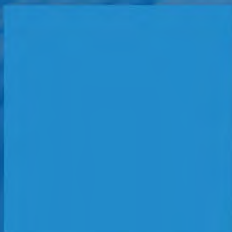


LA FAMILIA

SU DINÁMICA Y TRATAMIENTO



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



LA FAMILIA: SU DINAMICA Y TRATAMIENTO

Juán Manuel Saucedo García
J. Martín Maldonado Durán



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



IMSS
Instituto Mexicano
de Seguridad Social

Washington D.C., 2003

© Organización Panamericana de la Salud, 2003
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037

ISBN 92 75 32468 9

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio -electrónico, mecánico, fotocopiador, registrador, etcétera- sin permiso previo por escrito de la Organización Panamericana de la Salud.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

Este libro es una coedición con el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) y está especialmente destinado a los estudiantes, trabajadores y profesionales de salud en América Latina. Se distribuye a través del **Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales del Instrucción (PALTEX)** de la Organización Panamericana de la Salud, organismo internacional constituido por los países de las Américas para la promoción de la salud de sus habitantes, y de la Fundación Panamericana para la Salud y Educación. Se deja constancia de que este programa está siendo ejecutado con la cooperación financiera del Banco Interamericano de Desarrollo.

DEDICATORIA

A nuestras esposas: Rocío Peña de Saucedo y Raquel Morales de Maldonado.

A nuestros hijos: Jimena Celia y Daniel Édgar Saucedo Peña.

Jimena y Ana Marcela Maldonado Morales

ÍNDICE

Prefacio	VII
Prólogo	XI
Capítulo 1. Bases teóricas y técnicas de la terapia familiar	1
1.1. Psicodinamia de la vida en familia	3
1.2. Formulación diagnóstica integral	14
1.3. La terapia familiar en la práctica	24
Capítulo 2. Influencias familiares en el desarrollo del individuo	39
2.1. Las diferencias individuales del niño	41
2.2. Algunos trastornos de las emociones y la conducta comunes en el lactante ..	63
2.3. Llanto excesivo y persistente	81
2.4. La adolescencia: oportunidades, retos y la familia	101
2.5. El conflicto en la vida de la pareja	122
Capítulo 3. La familia ante las enfermedades crónicas	129
3.1. Padecimientos congénitos y hereditarios. Repercusiones emocionales e intervenciones psicoterapéuticas	131
3.2. Neonatología, salud mental y la familia	149
3.3. La familia con niños o adolescentes que padecen trastornos perturbadores de la conducta	155
3.4. Aspectos psicológicos y familiares de la insuficiencia renal crónica	171
3.5. La pareja ante el SIDA	192
3.6. El individuo diabético y su sistema familiar	201
3.7. Alcoholismo familiar	209
3.8. La responsabilidad del médico ante los niños con padecimientos que amenazan la vida	225
3.9. La pareja ante la enfermedad crónica	231
3.10. Duelo y familia	240
Capítulo 4. Disfunciones estructurales y sociales de la familia	245
4.1. La colusión: un modelo de integración en la psicoterapia de parejas. Interpretación sistémica-evolutiva-psicoanalítica	247
4.2. La pobreza y el niño, el adolescente y su familia	260
4.3. Psicoterapia dirigida a familias pobres	276
4.4. Violencia doméstica: el maltrato de la mujer	286

PREFACIO

La familia: su dinámica y tratamiento, es un libro dedicado al personal de salud –médicos de cualquier especialidad, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras- interesados en incluir en sus intervenciones diagnósticas y terapéuticas principios derivados de la teoría general de los sistemas. Es el resultado del trabajo de un grupo de terapeutas familiares que, desde el campo de la medicina y de la psicología, se han dedicado al ejercicio de la psicoterapia sistémica aplicada a padecimientos en los que los problemas psicológicos se encuentran relacionados con alteraciones médicas.

En la práctica de la medicina en general, y de la psiquiatría y la medicina familiar en particular, no es posible soslayar el impacto de la convivencia dentro de la familia sobre sus integrantes, tanto en la salud como en la enfermedad. El aforismo de Ortega y Gasset "yo soy yo y mis circunstancias" alude en forma sencilla y elocuente al hecho de que para entender cabalmente al individuo se requiere conocer las condiciones ambientales donde se encuentra, siendo el entorno más íntimo y significativo su familia, sin olvidar el ambiente sociocultural. El modelo médico tradicional, individualista y predominantemente orientado a la curación de enfermedades ya no se considera vigente, pues vivimos inmersos en un mundo donde las influencias ambientales, tanto psicológicas como biológicas y sociales, ejercen una influencia indudable como agentes de salud o de enfermedad.

A pesar de tacharse a la familia de institución obsoleta, esta se ha mantenido durante miles de años como la base de la sociedad y no parece que se le ha de reemplazar, aunque enfrente problemas serios, como su ruptura cada vez más frecuente debido al divorcio o la separación. Resulta necesario acudir en su ayuda, sobre todo cuando alguno de sus componentes experimenta dificultades a raíz de alguna enfermedad orgánica o trastornos psicológicos. De allí la pertinencia de contribuir al cuidado psicológico de los pacientes y familias amenazados por un amplio rango de problemas.

La familia es un tipo especial de grupo con características impuestas por las diferencias biológicas de sus integrantes y por los propósitos particulares a los que sirve. El reconocimiento de tales características es un paso importante en los intentos por comprender a los pacientes que acuden todos los días a la consulta médica o que se encuentran hospitalizados.

Cabe recordar que existen muchas variaciones no sólo en la estructura de la familia, sino también en su funcionamiento. Todas las familias poseen en su dinámica factores protectores y factores de riesgo, y lo normal es que el funcionamiento de la familia satisfaga las necesidades de sus integrantes. En disfunción no se logran satisfacer esas necesidades individuales y del grupo como un todo.

Los profesionales de la salud no pueden ignorar a la familia de sus pacientes, sobre todo cuando se trata de niños o adolescentes. Si bien todos dependemos en alguna medida de nuestras familias, tal dependencia se acentúa en los casos de menores de edad. Sin

la colaboración de los padres es muy improbable que el tratamiento de cualquier patología infantil, sobre todo la psicológica, dé resultado. La orientación a la pareja también se hace necesaria en los problemas de los adultos. Es recomendable reconocer cuáles son las fuerzas y debilidades del sistema familiar al que pertenece el paciente y cuál la dinámica de sus relaciones interpersonales dentro del grupo. Este puede ser el punto de partida para que el clínico pueda fortalecer sus mecanismos de resolución de conflictos y reforzar sus recursos funcionales.

Normalmente los niños se desarrollan bien cuando crecen dentro de una familia sana. Según Lidz, funciones de la familia que facilitan y dirigen el desarrollo del niño son: la crianza (para satisfacer sus necesidades en cada etapa del desarrollo); la organización dinámica, que proporciona el marco para estructurar la personalidad del niño; el modelo para que el niño aprenda los valores de la sociedad; y la transmisión de técnicas instrumentales esenciales de la cultura, el lenguaje incluido. Los casados dependen el uno del otro y los niños dependen de sus padres, quienes llegan a ser sus modelos y educadores. La familia forma un refugio para sus miembros en la sociedad más grande, además de transmitir los valores sociales.

No hay una manera única de educar a la familia, ni existe tampoco una sola forma de familia funcional. Pero sí necesitamos conocer algunos parámetros propios de las familias funcionales, así como las características de las disfunciones y cómo intervienen éstas en el desarrollo de los problemas. Existe una tendencia a dividir tajantemente a las familias en funcionales y disfuncionales, pero es necesario ser más preciso en la identificación y del funcionamiento familiar y poder cuantificarlo. Y, lo más importante, requerimos como clínicos saber evaluar las fuerzas y debilidades de las familias de nuestros pacientes, y utilizar estos conocimientos para ayudarlos.

Los problemas psicológicos del individuo dentro del ambiente familiar de alguna manera repercuten en su funcionamiento biológico, en la salud y la enfermedad somática. A su vez, las enfermedades médicas afectan el funcionamiento psicológico del paciente y de su entorno más íntimo. Las diversas facetas de la vida familiar del enfermo repercuten en su adherencia al tratamiento o en su descuido. Por eso no es conveniente ignorar tales factores en la práctica clínica, cualquiera que sea el área de la Medicina a que nos dediquemos.

En este libro se revisan conceptos útiles para entender algo tan complejo como es el sistema familiar. Cómo comprender el funcionamiento psicológico de la familia. Cómo integrar la formulación diagnóstica de un cuadro clínico individual en su contexto ambiental, sobre todo en casos de psicopatología infantil. Cuáles medidas terapéuticas aplicar dentro del marco de la terapia sistémica, sin olvidar aportaciones de otros enfoques teóricos. Cómo entender el funcionamiento de la familia desde una perspectiva de la Teoría General de los Sistemas para no caer en las simplificaciones de la causalidad linear ni atribuir la conducta solamente a instancias predominantemente intrapsíquicas. Cuáles son las influencias de la familia ante situaciones amenazantes como las diversas enfermedades médicas y psicológicas y la hospitalización. La respuesta del niño y su familia frente a la enfermedad crónica, y la de la pareja adulta ante el problema del SIDA, la diabetes mellitus, el alcoholismo, el trasplante renal, etc. Elementos básicos para entender y tratar a la familia envuelta en la violencia doméstica. Técnicas a emplear en el tratamiento de las familias pobres.

Este libro pretende proporcionar al personal de salud elementos útiles para dar un apoyo efectivo a los individuos enfermos y sus familias. El contar con una visión amplia e integral de éstos ayuda a comprender mejor el fenómeno de la enfermedad y proporciona las bases de su tratamiento. Conocer el funcionamiento de la familia del paciente permite al clínico sensible dar alguna orientación psicológica de primer nivel. También proporciona elementos para referir algún caso al terapeuta familiar especializado.

La terapia familiar no es sólo una técnica psicoterapéutica más, sino una forma diferente de percibir la conducta humana, pues ha ido más allá del modelo médico tradicional que consideraba a la enfermedad dentro del individuo. Una creencia compartida por los terapeutas familiares es que el problema no siempre se encuentra dentro de la persona, sino entre las personas, y es en esa relación donde se actúa. La terapia familiar trabaja para contrarrestar la división mente-cuerpo. Quienes siguen este enfoque están convencidos de que para corregir los problemas psicológicos no basta producir el *insight* sobre el origen y mantenimiento de tales problemas. En vez de trabajar para que el paciente entienda las vicisitudes de sus relaciones, el terapeuta familiar trabaja directamente con esas relaciones, y activamente ayuda al paciente a modificarlas. Este enfoque es más rápido y efectivo que la terapia tradicional, cuando la familia aprende a ser su propio sistema de apoyo. La aplicación de este paradigma a la práctica médica y psicológica puede ayudar al paciente a enfrentar mejor la enfermedad. La vida en familia suele ser fuente de satisfacciones, pero también de sufrimientos. Y ante las enfermedades puede ser un recurso de apoyo al paciente o puede obstruir el camino del tratamiento exitoso.

Este libro aspira a contribuir a la aplicación de la teoría de sistemas a las prácticas médica y psicológica. Sin pretender que el empleo de este enfoque sea curativo por sí mismo, sí puede ayudar a enfrentar mejor la enfermedad y a facilitar la convivencia dentro de la familia.

Juan Manuel Saucedo García y J. Martín Maldonado Durán

Este libro, organizado a manera de texto básico de consulta sobre la familia en sus aspectos de desarrollo integral, sobre el análisis de algunas de sus problemáticas psicomédicas y sobre sus líneas de tratamiento, está dirigido especialmente a los médicos, familiares, psiquiatras, psicólogos y al público en general. La comunidad de estos profesionales en México y el público tienen mucha necesidad de un libro con estas características. En efecto, este libro viene a llenar un vacío, ya que las obras que existen vienen del extranjero o no consignan aportaciones teórico-clínicas significativas. Ambas limitaciones nos impiden comprender y tratar clínicamente a las familias mexicanas en los escenarios reales donde se desenvuelven.

Todos los que han colaborado en esta obra son terapeutas familiares graduados; de modo que comparten de una u otra manera un núcleo común de pensamiento: la teoría de los sistemas que, teniendo como punto focal a la familia, incluye específicamente las interconexiones y la interacción simultánea de varios sistemas de influencia, así como el mundo psicológico del individuo y sus ambientes biológicos, sociales, morales, culturales, económicos, políticos, institucionales y espirituales.

A la luz de este enfoque de sistemas y antes de entrar a la lectura y reflexión de los diferentes artículos, conviene tener presente qué se entiende por familia, desde el momento en que esta será la unidad de estudio y el foco principal del análisis clínico. De la definición propuesta se pueden desprender lógicamente las funciones principales y el papel de la familia en la salud integral del individuo.

Entiendo por familia un sistema ecológico, es decir un conjunto dinámico y potencial de: 1) símbolos, 2) creencias, 3) actividades, 4) funciones y 5) relaciones interpersonales que se desarrollan e integran bajo la forma de escenario primario y permanente más importante del desarrollo humano (al que le sigue el lugar de trabajo). Durante largo tiempo este sistema sirve para poner en movimiento y sostener patrones de motivación y actividad y proyectos de diverso significado en los distintos integrantes, de modo que estos patrones adquieren después un impulso propio, convirtiéndose en identidades en proceso, trayectorias de desarrollo y carreras interdependientes con sincronía alterna.

La anterior definición de familia señala enfáticamente las funciones que le competen a ésta en la sociedad actual y con referencia a los individuos. En efecto, sin familia:

- a) difícilmente surgen pautas-patrones-trayectorias de desarrollo;
- b) difícilmente se estructuran y negocian los papeles o funciones que constituyen el marco del desarrollo y

- c) más difícilmente se acomodan, maduran y se integran, bajo una permanente y salu-
dable tensión de autonomía-intimidad, las *diferentes relaciones* que son el espacio
donde intercambiamos los significados que le dan sentido a la propia vida.

Teniendo en mente este *enfoque de la familia que es sistémico-contextual-de espacio,
tiempo y significado*, debemos recordar que la vida familiar del mexicano tiene caracterís-
ticas peculiares que conviene tener muy presentes a la hora de entrevistar, evaluar, diag-
nóstico y conducir el tratamiento. Tan solo enumero algunas de ellas a fin de que acom-
pañen desde el principio la observación y el estudio de la familia.

Algunas características principales de la familia mexicana son:

1. La separación e individuación de los miembros se hace especialmente difícil y pasa por
una crisis en la vida adulta a causa de la fuerte sujeción a la familia de origen.
2. Los patrones y trayectorias de desarrollo se ven obstaculizados por una excesiva
dependencia de los abuelos, los padres y los hermanos, que impide la actuación deci-
didamente autónoma.
3. El universo simbólico de la familia creado sobre la base de imágenes sensuales, ilusio-
nes, mitos y rituales es la fuente primaria de las percepciones, las creencias y las eva-
luaciones y el núcleo imaginativo que genera significados y decisiones.
4. El conflicto de lealtades en las parejas: la tensión entre la familia de origen y la fami-
lia nuclear crea estancamiento y retrocesos en el desarrollo, reduciendo la autoestima
y la capacidad de logro.
5. En México la verdadera familia objeto de tratamiento no es tan sólo la familia "nucle-
ar", que incluye a la "de origen" sino, a lo largo del espectro de la vida y de las gene-
raciones, la que contiene un gran potencial para el desarrollo y también fuerzas pertur-
badoras: la gran familia compuesta de abuelos, padres y nietos, es decir, la familia tri-
generacional.

Finalmente, dado que algunos artículos de este libro se refieren al tratamiento terapéu-
tico de varios procesos patológicos en escenarios particulares, conviene recordar que es
necesario tener en cuenta los contextos sociales de la salud, la enfermedad y el cuidado
del paciente de modo que, alejados de la inoperancia del modelo biomédico, se puntuali-
zan varios principios claves:

1. Los médicos y los terapeutas no aplican solamente conocimientos técnicos, sino que
imparten mensajes personales y sociales que es necesario detectar, conocer e interpre-
tar.

2. A través de los diferentes contextos sociales de la salud, la enfermedad y el proceso terapéutico flotan muchos significados entre la familia y el terapeuta que es necesario negociar e interpretar.
3. Como cualquier acción humana, la terapia familiar es un trabajo activo e interpretativo mediante el cual se construye y reinterpreta una realidad social particular: la enfermedad en sus diferentes componentes mentales, emocionales, motivadores, etc.

Con las anteriores sugerencias en mente, el lector podrá abordar con provecho los diferentes artículos que han sido escritos por especialistas y presentan el escenario adecuado para entablar un diálogo sensato, estimulante y crítico sobre la familia, su dinámica y tratamiento.

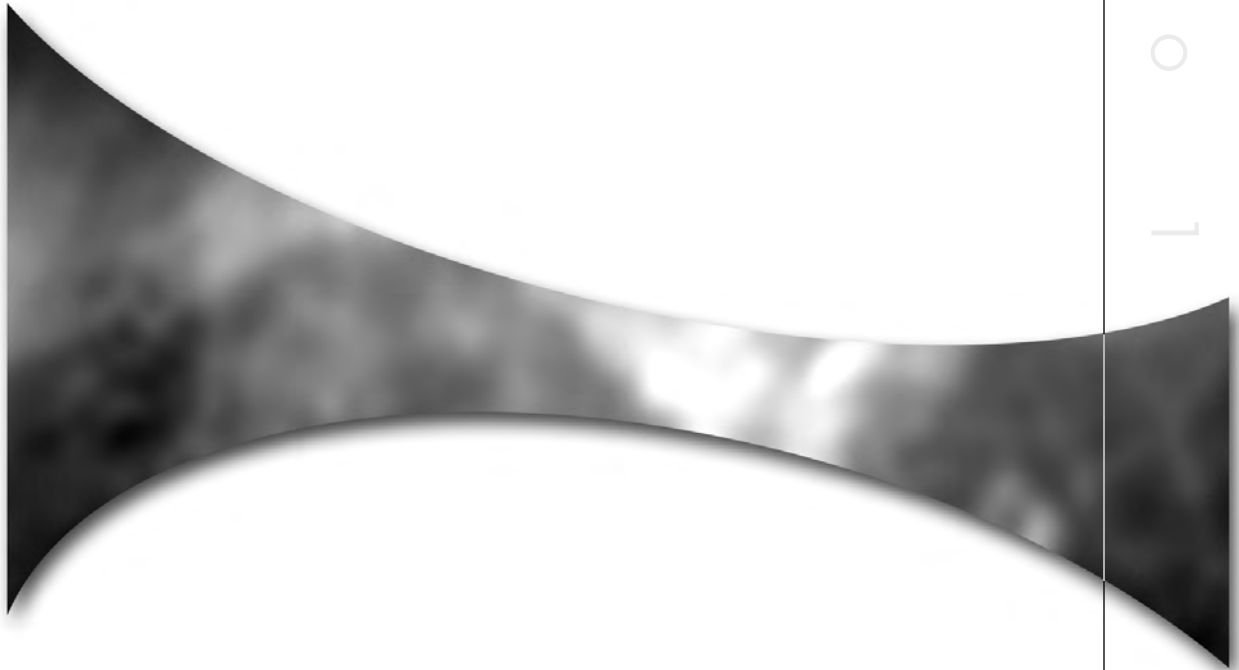
Luis Alvarez Colin

capítulo

1

BASES TEÓRICAS
Y TÉCNICAS
DE LA TERAPIA
FAMILIAR

capítulo 1



1.1. Psicodinamia de la vida en familia

Juan Manuel Saucedo García y Jesús Martín Maldonado Durán

La familia es el núcleo fundamental de toda sociedad, por lo que el tipo de relaciones que se establece entre sus miembros es de capital importancia. Baste señalar que de la funcionalidad o disfuncionalidad de dichas relaciones depende el grado de satisfacción de las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de sus integrantes. La familia difiere de otros grupos humanos en muchos aspectos, como la duración e intensidad de los lazos afectivos que unen a sus integrantes y las funciones que estos desempeñan. Las características psicológicas de la familia son más que la suma de las personalidades individuales de sus miembros. Para entender su funcionamiento se requiere conocer también sus relaciones interpersonales, pues las acciones de cada uno de ellos producen reacciones y contrarreacciones en los demás y en ellos mismos. En otras palabras, las características de la familia son las propias de un sistema abierto (1). Dentro de este sistema actúan fuerzas tanto positivas como negativas, que determinan el buen o mal funcionamiento de esta unidad biológica natural. Jackson dio a este conjunto de fuerzas el nombre de dinámica familiar, y le atribuyó un papel fundamental en el constante cambio y crecimiento de la familia (2).

Los factores psicosociales —básicamente las relaciones interpersonales y los procesos que se dan dentro de la familia— constituyen una influencia determinante en el origen de muchas condiciones psiquiátricas, además de estar asociadas al curso que siguen los trastornos y su respuesta al tratamiento. Esto hace necesario que al diseñar la formulación diagnóstica de un caso se determine qué interacciones del núcleo familiar son disfuncionales, ya sea porque dieron lugar a la formación de síntomas o porque promueven su mantenimiento. El proceso de discriminación entre las interacciones funcionales y las disfuncionales exige de parte del clínico la investigación de ciertos parámetros clave derivados de la psicoterapia sistémica, parámetros que pueden quedar integrados en tres áreas principales del funcionamiento global de la familia: la organización o estructura, la solución de problemas y el clima emocional (3).

1.1.1. Organización o estructura

Está constituida por las interacciones que se establecen entre los integrantes de la familia, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema en una forma altamente recíproca y reiterativa. Con fines prácticos se puede afirmar que la organización está formada por los siguientes elementos: jerarquía, alianzas, límites o fronteras, funciones o papeles y formas de control del comportamiento (4). La estructura está enfocada en la diferenciación y mantenimiento de las funciones.

Jerarquía. La jerarquía se refiere a los diferentes niveles de autoridad de los individuos y los subsistemas dentro del grupo familiar. El buen funcionamiento de la familia se facilita cuando el subsistema de los padres ostenta la mayor jerarquía o autoridad dentro del grupo. Esto no excluye la conveniencia de tomar en consideración las opiniones de los hijos y otros familiares, pues aunque es deseable que la familia siga una tendencia democrática, no debe ser una organización sin líderes. Haley (5) y Minuchin (6) postulan que una de las causas del surgimiento de síntomas psicopatológicos es el desarreglo de los niveles de autoridad dentro de la familia. Esto ocurre, por ejemplo, cuando los progenitores no ejercen sus funciones de autoridad frente a un hijo que asume un poder excesivo porque lo tratan con demasiada indulgencia, sin corregirlo cuando debieran hacerlo. Otro caso donde se violan los niveles jerárquicos es el de los abuelos que ejercen mucha influencia sobre uno de los progenitores, quien a su vez siente que debe mayor lealtad a su familia de origen que a su familia de procreación.

Alianzas. Las alianzas son asociaciones abiertas o encubiertas entre dos o más familiares. La alianza fundamental que constituye la base del buen funcionamiento del grupo es la que se establece entre el padre y la madre, sobre todo en lo que se refiere a las reglas de la convivencia y la educación de los hijos. Si esta alianza no existe debido a la discordia conyugal es posible que los hijos resientan los efectos, especialmente si uno o ambos progenitores buscan apoyarse en ellos para obtener ventajas en la lucha contra la pareja. En ocasiones, los padres desvían sus problemas conyugales a la relación con el hijo, ya sea acercándose a él en exceso y sobreprotegiéndolo, o agrediendo motivados por sus frustraciones afectivas. La alianza que tiene por objeto perjudicar a un tercero se llama coalición o triángulo perverso y puede manifestarse en diversas formas, como la de la madre y el hijo en contra del padre (triángulo edípico); la del padre y la abuela en contra de la madre, etc. Con menor frecuencia se observan coaliciones entre los hermanos en contra de los padres. Cuando el hijo se siente presionado por uno o ambos progenitores que luchan por obtener su alianza se produce el fenómeno de la triangulación, que suele generar en el hijo conflictos de lealtad al sentir que no puede acercarse a uno de sus padres sin traicionar al otro. En términos generales, las alianzas más funcionales son abiertas y se forman entre familiares de la misma generación y el mismo sexo. Las alianzas más disfuncionales tienden a ser encubiertas, persisten en forma rígida y se establecen en contra de otros familiares.

Fronteras o límites. Los límites o fronteras se refieren a aspectos de cercanía o distancia entre diversas personas o subsistemas. Se trata de membranas imaginarias que regulan el contacto con los demás en términos de permisividad, dependencia emocional, derechos, autonomía, etc. Su función consiste en marcar las diferencias entre los subsistemas, y su claridad es necesaria para el buen funcionamiento de la familia. Los límites firmes determinan cierta separación y promueven la autonomía relativa. Sin embargo, los límites funcionales también conservan cierta permeabilidad para permitir acercamientos, expresiones de afecto, etc. Existen buenos límites generacionales cuando los padres se comportan como padres y los hijos como hijos. Los límites entre la madre y el hijo se violan cuando aquella es excesivamente cariñosa con este y mantiene con él un exagerado contacto físico en busca del afecto que no recibe de su pareja. Los límites que rodean a la familia nuclear también requieren ser respetados en consonancia con las costumbres propias de cada contexto sociocultural.

La investigación de los límites es un parámetro muy útil al valorar el funcionamiento familiar. En algunos sistemas o subsistemas familiares los límites interpersonales son difu-

tos, la distancia psicológica entre sus integrantes es escasa, frecuentemente unos responden por otros y la familia parece una masa amorfa. Este tipo de relación, en la que hay un elevado sentido de pertenencia, se conoce como relación fusionada o amalgamada y suele ser fuente de problemas, pues siempre es deseable mantener una cierta distancia, aun con las personas amadas. Otras familias o subsistemas promueven límites tan marcados o rígidos que dificultan la comunicación, incluso la afectiva. Se habla entonces de relaciones desvinculadas, en las que el sentido de pertenencia es escaso.

La relación amalgamada implica la existencia de límites difusos, con cercanía excesiva, cesión de la autonomía y dependencia exagerada de un subsistema o del grupo completo. Así se cuenta con mucha solidaridad a expensas de la autonomía individual; pero no existe una verdadera intimidad, sino una fusión destructiva en la cual se considera que las diferencias son una amenaza. Este tipo de relación no traduce necesariamente un gran cariño sino que se trata más bien de la expresión de la inseguridad personal que se maneja renunciando a la libertad para recibir protección. En la relación fusionada no se considera al otro como alguien separado, sino como la prolongación de uno mismo. En una relación desvinculada, en cambio, los límites son demasiado marcados, poco permeables, y se permite un alto grado de variación individual pues se tiene mucho respeto por la autonomía personal a expensas de la solidaridad y del sentido de pertenencia. Solo un nivel muy elevado de estrés puede activar la disposición de apoyo de parte de la familia (7). La familia fusionada equivale a la "masa familiar indiferenciada" en la teoría de Bowen (8). Este autor también establece una relación entre los vínculos emocionales excesivos o los límites difusos y la disfunción familiar. Por eso se considera la diferenciación de los individuos como una meta de desarrollo necesaria para todos los componentes del grupo primario. En una familia con límites funcionales existe entre los familiares lealtad suficiente para mantenerlos unidos con flexibilidad a pesar de las diferencias individuales. También se estimula el desarrollo personal y se respeta la autonomía. Cabe recordar que los aspectos de la cercanía psicológica entre los miembros de un grupo familiar están muy influidos por la cultura a la que se pertenece. Es un hecho observable que entre los mexicanos y los latinoamericanos en general hay más cercanía y expresividad del afecto que en las familias anglosajonas, donde lo habitual son las relaciones interpersonales más distantes.

Funciones o papeles. Las funciones o papeles son conductas repetitivas que implican la existencia de actividades recíprocas entre los familiares. El desempeño funcional de los papeles es requisito indispensable para la realización de las tareas que hacen posible la vida en familia. Los papeles reciben gran influencia del ambiente sociocultural donde se desarrolla la familia, de manera que habrá que mostrarse muy respetuoso al juzgar su funcionalidad cuando se pertenece a un medio diferente. La funcionalidad de los papeles en general depende de su consistencia interna, la cual existe si cada familiar se ve a sí mismo como lo ven los demás y hay acuerdo sobre lo que se espera de él. También se requiere que los papeles sean suficientemente complementarios para que funcione bien el sistema familiar. Lo deseable es que los papeles desempeñados faciliten el mantenimiento de la familia como grupo y que al mismo tiempo promuevan el desarrollo individual de cada uno de sus integrantes. También es deseable que haya suficiente flexibilidad en la asignación de las funciones, de manera que sea posible hacer modificaciones cuando sea necesario. Por ejemplo, ante la enfermedad incapacitante del padre-proveedor lo funcional es que la madre- ama de casa trabaje para obtener más ingresos y que los hijos colaboren, encargándose de las tareas que la madre ya no puede realizar.

La designación de un hijo para llevar el papel de padre es un fenómeno frecuente en nuestra cultura, donde generalmente es el hijo mayor quien lo desempeña, o el que da muestras de ser el más responsable. Si no existe una figura paterna, es común que uno de los hijos adopte algunas de sus funciones ante el resto de los hermanos y aun ante la madre. Tal actitud puede ser funcional siempre y cuando la delegación de la autoridad sea explícita (que se aclare a todos los hijos que uno de ellos quedará encargado de ciertas funciones); temporal —por ejemplo, en ausencia de los padres—, y sin delegación permanente de las responsabilidades de estos en el hijo parental, es decir, sin permitir que ese hijo sea la autoridad más importante para sus hermanos, ni la única. Sus funciones no deben sobrepasar su grado de madurez emocional ni interferir con su desarrollo o con la satisfacción de sus necesidades. También es deseable supervisar al hijo parental para evitar errores tales como abusos de autoridad o castigos excesivos a sus hermanos.

Respecto al orden de nacimiento, hay datos que sugieren que los hijos únicos y los primogénitos tienden a desempeñarse mejor académicamente y a sufrir más trastornos emocionales. Los hijos menores y los hijos únicos suelen experimentar más angustia de separación (9). Sin embargo, las diferencias individuales en materia de personalidad y psicopatología en la población general no están claramente ligadas al orden de nacimiento de los individuos (10). Ahora se sabe que los efectos del orden de nacimiento en la personalidad solo existen en el hogar, pero no fuera de este. Los niños aprenden formas de comportarse frente a sus padres y hermanos, pero no las transfieren a otras situaciones o cuando están con otras personas. Quizá los efectos del orden de nacimiento eran reales cuando la primogenitura era relevante para propósitos de herencia y posición social, lo cual ya no ocurre en la actualidad. (11) Es erróneo considerar que cualquier posición en el orden de nacimiento es necesariamente ventajosa o desventajosa (12).

Una de las ideas tempranas en el desarrollo de la terapia familiar fue el concepto del chivo expiatorio para referirse al hecho de designar a uno de los integrantes de la familia para el papel de "el malo" del grupo y atribuirle de alguna manera lo negativo del sistema (por ejemplo, culpándolo automáticamente de cualquier problema que hubiera en el hogar). Haley afirma que en la práctica clínica resulta riesgoso aceptar indiscriminadamente el fenómeno del chivo expiatorio, pues el terapeuta corre el riesgo de aliarse con el paciente "víctima" para defenderlo de los ataques de los demás. Estos, después de la sesión terapéutica, podrían hostilizar aún más al paciente por haberlos dejado mal parado frente al terapeuta (5).

Control del comportamiento. El control del comportamiento, especialmente el de los hijos, es una dimensión necesaria para que los papeles y las tareas de la vida diaria se desempeñen satisfactoriamente. Un control flexible es el más deseable o funcional, en el que se combinan lo predecible con lo constructivo. Su consistencia, basada en la claridad de las reglas, permite a los familiares saber qué esperar los unos de los otros sin sacrificio de la individualidad y espontaneidad (13). El control funcional es benévolo, pero también efectivo; descansa o se apoya en el consenso con el hijo cuando esto es posible, pero también refuerza los límites si es necesario. En relación con la crianza de los hijos, las formas no funcionales de control incluyen la sobreprotección parental, la supervisión inadecuada o negligencia, la privación experiencial y otras presiones parentales desviadas (14).

Hay dos tipos principales de sobreprotección parental: la prevención de la conducta independiente y la infantilización. La prevención de la conducta independiente puede manifestarse en la restricción drástica de las actividades recreativas o en su prohibición

fuera del control o vigilancia de los padres; en el control indebido de las amistades del niño; en la promoción de actividades exclusivas entre padres e hijos que son inapropiadas para la edad; la selección de sus ropas y actividades; y en impedir que el niño tome decisiones independientes y maneje sus dificultades sociales. La infantilización se observa si se viste o baña al niño cuando este podría hacerlo por sí mismo, si el progenitor duerme en la misma cama con el niño para aliviar sus temores, si se le supervisa excesivamente mientras juega o a través del contacto intensivo con sus maestros; si se le dan medicamentos que no necesita o se le pone a descansar inapropiadamente ante la menor muestra de síntomas físicos, si no se le permite enfrentar retos o estresores apropiados para su edad y si se le prohíbe participar en actividades deportivas normales.

La supervisión parental inadecuada o el control deficiente ocurre si los padres ignoran aspectos importantes de la vida del niño, tales como saber dónde se encuentra el pequeño cuando no está en casa o si se le deja solo a una edad inapropiada; cuando hay un control parental inefectivo que no se apoya en reglas reconocibles, la aprobación depende del estado de ánimo de los padres, las intervenciones disciplinarias expresadas en términos generales o imprecisos, o la disciplina inconsistente entre el padre y la madre. En estos casos no hay respuestas predecibles a la mala conducta del niño y la falta seguimiento en términos de disciplina. Los padres no intervienen ni muestran preocupación cuando el hijo se expone a situaciones de riesgo.

Cuando hay privación experiencial no se conversa con el niño, no se le permiten actividades fuera de la casa, se le limitan las actividades normales para su edad y no se le proporcionan juguetes. Las presiones parentales inapropiadas existen cuando no se promueve la identidad sexual del niño, se le obliga a hacer lo que no desea o se le trata de manera inapropiada para su edad (como si fuera más pequeño o de mayor edad).

Un aspecto crítico del control lo constituye la generación o presencia de un sentido personal de responsabilidad que, cuando existe, refleja la madurez personal y repercute tanto en la productividad como en la capacidad para mantener relaciones interpersonales adecuadas. El grado de responsabilidad personal ocurre en la interfase entre el funcionamiento familiar y el individual. Dos factores relacionados con el desarrollo del sentido de responsabilidad son la absorción de los valores de la familia al través de la identificación con los padres y la influencia de estos como modelos que se han de seguir (13). Con esto se favorece que los niños sean capaces de controlar sus impulsos, logren la disciplina indispensable para mantener relaciones sociales funcionales y alcancen las metas propuestas. La generación de un sentido de responsabilidad en los hijos es más factible si existe consonancia entre las expectativas de los padres y la conducta de estos. En caso contrario, ocurre la llamada disciplina hipócrita, en la que los padres exigen al hijo un comportamiento que ellos mismos no están dispuestos a observar, como cuando la madre prohíbe a la hija que fume, mientras ella lo hace sin restricciones.

1.1.2. Solución de conflictos o respuesta ante los problemas

Para la solución de conflictos se necesita que los integrantes de la familia tengan la habilidad para comunicarse, negociar las diferencias y adaptarse al estrés. Esta habilidad se pone a prueba en las situaciones de crisis, ante las cuales la familia puede actuar con rigidez (repetiendo los patrones de conducta habituales, sin adaptarse a las nuevas circunstancias), o con flexibilidad. Por ejemplo, ante cierto problema, los integrantes de una pare-

ja funcional tratan de enfocar el asunto sin emplear amenazas o calificativos derogatorios entre ellos, expresan su enojo libremente pero sin utilizar tácticas de lucha injustificadas o sucias, y se acercan uno al otro cuando el conflicto ha terminado (15). En una familia razonablemente funcional se pasan por alto los desacuerdos menores para evitar fricciones innecesarias. Cabe añadir que una familia que funciona bien no se diferencia de otra disfuncional por la existencia o ausencia de conflictos, sino por el modo de resolver de las diferencias inevitables en toda convivencia humana.

Axiomas de la comunicación humana. La manera sana de encarar las diferencias interpersonales depende fundamentalmente de la comunicación, entendida esta como el proceso de dar y recibir información en un contexto social. Se considera que existen cinco axiomas de la comunicación en el área de la vida en familia (16).

1. Es imposible no comunicarse en una relación interpersonal, pues aun el silencio transmite mensajes no verbales.
2. Toda comunicación incluye un contenido y también un aspecto que define la relación, llamado metacomunicación. Al decir "Me sirves un poco de café, por favor", o "Sírve un café" se transmite el mismo mensaje, pero en el primer caso la metacomunicación revela una relación entre iguales, mientras que en el segundo puede tratarse de la relación entre el patrón y el empleado. La metacomunicación es una comunicación sobre la comunicación y se refiere a la relación entre quien emite el mensaje y quien lo recibe.
3. La naturaleza de una relación depende de la sucesión de pasos en una secuencia circular, más bien que de un patrón lineal de estímulo-respuesta.
4. Los seres humanos nos comunicamos en forma verbal y no verbal. Y es la comunicación no verbal (gestos, actitudes, tono de voz) la que revela mejor de la naturaleza de la relación interpersonal.
5. Todo intercambio de comunicación puede ser simétrico o complementario, basado en la clase de relación existente. Si la relación es igualitaria, es decir, si cada una de las partes tiene la libertad de tomar la iniciativa, se llama simétrica. Si uno dirige y el otro sigue, la relación es de tipo complementario. De manera que las técnicas de comunicación empleadas por la gente pueden considerarse indicadores fidedignos del funcionamiento interpersonal. En una familia funcional la comunicación es clara (los mensajes pueden entenderse), directa (los mensajes se dirigen a quien debe recibirlos), específicos (sin generalizaciones excesivas) y congruentes (los mensajes son recíprocamente compatibles, no contradictorios o dobles). En cambio, en una familia disfuncional la comunicación tiende a ser oscura, indirecta, inespecífica e incongruente (17).

1.1.3. Ambiente emocional

El clima emocional dentro de la familia depende del tipo y expresión de los sentimientos entre sus componentes, así como del interés mutuo y de la calidad de la vida sexual. En cuanto a la expresión de los sentimientos, una familia funcional permite que los familiares expresen no solo sus sentimientos negativos, sino también los positivos. En una familia se considera funcional la expresión de sentimientos tales como ambivalencia, rechazo, triste-

za y angustia, que son normales en cualquier relación humana, sin sentir que se corre el riesgo de perder el cariño, pues se tiene la confianza básica de ser aceptado (18).

Existen cinco clases de interés afectivo: indiferente, interesado sin sentimientos, narcisista, fusionado y empático (19).

En las familias con interés de tipo indiferente, el grado y la calidad de la afectividad son bajos, lo cual genera frustración en sus miembros y alienta la separación emocional prematura y la falsa independencia. No se tolera la intimidad y se favorece la inseguridad y la escasa autoestima.

En las familias con interés vacío de sentimientos se observa una relación interpersonal en la cual la intensidad y la calidad del interés afectivo son solo ligeramente mayores que en el tipo anterior. En estas familias el involucramiento interpersonal parece derivar más de un sentido del deber que de una empatía genuina. Si bien se puede generar un sentido de pertenencia entre sus integrantes, la ausencia de empatía verdadera generalmente da lugar a frustración, inseguridad y dudas sobre la identidad y la autoestima.

En la familia narcisista el involucramiento afectivo tiende a ser de calidad destructiva y de alto grado, pues existe solo para satisfacer ciertas necesidades individuales sin un interés real en los demás. Este tipo de relación es el que se mantiene cuando solo se trata de satisfacer ciertas necesidades sociales de apariencia.

En la familia amalgamada o fusionada se establecen relaciones simbióticas, con fronteras difusas, en las cuales las relaciones interpersonales son muy cercanas, pero interfieren con la maduración y el desarrollo de la autonomía. Generalmente implican la existencia de tolerancia y colusión de parte de los integrantes de la familia. Las relaciones fusionadas indican la existencia de patología seria en la interfase entre el mundo intrapsíquico y el sistema familiar, pues reflejan una necesidad exagerada de interdependencia.

En la familia empática se mantiene un alto grado de involucramiento afectivo mientras simultáneamente se acepta y apoya la autonomía de los integrantes del grupo. Estos experimentan la seguridad de ser queridos por sí mismos y así pueden desarrollar un sentido de autonomía y autoestima adecuado. La familia de tipo empático mantiene el equilibrio entre las necesidades autónomas de los individuos que la componen, con la cohesión necesaria para poder funcionar efectivamente como una unidad solidaria.

El ciclo vital de la familia. Una de las demandas de cambio más trascendentales en la vida de una familia es la que se origina con el transcurso del tiempo y el consiguiente paso de una etapa a otra de la vida familiar. La formación de la pareja, el nacimiento de los hijos, la educación de estos, el pasaje a la adolescencia o a la vida adulta y, finalmente, la contracción o desaparición de la familia, representan etapas naturales potencialmente generadoras de estrés en los integrantes del grupo primario (20).

Formación de la pareja. Milton Erikson afirma que el arte del matrimonio consiste en que la pareja mantenga su independencia, sin que esto implique cortar los lazos emocionales que los unen a sus respectivas familias de origen (21). Pueden ocurrir fracasos tanto por la intromisión excesiva de los padres como por la inseguridad de la pareja que recurre a ellos. Las dificultades más frecuentes del inicio de la vida en común son la incapacidad para relacionarse en forma compatible (porque las personalidades de los esposos son demasiado rígidas o por carecer éstos de un mínimo de afinidades entre ellos); la inca-

pacidad para establecer un compromiso marital (este es el caso de aquellos que quieren seguir haciendo vida de solteros, con todas las libertades y un mínimo de obligaciones); la existencia de expectativas inconscientes conflictivas que producen síntomas neuróticos (si la mujer espera que el marido sea un segundo padre para ella, y cuando los cónyuges se resisten a desprenderse de sus familias de origen).

Nacimiento de los hijos. Al llegar el primer hijo, la pareja necesita hacer esfuerzos para modificar los papeles exclusivamente conyugales y asumir los papeles de padre y madre, proceso que en algunos matrimonios genera enormes dificultades. Tal es el caso cuando la esposa hipertrofia su papel de madre en detrimento de sus funciones conyugales, o cuando el esposo no se resigna a compartir su mujer con el recién llegado, sobre todo si el embarazo no fue deseado. En la etapa perinatal los defectos congénitos y la separación temprana de la madre por hospitalizaciones pueden afectar la formación del vínculo afectivo con el recién nacido. Otro elemento de riesgo es la falta de habilidades o la inmadurez de la madre para las funciones de la maternidad, ya sea por su juventud, poca experiencia o limitaciones intelectuales. En la infancia, si los padres no son sistemáticos con la crianza, tal vez no proporcionen la atención física requerida ni favorezcan la formación de un sentimiento de seguridad en el pequeño. Esto es lo que ocurre si la madre no es capaz de responder empáticamente y confortar al bebé, o no comprende las señales que revelan su bienestar o malestar.

Educación de los hijos. El sistema familiar proporciona seguridad a través de límites externos y cuidados. Desde el segundo año de vida es necesario que los padres pongan límites a sus conductas potencialmente peligrosas o agresivas. De no imponerse estos límites y la madre carece de un compañero que intervenga cuando ella se siente abrumada o si ha agotado su paciencia en sus fricciones con el menor, se puede propiciar en este el desarrollo de problemas de conducta. Los niños en edad preescolar que no reciben estímulos verbales corren el riesgo de no desarrollar su lenguaje más allá del nivel instrumental. A partir de los 4 años es deseable que los padres disminuyan la cercanía física con el pequeño para evitar una estimulación sexual inadecuada y el apego erótico hacia alguno de sus progenitores, así como para favorecer su proceso de individuación. En la edad escolar, si los padres asignan al hijo un papel estereotipado ("el inquieto", "el torpe", "el estudioso", "el que es como su abuelo" etc.) pueden llegar a obstruir el desarrollo sano de su personalidad. La ausencia virtual de los padres cuando ambos trabajan o de una figura paterna ocasiona una supervisión deficiente. Ante la depresión materna y las disfunciones familiares, el niño puede resistirse a abandonar su hogar o desarrollar síntomas psicossomáticos para no asistir a la escuela.

Hijos adolescentes y adultos. Cuando los hijos llegan a la adolescencia, la familia enfrenta una pesada tarea: aceptar la diferenciación de papeles de los hijos crecidos, así como su separación paulatina del hogar. Los hijos no deben ser tratados como niños por sus padres, sino cada vez más como compañeros que algún día quizá lleguen a cuidar de ellos. Los problemas surgen si hay resistencia a aceptar esos nuevos papeles, cuando la separación de los hijos es traumática o cuando es difícil para los padres dar libertad a sus hijos. Los factores familiares de riesgo para la salud mental del adolescente son: supervisión inadecuada o demasiado estricta, poca tolerancia de los padres ante los esfuerzos del hijo por ser más independiente, discordia conyugal entre los padres y presencia de psicopatología en estos o en algún otro familiar que viva en la misma casa. La función del sistema familiar cuando un hijo llega a la adolescencia tardía es facilitar que este asuma com-

promisos y decisiones personales, elija los caminos vocacionales por seguir y experimente los éxitos y fracasos inevitables.

Ante la ausencia de los hijos lo ideal es que los esposos se apoyen mutuamente para sobreponerse al llamado "síndrome del nido vacío", y si previamente las funciones de progenitores han superado o anulado las funciones de esposos, la salida de los hijos puede desencadenar una crisis individual o conyugal en la pareja. La llegada de los nietos puede ayudar a superar esta etapa, pues permite a los abuelos dirigir hacia ellos su ternura y aceptar con mayor resignación las desventajas de la vejez.

Complicaciones del desarrollo de la familia. Existen situaciones familiares que pueden entenderse como complicaciones o variaciones de su desarrollo habitual. Cabe citar entre ellas la de la familia interrumpida, la de la familia reducida y la de la familia reconstruida. La familia interrumpida es la que se ha desintegrado por la separación o divorcio de los padres. Los problemas surgen cuando los integrantes de la pareja resienten mucho la separación, cuando los sentimientos negativos relacionados con ésta no se han resuelto del todo o cuando los divorciados no consiguen ponerse de acuerdo sobre la custodia de los hijos, el monto de la pensión, las visitas del padre ausente, etc. En la familia reducida se ha experimentado la pérdida de uno de sus integrantes, lo que puede generar problemas de adaptación si previamente no existía una dinámica familiar funcional. La unión de los integrantes de dos familias diferentes da lugar a la familia reconstruida. Entonces se requiere establecer una nueva estructura entre los esposos, entre estos y los niños y entre los hijos que provienen de diferentes padres.

Grados de funcionalidad y disfuncionalidad. El funcionamiento familiar no es un asunto de todo o nada, por lo que muchas veces se hace necesario cuantificarlo desde el grado óptimo hasta el más disfuncional. El DSM IV propone una escala de 0 a 100 basada en los parámetros antes mencionados, lo que representa un avance en la tarea de evaluar clínicamente algo tan complejo como el funcionamiento familiar (3). Según la Escala de Evaluación Global de la Actividad Relacional (EEGAR) en una familia con funcionamiento satisfactorio existe acuerdo en las rutinas diarias y flexibilidad para implementar los cambios necesarios. Los conflictos se resuelven mediante la comunicación y negociación. Hay acuerdo respecto a las funciones o tareas y una atmósfera cálida donde se expresan libremente los sentimientos, se comparten valores y hay relaciones sexuales satisfactorias.

De acuerdo con los lineamientos derivados de las escuelas estructural y estratégica (4), una familia funcional posee las siguientes características:

1. La jerarquía consta de un subsistema parental especialmente fuerte, pues aunque la tendencia de la familia sea democrática el liderazgo pertenece a uno o ambos padres, quienes se apoyan mutuamente en sus actitudes respecto a la crianza.
2. Los límites o fronteras entre los individuos y los subsistemas son claros y flexibles, no difusos ni rígidos.
3. Las alianzas interpersonales se basan en afinidades y metas comunes, no en el propósito de perjudicar a nadie.
4. Los papeles son complementarios y tienen consistencia interna. No son inmutables y experimentan variaciones de acuerdo a las circunstancias cambiantes.

5. La comunicación entre los integrantes del sistema tiende a ser clara, directa y congruente, y se utiliza honestamente en la búsqueda de soluciones de los problemas comunes, no para agredirse mutuamente.
6. Existe una actitud de apertura que permite la formación de redes de apoyo con otros grupos y personas fuera del núcleo familiar.
7. Hay la flexibilidad suficiente para garantizar la autonomía e independencia de los integrantes del grupo y para procurar tanto el crecimiento individual de estos como el mantenimiento del sistema.
8. Se favorece la continuidad y también la adaptabilidad ante las demandas de cambio internas (las propias del desarrollo), como las externas o ambientales.

No existe un solo tipo de funcionamiento familiar sano como tampoco hay uno solo de funcionamiento malsano.

En este capítulo se han planteado algunos parámetros útiles en la comprensión de la psicología de la vida en familia, lo que puede servir de base para aplicar técnicas terapéuticas, sin pretender que la familia deba ajustarse a un modelo ideal de funcionamiento. La complejidad de los procesos e interacciones en la familia es tal que resulta preferible no utilizar calificativos como normal o anormal para calificarlos; es preferible referirse a ellos en relación con aspectos funcionales o disfuncionales de la dinámica familiar.

Referencias

1. Saucedo GJM, Foncerrada MM. Los problemas familiares y sus repercusiones en el niño. *Rev Med IMSS* 1985;23: 159-166.
2. Jackson DD. The study of the family. *Fam Process* 1965; 4:1-9.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. 4th edition (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association; 1994.
4. Saucedo GJM. Psicología de la vida en familia. Una visión estructural. *Rev Med IMSS* 1991; 29:61-67.
5. Haley J. *Problem solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass; 1977.
6. Minuchin S. *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Granica; 1977.
7. Shapiro R. Family therapy. En: Goldman HH *Review of general psychiatry*. Norwalk: Appleton & Lange; 1988, pp. 549-557.
8. Bowen M. The use of family therapy in clinical practice. *Compr Psychiatry* 1966; 7: 345-374.
9. Pearce JB, Nicol AR. Family factors in the etiology of childhood psychiatric disorders. En: Tongue BJ, Burrows GD, Werry JS, eds. *Handbook of studies in child psychiatry*. Amsterdam: Elsevier; 1990, pp. 39-53.
10. Dunn J, Plomin R. *Separate lives: Why siblings are so different*. Nueva York: Basic Books; 1990.

11. Harris JR. *The nurture assumption*. Nueva York: The Free Press; 1998.
12. Rutter M, Cox A. Other family influences. En: Rutter M., Hersov L, eds. *Child and adolescent psychiatry. Modern approaches*. 2a. ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1985, pp. 58-81.
13. Steinhauer PD, Santa-Barbara J, Skinner H. The process model of family functioning. *Can J Psychiatry* 1984; 29:77-88.
14. Van Goor-Lambo G, Orley J, Poutska F, Rutter M. Classification of abnormal psychosocial situations: preliminary report of a revision of a WHO scheme. *J Child Psychol Psychiatry* 1990; 31: 229-241.
15. Lederer W. *Creating a good relationship*. Nueva York: Norton; 1984.
16. Foley VD. *An introduction to family therapy*. Nueva York: Grunne & Stratton; 1974.
17. Satir V. *Conjoint family therapy*. Palo Alto: Science and Behavior Books; 1967.
18. Chagoya L. Dinámica familiar y patología. En: Dulanto E. *La familia. Medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano*. México: Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México; 1975, pp. 25-38.
19. Epstein NB, Bishop DS. Problem-centered systems therapy of the family. En: Gurman AS, Kniskern DP, eds. *Handbook of Family Therapy*. Nueva York: Brunner and Mazel; 1981, pp. 444-482.
20. Tseng WS, McDermott J. Triaxial family classification. *J Child Psychiatry* 1979; 18: 22-43.
21. Haley J. Uncommon therapy. *The psychiatric technics of Milton Erickson*. Nueva York: Norton; 1973.

1.2. Formulación diagnóstica integral

Juan Manuel Saucedo García y Jesús Martín Maldonado Durán

Es indudable que en la clínica se requiere tener una comprensión adecuada de cada caso para poder diseñar y poner en práctica el tratamiento indicado. En este proceso se recomienda seguir las siguientes etapas:

1. **Recolección de datos.** Consiste en entrevistar al paciente y su familia para obtener los datos pertinentes y llegar a los diagnósticos sindromáticos.
2. **Clasificación.** Se logra mediante el ordenamiento de los datos clave para integrar y dar nombre a los diagnósticos nosológicos principales.
3. **Formulación diagnóstica integral.** Es el proceso de organizar en forma resumida los antecedentes y los diagnósticos principales en forma coherente, con énfasis en la situación individual y distintiva del paciente dentro de su ámbito familiar. Esto se consigue después de determinar cuáles factores originaron los problemas y cuáles los mantienen, con el objeto dirigir posteriormente hacia ellos las intervenciones terapéuticas. En la formulación diagnóstica integral se consideran las diversas raíces del trastorno o trastornos en función de los factores psicológicos, familiares, sociales y biológicos, y se determina el peso relativo de cada uno de ellos en el paciente. Habrá que prestar atención especial a las fuerzas que mantienen el problema, las cuales frecuentemente son de naturaleza familiar y pueden ser el punto más accesible y promisorio para las intervenciones terapéuticas (1).

La recolección de los datos ha sido abordada previamente en el capítulo de la entrevista familiar. En cuanto a la clasificación, es necesario considerar tanto los trastornos del individuo como los observados en su entorno familiar y social, pues ambos son indispensables y se complementan. Atrás quedaron los tiempos de las posiciones individualistas -biológicas o psicológicas- en los cuales se subestimaba el contexto sociocultural del paciente o, en el mejor de los casos, se dejaba a la trabajadora social su investigación y tratamiento. Desde mediados del siglo veinte, el advenimiento del enfoque sistémico ha favorecido una mejor comprensión de la conducta humana, lo cual ha permitido superar concepciones reduccionistas y englobar los aspectos dinámicos de las relaciones intrafamiliares en el campo de la psicopatología y la terapéutica. Al seguir este enfoque se considera que los determinantes del comportamiento suelen ser múltiples y de importancia variable. En su estudio y tratamiento es fundamental el marco teórico sustentado por el clínico a cargo de cada caso particular. Aquí partimos del principio de que el marco sistémico es el más completo e integrativo.

Hasta el momento no hay una teoría universalmente aceptada sobre la etiología de la psicopatología y su tratamiento, situación nada extraña pues también se da en otras áreas de la medicina. Existen concepciones diversas sobre el origen de lo anormal, cuyas diferencias pueden referirse a matices o ser sumamente amplias. La medicina, la psiquiatría y la psicología no son ciencias exactas, y los clínicos de la salud mental pueden asignar valores diferentes a los factores que determinan un intento suicida, por mencionar solo un ejemplo.

Desde principios de siglo se observó un auge en la importancia concedida a los determinantes intrapsíquicos en la génesis de la conducta humana, sobre todo los de tipo inconsciente, a partir de las publicaciones de Sigmund Freud y el desarrollo del psicoanálisis. Posteriormente se dio mayor relevancia a los elementos yoicos o conscientes del aparato psíquico para propósitos de tratamiento. Estos avances se han visto enriquecidos con el advenimiento de los psicofármacos y de sofisticados métodos diagnósticos propios de la imagenología, además de los descubrimientos sobre bioquímica cerebral. Las últimas décadas han visto el desarrollo de otras concepciones acerca del comportamiento que rebasan el ámbito individual para abarcar las relaciones interpersonales y la comunicación, lo cual ha dado origen a la psicoterapia sistémica llamada también terapia familiar.

1.2.1. Clasificación diagnóstica del individuo y de la familia

La clasificación o asignación de un diagnóstico tiene como meta organizar los síntomas según los denominadores comunes con otras condiciones similares. La elaboración de diagnósticos sindromáticos permite estrechar el campo clínico en términos de causas, tratamiento y pronóstico, además de facilitar la comunicación con otros profesionales. Su limitación más notoria consiste en no considerar suficientemente lo único y específico de cada paciente, pues se trata fundamentalmente del agrupamiento de síntomas y signos con fines taxonómicos. Sobre este punto conviene recordar la afirmación de Anna Freud de que conductas aparentemente similares pueden tener significados muy diferentes y desempeñar funciones diversas. Muchos clínicos de la salud mental, sobre todo los que no son médicos, en ocasiones muestran resistencia a utilizar los sistemas de clasificación diagnóstica en un intento por evitar la visión un tanto despersonalizada del paciente. Pero al hacerlo así pierden la ventaja de poder comparar un caso con otros de características similares en términos de etiología, tratamiento y pronóstico. Para comparar a un paciente con otro se presentará la sintomatología dentro de parámetros bien definidos, provenientes de sistemas taxonómicos confiables. Así se logra que quienes investigan estos parámetros, al estudiar a pacientes con cuadros similares, lleguen a las mismas conclusiones diagnósticas. La confiabilidad es mayor si al clasificar se presta más atención a fenómenos claramente definidos y observables que a los datos derivados de interpretaciones o inferencias. No hay que olvidar que la forma de clasificar la psicopatología ejerce gran influencia en la manera de evaluar y tratar los problemas clínicos (2).

Las clasificaciones de psicopatología individual más aceptadas en la actualidad son la de la Asociación Psiquiátrica Americana (3) y la de la Organización Mundial de la Salud (4). Ambas hacen escasa referencia a la dinámica psicológica subyacente y ponen atención limitada al contexto ambiental. Sin embargo, es necesario considerar estos factores para comprender cada caso individual, establecer una buena relación clínica y poner en marcha un plan de tratamiento adecuado.

Por lo que respecta al ambiente familiar, en la actualidad se dispone de dos clasificaciones diagnósticas que permiten especificar los problemas que experimenta la familia en las relaciones interpersonales. Una de ellas es la Clasificación Triaxial de la Familia (5), publicada en 1979, y la otra es la Escala de Evaluación de la Actividad Relacional

(EEGAR), aparecida en el DSM-IV en 1994. (3) Ambas clasificaciones son útiles y representan avances importantes en el intento de simplificar la comprensión de un fenómeno tan complejo y difícil de esquematizar como el funcionamiento familiar.

1.2.2. Clasificación triaxial de la familia

La Clasificación Triaxial de la Familia constituye una buena integración nosológica de los problemas que pueden manifestarse en el grupo primario, los cuales pueden corresponder a uno o más de los tres ejes considerados: el eje de los problemas del desarrollo, el de los subsistemas y el de la familia como grupo. En México esta clasificación ha sido de uso frecuente, pues tiene la ventaja de dar nombre a las principales dificultades cualitativas de la dinámica familiar (6). Su mayor limitación está en que no proporciona criterios para cuantificar las disfunciones. Como consecuencia, hay clínicos que tienden a formular un número excesivo de diagnósticos sin jerarquizar las disfunciones.

1.2.3. Escala de evaluación global de la actividad relacional

El funcionamiento familiar no es cuestión de todo o nada, por lo que es deseable cuantificarlo desde el grado óptimo hasta el más disfuncional. El DSM-IV propone una escala del 0 al 100, la Escala de Evaluación Global de la Actividad Relacional (EEGAR) basada en los parámetros explicados anteriormente. Con el empleo de la EEGAR es posible efectuar un dictamen global de las relaciones interpersonales dentro de un espectro continuo que va desde un sistema funcional hasta otro de tipo desestructurado y disfuncional. Así pueden integrarse cinco tipos principales de funcionamiento global, aunque también es posible asignar calificaciones intermedias según las características de cada caso. La EEGAR proporciona las bases para cuantificar clínicamente las disfunciones del grupo primario y también puede servir para evaluar la evolución del tratamiento psicológico.

1.2.4. Genograma

El empleo de un genograma o familiograma, al representar en forma gráfica a los integrantes del grupo familiar, proporciona una visión rápida del contexto donde se desarrolla el paciente. Según el modelo propuesto por McGoldrick y Gerson (7), el dibujo puede constar de tres niveles fundamentales: el primero incluye los símbolos de los integrantes de la familia y el tipo de parentesco entre ellos; el segundo, los datos sociodemográficos y antecedentes básicos; y, en un tercer nivel, los tipos de relaciones interpersonales en términos de involucración afectiva, alianzas, conflictos, etc. En 1985 se propuso este modelo para estandarizar la presentación de tales datos en la forma siguiente: los símbolos masculino y femenino se representan con un cuadrado y un círculo, respectivamente. La persona índice o paciente identificado se dibuja con doble contorno. Las fechas de nacimiento y fallecimiento pueden abreviarse con solo los dos últimos dígitos y la inclusión de la edad de la persona dentro del símbolo: nacimiento-49:75--fallecimiento. La "~m" seguida de una fecha indica cuándo contrajo matrimonio la pareja y en la línea de casamiento se puede anotar también las separaciones (con una diagonal) y divorcios (con dos diagonales), además de las letras "s" o "d", seguidas de las fechas de separación o divorcio.

Cuando la pareja no ha contraído matrimonio y vive o vivió en unión libre, la línea de casamiento es punteada. También se utiliza la línea punteada para señalar a los hijos adoptivos. Las líneas convergentes conectan los gemelos a la línea de los padres. Si los gemelos son idénticos, estos a su vez quedan conectados por una barra. Se acostumbra dibujar a la izquierda al esposo y a la derecha a la esposa, y encerrar con una línea punteada a quienes viven en la misma casa. Un genograma consta por lo menos de los familiares de dos generaciones, y es deseable incluir a los de una tercera generación, sobre todo cuando conviven en la misma casa o terreno. Es útil señalar también el año del trazado del dibujo y así queda gráficamente representado el primer nivel del genograma. El segundo nivel está constituido por informaciones pertinentes, como nombres de los integrantes del grupo, grado de escolaridad, ocupación, etc. El tercer nivel representa las relaciones interpersonales más relevantes: dos líneas paralelas significa buena relación, tres líneas equivalen a una relación amalgamada o fusionada, la línea punteada es una relación distante y la línea quebrada indica una relación conflictiva.

1.2.5. Formulación diagnóstica

Para poder llegar más allá de la elaboración de un diagnóstico fenomenológico se requiere integrar una formulación sistémica mediante la selección y síntesis de los datos esenciales. Se trata naturalmente de un proceso subjetivo de parte del clínico y representa su opinión del caso. La formulación diagnóstica constituye un destilado de la información obtenida para integrar una visión del origen de las dificultades del paciente, los factores que pudieron haberlo predispuesto a desarrollarlas, los elementos concomitantes, las consecuencias del problema, los factores que tienden a mantenerlo y los que podrían atenuarlo (8).

Los pacientes que comparten cierta categoría diagnóstica suelen diferir respecto de los factores cruciales que influyen en el grado de gravedad actual, historia natural y respuesta al tratamiento. Tales determinantes incluyen la inteligencia, los recursos y el apoyo familiar, así como la presencia de capacidades compensatorias o de factores vulnerables agravantes como rasgos de personalidad comórbidos o alteraciones neurológicas. El terapeuta debe entender el significado y la función de cada conducta, y para esto se requiere el análisis de los diversos factores del paciente y su medio ambiente, que pueden aumentar o disminuir la posibilidad de que se presente un determinado problema.

Una correcta formulación diagnóstica enfatiza lo que es distintivo y diferente de cada paciente, propone hipótesis sobre los mecanismos que pueden estar operando en ese caso, las causas subyacentes precursoras y precipitantes del trastorno, los factores que promueven su mantenimiento y los elementos protectores que han intervenido para disminuir la gravedad de los problemas y que también pueden ser utilizados en el plan de tratamiento. Es conveniente distinguir entre los factores individuales o propios del paciente (psicológicos y biológicos) y los factores ambientales (familiares y socioculturales). La formulación diagnóstica busca suplementar las limitaciones de los diagnósticos categóricos mediante la identificación de las causas potenciales y los determinantes actuales de las dificultades del paciente. En una buena formulación diagnóstica se reconoce la importancia relativa de todos los elementos que contribuyen al surgimiento de la psicopatología, y

se considera también el nivel de funcionamiento psicosocial presente y el predecible. La fenomenología, la colección de antecedentes y la integración dinámica tienen un lugar en este proceso cuya eficiencia también depende de los conocimientos, experiencia y agudeza clínica del terapeuta. La formulación diagnóstica integral debe incluir una visión longitudinal de la vida del paciente que explique cómo llegó a sufrir el problema actual, además de una visión transversal de su situación actual que ilustre su nivel de funcionamiento psicosocial.

La formulación completa de un caso, de manera ideal, podría contar con el diagnóstico nosológico individual (según el DSM-IV o la ICD-10), una apreciación de la adaptación psicosocial o funcionamiento actual del paciente (según la escala de evaluación de la actividad global o eje V del DSM-IV), un genograma o familiograma, la valoración cuantitativa aproximada del funcionamiento familiar según la EEGAR y los tipos de disfunciones familiares según la clasificación triaxial de la familia. El empleo de la rejilla diagnóstica propuesta por la Universidad de Toronto y basada en los elementos planteados por el Grupo para el Avance de la Psiquiatría permite concentrar los principales datos involucrados en la génesis de un problema (9, 10).

1.2.6. Rejilla diagnóstica

La rejilla diagnóstica puede servir de base para elaborar la formulación, pues proporciona la estructura para ubicar y ordenar los datos más significativos recogidos en las entrevistas. Esta información puede corresponder a varias esferas: la biológica, la psicológica, la familiar y la social; además de ser de naturaleza precipitante, predisponente o perpetuante de los síntomas. Los factores protectores presentes también pueden incluirse en la rejilla. Los factores precipitantes son los eventos reales que preceden inmediatamente a la aparición de los problemas y parecen desencadenarlos. Son factores de predisposición las condiciones que desempeñan un papel en la determinación de cierta conducta: la naturaleza de las relaciones interpersonales del paciente, la estructura de su personalidad, herencia, constitución biológica, temperamento, eventos previos, fijaciones, enfermedades crónicas, enfermedad o depresión en otro familiar, patrones dinámicos familiares, etc. Los factores de perpetuación suelen ser las contingencias, es decir, lo que sigue inmediatamente a las conductas sintomáticas en circunstancias donde la conducta parece generar una respuesta predecible (por ejemplo, aumento de la atención de los padres ante la conducta agresiva de un menor). Son las ganancias secundarias, el uso del niño por un progenitor como objeto vicarial, la solución parcial o disfuncional de un conflicto personal o familiar a través de los síntomas, aspectos de la dinámica familiar, etc. Los factores protectores son aquellos que de no haber ocurrido podrían empeorar la situación del paciente. Entre ellos cabe mencionar la inteligencia superior al promedio y un temperamento fácil. Dentro de la familia, la buena relación del paciente con alguno de sus progenitores y una madre juiciosa y fuerte que enfrenta constructivamente los problemas, son elementos de protección. Fuera de casa, las relaciones con amigos y parientes y las buenas experiencias en la escuela, también pueden proteger, así como el acceso a servicios que proporcionan ayuda psicológica.

Hay muchas maneras de formular un caso, y según las preferencias personales del clínico se puede acentuar el nivel intrapsíquico o darle mayor relevancia al enfoque sistémico o interpersonal para explicar lo observado. Lo mejor es considerar todos los aspectos relevantes sin olvidar que el funcionamiento psicológico individual influye en el sistema familiar y a la vez es influido por él y por todo el ambiente en que se desarrolla el paciente. Es importante elaborar hipótesis sobre estos procesos en forma tal que faciliten la intervención terapéutica. Es decir, conviene plantear el problema en términos accesibles para promover una solución constructiva. Aquí radica la importancia de formular el problema dando mayor peso a las interacciones entre los miembros de la familia, sobre todo en el caso de los menores. En estos, los síntomas frecuentemente son originados o mantenidos por interacciones disfuncionales que pueden ser modificadas siguiendo un enfoque sistémico.

Ejemplo:

Yolanda, de 15 años de edad, hija única de una pareja tradicional de clase media, fue siempre una alumna destacada en su escuela, donde acostumbraba ocupar alguno de los primeros lugares por su aprovechamiento escolar. Cursaba el 3o de secundaria en un colegio para mujeres atendido por monjas, donde había asistido desde los 3 años de edad. Cuatro meses antes de terminar la secundaria tuvo una discusión con su padre porque este insistía en que cursara la preparatoria en la misma escuela, a lo que ella se negaba por estar harta del sistema del colegio. Deseaba tener compañeros varones, se había distanciado de sus compañeras, experimentaba mucha ansiedad por la proximidad de los exámenes y también le afectaba la discordia crónica entre sus padres. Se sentía obligada a obtener el primer lugar en aprovechamiento escolar. Estudiaba interminablemente, nunca estaba suficientemente segura de sus conocimientos y obligaba a su madre a ayudarle en sus tareas escolares. Repentinamente se negó a asistir a la escuela una semana antes de que comenzaran las vacaciones de primavera, se deprimió notoriamente e hizo el primero de varios intentos suicidas: ingirió algunas pastillas de psicofármacos que su madre tomaba para controlar su depresión. Alegaba que no podía estudiar más, que su memoria le fallaba, que si presentaba exámenes iba a reprobarlos. Fue traída a consulta después de su segundo intento de suicidio, ahora con el empleo de una navaja con la que se cortó las venas del antebrazo izquierdo. Estos datos pueden ser ordenados en la rejilla diagnóstica (cuadro 1).

CUADRO 1
PROBLEMAS IDENTIFICADOS:
DEPRESIÓN E INASISTENCIA A LA ESCUELA

FACTORES	BIOLÓGICOS	PSICOLÓGICOS	FAMILIARES	SOCIALES
DE PREDISPOSICIÓN	Temperamento tímido	Rasgos obsesivo compulsivos	Madre deprimida Discordia conyugal Protección excesiva	Escuela femenina religiosa y competitiva
PRECIPITANTES	Disforia premenstrual	Comparación desventajosa Intereses heterosexuales frustrados	Presión paterna sobre la escuela	Mudanza de casa Exámenes Promoción a preparatoria
DE PERPETUACIÓN	Tendencia familiar a la depresión	Inseguridad Baja autoestima Envidia	Disfunciones Alianza madre-hija Protección excesiva	Expectativas elevadas de maestras y padre
PROTECTORES	Salud física Aspecto agraciado	Inteligencia normal Estudiosa	Cuidados afectuosos Supervisión	Clase media Escuela eficiente y bien dispuesta hacia la paciente

En la formulación integral del caso se planteó que la depresión de la paciente tenía una base biológica determinada por su temperamento tímido, la disforia premenstrual que había antecedido a su primer intento de suicidio y la tendencia familiar a la depresión de lo cual su madre era un ejemplo. Los factores psicológicos de predisposición estaban representados por sus rasgos obsesivos. La paciente, además, tendía a compararse negativamente con sus compañeras y sentía frustrado su interés por relacionarse con chicos de su edad, ya que no tenía oportunidad de conocerlos en su escuela y la vida social de sus padres era casi nula, además de estar sujeta a una sobreprotección restrictiva. Se sentía insegura, con escasa autoestima y sentimientos de envidia hacia sus compañeras cuando estas se destacaban más que ella o hablaban de sus pretendientes. El contexto familiar que influía en forma importante en los problemas de la paciente estaba integrado por una madre deprimida, un padre alcohólico, la discordia entre ellos y la protección excesiva que recibía la paciente, no sólo de sus progenitores sino también de la sirvienta que la cuidaba desde años atrás. La depresión de la madre aumentaba la inseguridad de la paciente y contribuía a los patrones de interacción disfuncional entre ambas. Ellas habían formado una coalición en contra del padre y, en menor grado, del abuelo paterno, quien vivía solo en un departamento junto al de ellos y a quien había que proporcionar cuidados por su senilidad y su salud precaria. Desde meses antes la paciente compartía su recámara con la

madre, quien había abandonado el lecho conyugal, lo cual era otro índice de la discordia parental y de la relación fusionada que existía entre madre e hija. Entre los factores sociales se contaba la escuela femenina con un sistema que favorecía la competencia entre las alumnas, la mudanza reciente de la familia a una zona de la ciudad de nivel socioeconómico más bajo, los exámenes escolares próximos y la perspectiva del paso a la preparatoria. Las relaciones sociales de los padres eran muy pocas. Sus maestras también tenían grandes expectativas acerca del desempeño escolar de Yolanda y, como el padre, la presionaban a destacarse en su rendimiento académico. Los factores protectores eran la salud física y el aspecto agraciado de la paciente, su inteligencia normal superior y sus buenos hábitos de estudio, los cuidados afectuosos de sus padres, el hecho de disponer de medios económicos propios de la clase media y de poder asistir a una escuela de buen nivel académico. Se consideró que el pronóstico podría ser razonablemente bueno si la paciente recibía tratamiento farmacológico y psicológico y psicoterapia familiar. La formulación completa del caso se esquematiza en el cuadro 2.

**CUADRO 2
DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO SEGÚN EL DSM-IV**

EJE I: 296.23 V62.3	Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave y sin síntomas psicóticos. Problema académico.
EJE II: V7 1.09	Sin diagnóstico. Rasgos obsesivo compulsivos.
EJE III	Sin problemas.
EJE IV	Problemas con el grupo primario: sobreprotección materna y discordia conyugal de los padres. Problemas ambientales: distanciamiento de las compañeras de escuela y mudanza de domicilio.
EJE V: EEAG: 40	Deterioro importante del estado de ánimo y de sus relaciones y responsabilidades escolares. Inasistencia a la escuela.

ESCALA DE EVALUACION DE LA ACTIVIDAD RELACIONAL (EEGAR)

45 puntos: familia con lapsos de funcionamiento satisfactorio, pero donde predominan las relaciones disfuncionales o insatisfactorias. La comunicación está inhibida y se ignoran o atacan las necesidades individuales. Hay dificultades sexuales en la pareja de padres.

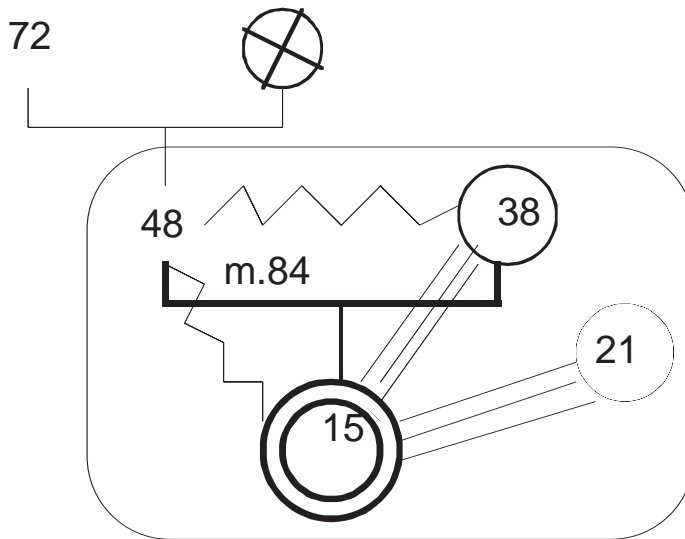
CLASIFICACION TRIAXIAL DE LA FAMILIA

Eje 1: Disfunción de la familia madura.

Eje II: Disfunción triangular entre padres e hija.

Eje III: Familia socialmente aislada.

FIGURA 1. GENOGRAMA



El genograma muestra la estructura de la familia así como los tipos de relaciones interpersonales establecidas entre los familiares (figura 1).

El resumen de la formulación diagnóstica integral en este caso quedaría como sigue: se trata de una adolescente de 15 años de edad, de inteligencia normal y perteneciente a la clase media con un cuadro de depresión mayor y rechazo de la escuela. Los síntomas derivan principalmente de factores familiares, biológicos unos (tendencia a la depresión por parte de la madre) y ambientales otros (triangulación de la paciente en la discordia conyugal de sus padres y crianza sobreprotectora restrictiva). También intervienen las necesidades de autoafirmación y la mayor conciencia de la sexualidad que se manifiesta en la adolescencia.

Los niños tienen una predisposición temperamental y genética para ciertos aspectos vulnerables. La vulnerabilidad puede agravarse por estresores internos o externos (procesos de maduración o conflictos familiares), o contenidos por recursos internos o externos (desarrollo cognoscitivo o crianza adecuada). Una vez activados, sin embargo, estos aspectos vulnerables (en forma de síntomas) producen un impacto negativo sobre el sistema familiar y social que rodea al paciente. (11) En una buena formulación diagnóstica integral se consideran los datos relevantes de un caso determinado, con lo cual se facilita el diseño de una estrategia de tratamiento con mayores posibilidades de éxito.

Referencias

1. Cox AD: Diagnostic appraisal. En: Rutter E, Taylor, Hersov L, eds. *Child and adolescent psychiatry. Modern approaches*. 3a. ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1994, p. 22.

2. Shapiro T. Diagnosis and diagnostic formulation. En: Wiener JM, ed. *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press; 1991, p. 128.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4a. ed. (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
4. Organización Mundial de la Salud. *Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor; 1992.
5. Tseng WS, McDermott JF. Triaxial Family Classification. A proposal. *J Child Psychiatry* 1979; 18: 22-53.
6. Saucedo García JM, Foncerrada M. *La exploración de la familia. Aspectos médicos, psicológicos y sociales*. *Rev Med IMSS* 1981; 19:155-163.
7. McGoldrick M, Gerson R. *El genograma en la evaluación familiar*. Buenos Aires: Gedisa; 1985.
8. Work Group on Quality Issues. *Practice parameters for the psychiatric assessment of children and adolescents*. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1995; 34:1386-1402.
9. The Committee on Child Psychiatry. *Psychopathological disorders in childhood: theoretical considerations and a proposed classification*. Vol. VI, Report No. 62. Nueva York: Group for the Advancement of Psychiatry.
10. Postgraduate Education Committee. *Educational Programme for Training in Child and Adolescent Psychiatry*. Division of Child and Adolescent Psychiatry, University of Toronto. 1993-94.
11. Diamond GS, Serrano AC, Dickey M, Sonis WA. Current status of family-based outcome and process research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 6-16.

1.3. La terapia familiar en la práctica

Juan Manuel Saucedo García y Jesús Martín Maldonado Durán

Introducción

En esta sección se abordan algunos aspectos conceptuales y técnicos del ejercicio de la psicoterapia familiar o sistémica desde la perspectiva de los enfoques estructural y estratégico. Si bien se trata de dos escuelas distintas, sus coincidencias son muy grandes y en la práctica clínica se complementan muy bien. Los conceptos y técnicas estructurales derivan de los trabajos de Salvador Minuchin, y los de corte estratégico son originarios principalmente de Jay Haley. El término "estratégico" se refiere a la psicoterapia en la que el terapeuta diseña activamente el plan terapéutico de acción ante el sistema familiar en conflicto, y pone en práctica medidas dirigidas específicamente a la corrección del síntoma. Al enfocar así el problema desde el principio es más factible conseguir la colaboración de la familia en el tratamiento. Desde una posición puramente estructural, en cambio, la terapia persigue más bien ayudar a la familia a conseguir un nivel de funcionamiento más maduro y funcional, con la esperanza de que, al alcanzarlo, el síntoma también llegue a desaparecer; de esta manera, el síntoma ya no va a ser necesario para mantener unido el sistema a costa del sufrimiento de uno de los familiares (1). En la práctica clínica es posible seguir ambos enfoques en forma simultánea por ser bastante compatibles.

1.3.1. Aspectos teóricos de la terapia familiar

Definición de familia. Se considera que la familia es un grupo natural cuyos integrantes tienen un pasado y un futuro. La familia está integrada por adultos y niños relacionados biológicamente, que viven bajo un mismo techo. Otros adultos con funciones importantes también se consideran integrantes de la familia, para propósitos de la terapia, aunque no tengan un verdadero parentesco biológico con los demás.

Siguiendo los postulados de la Teoría General de los Sistemas, la familia no debe ser entendida únicamente en función de las personalidades de sus integrantes, sino en cuanto a las relaciones interpersonales y los procesos de interacción que entre ellos se establecen. Es decir, la familia es una red de comunicaciones en interacción en la cual cada familiar, desde el más joven hasta el más viejo influyen sobre el sistema entero y son influidos por él. El sistema familiar experimenta una diferenciación y realiza sus funciones a través de subsistemas organizados por generación, sexo, intereses, etc. Así aparecen subsistemas tales como el conyugal, el formado por los varones, el de las mujeres, el de los hermanos, etc. Minuchin afirma que la familia constituye la parte extracerebral de la mente, pues determina en gran medida las conductas de cada uno de los que la componen, ya que la vida psicológica no es exclusivamente un proceso interno (2). Desde una perspectiva sistémica, el síntoma psicológico es una conducta adaptativa, por lo cual es necesario cambiar el contexto o la situación en la que vive el paciente para corregir así el síntoma. Se requiere cambiar a dos, por lo menos, para cambiar a una persona.

Elementos conceptuales de la psicoterapia familiar. Los elementos conceptuales de la terapia familiar incluyen: ver a la familia como una estructura global, entender que el síntoma tiene una función potencial y cuál es esta, investigar qué factores familiares están promoviendo el mantenimiento del síntoma, determinar la posición de la familia en el ciclo vital, entender la estructura intergeneracional de la familia, hacer una formulación que incluya los puntos anteriores y vincularla con intervenciones apropiadas (3). A diferencia de lo que se persigue en la terapia individual, donde el principal foco de intervención es el nivel intrapsíquico (lo que el paciente nos dice), las intervenciones sistémicas van dirigidas principalmente a modificar relaciones y procesos repetitivos disfuncionales (cómo interactúan los miembros de la familia), y así se espera corregir los síntomas. En este tipo de psicoterapia no se fomenta el desarrollo de una relación de transferencia entre el paciente y el terapeuta, quien más bien trabaja con las relaciones transferenciales que se dan entre los componentes de la familia. Y mientras dura la terapia, el terapeuta mismo pasa a ser parte del sistema familiar en términos psicológicos.

La terapia familiar o terapia sistémica puede definirse como el esfuerzo psicoterapéutico que explícitamente trata de modificar la interacción entre los familiares y busca mejorar su funcionamiento como unidad o la de sus subsistemas y/o el funcionamiento de los individuos que la componen (4). Es fundamental que el terapeuta piense en relación con la familia, es decir, que mantenga en mente al sistema familiar del paciente, independientemente de quién se encuentre en el consultorio. Este enfoque sistémico, y no el número de personas presentes en el consultorio, distingue a la terapia familiar de la terapia individual. No es indispensable reunirse con todos los miembros de la familia para producir un cambio en el patrón de interacción del sistema. Hay que recordar que el poder de un individuo puede impactar a la familia entera y modificar su funcionamiento global. Para poder utilizar adecuadamente este poder individual hay que pensar en términos de familia, es decir, entender las interacciones recíprocas entre la familia como sistema y el individuo. Cualquier entrada al sistema puede crear cambios, y cualquier cambio modifica no a una, sino a todas las partes del grupo primario. Es posible comparar los sistemas familiares con los juguetes para bebés llamados móviles. Cuando se mueve una de sus partes, todas las otras se mueven en forma complementaria. Sin embargo, siempre es conveniente que, por lo menos en una ocasión, el terapeuta se reúna con la familia completa en una entrevista conjunta (5).

En este tipo de psicoterapia se trabaja más sobre el presente, el aquí y el ahora, pues se considera que lo importante del pasado se expresa en la actualidad, de ahí que no sea necesario investigar exhaustivamente los antecedentes. Tampoco es necesario que la familia entienda cómo se generó ni cómo se va a resolver el problema. Hay pacientes que tienden excesivamente a ubicar el origen de sus dificultades en el pasado, con ellos como víctimas de alguna situación o de errores cometidos por sus padres. Estas actitudes no deben ser reforzadas por el terapeuta, pues el pasado no puede ser modificado y es preferible dirigir los esfuerzos a corregir factores localizados en el presente. Además, el pasado tiende a ser maleable, es decir, está sujeto a las distorsiones propias de cada persona (6).

Objeto de la psicoterapia sistémica. Según los lineamientos de Haley, el objeto de la psicoterapia puede variar arbitrariamente y ser un individuo, una díada o una tríada. Se revisa un ejemplo para ilustrar este concepto:

1. El individuo. Una niña de 5 años, obesa y con actitudes omnipotentes, es traída a tratamiento debido a su enuresis secundaria nocturna que no ha cedido a remedios caseros.

2. La díada. Hay frecuentes conflictos entre la madre y la paciente, ya que esta se resiste a que la bañen por las mañanas, y en general no obedece a su madre y la desafía.
3. La tríada. En las secuencias de interacción entre padre, madre e hija se observa un proceso en el que, cuando la madre hace intentos para controlar a la hija, el padre interviene e invalida su autoridad. La niña se muestra muy apegada al papá y hay un distanciamiento afectivo entre el padre y la madre. El padre, a su vez, mantiene una relación muy estrecha con su propia madre, a quien visita varias veces a la semana, lo cual provoca el enojo de su esposa.

Siguiendo los parámetros explicados en el capítulo anterior, el caso puede formularse como sigue: existe un conflicto en la jerarquía, pues la paciente tiene un poder excesivo para su edad y abusa de él, alentada por el apoyo que recibe de su padre. Es evidente la alianza que existe entre padre e hija, con exclusión de la madre, a la que ambos hostilizan. Las fronteras o límites entre padre e hija son difusos o amalgamados, en tanto que los que existen entre el padre y la madre son muy marcados. En cuanto a los papeles, el padre es más indulgente y cariñoso, y a la madre le corresponde el "trabajo sucio" o disciplinario, menos efectivo cuando el padre se encuentra presente; la hija tiene un papel demasiado central, recibe atención excesiva y está sobreprotegida. El control de su comportamiento es de tipo indulgente y no efectivo, con lo cual se produce su infantilización y se promueven sus actitudes manipuladoras. En esta familia es evidente que la solución de conflictos está obstruida por fallas de comunicación entre los progenitores. Existe una discordia conyugal desviada hacia la hija, por lo cual se establece una coalición estable entre padre e hija en contra de la madre. El ambiente emocional es insatisfactorio y la pareja de progenitores parece unida fundamentalmente por el interés que tienen por la niña.

Aunque se trata de un mismo problema, la intervención terapéutica es diferente según se formule el caso como propio de un individuo, de la díada o de la tríada. En cuanto al individuo, la terapia podría estar dirigida a promover la maduración emocional de la paciente mediante una terapia de juego donde se pondrían límites a sus actitudes manipuladoras y demandantes. En el caso de la díada, se buscaría disminuir las interacciones conflictivas entre madre e hija y que la madre pusiera en práctica medidas más efectivas de control. Al trabajar con la tríada se intentaría romper el proceso circular en el que la desobediencia de la niña va seguida del intento de la madre de implantar disciplina, sabotaje de la autoridad de esta de parte del padre, acercamiento de la niña a su padre, y enojo y exclusión de la madre, quien trata de controlar a la paciente sin lograrlo y entra en conflicto con su marido. Siguiendo el enfoque sistémico, se prefiere trabajar con la tríada formada por la niña y sus padres. En otros casos puede trabajarse con una unidad más pequeña, como la díada. Además, se asume que los síntomas tienen una función no solo para la paciente sino también para otras personas, y que el contexto interpersonal debe ser tomado en cuenta al hacerse la formulación diagnóstica de los síntomas psiquiátricos. En este caso la desobediencia de la niña desempeña una función favorable al padre en la discordia conyugal, y de manera indirecta también favorece el acercamiento del padre a su propia madre. Esta forma de pensar el problema rebasa las consideraciones individualistas y lineares para abarcar los diversos elementos que integran el sistema familiar.

Origen de los síntomas patológicos. Desde esta perspectiva, los síntomas o conductas patológicas aparecen cuando en un sistema familiar ocurren las siguientes disfunciones posibles: entran en conflicto los niveles jerárquicos, no se respetan las fronteras, se hacen alianzas en contra de un tercero (coaliciones), los papeles son disfuncionales, las

medidas de control de la conducta son inapropiadas y el ambiente emocional en el grupo es, en alguna medida, insatisfactorio. Cuando el terapeuta hace la formulación diagnóstica de un caso es preferible pensar en función de tres personas y buscar las coaliciones posibles, pues de esta manera se abren muchas posibilidades en el tratamiento. No se piensa en una causalidad linear (enfocada en acciones individuales), sino en una causalidad circular (existe interdependencia entre los miembros de la familia, y el cambio en uno de ellos afecta a todos los demás de diferentes maneras).

Para el terapeuta es importante conocer los detalles del síntoma, pero no es esto lo único que le interesa. En una secuencia que se refuerza a sí misma, el síntoma suele estar mantenido precisamente por las mismas conductas que pretenden suprimirlo, por la "solución" intentada en el manejo del problema. En otras palabras, el verdadero problema puede ser la solución que se ha pretendido darle y que, lejos de ser efectiva, ha servido para perpetuarlo. En el caso de la niña con enuresis, es obvio que el problema principal consiste en las discusiones y lucha por el poder entre los tres miembros de la familia nuclear. Como señala Hoffman (7), al hacer un análisis cuidadoso de las secuencias se encuentra que, en tanto el problema está siendo atacado mediante ciertas conductas opuestas, al mismo tiempo está siendo apoyado en forma velada por las mismas conductas. El terapeuta investiga estos ciclos y sus secuencias reforzadoras para proceder a cambiarlas, sin olvidar que la meta principal es la curación de los síntomas por medio de intervenciones en el sistema familiar.

Función protectora de los síntomas del hijo. Muchas veces los hijos manifiestan problemas para proteger a sus padres ante sus conflictos de pareja. Esa función del síntoma debe ser considerada por el terapeuta como una fuerte posibilidad por confirmar o descartar. Cuando, para no enfrentar sus conflictos conyugales, la pareja de padres centra su atención en el niño, este puede quedar envuelto en el conflicto de sus progenitores en alguna de las siguientes formas: (8)

1. Triangulación. Cada uno de los padres busca la lealtad del niño y lucha por ella, debido a lo cual le resulta imposible al hijo acercarse a uno de sus progenitores sin sentir que traiciona al otro.
2. Coalición estable. El niño se alía a uno de sus padres, más comúnmente a la madre. Hay dos variaciones, que dependen de la alianza del hijo. En una de ellas, el padre excluido lucha por recuperar al hijo, sin resultados. En la otra variedad, el padre excluido se da por vencido y no hace más intentos por acercarse al hijo.
3. Desviación del ataque. Aunque el conflicto conyugal persiste, la pareja se une en contra del hijo, quien se califica de "malo" o problema de la familia. Tal interacción puede observarse en casos de maltrato al menor.
4. Desviación del apoyo. Los padres se unen para eludir sus diferencias mediante la sobreprotección al hijo. Este no se considera ya como el "malo", sino como débil o enfermo.

Haley ha observado que, cuando en una familia el hijo tiene problemas, uno de los padres parece muy molesto y se muestra alternativamente exasperado o comprensivo, mientras el otro parece menos preocupado (9). El mismo autor considera importante interrumpir o cambiar este proceso y describe varias maneras de hacerlo. Una de ellas consiste en hacer que el padre "periférico" o menos involucrado en la supervisión del niño se

encargue de la disciplina, con lo cual se altera la relación padre-hijo. En el caso comentado, el padre puede estar a cargo de vigilar la limpieza de la niña en lugar de la madre. También se puede asignar a la díada en conflicto una tarea agradable para realizar juntas a fin de crear un mayor acercamiento entre ellas; así se altera positivamente la relación entre madre e hija. Por ejemplo, se pide a la madre que incluya a la niña en la preparación de algún alimento, en plan de juego o de diversión. La segunda manera es enfocar la díada formada por los padres y discutir las diferencias entre ellos acerca de la conducta de la niña. Al hacerlo así, el terapeuta se incluye a sí mismo en un triángulo con los padres, reemplazando al niño, quien frecuentemente no es sino el campo de batalla de los problemas conyugales. La tercera forma consiste en interrumpir la díada padre-hijo más intensa (en este caso, el padre y la niña), alentando al padre a ocuparse más del hijo para que finalmente se cansé de hacerlo, ya no lo haga y el síntoma remita. Aunque sea evidente que la raíz fundamental del problema es el conflicto conyugal, es preferible no tomar a la pareja en tratamiento sino hasta que el síntoma por el que trajeron al niño haya sido resuelto.

Enfermedades psicosomáticas graves. En las familias donde el hijo sufre una enfermedad de las llamadas psicosomáticas graves (asma bronquial, anorexia nerviosa, etc.), Minuchin (2) ha encontrado los siguientes patrones transaccionales:

1. Relaciones fusionadas o amalgamadas. Los límites interpersonales son difusos y las transacciones entre los miembros del sistema se caracterizan por la intrusión; es decir, por la falta de respeto por los límites y los derechos individuales. El efecto neto es una interferencia en el desarrollo y funcionamiento de los miembros de la familia.
2. Difusión del conflicto. La familia es incapaz de tolerar la expresión de conflictos dentro de ciertas díadas, por lo cual suelen intervenir terceros para acallar esos conflictos. Muchas veces los síntomas del paciente identificado aparecen en momentos de tensión entre otros familiares, especialmente entre los padres.
3. Sobreprotección. Se observa principalmente hacia el paciente, a quien se trata como si su nivel de desarrollo psicológico fuera inferior al cronológico, lo cual impide que ejerza adecuadamente sus habilidades personales.
4. Rigidez. Se mantienen patrones transaccionales estereotipados ante presiones que exigen un cambio, aunque los problemas sigan sin resolverse. Las alternativas para adaptarse frente a crisis normales del desarrollo son muy limitadas, pues la falta de flexibilidad permite solo un repertorio estrecho de respuestas.
5. Participación del paciente identificado en los conflictos de otros familiares. El niño actúa desviando hacia sí mismo el conflicto entre sus progenitores con el objeto de mantener la homeostasis familiar. Con sus síntomas, los pacientes muchas veces tratan de ayudar a sus padres que se encuentran en conflicto.

Este tipo de relaciones disfuncionales no es exclusivo de las familias con enfermos psicosomáticos graves. También se observa en otros casos de psicopatología de diversos tipos y es necesario identificarlos y corregirlos para mejorar el funcionamiento familiar. Las demandas del contexto en el cual se desenvuelve el paciente suelen jugar un papel relevante en el mantenimiento de los síntomas psicológicos. Es tan importante cambiar ese sistema social como modificar e incrementar el repertorio de respuestas ante el estrés que experimenta el paciente. Como lo ha señalado Madanes (10), las metas de la terapia son fundamentalmente prevenir la repetición de secuencias e introducir mayor complejidad y

alternativas en la vida de los miembros de la familia. Por ejemplo, una secuencia típica es aquella en la que el niño desarrolla síntomas cuando los padres amenazan con separarse. Los padres permanecen juntos para cuidar al niño sintomático, y en cuanto este se comporta normalmente, los padres hablan nuevamente de separación, lo que conduce a la reaparición de síntomas en el hijo. La labor del terapeuta consiste en cambiar esta secuencia para que la mejoría del niño no dependa de la unión o separación de sus padres.

Etapas en el proceso de cambio. Dos pasos fundamentales según el enfoque estratégico son descubrir las secuencias de la organización familiar al evaluar el problema y dividir en etapas el proceso de cambio. La terapia sistémica consiste en cambiar gradualmente la forma como la familia está organizada (6). A veces el terapeuta promueve el cambio de una secuencia anormal a otra también anormal, pero diferente, antes de conseguir una organización más normal. Para entonces se espera que el síntoma no siga siendo necesario. Por ejemplo: cuando un niño duerme con sus padres debido supuestamente a sus temores, se sugiere que es mejor que se acueste con uno de sus hermanos, como paso previo a dormir solo en su propia cama. La terapia está planeada en etapas y, en la definición de los problemas deben estar comprendidas 2, 3 o más personas. La intervención terapéutica tiene como propósito corregir la jerarquía (que muchas veces presenta confusiones generadoras de síntomas) y cambiar así la organización familiar, de manera que el problema introducido no sea más necesario. Se busca involucrar más a los miembros de la familia (cuando están muy distantes), o separarlos (cuando están demasiado unidos), según el caso. A veces el terapeuta crea un problema nuevo para que la familia lo resuelva, de tal forma que, sin darse cuenta, se soluciona el problema original al cambiar la estructura familiar.

El problema se define como cierta conducta que es parte de una secuencia de actos entre varias personas. Ante la familia es preferible evitar el empleo de diagnósticos psiquiátricos, o restarles importancia para formular el caso en términos de interacciones personales. La intención es que el problema pueda ser resuelto a partir de acciones concretas de parte de los miembros de la familia. Tampoco se requiere que el terapeuta explique cómo cree que se originó el síntoma ni sus razonamientos para producir el cambio. Ante la posibilidad de que alguno de los familiares pregunte cuál fue la causa del problema, generalmente es preferible que el clínico responda que pudieron ser muchas o que no lo sabe, pero que sabe que es lo que pueden hacer ellos para solucionarlo o aliviarlo, y de esta manera solo explica lo necesario para conseguir la meta buscada. En la terapia familiar se pretende que, sin culpar a nadie, todos participen en la solución del problema y se ayuden mutuamente. Síntomas tales como la depresión o la fobia desempeñan funciones en las relaciones interpersonales y pueden comprenderse mejor si se los considera "contratos" entre dos o más individuos. Por ejemplo, en lugar de insistir en un diagnóstico de depresión se dice que, en realidad, el paciente no muestra el sentido de responsabilidad suficiente en el desempeño de sus labores habituales y no cumple las obligaciones que le corresponden hacia otras personas. La familia, entonces, ve al paciente menos como un enfermo y más como un irresponsable, y sin darse cuenta le ayudan a recuperarse al cambiar el trato que le dan. El terapeuta sistémico hace interpretaciones, pero con objetivos diferentes de los de la psicoterapia tradicional, ya que en la terapia familiar no se busca necesariamente la comprensión del problema, y las interpretaciones sistémicas están dirigidas más bien a promover acciones para facilitar el cambio. Por ejemplo, el terapeuta puede interpretar la conducta negativa de un niño diciendo a sus padres que el pequeño intenta controlarlos y dividirlos con su mala conducta. Aunque esta interpretación puede

tener algo de verdad, a los padres no les gusta escucharla y entonces se unen para controlar al hijo. En términos generales, es preferible no hacer interpretaciones que dejen mal parados a los padres ante los hijos.

Relevancia del ciclo vital. En la terapia familiar se pone énfasis especial en ayudar a la gente a manejar la crisis que genera el paso de una etapa a otra en el ciclo de la vida familiar, sobre todo cuando una persona joven está a punto de abandonar el hogar. Según Haley (11), la psicopatología grave (esquizofrenia, delincuencia, drogadicción, etc.) que tiene su inicio en la adolescencia está determinada en gran medida por las dificultades experimentadas en la superación de esta etapa; es decir, cuando hay una incapacidad para aflojar los vínculos entre el paciente y su familia. En el caso de los adolescentes que sufren un cuadro psicótico, el mismo autor recomienda alentar a los padres a poner límites en la conducta del hijo. Si lo hacen, el paciente mejora. Si no lo hacen, el terapeuta se enfrasca con los padres en una lucha por resolver sus diferencias respecto a la conducta del hijo. Durante este proceso es común observar, en forma metafórica, que la pareja hace referencia a sus problemas conyugales. Cuando el adolescente está excluido de esa pelea, experimenta alguna mejoría.

1.3.2. Aspectos prácticos de la terapia familiar

Técnica de la entrevista. Información sobre la familia como grupo: en la entrevista inicial (12) se hacen regularmente las siguientes preguntas: ¿cuál es el problema?, ¿cómo reaccionaron los demás y qué hicieron la última vez que se presentó el problema?, ¿cuándo es más probable que el problema se presente?, ¿cuándo apareció por primera vez?, ¿en qué circunstancias es más factible que aumente o disminuya el problema?, ¿algún otro miembro de la familia tiene o ha tenido problemas similares? La exploración de la familia no es una tarea fácil ni se logra llevarla a cabo registrando mecánicamente las respuestas a una lista más o menos larga de preguntas. Todas las familias buscan justificarse ante ellas mismas y mantener un equilibrio interno u homeostasis, además de presentar una apariencia aceptable en términos convencionales. La información obtenida debe estar encaminada a mostrar cómo son las relaciones interpersonales en esa familia, qué procesos tienden a repetirse y la existencia o el antecedente de trastornos psicológicos en algunos de sus miembros. Es mucha la información que puede lograrse a través de la simple entrevista, al menos con uno de los padres, si bien es deseable contar con la información de ambos, juntos o por separado. Por supuesto, la entrevista con el grupo familiar, con algunos subsistemas y con individuos también es necesaria. La opinión de otros familiares o personas allegadas puede ser de utilidad, sobre todo cuando conviven con la familia nuclear. Así se facilita la investigación de lo que sucede en el hogar y de lo que los padres hacen realmente con los hijos, más que sus motivaciones o intenciones, pues no siempre hay correspondencia entre lo que los padres dicen que hacen y lo que ocurre en la realidad. A través de la entrevista con uno de los progenitores es posible evaluar la mayor parte de la vida familiar y de las relaciones interpersonales. Sin embargo, la experiencia ha mostrado que la evaluación de algunos puntos, tales como los sentimientos y emociones de la pareja, es menos factible en la entrevista individual, lo cual indica la conveniencia de entrevistar a ambos padres conjuntamente. Además, es común que a la gente le resulte difícil informar sobre los aspectos problemáticos de su comunicación y del proceso de tomar decisiones, en cuyo caso es más útil realizar alguna forma de entrevista familiar conjunta (3). De esta manera es posible obtener observaciones de primera mano y también

comparar lo que un miembro de la familia expresa con la opinión de los otros. Una entrevista conjunta suele proporcionar datos interesantes sobre la secuencia de las interacciones en el grupo.

Conviene explorar el contexto social, económico y cultural de las familias con preguntas tales como el grado de escolaridad de los padres y hermanos, ocupaciones, localización y condiciones de la vivienda, fuentes de ingreso, etc. Hay que indagar si existen o han existido trastornos psiquiátricos en algunos de ellos, particularmente el alcoholismo en el padre y la depresión en la madre, por tratarse de padecimientos frecuentes y con repercusiones relevantes en la vida de la familia.

Además de la información directa, la estructura de la familia puede inferirse mediante preguntas concretas acerca de la vida diaria. Es sencillo y de gran utilidad averiguar cuáles son las actividades de la familia no solo como grupo sino en subgrupos, las funciones y papeles habituales de sus miembros, la descripción de un fin de semana típico y la manera como se distribuyen al comer y al dormir. Conviene registrar sucesos familiares importantes como cambios de domicilio, de trabajo, enfermedades graves o muerte de personas significativas; problemas de tipo legal; fechas, duración y motivos de la separación de los progenitores; cómo han cambiado las relaciones interpersonales en las diversas etapas de desarrollo de la familia y si esta se ha visto afectada por los cambios en los ingresos económicos y las enfermedades. ¿Se apoyan los padres mutuamente en sus actitudes hacia la crianza? ¿Se aplican constantemente las reglas de disciplina en el hogar o varían según el ánimo de los padres? ¿Tratan éstos de enseñar con el ejemplo o se permiten a ellos mismos lo que prohíben a sus hijos (fumar, mentir, beber alcohol)?

Evaluación del subsistema de la pareja. Para evaluar la vida conyugal no basta con preguntar a los esposos cómo se llevan entre ellos o si están satisfechos con su matrimonio. Es necesario investigar la frecuencia y seriedad de los enojos y discusiones, si ha habido episodios de violencia psicológica o física, separaciones, etc. ¿En qué medida expresan afecto y cuidado del uno por el otro y la presencia de tensión en la relación? ¿Mantiene la pareja de padres una vida social por su cuenta o solo viven en función de sus hijos? ¿Ha habido problemas debidos a intervenciones de miembros de las familias de origen de los cónyuges? El entrevistador debe ser cuidadoso y evitar confrontaciones, sobre todo con quien se percibe que mantiene un papel de autoridad en la familia, para que no se abandone prematuramente el tratamiento.

En una terapia de pareja conviene preguntar a cada uno de ellos: ¿qué puede hacer su pareja para que usted se sienta mejor?, y también ¿qué hace su pareja cuando desea castigarlo o molestarlo? Las respuestas a estas preguntas proporcionan información valiosa para entender la dinámica conyugal, facilitan el conocimiento mutuo de los cónyuges y dan pie a que el clínico sensible realice intervenciones terapéuticas.

Evaluación del subsistema de los hermanos. Es importante conocer las características de las relaciones entre los hermanos, el grado de individualidad o dependencia que guardan entre ellos, si existe rivalidad destructiva y si se señala alguno de ellos como el consentido, el bueno, el estudioso, el travieso, el serio, etc. Merecen atención especial los métodos de disciplina o control de la conducta, la frecuencia y tipos de castigos, si ha habido separaciones temporales de los hijos y las razones para ello, etc.

Interrogatorio circular. Es muy útil invitar a uno o más miembros a describir cómo ven la relación entre otros dos integrantes de la familia, uno de los cuales puede ser el

paciente. Una forma de interrogatorio triádico consiste en pedir al padre que describa la forma como su esposa trata al paciente, y luego hacer la misma pregunta a la madre. La opinión extraída al padre acerca de la relación entre su esposa y su hijo puede ser más reveladora que la respuesta dada por la madre al preguntarle qué tal se lleva con su hijo. Se investigan los tipos de conducta en circunstancias específicas. Por ejemplo, ¿qué sucede cuando se enferma uno de los hijos?, ¿la madre abandona el lecho conyugal para acompañar al hijo?, ¿es el padre quien lo acompaña?, ¿cómo reaccionan los hermanos? Se pedirá a uno de ellos que clasifique a los miembros de la familia de acuerdo a su tendencia a permanecer en el hogar los domingos, empezando por el que más prefiere quedarse en casa. Para formarse una idea de las alianzas y la disciplina se puede interrogar acerca de la obediencia de los niños cuando el padre está en casa y cuando no se encuentra en ella, y si hay algún otro familiar que apoye a los niños contra la autoridad de los padres. El grado de libertad permitida a un o una adolescente puede investigarse preguntando al padre y a la madre qué sucedería si su hijo o hija decidieran tener novia o novio, o si quisieran dejar el hogar. Las respuestas a estas preguntas hipotéticas pueden proporcionar datos reveladores de la dinámica familiar (4). Este tipo de interrogatorio circular, que consiste en hacer preguntas sobre diferencias o cambios más que sobre detalles de los eventos, permite llegar a conocer las secuencias y usar la información que proporciona la familia para idear las preguntas siguientes (13). Se pide a los individuos que describan el problema en función de la conducta observable y no en relación con los estados de ánimo. Hay que explorar el efecto de los síntomas sobre las relaciones: ¿cómo responden los demás a la aparición del síntoma? ¿a quién le afecta más? ¿quién es el primero en identificarlo? También hay que investigar factores relacionados con el tiempo: ¿cómo eran las relaciones antes de que apareciera el problema? ¿y cómo fueron después? ¿qué sucedería si no hubiera mejoría de los síntomas? Cuando uno de los miembros de la familia se niega a hablar, se puede preguntar: si él hablara ¿qué creen ustedes que diría? (14)

Metas de la primera entrevista. En una primera entrevista es preferible no preguntar a los miembros de la familia cómo se sienten respecto a lo que dicen. Surgen sentimientos de toda clase y el terapeuta tiene que observarlos y saber manejarlos. A nadie beneficia, por ejemplo, que los pacientes se griten para expresar su enojo o fomentar una crisis de llanto que interrumpa la sesión. En cambio, lo que conviene hacer antes del término de la primera entrevista conjunta es poner en evidencia algo positivo del paciente y, si es posible, de las demás personas presentes en la sesión. Antes de concluir la entrevista inicial se debe especificar cuáles serán las metas de la terapia y pedir a algún miembro de la familia que resuma los acuerdos. La meta del proceso de formación del contrato de la terapia es llegar a un objetivo de mutuo acuerdo claramente definido y apoyado por todos por que la gente tiende a apoyar lo que ha creado (5). En el caso de los adolescentes problemáticos, es mejor preguntarle al chico: si tú estuvieras a cargo, cómo lo arreglarías (refiriéndose, por ejemplo, a las condiciones para otorgar permisos que son motivo de conflicto entre los padres y el hijo).

Cuando la primera entrevista da buen resultado se dice que la familia está "enganchada" y que el entrevistador se ha acomodado al estilo de esta, es decir, ha entendido cuáles son las reglas del sistema familiar y se ha adaptado a ellas como paso previo al intento de promover modificaciones.

La entrevista individual. Respecto a la conveniencia de conceder una entrevista individual a solicitud de alguno de los miembros de la familia, se la considera aceptable si se sigue la regla de que lo dicho confidencialmente no se revele a los demás, a menos que el

terapeuta lo considere conveniente (como puede ocurrir en casos de planes suicidas o de abuso de drogas). Quien controla la información tiene más poder, por eso es recomendable que el clínico pueda entrevistar a solas a cada miembro de la familia o a algunos de ellos, si así le parece adecuado, pues esa información le puede dar mayores posibilidades de intervención terapéutica efectiva.

Tipos de tratamiento basados en la familia. En la práctica clínica se integran actualmente tres enfoques terapéuticos basados en la familia: el conductual, el psicoeducativo y el sistémico. Los modelos conductuales se basan en la teoría del aprendizaje y el condicionamiento operante. Se enfocan en la díada padre-hijo y buscan mejorar las habilidades en la crianza por medio de técnicas como el refuerzo y las contingencias según el comportamiento. Los modelos psicoeducativos buscan corregir las ideas negativas sobre los problemas del paciente, enseñan mejores formas de afrontarlos y proporcionan apoyo al paciente y su familia. Los modelos sistémicos, como el estratégico-estructural, consideran que las relaciones familiares disfuncionales causan o refuerzan los síntomas psicopatológicos. En consecuencia, los terapeutas sistémicos intentan reestructurar patrones de interacción familiar que no funcionan bien (15).

Técnicas empleadas en la terapia familiar

Acentuar las fronteras. Al actuar sobre los límites que regulan la permeabilidad de las fronteras entre subsistemas o personas se busca modificar las distancias psicológicas y la duración de las interacciones. Por ejemplo, ante una abuela que responde a una pregunta dirigida a su nieta muy mimada, el terapeuta comenta: "Qué bueno es contar con una abuela que responde por uno", con lo cual queda en evidencia la intromisión indebida de la señora. La duración de una interacción puede aumentarse o disminuirse según convenga al caso; el propósito que se persigue es la diferenciación de los subsistemas. Por ejemplo, se insta a los padres a conversar entre ellos sin tolerar interrupciones de los hijos, y no se permite que los padres interrumpan la conversación de los hijos. En esta, como en otras muchas situaciones, la intervención activa del terapeuta es fundamental, lo que difiere de las psicoterapias donde su posición suele ser más bien pasiva e interpretativa. Otra maniobra frecuentemente empleada consiste en pedir a los miembros de la familia que cambien de silla, sin explicarles la razón para ello. Con esto se promueve el acercamiento entre dos o más personas que se encuentran indebidamente distanciadas, y se busca una mayor distancia entre aquellas que mantienen una relación demasiado estrecha (16). Por ejemplo, se puede ubicar a los progenitores en un lado del consultorio, y colocar cerca de sus hermanos al niño que antes se encontraba sentado entre sus padres, lo cual reflejaba la desviación de los conflictos conyugales hacia ese niño.

Desequilibrar el sistema. Aquí la meta es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema. En una pareja que vivía en el mismo terreno donde se encontraba la casa de los padres del esposo (cuya madre trataba de intervenir demasiado en sus vidas), el terapeuta apoyó la solicitud de la esposa de mudarse a otra casa, con lo cual la reforzó en su posición. Así, al cambiar las circunstancias de convivencia, el terapeuta los alentó a ensayar nuevas alternativas de interacción conyugal. El terapeuta tiene un poder que puede pasar a otra persona en una alianza temporal, si el caso así lo requiere. Pero en términos generales conviene que comunique el mensaje de que en realidad está aliado con todos los miembros de la familia.

Modificar las líneas jerárquicas. Con esta medida se pone en evidencia la complementariedad y se cuestiona la epistemología de la familia. Por ejemplo, ante una pareja en conflicto se enfrentó a la esposa con su propio papel en la tendencia del esposo a permanecer poco tiempo en casa por temor a seguir recibiendo reproches de ella. El esposo había tenido una breve aventura amorosa años antes, por lo cual había pedido perdón, sin éxito, en repetidas ocasiones. Se pidió a la pareja que no se hicieran reproches sobre hechos de más de dos semanas de antigüedad y se les asignó la tarea de traer, cada uno de ellos, una lista de las veces que el otro o la otra habían fallado desde ese momento hasta la siguiente sesión. Con esta intervención, el terapeuta prácticamente se alió al marido y le otorgó más poder al cuestionar el derecho de la esposa a seguir haciendo reproches y enfrentarla con su participación en el ausentismo del marido. Puede pensarse que, en alguna forma, esto no es justo. Pero, como afirma Minuchin, la meta de la terapia no es ser justo, sino modificar una relación disfuncional entre los miembros del sistema (16).

Tareas o directivas. Una de las medidas terapéuticas más poderosas es la asignación de tareas o directivas que los miembros de la familia deben desempeñar dentro o fuera de las sesiones (6). Los propósitos de las tareas suelen ser múltiples: obtener información sobre la organización familiar, observar cómo responden a las sugerencias del terapeuta, o cambiar patrones de interacción familiar.

Las tareas o sugerencias pueden ser directas o paradójicas, sencillas o complejas, para dos o más miembros de la familia. El primer paso consiste en motivarlos a cumplirlas. El terapeuta debe ser muy preciso al explicar la tarea, tanto en sus características como en el número de participantes y la forma de ejecución. Se puede ensayar dentro de la sesión la forma como se realizará en casa. Cuando se asigna una tarea al término de una entrevista se ayuda a que la familia recuerde al terapeuta y de alguna forma trabajen en la terapia fuera de las sesiones. El cumplimiento de la tarea es bueno porque, al cambiar la conducta, se modifican las emociones y también las ideas. Además, las tareas permiten concentrar las discusiones sobre el presente, no solo sobre el pasado; sobre lo que la familia puede hacer, no respecto a lo que ya no es modificable. La meta consiste en la solución del problema inicial.

Ejemplos de tareas o directivas:

1. Durante la entrevista familiar conjunta, se pide al padre que vigile que solo el directamente interesado responda a las preguntas que le hace el terapeuta, y que no permita que nadie más se inmiscuya en el diálogo entre dos miembros de la familia.
2. A la pareja que está hablando de la incapacidad para entenderse y la posibilidad de una separación, cuando el terapeuta piensa que en el fondo desean continuar juntos, se asignó la tarea de que en casa hablaran de los términos del divorcio, repartición de bienes, derechos sobre el hijo, etc. Esta es una tarea paradójica, pues al hacerla se ponen de acuerdo y encuentran que realmente pueden comunicarse y seguir juntos.
3. Se asignó la tarea de bañar a su hija al padre que no apoyaba a la esposa cuando esta trataba infructuosamente de bañar a la niña que mojaba la cama. Con esto disminuyó la interacción conflictiva entre madre e hija, y se creó cierto conflicto entre el padre y la niña, quienes mantenían una coalición en contra de la madre.

Las tareas directas se basan en la autoridad del terapeuta y son de corte más estructural. Las tareas paradójicas son más bien de tipo estratégico y parten del supuesto de que

generalmente, en los problemas serios hay una resistencia al cambio. Como afirma Haley, a nadie le gusta que otros le ayuden en su desdicha, cada quién desea ser responsable de su propia desdicha. Una técnica paradójica consiste, por ejemplo, en afirmar que el paciente tendrá recaídas, de manera que este se esfuerza por no tenerlas y hacer quedar mal al terapeuta. En las tareas paradójicas se busca canalizar la terquedad del paciente en la dirección correcta para cambiar el síntoma.

Si la familia no realiza la tarea, es conveniente que el terapeuta pida disculpas por haber hecho algo mal, con lo cual se puede conseguir que aumente la motivación del grupo a seguir las indicaciones. O el terapeuta puede sugerir que se tomen más tiempo antes de cambiar, porque puede ser peligroso hacerlo demasiado rápidamente. Y vale mencionar que las reglas de la terapia no tienen que ser iguales fuera de ella. La psicoterapia no pretende enseñar cómo debe vivir toda la gente, sino que más bien está dirigida a modificar el funcionamiento anormal de una organización para corregir el síntoma. Es como la férula o el yeso que se aplica a quien sufre una fractura: hay que usarlo temporalmente, mientras sea necesario para consolidar la corrección de la fractura, sin prolongarlo demasiado ni generalizar su empleo a otras familias que viven situaciones diferentes (6).

Reencuadramiento o reetiquetación

Consiste en asignar un significado diferente a una cierta conducta; es decir, se trata de dar otra interpretación a ciertos hechos o secuencias, con intenciones terapéuticas. Por ejemplo, la mala conducta de un niño que tanto incomoda a sus padres puede ser redefinida como un intento desafortunado de llamar la atención de aquellos, aunque esto le acarree cierto castigo doloroso. Si se convence a los padres de las intenciones positivas del niño, se facilita el camino para que lo atiendan más en otros momentos y modifiquen sus actitudes punitivas.

Connotación positiva. Esta técnica va más allá de una redefinición porque se refiere a todo el sistema familiar y no solo a una conducta individual; con ella se pretende modificar las reglas del sistema. Utilizando el ejemplo del niño berrinchudo se puede dar la interpretación de que el pequeño en realidad está expresando su cariño, pues se comporta mal para que los padres olviden sus diferencias conyugales y actúen como una unidad. El niño en el fondo teme que si no hace algo para unir a sus padres, aunque sea contra sí mismo, los padres pueden llegar a separarse. Se trata de una forma especial de redefinición en la que la conducta de una persona es definida como útil para el sistema familiar. En esta táctica se enfatiza lo positivo, para que una conducta aparentemente disfuncional parezca razonable y facilite la cohesión y el bienestar de la familia (13).

Prescripción del síntoma. Se trata de una indicación paradójica en la que se pide al paciente que continúe realizando la misma conducta por la que viene a la terapia. Por ejemplo, a una pareja que frecuentemente discute sobre cualquier diferencia de opinión se le pide que las discusiones sean solo de 8 a 9 de la noche y mientras se encuentran solos en la recámara. El mero acto de decidir cuándo pelear introduce orden y planeación en el cuadro caótico de la discordia conyugal.

Externalización del problema. Consiste en separar el problema de la identidad personal del paciente. El terapeuta no le dice al paciente "Tienes un problema", sino "el problema es tu enemigo". De esta forma se facilita que el paciente y su familia se unan en

contra del síntoma. Así se enfatiza menos el fracaso, disminuyen los conflictos alrededor del síntoma, se abren nuevas posibilidades de acción y se facilita que el optimismo reemplaza al pesimismo. Por ejemplo, mejor que culpar a un niño de mojar la cama, el problema es descrito como uno de los accidentes contra los cuales hay que luchar, sin hacer reproches al pequeño. Al llevar un registro de las noches secas se puede seguir una especie de juego en el que los logros son festejados y aun premiados (17).

1.3.3. Indicaciones y contraindicaciones de la terapia familiar

En realidad, no se puede afirmar que la terapia sistémica o familiar está indicada en un caso y contraindicada en otro. Si se sigue la visión sistémica en la práctica de la psicoterapia, aun la terapia con solo un individuo es una manera de hacer terapia sistémica, cuando se considera al paciente dentro de su contexto familiar y social. La pregunta no es si está indicada o no la terapia familiar en determinado caso, sino más bien cuándo es apropiado entrevistar a una persona o entrevistar a varias (9). De hecho, muchas veces conviene no llamarle terapia familiar a estas técnicas para no estimular la resistencia de otros miembros de la familia a participar en el trabajo conjunto. Es preferible llamarle terapia breve o sistémica y pedir que colaboren los otros integrantes de la familia (18). Y también se puede trabajar solo con parte de la familia si los otros se niegan a acudir a las sesiones.

La revisión de trabajos de investigación sobre los resultados de la terapia familiar con base en el metanálisis ha mostrado que este tipo de terapia está indicado específicamente para facilitar el tratamiento de algún miembro de la familia gravemente afectado, ya sea para facilitar la adherencia al tratamiento farmacológico, para movilizar recursos, minimizar la necesidad de hospitalización o disminuir el estrés en los cuidadores del paciente. Su utilidad en los trastornos psicosomáticos graves y en los conflictos de pareja también está ampliamente documentada (19).

Se critica a veces el enfoque estratégico-estructural por ser demasiado directivo, y de alguna manera lo es si se le compara con la psicoterapia tradicional (la cual, en forma encubierta, tampoco deja de ser directiva). El terapeuta familiar adopta habitualmente una actitud activa y considera que su principal responsabilidad es ayudar al paciente y su familia a resolver el problema por el que han buscado ayuda profesional. Por consiguiente, el terapeuta planea una estrategia después de comprender la dinámica de la organización familiar, y es tan directivo como el caso lo requiere, sin dejar de ser respetuoso. Siguiendo este enfoque, el terapeuta debe ser un experto no en el ejercicio del poder, sino en la corrección de las jerarquías y los límites disfuncionales. La corrección de las confusiones jerárquicas y la mejor demarcación de los límites son técnicas habitualmente muy favorables en la corrección del síntoma. Efectivamente, hay un elemento de manipulación en este enfoque, pero no hay que dejarse confundir por las connotaciones negativas frecuentemente asociadas a este calificativo. La manipulación también es un arma válida en psicoterapia, y como tal puede utilizarse legítimamente en bien del paciente. No es buena o mala por sí misma, todo depende del uso que se haga de ella, según la honestidad o deshonestidad del terapeuta. Aún las técnicas más "ortodoxas" en manos de un terapeuta deshonesto o incompetente pueden producir resultados nocivos. Un buen terapeuta no excluye la práctica de la manipulación positiva, siempre y cuando ello reporte el beneficio buscado por el paciente y su familia.

1.3.4. Diferencias entre terapia familiar y orientación.

En vista de que las relaciones interpersonales y sus patrones repetitivos se consideran fundamentalmente el foco de estudio y tratamiento se ha cuestionado si este tipo de intervención terapéutica puede ser considerado psicoterapia o si se trata solamente de orientación o consejería psicológica. Tradicionalmente, en el campo de la psicología individual de corte psicoanalítico se habla de psicoterapia cuando se abordan aspectos del inconsciente y se considera que los síntomas derivan de experiencias traumáticas sufridas en el pasado, sobre todo en la niñez. Si se manejan estos aspectos llamados profundos para provocar su mejor comprensión o "insight" se habla de psicoterapia, y si se actúa sobre lo consciente mediante consejos, apoyo y explicaciones racionales solo se da orientación, de acuerdo con esa visión ortodoxa. Así, en una forma simplista, puede distinguirse entre estos dos tipos de intervenciones. Pero en el campo de la familia no ha sido tan sencillo el deslinde entre orientación y psicoterapia, asunto especialmente controvertido si se considera que en la psicoterapia sistémica es común dar directivas, instrucciones o tareas directas o paradójicas. Para contribuir a determinar esa diferenciación, se propone una distinción basada en el concepto de cambios de primero y segundo orden.

Se dice que se produce un cambio de primer orden cuando al lograr cierta modificación (como puede ser la corrección de un síntoma) no se alteran las reglas del funcionamiento del sistema (por ejemplo, al corregir la encopresis de un niño a base de reforzar positivamente su conducta de defecar solamente en el baño, sin actuar directamente sobre la dinámica familiar). Por otra parte, se produce un cambio de segundo orden al curar el síntoma mediante la modificación de las reglas o parámetros que rigen ese sistema familiar, es decir, al modificar la dinámica disfuncional que hizo posible la presentación del problema (20). En el caso del niño encoprético, tal cambio se lograría al disminuir las interacciones negativas entre madre e hijo, si ese es el caso, evitando que la madre regañe o castigue en exceso al paciente. Para ello se promueve una mejor relación entre los padres. Al sentir la madre menos frustración en sus relaciones conyugales, su irritabilidad disminuye y no la desvía hacia el hijo, quien ya no manifiesta con su síntoma las tensiones del sistema familiar. Siguiendo esta idea se aplicará el calificativo de orientación o psicoterapia de acuerdo con los resultados, y no a partir de las intenciones o grado de adiestramiento del terapeuta. Se trataría de orientación si el cambio producido fuera de primer orden, y hablaríamos de psicoterapia sistémica o familiar ante un cambio de segundo orden. Cabe agregar que ambas formas terapéuticas son válidas en la corrección del síntoma. Sin embargo, un cambio de segundo orden es más durable, porque modifica las reglas del sistema.

Referencias

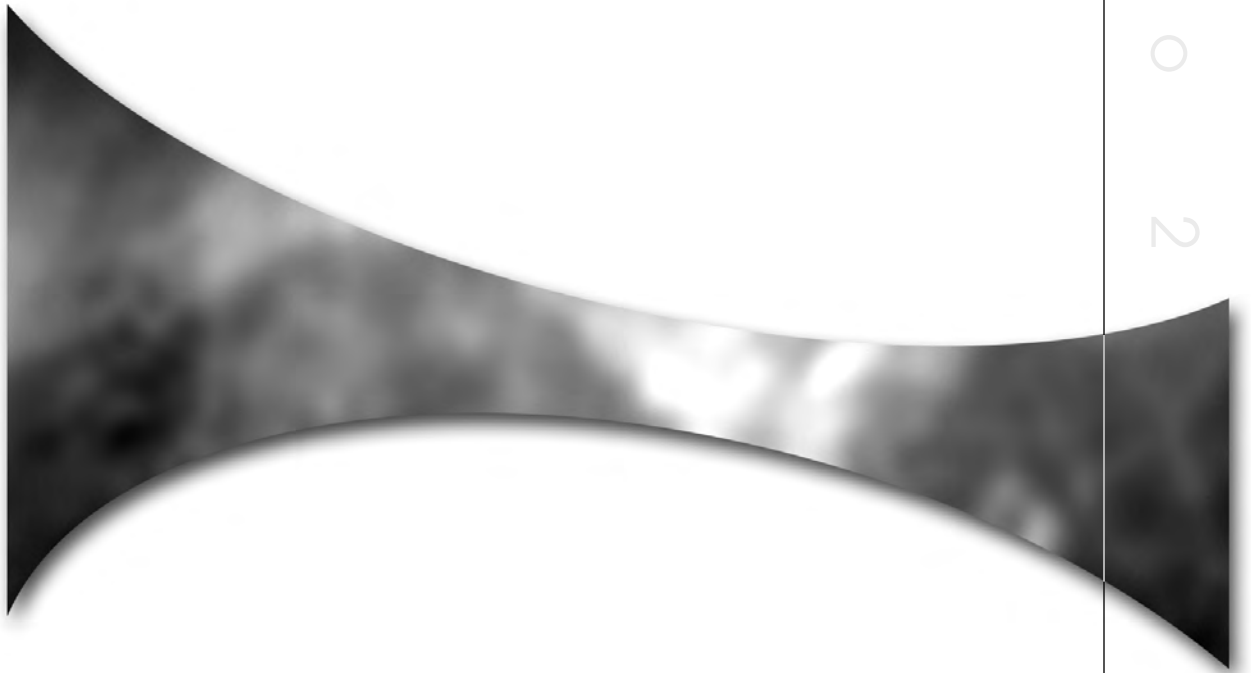
1. Beal E. Teaching family therapy: theory, technics and supervision. *Psychiatric Ann* 1980; 10:261-268.
2. Minuchin S. Psychosomatic families in child psychiatry. *J Child Psychiatry* 1979; 18:76-90.
3. Dare Ch. Family therapy. En: Rutter M. y Hersov L, eds. *Child and adolescent psychiatry. Modern approaches*. Oxford: Blackwell, 1985.

4. Gurman AS, Kniskern DP, Pinsoff W. Research on the process and outcome of family therapy. En: Garfield SL, Bergin AE, eds. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Nueva York: Wiley; 1986, 565-624.
5. Kadis LB, McClendon RM. *Marital and family therapy*. Washington: American Psychiatric Press; 1998.
6. Haley J. *Problem solving therapy*. San Francisco: Jossey Bass Publisher, 1977.
7. Hoffman L. *Foundations of family therapy*. Nueva York: Basic Books; 1981.
8. Minuchin S. *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Granica; 1977.
9. Haley J. Family therapy. En: Freedman y Kaplan, eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1975, p.1881.
10. Madanes C. *Strategic family therapy*. San Francisco: Jossey Bass; 1981.
11. Haley J. *Leaving home*. Nueva York: McGraw-Hill; 1980.
12. Saucedo García JM, Foncecerra M. La exploración de la familia. Aspectos médicos, psicológicos y sociales. *Rev Med IMSS* 1981; 19:155-63.
13. Palazzoli Selvini M, Boscolo L, Cecchin G, Pratta G. Hypothesizing-circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Fam Process* 1980; 19:3-12.
14. Goodman R, Scott S. *Child psychiatry*. Oxford: Blackwell; 1997.
15. Diamond GS, Serrano AC, Dickey M, Sonis WA. Current status of family-based outcome and process research. *J Am Acad Child Adolesc* 1996; 35:6-16.
16. Minuchin S, Fishman HC. *Family therapy techniques*. Cambridge: Harvard University Press; 1981.
17. White M, Epston D. *Narrative means to therapeutic ends*. Nueva York: WW Norton; 1990.
18. Budman S, Gurman AS. *Theory and practice of brief therapy*. Nueva York: Guilford; 1988.
19. Pinsof W, Wynne LC. The efficacy of marital and family therapy: overview and conclusions. *J Marital Fam Ther* 1995; 21:585-616.
20. Saucedo García JM. Psicoterapia dirigida a familias de bajos recursos. *Rev Med IMSS* 1993; 31:401-405.

capítulo 2

INFLUENCIAS
FAMILIARES
EN EL DESARROLLO
DEL INDIVIDUO

capítulo 2



2.1. Las diferencias individuales del niño

Jesús Martín Maldonado Durán y Juan Manuel Saucedo García

Introducción

Casi todos los padres saben que los niños son muy diferentes unos de otros. Aun si los padres los crían por el "mismo" método, se dan cuenta de que uno de sus hijos es dócil y tranquilo, mientras otro está en constante actividad y parece desafiarlos sistemáticamente. Un hijo prefiere las actividades sedentarias, y otro las de mucho ejercicio físico. A uno le encanta la música, es un "pequeño intelectual," mientras a otro, sea niño o niña, no le gusta leer y prefiere jugar a componer máquinas o desarmar juguetes para ver qué tienen adentro.

El pediatra, el médico familiar y el psicólogo, en el curso de su práctica clínica, se ven en la necesidad de dar opiniones o recomendaciones sobre cómo manejar algunos problemas con los niños, sus pacientes, pues los padres así lo requerirán. Una adecuada familiarización con la existencia de diferencias individuales entre los niños puede ayudar a darse cuenta de que un mismo método de crianza no es aplicable a todos los niños. Prácticas que los padres encontraron muy útiles con uno de sus hijos, pueden ser contraproducentes con el hijo siguiente. El clínico puede ayudar a los padres de sus pacientes a identificar y reconocer esas diferencias individuales y tratar de adaptar sus cuidados, disciplina y expectativas a cada uno de los hijos de modo individual, respondiendo a las características únicas de cada hijo. Puede sugerirse, además, poner en práctica algunas intervenciones que suelen ser útiles con los niños particularmente difíciles, como los que son distraídos, desafiantes o demasiado tímidos.

No se sabe con certeza si el orden de nacimiento tiene una relación directa con las características específicas de la personalidad, aunque varios autores han sugerido algunas asociaciones de esta naturaleza. El orden de nacimiento no está relacionado con un tipo específico de temperamento o de personalidad en forma sistemática. Sin embargo, se ha sugerido que podría haber algunas características más frecuentes según este orden. El hijo o hija mayor tendería a ser más responsable e interesado en el orden, así como más controlador, mientras que el más joven tendería a ser más dependiente, a esperar que lo ayuden cuando tiene problemas y a pedir esa ayuda más fácilmente que un primogénito. Estas nociones no han sido confirmadas empíricamente y por lo tanto no se sabe con certeza en qué medida este factor determina las características de la personalidad.

En esta revisión se abordan las diferencias entre los individuos y se examinan algunos de los factores que influyen en ellas. El propósito fundamental es alertar al profesional de la salud respecto a la existencia de estas variaciones para que ayude a las familias y a los

propios niños y adolescentes a reconocerlas. Otro objetivo es sugerir algunos métodos de intervención para promover el desarrollo óptimo y la salud mental de aquellos niños que representan un reto para sus padres, como los que tienen dificultad para concentrarse, o bien los desafiantes y agresivos y aquellos con disposición a la timidez e inhibición conductual.

Es necesario subrayar que no se ha descrito "un método de crianza" que sirva para todos los niños, y que sea el correcto o el mejor. De hecho, uno de los puntos centrales de este capítulo es sugerir que cada niño necesitará que sus padres y otros que están en contacto con él busquen el método más apropiado para sus características únicas. El método de crianza varía con la cultura y las características de conducta y personalidad que en esa cultura se ven como deseables o favorables. Además, en una misma cultura hay un rango de prácticas que promoverán el desarrollo adecuado del niño. Aquí se mencionarán algunos métodos de crianza que parecen ser contraproducentes, dadas las características de ciertos tipos de niño.

2.1.1. Las causas de las diferencias individuales

Las causas de estas diferencias son múltiples y no se comprenden del todo. La personalidad y la conducta se pueden conceptualizar como multideterminadas por una serie de factores. Algunos de estos factores son biológicos, o predisposiciones innatas, y otros están basados en las experiencias que cada niño tiene en su familia. Estas predisposiciones biológicas interactúan con el medio ambiente interpersonal en el que se desarrolla el niño, y su interjuego determina el resultado de las preferencias, estilos de conducta, vulnerabilidades y retos de cada niño en particular.

Es interesante la pregunta de qué importancia relativa tiene el medio ambiente en las diferencias individuales y qué papel tiene la genética o la herencia en las predisposiciones o características conductuales. En una misma familia, las experiencias de los hijos y sus vivencias son sentidas y percibidas de modo distinto por cada hijo (1), aun cuando los padres piensen que sus hijos han tenido las mismas experiencias. Cuando una familia ha pasado por determinados eventos, estos no son vividos por cada hijo exactamente igual. La información disponible indica que puede haber diferencias muy marcadas entre las percepciones de los distintos hijos cuando relatan eventos o experiencias dentro de la familia (1). También, uno de los hijos puede sentir que ha recibido más o menos afecto y más o menos apoyo de los padres. En una familia determinada, cada hijo tiene en este sentido una pareja de padres "distinta", pues lo que viven los primeros hijos es diferente de lo que viven los nacidos diez años más tarde. En ese lapso los padres pueden haber adquirido más experiencia, o por el contrario, haber experimentado más preocupaciones o problemas, y la presencia de los hermanos puede determinar grandes diferencias en lo que cada hijo percibe (2).

a. Factores biológicos y genéticos

Algunas predisposiciones y características de la personalidad y la conducta tienen un factor importante de heredabilidad (1), como por ejemplo, la capacidad intelectual y ciertas aptitudes como la habilidad para escuchar tonos musicales, las destrezas visuomotoras,

como para el dibujo y el arte, y otras preferencias y aptitudes visuales o auditivas. Se piensa que hay una base biológica para algunas predisposiciones caracterológicas como la timidez extrema (3), la impulsividad marcada o la conducta explosiva, sin que estos sean los únicos factores que causan esas tendencias. En un número de trastornos conductuales y emocionales se ha hallado una contribución genética importante, como en el caso de los trastornos del estado de ánimo, los de ansiedad, el déficit de atención, las dificultades del aprendizaje y otros (4).

También se sabe que algunas alteraciones genéticas pueden determinar fenotipos conductuales característicos (5), como los patrones conductuales típicamente asociados con trastornos cromosómicos tales como el síndrome de cromosoma X frágil (en el que suele haber impulsividad, déficit de atención, agresividad, o bien conducta de excesiva timidez), o la enfermedad de Prader-Willi (caracterizada por el deseo de comer constantemente, retraso mental y conducta obsesivo-compulsiva) para dar solo dos ejemplos.

De hecho, los rasgos físicos, que están determinados por la herencia, contribuyen a modificar las experiencias de cada niño. Entre estos rasgos está el género, el color del pelo, el de los ojos, la estatura, las características somáticas (más atlético o más tendiente al sobrepeso), así como el atractivo físico en general. Estas variaciones inciden en el ajuste psicosocial del niño.

Un mecanismo de influencia es el de la autopercepción del niño (por ejemplo, si se parece al padre, la madre, el abuelo, si el niño piensa que es atractivo o no) y cómo lo ven quienes lo rodean (atlético como su papá, de ojos verdes "iguales a los de la abuela," etc.). Todos estos factores pueden ser determinantes de la autoestima del niño. El atractivo físico se ha considerado como un factor de protección contra estresores psicosociales, y promueve una mayor aceptación por parte de otras personas en el mundo del niño (6).

Por otra parte, algunas características físicas se asocian con un mayor riesgo de dificultades psicosociales, como las enfermedades crónicas, malformaciones y otras alteraciones. Es bien sabido que las enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus, la artritis, la epilepsia, están relacionadas con una frecuencia mucho mayor de problemas emocionales y conductuales en el niño afectado, en comparación con la población de niños sanos.

La prematurez se asocia con una mayor tendencia al llanto excesivo, menor consolabilidad en el bebé, y menos características físicas "típicas del bebé", todo lo cual contribuye a que quienes cuidan al niño no lo encuentren tan agradable. Los bebés con malformaciones y necesidades de cuidados especiales están epidemiológicamente en mayor riesgo de sufrir maltrato por sus padres.

Más recientemente se han descrito una serie de vulnerabilidades o características únicas de los niños, que se asocian con sus reacciones características a estímulos del medio ambiente y con su capacidad para organizar conductas adaptativas. Estos rasgos han sido descritos en detalle por un número de terapeutas ocupacionales y profesionales de la salud mental (7, 8, 9, 10, 11). Tales sensibilidades pueden persistir en la etapa preescolar y en el niño mayor. Consisten en características únicas del niño: cómo responde este a los estímulos en los diversos canales sensoriales (auditivo, visual, táctil, vestibular, propioceptivo, gustatorio, olfativo, etc.). Estas diferencias explican importantes características únicas del niño. La mayoría de los niños pequeños disfrutan cuando sus padres los cargan en brazos y los acarician, pero algunos perciben la estimulación táctil como dolorosa o incómoda, y no quieren ser tocados ni acariciados. Para dar otro ejemplo, algunos niños son muy sen-

sibles a los estímulos auditivos, aun los más leves los asustan y tienden a sobreestimularlos. Otros niños, por el contrario, buscan producir estímulos auditivos y son más ruidosos, golpean cosas y gritan porque les gusta oír el ruido resultante. El primer niño es hipersensible al ruido, mientras el segundo es hiposensible.

Anteriormente, cuando no se sabía mucho de estas peculiaridades del niño, se atribuían todas por igual a factores psicológicos o a los efectos de una mala crianza, o a los intentos del niño de manipular o controlar a sus padres. Lo mismo se podría decir del niño que tiene un tono muscular inferior a lo normal, y que tiende a ser más bien inactivo. Antes se atribuía esto a la pereza y no a un factor biológico de la integración del tono muscular básico de este. Un niño así tenderá a hacer su tarea apoyándose sobre la mesa, o se apoyará constantemente en las sillas, las mesas o la pared para disminuir el trabajo muscular necesario para vencer la fuerza de gravedad. Muchos de los "malos hábitos", como se los ha llamado a veces, se deben a estas sensibilidades. Cuando se los entiende, se puede también comprender cuál es el propósito del niño que se comporta de determinada manera. Otro ejemplo es la práctica del niño de masticar chicle o de morder la camisa insistentemente. Se sabe que la actividad bucal puede ser un recurso útil para el niño muy activo y distraído, que al realizar los movimientos con la boca encontrará más fácil organizar el resto de sus movimientos y mantenerse más quieto y concentrarse. Si uno entiende esto, puede aceptar que el niño necesitará actividad oral para estar más enfocado en sus actividades. En el pasado, los maestros y otros adultos hubieran prohibido el uso del chicle (goma de mascar) en la escuela o que el niño se mordiera la camisa por considerar que ambas cosas son simplemente malos hábitos. Al comprender la función de estas acciones, como el movimiento de masticación, se podrá ayudar al niño a organizar sus actividades y a los adultos a "tolerar" las maniobras del niño para hacer frente a las demandas de la escuela o la casa. Una descripción más detallada de estas sensibilidades se puede encontrar en otros trabajos (7), pero es crucial tenerlas en cuenta al tratar de entender las diferencias entre unos niños y otros.

Temperamento. El temperamento se puede comprender como una serie de características o modo de respuesta típicos de una persona, determinados en gran parte por factores biológicos o "constitucionales", así como por las experiencias que tiene el niño con quienes viven a su alrededor (12). Estos modos típicos de responder o reaccionar se pueden comprender como el estilo de cada persona, su forma de aproximarse a las distintas situaciones y de reaccionar. Más que las acciones específicas del individuo, lo importante es su forma de aproximarse a las situaciones.

No existe acuerdo general sobre cuáles características incluye el temperamento, pero hay algunas que son comunes en las diferentes descripciones de varios autores sobre el temperamento (13). Estas características se enumeran a continuación:

Capacidad para fijar la atención y concentrarse. Desde muy pequeños, algunos niños son capaces de mantener su atención enfocada en un objeto o un juego y por tanto, aprenden más de este o de la situación que otro niño que fácilmente se distrae y va de un objeto a otro rápidamente. El primero tenderá a estudiar los elementos y componentes de un objeto o una situación y a aprender de ellos, mientras que el segundo no notará muchos detalles, pero explorará parcialmente un número mayor de objetos, impulsado por curiosidad de explorar todo lo que está a su alcance.

Grado de impulsividad. Esta característica se refiere a cuánto reflexiona o piensa el

niño en lo que va a hacer antes de hacerlo. Algunos niños actúan primero y luego piensan en lo que hicieron, mientras que otros piensan cuidadosamente el paso que van a dar. En el niño muy pequeño no hay desde luego, este proceso de reflexión, sino un período de latencia entre un estímulo y una respuesta en el que el niño "procesa" el estímulo y decide lo que hará. Los chicos más impulsivos actúan de inmediato, sin medir la situación adecuadamente.

Reacción ante las situaciones nuevas: exploración vs. precaución. Mientras que algunos niños tienen mayor interés en las situaciones nuevas e inmediatamente se sienten atraídos hacia ellas, otros tienen menos interés en lo nuevo y prefieren lo conocido y seguro, y son más precavidos ante las novedades o las situaciones desacostumbradas. Estos tienen más ansiedad ante lo desconocido y necesitan más tiempo para aproximarse a tales estímulos.

Nivel de actividad física y de energía. Algunos niños parecen tener una energía inagotable y siempre están dispuestos a correr y saltar, y parecen incansables hasta el final del día, mientras que en el otro extremo, algunos niños manifiestan resistencia a participar en actividades físicas y prefieren las sedentarias, como ver televisión, y fácilmente se cansan y buscan actividades más tranquilas.

Adaptabilidad ante situaciones cambiantes frente a la dificultad para adaptarse a los cambios. Algunos niños ajustan fácilmente su funcionamiento a situaciones distintas de las que están acostumbrados, mientras otros necesitan que su rutina se respete y se mantenga para poder funcionar adecuadamente. Un niño pequeño podría responder sin demasiada intensidad, por ejemplo, si tuviera que dormir en una cama diferente de la suya una noche, mientras que otro podría llorar por dos horas antes de quedar dormido en una cama a la que no está acostumbrado. Lo mismo podría decirse del cambio de la hora de las comidas o del orden de algunas actividades (bañarse, leer cuentos antes de irse a dormir, etc.). Los niños más sensibles sufren más perturbación en su funcionamiento con los cambios y necesitan orientarse mediante estos marcadores situacionales u objetos, que quieren mantener en forma más rígida, mientras que otros niños hacen ajustes internos ante los cambios en su medio ambiente sin demasiados problemas.

Orientación hacia las personas: sociabilidad. Característicamente, algunos niños se muestran muy interesados en personas que le son desconocidas y se sienten inclinados a explorar y conocer a estas personas que encuentran novedosas. En el otro extremo, el niño o niña podría sentirse más tenso e incómodo ante alguien a quien no conoce, prefiriendo la seguridad de estar en contacto físico o junto a sus padres, sin interactuar con las personas. No solo esto, sino que los niños difieren en su facilidad para tolerar las interacciones con las personas en general. Unos niños parecen gozar del hecho de estar en medio de conversaciones y situaciones sociales, mientras que otros se sienten demasiado estimulados en esas reuniones y necesitan estar con menos gente o jugar solos por períodos cortos. Estas disposiciones parecen ser evidentes también en la gente adulta.

Regularidad en el funcionamiento somático frente a la irregularidad. Desde el punto de vista de los padres, uno de sus hijos es muy fácil de cuidar por lo regular que es su funcionamiento. Por ejemplo, el niño tiene sueño más o menos a la misma hora todos los días, tiene hambre en forma predecible durante el día y es fácil saber cuáles son sus gustos, pues estos no cambian. Se calma generalmente con algunas maniobras que realizan sus padres, como distraerlo o cantarle una canción. Por otra parte, hay niños que son

mucho menos regulares y más impredecibles. Algunas veces les gusta una cierta comida y después no, más tarde sí, etc. Lo mismo ocurre con el sueño, los períodos de eliminación, el cansancio, etc. Son niños con los que es difícil planear cómo van a responder ante determinada situación pues parecen cambiantes y son, por lo tanto, más difíciles.

Actualmente se piensa que el temperamento a pesar de ser una predisposición "natural" del niño, no consiste necesariamente en características fijas imposibles de cambiar, sino que puede ser modificado o modulado por las experiencias a lo largo de la niñez (14, 15). Hay información de que solo cuando el niño tiene características temperamentales extremas, como por ejemplo, de timidez muy intensa, esta persiste durante años y aun es identificable en el adulto, que había dado muestras de ese temperamento desde que era un bebé (16).

Una de las clasificaciones del temperamento más conocida es la propuesta por Chess y Thomas (13), que sugiere agrupar las variedades de temperamento en cuatro grupos. Distinguieron estos subtipos en una muestra de bebés que estudiaron y siguieron a lo largo de muchos años.

- (a) Temperamento fácil (40%)
- (b) Temperamento precavido (15%)
- (c) Temperamento difícil (10%)
- (d) Tipo indiferenciado o promedio (35%)

El temperamento difícil es el del niño con poca capacidad para concentrarse y que es más irregular, irritable y sensible a los cambios, que tiene mayor dificultad para adaptarse a situaciones nuevas y reacciona negativamente con mayor facilidad. Cuando tiene una reacción negativa esta es más intensa, el niño no solo se frustra más fácilmente, sino que una vez molesto, muestra su descontento mucho más vigorosamente y le cuesta más trabajo recuperarse y volver a estar contento.

El tipo fácil es precisamente lo contrario: el niño es adaptable, sociable, se reajusta fácilmente a lo cambiante y tiene poca tendencia a reaccionar negativamente ante situaciones inesperadas. Sus reacciones son de menor intensidad si está molesto, y es más fácil consolarlo. Frente a experiencias difíciles encuentra más fácilmente recursos emocionales para encararlas y necesita menos apoyo externo para recuperarse y adaptarse.

El tipo precavido, llamado literalmente por Chess y Thomas, como el niño que se toma tiempo para entrar en confianza o para estar a gusto (*slow to warm up*), es particularmente sensitivo a las cosas nuevas y se toma tiempo para observarlas antes de sentirse a gusto en ese medio. El niño necesita que sus padres u otra figura de apego esté a su lado para tranquilizarlo y darle seguridad durante mayor tiempo, y solo gradualmente se sentirá a sus anchas.

El tipo indiferenciado es el del niño que tiene una mezcla de estas características y no es fácil enmarcarlo en una de estas tipologías características.

b. Factores psicológicos, familiares y socioculturales.

Estos factores son también determinantes de las preferencias, conductas, autoconcepto y actitudes de los niños en general, junto con los ya descritos.

Un factor crucial es la naturaleza de las relaciones entre el niño y las personas significativas a su alrededor. Cada hijo tiene una relación específica y característica con cada progenitor y otras personas importantes en su vida. Las relaciones dependen de las contribuciones de cada participante en ellas. La relación que una madre tiene con su primera hija, por ejemplo, tiene rasgos únicos distintos de la que tiene con su hija menor o con un hijo. Estas relaciones tienen un poderoso efecto en el niño, determinando características como su estado de ánimo, su concepto de sí mismo y las expectativas que tendrá respecto a los adultos.

Hay un número de factores interpersonales que determinan la calidad de una relación padre-madre-hijo y que tendrá efectos poderosos a largo plazo. No se trata de características generales de la madre, el padre o el hijo, sino del efecto de la combinación (interrelación) de tales características, lo que caracteriza cada relación específica. Una madre puede ser paciente y comprensiva con todos sus hijos excepto uno, con quien tiene dificultad. Puede ser que el hijo le recuerde cómo la trataba su hermano cuando era pequeña (sobre todo si el hijo tiene un temperamento intenso, es explosivo y pierde fácilmente la paciencia). O bien, una hija podría recordarle las características de su propia madre, con quien ha tenido conflictos durante muchos años. Esos recuerdos y las características biológicas de la niña en cuestión podrían contribuir a que esa relación entre madre e hija no sea satisfactoria.

En las interacciones cotidianas desde la más temprana edad es posible que la repetición de experiencias e interacciones entre el bebé y quienes lo cuidan (17), sea el que alguien repetidamente frustre o consuele al bebé, vaya creando conexiones neuronales específicas que determinan recuerdos y expectativas en el aprendizaje de la calidad de las relaciones e interacciones. De tal modo se va creando una especie de "modelos de trabajo" de las relaciones interpersonales (como las llamó John Bowlby). Este modelo de trabajo puede ser positivo; o por el contrario, si el niño repetidamente se ve frustrado, desolado, si no hay quién responda a sus iniciativas ni está cerca para ayudarlo o contenerlo, se desarrollará un modelo interno de relación interpersonal en el que uno no espera que alguien vaya a darle apoyo y sostén psicológico. Esto subraya la importancia que las experiencias positivas tienen en el desarrollo emocional del niño pequeño, así como las experiencias traumáticas y las frustraciones constantes o de larga duración.

Puede que una madre esté muy deprimida y sea pesimista, pero que siempre haya tenido gusto por la música. Entre sus varios hijos (con quienes no le gusta interactuar) uno de ellos tiene una excelente capacidad para oír e imitar el sonido de la música y está muy interesado en tocar un instrumento, para lo cual tiene excelente aptitud. Su madre se alegra cuando lo hace. La música le trae recuerdos agradables y se siente feliz, al menos mientras el hijo está tocando. Es probable que sentirá una preferencia especial por este hijo, que la hace sentirse bien y olvidar su tristeza. El niño logra sacarla de su ensimismamiento y tristeza. Esta característica del niño va creando una relación especial con la madre, que los demás hijos no han podido tener. Es fortuito el hecho de que entre todos los hijos, uno de ellos tenga esa aptitud e interés especial, que resulta ser un factor positivo, de protección, en la relación con la madre. Esta respuesta favorable de la madre invita aun más al niño a cultivar su interés por la música.

En el sentido opuesto, si esta misma mujer es muy irritable y uno de sus hijos es "difícil," explosivo y se enoja fácilmente, habrá más oportunidad de que haya confrontaciones e interacciones desagradables con este hijo en especial, lo que predispone al niño a mantener una relación negativa con su madre, que se va autorreforzando al repetirse las experiencias negativas. Los datos existentes sugieren que hay realmente diferencia en el grado de interacciones negativas entre los padres y los hijos, o de negatividad en el estilo de crianza, y además que el uso de técnicas negativas (castigos, regaños repetidos, etc.) está correlacionado con un peor resultado conductual a largo plazo (1).

En Latinoamérica tradicionalmente el hijo mayor enfrenta algunos retos especiales, como el de esperarse que sea un "ejemplo" para los demás hijos, y que tal vez asuma responsabilidades como ayudar a cuidar a sus hermanos, o mostrar un alto grado de autocontrol. Esto podría ser particularmente difícil para algunos primogénitos que pueden tener dificultad en asumir esas tareas.

También hay diferencias respecto al género, no tanto en términos biológicos sino por el significado que las culturas le dan al hecho de que el bebé sea niño o niña. Las niñas tienden a ser socializadas en las familias tradicionales para ejecutar tareas de servicio, como aprender a cocinar, hacer cosas para el papá o los hermanos (por ejemplo, servirles la comida, etc.) con lo que se las prepara para cuando sean mayores y asuman el cuidado de otras personas. De este modo, el género tendrá influencia en determinar ciertas conductas y rasgos de la personalidad. Los padres tienden a estimular en sus hijas, sobre todo, conductas de docilidad, suavidad y delicadeza y, con frecuencia, lo opuesto en el niño. Se ha observado empíricamente que hay diferencias, que aparecen muy temprano en la vida del bebé, entre la forma en que los padres interactúan con un varón y con una niña. El padre, por ejemplo, sostiene más delicadamente al bebé cuando se trata de una niña, le habla de modo distinto y juega también en forma más delicada. Con el niño hay mayor brusquedad en los juegos tempranos y se lo sostiene con menor delicadeza.

Estas diferencias persisten durante las etapas posteriores de la niñez. Por ejemplo, empíricamente se ha observado en las escuelas primarias de los Estados Unidos que los maestros suelen reforzar más positivamente el interés de los varones en las ciencias y las matemáticas y no el de las niñas. Durante la clase las preguntas van dirigidas con más frecuencia a los varones, y entre todos los niños que levantan la mano para contestarlas, hay preferencia por los varones. Además, a las niñas se les permite más fácilmente darse por vencidas cuando no saben la respuesta, mientras que los maestros estimulan a los niños varones a persistir e intentar dar la respuesta correcta (18, 19). Con las niñas, el maestro tiene tendencia a dejar que se den por vencidas y a preguntarles entonces a uno de los varones.

Los factores culturales tienen influencia en determinar qué conductas se refuerzan socialmente o se promueven entre los niños, las niñas, el hijo menor, el primogénito, etc. En las culturas tradicionales de Latinoamérica, se pone el acento en que los niños en general sean obedientes y no demasiado ruidosos, y que respeten a sus mayores. En la cultura anglosajona, en cambio, se valora positivamente el hecho de que el niño sea independiente desde muy pequeño, que exprese sus pensamientos y diga lo que está pensando, aunque esté en desacuerdo con el adulto. Se enfatiza más el logro individual, que pertenecer a una familia y ser fiel a esta. Se ha observado que entre los varones afroamericanos de los Estados Unidos, por ejemplo, los padres tienden a promover en el niño un estilo de conducta muy expresivo, ruidoso y "valiente," lo cual no se estimula en las niñas (20). Estos son solo algunos ejemplos de cómo las percepciones sociales y culturales pueden ejercer influencia en las actitudes, gustos y comportamiento de los niños.

2.1.2. Los diferentes tipos de niño: características e intervenciones

Aunque cada niño es diferente de los demás, y no se puede generalizar sobre qué conductas serán útiles o favorables en todos los niños, aquí se describen algunos de estos "tipos" de niño que son un reto para sus padres y otros con quienes interactúan. Se describen los orígenes psicodinámicos e interaccionales de estas conductas (21) y muy brevemente se dan algunas sugerencias de intervención. Esto puede ser de utilidad al clínico al abordar aspectos de la crianza del niño en su práctica de medicina familiar, pediatría, psicología, u otra.

a. El niño impulsivo, con dificultad para concentrarse y muy activo

Esta sección se refiere al niño que tiende a estar en constante movimiento, que siempre tiene algo en las manos y no se queda quieto. El niño (o adolescente) no se mantiene enfocado en una actividad por períodos largos ni de varios minutos. Deja las cosas inconclusas y emplea mucho tiempo para hacer su tarea, pues se distrae fácilmente y se pone a hacer otras cosas antes de terminarla.

El niño o niña suele ser también impulsivo. Esto representa dificultades especiales para los padres y sobre todo para el niño mismo. El menor no piensa antes de actuar. Frente a una situación, no piensa en las diferentes opciones o posibilidades de cómo responder a ella. Reacciona rápidamente y sin pensarlo mucho. Tiene poca paciencia, le cuesta trabajo esperar lo que necesita y no entiende por qué las cosas no ocurren cuando él las desea. Aunque cognoscitivamente sea capaz de entender las razones de la espera, le es muy difícil esperar y puede explotar fácilmente. Esto es más frecuente cuando el niño es pequeño, por ejemplo, lactante o de edad preescolar, pero en menor medida este rasgo puede persistir durante muchos años.

José es un niño de tres años y medio, es muy inteligente y sensible. Le gusta mucho platicar, bailar, y es sumamente sociable. Ha ido a la guardería desde que tenía menos de un año de edad pues su madre tenía que trabajar. Es un niño con excelente capacidad para el lenguaje, para transmitir sus emociones y experiencias. Sin embargo, a veces se frustra cuando algo no sucede como lo esperaba y se siente muy enojado. En esos momentos generalmente "ataca" a la persona que le está produciendo la frustración, sobre todo sus hermanos mayores y su madre. Amenaza con pegarles y lastimarlos. Le es difícil recuperar un estado de bienestar una vez que se ha enojado tanto y ha tratado de pegar a sus hermanos. Los vecinos le dicen a la madre que el niño es malcriado y que él debe controlarse siempre y obedecer. Le sugieren que necesita castigarlo duramente para que no haga estos "caprichos". Ella sabe que el niño es diferente y que cuando está enojado lo sobrecoge la ira y no puede realmente razonar. Prefiere un estilo de crianza menos duro y de más apoyo emocional a las vulnerabilidades del niño. Prefiere hablar con este cuando, después de un berrinche, ya está tranquilo. Paulatinamente trata de convencer al niño de que aprenda a expresar su enojo y frustración en forma menos agresiva y hace comentarios empáticos sobre lo difícil que es hacer esto cuando uno se siente tan enojado. Le sugiere algunos modos diferentes de expresar su ira, como hacerlo verbalmente; o, por el momento, llorando pero sin pegar a otros. Gradualmente el niño va logrando tener explosiones

menos intensas y deja de agredir a los demás. Los padres lo elogian cuando logra controlarse y no golpea a otros, de modo que el niño se siente motivado para autocontrolarse en el futuro.

También, cuando el niño se enoja, sus funciones intelectuales suelen estar muy disminuidas (como les sucede a los adultos cuando se enojan intensamente). El niño está sobrecogido por las emociones y no puede pensar adecuadamente. Entonces puede decir cosas hirientes, insultar a sus padres, o intentar golpear a quien esté a su alcance. Cuando el niño es pequeño, puede que haga berrinches con frecuencia, pues vive intensamente emociones como el enojo y la rabia, y la única descarga posible entonces es un berrinche. En el niño mayor, puede haber "tormentas de enojo", en las que dice cosas muy desagradables a sus padres u otras personas, que en realidad no siente cuando está en calma. Es frecuente que tan pronto como perdió la paciencia, se vuelva a poner contento al poco rato. Le cuesta trabajo entender por qué su papá o mamá aun están ofendidos o lastimados por lo que sucedió. Para el menor, eso "ya pasó", y no entiende por qué todavía sus padres hablan de lo que sucedió hace media hora.

Un niño así suele tener dificultad para entender a las demás personas. Tiene una menor capacidad para lo que se ha llamado cognición social. Es decir, no capta las señales sutiles que tienen lugar en las interacciones entre las personas. Puede por ejemplo, no percibir los gestos faciales de desaprobación, de ansiedad o de vergüenza de las personas que lo rodean. Es como si tuviera un umbral más alto para captar estas señales interpersonales, incluso las verbales. Parte del problema es que le resulta difícil prestar atención a estas señales o situaciones, y empatizar con las demás personas en forma espontánea. Tiende a ver las cosas desde solo un punto de vista: el suyo.

Un ejemplo sería el de un niño de siete años que quiere un helado a las 10 de la noche. Cuando sus padres le dicen que ya es muy tarde para esto, y además tendrían qué salir a conseguirlo a algún lugar distante, se enoja porque no entiende por qué sus papás no le proporcionan el helado o lo van a traer inmediatamente, pues él quiere uno. No es que el niño sea "egoísta" o malcriado, está muy frustrado porque no toma en cuenta más variables en la situación que enfrenta: solo se enfoca en su deseo y no en el punto de vista de sus padres. Estos necesitarán ayudarlo para que progresivamente vaya tomando en cuenta factores adicionales y entienda el punto de vista de otros. En el niño sin estos problemas, tal posibilidad de entender el punto de vista de los demás, aunque difiera del propio, ocurre alrededor de los siete años.

El niño a menudo deja inconclusas sus actividades. Puede ser que las tareas habituales, automáticas en otros niños, sean difíciles de completar para el niño inatento. Por ejemplo, levantarse por la mañana (despertarlo puede ser difícil), y después cada uno de los pasos que implica tomar un baño, vestirse, ponerse los zapatos, desayunar, etc., pueden requerir que los padres lo estén supervisando constantemente para que proceda al paso siguiente, pues de otro modo se distraería.

En situaciones de estrés, o presionados por el tiempo, es fácil que los padres pierdan la paciencia e interpreten la conducta del niño en forma negativa. Algunos padres pensarán que el niño deliberadamente no coopera, y que está tratando de molestarlos a propósito. Puede que así sea, pero en la mayoría de los casos la falta de cooperación se debe más bien a la inatención. Los regaños y las críticas negativas no suelen ser útiles. De hecho, hay evidencia de que los métodos de crianza que impliquen muchos castigos y comenta-

rios negativos hacia el niño, pueden dar lugar a un intenso resentimiento hacia sus padres, a una baja autoestima y a la autopercepción del niño de que es malo (22).

Intervención

Cuando el niño tiene dificultad para concentrarse, se necesita que los padres ajusten su estilo de crianza a los retos que encuentra su hijo para organizarse, mantenerse atento, controlar sus impulsos y lo ayuden a promover su desarrollo psicosocial (23).

Uno de los ingredientes principales es la paciencia. Criar a cualquier niño requiere mucha paciencia (24), más aun si se trata de un niño con inatención. Los padres han de estar preparados para el hecho de que su hijo o hija cometerá algunos errores por actuar impulsivamente, entender que no es una buena idea apresurarlo porque se siente frustrado, y que requerirá ayuda para organizarse y actuar en forma secuencial.

Para armarse de paciencia los ayudará mucho la empatía hacia el niño. Es decir, entender por qué el pequeño actúa del modo que lo hace. Se trata de un niño generalmente curioso y creativo, inteligente, que se interesa por lo que le rodea y le es difícil "filtrar" estos estímulos, como los ruidos o los objetos a su alrededor. Cuando intenta realizar un proceso, fácilmente pierde el camino al interesarse por un estímulo adicional. Si se comprende esto, será más fácil darse cuenta del punto de vista del niño.

Los padres pueden ayudar al hijo a desarrollar paulatinamente estrategias para concentrarse y no distraerse, para resolver problemas y para pensar antes de actuar. Generalmente ayuda el hecho de que el niño tenga una rutina más bien sistemática en su casa: la hora de la comida, la hora de la tarea, la hora de acostarse, etc. El niño es muy sensible y vulnerable a los cambios y fácilmente se desorganiza si no tiene esta ayuda. Conviene que se logre interesarlo en intentar concentrarse durante más tiempo y no distraerse, también que se le vayan poniendo retos paulatinamente más difíciles para él, y premiarlo (por medio de elogios, demostraciones de cariño o pequeños premios) para que sienta que se reconoce su esfuerzo y se entusiasme para seguir adelante. Resultaría muy útil que el niño tuviera listas de los pasos que debe dar, y se le enseña a pensar en las consecuencias de sus acciones antes de actuar. En vez de pensar en los errores del pasado, es más recomendable usar esas experiencias para ayudarlo a razonar sobre qué es lo que hará en el futuro frente a una situación semejante (por ejemplo, haberse distraído y no haber hecho su trabajo en la escuela, olvidar en la escuela un libro importante, etc.). Los padres ayudan al niño a planear para el futuro y a desarrollar estrategias para organizarse, hacer su trabajo y evitar distraerse. Es útil pedir la ayuda del maestro para que el niño no se distraiga demasiado, le ayude con recordatorios y con estímulos positivos.

El niño distraído está en alto riesgo de recibir críticas, regaños y desaprobación, y de sentir que es malo y que nadie lo aprecia como persona. Esto ha de evitarse por ser un factor de alto riesgo de psicopatología en los años siguientes.

b. El niño desafiante

La conducta desafiante es totalmente normal en el niño pequeño, desde alrededor del año y medio a los tres años de edad. Como parte de su autoafirmación y autonomía, el niño dice que "no" a casi todas las peticiones o sugerencias de sus padres, para luego proceder a llevar a cabo esas acciones. René Spitz señaló hace muchos años la importancia de poder

decir que "no", como una forma de establecer la autoidentidad, afirmar la sensación de poder que todo niño requiere y hacer una marca en el mundo a su alrededor. Con ese "no" logra establecer una frontera entre sí mismo y el resto del mundo.

El niño desafiante intenta definir la propia identidad al decir lo que no hará, más bien que lo que hará; es decir, al oponerse a los demás. En algunos niños hay una tendencia intensa al desafío y la oposición, que persiste más allá de esta edad y constituye un problema importante. La conducta desafiante se ha reportado con distintas frecuencias en el niño preescolar, y se extiende del 2% al 15% de los niños preescolares, incluidas las conductas no tan gravemente desafiantes. Muchos padres pedirán ayuda para saber cómo hacer frente a estas tendencias del niño. El médico y otros profesionales de la salud podrán hacer sugerencias útiles al familiarizarse con estos problemas.

El niño opositor tiende a transformar en un conflicto o en una batalla hasta las actividades más simples. Rehúsa hacer lo que se le pide y puede desplegar gran capacidad de persistencia y energía, oponiéndose a lo que se le pide que haga. El niño suele ser muy inteligente. A veces simplemente ignora las peticiones de sus padres, pero a menudo dice claramente que no hará lo que se le pide, o que hará lo contrario (negativismo). Cuando se le pide que no haga algo, procede a hacer exactamente eso. También puede hacer algo diferente de lo que se le pidió, porque él (o ella) cree saber mejor qué es lo que hay que hacer.

Las transiciones entre una tarea y otra pueden ser muy difíciles. Por ejemplo, si se le pide que deje de jugar para ir a cenar, la tarea de convencerlo de que termine de jugar y vaya a la mesa puede convertirse en una batalla. Lo mismo suele ocurrir con muchas transiciones que ocurren durante el día. El niño puede mostrar gran terquedad y persistencia en hacer algo a pesar de la oposición o deseos de que no lo haga de las demás personas.

Dentro de este cuadro difícil, conviene que los padres se den cuenta de los aspectos positivos de la terquedad y el desafío. El niño, además de ser inteligente, tiene gran fuerza de voluntad, persiste en sus deseos a pesar de lo que piensen los demás, es muy independiente, autónomo y sabe lo que quiere. Si estas cualidades se pueden encauzar por vías positivas, pueden ser de gran ayuda en el futuro del niño.

La conducta desafiante puede aparecer durante el primer año de edad, en cuanto el niño aprende a comunicarse con intencionalidad. Puede resistirse intensa y persistentemente a la voluntad de sus padres, y llorar por largo rato o resentirse si no se hace lo que él desea: cuando se enoja no deja que lo consuelen sus padres. Constituye un síntoma de problema el hecho de que el pequeño no esté contento y pelee con sus padres la mayor parte del tiempo y que su estado de ánimo sea persistentemente negativo.

En el niño preescolar, su patrón de juego muestra inflexibilidad y rigidez, en vez de la libertad y fantasía que se esperaría. Esto se manifiesta también cuando debe negociar una actividad de juego con otro niño, que tiene sus propias ideas acerca de cómo jugar. Insiste en hacer las cosas como él quiere y no tolera interferencias. Preferirá dejar de jugar, o llorará frustrado, pero no modificará su posición.

El niño puede tener una actitud controladora hacia los demás. No admite que está equivocado (aunque esto sea obvio) e insiste en que tiene la razón y quiere que los demás acepten sus argumentos. Quiere ser siempre el primero y le resulta difícil o no puede esperar su turno. Puede que nunca pida disculpas ni admita que cometió un error.

Hay que tener en cuenta la posibilidad de sensibilidades sensoriales subyacentes a esta necesidad de controlar todo a su alrededor. Un niño preescolar podría ser excesivamente "sensible" o delicado con la ropa, la comida, la temperatura ambiente, etc. Puede ser que llore cuando le ponen los calcetines y que quiera que sean exactamente de cierta textura, sin ninguna costura que le "lastime" el pie, y que se queje de que le constriñen el pie, le dan mucho calor, o no están en la posición exacta en que los tolera. Estas mismas sensibilidades idiosincráticas pueden manifestarse a la hora del baño (el tipo de jabón, la temperatura del agua, el agua sobre la cabeza solo en cierta posición), así como en la comida (jamón solo de determinada marca comercial, porque si no, no lo comerá o llorará; panes cortados solo de cierta manera o de alguna textura que le es tolerable, etc.). Este niño es demasiado sensible (23), y dada esta sensibilidad, le cuesta mucho trabajo tolerar lo que para otros niños pasa desapercibido. Es necesario que los padres se den cuenta de estas sensibilidades del niño para poder interpretar su conducta adecuadamente y no solo como intentos de llamar la atención, de desafío o por ser malcriado. El niño hipersensible se irrita y se siente abrumado fácilmente. Su reacción ante esto es tratar de controlar el mundo exterior tanto como le sea posible. El niño usa mucha de su energía en mantenerse en control y organizado, por eso tiende a decir que no. A la vez puede tener menos sensibilidad al lenguaje hablado, sin captar las complejidades del lenguaje hasta que es algo mayor.

Con frecuencia se observa que los padres se sienten frustrados y enojados con un niño así. El padre suele tratar de asustar al niño y hacer que por temor a uno de sus castigos o regaños se ajuste a lo que se le pide, con la esperanza de que un regaño o castigo intenso va a enseñar al pequeño cómo comportarse "de una buena vez". Además, algunos padres insisten en aplicar castigos y terminan castigando a su hijo frecuentemente; o bien, en su desesperación por diseñar castigos adecuados, producen consecuencias inapropiadas para el nivel de desarrollo emocional del niño:

Alex es un niño de cuatro años que vive con ambos padres; es hijo único. Su madre es enfermera y su padre vende automóviles en un lote. Los padres lo traen a consulta porque Alex es muy desafiante, persistente y tiende a desobedecer a sus padres. Una vez enfrascado en un conflicto, le es difícil darse por vencido e insiste en que está en lo correcto aunque lo amenacen con que ha de pagar las consecuencias. En una ocasión reciente, su madre le dijo que no le contestara en forma grosera y le ordenó que se callara de inmediato. El niño siguió diciéndole que ella era injusta y no le dejaba hacer lo que quería. La mamá, intentando asustar al niño que estaba muy enojado, le dijo que si no dejaba de hablar no le iba a hacer su fiesta de cumpleaños, pues iba a cumplir cinco años en dos semanas. El niño persistió en sus reproches y siguió confrontando a su madre. Esta se sintió obligada a decirle que ya no le iba a celebrar su cumpleaños. Cuando pasaron los días y llegó la fecha, los padres cumplieron el castigo y no le hicieron la fiesta que previamente el niño ya había planeado con sus padres. Ellos intentaron darle una lección, pero se sintieron muy mal de que el día de su cumpleaños el niño no tuviera nada especial. Esta viñeta ilustra la dificultad del niño desafiante para darse por vencido y colaborar con otras personas para un objetivo común. También, lo improductivo de los castigos a largo plazo y severos. A Alex ese castigo no le sirvió para ser menos desafiante y más bien lo llevó a sentir gran resentimiento por lo que habían hecho sus padres. Estos se dejaron llevar por la ira y le impusieron un castigo que era desproporcionado e innecesario.

El menor puede pasar del desafío abierto a la oposición más pasiva o pasivo-agresiva: puede que empiece a tardar más tiempo en vestirse o lavarse los dientes, por ejemplo. El preescolar con estos problemas podría llegar a defecar u orinar en su ropa.

Las "batallas" y escenas intensas de confrontación pueden tener repercusiones muy negativas en el resto de la familia. A menudo los padres están en desacuerdo sobre qué métodos de disciplina utilizar y se pueden criticar mutuamente por haber insistido en cierta maniobra. A veces se aíslan del niño debido a la conducta tan difícil de este y le muestran menos ternura o lo tratan sin empatía.

Intervención

No es posible controlar por completo a ningún niño (prácticamente a ningún ser humano en condiciones usuales). El niño realmente cuenta con una gran gama de posibilidades para desobedecer, sabotear o ignorar lo que le piden sus padres. Los niños en general quieren complacer a sus padres cuando tienen una relación positiva con ellos. Si los padres piensan en esto, se darán cuenta de que el niño tiene mil oportunidades de desobedecerlos a cada momento. El objetivo de la disciplina no es hacer que el niño sufra, ni que por este dolor después no haga lo indebido por tener miedo. Se trata más bien de ayudarlo a internalizar ciertos valores que le ayudarán a modular su conducta y establecer mejores relaciones con las personas. La razón de portarse bien debe ser el deseo de hacer lo que está bien y no el temor a los castigos.

Uno de los retos fundamentales es canalizar el alto nivel de energía, la inteligencia, y la terquedad del niño hacia vías más útiles. La persistencia y la capacidad para organizar una acción pueden ser una ventaja en esas tareas.

El patrón de cuidados en el cual se insiste demasiado en imponer la voluntad de uno de los padres, o no se le da suficiente espacio al niño para elegir actividades o cosas, es contraproducente. Se puede contribuir a que el menor se torne más rígido y desafiante si se insiste en que este siempre haga las cosas como (y cuando) las quiere el padre o la madre. El niño puede enfrascarse en un conflicto de voluntades (22).

Los conflictos de voluntades pueden dar lugar a un círculo vicioso en el que toda interacción es una posible confrontación, con lo cual tanto el padre como el hijo se sentirán mal. Este, en vez de doblegarse, confronta a sus padres, y los reta o los desobedece abiertamente, con lo que estos sienten que tienen que redoblar sus esfuerzos para conseguir que el niño obedezca. Estos círculos que se expanden pueden terminar en insultos al niño, o en golpes y maltrato. El pequeño puede sentirse como una especie de oveja negra en la familia. Corre el riesgo de construir su identidad alrededor de la desobediencia (23), retar y salirse con la suya, a menudo con pensamientos preconscientes de que es un niño malo y de que el papá y la mamá no lo quieren.

Es conveniente transmitir un mensaje claro al hijo sobre lo que es negociable y lo que no se puede negociar. Por ejemplo, no se puede permitir que el niño desafiante le pegue a un hermanito porque se siente frustrado. Tampoco, aunque el niño preescolar sea muy inquisitivo y curioso, puede permitírsele que juegue con fuego en la casa. Aun contra las protestas del niño, habrá que dejar claro que estas prohibiciones no son negociables y poner límites firmes pero con empatía a conductas indebidas. En cambio, muchas otras cosas son negociables, como qué ropa puede usar, en qué momento hará lo que se le ha pedido, cuándo empezará a hacer la tarea, etc. Si se da al pequeño cierto grado de control sobre su vida y su alrededor, tendrá menos necesidad de desafiar y de controlar a sus padres. También el juego libre con uno de los padres puede ayudar al pequeño a experimentar la sensación de estar en control, y de expresar sus frustraciones y enojos a través de la situación de juego. Este tipo de niño necesita más espacio para poder experimentar

haciendo cosas y actividades diferentes y minimizar la oportunidad de conflicto. No conviene que el padre dé demasiadas instrucciones y órdenes o espere que el niño obedezca de inmediato.

Otra fuente de problemas puede ser el exceso de actividades extraescolares en que se mantiene envuelto al niño. Si las actividades cotidianas son una razón para tener conflictos, cuanto más expectativas haya de que el niño coopere en diferentes situaciones durante el día, mayor será la demanda de conducta adaptativa del niño y más oportunidad de que este se oponga a la rutina.

Es común que los progenitores se sientan muy ofendidos cuando el niño dice que "no". En tal caso, más bien hay que esperar que el niño desafiante tenga una respuesta inicial de oposición. Solo si esta se maneja adecuadamente no persistirá ni agravará la confrontación.

El tono de voz que emplean el padre o la madre para tratar de que el niño haga lo que se le pide es muy importante. Es preferible usar un tono de petición, de negociación e intentar poner límites en forma tranquila y con empatía, tratando de dar apoyo emocional al niño en el proceso, en vez de hacer reproches muy negativos y confrontarlo con enojo (25).

Hay que tener en cuenta que, aunque el niño obedezca y se doblegue, esto puede arruinar la relación de los padres con él, al no sentir cariño o apoyo emocional del padre o la madre.

Una forma de relacionarse con un niño desafiante es concebirlo como un "maestro de paciencia." La conducta difícil del hijo es una oportunidad para que los padres aprendan a esperar y tomar en cuenta la diferente actitud del pequeño respecto al tiempo, las prioridades y la modificación de su conducta. Tal vez el paso más importante es tener en cuenta que el niño "es así" más bien por inseguridad y necesidad de controlar lo que está a su alrededor que por el deseo de molestarlos. Conviene que los padres entiendan la inseguridad del niño, su vulnerabilidad, y que le muestren tanta empatía y aceptación como sea posible, tratando de mantener una atmósfera de armonía y aceptación en la casa. Ellos pueden intentar atravesar esa fachada de poder y desafío, ganarse la confianza del hijo, brindarle ternura y satisfacer su necesidad de seguridad, lo que hará menos necesaria su actitud desafiante.

El niño suele desconfiar de las personas. Es preferible intentar acercarse emocionalmente a él en forma gradual, entendiendo sus sensibilidades especiales y respetándolas. Por ejemplo, si es muy sensible a los ruidos fuertes, habrá que hablarle en voz más baja. Si no le gusta que lo toquen o lo abracen, será mejor no insistir en hacer esto. Los adultos se pueden aproximar al niño mientras este juega, y tratar de buscar una "puerta por donde entrar" a su mundo. Puede ser a través de un comentario sobre su juego. Si el niño rechaza al adulto, entonces este puede intentar "bajar" uno o dos niveles de desarrollo (en la escala evolutiva del juego del niño) hasta el nivel en que el niño se encuentre. Por ejemplo, se puede pasar del juego simbólico al simple fenómeno de atención mutua, que es un nivel más primitivo en el desarrollo del niño, en el que dos personas ven e intercambian información o gestos sobre la misma cosa, como un juguete u otro objeto. Se trata de enganchar al niño en una interacción agradable, como por ejemplo, intercambiando miradas o sonrisas, y ofreciéndole luego un objeto de interés. Durante el juego, se le da la sensación de que él está en control, lo cual en es cierto el juego. Al manipular sus juguetes y

ejercer control que sobre estos y sus acciones, el niño va llenando esa necesidad de controlar y de expresar su enojo o frustración. Cuando juega a ser el maestro o el papá, y en esos papeles le ordena al "niño" (el adulto) que haga cosas o lo regaña, expresa emociones que son difíciles de manifestar en otras áreas y lugares. Este es el efecto terapéutico del juego libre.

Esta manera de tratar al niño día tras día requiere gran paciencia. El adulto a veces necesitará respirar profundamente y hacer un esfuerzo para no sentirse personalmente ofendido por los desaires o insultos del pequeño cuando este está enojado. El padre hará mejor en mostrar tolerancia y paciencia, y responder a la inflexibilidad del hijo con una mayor flexibilidad. Esto puede ser a la larga un modelo para el niño del modo como sus padres toleran las frustraciones, negocian con otras personas y no pierden la calma. A la larga se puede esperar que la conducta desafiante disminuya o desaparezca, pues el desafío del niño ocurre en un vacío, ya que sus padres no tienen conflictos frente a frente con él.

Después de insultar al adulto, cuando el pequeño se encuentra más tranquilo, se puede hablar de lo sucedido y cómo se sentía el niño en ese momento. Así se puede planear qué ha de hacer el niño en el futuro cuando se sienta tan enojado, en vez de insultar a los adultos como lo hizo anteriormente. Se puede recurrir también al sentido del humor para hablar de las respuestas del pequeño y hacer comentarios que hagan la situación más ligera y conseguir de ser posible, que ambos se rían conjuntamente de las maniobras desafiantes del niño. El adulto puede "pronosticar" cómo va a responder el pequeño a lo que se le pide que haga, y verdaderamente bromear sobre la forma de oponerse sistemáticamente.

Además de esa empatía, persiste la necesidad de poner límites al hijo. Los límites son más apropiados si se ejercen de modo firme pero tranquilo, sin demasiada intensidad emocional. Es mejor si el niño ya ha participado antes, si le es posible razonar con los adultos sobre esos límites y ayudar a decidir cuál sería la consecuencia racional de la transgresión de esos límites.

Al aumentarse la autoconciencia del problema, sobre todo desde la edad preescolar, puede ayudarse al niño a interesarse en cambiar su tendencia al desafío y al enojo, a pedir que sus padres le ayuden a autocontrolarse dándole señales cuando esté empezando a perder la paciencia y el control, y a colaborar para tener una conducta más adaptativa.

c. El niño tímido

Asendorpf (26) sugiere distinguir entre tres problemas que pueden causar una conducta de retraimiento social en el niño.

- Timidez por miedo a lo nuevo y lo desconocido
- Timidez por temor a ser rechazado o evaluado negativamente, lo que da lugar a la evitación de las interacciones sociales.
- Falta de sociabilidad porque el niño no tiene interés en relacionarse con otros.

La expresión final de estos problemas será una disminución en la interacción con otros niños, pero la causa del problema es diferente según lo que la determina.

Timidez por temor a lo nuevo y desconocido. Lo que existe aquí es un problema intraindividual. En el niño hay un conflicto entre acercarse a otros y evitarlos. A la vez, el niño, quiere acercarse a otros, pero hay una tendencia a la evitación. Al estar frente a otros niños, cuando la timidez no es tan exagerada, primero hay evitación de jugar. Deja de jugar para observar lo que está sucediendo con otro niño. Luego hay un juego paralelo y finalmente participa en el juego del otro niño para familiarizarse con él.

En el niño excesivamente tímido no ocurre esta progresión. Las conductas de evitación marcada son: inhibición del movimiento motriz y evitación prolongada de la mirada del otro. El niño tiene una conducta ambivalente y oscilante. El conflicto interno se resuelve a través de actividades de juego solitario.

Kagan ha sido uno de los principales estudiosos de estos problemas (27). Este investigador estudió la conducta de bebés en el segundo año de vida que se inhibían en situaciones novedosas o que les eran extrañas. Hubo estabilidad en la persistencia de esta tendencia entre el segundo año de vida y los siete años de edad si el lactante había sido extremadamente tímido, mostrando la inhibición ante lo nuevo, en contraste con los niños que no tenían esta tendencia tan marcada a los dos años.

Asendorpf ha descrito también la persistencia de este rasgo de timidez entre el lactante y el preescolar. Pero esta timidez con extraños no estaba correlacionada con la conducta del niño con compañeros de la escuela a quienes conocía bien. Se trata entonces de timidez con las personas extrañas y parece ser una característica estable, que se mantiene constante en diferentes situaciones. Sin embargo, esto no se correlacionó con una menor autoestima en la edad preescolar. Si el niño preescolar era tímido, ese rasgo se correlacionó con una menor autoestima entre el segundo y el tercer grado de la primaria. Pero estas predisposiciones no deben considerarse necesariamente como un factor de riesgo para tener ulteriormente problemas de internalización (como trastornos de ansiedad o depresión) porque entre otras cosas la mayoría de los niños tienen pocas experiencias de estar alrededor de extraños y casi siempre están rodeados de personas que les son familiares.

Timidez por temor a la evaluación social. El temor principal en ciertos niños es que les da miedo lo que los demás puedan decir de ellos, o cuál será la reacción del otro al acercamiento del niño inhibido. Esto es diferente al miedo a los extraños descrito arriba. Los dos temores no necesariamente se correlacionan con otro. En el instituto Max Planck, las observaciones de Asendorpf han demostrado que puede haber uno sin el otro. Por ejemplo, el niño puede no tener miedo a las situaciones novedosas, pero temer, en cambio, que lo critiquen, se burlen de él o desapruében sus acciones o lo rechacen de otra manera, mientras que no tiene miedo a las situaciones nuevas o a las personas nuevas *per se*.

En términos del desarrollo del bebé, a los ocho meses aparece el miedo a los extraños. Para sentir miedo a la evaluación de otros, un requisito es tener un concepto de sí mismo, lo cual solo se establece a los 18 meses de vida (en que el niño ya sabe, viéndose al espejo, quién es él o que la imagen que ve es él). Por tanto, el miedo a una evaluación social negativa requiere un grado de desarrollo psicológico mayor que el puro temor a los extraños, reacción esta que aparece más temprano.

Cabe hacer notar que el rechazo social puede deberse a varias causas y da lugar a distintas respuestas por parte del niño. Hay niños que son objeto de rechazo social, pero no lo notan (por ejemplo los niños con hiperactividad, impulsivos y los más agresivos) y

siguen persistiendo en tratar de ser aceptados, pero no lo logran y tampoco lo notan. Por contraste, los niños con temor a ser criticados o devaluados, son altamente sensibles al rechazo, los comentarios negativos y los gestos de los demás, signos todos ellos de desaprobación, y desde muy pequeños temen hacer el ridículo y sienten vergüenza.

Falta de sociabilidad. Se trata de los niños que prefieren estar solos. Cuando interactúan con otros pequeños carecen de problemas, pero simplemente prefieren no hacer muchos contactos en su vida diaria y prefieren estar solos. En un estudio se encontró (26) que tales niños tenían actividades pasivas o solitarias, pero no timidez *per se*, aunque los padres de un niño así podrían pensar que el niño es tímido. A veces es difícil distinguir entre la timidez y la falta de interés en las interacciones sociales. Algunos niños muestran menos interés social precisamente cuando hay un extraño alrededor. No se sabe si esta falta de interés en relacionarse sea realmente un factor de riesgo de psicopatología futura en ese niño, sobre todo en culturas en las que se valora altamente la socialización, como en los países industrializados de Europa y en Estados Unidos.

El retraimiento en el jardín de niños (inclusive timidez y falta de sociabilidad) se ha correlacionado empíricamente con problemas psicológicos de tipo de internalización, incluidas la poca autoestima, soledad y depresión cuando el niño está en quinto grado de la escuela primaria. Esto mismo lo encontró Asendorpf al estudiar preescolares tímidos de dos a cuatro años de edad, quienes alrededor de los diez años de edad tenían una más autoestima baja (26).

Se ha sugerido (28) que ya para el segundo año de la primaria, el niño que es solitario (por cualquiera de las tres razones antes mencionadas) puede ser objeto de más rechazo y desaprobación por parte de sus compañeros o darse cuenta de que no es aceptado por otros, y como consecuencia tener una baja autoestima. Este pequeño podría *volverse* tímido (rehuir encuentros con personas que no le son conocidas) como resultado de esas experiencias de desaprobación social y rechazo.

En algunas culturas se valora mucho que el niño sea sociable y tenga amigos, mientras que en otras no. Un estudio en el que compararon niños de segundo a cuarto grado de primaria de Canadá y de China (en Shanghai) (29) se encontró que en Canadá la timidez se relacionaba con el hecho de tener poca aceptación por los compañeros, pero ocurrió totalmente lo contrario en China, donde se considera deseable ser retraído y tener buen control de las emociones, y se pone menos énfasis en la individualidad.

Otro factor cultural en el significado del aislamiento social es el papel asignado por razón de género o sexo. El estudio longitudinal llamado Berkeley Guidance Study (30), ha seguido a niños durante un período de varias décadas y estudiado su destino. En un examen retrospectivo de los escolares que se consideraban retraídos o tímidos de ocho a diez años de edad (en los años 1936 a 1938) se encontró que, al estudiarlos cuando tenían entre 30 y 40 años de edad, los hombres tenían más dificultades que las mujeres: Los varones habían esperado más años para casarse, para tener hijos y para empezar su carrera. Esto sugirió que habían tenido más dificultades para relacionarse y asumir el papel masculino "típico" precisamente por esa inhibición. En las mujeres no había estas dificultades, pero tendían más a quedarse en la casa y no trabajar fuera de ella. En aquella época esto estaba más aceptado. No se tomaba como algo extraño que la mujer fuera tímida e inhibida y que por lo tanto no saliera a trabajar, a hablar con extraños, etc. Esto ilustra el papel de la cultura en asignar un valor positivo o negativo a los rasgos del carácter y a la aceptación (o rechazo) de estos rasgos en el medio social.

Intervención

Es importante distinguir el aislamiento debido a la timidez (miedo a lo nuevo y extraño) del debido a temores de la evaluación de otros y al causado por la insociabilidad. Es necesario no etiquetar de patológico, por ejemplo, a un adolescente que no tiene interés en las relaciones interpersonales, porque si se asume que esa falta de socialización se debe a una psicopatología los padres pueden preocuparse y también el chico podría pensar que hay algo malo en él, y como consecuencia aparezca la timidez al sentirse diferente y raro. En principio, ese muchacho sería feliz en sus actividades solitarias, y realmente no teme tener relaciones con otros.

Para distinguir la falta de interés en socializar de la timidez, hay que observar si el niño se interesa por otras personas y por participar en actividades con ellas o está perfectamente contento solo. Si un niño en edad preescolar no muestra esas ansiedades (conflicto obvio, deseo de jugar con otros niños pero temor de hacerlo), sino que se dedica a juegos constructivos pero solitarios, lo más probable es que se trate de insociabilidad. Sin embargo, hay que recordar que a menudo los niños que originalmente eran tímidos, para enfrentar su problema se vuelven solitarios y juegan solos, enmascarando su verdadero deseo de participar con los otros niños. Es importante saber si preferiría estar solo o estar con otros.

Cuando hay verdadera timidez, se debe evaluar el contexto en el que se encuentra el niño. Entonces se puede descubrir por qué tiene estos temores y si hay problemas reales con los compañeros, los maestros, etc. Existe la posibilidad de que al niño se lo rechace socialmente, y si es sensible, esto no lo animará a seguir intentando la aceptación. También hay que evaluar si esa conducta inhibida ocurre en todos los lugares o solo en algunos.

La soledad en la edad escolar es más problemática que en la preescolar. Hay que impulsar al niño a buscar compensaciones, ayudándole a establecer algunas relaciones interpersonales. Se puede considerar cuidadosamente la posibilidad de sacarlo de su grupo social cuando ese grupo es la razón de la timidez, debido al rechazo, críticas y comentarios negativos. A veces, al cambiar al niño de grupo (o dándole oportunidad de establecer buenas relaciones con otros grupos), la conducta del niño cambia drásticamente.

Otro paso útil es comunicar al pequeño que se acepta su sensibilidad ante situaciones nuevas, personas desconocidas, por ser criticado o sentirse avergonzado, y ayudarlo a hacer frente a su ansiedad.

En el caso de que el niño sea verdaderamente tímido, es decir, que rehuye las interacciones con extraños y las situaciones desconocidas, es contraproducente tratar de forzarlo súbitamente a hacer frente a lo temido. A veces los padres, con buenas intenciones, tratan de avergonzar al pequeño, criticando su timidez o haciendo burla de ella para impulsarlo a afrontar una situación nueva por miedo a hacer el ridículo. En general, esto es contraproducente, pues se sentirá aun más apenado o avergonzado y le será más difícil estar en la situación temida, aunque por el momento y por temor soportará una situación nueva en presencia del padre amenazante. Los parientes u otros adultos, inclusive un maestro, a veces pretenden empujar al niño a una situación para la cual no está preparado (por ejemplo hablar en público, jugar con otros niños) por medio de la coerción u órdenes, o sujetándolo sorpresivamente en la situación temida. Estos intentos de "curar" al niño por medio de una experiencia desagradable suelen fracasar. Más bien es recomendable entender la sensibilidad y la dificultad del pequeño ante situaciones nuevas o desconocidas. Este

tiene una predisposición a reaccionar intensamente a tales estímulos y se desencadena en él un mecanismo fisiológico y psicológico de alarma. Lo más útil sería primero mostrarle empatía aunque sea muy pequeño, y que sus padres y otros entiendan cómo vive la situación. Esto les permitirá modular su intervención expresando esa comprensión al niño, y animándolo a tomar pequeños pasos, paulatinos y graduales, por los cuales la inhibición ante determinada situación irá disminuyendo.

Por ejemplo, el niño que ha entrado por primera vez a un grupo de escuela preescolar o *Kindergarten* se muestra reservado, evita mirar a los ojos cuando le hablan, y no se atreve a jugar, responde mejor a la larga si se respeta su sensibilidad. En vez de empujarlo a "ser normal" de inmediato, el personal docente puede expresar que entiende cómo se siente el niño y darle oportunidad para que explore la situación desde la distancia. El niño posiblemente querría ser uno más del grupo y participar en los juegos, pero está inhibido. Un miembro del personal podría acercársele y sugerir una interacción aunque sea mínima y breve o solamente acompañarlo en su inhibición, sin presionarlo inmediatamente a que cambie, sino aceptándolo como es. Al día siguiente tal vez se pueda conseguir algo más, que dé un paso adelante, que se acerque un poco más al grupo de pares cuando se les está leyendo un cuento. Poco a poco irá sintiéndose más cómodo con la situación nueva y tomará riesgos un poco mayores, logrando al final de cuentas vencer sus temores y reservas. Esto puede ayudar en el desarrollo de su autoconfianza y dar la sensación de haber dominado la precaución o miedo iniciales.

Quienes cuidan al niño podrían tener en cuenta la sensibilidad de este ante las situaciones nuevas y tratar de minimizarlas. Se podría sugerir que tuviera el mismo maestro o maestra, de ser posible, durante varios años para no tener qué empezar desde "cero" cada año, lo cual puede serle muy difícil, pues ya se siente a sus anchas con el maestro que conoce. Algunos adultos se preocupan de que si no se empuja al niño bruscamente a enfrentar sus miedos "nunca" va a aprender a hacerlo. En el método que se señala se le darán oportunidades al niño de dar pasos adelante, pero dejando que se recupere entre uno y otro. Cuando el niño es demasiado sensible a las críticas, el juego simbólico y las conversaciones con los padres pueden ayudarlo a hacer frente a sus temores, y a mejorar su autoestima y "resistencia" a las inevitables observaciones o críticas de los compañeros. El propósito sería ayudar al niño a tolerar mejor estos encuentros verbales y autovalorarse más positivamente, tratando de "resistir" más las interacciones negativas o desagradables.

En un caso diferente, cuando el niño tiene poca interacción social porque básicamente no le interesa, y está contento con sus actividades solitarias, de nuevo es recomendable que los padres respeten el estilo único del niño y no lo critiquen en exceso por su falta de socialización. Los padres podrían ayudar a que su hijo desarrolle interés en las otras personas, hablando por ejemplo, de ellos mismos y de sus experiencias internas para despertar su interés por los demás. Gradualmente pueden promover oportunidades de intercambio social que requieran más apreciación de las necesidades y problemas de otras personas. El punto central es lograr interesar al niño en las interacciones humanas hasta donde sea posible, respetando el estilo básicamente autoabsorto del niño.

Referencias

1. Plomin R. Genetic research and identification of environmental influences. (The Emmanuel Miller Memorial Lecture, 1993.) *J Child Psychol Psychiatry* 1994; 55:817-834.
2. Dunn J, Plomin R. *Separate lives. Why siblings are so different*. 1990. Nueva York: Basic Books; 1990.
3. Kagan J, Reznick JS, Snidman N. Biological bases of childhood shyness. *Science* 1988; 240:167-171.
4. Rutter M, Macdonald H, Le Couteur A, Harrington R, Bolton P, Bailey A. Genetic factors in child psychiatric disorders-II. Empirical findings. *J Child Psychol Psychiatry* 1990; 31:39-83.
5. Flint J. Annotation: Behavioural phenotypes: a window onto the biology of behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 1996; 37:355-367.
6. Werner EE. Protective factors and individual resilience. En: Meisels SJ, Shonkoff JP, eds. *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge University Press; 1990, pp. 97-116.
7. Colby Trott M, Laurel MK, Windeck SL. *Understanding sensory integration*. Tucson: Therapy Skill Builders; 1993, pp. 17-59.
8. DeGangi GA. Treatment of sensory, emotional and attentional problems in regulatory disordered infants. *Infants Young Child* 1991; 3:9-19.
9. DeGangi GA. Assessment of sensory, emotional and attentional problems in regulatory disordered infants. Part I. *Infants and Young Children* 1991; 3:1-8.
10. Maldonado Durán M, Saucedo Garcia JM. Excessive crying and regulatory disorders in infants. *Bull Menninger Clinic* 1996; 60:62-78.
11. Fisher AG, Murray EA. Introduction to sensory integration theory. En: Fisher AG, Murray EA, Bundy AC, eds. *Sensory Integration: Theory and Practice*. Philadelphia, FA: Davis Co; 1991, pp. 3-26.
12. Hinde R. Temperament as an intervening variable. En: Kohnstamm GE, Bates JE, Rothbart MK, eds. *Temperament in childhood*. West Sussex, Inglaterra: John Wiley and Sons; 1989, pp. 27-33.
13. Prior M. Childhood Temperament. *J Child Psychol Psychiatry* 1992; 33: 249-279.
14. Rutter M. Continuities, Transitions and Turning Points, En: Rutter M, Hay DF. *Development through life. A handbook for clinicians*. Blackwell Scientific Publications; 1994, pp. 1-25.
15. Rutter M. Continuities and discontinuities from infancy. En: Osofsky JD, ed. *Handbook of infant development*. John Wiley and Sons, Inc; 1987, pp. 1256-1296.
16. Asher J. Born to be shy? *Psychol Today* 1987; 21:56-64.

17. Stern DN. The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology. Nueva York: Basic Books; 1985, pp.100-123.
18. Rutter M. The developmental psychopathology of depression. Issues and perspectives. En: RutterbM, Izard CE, Read PB, eds. *Depression in young people*. Nueva York: The Guilford Press; 1986, pp. 3-32.
19. Golombok S, Fivush S. *Gender development*. Cambridge: Cambridge University Press; 1995, pp. 169-189.
20. Canino I, Spurlock J. *Culturally diverse children and adolescents: Assessment, diagnosis, and treatment*. Nueva York: Guilford Press; 1994.
21. Greenspan SI. Clinical assessment of emotional millstones in infancy and early childhood. *Pediatr Clin N Am* 1991; 38 Dec (6):1371-1385
22. Campbell SB. Young children at risk for psychopathology: developmental and family perspectives. *J Clin Child Psychol* 1996; 25:372-376.
23. Greenspan S, Salmon J. *The Challenging Child*. Reading, Mass.: Addison Wesley Publishing Co; 1995.
24. Minde K. The effect of disordered parenting on the development of children. En: Lewis M, ed. *Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1991, pp. 394-407.
25. Grusec JE, Goodnow JJ. Impact of parental discipline methods on child's internalization of values: a reconceptualization of current points of view. *Dev Psychol* 1994; 30:4-19.
26. Asendorpf JB. Abnormal shyness in children. *J Child Psychol Psychiatry* 1993; 34:1069-081.
27. Kagan J, Reznick JS, Snidman N, Gibbons J, Johnson MO. Chidhood derivatives of inhibition and lack of inhibition to the unfamiliar. *Child Dev* 1988; 59:1580-1589.
28. Rubin KH. The Waterloo longitudinal project: correlates and consequences of social withdrawal from childhood to adolescence. En: Rubin KH, Asendorpf JB, eds. *Social withdrawal, inhibition and shyness in childhood*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1993, pp. 291-314.
29. Chen X, Rubin KH, Sun Y. Social reputation and peer relationships in Chinese and Canadian children: a cross-cultural study. *Child Dev* 1992; 63:1226-1349.
30. Caspi A, Elder GH Jr, Bem DJ. Moving away from the world: life-course patterns of shy children. *Dev Psychol* 1988

2.2. Algunos trastornos de las emociones y la conducta comunes en el lactante

Jesús Martín Maldonado Durán y Juan Manuel Saucedo García

Introducción

En este capítulo se hace una descripción general y breve de los problemas más comunes en la salud mental del lactante, término que incluye al niño en los tres primeros años de la vida. El propósito principal de esta descripción es ayudar a los profesionales de la salud a identificar y reconocer las manifestaciones de estos problemas, con el fin de llamarles la atención sobre su importancia y la necesidad de intervención. También se hace una descripción muy breve de algunos métodos de tratamiento.

A primera vista podría parecer extraño que se hable de psiquiatría del bebé o de la salud mental del lactante. Resulta difícil aceptar que un bebé pueda tener problemas emocionales o con su conducta. No obstante, es evidente que los niños, incluso los muy pequeños, pueden presentar signos claros de dificultades como se describe más adelante. Un bebé de varios meses quizá no duerma normalmente, o lllore casi todo el tiempo o no aumente de peso porque tiene dificultades para comer. Estos problemas, para ser resueltos, pueden requerir la exploración de factores causales en el bebé, en quienes los cuidan y en la relación entre el niño o la niña y sus padres.

Se podría pensar que, aun aceptando que el lactante pueda presentar dificultades emocionales o conductuales, estas se deberían en todos los casos a la conducta de sus padres (por ejemplo, al cuidado inadecuado del bebé) pero eso es inexacto. Al oír los términos "salud mental del bebé" es fácil asumir que seguramente se tratará de intervenir solamente con los padres, pues el bebé no puede hablar ni se da cuenta de lo que sucede a su alrededor. Esto también es inexacto.

Para muchas personas es más aceptable pensar que el bebé es como una plana en blanco en donde los padres inscriben su mensaje, y que el bebé es enteramente el reflejo de lo que son o hacen sus padres, pero los datos existentes contradicen esta opinión.

Sin duda los padres tienen gran importancia en el bienestar y cuidado del bebé; sin embargo, cada recién nacido y lactante es de hecho una persona única, con vulnerabilidades y capacidades individuales y específicas. No hay un bebé idéntico a otro (ni aun los gemelos monocigóticos). El niño tiene un papel importante en determinar los cuidados que recibe, y como miembro recíproco de una relación con quien lo cuida, tiene una contribución importante en la clase de transacción que se establece entre él y sus padres. Algunos lactantes presentarán problemas aun cuando sean objeto de los mejores cuidados por parte de sus padres; por ejemplo, tendrán dificultades con la alimentación, llorarán excesivamente o serán víctimas de una situación traumática. En la psiquiatría del bebé se habla de comprender la problemática que presenta el niño desde cuatro puntos de vista:

1. **La contribución del bebé:** sus sensibilidades especiales y factores de riesgo, por ejemplo los biológicos, peculiaridades físicas, capacidades perceptuales, motrices y para la relación interpersonal (1, 2).

2. **La contribución de los padres como individuos:** sus expectativas, su percepción del bebé, sus métodos de crianza y su propia experiencia en la niñez. Todos los padres han tenido su propia infancia y desarrollan un modelo psicológico interno de cómo se es padre o madre, y lo aplican con sus propios hijos. Otros tratan de hacer cosas muy diferentes de lo que sus progenitores hicieron con ellos, como ocurre con muchos padres que fueron maltratados en la niñez. La naturaleza de la relación de apego entre el padre cuando era niño y sus propios progenitores tiene influencia en la sensibilidad con que criará a sus propios hijos.
3. **La relación entre los padres y el bebé:** hay que tomar en cuenta no solo al bebé o solo a los padres, sino también el espacio intermedio que significa la relación entre unos y otro; si hay armonía en las interacciones, o tensión y malestar. Estas relaciones son únicas entre cada bebé y cada progenitor. Ambos miembros de la relación traen características propias, que se confrontan en las interacciones mutuas.
4. **El efecto de situaciones de tensión en la vida del bebé y sus padres:** en este inciso se incluyen las prácticas de crianza de cada grupo social o cultura, así como las dificultades sociales (pobreza, desempleo, problemas de habitación), o las tensiones emocionales a la que se hallan sometidos los padres.

La presente descripción de los trastornos y las emociones del lactante no es exhaustiva, sino que se hace hincapié en las dificultades que el médico encontrará en su práctica diaria. Con algunos trastornos, como el multisistémico del desarrollo, se pone el acento en la descripción clínica porque el papel principal del médico es el de reconocer la existencia del problema en el bebé, para luego referirlo a un programa especializado para su tratamiento con otras alteraciones si se hacen sugerencias específicas sobre el tratamiento, que puede llevar a la práctica el propio médico.

2.2.1. Las necesidades emocionales del bebé.

La necesidad de espacio físico, psicológico y emocional. Los padres del bebé, desde antes del embarazo, durante la gestación y cuando ya ha nacido, necesitan "hacer lugar" (3) para su bebé. Esto equivale a aceptarlo como persona única, "darle su lugar" en la vida de los padres, tanto desde el punto de vista físico (tener un área donde dormir, alimentos, protección, juguetes, etc.) como ser importante emocionalmente para sus progenitores, quienes se preocuparán constantemente por su bienestar. De hecho, en condiciones óptimas, el bebé "es lo primero" en la vida emocional de sus padres.

Necesidad de respeto. El respeto es una actitud que en el caso de los padres y el niño debe ser recíproco, y no solo del niño a sus padres. En el primer caso significa que los padres notan y aceptan lo que es especial y característico de su hijo, sus iniciativas, intereses, gustos, y aceptan al niño como una persona real desde el principio.

Estar con alguien en todo momento. El lactante necesita que alguien siempre esté listo para responder a su llamado y para cuidarlo. También que quienes lo cuidan, lo hagan de modo sensitivo, es decir, que se den cuenta de sus señales y respondan a ellas. Esto, además de promover su desarrollo cognoscitivo, le hará desarrollar la sensación de confianza en las personas y la convicción de que las personas responden, están disponibles y

se dan cuenta de lo que él hace o necesita. Los bebés humanos, como los de los otros primates, están "diseñados" para requerir la presencia constante de una figura que los cuide, les dé seguridad y los proteja.

Oportunidad de apearse a alguien o tener una "base de seguridad". A partir de aproximadamente los seis meses de edad, el niño no puede ser cuidado por "cualquier persona", sino que necesita la presencia de algunas figuras centrales, específicas (generalmente los padres o quien lo ha cuidado de modo constante) para sentirse seguro. Esto solo se logra cuando quienes cuidan al bebé desarrollan con este una relación intensa y firme en la que el niño puede confiar. Los que lo cuidan necesitarán estar presentes y disponibles para el bebé; ellos podrán consolarlo y darle la oportunidad de desarrollar nuevas capacidades. Estas personas tienen también una función "moduladora" de los estímulos del medio ambiente, amortiguando la intensidad de estos para que no abrumen al niño, y dándole la oportunidad de estar expuesto a la estimulación adecuada.

Una persona con experiencia que lo contenga y le ayude a autorregularse. Esta función de contenedor implica que el pequeño necesita a alguien más que le señale cuándo hay que dormir, comer, qué es peligroso, qué significan sus experiencias, etc. Por ejemplo, el niño no puede darse cuenta adecuadamente de algunas situaciones peligrosas y, desde que empieza a caminar, está listo para intentar emprender actividades más allá de sus capacidades (como jugar con fuego, lanzarse a la calle, aventarse en una piscina). La madre o el padre deben estar dispuestos a poner límites y a protegerlo, aun contra las protestas del niño. Ellos establecen límites racionales y lo ayudan a autocontenerse de modo progresivo. Ponen límites a las expresiones de su agresión y frustración y lo ayudan a expresar estas emociones en forma adaptativa.

Los padres también ayudan al niño a lograr regularidad en su funcionamiento fisiológico, por ejemplo del sueño y la vigilia, funciones de eliminación, actividad motriz, capacidad para mantener enfocada su atención, etc.

Necesidad de alguien que responda a sus emociones y le dé calidez emocional. Para poder lograr una percepción de sí mismo como un ser aceptable y bueno, y también para reconocer en sí mismo y luego modular sus emociones, necesita que sus padres o quienes lo cuiden le reflejen sus emociones (por ejemplo nombrándolas, validándolas e indicando que entienden lo que él siente). El niño requiere que lo traten con ternura y amor, aceptándolo básicamente, y que sus padres gocen genuinamente de sus capacidades únicas y sus logros y estén con él cuando se sienta frustrado, triste o enojado. El bebé necesita ver el brillo del orgullo en los ojos de sus padres, quienes gozan estando con él.

Es necesario que los padres, aunque no se den cuenta conscientemente, actúen reconociendo la autonomía básica del niño y la imposibilidad de "controlarlo". A medida que el bebé va creciendo, desarrollando cada vez más la capacidad y necesidad de realización de sus propios proyectos y hacer las cosas a su manera. Tiene lugar entonces un proceso de mutua negociación en la que los padres van reconociendo las características únicas de su hijo, y el niño, a su vez, se da cuenta de que tiene que negociar con sus padres la manera de hacer las cosas (cuándo irse a dormir, cómo comer, qué comer, etc.). Cuando estas negociaciones se hacen con poco conflicto y un máximo de armonía y sentido del humor, se va efectuando el acoplamiento entre ambos sistemas, el del niño y el de sus padres.

2.2.2. Psiquiatría del lactante

La psiquiatría del niño y el adolescente es una disciplina médica relativamente joven, comparada con la psiquiatría general. Solo en las últimas décadas se ha reconocido que los niños y los jóvenes sufren, en efecto, de dificultades en sus emociones y su comportamiento. Hasta hace algunas décadas no se había reconocido esto y se pensaba que las dificultades de los menores eran pasajeras y de poco significado para el futuro.

Asimismo, los problemas que afectan a los lactantes y a sus progenitores no se habían identificado hasta recientemente. Como ocurría antes con las de los niños mayores y los adolescentes, las alteraciones que presentan los lactantes a menudo se pasan por alto, o se consideran menores e insignificantes tanto entre los médicos y pediatras como entre algunos profesionales de la salud mental. Podría decirse que la psiquiatría y el estudio de la salud mental del lactante se encuentran en la infancia (4). Esto es así tanto por los datos científicos que existen en esta disciplina como por su reconocimiento entre los profesionales de la salud. La psiquiatría del bebé estudia las perturbaciones del bienestar emocional y de la conducta del niño pequeño en el contexto de las relaciones con sus familiares, padres y otros, y de su grupo social y cultura.

Por contraste, es relativamente frecuente que los padres del niño pequeño consulten con su médico o algún especialista en salud mental, sobre la manera de responder a las dificultades que encuentran con su bebé. Pueden preguntar qué hacer respecto de la agresión, el llanto excesivo, o las dificultades en la alimentación y el sueño.

Con frecuencia, el médico piensa que se trata de dificultades menores que han de desaparecer en poco tiempo, tranquilizando a los padres del niño. O bien el médico llega fácilmente a la conclusión de que estas conductas alteradas del bebé se deben enteramente al hecho de que la mamá está demasiado ansiosa o se preocupa demasiado. La madre del bebé podría estar preocupada *como resultado* de que el niño no duerme en forma normal, o no aumenta de peso y ahora, por ejemplo, presenta retraso del crecimiento. A menudo, lo que el médico piensa que es la causa del problema podría más bien ser su resultado. La madre podría encontrar muy difícil tranquilizarse, pues tiene que enfrentar día a día las dificultades conductuales de su hijo o hija, y además siente que sus familiares, el médico u otros profesionales no le dan la suficiente importancia a sus observaciones o no las toman en cuenta.

El estudio de la salud mental del lactante es multidisciplinario. Esto significa que, en la comprensión completa de un bebé con problemas en su desarrollo, sus emociones o comportamiento, podría ser necesaria la participación de un especialista en audiolología y foniatría, terapia ocupacional, trabajo social, psicología y psiquiatría, además del pediatra, médico familiar y ocasionalmente el neurólogo pediatra. Cada profesional aporta su conocimiento profundo de cierta área del funcionamiento del bebé y toma en cuenta el de quienes lo rodean para poder hacer un diagnóstico completo de la situación.

2.2.2.1. Los síntomas en el lactante y su significado

El bebé tiene un repertorio limitado en la expresión de su sufrimiento psicológico o emocional. La psiquiatría del lactante incluye solo algunas entidades nosológicas, las cuales se refieren a la expresión somática de las tensiones e interferencias en su desarrollo

emocional, social, de la capacidad de comunicación interpersonal y de la capacidad para dormir o comer.

El bebé expresa sus dificultades en forma de unos cuantos síntomas: en el dormir, el comer, el llanto y la dificultad para estar contento (5, 6). Otros síntomas son: la irritabilidad, el enojo o la agresión hacia otras personas y la dificultad para concentrarse y relacionarse con las demás personas en forma satisfactoria.

Al diagnosticar los problemas del bebé se corren algunos riesgos (7) porque los "síntomas" no tienen el mismo significado que en otras áreas de la medicina y no son fenómenos estables y presentes en todas las situaciones en que se halla el lactante. Más bien, pueden ser manifestaciones de ajuste a factores de estrés, o estar presentes solo en algunos contextos y no en otros. El mismo síntoma puede ser la respuesta a varias situaciones posibles o agentes causales. Por ejemplo, un niño podría manifestarse ansioso, irritable y enojado en presencia de cierta persona, pero no de otra. En un contexto de gran estrés, donde hay tensiones, violencia o peleas, el niño puede tener un patrón de hiperactividad y conducta agresiva, mientras que podría aparecer tranquilo en una situación en la que se le presta atención o alguien juega o platica con él directamente.

En resumen, no debe considerarse que en el niño pequeño los síntomas son el equivalente de "enfermedades" sino más bien de alteraciones, que pueden o no ser pasajeras, y que no se relacionan necesariamente con "un" trastorno sino con varios posibles trastornos. Algunos autores (6, 8) sugieren los términos "perturbación" o "reacción" cuando se trata de cuadros sintomáticos que surgen en respuesta a un factor de estrés. Solo se hablaría de trastorno si la alteración es más grave o duradera e interfiere gravemente con el funcionamiento psicosocial del niño.

2.2.2.2. Trastornos de adaptación

Aquí se trata de un problema de poca gravedad, que por definición surge cuando el niño ha sido expuesto a una situación estresante y tiene manifestaciones conductuales de duración breve. Estas aparecen solamente después de ocurrido ese evento. Además, el niño ha presentado una conducta normal previamente. Se trata de reacciones que ocurren comúnmente en los niños pequeños cuando hay cambios en su vida, como mudarse de casa, la mamá que empieza a trabajar fuera de la casa, o uno de los padres que cae enfermo, por ejemplo. El niño pequeño es muy vulnerable a los cambios y las tensiones en su medio ambiente inmediato y reacciona con alteraciones leves en su conducta, de duración relativamente corta.

Entre estas reacciones están los cambios temporales y pasajeros del sueño (9), las conductas agresivas de poca gravedad, como mostrarse más enojado, hacer berrinches más frecuentemente o parecer resentido con sus padres. Puede haber manifestaciones en las diversas áreas de la conducta y las emociones, como en su funcionamiento psicosocial (por ejemplo, puede hablar ahora como si fuera más pequeño, no controlar la defecación, etc.), y mostrarse triste, ansioso o irritable.

Daniel, un niño de 2 años y medio, había sido hasta ahora un niño feliz. Tenía gran curiosidad por explorar el medio ambiente, el desarrollo de su lenguaje era impresionante, y le gustaba mucho jugar. Había estado esperando con mucha anticipación el nacimien-

to de su hermanita. Al nacer esta, la conducta de Daniel cambió. Ahora quería estar más apegado a la mamá y trataba de llamar su atención, quería que lo cargaran en los brazos y que lo alimentaran en la boca con la cuchara (lo que él ya podía hacer por sí mismo). Se mostraba preocupado y no tan interesado en jugar. Estaba irritable y se frustraba más fácilmente cuando algo no salía bien. Esta conducta duró aproximadamente cuatro semanas. Sus padres trataron acertadamente, de mostrarle que él todavía era muy importante para ellos, y que no iba a "perder su lugar" por el hecho de que había nacido la hermanita. Trataban de involucrarlo en ayudar a bañarla, y le explicaban que ella no podía hacer muchas cosas que él podía hacer, como jugar a patear una pelota, treparse en los juegos, comer por sí solo, etc. Le regalaron un muñeco para que "él también" lo cuidara, a imitación de sus padres. Poco a poco, el niño volvió a ser el mismo de antes y se mostraba tierno hacia su hermanita.

En estas situaciones, la mejor intervención es ayudar a los padres a comprender que la situación es pasajera, y que entiendan lo que está sucediendo desde el punto de vista del niño (ante un cambio de domicilio, la hospitalización de uno de los padres, etc.), además de ayudarlos a dar apoyo emocional extra al niño, promoviendo sus conductas adaptativas de nuevo. Por definición, estos trastornos leves duran solamente algunas semanas.

2.2.2.3. Trastorno por estrés traumático

Recientemente se han descrito los efectos de experiencias traumáticas en el lactante. Anteriormente se pensaba que, como el pequeño tenía una capacidad limitada de memoria, estaría relativamente libre de sufrir efectos indeseables al pasar por situaciones traumáticas o de violencia, por no poder recordarlas después de pasado un tiempo.

Sin embargo, varias observaciones y descripciones clínicas indican precisamente lo opuesto. Es decir, por su inmadurez, el bebé experimenta las situaciones de violencia o traumáticas de un modo particularmente grave y por ello sufre mayores consecuencias a largo plazo.

Investigaciones recientes (10) han sugerido que hay varios mecanismos de la memoria, o cómo se registran las experiencias. Una de ellas es la memoria verbal y cognoscitiva, en la que el sujeto es capaz de evocar en palabras y con una narración un suceso que le ocurrió. Tulving (8) ha sugerido la existencia de una memoria de procedimientos en la que los recuerdos se almacenan como imágenes, o bien como sensaciones o secuencias de acciones corporales, y que tienen manifestaciones somáticas. Es decir, que no se pueden reproducir los recuerdos verbalmente a voluntad, pero que son evocados por medio de acciones que representan la memoria existente (11, 12).

Varios autores (12, 13) han descrito casos en que una experiencia traumática a edad muy temprana se manifiesta tiempo después. Las acciones del niño son una representación de ese recuerdo traumático, que él actúa inconscientemente en forma repetitiva. Esto se ha observado sobre todo en casos en que el niño muy pequeño ha observado o ha sido víctima de agresión física. El niño puede inexplicablemente golpear a otros o a sus juguetes en forma repetitiva y aparentemente inmotivada.

De hecho, el lactante tiene una marcada capacidad para la percepción visual, de las expresiones faciales y de los gestos, así como una memoria visual y auditiva sorprenden-

tes (1). Expuesto a situaciones de violencia que lo afectan directa o indirectamente por haber visto a alguien golpeado o herido, lo cual lo asusta y puede llevarlo a retraerse de la persona o la situación involucrada, o de todo lo que le recuerde aun lejanamente la experiencia traumática.

Amanda, una niña de tres años, tenía miedo de los hombres. Se la llevó para su evaluación psicológica a una escuela preescolar terapéutica porque parecía demasiado temerosa e inhibida. En la sala de preescolares aparecía de vez en vez un profesional o el padre de algún otro compañero. Al ver acercarse a cualquier hombre a una distancia de aproximadamente tres metros, Amanda inmediatamente corría a esconderse, aunque el extraño estuviera sonriente y les hablara a los demás niños o a ella de modo cordial. La niña inmediatamente procedía a "buscar refugio" debajo de una mesita de trabajo y permanecía allí mientras ese hombre estaba presente. Mientras tanto, no hablaba y estaba como congelada o inmóvil, temblando, hasta que no se iba el hombre. Al explorar esta conducta se descubrió que su padre y su madre la habían expuesto a presenciar actividades sexuales entre ellos, y que el papá golpeaba físicamente a la mamá a veces y además la controlaba en todo momento con gritos y amenazas. Existía la sospecha de que el papá había hecho participar a la niña en actividades sexuales con adultos pues tenía un negocio de videograbaciones pornográficas, lo que reveló en secreto la madre de Amanda tiempo después.

Entre otras manifestaciones postraumáticas, el niño pequeño o el bebé muestra desregulación y confusión de sus estados de ánimo, mezclando estados de alegría con otros de agresividad y de llanto. Puede, por ejemplo, estar jugando muy contento con los muñecos y repentinamente empezar a golpearlos sin que sea obvio qué lo hizo enojarse. O bien, mientras interactúa con un adulto en forma placentera, repentinamente puede empezar a llorar, a golpear al adulto o golpearse a sí mismo. A esto se ha llamado confusión de la expresión emocional. El niño puede mostrarse muy ansioso, hiperactivo y con un lapso de atención muy corto. Muchos niños se observan hipervigilantes, mirando con grandes ojos a su alrededor como temiendo un ataque en cualquier momento.

Muchos niños expuestos a situaciones traumáticas tienen alteraciones del dormir, con pesadillas o trastornos repetidos del sueño. Algunos frecuentemente manifiestan berrinches y conducta agresiva. Esta podría corresponder a una "re-actuación" de la violencia que han presenciado en su vida. El niño muestra conductas de repetición del trauma, o evita cualquier estímulo que se lo recuerde. A veces el juego es estereotipado, repitiéndose la misma secuencia (por ejemplo una pelea) una y otra vez, y sin mostrar ninguna variación imaginaria, como si el niño quisiera elaborar y tener la sensación de estar en control respecto a una experiencia abrumadora, mientras que originalmente estaba desvalido para defenderse.

Sergio, un niño de dos años, había tenido muchas experiencias traumáticas en su vida. Vivía con su abuela paterna, pues su madre era incapaz de cuidarlo, al igual que su padre. Ambos eran adictos a la cocaína. Se habían cambiado muchas veces de casa y lo habían dejado con extraños. El niño había presenciado numerosas escenas de violencia.

En la sala de consultas, este pequeño se mostraba sumamente hiperactivo y exploraba un juguete tras otro, concentrándose en visualizar cada uno solo durante unos cuantos segundos. Luego pedía otro. Si no se satisfacía su deseo de inmediato, trataba de obtenerlo él personalmente. Si alguien se ponía en su paso pegaba, pateaba y trataba de morder a esa persona. Sergio tenía además gran dificultad para dormirse (por miedo a quedarse solo

o ser abandonado de nuevo) así como múltiples episodios de despertarse a la noche y terrores nocturnos. Sus juegos consistían solo en peleas y golpes. A veces, cuando estaba en medio de una interacción placentera durante un juego, de repente empezaba a golpear y se mostraba enojado, como si tuviera dificultad para mantenerse en un estado de bienestar durante más de unos cuantos minutos.

Se ha pensado que muchos de estos niños conservan una "memoria somática" de la situaciones traumáticas y tienen, por ejemplo, aversión a ser tocados o cargados, a que se les acerque un adulto, sobre todo si este les recuerda a la persona abusadora (a veces este recuerdo es solo la semejanza en el color del pelo, otros rasgos físicos, el olor de un perfume, etc.).

Si no se tiene en cuenta el antecedente de traumatismo psicológico, es fácil equivocarse en el diagnóstico y atribuir la agresividad, hiperactividad y temores a otras causas y no a la verdadera, con lo que se retrasará el tratamiento adecuado.

Este trastorno es de difícil tratamiento. El primer paso es, desde luego, que el niño se sienta seguro, que esté con una persona que sea capaz de tranquilizarlo y protegerlo de experiencias traumáticas ulteriores (13). Otro recurso es ayudar a quien cuida al niño a entender el significado de la conducta del pequeño (por ejemplo las re-actuaciones, la confusión de sentimientos y emociones, la hiperactividad, el porqué del trastorno del dormir). Quien cuida al niño ha de darle tiempo para que se vuelva a sentir seguro en forma paulatina. La oportunidad de jugar imaginativamente y poder "procesar psicológicamente" la experiencia o experiencias traumáticas es un recurso terapéutico muy valioso. También se puede ayudar al niño tranquilizándolo y consolándolo cuando lo necesite. Es necesario poner el acento en la empatía, en lugar de esperar que el niño se autocontrole en sus expresiones de enojo y terror. De hecho, la rabia puede ocurrir como respuesta al miedo que siente el niño de ser atacado de nuevo. El que cuida al niño va construyendo "memorias compensadoras" que tranquilizan al niño. Ocasionalmente se pueden usar recursos como la biorretroalimentación o incluso medicamentos como el propranolol o la clonidina cuando el niño tiene más de tres años de edad.

2.2.2.4. Trastorno multisistémico del desarrollo

Estas alteraciones solo se mencionan brevemente, pues el papel principal del médico en estos casos es el de reconocer que existe un problema importante.

Una de las principales formas de presentación de estos trastornos es la queja de los padres de que el niño no habla. A veces piensan que el niño no oye, pues no responde normalmente a sus intentos cuando lo llaman por su nombre o tratan de interactuar con él en forma verbal. En otras ocasiones notan conductas preocupantes, como de autoestimulación repetida y prolongada (golpearse la cabeza, frotar la cara en el suelo, balancear el cuerpo hacia adelante y atrás) o bien no usa los juguetes como lo hacen otros niños (por ejemplo si tiene un carrito, está más interesado en ver cómo dan vuelta las ruedas que en jugar con el carro mismo).

Es relativamente común que el médico, ante estas observaciones de los padres, trate de tranquilizarlos diciendo que el niño se está desarrollando normalmente (puesto que el desarrollo motriz y perceptual está dentro de los límites normales) y que los niños tienen

ritmos diferentes de desarrollo. Es importante que el médico tome en serio estas observaciones o preocupaciones tempranas de los padres y sugiera algunos estudios preliminares. Por ejemplo, hay que asegurarse de que el funcionamiento auditivo del niño es normal y este es capaz de ver adecuadamente. Una dificultad auditiva interferiría con el desarrollo del lenguaje, y un problema visual, con el desarrollo de conductas adaptativas.

Se llama trastorno multisistémico del desarrollo (8) a las alteraciones que afectan al niño en tres áreas fundamentales: a) la adquisición del lenguaje para propósitos de comunicación interpersonal, b) la capacidad para relacionarse recíprocamente con otras personas y c) el desarrollo de la imaginación, la capacidad para el juego libre y un rango restringido de intereses.

Las formas más graves de trastorno multisistémico del desarrollo se conocen como autismo infantil temprano, o trastorno global del desarrollo. Sin embargo, se trata de un síndrome que incluye varios niveles de gravedad.

En el lactante, es importante reconocer la existencia de este problema, pues es muy posible que la intervención más temprana permita una mejor rehabilitación y promueva el desarrollo de conexiones neuronales relacionadas con estas funciones.

En sus manifestaciones iniciales, puede ser que el bebé no vea las caras de las personas, ni se interese en ver sus expresiones faciales. En el niño normal este interés existe desde recién nacido. A medida que pasan los meses, el lactante desarrolla un gran interés por los rostros de quienes lo rodean y "lee" (y copia) las expresiones faciales de sus padres (de alegría, tristeza, enojo, sorpresa, susto, etc.).

Otra manifestación temprana es que el niño de poco más de doce meses de edad aún no dice ninguna palabra ni tampoco señala con el índice para pedir cosas o para indicar a sus padres objetos de interés. El niño no muestra atención recíproca. La atención recíproca significa que el niño y otra persona son capaces de ver un mismo objeto o situación e intercambiar información sobre ese objeto. Por ejemplo, el niño normal muestra a sus papás un juguete nuevo, y señala características de este con gran interés de que el papá lo vea.

Muchos niños con estos trastornos parecen claramente ensimismados y cuesta mucho trabajo lograr que presten atención a la existencia de otra persona, dando la sensación de estar absortos la mayor parte del tiempo. Cuando al niño de un año y medio de edad con estos problemas se le da un muñeco, en vez de cargarlo o mostrar las conductas de imitación usuales (alimentarlo, ponerlo a dormir, etc.) lo tratan como a cualquier otro objeto sin significado. Los padres del niño reportan que este no imita las acciones de ellos, como es normal en el niño de más de un año, a quien le gusta imitar expresiones faciales, y copiar lo que hace la mamá (barrer, limpiar cosas, "cocinar", etc.).

Susana es una niña de 15 meses cuyos padres la han llevado a ver al médico para su evaluación. Una trabajadora social que visita a la familia ha notado que la pequeña se relaciona muy poco con sus padres. Explora el medio ambiente sin ningún propósito, al azar. Cuando se le da un juguete, lo observa muy de cerca (a unos cinco centímetros de distancia del rostro), enfocándose en un pequeño detalle del juguete (por ejemplo una mancha) y no en el juguete *per se*. Es una niña "muy buena", según sus padres, que puede pasar largos ratos (hasta horas) sin interactuar con ellos, absorta en su exploración monótona de los detalles de un juguete. Cuando se frustra, comienza a balancearse y se golpea la cabeza

rítmicamente, lo cual puede durar unos quince minutos si no se interrumpe la secuencia. No dice ninguna palabra, solo produce algunos sonidos de vocales, pero no responde a estímulos verbales, imitándolos. Apenas reconoce a su mamá, y se va con cualquier extraño sin mostrar ansiedad, pero manifestando su dificultad en las relaciones interpersonales recíprocas. Evita el contacto visual con las personas y es muy difícil llamar su atención. Susana responde mucho mejor a los ruidos de los objetos que a la voz humana. Tiene un tono muscular bajo, y tiende a la inactividad.

En este caso, la identificación temprana del problema permitió ayudar a los padres a buscar formas de relacionarse con Susana, en vez de dejarla aislarse por periodos largos de tiempo. Buscaron actividades que le interesaran para "seducirla" a que participara en interacciones recíprocas. Se sugirió a los padres que imitaran los sonidos que ella hacía para promover el desarrollo del lenguaje. La niña necesitará participar en un programa que incluya terapia del lenguaje, además de terapia ocupacional y métodos conductuales para promover el desarrollo social y emocional de la pequeña.

Como se mencionó, es una función del médico reconocer lo más temprano posible que el desarrollo social, emocional o del lenguaje del niño no está procediendo en forma normal. Desafortunadamente, los programas de adiestramiento en pediatría solo hacen hincapié en la evaluación de las funciones motrices finas y gruesas y los reflejos osteomusculares del bebé, restando importancia a la evaluación de la capacidad de relación interpersonal, del lenguaje y la reciprocidad en el lactante.

2.2.2.5. Trastornos de regulación y llanto excesivo

Estas dificultades son poco conocidas aún por los especialistas en salud mental, y sobre todo por los pediatras y médicos familiares. Algunos de estos problemas solo se han descrito recientemente (14, 15, 16, 17, 18, 19). Una de las manifestaciones más comunes es el llanto excesivo y persistente en el lactante. Sin embargo, el problema central en estos trastornos es la dificultad del bebé para autorregularse o para responder adaptativamente a los cuidados de sus padres debido a sensibilidades únicas y anormales.

Los trastornos de la regulación se caracterizan por la dificultad del bebé para organizarse y mantener un estado de bienestar, contento o calma por períodos normales de tiempo. Junto con esta dificultad, hay una serie de peculiaridades en su sensibilidad a los estímulos, siendo hipersensible a estos, o bien hiposensible. En ambos casos, el niño responde en forma inhabitual a los estímulos del medio ambiente.

El llanto excesivo y persistente es una especie de marcador conductual de que el niño puede sufrir alguna dificultad de este tipo. Como se ha descrito en otras revisiones (18), el llanto excesivo puede obedecer a otras causas. Los trastornos de la regulación tienen en común que el bebé manifiesta sensibilidad poco común a los estímulos sensoriales. Hay un patrón de sensibilidad excesiva cuando el bebé reacciona de modo intenso a estímulos en el área táctil, auditiva, visual, propioceptiva, olfatoria, etc. En todos los canales sensoriales puede haber una exagerada sensibilidad, a veces combinada con sensibilidad disminuida en otras áreas.

Un patrón común es el del niño demasiado sensible a estímulos auditivos, visuales y táctiles. Cuando los papás tratan de cargarlo y abrazarlo el niño se muestra incómodo.

Percibe las caricias de sus padres como si fueran un estímulo desagradable o hasta doloroso, y no las tolera. Los padres podrían pensar que esta defensa táctil de su hijo significa que este los rechaza. El niño se siente demasiado estimulado cuando hay ruidos en su casa; le tiene miedo, por ejemplo, al ruido de la licuadora, la aspiradora o cuando pasa una motocicleta. Si hay estímulos visuales intensos o persistentes, puede ponerse demasiado excitado, agitado y empezar a llorar. Algunos padres notan que este niño que llora tan fácilmente, una vez que ha empezado a llorar es muy difícil de consolar. Por contraste con esa alta sensibilidad, algunos niños no perciben los estímulos dolorosos normalmente, chocando con objetos o golpeándose la cabeza por accidente, y casi sin reaccionar al estímulo doloroso.

Amanda es una niña de 9 meses que su madre adoptiva lleva al consultorio porque está preocupada y piensa que la pequeña no es feliz con ella. Amanda fue dada en adopción por su madre biológica, que era adicta a la cocaína y la usó durante el embarazo. La niña fue adoptada cuando tenía dos semanas de vida.

Su madre adoptiva se preocupa porque desde que era muy pequeña Amanda llora muy frecuentemente y a veces por períodos de dos horas. En un día determinado puede llorar tres o cuatro veces en forma tan prolongada. Cuando intentan cargarla, se arquea hacia atrás, se pone tensa y quiere que la pongan en la cama. En general, no le gusta que la acaricien ni la carguen. Se aburre muy fácilmente, y no presta atención a los juguetes o libros para bebés que sus padres intentan enseñarle. Es muy "delicada" y se enoja fácilmente; comienza a llorar si algo que quiere no ocurre inmediatamente. Los padres han notado que cuando hay ruidos en la casa, como el sonido de la televisión a volumen alto o el de varias personas que hablan a la vez, ella parece estar más agitada y empieza a llorar. Si intentan enseñarle varios objetos simultáneamente mientras le hablan, también se enoja y quiere escapar de esa situación. La mamá se pregunta si ella no es una buena madre, pues la niña no parece estar muy apegada a ella, y no quiere que la abracen.

En este caso, se señaló a la mamá que la niña tenía un número de sensibilidades exageradas, por ejemplo la auditiva y la táctil, así como un alto grado de energía y actividad motriz, pero que esto no se debía a problemas emocionales. La madre empezó a modular más cuidadosamente el grado de estimulación a que sometía a su hija. Notó, por ejemplo, que cuando la llevaba a una tienda de autoservicio muy grande, ruidosa y con demasiada iluminación, la niña siempre tenía un berrinche. Poco a poco fue creando un medio ambiente en el que había menos estimulación simultánea, y en vez de tocar a la niña con suaves caricias, se le sugirió que aplicara presión más profunda, como abrazos fuertes, que la niña encontraba agradables. Paulatinamente, la niña logró estar de buen humor durante períodos más largos y la relación con sus padres se volvió mucho más satisfactoria.

Greenspan et al (20) han descrito, además del patrón hipersensible, otro que denominan desorganizado en el área motriz con hiperactividad. El lactante respira rápida y agitadamente, siempre parece estar en actividad, y tiene un lapso de atención muy corto, no presta atención cuando le enseñan libros para bebés, y quiere estar caminando, trepándose, corriendo casi todo el tiempo, siéndole muy difícil estar sentado e interactuar en calma. Tales niños poseen poca conciencia del lugar que su cuerpo ocupa en el espacio (por disminución de la conciencia de los estímulos propioceptivos) y tienden a chocar constantemente contra los muebles de su casa, a caerse fácilmente, y a no calcular bien las distancias de los objetos. Cuando el niño es algo más grande, sus padres piensan que es torpe con las manos, pues tira muchos objetos por accidente, derrama los líquidos durante la

comida, etc. El niño presenta dificultad en el control motriz fino, tal vez con temblor intencional en los dedos cuando intenta movimientos delicados, y con problemas para aprender a hacer rompecabezas simples, dibujos, etc., en los cuales no muestra el menor interés. Algunos de estos niños parecen buscar los estímulos más intensos, y a propósito golpean un objeto contra otro para hacer el ruido más fuerte posible, gritan y golpean las cosas pues buscan estimulación intensa.

Finalmente, hay un subtipo de trastorno de regulación que se llama hiposensible. En este caso, el bebé tiene el problema contrario, es demasiado pasivo, calmado y poco reactivo a la estimulación del medio ambiente. Estos niños raramente son traídos a consulta de salud mental, a diferencia de los otros dos subtipos, porque no dan demasiados problemas a sus padres. Aquí el reto consiste en reconocer la existencia de esta baja sensibilidad a estímulos y el hecho de que el niño parece estar demasiado en calma y plácido todo el tiempo. Si lo sientan en un lugar, el lactante de año y medio se queda casi sin moverse. Percibe lo que sucede a su alrededor, casi sin reaccionar, no inicia interacciones fácilmente, más bien parece pasivamente contento. Algunos de estos niños tienen un bajo tono muscular, y tienden a la inactividad, como si les costara trabajo moverse y prefirieran ahorrar energía. Parecen absortos y se contentan con el mismo juguete por períodos prolongados. A diferencia del trastorno multisistémico del desarrollo, el niño tiene relaciones recíprocas con las personas y su lenguaje es normal. El problema consiste en su excesiva placidez y calma. Un niño así podría tardar más en desarrollar algunas capacidades, puesto que explora poco e inicia escasas interacciones. Si sus padres están muy ocupados y envueltos en otras cosas, prestarán relativamente menos atención al niño, el cual está quieto de cualquier manera. El tratamiento consiste en buscar los estímulos que al niño le gustan, y a los que responde mejor. Gradualmente, se enseña a los padres a buscar estas preferencias del niño y a promover que este responda más a los estímulos y tenga mayor grado de actividad. El pediatra o médico familiar, al evaluar al niño sano en la consulta, está en mayor posibilidad de reconocer estos problemas que un profesional de la salud mental. El tratamiento debe ser llevado a cabo por personal especializado en salud mental y en terapia ocupacional. El adiestramiento del terapeuta ocupacional le permite a este reconocer y evaluar la sensibilidad del bebé ante diversos estímulos y sugerir una "dieta sensorial" adecuada a sus necesidades y preferencias.

2.2.2.6. Trastornos del sueño

No hay información adecuada sobre la prevalencia de problemas del sueño en lactantes en la población de Latinoamérica y otros países en desarrollo. La prevalencia en países industrializados como Inglaterra y Estados Unidos oscila entre el 10% y 15% de todos los lactantes (20). No se sabe con certeza si esta cifra puede aplicarse en culturas donde los niños duermen con la madre o con los padres durante los primeros años de la vida, como ocurre en muchos países de Latinoamérica y del resto del mundo. Ha habido informes contradictorios, algunos de los cuales sugieren que la frecuencia de los problemas del sueño sería mayor cuando se sigue esta costumbre, mientras otros afirman lo contrario.

Varias investigaciones han demostrado que todos los lactantes se despiertan varias veces durante la noche (21), pero esto pasa desapercibido porque el niño se vuelve a dormir rápidamente. En los casos en que el niño llora o está despierto durante un lapso más

prolongado, la dificultad residiría en que el niño no logra reconciliar el sueño por sí mismo, sin la intervención de los adultos (por ejemplo, sus padres). Contra lo que suponen muchos médicos, estos problemas no tienden a desaparecer a corto plazo, sino a persistir durante varios años, creando sufrimiento al niño y a la familia. Los problemas más frecuentes son:

Trastornos en la iniciación del sueño. Muchos niños pequeños tienen dificultad para dormirse. El inicio del sueño significa para el pequeño una separación de sus padres, y un abandono del autocontrol que el niño de más de un año puede hacer esfuerzos desesperados por ejercer. Si se espera que el niño duerma en otro cuarto, o que se duerma por sí solo, estos problemas podrían ser más frecuentes o comprensibles. Muchos padres esperan que al poner al niño en la cama, este comprenda que es hora de dormir y lo haga porque no hay nada que lo pueda lastimar "en realidad". Para el niño pequeño, esta realidad no lo es tanto, pues puede tener temores de que le pase algo, de que haya un monstruo cerca, o de que se lo lleven y lo separen de sus padres, aunque estos piensen que tales temores son ilógicos. Algunos niños que pasan muchas horas en la guardería pueden pelear para no irse a dormir porque quieren pasar un rato con sus padres. También es claro que el lactante que vive en una situación de gran estrés, o que ha presenciado conflictos o violencia en el hogar, tiende a experimentar trastornos del sueño, lo cual es una expresión más de su ansiedad y respuesta a la tensión ambiental.

El niño algo mayor puede experimentar temores de que algo malo vaya a suceder durante la noche. Entonces es conveniente que entre él y sus padres se desarrolle una especie de "ritual" para dormirse, en el que los componentes del ritual lo tranquilicen, le den la sensación de seguridad y le permitan dormir.

Trastorno de despertarse repetidamente durante la noche. Este es otro problema común, que aunque se inicie en los primeros meses de vida puede persistir durante años.

Una de las causas frecuentes, y que suelen pasar desapercibidas, es la apnea obstructiva en el niño pequeño (22). Esta puede ser causada por hipertrofia amigdalina, o de la adenoides, o por otra causa que obstruya la vía aérea superior. Una de sus manifestaciones es que el niño ronca en forma ruidosa, cambia muchas veces de posición durante la noche y se despierta más veces de lo normal para poder expandir la vía aérea superior de modo voluntario. Durante el día, el niño puede parecer hiperactivo, irritable y cansado, y con conducta agresiva.

En otros casos, el niño no ha logrado la capacidad para calmarse por sí mismo cuando se despierta durante la noche, y necesita la intervención de sus padres para dormirse de nuevo (9). Minde diseñó una técnica de desensibilización gradual cuando existe este problema (13). Con esta técnica, el niño que duerme en otro cuarto llora al despertarse y pide que uno de los progenitores esté con él. El padre es invitado a participar en la resolución del problema. Acompaña al niño, pero paulatinamente interactúa cada vez menos con él cuando este permanece despierto a mitad de la noche. Finalmente, solo está presente mientras el niño está despierto y se va alejando poco a poco en días consecutivos hasta que el lactante alcanza de nuevo la capacidad para dormirse por sí mismo, y sin temor excesivo.

Hay muchas otras posibilidades de alteración en la fisiología del sueño, como son las parasomnias. Puede haber sueños de ansiedad (pesadillas) que el niño no es capaz de reportar sino hasta después de los tres años de edad. Pueden existir terrores nocturnos (el

niño no está realmente despierto, sino agitado durante la noche), sonambulismo, el hábito de golpearse la cabeza para iniciar el sueño y otras. Una terapia conductual-cognoscitiva ayuda al niño a entender lo que le está sucediendo y puede reducir los síntomas.

Jaime es un lactante de 11 meses. Su mamá tiene 38 años y su papá 45; este es el segundo matrimonio del padre y el primero de la madre. El niño es llevado a consulta porque su mamá no sabe qué hacer con respecto al patrón de dormir del pequeño. Jaime llora cuando lo ponen en la cuna y quiere salir de allí. Su mamá ha leído en varios libros que es "malo" arrullar al niño hasta que se duerma, pero lo ha tenido que hacer porque de lo contrario, Jaime lloraría hasta una hora o más, si solo lo pusiera en la cama y luego se retirara del cuarto donde duerme su hijo. Durante la noche, Jaime se despierta unas dos veces e invariablemente llora. La mamá ha intentado dejarlo llorar porque leyó que por este método el niño aprendería que con llorar no consigue nada y así lo dejaría de hacer. Sin embargo, como Jaime lloraba por más de una hora y empezó a parecer cianótico decidió consolarlo y arrullarlo. ¿Por qué no sabe la madre cómo ayudar al niño? Ella está muy cansada, el papá no lo atiende durante la noche porque tiene que ir a trabajar al día siguiente. En el transcurso de la consulta aparece un número de tensiones matrimoniales y el temor de la mamá de que su esposo la critique por malcriar al niño y permitirle que "se salga con la suya". Deciden que el niño debe tener miedo de algo y tratarán de ayudarlo a que paulatinamente tolere más esa separación durante la noche. Un método para modificar gradualmente la conducta de los padres y el niño puede promover que este se sienta menos ansioso.

2.2.2.7. Trastornos de la alimentación y del crecimiento

El retraso del crecimiento (en inglés *failure to thrive*) es una de las expresiones más graves de los problemas de la alimentación y para comer del lactante. Cuando no hay una causa clara como enfermedad orgánica (digestiva, etc.) o desnutrición grave, se habla de retraso del crecimiento. En la población urbana de Londres, un estudio epidemiológico sugirió que el problema existía en un 3% a 5% de los niños menores de tres años. Otras investigaciones plantean que los problemas de alimentación (que no dan siempre origen al retraso del crecimiento) existen en aproximadamente 15% de los niños en la primera infancia (23). Hay retraso del crecimiento cuando el peso del lactante se mantiene por debajo del tercer percentil en las curvas de peso normal para un determinado grupo social o étnico, déficit que persiste al menos por varios meses (24). A menudo no se encuentra ninguna causa orgánica (enfermedad física) que explique por qué el niño no aumenta de peso en forma normal. En el pasado se pensó (25, 26, 27, 28) que en casi todos los casos había un síndrome de privación materna, o que la madre no alimentaba suficientemente al niño por negligencia o dificultades en la relación madre-bebé. Sin embargo, en la mayoría de los casos esto no es así. Lo más frecuente (23) es que el niño tenga dificultades para alimentarse desde edades muy tempranas. En algunos casos esas dificultades se presentan desde los primeros días de vida. Está claro que entre la madre y el bebé se establece una relación alimentaria. Esta puede ser mutuamente satisfactoria o llena de conflictos y tensión (29). A continuación se consideran los trastornos de la alimentación y las dificultades para comer bajo los siguientes subíndices.

Dificultades en la succión. Como se mencionó, el pequeño tiene dificultades desde los primeros días de vida para succionar adecuadamente y establecer la presión negativa necesaria en la cavidad bucal para extraer la leche. Esto suele ocurrir cuando hay problemas de coordinación motriz.

Dificultades en la deglución. En los niños que tienen problemas de coordinación motriz, sobre todo en los que sufren de trastornos neurológicos como parálisis cerebral, suele haber problemas para deglutir en general, y particularmente cuando se trata de deglutir alimentos que no son blandos.

Dificultades para masticar la comida. Este problema suele manifestarse después de varios meses de vida, cuando se introducen comidas más consistentes como por ejemplo, la carne, que es más difícil de procesar. El bebé normal progresa desde una masticación vertical hasta una rotatoria. La preparación del alimento para su deglución requiere complicados movimientos de la lengua, desde el centro a la periferia de la boca, para que se procese el bolo. El niño puede tener dificultades para organizar el movimiento rotatorio previo a la deglución, lo que puede dar lugar a episodios de casi asfixia. Algunos niños tienen lo que se ha llamado trastorno postraumático de la alimentación, por haberse casi asfixiado con la comida, por lo que posteriormente les da miedo intentar deglutir alimentos sólidos.

Sensibilidad excesiva en la mucosa bucal. Esta peculiaridad da lugar a una selectividad excesiva para la comida o para aceptar nuevas texturas, sobre todo texturas sólidas. El niño puede percibir como dolorosa la textura sólida de los alimentos, sobre todo si son difíciles de masticar o si tienen superficies duras y afiladas, pues sienten que le lastiman las encías o el paladar. Puede dar lugar al rechazo de los alimentos de consistencia semi-sólida inclusive, o de los que anteriormente produjeron dolor. Algunos niños con demasiada sensibilidad en la mucosa también tienen una alta sensibilidad olfativa y rechazan alimentos cuyos olores les resultan ofensivos.

Dificultad para comer por falta de habilidad motriz. Algunos niños tienen dificultad para llevar la comida del plato a la boca, y pierden la comida en el camino. Esto puede ser un problema importante, sobre todo cuando el niño quiere alimentarse en forma autónoma y no acepta la ayuda de sus padres para hacerlo.

Problemas de conducta durante la comida. Esto aparece con mayor frecuencia entre los 10 meses y los 30 meses de edad. El niño está interesado en jugar con la comida y explorar sus posibilidades, textura, olor, cómo cae al suelo, se la unta en el pelo, etc., como parte de la exploración de la comida. A veces esto choca contra los deseos de sus progenitores, quienes se molestan porque el niño "se ensucia" y no permiten tales exploraciones o juegos con la comida. La situación de la comida puede tornarse en un campo de batalla donde están en oposición los padres y el bebé. Este puede tratar de ejercer el control rehusando la comida y tirándola.

Selectividad excesiva. En el lactante más pequeño, la sensibilidad de la mucosa, el olor y el gusto pueden dar lugar a que el niño evite comer ciertos alimentos y solo acepte uno o dos que repite todo el tiempo. Estos pueden ser galletas y pan, o solo dos o tres sabores. En el niño que empieza a manifestar esta selectividad cuando ya es mayor puede haber necesidad de controlar algo, por ejemplo la conducta de sus padres, quienes se angustiarán cuando el pequeño no come.

Rumiación. Este es un fenómeno poco común que consiste en la inducción voluntaria, por parte del niño, del regreso de la comida del estómago a la boca para volverla a procesar o a masticar y después deglutirla de nuevo. Se piensa que la gran mayoría de los casos comprende a niños con retraso mental y a instituciones, y también está altamente correlacionada con casos de negligencia.

Combinación de problemas. En la clínica del lactante, es frecuente que haya casos en los que varios de los problemas descritos se encuentran presentes. El tratamiento debe darse en orden de prioridad y teniendo siempre en cuenta las necesidades nutricionales del niño.

2.2.3. Trastornos de la relación padres-lactante

En estas situaciones las dificultades no radican en el progenitor o en el bebé, sino en la relación que se establece entre ellos. Cada relación es única, y uno de los progenitores podría tener una relación alterada con el bebé, mientras que el otro podría, al mismo tiempo, tener una relación satisfactoria. Las relaciones se deben al efecto de la combinación entre las características del bebé y quien lo cuida, además de las situaciones psicosociales que rodean la vida de ambos. Se considera que existe un trastorno en la relación progenitor-bebé solo cuando hay dificultad en varias áreas de interacción entre ellos, y que estas dificultades son duraderas e importantes, dando lugar a problemas para la continuación del desarrollo armónico del niño. La clasificación cero a tres sugiere varias situaciones clínicas importantes:

2.2.3.1. Relación controladora

En esta situación, el padre mantiene el papel principal en la relación y no tiene en cuenta las necesidades de su hijo. Puede tener expectativas demasiado elevadas acerca del autocontrol por parte del bebé, no tiene en cuenta sus vulnerabilidades y espera que el niño se ajuste al programa y agenda del progenitor. Hay poca sensibilidad a las necesidades emocionales del bebé, y el padre está centrado en sus propias necesidades y deseos.

2.2.3.2. Relación con poco involucramiento emocional

En esta situación el padre o la madre está emocionalmente distante del niño y hay una sensación de frialdad en la interacción con el bebé. Puede que no recuerde cambiarle el pañal, alimentarlo, ponerlo en la cama, olvidarse de que está en la casa, etc. En general, no hay sensación de cercanía emocional, lo que es común entre los padres y el hijo en esta etapa de la vida, sino una sensación de que el niño y la madre o el padre están cada uno en su propio mundo y hay poca interacción recíproca, cálida y auténtica.

2.2.3.3. Relación excesivamente ansiosa

Esto puede ocurrir sobre todo cuando ha habido pérdidas, como la muerte de un bebé anterior (30). Normalmente hay una preocupación maternal por el bebé, que Winnicott llamó la preocupación materna primaria. Sin embargo, en este caso persiste por meses o

años una preocupación excesiva por el bienestar físico del bebé, con temores conscientes de que puede morir o dejar de respirar en cualquier momento, y que produce mucha tensión e infelicidad en la madre. Puede dar lugar a un patrón de sobreprotección del bebé, impidiendo la conducta exploratoria normal en la vida cotidiana.

2.2.3.4. Relación con maltrato

Este puede consistir en maltrato verbal, físico o sexual. Una revisión profunda de estos problemas está fuera del alcance del capítulo. El pediatra tiene un papel central en la detección de estos problemas para sugerir una intervención temprana que alivie las repercusiones a largo plazo.

Referencias

1. Karmiloff Smith A. Annotation: The extraordinary cognitive journey from foetus through infancy. *J Child Psychol Psychiatry* 1995; 36: 1293-1313.
2. Maldonado Durán M. La conducta del recién nacido normal. En: Jasso L, ed. *Temas de pediatría. Neonatología*. Asociación Mexicana de Pediatría, AC. México: Editorial Interamericana McGraw-Hill; 1996, pp. 43-60.
3. Shapiro T. What is Infant Psychiatry? *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1995; 4(3): 521-8.
4. Minde K, Minde R. *Infant psychiatry. An introductory text*. Londres: Sage; 1986.
5. Hoffmann M. Making Space. *Infant Ment Health J* 1995; 16: 46-51.
6. Minde K, Benoit D. Infant Psychiatry: Its Relevance for the General Psychiatrist. *Br J Psychiatry* 1991; 159: 173-184.
7. National Center for Clinical Infant Programs. *Zero to Three Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood* 1994.
8. Tulving E. Multiple memory systems and consciousness. *Human-Neurobiology J* 1987; 6:67-80.
9. Douglas J. Bedtime and Sleep Problems. En: *Behavior Problems in Young Children*. Tavistock: Routledge 1989, pp. 116-134.
10. Drell MJ, Siegel CF, Gaensbauer TJ. Post-Traumatic Stress Disorder. En: Zeanah CH, ed. *Handbook of Infant Mental Health*. Nueva York: The Guilford Press; 1993, pp. 291-304.
11. Sheeringa MS, Zeanah CH. Symptom Expression and Trauma Variables in Children Under 48 Months of Age. *Infant Mental Health J* 1995; 16: 259-270.
12. Gaensbauer TJ, Siegel CH. Therapeutic Approaches to Posttraumatic Stress Disorders in Infants and Toddlers. *Infant Mental Health J* 1995; 16: 292-305.
13. Minde K. Sleep Disorders in Infants and Toddlers. En : Minde K, ed. *Infant Psychiatry. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1995; 4:589-604.

14. Maldonado Durán JM. Adjustment disorder. En: Lieberman A, Wieder S, Fenichel E, eds. *Casebook of infant mental health, behavioral and developmental disorders*. Washington DC: Zero to Three; 1996.
15. St. James-Roberts I. Persistent Crying in Infancy. *J Child Psychol Psychiatry* 1989; 30:189-195.
16. Maldonado Durán M, Saucedo García JM. Excessive crying and regulatory disorders in infants. *Bull Menninger Clin* 1996; 60:62-78.
17. DeGangi GA. Assessment of sensory, emotional and attentional problems in regulatory disordered infants. *Infants Young Child* 1991; 3:1-8.
18. DeGangi GA. Treatment of Sensory, Emotional and Attentional Problems in Regulatory Disordered Infants. *Infants and Young Children* 1991; 3:9-19.
19. Greenspan S, Wieder S. Regulatory Disorders. En: Zeanah CH, ed. *Handbook of infant mental health*. Nueva York: The Guilford Press; 1993, pp. 280-290.
20. Greenspan S. Regulatory Disorders. En: Greenspan SL, ed. *Infancy and early childhood*. International Universities Press; 1992, pp. 601-38
21. Bax M, Hart H, Jenkins SM. *Child development and child health*. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1990.
22. Ali NJ, Pitson DJ, Stradling JR. Snoring, sleep disturbance and behaviour in 4-5 year olds. *Arch Dis Child* 1993, 68: 360-366.
23. Ramsay Maria. Feeding disorder and failure to thrive. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1995; 4:605-616.
24. Douglas J. Eating and Feeding Difficulties. En: *Behaviour problems in young children*. Tavistock: Routledge; 1989, pp. 67-93.
25. Mayes LC, Volkmar FR. Nosology of eating and growth disorders in early childhood. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1993; 2:15-34.
26. Lindberg L, Bohlin G, Hageskull B. Early feeding problems in a normal population. *Int J Eat Disord* 1991; 10: 395-405.
27. Skuse D, Wolke D. The nature and consequences of feeding problems in infants. En: Cooper P, Stein A, eds. *The nature and management of feeding problems and eating disorders in young people*. Nueva York: Harwood Academic Publishers; 1992, pp. 1-25.
28. Bithoney WG, Dubowitz H, Egan H. Failure to thrive. Growth deficiency. *Pediatr Rev* 1992; 13:453-57.
29. Hoffmann JM, Maldonado Durán JM. Más allá de la nutrición. Problemas de alimentación de la primera infancia a la adolescencia. En: Saucedo García JM, Maldonado Durán JM, eds. *Psiquiatría. Temas de pediatría*. México: Editorial Interamericana-McGraw Hill, en prensa.
30. Mazet P, Lebovici S. *La morte subite du nourrison. Un deuil impossible?* Paris: Presses Universitaires de France; 1996.

2.3. Llanto excesivo y persistente

Jesús Martín Maldonado Durán y Juan Manuel Saucedo García

El llanto en el lactante es un fenómeno importante por varias razones. Una de ellas es que se trata de la preocupación central de casi todos los padres. Los pediatras y profesionales de la salud mental reciben preguntas o consultas de los padres sobre cómo se debe responder al llanto del bebé, cómo pueden consolarlo y si deben preocuparse porque su niño llora. Algunos consultan porque el bebé llora demasiado y muchos médicos tienden a tranquilizarlos y decirles que se trata de algo sin importancia y que desaparecerá espontáneamente. Como se verá, esto no es así en muchos casos, sobre todo cuando hay llanto persistente más allá de los tres meses de edad. El llanto excesivo es un fenómeno sumamente estresante pues pone a prueba la paciencia de los padres, quienes pueden sentirse desesperados por no saber cómo consolar a su bebé, o ayudarlo a sentirse mejor y dejar de llorar. En otros padres, desafortunadamente, el llanto excesivo puede llevarlos a sacudir al bebé o a un maltrato físico grave. En algunos casos puede llevar a una alteración a largo plazo en la relación entre el niño y sus padres (1).

El llanto, sobre todo cuando es excesivo, no debe descartarse como algo sin importancia, sino considerarlo un fenómeno que haría necesario evaluar al bebé y la interacción entre este y sus padres, y puede requerir recomendaciones para su tratamiento.

Por desgracia, persisten ideas inexactas sobre el llanto. Por ejemplo, algunos médicos y enfermeras piensan que el llanto ayuda a desarrollar los pulmones, de lo cual no hay evidencia científica. Otros, entre los cuales los pediatras, recomiendan invariablemente ignorar el llanto y dejar que el niño llore por períodos prolongados si es necesario. Algunos temen que el niño se pueda "malcriar" o malacostumbrar y que si se responde al llanto lo único que se logra a la larga es que el niño llore más. Estas recomendaciones no se justifican. No hay indicación de que un bebé se pueda "malcriar". Las observaciones sugieren que si se responde al llanto del bebé, este llorará menos en el futuro (2). Desde el punto de vista emocional, no parece adecuado ignorar una señal de comunicación del bebé, quien, en su limitado repertorio de comunicaciones, indica que algo está mal. Es posible que el niño aprenda que, cuando está en dificultades (por sentir hambre o dolor) y llora, alguien ha de venir rápidamente a consolarlo. Esto promueve el desarrollo de su confianza en otros, o su "confianza básica".

En este trabajo se abordan los problemas relacionados con el llanto, tanto para el bebé mismo como para quienes lo cuidan. Se describen primeramente los fenómenos asociados con el llanto normal, luego con el llanto excesivo o persistente. Se abordan las causas más frecuentes de llanto excesivo en las diferentes etapas de la primera infancia, y luego se describen los métodos de intervención que parecen más adecuados. Se hace hincapié en la existencia de los llamados "trastornos de regulación" descritos recientemente en la psiquiatría del lactante. Se enfatiza que el llanto excesivo en el bebé puede ser un "marcador" para sospechar la existencia de un trastorno de regulación.

2.3.1. El llanto normal

Algunos momentos después del nacimiento, el bebé llora. Los padres perciben este llanto como la confirmación de que el bebé está vivo, respira y que probablemente será un niño sano. El llanto del recién nacido tiene características únicas, en cuanto a su tono, ritmicidad y duración, que lo hacen inconfundible. El llanto también se ha observado en algunos otros primates, por ejemplo, en el chimpancé lactante, en el que hay breves períodos de llanto (3).

Más tarde, el llanto es fundamentalmente una forma elemental o "primitiva" de comunicación. En los primeros meses de vida, el niño tiene un repertorio limitado de mecanismos para señalar a otros lo que necesita. El llanto es una forma de inducir a otros a que lo atiendan, alivien un dolor, lo alimenten o a que interactúen con él. Es una parte muy importante de su equipo de señalización, lo que desde el punto de vista evolutivo, tiende a facilitar la supervivencia del niño.

Desde la etología, es decir, el estudio del comportamiento animal, se entiende el llanto del bebé como un mecanismo "disparador" que desencadena conductas altruistas por parte de la madre, y también del padre. Esta conducta altruista hace que la madre responda a la señal o "llamado" del bebé y lo atienda. Las atenciones suelen ocasionar el cese del llanto.

En el ser humano, posiblemente también por razones evolutivas, el llanto del bebé provoca en la madre (y en el padre) una reacción de ansiedad o de incomodidad que los lleva a intentar calmarlo, y responder a él (4, 5). Se sabe, por ejemplo, que en la madre que amamanta al bebé, el llanto del niño precipita la "bajada" de la leche. En este reflejo, el llanto indica que está próximo un período de alimentación, y prepara a la madre para este.

Se sabe por los resultados de varias investigaciones, que la mamá de un recién nacido es capaz de reconocer los diferentes tipos de llanto de su hijo (6). El bebé puede llorar por dolor, por hambre, por frío o por estar aburrido. Las observaciones han mostrado que el niño tiene un llanto ligeramente diferente en su ritmo, duración, y tono según la causa del llanto. Por ejemplo, Gustafson y Harris (6) demostraron que la madre puede distinguir con certeza entre el llanto por hambre y el llanto por dolor.

Es posible que haya un cierto punto más allá del cual el llanto no sea percibido como un mensaje de que el bebé necesita cuidados, y que no dé lugar a conductas altruistas o empáticas sino, a enojo y molestia. Se ha observado que estas reacciones adversas son más comunes en los machos de algunas especies de primates. También se ha observado en progenitores (hombres y mujeres) cuyos hijos lloran intensamente o por tiempo prolongado (4). Algunos investigadores han encontrado estas reacciones en madres que sufren un alto nivel de estrés (7) o en madres adolescentes (8). En todos estos casos, el que cuida al bebé puede percibir el llanto como un estímulo molesto u hostil, y que precipita asimismo una respuesta de enojo o de rechazo hacia el niño. En vez de sentir ternura y compasión por el niño, el padre o la madre sienten enojo y molestia porque el bebé llora. Puede ser que el llanto persistente o excesivo cambie a largo plazo la percepción que la madre tiene de su hijo y le haga pensar que el niño es excesivamente vulnerable, frágil o problemático (9).

El llanto del bebé cambia durante el primer año de vida. A lo largo de los primeros seis meses aproximadamente tiene un carácter tónico, y es semejante a las llamadas de miedo o ansiedad que emiten los primates bebés cuando se separan de sus madres. En el segun-

do semestre de vida, el llanto adquiere un carácter fásico y se vuelve una forma de comunicación con un mayor grado de intencionalidad (10).

Varios investigadores han estudiado cuál es la duración usual de los episodios de llanto, y cuántos episodios de llanto ocurren durante el día, sobre todo en el lactante más pequeño, en los primeros meses de vida. Un hecho que suele repetirse sistemáticamente en los diferentes grupos sociales en que se ha estudiado esto, es que el llanto tiende a intensificarse hacia la sexta semana de vida en el bebé nacido a término, disminuyendo posteriormente. Después hay otro "pico" en la duración del llanto hacia los ocho meses de edad (11).

En los primeros seis meses de vida, el promedio de llanto en 24 horas es de aproximadamente dos horas (12, 13), y de una hora aproximadamente durante el resto del primer año. Esto es aplicable a varias culturas de países industrializados occidentales. En un estudio reciente de los países escandinavos la duración medía fue algo menor.

Anteriormente se pensaba que en los primeros meses de vida había un pico normal de llanto hacia el final de la tarde o al inicio de la noche. Sin embargo, cuando se ha estudiado cuidadosamente el llanto no solo con reportes maternos o paternos, sino con mecanismos de audiograbación, se ha podido observar que muchos bebés también tienen un período de llanto intenso por la mañana (13, 14).

No obstante esta predisposición posiblemente biológica, es claro que la duración total del llanto en un período de veinticuatro horas parece estar determinada no solo por factores biológicos, sino por factores humanos, es decir relacionales, principalmente por los métodos de crianza del niño. Por ejemplo, se ha observado que en un grupo étnico de África, los Kung (15), y también en el sur de México entre las comunidades indígenas mayas (16), entre los pigmeos (17), y en Manali, India (18) el bebé llora durante mucho menos tiempo que el promedio en las comunidades occidentales industrializadas. En aquellos lugares el método de crianza implica que el bebé se mantiene en contacto físico con su madre durante casi todo el día, es cargado casi todo el tiempo y es alimentado cuando así lo demanda, frecuentemente y al seno materno. Además, la mamá y otras personas o parientes responden inmediatamente al llanto del bebé y no lo dejan llorar. A la larga, el niño aprende a llorar poco, posiblemente porque no le es necesario para lograr que lo atiendan. La misma atención casi inmediata al llanto del bebé se ha observado en las sociedades del lejano oriente.

Esto muestra claramente que el llanto del bebé no es solamente un fenómeno biológico, sino también social o transaccional. Es decir, que el llanto, como señal que se emite, es modificado por la respuesta a esa señal, la cual puede ser ignorada, o dar origen a "conductas de cuidado" por parte de los padres, haciendo que el llanto disminuya.

2.3.2. Llanto excesivo o persistente

Este es un fenómeno descrito en la literatura pediátrica desde hace varias décadas, pero que ha recibido relativamente poca atención desde el punto de vista de la investigación hasta hace poco tiempo. La definición clásica es la propuesta por Wessel et al, (19) que consideran llanto excesivo al de más de tres horas en un período de 24 horas, y más de tres veces por semana, durante más de tres semanas. Varios investigadores de distintas partes

del mundo han usado esta definición en forma convencional, para poder comparar los resultados de sus estudios. Se piensa que este es un fenómeno relativamente común. Es posible que el llanto excesivo o persistente sea común en 10% o más de los bebés en el primer año de vida (20). En un estudio reciente (13) de tipo epidemiológico llevado a cabo en Londres, se encontró que aproximadamente 29% de los niños menores de tres meses de edad, lloraban más de tres horas acumuladas en un período de 24 horas. Esto mismo se observó en 11% de los niños de 7 a 9 meses de edad y en 7% de los niños de 10 a 12 meses.

Se ha estimado que 5% de las consultas pediátricas en los primeros meses de vida están motivadas por la preocupación de los padres ante el llanto excesivo del bebé (13). Muchas madres manifiestan su preocupación por el llanto del bebé, sobre todo cuando este es excesivo y los padres no encuentran la forma de calmarlo. El llanto excesivo puede persistir más allá de los primeros meses de vida. En el área clínica se encuentran a menudo niños con dificultades de llanto excesivo por muchas horas al día, que ha persistido durante los dos primeros años de vida o más (20). Se dispone de relativamente poca información sobre las características de estos niños, sobre su evolución natural, y las complicaciones que puedan ocurrir en el futuro. Es bien sabido, sin embargo, que el bebé que llora excesivamente y es difícil de calmar está en mayor riesgo de ser maltratado físicamente (21), sobre todo cuando el llanto es intenso y de tono más alto (como el del bebé prematuro) (22).

Varios investigadores han documentado la realidad del llanto excesivo. Por ejemplo, Barr et al, han empleado el método del "diario del llanto", en el que la madre o quien cuide al bebé escribe varias veces al día la duración de los episodios de llanto. Algunos investigadores incluyen solamente los períodos de llanto intenso, y dejan fuera del registro los períodos de "lloriqueo", mientras otros incluyen ambos en la cuenta. Otros investigadores complementan el diario del llanto con audiograbaciones activadas por el llanto del bebé, que proveen de una prueba más concluyente de la duración de los episodios de llanto (24). Con ambos métodos se encuentra que algunos bebés lloran por períodos mucho más largos que otros y que son más difíciles de consolar. En algunos casos, una vez iniciado el llanto, es difícil que el bebé se calme y deje de llorar. Algunos autores piensan que lo más importante tal vez sería averiguar no tanto qué hace llorar al bebé, sino qué mecanismos permiten a algunos lactantes calmarse y dejar de llorar, y por qué otros tienen tanta dificultad en lograr esto (25).

De cualquier manera, el bebé que llora en forma excesiva representa un reto para sus padres, que pueden sentirse incapaces como tales, o culpables de que su bebé llore tanto. En algunos casos, cuando hay factores adicionales de estrés en los padres, el llanto intratable o excesivo del bebé puede llevar a que se lo maltrate físicamente con golpes, o que sufra rechazo. Clínicamente, algunos padres consultan con un especialista porque su bebé puede llorar más de cuatro horas ininterrumpidamente, lo que los desespera.

La mayoría de las investigaciones sobre el llanto han tendido a concentrarse en los primeros meses de vida. Se sabe relativamente menos sobre los factores que lo afectan en el segundo semestre del primer año de vida y en los años subsecuentes.

2.3.3. Causas de llanto excesivo

Es importante tener alguna guía para abordar el problema del llanto excesivo pues la formulación de la causa o causas deberá guiar la estrategia de intervención. Este problema puede abordarse desde varios ángulos. En este capítulo se toma en cuenta la edad del bebé así como los problemas que pueden explicar el llanto excesivo. Se mencionan las

causas más frecuentes del llanto persistente en el período neonatal (los primeros treinta días de vida), luego en los primeros seis meses y finalmente, entre los seis meses y los tres a cuatro años de edad. Este enfoque puede ayudar al clínico a dirigir sus exploraciones diagnósticas y a pensar en los métodos más útiles de intervención o tratamiento.

2.3.3.1. Causas de llanto excesivo en el periodo neonatal (Diagnóstico diferencial)

Temperamento difícil. La noción de temperamento es un tanto provisional. En sus investigaciones, Chess y Thomas (26) hicieron mucho hincapié en este concepto. Se piensa que el temperamento es una serie de características más o menos innatas o inherentes al niño, determinadas por factores biológicos o genéticos. Algunos autores piensan que se trata solo de un fenómeno individual que indica las características de cada niño. Otros hacen hincapié en que el temperamento es modificable por factores ambientales y relacionales y en que los elementos del medio ambiente humano modifican las características temperamentales.

Los factores que componen el temperamento son: el interés en estímulos novedosos, qué ritmo mantiene el niño en la sucesión de los períodos de sueño y vigilia, de hambre y de eliminación. También incluye factores como la capacidad para concentrarse, la facilidad en que llora y su reacción ante las frustraciones. Otras características son su forma de adaptarse a situaciones nuevas, su grado de sociabilidad, y la facilidad con que se lo consuela cuando llora, además de la tendencia general de sus estados de ánimo.

Basados en los reportes de la madre, en grupos de niños dentro de la población normal, Chess y Thomas (26) identificaron varios subtipos de temperamento. El temperamento "fácil" es el del bebé que es muy sociable, adaptable, que llora poco y se calma fácilmente. El bebé es muy rítmico y predecible, fácil de cuidar para sus padres. Estos autores encuentran que este temperamento ocurre tal vez con una frecuencia del 40%.

El temperamento "precavido" (*"slow to warm up"*) es el del bebé que es muy cuidadoso o tiende a asustarse ante estímulos nuevos. El bebé necesita un período de "calentamiento" para aproximarse a un objeto o una persona nueva, pues su reacción inicial es de precaución o de temor, y solo después de cierto tiempo se atreve a explorar algo interesante. Chess y Thomas (26) lo encuentran en un 15% de los niños.

El temperamento "difícil", observado en un 10% de los niños en la población no clínica de bebés estudiados, es el del niño que llora más fácilmente, es más difícil de consolar, y no es rítmico o es imprevisible. El bebé tiene más dificultad para adaptarse a situaciones nuevas, y en general cuesta más trabajo cuidarlo y mantenerlo contento.

El resto de los niños (35 %) fue clasificado por estos autores como "indiferenciado" o no clasificable porque el bebé no encaja fácilmente en ninguno de los patrones antes descritos.

Chess y Thomas (26) han sido criticados por basar su clasificación solamente en lo que dice la madre respecto a su hijo, sin evaluar directamente al bebé (27). La crítica se centra en el hecho de que los papás de un bebé pueden tener una opinión subjetiva muy clara, basada en sus propias experiencias (o falta de experiencia), y percibir a su hijo como muy difícil, por ejemplo, cuando otra mamá con el mismo bebé lo evaluaría como fácil. Una madre

con alto nivel de estrés, o con depresión, podría sentirse abrumada por las demandas y necesidades de cuidado de un bebé fácil, y sentir que el niño es muy difícil o exigente.

La noción de temperamento es problemática por varias razones. En primer lugar, porque el temperamento no es un fenómeno estable. Algunos niños clasificados inicialmente como difíciles y estudiados algunos años después pueden haber cambiado y ser clasificados entonces como fáciles. Hay poca estabilidad en un niño en lo que a su temperamento se refiere, pues el niño puede cambiar drásticamente.

Otra consideración más importante para el estudio del llanto excesivo es que el temperamento se considera un factor contribuyente o que "colorea" la conducta del niño, pero no un estado patológico o anormal. El tipo de temperamento solo da una idea de las características del niño, pero ninguno de los subtipos es anormal *per se*. Se ha descrito como una característica, pero no como un trastorno del bebé. En cambio, como se verá después, el llanto excesivo aparece como un marcador de varias situaciones muy problemáticas y claramente anormales, que necesitan una intervención clínica. Por lo tanto, no se incluirá el temperamento en el grupo de alteraciones que se describen aquí.

La señora solicitó consulta porque encontraba muy difícil a su bebé de dos meses. El niño era sano y fuerte. Necesitaba que su mamá estuviera con él todo el tiempo y que ella lo entretuviera casi constantemente. Se frustraba con facilidad si su mamá no lo cargaba, no le enseñaba objetos novedosos o si lo hacía esperar un poco para alimentarlo. El niño no lloraba excesivamente, sino dentro de lo normal; era un bebé que fácilmente se sentía demasiado frustrado y requería satisfacción casi inmediata de sus necesidades para volver a estar en calma. Al explicar a la mamá estas características temperamentales de su bebé, ella entendió que su bebé tenía estas características, dentro de lo normal, y que su insistencia en que se le presentaran objetos nuevos sugería que era un niño curioso e inteligente. No hubo necesidad de mayor intervención pues la mamá ajustó los cuidados habituales a las necesidades de su bebé.

Enfermedad física. En la jerarquía de diagnósticos o situaciones que deben excluirse, las alteraciones físicas están en primer lugar. El clínico debe asegurarse hasta donde sea posible de que el bebé que llora excesivamente no tiene una enfermedad física que necesite tratarse. Estas enfermedades no son muy frecuentes, pero su existencia debe tenerse en cuenta para no retrasar un método de diagnóstico o tratamiento importante.

Entre las causas más frecuentes están las siguientes:

Enfermedad cardíaca: Los trastornos cardíacos que se asocian con una oxigenación insuficiente o pobre pueden ser causa de irritabilidad y malestar en el bebé. Cuando el niño llora excesivamente en este período hay que excluir la posibilidad de una de estas alteraciones.

Hernias: Algunos bebés nacen con hernia inguinal, ya sea unilateral o bilateral. Esto puede ocurrir tanto en el varón como en la niña. Una exploración física completa es necesaria para identificar tal posibilidad. Cuando la hernia se encuentra "estrangulada" hay que intervenir rápidamente. Fuera de esta situación de emergencia, el bebé cuyo intestino se atrapa en el anillo herniario puede sufrir de dolor y llorar mucho. Solo el tratamiento de la hernia puede ayudar a aliviar el malestar del bebé.

Maria, de 3 semanas de edad, fue llevada a consulta por su madre de 16 años. La niña lloraba excesivamente. De pronto prorrumpía en un fuerte llanto y era muy difícil calmar-

la. La mamá había notado recientemente que la pequeña tenía una protuberancia de aproximadamente un centímetro en el área inguinal. Era un saco herniario que producía dolor intenso en la niña al ponerla en ciertas posiciones, o cuando ella hacía esfuerzos y aumentaba la presión intraabdominal. La niña fue llevada al cirujano, y después de operada, el llanto excesivo desapareció.

Trastorno neurológico: hay una variedad de trastornos neurológicos o malformaciones que pueden manifestarse con problemas en la conducta del bebé en la etapa neonatal, como el llanto excesivo. La **hidrocefalia**, al aumentar la presión intracraneana causa intenso dolor y llanto persistente. La presencia de llanto excesivo debe guiar la búsqueda de este trastorno, que al principio puede pasar desapercibido. Otro ejemplo es el **síndrome de cromosoma X frágil**. Este trastorno se diagnostica más actualmente, y se piensa que puede ocurrir en una de cada 400 a 500 personas, por lo menos en el estado de portador de la característica genética (28). Es una de las causas más frecuentes de retraso mental. En el niño muy pequeño se puede presentar con hipotonía muscular, gran irritabilidad y llanto excesivo, además de problemas para alimentarse y en el sueño.

Supresión de drogas. En Estados Unidos se ha estimado que hasta 20% de todos los niños que nacen han sido expuestos *in utero* al efecto de sustancias psicoactivas. Este problema se debe al abuso o adicción de la madre a drogas psicoactivas, por ejemplo cocaína o anfetamina. En los casos más graves, el feto ha estado expuesto *in utero* a estas sustancias y también ha desarrollado una adicción física a ellas. Con el nacimiento, ocurre un síndrome de supresión de la droga en el bebé. Lo mismo ocurre con el alcohol o tranquilizantes (como diazepam) o bien opiáceos (29). El neonato manifiesta llanto intenso, inconsolable, de tono alto, además de signos de irritabilidad neuronal. Se observa que el recién nacido tiembla, tiene una hiperreactividad a estímulos auditivos y luminosos, y puede presentar convulsiones. Esto puede acompañarse de vómito, diarrea y dificultades para alimentarse o ganar peso (30). En el caso de la cocaína, los síntomas de supresión pueden durar solo unos días o hasta meses después del nacimiento. El bebé que sufre supresión de anfetamínicos tiene además síntomas que semejan los de un resfrío (31).

Durante las primeras 24 horas después de su nacimiento, una niña se hallaba en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) de un hospital. El personal de enfermería observó que la bebé casi no dormía y se estremecía con facilidad cuando oía el menor ruido. Al acercársele, se observaba que estaba tremulosa y agitada, moviéndose constantemente. Lloraba casi todo el tiempo y era muy difícil consolarla o calmarla. Su llanto era constante y de tono alto. Al hacerse exámenes de laboratorio en orina y meconio, se encontró evidencia de cocaína. Su madre dijo entonces que había usado cocaína durante casi todo el embarazo. El tratamiento consistió en disminuir al máximo los estímulos alrededor de la pequeña, enrollándola en una sabanita, y acercarse con mucho cuidado para no sobresaltarla o sobreestimularla. Se disminuyó la cantidad de luz a su alrededor, y se la estimulaba solo por una vía sensorial cada vez (tocándola y sin hablarle, o presentándole la cara pero sin producir sonidos, etc.). También se disminuyó el número de procedimientos médicos o de diagnóstico que podían molestarla. A los tres días dormía y estaba más en calma, organizada y no lloraba tanto. El problema se atribuyó a la supresión de la cocaína, a la que la niña había desarrollado una adicción cuando estaba *in utero*.

Se ha descrito también que hay signos de supresión cuando la madre ha usado medicamentos antidepresivos durante el embarazo; esto puede suceder con los antidepresivos tricíclicos y tal vez con la fluoxetina (32).

Espaciamiento entre períodos de alimentación. En las sociedades industrializadas, la alimentación de un bebé se puede convertir en algo determinado "científicamente". Los padres reciben consejos del personal médico o de enfermería para alimentar a su bebé con cierto intervalo, por ejemplo cada cuatro horas. Sobre todo en los primeros dos meses de vida esto puede precipitar períodos de llanto intenso, debido a que el bebé tiene hambre (24). Los padres abandonan su inclinación natural o intuitiva a alimentar al bebé que llora cuando ha pasado cierto tiempo. Los neonatos muestran claras variaciones en su necesidad de alimento de un día para otro. En algunas ocasiones podrán pasar dos o tres horas sin alimentarse, mientras que en otras necesitarán ser alimentados más frecuentemente. Se sabe que la leche materna es más bien diluida en su contenido alimentario (comparada con la leche de otros mamíferos) y esto hace que el niño necesite alimentarse frecuentemente. La alimentación por demanda del bebé es el mejor método para aliviar este problema.

Los padres jóvenes a veces siguen ciegamente las recomendaciones médicas sobre el espaciamiento de los períodos de alimentación. Puede ser que hayan leído en alguna revista o libro de crianza de niños que el bebé se debe alimentar exactamente cada cierto número de horas. Es recomendable que los padres obedezcan su instinto natural de alimentar a su bebé cuando este lo pide, sin tener en cuenta el tiempo transcurrido. El bebé tiene un crecimiento asombroso durante los primeros cuatro meses de vida, cuando dobla su peso al nacer.

Se ha descrito que en el pasado o actualmente algunas madres sufren de un trastorno de la alimentación (como bulimia o anorexia nervosa) y a veces no alimentan al niño tanto como este lo necesita por temor a que el bebé sea obeso (33).

Recientemente, una mujer de 26 años consultó porque sus hijos gemelos (de seis semanas de edad) lloraban de modo persistente desde las dos semanas de vida. Se mostraba muy abrumada y decía que no sabía qué hacer con ellos. La madre sentía resentimiento y rechazo hacia ellos, entre otras razones, porque no podía consolarlos. Al explorar la situación, se encontró que a la mamá le había aconsejado su pediatra que solo diera alimento a los bebés cada cuatro horas. Ella a veces esperaba cinco horas y tenía temor de alimentar a los bebés "cada vez que lloraban", ignorando su llanto por hambre. Cuando los bebés lloraban, ella se metía a veces en la regadera para no oírlos, y los dejaba llorar hasta que se cumplieran al menos cuatro horas desde la alimentación previa.

Pensaba que tal vez los consentiría demasiado y los malcriaría si los alimentaba después de haber estado llorando. Al explorar sus fantasías, la señora reveló que tenía bulimia nerviosa y temía que sus hijos fueran a ser obesos si ella los alimentaba "demasiado". Mencionó que ella había sido una niña gorda y había sufrido muchas burlas, quería proteger a sus hijos para que ellos no fueran a pasar por lo mismo que ella.

Al examinar a los bebés, el clínico notó que el llanto cesaba inmediatamente al ofrecerles leche, y luego se quedaban en calma. Esto indicó que después de dos o tres horas los bebés ya sentían mucha hambre y pedían de comer.

El llanto excesivo disminuyó espectacularmente cuando ella, al recomendársele hacerlo, decidió alimentarlos por demanda. Se alivió hasta cierto punto su temor de que sus hijos fueran a ser gordos, cuando se habló del hecho de que los niños muy pequeños comen muy frecuentemente y necesitan alimento para su desarrollo cerebral y corporal.

Depresión del postparto. La depresión es un problema frecuente, que según algunos estudios podría afectar a un 9% de las mujeres (34), y cuya aparición en el período del pos-

parto puede ser aún más frecuente. (35) Se discute si las madres deprimidas tienen dificultad para atender a sus bebés, y cuál sería esa dificultad. Cuando la madre está deprimida, suele sentirse muy cansada, tiene poca energía y se siente fácilmente abrumada por las demandas del bebé. A veces no responde a las iniciativas de comunicación del niño, como por ejemplo, sus vocalizaciones, con lo que el bebé recurre a las formas más primitivas, como el llanto (2). Algunos autores han notado que las madres deprimidas parecen más enojadas con sus bebés, responden menos a sus señales o iniciativas, y tienen pocas interacciones placenteras (36). Otros investigadores han encontrado que las madres deprimidas se esfuerzan por sonreírle a su bebé y tratan de responder a sus señales (37). En el trabajo clínico se encuentra que algunas madres con depresión encuentran intolerable que su hijo lllore y no saben qué hacer. Algunas veces ignoran el llanto y no ayudan al niño, consolándolo. Esto puede perpetuar el llanto en el niño muy pequeño. Dada su elevada prevalencia, hay que tener en cuenta la posibilidad de depresión cuando la madre se queja de que su bebé es inconsolable, no está contento casi nunca y llora muchas veces al día.

La Sra. E. se queja de que su bebé, de cuatro semanas, llora intensamente y es muy exigente, "no se contenta con nada" y la hace sufrir. Se trata de una madre soltera que dice sentirse abrumada y no saber ya qué hacer. Al entrevistarla, menciona que quisiera morirse y desaparecer, no tiene energía para levantarse de la cama y cualquier trabajo representa un gran esfuerzo. Ha estado deprimida antes varias veces. Se retrae, no goza de su bebé y lo siente como una carga enorme. En la entrevista se observa que no hace contacto visual con el niño, y se nota su resentimiento hacia él. El niño llora y ella parece no notarlo, pues no reacciona en forma alguna. Se le diagnostica depresión de postparto y se le sugiere que tome medicamentos antidepresivos y participe en sesiones de psicoterapia para hablar de sus sentimientos y de sus pérdidas previas. Después de algunas semanas dice que se siente más animada, y parece contenta. La interacción madre-hijo ha mejorado y el bebé no llora en forma persistente.

2.3.3.2. Causas del llanto excesivo en los primeros seis meses de vida.

Enfermedad física. Como se describió en la sección anterior, en esta edad también es esencial que el clínico tenga en cuenta que si el bebé llora excesivamente, debe excluirse la posibilidad de que tenga una enfermedad física y consecuentemente dolor. Se requiere que un especialista, por ejemplo un pediatra, haga un examen completo del bebé para eliminar esa posibilidad. Hay muchas enfermedades que pueden aparecer en esta edad y dar lugar a malestar o dolor crónico. Una enfermedad frecuente es la otitis media crónica.

Espasmo infantil (síndrome de West. Convulsiones tipo salaam). Esta entidad se destaca no por su frecuencia, sino porque es difícil diagnosticarla en los primeros meses de vida. En las primeras manifestaciones suele diagnosticarse como "cólico" (38). Al principio, las mioclonías en el bebé se observan como una súbita flexión de piernas, brazos y tronco, el niño llora y todo esto se interpreta como un cólico. La edad más frecuente de aparición de esta enfermedad es entre los cuatro y los seis meses de edad. Su tratamiento es con medicamentos, como la hormona ACTH.

Reflujo gastroesofágico. Este problema puede pasar fácilmente desapercibido si no se lo tiene en cuenta como causa de irritabilidad en el lactante (39). Un estudio reciente (40) en Freiberg, Alemania, mostró que de 57 niños con llanto excesivo estudiados en el primer año de vida, 43 tenían reflujo gastroesofágico. El primer autor realizó un estudio

semejante en otra ciudad, sin encontrar una prevalencia tan alta de este problema. El niño con reflujo gastroesofágico tiene regurgitaciones frecuentes de la leche, en poca o mediana cantidad. Estas regurgitaciones ocurren más fácilmente cuando el niño está acostado, y poco tiempo después de haber sido alimentado. El bebé puede interrumpir la succión y empezar a llorar durante el amamantamiento, debido a la irritación del esófago. El problema es que el contenido gástrico regresa hacia el esófago, causando una esofagitis. Cuando el bebé come, el esófago se irrita y el bebé siente dolor. A veces el niño rehúsa el alimento, pues su experiencia le hace asociar el comer con dolor. Aun sin comer, puede que el niño lllore al acostarlo, pues esta posición favorece el reflujo hacia el esófago. El niño no gana peso adecuadamente pues no come lo suficiente. El reflujo se diagnostica mediante estudios ultrasonográficos y una prueba en que se mide el pH en el esófago. Este problema tiene un tratamiento específico.

Alergias. La alergia a la leche de vaca (cuando el bebé la toma directamente, o cuando la madre que amamanta es quien la toma) es una causa que goza de popularidad entre los padres como elemento que determina llanto, dolor estomacal o bien cólico. Los padres, y aun los pediatras, a veces proceden rápidamente a introducir cambios en la alimentación del niño, y usan hidrolizados de caseína o bien "leche" producida a base de soya. Algunos autores (14, 41) han advertido la tendencia a suponer rápidamente que el problema de un bebé que llora se debe a una alergia, y enfatizan que este es un error mucho más frecuente que el de no atribuir la alergia a la leche de vaca. Se han realizado varios estudios, sobre todo en los países escandinavos, que establecen una relación entre el cólico y esta forma de alergia o hipersensibilidad. Sin embargo, esos estudios contienen importantes errores metodológicos (14). Al revisar los datos existentes, el comité de nutrición de la Academia Americana de Pediatría (42) sugirió que las fórmulas hidrolizadas no deben ser el primer paso en el tratamiento de irritabilidad o de cólico en el bebé. En la mayoría de los niños en quienes se sospecha tal hipersensibilidad no hay pruebas serológicas de ella. También es necesario recordar que el niño puede manifestar alergia inicial a la leche de vaca y no tenerla varios meses después, cuando se le vuelve a dar. En suma, se piensa que solo 10% a 15% de los bebés que lloran excesivamente tienen alergia a la leche de vaca, que puede ser pasajera. (9, 43) Esta sería una proporción muy pequeña en comparación con el número de niños de la población abierta.

Cólico. El cólico ha sido objeto de gran interés para muchos investigadores. Es un síntoma que reviste muchos problemas en su definición. Algunos autores lo consideran como un fenómeno estrictamente biológico (44) debido, por ejemplo, a la inmadurez del sistema digestivo, del sistema nervioso vegetativo, o de las hormonas que controlan el movimiento gastrointestinal. Otros lo consideran un fenómeno biopsicosocial que tiene algunas bases biológicas pero también refleja actitudes del cuidado del bebé, las expectativas de los padres, y el sistema de comunicación o relación entre los padres y su hijo (44, 45, 46). En algunas sociedades, como en Corea, no parece existir en sus respectivos idiomas una palabra para identificar este fenómeno, que empíricamente, parece no existir en los niños pequeños, y los padres no lo observan (47).

Es difícil identificar cuál es la prevalencia del cólico en las sociedades industrializadas pues varios autores han usado distintas definiciones del cólico. La prevalencia indicada por los reportes varía desde el 20% al 30% de los bebés (48), hasta solo un 11% (49). Algunos autores no hacen distinción entre el llanto excesivo y el cólico, mientras que otros como

Lester et al, los distinguen. Aquí el cólico se define como un fenómeno que se limita sobre todo a los tres primeros meses de vida (15), y que tiende a desaparecer por sí solo, aunque puede durar a veces hasta cerca de los seis meses de vida. Generalmente no tiene consecuencias mayores a largo plazo, ni fisiológicas ni en el comportamiento ulterior del bebé (50).

El cólico puede aparecer desde las tres semanas de vida, pero suele ser más intenso hacia las seis semanas. Generalmente se describe como episodios de llanto muy intenso, de tono más alto, como el del llanto debido a un dolor repentino. El bebé tiene un episodio súbito de llanto, más frecuentemente hacia el principio de la noche (8). El niño llora intensamente y es muy difícil consolarlo, a pesar de las maniobras de sus padres (cargarlo, arrullarlo, etc.). El bebé dobla las piernas y da la impresión de tener el abdomen distendido. No está claro si este distendimiento es la causa o más bien un resultado del llanto intenso. Puede ser que los pies del niño estén fríos, y que haya períodos breves en que el niño no respira, parece faltarle el aliento. También pasa gas por el ano. El niño tiene mayor actividad motriz mientras llora y está agitado, con hipertonia muscular. Después de una o dos horas de llanto, el bebé se calma y vuelve a estar contento. Los episodios de llanto no parecen causados por un estímulo en particular, sino que se presentan a pesar de que los padres sean muy cuidadosos y no sobreestimen al bebé.

Algunos investigadores (8, 11) piensan que la causa del cólico puede ser una falta de madurez del sistema nervioso vegetativo, con aumento del funcionamiento del sistema simpático y menor funcionamiento del sistema parasimpático. Este desequilibrio afectaría el peristaltismo intestinal y sería causa del espasmo o cólico.

Sin embargo, tampoco es absolutamente claro que el cólico esté acompañado de dolor o de hipermotilidad gastrointestinal. Se sabe que los medicamentos anticolinérgicos pueden aliviar el cólico, pero no hay certeza de que se trate de un efecto intestinal local o del efecto en el sistema nervioso central (11).

Es muy posible que haya también factores transaccionales como determinantes del cólico. Estos factores pueden ser un alto grado de estrés en la familia, conflicto matrimonial, ansiedad en los padres y dificultades en la relación entre los padres y el bebé (51). En estas familias habría más disposición del lactante a sufrir de cólico.

Los bebés que sufren de cólico pueden tener más dificultades con el sueño, por ejemplo despertándose frecuentemente (52), y más interacciones negativas durante la alimentación. También el cólico puede ejercer un efecto negativo en la madre. Se ha notado que las madres de niños con cólico manifiestan más síntomas psicossomáticos dolorosos y se sienten menos capaces como madres (53).

2.3.3.3. Causas de llanto excesivo después de los seis meses de edad

Efectos a largo plazo de drogas psicoactivas. Aunque existe relativamente poca información al respecto debido a la escasez de estudios sobre estos fenómenos, se sabe que para el feto, la exposición a algunas drogas psicoactivas *in utero* puede tener efectos a largo plazo. Es sabido que el uso de cocaína, anfetamínicos, alcohol, diazepam y medicamentos similares están asociados a largo plazo con dificultades en la capacidad para sostener la atención, con hiperactividad, irritabilidad y episodios de agresividad (54). Esto se ha observado empíricamente en niños de hasta cuatro o cinco años, cuando tienen el ante-

cedente de haber sido expuestos a las drogas durante su gestación (55). Es muy probable que estos bebés, en el segundo semestre de vida y el segundo año de vida, sean muy irritables, lloren intensamente, sean hipersensibles a estímulos, tengan altos niveles de actividad y sean difíciles de mantener en calma.

Trastornos de la autorregulación. Estos problemas se han descrito recientemente en la literatura sobre problemas de conducta en lactantes y niños pequeños (56, 57). Una descripción detallada del tema se encuentra en varios otros trabajos. Aquí solamente se enfatiza la conexión entre los trastornos de regulación y el llanto excesivo. Esta correlación ha sido señalada por varios autores (20, 56). De hecho, es útil pensar que el llanto excesivo que persiste más allá de los primeros meses de vida puede ser un marcador de la existencia de un problema de autorregulación.

Estos trastornos se caracterizan en el bebé por dificultades para lograr un estado de calma, o de tranquilidad y bienestar, que sea duradero. El niño suele estar intranquilo, inquieto y lloroso la mayor parte del tiempo. Hay varios subtipos, como se describe en el capítulo correspondiente. Los subtipos que suelen asociarse con el llanto excesivo son el trastorno de regulación con hipersensibilidad a estímulos sensoriales y el subtipo caracterizado por excesiva actividad motriz y poca capacidad de atención.

A estos bebés les resulta muy difícil mantenerse en estado de bienestar, debido a la forma como procesan la información sensorial que proviene del medio ambiente, por la vía auditiva, táctil, visual, propioceptiva, olfatoria o vestibular. Además, el lactante suele tener problemas para procesar información y organizar respuestas motrices adecuadas. El niño puede parecer torpe en sus movimientos, con pobre coordinación muscular, con tendencia a caer y golpearse, a sufrir pequeños accidentes y a perder el equilibrio fácilmente.

La utilidad de entender la existencia de un problema de autorregulación en un bebé que llora excesivamente es que se puede hacer una exploración cuidadosa de las sensibilidades de este niño en el área táctil, auditiva, etc. Con esta información se puede comunicar a los padres que las dificultades del bebé, como su gran sensibilidad a ruidos, a los cambios en el medio ambiente, a transiciones entre una actividad y otra, no se deben a que ellos estén haciendo algo mal, sino a las características únicas de su bebé, y a la forma en que este procesa la información. Cuando los padres tienen esta información, generalmente están dispuestos a ayudar a su bebé a autorregularse, modulando la cantidad y calidad de los estímulos a los que lo someten. Esto se describe en mayor detalle en el capítulo de trastornos de regulación. Desde luego que no todos los lactantes con problemas de autorregulación lloran persistentemente, pero un alto número de niños con llanto excesivo después de los seis meses de edad tienen este tipo de sensibilidades excepcionales a los estímulos. Por eso es útil considerar al llanto excesivo como un problema que puede anunciar la presencia de este trastorno.

Además, es posible que las dificultades en la relación entre los padres y su bebé, así como la exposición a las drogas durante la gestación, promuevan la aparición de dificultades mayores en la capacidad para procesar estímulos sensoriales y para organizar respuestas motrices.

Trastornos en la relación padres-bebé. Estas dificultades pueden aparecer no solo después de los seis meses de vida del bebé. Es claro que puede haber un problema en la relación aun desde el embarazo. Sin embargo, en el trabajo clínico con lactantes, las alteraciones mayores en la relación padres-lactante se observan sobre todo cuando el bebé es

capaz de ejercer su propia iniciativa, cuando puede ejercer su autonomía, y necesitar más "espacio" para desenvolver sus proyectos (57).

Los trastornos en la relación padres-hijo que parecen asociarse particularmente con el llanto excesivo, son aquellos en que los padres están poco involucrados emocionalmente con su bebé, así como cuando hay negligencia en el cuidado de las necesidades básicas del niño. En estas situaciones, el padre o la madre tiene menor capacidad de la usual para sentir compasión o empatía por el bebé que llora. En vez de experimentar la tensión emocional por el bebé que llora y sentir deseos de calmarlo, en estas situaciones quien cuida al niño puede sentir que este llora solo para molestar, o por que quiere recibir una atención desmedida o interferir con los proyectos del adulto. A menudo estos problemas se deben a distorsiones importantes de la imagen del bebé en la mente de la madre o el padre. Los hijos pequeños son fácilmente depositarios de las fantasías o distorsiones enraizadas en la psique de sus padres. Lebovici y otros autores han llamado a estas interacciones "fantasmáticas" porque están basadas en las fantasías de los padres respecto de sus hijos. A veces las distorsiones son peligrosas o malignas (58, 59). Una madre puede percibir a su bebé como un perseguidor o como un torturador y responder con resentimiento o "defendiéndose" de los ataques del bebé.

Algunas veces estas distorsiones están basadas en las experiencias de la propia infancia de los padres y tienen un carácter neurótico. En los casos más difíciles, el padre o la madre sufre de un trastorno de la personalidad (por ejemplo, personalidad narcisista, antisocial o limítrofe) y el tratamiento es mucho más complicado y difícil, y se requiere de largo tiempo para lograr modificaciones sustanciales.

La Sra. W. trajo a su hija de 20 meses a consulta. La Sra. W. se quejaba de que su hija B. era demasiado difícil. La niña lloraba por períodos prolongados y había sido extremadamente sensible en los meses anteriores. "Siempre" había llorado mucho, y su madre la consideraba una niña muy difícil. B. hacía berrinches muy frecuentemente y atacaba a su mamá, tratándola de golpear cuando se enojaba. No cooperaba con ella, y casi todas las actividades de vida diaria (vestirse, comer, ir a dormir, etc.) se transformaban en una confrontación. Durante el proceso de consulta terapeuta, la Sra. W. se fue gradualmente dando cuenta de que ella percibía a su hijita como un monstruo que la perseguía y la atormentaba todo el tiempo. Esta percepción le impedía gozar de las interacciones con su hija. La Sra. W. reveló entonces una serie de situaciones traumáticas durante su infancia que la hacían sentirse siempre en peligro y amenazada. Ella veía en los ojos de su hija la imagen del padre de esta, de quien estaba separada desde un año atrás. En la relación con el papá de B. este la había golpeado y amenazado. La mamá de B. estaba muy resentida con su ex-marido y veía en forma distorsionada muchos de los atributos de este hombre violento en B. A medida que se exploró esto, la Sra. B. fue capaz de poner en práctica las recomendaciones de ajustar su rutina a las necesidades de su hija. Se intentó lograr que ella "hiciera espacio" para su hija en su vida (su vida intrapsíquica y su vida en la realidad cotidiana). Después de algunas semanas, la Sra. W. notó que la niña ya no lloraba ni hacía berrinches, y su relación con B. mejoró notablemente. La Sra. W., a través de la psicoterapia materno-infantil, fue capaz de imaginar lo que su hija sentía en diferentes momentos, como sus frustraciones, enojo y necesidades de consuelo y atención. Esto la ayudó a estar emocionalmente más a disposición de su hija.

2.3.3.4. Métodos de intervención y tratamiento

Enfermedad física. Cuando el problema subyacente es alguna de las enfermedades mencionadas, por ejemplo hidrocefalia, trastorno cardíaco o espasmo infantil, el tratamiento se dirige fundamentalmente a aliviar la patología central. Cuando esta se alivia, disminuye la causa del llanto. Si hay dolor, es importante que el médico y los padres reconozcan la realidad de este problema. Anteriormente se pensaba que los niños muy pequeños, por ejemplo, los neonatos, no sentían dolor. Actualmente se sabe que esto no es así, y debe prestarse la atención debida al alivio del dolor del bebé, incluido el uso de analgésicos.

Alergias. Cuando se sospecha que la irritabilidad, llanto excesivo o "cólico" del bebé se debe a la alergia a la leche de vaca, se debe obtener una historia de la alimentación del bebé y de alergias en los padres. Como ya se mencionó, es frecuente que los estudios serológicos no revelen datos indicativos de esa hipersensibilidad. Se puede intentar un cambio de alimentación y valorar si el niño mejora. Aun si esto es así, tiempo después se puede volver a darle leche de vaca pues la alergia, cuando existe, no suele ser un fenómeno permanente, sino pasajero.

Supresión de drogas. Como se esbozó anteriormente, el tratamiento en este caso depende de un diagnóstico adecuado. Habiendo concluido que el bebé llora intensamente debido a la supresión de alguna droga se pueden intentar varias maniobras.

El primer grupo de maniobras es el de reducir en todo lo posible la estimulación del bebé. Se puede disminuir la cantidad de luz y de estímulos auditivos y táctiles a los que se somete al bebé. Con esta menor estimulación es más fácil para el bebé autorregularse y mantener un estado de calma. Al bebé puede enrollársele para ayudarlo, estimulando la presión alrededor de su cuerpo y tratando de que no se desorganice tan fácilmente cuando llora. Si la excitabilidad es demasiado intensa o hay peligro de convulsiones, se puede administrar sedantes en dosis adecuadas para el peso y edad del bebé, con lo que se disminuirá la hiperexcitabilidad del sistema nervioso central. Después de las dosis iniciales, estas se van disminuyendo gradualmente hasta que el estado de supresión de las drogas desaparezca paulatinamente.

Cólico. El consejo pediátrico acostumbrado para los padres de un bebé con cólico es tranquilizarlos y asegurarles que en la gran mayoría de los casos el cólico desaparece por sí solo. Como ya se mencionó, esto puede no ser siempre exacto pues entre los bebés que sufren cólico, habrá algunos que seguirán llorando excesiva y persistentemente durante el primer año de vida o más. Sin embargo, en la mayor parte de los casos este consejo está justificado.

Taubman diseñó una serie de recomendaciones que en general resultan útiles para la mayoría de los padres con un bebé que llora intensamente (60):

- Nunca dejar llorar al niño.
- Considerar la posibilidad de que el niño o niña tenga hambre.
- Tal vez solo desee succionar, por ejemplo, un chupón. El niño puede necesitar que lo carguen o lo toquen.

- También puede estar aburrido, indicando su necesidad de estímulo social.
- Por el contrario, puede estar cansado o sobrecargado y necesita que lo acuesten.
- Si a pesar de estas maniobras el niño sigue llorando cinco minutos más, se sugiere intentar otra respuesta al llanto.
- No tener miedo de "sobrealimentar" al bebé.
- No tener miedo de "malcriar" al bebé.

Como se ve, sus recomendaciones son una especie de algoritmo en el que los padres van descartando posibles causas del llanto, sin olvidar que el bebé puede tener hambre, o incluso estar aburrido y necesita que lo entretengan.

Cuando se trata realmente de un cólico, el niño apenas responde a estas maniobras.

En general, no se recomienda el uso de medicamentos anticolinérgicos. Hay indicación de que la dicitomina, que usan algunos pediatras, puede inducir depresión del sistema nervioso central y se ha asociado con el síndrome de muerte súbita (11, 52). Se ha intentado también administrar un medicamento como el Simethicon que disminuye los gases dentro del intestino, pero no ha demostrado eficacia en comparación con un placebo (52). Algunos pediatras usan medicamentos como los derivados atropínicos y el fenobarbital. Los estudios controlados no han demostrado mayor eficacia que el placebo (52, 61). Estos medicamentos también pueden inducir somnolencia excesiva en el bebé.

Se puede recomendar a los padres que intenten calmar al bebé de varias maneras. Brazelton recomienda prevenir la "sobrecarga" del bebé y tratar de evitar así los episodios de cólico. Sugiere por ejemplo, cargar más tiempo al bebé, y "enrollarlo" con una sábana para ayudarlo a calmarse y autorregularse (62). Una vez iniciado el llanto, puede intentarse hablar al bebé en forma suave, presentarle la cara de uno de los padres, o mecerlo en brazos (1). Algunos clínicos sugieren los estímulos repetitivos como el ruido constante y repetitivo de volumen bajo (un ventilador, por ejemplo), o estimulación vestibular más intensa, por ejemplo, pasear al niño en un carrito o en automóvil si es posible. Estos estímulos tienden a calmar al bebé e inducir sueño. En un experimento controlado, el simple hecho de cargar al niño no ayudó por sí solo a disminuir la duración del llanto, pero cuando no se trata de cólico parece tener un efecto preventivo y contribuir a que, en promedio, el niño lllore menos tiempo (25).

Reflujo gastroesofágico. Una vez diagnosticado el reflujo, puede recomendarse a los padres que carguen más tiempo a su bebé, manteniendo el tronco de este en posición vertical, y que lo mantengan más en posición de sentado. Esto disminuirá la oportunidad de que haya reflujo hacia el esófago. Otras estrategias consisten en dar al bebé menos cantidad de comida cada vez, pero más veces durante el día. Esto hace que sea más difícil la regurgitación. También puede intentarse que la comida del niño se haga más espesa y menos líquida, lo que dificultará su reflujo (63). Si esto no ayuda, puede usarse cisaprida, que es un medicamento que aumenta la velocidad de vaciamiento gástrico.

Trastornos de la autorregulación. Como la descripción de los diferentes tipos de estos trastornos, su tratamiento se describe detalladamente en un capítulo aparte. Baste decir aquí que, al hacer un estudio detallado de las sensibilidades del bebé en los diferentes canales sensoriales, se puede diseñar una "dieta sensorial" específica, individual para

el bebé que llora en exceso. Con esto se ayuda a prevenir la sobrecarga de estímulos para el bebé, así como los episodios de llanto. También puede ser útil para encontrar los métodos que ayudan al bebé a consolarse y mantenerse tranquilo o contento.

Psicopatología materna y trastornos en la relación padre-hijo. El tratamiento de estos problemas depende de la naturaleza de cada situación. Cuando se trata de la depresión de postparto, los medicamentos antidepresivos y la psicoterapia de tipo psicodinámico o cognoscitivo para la madre pueden ser útiles. Es necesario también intervenir en la percepción que la madre tiene de su hijo y ayudar a que se desarrolle una relación de satisfacción mutua y placentera.

Pueden usarse los diferentes métodos de psicoterapia maternoinfantil o infantomaternal, así como la guía de interacciones entre padres e hijo. El objetivo final es que los padres y el bebé encuentren un punto en el que se sientan satisfechos, que gocen de su interacción y se acepten mutuamente. Con frecuencia la psicoterapia ayuda a que los padres acepten las características únicas de su bebé y lo ayuden a modificarlas gradualmente cuando estas características son problemáticas. A menudo los padres cambian drásticamente sus expectativas irreales, o aceptan los puntos positivos y también los problemáticos de su bebé.

Referencias

1. Papousek M. Umgang mit dem schreidenden säuling. *Sozialpädiatrie* 1985; 7:294-300.
2. Papousek M, Papousek H. Excessive infant crying and intuitive parental care: buffering support and its failures in parent-infant interaction. *Early Child Dev Care* 1990; 65:117-126.
3. Bard KA. Parenting in primates. En: Bornstein MH, ed. *Handbook of parenting. Vol 2. Biology and ecology of parenting*. Mahwah, Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1995, pp. 27-58.
4. Murray A. Aversiveness is in the mind of the beholder: perception of infant crying by adults. En: Lester B, Boukydis C, eds. *Infant crying*. Nueva York: Plenum; 1985, pp. 217-240.
5. Corter CM, Fleming AS. Psychobiology of maternal behavior in human beings. En: Bornstein MH, ed. *Handbook of parenting. Vol 2. Biology and ecology of parenting*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1995, pp. 87-116.
6. Gustafson G, Harris K. Women's responses to young infants' cries. *Dev Psychol* 1990; 26:144-152.
7. Mitchelsson K, Paajanen S, Rinne A, Tervo H, Kunnamo I, Kiminkinen T. Mother's perception of and feelings toward their babies' crying. *Early Child Dev Care* 1990; 65:109-116.

8. Lester BM, Garcia Coll C, Valcarcel M. Perception of infant cries in adolescent and adult mothers. *J Youth Adolesc* 1989; 18(3):231-243.
9. Forsyth BWC, Canny PFP. Perceptions of vulnerability 3.5 years after problems of feeding and crying behavior in early infancy. *Pediatrics* 1991; 88:757-763.
10. Papousek H, Papousek M. Intuitive Parenting. En: Bornstein MH, ed. *Handbook of parenting. Vol 2. Biology and ecology of parenting*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1995, pp. 117-136.
11. St. James Roberts I. Explanations of persistent infant crying. En: St. James Roberts I, Harris G, Messer D, eds. *Infant crying, feeding and sleeping*. Hemel, Hempstead: Harvester Wheatsheaf; 1993, pp. 26-46.
12. Hunziker UA, Barr RG. Increased carrying reduces infant crying. A randomized control trial. *Pediatrics* 1986; 77:641-648.
13. St. James Roberts I, Halil T. Infant crying patterns in the first year: normal community and clinical findings. *J Child Psychol Psychiatry* 1991; 32(6):951-968.
14. Wolke D. The treatment of problem crying behavior. En: St. James Roberts I, Harris G, Messer D, eds. *Infant crying, feeding and sleeping*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf; 1993. pp. 47-81.
15. Barr RG, et al. Crying in Kung San infants: A test of the cultural specificity hypothesis. *Dev Med Child Neurol* 1991; 33:601-610.
16. Brazelton TB. Implications of infant development among the Mayan Indians of Mexico. *Human Dev* 1972; 15:90-11.
17. Tronick EZ, Morelli GA, Winn S. Multiple caretaking of Efe (Pygmy) infants. *Am Anthropologist* 1987; 89: 96-106.
18. St. James Roberts I, Bowyer J, Varghese S, Sawdon J. Infant crying patterns in Manali and London. *Child Care Health Dev* 1994; 20:323-337.
19. Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB, Harris GS, Detwiler AC. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called "colic". *Pediatrics* 1954; 14(5):421-441.
20. Maldonado Durán M, Saucedo García JM. Excessive crying and regulatory disorders in infants. *Bull Menninger Clin* 1996; 60(1):62-78.
21. Mrazek PJ. Maltreatment and infant development. En: Zeanah CH Jr, ed. *Handbook of infant mental health*. Nueva York: Guilford; 1993, pp. 159-170.
22. Zeskind PS, Shingler EA. Child abuser's perceptual responses to newborn infant cries varying in pitch. *Infant Behav Dev* 1991; 14:335-347.
23. Barr RG, Rotman A, Yarenko J, Leduc D, Emmett Francoeur T. The crying of infants with colic: a controlled empirical description. *Pediatrics* 1992; 90(1):14-21.

24. Barr RG, Elias MF. Nursing interval and maternal responsivity: effect on early infant crying. *Pediatrics* 1988; 81(4):529-536.
25. Barr RG, McMullan SJ, Spiess H, Leduc DG, Yarenko J, Barfield R, Francoeur TE, Hunziker UA. Carrying as colic "therapy": a randomized controlled trial. *Pediatrics* 1991; 87:623-630.
26. Chess S, Thomas A. Origins and evolution of behavior disorders. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1984.
27. Prior M. Childhood temperament. *J Child Psychol Psychiatry* 1992; 33(1):249-279.
28. Goldson E, Hagerman RJ. The fragile X syndrome. *Dev Med Child Neurol* 1992; 34:826-832.
29. Doberczak T, Kandall SR, Wilets I. Neonatal opiate abstinence syndrome in term and preterm infants. *J Pediatr* 1991; 118:933-937.
30. Levy M, Spino M. Neonatal withdrawal syndrome: associated drugs and pharmacologic management. *Pharmacotherapy* 1993; 13:202-211.
31. Neuberg R. Drug dependence and pregnancy. *J Obstet Gynecol Br Commonwealth* 1970; 66: 1117-1122.
32. Bromiker R, Kaplan M. Apparent intrauterine fetal withdrawal from clomipramine hydrochloride. *J Am Med Assoc* 1994; 272:1722-1723.
33. Lacey H, Smith G. Bulimia nervosa. The impact of pregnancy on mother and baby. *Br J Psychiatry* 1987; 150:777-781.
34. Puckering C. Annotation: maternal depression. *J Child Psychol Psychiatry* 1989; 30(6):807-817.
35. Brockington EF. Disorders specific to the puerperium. *Int J Mental Health* 1992; 21:41-52.
36. Field TM. Infants of depressed mothers. *Dev Psychopathol* 1992; 4:49-66.
37. Campbell SB, Cohn JF, Meyers T. Depression in first-time mothers: mother-infant interaction and depression chronicity. *Dev Psychol* 1995; 31(3):349-357.
38. Holmes GL. The epilepsies. En: David RB, ed. *Pediatric neurology for the clinician*. East Norwalk, CT: Appleton and Lange; 1992, pp. 185-228.
39. Heine RG, Jaquier A, LubitzL, Cameron DJS, Catto Smith AG. Role of gastroesophageal reflux in infant irritability. *Arch Dis Child* 1995; 73:121-125.
40. Strassburg HM, Haug Schnabel G, Müller H. The crying infant: an interdisciplinary approach. *Early Child Dev Care* 1990; 65:153-166.
41. Taitz LS. Soy Feeding in infancy. *Arch Dis Child* 1982; 57:814-815.

42. American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. Hypoallergenic Formulas. *Pediatrics* 1989; 83:1068-1069.
43. Bock SA. Prospective appraisal of complaints of adverse reactions to foods in children during the first 3 years of life. *Pediatrics* 1987; 79:683-688.
44. Geerstma MA, Hyams JS. Colic. A pain syndrome of infancy? *Pediatr Clin N Am* 1989; 36(4):905-919.
45. Carey WB. "Colic". Primary excessive crying as an infant-environment interaction. *Pediatr Clin N Am* 1984; 31(5):993-1005.
46. Wikander B, Theorell T. The crying infant: understandable only in a multidisciplinary perspective. *Scandinavian J Soc Welfare* 1995; 5: 1-9.
47. Lee K. The crying pattern of Korean infants and related factors. *Dev Med Child Neurol* 1994; 36:601-607.
48. Hewson P, Oberklaid F, Menahem S. Infant colic, distress and crying. *Clin Pediatr* 1987; 26(2): 69-75.
49. Lester BM, Boudykis CFZ, Garcia Coll CT, Hole WT. Colic for Developmentalists. *Infant Mental Health Journal* 1990; 1: 321-333.
50. Stifter CA, Braungart J. Infant colic: a transient condition with no apparent effects. *J Appl Dev Psychol* 1992; 13: 447-462.
51. Rautava P, Helenius H, Lehtonen L. Psychosocial predisposing factors for infantile colic. *Br Med J* 1993; 307:600-604.
52. Lehtonen L. Infantile colic. Turun Yliopiston Julkaisuja. Annales Universitatis Turkuensis 1994 ; 151.
53. Pinyerd BJ. Infant colic and maternal mental health: nursing research and practice concerns. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 1992; 15:155-167.
54. Zuckerman B, Bresnahan K. Developmental and parental consequences of prenatal drug and alcohol exposure. *Pediatr Clin N Am* 1991; 38:1387-1406.
55. Zuckerman B, Brown ER. Maternal substance abuse and infant development. En: Zeanah CH Jr, ed. *Handbook of infant mental health*. Nueva York: Guilford; 1993, pp. 143-158.
56. DeGangi GA. Assessment of sensory, emotional and attentional problems in regulatory disorders infants. Part I. *Infants Young Child* 1991; 3:1-8.
57. Hoffman JM. Making Space. *Infant Mental Health J* 1995; 16: 46-51.
58. Lebovici S. Le Nourrison, la Mere et le Psychoanalyste. Paris. Le Centurion Brazelton TB. (1990). Crying and Colic. *Infant Mental Health Journal* 1983; 11(4):349-356.

59. Cramer B, Palacio Espasa F. La pratique des psychotherapies meres-bebes. París: Presses Universitaires de France; 1993, pp. 32-51.
60. Taubman B. Clinical trial of the treatment of colic by modification of parent-infant interaction. *Pediatrics* 1984; 74:998-1003.
61. O'Donovan JC, Bradstock AS. The failure of conventional drug therapy in the management of infantile colic. *Am J Dis Child* 1979; 133:999-001.
62. Brazelton TB. Crying and colic. *Infant Mental Health Journal* 1990; 11:349-356.
63. Orenstein SR, Magill HL, Brooks P. Thickening of infant feedings for therapy of gastroesophageal reflux. *J Pediatr* 1987; 110:181-186.

2.4. La adolescencia: oportunidades, retos y la familia

Jesús Martín Maldonado Durán y Juan Manuel Saucedo García

Introducción

En este capítulo se describen algunos de los aspectos fundamentales de la adolescencia: sus características psicológicas y conductuales a la luz de los últimos conocimientos. Se presentan varios puntos de vista: el biológico, el psicológico, el emocional y el interpersonal. Se intenta dar al médico y otros profesionales de la salud un marco de orientación para ayudarles a entender al adolescente y su familia, en base a los conocimientos psicosociales, los cambios que tienen lugar en el adolescente y el origen de algunos de los problemas que enfrenta (1, 2).

El profesional de la salud generalmente tiene contacto con el adolescente en ocasión de los exámenes físicos para ingresar a la escuela o a un equipo deportivo, o como consultor del personal de las escuelas secundarias o preparatorias. El profesional que posea un buen conocimiento de los cambios que enfrenta el adolescente (biológicos, cognoscitivos, emocionales e interpersonales), y de los retos para la familia, podrá entender mejor la situación del paciente y responder a sus necesidades en el área de la salud, incluida la salud mental. Las familias le harán preguntas sobre si tal o cual conducta observada en un muchacho o chica es normal, o si hay que preocuparse y cómo podrían responder ante esas conductas.

En este capítulo se presenta primero una visión general del desarrollo del adolescente y lo que esto representa para la familia; luego se hace una breve revisión de algunas situaciones de riesgo.

2.4.1. Definición de adolescencia

La adolescencia es el período que se extiende desde el inicio de la pubertad hasta la etapa en que el muchacho o muchacha se convierte en adulto. Antes se pensaba en la adolescencia como un período de tormenta emocional intensa, que era normativa, y en la que necesariamente el adolescente se sentía abrumado, tenía explosiones emocionales y confusión en cuanto a sus preferencias, ideas, identidad, etc. (3). Según estudios empíricos de índole epidemiológica, ahora se piensa que en su mayoría, los adolescentes no experimentan tal tormenta emocional ni tienen conflictos mayores con los padres (4, 5, 6). En una época, autores como Peter Blos y Erik Erikson aseguraban que era difícil distinguir los psicopáticos de los normales, puesto que todos experimentaban graves conflictos emocionales y gran incertidumbre acerca de su identidad. Actualmente se acepta que es posible distinguir los adolescentes que tienen dificultades emocionales, interpersonales y en su conducta de los que se desarrollan normalmente. Sin embargo, Freud (3) y otros hicieron importantes contribuciones que permitieron entender mejor la vida emocional del adolescente y los conflictos que enfrenta en su desarrollo normal.

Por tanto, es falsa la idea de que todos tienen conflictos mayores con sus padres, a quienes devalúan y desprecian abiertamente, deseando estar lo más lejos posible de ellos. Por el contrario, la evidencia indica que usualmente respetan a sus padres, los admiran, siguen sus consejos respecto a decisiones importantes y no reportan conflictos serios con la familia (4, 5, 6, 7).

2.4.2. Cambios durante la adolescencia

2.4.2.1. Cambios biológicos: pubertad

La pubertad empieza más tarde en los varones que en las muchachas. Se ha observado que los cambios anatómicos y fisiológicos no tienen necesariamente la misma secuencia en todos (8), y que hay mucha variabilidad.

En Estados Unidos y otros países industrializados la pubertad en las mujeres empieza entre los diez años y medio y los doce años, mientras que en el varón comienza entre los doce años y medio y los catorce años. Previamente a los cambios en las características sexuales secundarias, hay un período de crecimiento corporal rápido, seguido de un número de transformaciones corporales. En el varón aumenta el ancho de los hombros, y en las mujeres el de la pelvis. Aumenta la masa muscular en el varón, y también disminuyen los depósitos de grasa, mientras que al final de la pubertad se registra en las niñas un aumento absoluto en la cantidad de grasa corporal (8).

En términos fisiológicos, en ambos sexos es claro que antes de los cambios anatómicos ha habido durante varios años un aumento en la producción de hormonas sexuales. En ambos sexos aumenta la secreción de la hormona gonadotrópica que precede a la maduración de las glándulas sexuales. Hay un incremento gradual de la concentración de estrógenos desde los siete años de edad. También crece la cantidad de hormonas andrógenas suprarrenales. Los andrógenos parecen ser el factor causal del aumento, en ambos sexos, del grosor de la piel y la secreción de sustancias grasas por las glándulas sebáceas, lo cual es más pronunciado en los varones. Un 20 % de estos tienen acné facial a los 12 años de edad, y un 66 % a los 16 años.

En el varón hay una mayor cantidad de estrógenos, pero sobre todo de testosterona, con la maduración de los túbulos testiculares. El primer signo del cambio de maduración sexual es el crecimiento de los testículos, un mayor volumen del escroto y la producción de espermatozoides antes de que aparezcan otras características secundarias. Luego aparece generalmente el vello púbico y después suele producirse el "estiramiento" o aceleración del crecimiento. Unos dos años después del vello púbico aparece el facial y en otras partes del cuerpo. Más tarde crece la laringe y hay cambio el tono de la voz. También hay crecimiento temporal de las glándulas mamarias y aumento del diámetro de la areola.

En cuanto a la mujer, con la pubertad hay mucha mayor producción de estrógenos con la maduración del folículo ovárico. El primer signo exterior de maduración es el incremento en el tamaño de las mamas, que puede tener lugar entre los 8 y los 13 años de edad. Luego aparecen las otras características sexuales secundarias, inicialmente el vello púbico.

co y luego el axilar. La menarquía tiene comienzo, en promedio, a los 13 años, y puede ocurrir entre los 10 y los 16 años.

Estos marcados cambios no solo se dan en las glándulas y en las características sexuales primarias y secundarias sino también en el sistema nervioso central. Las conexiones interneuronales continúan modificándose, refinándose ciertas vías y conexiones preferenciales, mientras que otras desaparecen. Aún prosigue el proceso de mielinización (9) y hay una explosión en la cantidad de información y aprendizaje en esta etapa de la vida, lo que significa que se forman muchas nuevas conexiones entre las neuronas.

Efecto de las hormonas en la conducta. Se cree que para ambos sexos, los andrógenos suprarrenales son el factor determinante del aumento del deseo sexual y el interés en asuntos eróticos. En los animales se ha asociado la cantidad de andrógenos con una mayor tendencia a dominar a otros. Se ha dicho que los factores de tensión o estrés emocional pueden llevar a que disminuya la cantidad de testosterona en el varón. Esto sugiere que en los varones, los factores que provocan ansiedad o tensión crónica podrían tener influencia en la cantidad de testosterona disponible finalmente. En la mujer, la cantidad de hormonas previamente a la menstruación podría estar asociada con irritabilidad emocional y la tendencia a un bajo estado de ánimo o tristeza. También se ha observado que el intenso ejercicio físico puede retrasar el inicio de la pubertad, tanto en el varón como en la mujer; lo mismo ocurre con la desnutrición (como se observa, por ejemplo, en la niña con anorexia nerviosa).

En los países donde se ha estudiado esto hay una clara diferencia entre los hombres y las mujeres en lo concerniente a su percepción de los cambios durante la pubertad. Además de factores fisiológicos, esta percepción está asociada con factores culturales. Los muchachos, en general, reciben la pubertad con beneplácito. Los varones jóvenes valoran las características masculinas de sus compañeros que maduran más temprano y los admiran (5). Se ve asimismo con admiración el aumento de estatura y de la masa muscular. Se ha observado que los muchachos de constitución mesomórfica (o atlética) tienen más confianza en sí mismos, son más maduros socialmente y más populares entre los compañeros. Estos muchachos pueden tener más éxito en actividades atléticas, que son muy apreciadas en algunas culturas, por ejemplo en Estados Unidos. Los muchachos que maduran más pronto tienden a tener más experiencia sexual y a tener relaciones sexuales más temprano que los otros.

El siguiente ejemplo ilustra la importancia de la apariencia física a esta edad.

Ramón es un joven de 14 años. Su madre se preocupa por que Ramón está triste gran parte del tiempo y ha mostrado interés en ser miembro de una pandilla. Dice que no le interesa mucho la escuela y que preferiría pertenecer a la pandilla donde siente que tiene verdaderos amigos. Al entrevistar a Ramón surge el hecho de que es muy delgado, no se considera atractivo, y detesta no ser alto ni musculoso. No es bueno para los deportes y nota que las muchachas prefieren a los muchachos atléticos que son buenos jugadores de basketball, etc. Envidia a los muchachos que se desarrollaron antes que él y son los más populares de la escuela. Dice llorando, que se siente inferior, no le gusta su apariencia, y piensa que todos lo rechazan. Su deseo de ser parte de la pandilla significa que quiere ser aceptado por muchachos de su edad y sentir que es bueno para algo. Parte de la ayuda que necesitaba consistía en facilitar que expresara estos sentimientos y que buscara la forma de sentirse más "aceptable" físicamente; comenzó a levantar pesas y a practicar deportes, y des-

cubrió que podía hacer algo por cambiar su apariencia física, con lo que se sintió más contento. Empezó a tener amigos en la escuela y a sentirse más aceptado por sus compañeros.

En las mujeres, en cambio, la pubertad se percibe con mayor ambivalencia (10, 11). Muchas adolescentes, más del 50% en Estados Unidos y el Reino Unido (10) están preocupadas por su peso o creen que tienen sobrepeso, lo cual les desagrada, pues lo perciben como inaceptable. Otras tratan de ocultar el desarrollo de las glándulas mamarias que ahora tienen mayor volumen, cruzando los brazos o alterando su postura como, por ejemplo, encorvando la espalda. Se ha observado también que las jóvenes que maduran más temprano, tienden a tener compañeras mayores que ellas y a iniciar experiencias sexuales más temprano. De hecho, tienen una incidencia más alta de dificultades psicosociales: mayor tendencia a mostrar desobediencia y conflictos interpersonales o violar las reglas de conducta. En Latinoamérica uno de los problemas que enfrenta la joven es la tendencia de los adultos a ocultar la información sobre el desarrollo sexual. Esto no ayuda a que esté preparada intelectual y emocionalmente para estos cambios. Los muchachos pueden sentirse preocupados o confundidos con la primera emisión seminal durante el sueño, y las chicas, con la aparición de la menstruación cuando no se las ha preparado para este evento (11). También existe la tendencia a no hablar claramente de la maduración sexual y los padres tienden a dejar que la información se obtenga de otros compañeros o de maestros de la escuela, la cual puede ser transmitida con grandes distorsiones. En cualquier caso, el conocimiento que el adolescente necesita no es solo fisiológico, sino el del significado de esos cambios (psicológica y emocionalmente) y qué implicaciones tienen para las relaciones con otras personas.

Esperanza tiene 14 años. Relata cómo ella no sabía casi nada sobre la pubertad y la maduración sexual. Había notado las diferencias externas entre las niñas y las mujeres. Su madre, una mujer inteligente y sensible, fue postergando el momento de hablar de lo relacionado con el crecimiento y la sexualidad por sentirse atemorizada con estos asuntos. Cuando Esperanza tuvo su primera menstruación sintió pánico. La sangre del área genital le hizo pensar que tal vez estaba muy enferma. Cuando fue capaz de reunir fuerzas para decírselo a su madre, esta le dijo entonces que todo eso era normal. Esperanza siente que tardó mucho tiempo en aceptar emocionalmente la menstruación y todo lo relacionado con la sexualidad y que no significaba que uno estaba enfermo o estaba haciendo algo malo. Tuvo mucha dificultad en adquirir la información sobre esto, pues notaba que su madre (y mucho más su padre) se sentía muy incómoda si preguntaba, y ambos padres actuaban como si la sexualidad no existiera y no fuera parte de la conducta humana.

En resumen, los cambios fisiológicos de la pubertad tienen influencia en la autoestima, el interés por lo erótico, y la imagen corporal. Cada cultura determina la percepción de los cambios relacionados con la pubertad.

2.4.2.2. Cambios cognoscitivos

Además de los cambios fisiológicos, con la pubertad se inicia una serie de adelantos en la capacidad cognoscitiva, de abstracción y análisis. Se presenta aquí una visión general de los principales para comprender cómo el adolescente se percibe a sí mismo, a su familia, a su grupo social y al mundo.

Capacidad de pensamiento con abstracciones. Jean Piaget llamó a esta etapa la de "operaciones formales" (12) porque solo en la adolescencia la persona es capaz de pensamiento abstracto y lógico formal, que le permite entender situaciones complejas y resolver problemas tomando diferentes variables en cuenta a la vez. Tales problemas son incomprensibles durante la etapa anterior al desarrollo. En la adolescencia se puede ahora fantasear acerca de lo posible, y no solo en lo factual. Se piensa en cómo serían las cosas, manipulando ideas intelectualmente, sin necesidad de que estas ideas estén ancladas en objetos concretos. Se puede mantener simultáneamente dos o tres variables en el pensamiento, y realizar "operaciones" entre estas variables (imaginariamente) para resolver problemas. El adolescente puede entender las reglas de deducción, inducción, y cuándo una proposición lleva a una generalización falsa. Puede formular hipótesis y deducir conclusiones lógicamente basadas en las proposiciones anteriores.

Puede imaginarse varias soluciones a un problema y no solo una (como antes), o es capaz de imaginar, ante un dilema, varios puntos de vista, aunque sean contradictorios entre sí. Es decir, puede encontrar argumentos en pro y en contra de una solución o de un sistema de valores, de tal modo que puede suspender su juicio de la realidad e imaginar cómo pensaría alguien que estuviera en desacuerdo con él.

Hay que aclarar que, aunque se tenga esta capacidad intelectual, la mayoría de los adultos no la ejerce. Algunos investigadores han encontrado que aproximadamente solo 30 % de los adultos piensan y resuelven problemas valiéndose de esta capacidad en la vida cotidiana (12)

En la adolescencia las discusiones parecen asumir una vida propia y ser importantes en sí mismas, aunque no hagan referencia a objetos reales. Discute con sus padres sobre los valores de estos, sobre las injusticias y las contradicciones que ve a su alrededor. Está, por decir así, enamorado de la lógica y piensa que los problemas del mundo se podrían arreglar si la gente pensara lógicamente: en fin, sobrevalora el poder de la inteligencia y la lógica.

A veces es difícil para los padres entender la necesidad de su hijo o hija de "ensayar" sus nuevas capacidades discutiendo con ellos y cuestionando opiniones que antes se tenían por aceptadas o evidentes. Como el pequeño de un año cuando descubre cómo caminar y entonces lo quiere explorar todo a su alrededor, el adolescente descubre un mundo de posibilidades en el pensamiento y le gusta practicar sus nuevas habilidades, no solo con sus padres, sino con compañeros y maestros. Si en la familia los padres tienen la regla de que no se les cuestionen sus decisiones o esperan ser obedecidos sin ningún comentario, es posible que ocurran choques entre estas expectativas y la necesidad del hijo o hija de tratar de entender el por qué y el cómo de ciertas reglas, normas o valores.

José es un chico de trece años, muy inteligente y despierto. Siempre admiró mucho a su papá, que es abogado y trabaja como profesor en una facultad de leyes. Cuando niño, José se sentía muy orgulloso de él. Actualmente hay algunos conflictos en la familia porque José contradice a su papá, le corrige lo que dice y le señala cuando dice algo inexacto. A la hora de la cena la familia comenta las noticias y José parece querer demostrar que sabe más que su papá, que tiene más detalles, más exactos y al día sobre los últimos acontecimientos. Su papá a veces se exaspera porque piensa que José está tratando de humillarlo. Al hablar con el padre sobre esto durante una entrevista, recuerda que él era así con su propio papá, y que se sentía satisfecho de poder discutir cosas con él y a veces "ganar-

le" en las discusiones. Entonces se da cuenta de que se trata de una conducta comprensible y pasajera. El papá entonces intenta más bien elogiar a José por lo bien informado que está y expresa admiración por sus análisis y razonamientos. Trata de mantener una relación amigable con él y a los pocos meses nota que ahora disfruta de las discusiones con su hijo, en las que ha dejado de haber un tono de competencia y de que alguien tiene que "ganar". Ahora hay más bien un intercambio genuino de información y puntos de vista.

Los adolescentes tienen conocimientos mucho más numerosos y variados que en la etapa anterior, mayor vocabulario y mejor habilidad para memorizar hechos y procedimientos. Muchos han desarrollado ya una verdadera estrategia para estudiar, que requiere hacer abstracción de los datos concretos y determinar qué es lo más relevante: encontrar conexiones entre los hechos y distinguir lo central de lo periférico.

Una parte muy importante de la instrucción secundaria, como con la enseñanza de álgebra, física, etc. es que el o la joven aprende una estrategia para pensar en los problemas, buscar soluciones y luego comprobarlas. Estas estrategias le serán útiles más tarde, cuando intente resolver otros problemas en su vida, en el trabajo, y en las relaciones con otras personas.

Al pensar sobre sí mismo y quienes le rodean, el adolescente experimenta el placer de descubrir principios unificadores, contradicciones, deduce e induce hechos a partir de proposiciones preliminares. Tiende a sentir que sus pensamientos son totalmente novedosos y que sus ideas son absolutamente nuevas, que nadie las ha pensado antes en la historia. Esto está en la base de la tendencia al ascetismo o al idealismo: tal vez por primera vez, se da realmente cuenta de la injusticia social, educativa, de la discriminación de otros seres humanos, de las causas de las guerras, y se asombra ante la hipocresía que descubre entre los valores ostensibles de la sociedad y las tristes realidades que ve en la vida diaria, al oír o ver las noticias y al pensar sobre los problemas del mundo.

Por primera vez el joven y la adolescente se preguntan ahora el porqué de su existencia, cuáles serán sus metas en la vida y a qué dedicarán sus energías. Con sus nuevas capacidades intelectuales, descubren un mundo de posibilidades, pero también de problemas y contradicciones (13). El mundo lo atrae y también lo asusta: puede hacerlo sentirse abrumado o asustado, con miedo a crecer y volverse un adulto en unos cuantos años.

María tiene 12 años y hace unos meses empezó a manifestar los cambios de la pubertad. A veces en la noche se pone a pensar en su futuro. Imagina que en unos años va a crecer y será una adulta. Le atemoriza pensar si podrá estudiar una carrera y si podrá aprender cosas tan difíciles en la universidad. Piensa, preocupada, si conseguirá un trabajo y si podrá hacer frente a las demandas del mundo adulto. Le cuenta a su mamá de que tiene un poco de miedo de seguir creciendo y llora al hablar de esto. Sus padres le ayudan a ver que cuando llegue a los 18 años no pensará como ahora, y tendrá la capacidad de una chica de esa edad, de modo que podrá hacer frente a las materias escolares y otras tareas propias de esa edad, y para entonces ella ya será diferente. Sus padres reflexionan que ellos mismos a veces tenían miedo de crecer, de la posibilidad de no encontrar trabajo, de no poder estudiar, etc. María siente que la comprenden y la tranquiliza el hecho de que otras personas hayan sentido lo mismo que ella y ya no siente tanto miedo.

2.4.2.3. Cambios emocionales

Búsqueda de identidad. Este es un reto prácticamente existencial con el que las personas luchan durante toda su vida, pero en la adolescencia la necesidad de encontrar una identidad se vuelve central y primordial, como lo señaló Erik Erikson hace varias décadas. Desde luego que aun el niño pequeño tiene la sensación de ser él mismo desde muy temprana edad. Eso ocurre al año y medio; a los dos años y medio está establecida su identidad de género, es decir, se siente niño o niña. Más tarde, va conociendo aspectos de sí mismo. El niño de edad escolar es capaz de identificar con sorprendente exactitud cuáles son sus áreas débiles y sus capacidades especiales, por ejemplo, en matemáticas o en lectura, así como los de su personalidad: puede decir, por ejemplo, que es enojón o que tiene facilidad para hacer amigos.

Es así hasta la adolescencia, cuando el desarrollo intelectual permite al joven hacerse preguntas trascendentales, como "¿para qué estoy en el mundo?". Se pregunta también quién es él realmente. Por ejemplo, ¿qué haré con mi vida?, ¿tendré una religión?, y de ser así ¿qué religión? Se pregunta si en verdad piensa lo mismo que sus padres o está en desacuerdo con ellos. Tiene mayores conocimientos y, principalmente, la capacidad para cuestionarse a sí mismo y a los demás. Lo que antes aceptaba como verdad dogmática ahora lo analiza y cuestiona, y a veces lo descarta.

Esta "revolución intelectual" normal está acompañada de los cambios corporales antes citados. A veces los adultos tienen la experiencia de dejar de ver a un niño prepúber por unos meses, para encontrarlo después totalmente cambiado: ahora es de mayor estatura, con caracteres sexuales secundarios, fisonomía distinta, vestido diferente, la voz ha cambiado en el varón, y en la muchacha la figura ha cambiado sorprendentemente. Todo esto puede ocurrir en un período muy corto. De ahí que los jóvenes a veces se sorprendan de sí mismos al verse en el espejo. Acostumbrados a una fisonomía anterior, al verse parece que ven a alguien distinto. Tenían un esquema de dónde estaba su cuerpo en el espacio y la capacidad para controlarlo con aptitud. Ahora, sus extremidades son más largas, sus movimientos parecen torpes porque el o la joven no está acostumbrado a su "nuevo cuerpo". Coinciden entonces un cambio intelectual sorprendente con un cambio corporal y una serie de demandas y expectativas por parte de la familia y la sociedad. Todo esto hace que el muchacho o la muchacha temporalmente no estén muy seguros de quiénes son realmente y que busquen, ensayen e intenten diferentes identidades o identidades parciales.

El joven tiene necesidad de encontrar modelos con quienes identificarse, generalmente alguien fuera de la familia inmediata. Puede ser un maestro o maestra admirados (repentinamente adopta sus expresiones, gesticulaciones y preferencias), o bien un ídolo histórico o del mundo de los espectáculos. Trata de "tomar prestados" fragmentos de lo que constituirá su identidad. La mayoría de estas novedades adoptadas suelen ser en aspectos periféricos más que cambios radicales en los valores o un rompimiento masivo con todo lo que han valorado en sus padres.

Marta tiene doce años y está en plena pubertad. Antes siempre estaba lista a tiempo para ir a la escuela, ahora tarda mucho, ensaya diferentes peinados y ropa. Frente al espejo, hace gesticulaciones, habla y se ríe, como si quisiera descubrir cómo la ven los demás. En sus cuadernos escolares, varias páginas están ocupadas con sus intentos de firmar su nombre de diferentes maneras. Tiene en su cuarto varios carteles, que expresan su estado transicional entre la niña y la adolescente: un poster de Winnie the Pooh, al lado de otro

con un cantante de rock de quien secretamente está enamorada. Aún tiene algunas muñecas en su cuarto, con las cuales juega en ocasiones cuando cree que nadie la ve, mientras otras veces prefiere pasar su tiempo libre leyendo novelas como *Mujercitas* o bien obras como *Romeo y Julieta*.

El adolescente se estudia a sí mismo en el espejo, se ve en sus ídolos y trata de ser como ellos, pasa horas ensayando su firma e imaginándose cómo se vestirá, hablará, se moverá, etc. Después de la fase inicial de la pubertad, está el reto de decidir qué creará, cuáles serán sus preferencias, y a qué se dedicará.

Para la familia puede resultar muy desconcertante cuando, por ejemplo, la hija, que estaba muy interesada en un tema, de pronto ya no lo está, deja de admirar a un ídolo musical que hasta ayer era muy importante para ella, y lo sustituye por otro. Hoy pide que la dejen en paz y mañana se queja de que sus padres no quieren escuchar sus problemas. Esto es representativo de la búsqueda interna de la joven y de la necesidad de que sus padres o familiares estén disponibles cuando los necesita, y sean, además, capaces de respetar la necesidad que tiene a veces de hacer sola sus búsquedas.

Marcos tiene ahora 14 años. Es el más joven de dos hijos y ambos padres son profesionales y trabajan fuera de la casa. Un día, Marcos anuncia a su mamá que como ya tiene 14 años ha decidido que él debe hacerse solo su desayuno y no depender de sus padres hasta en esto. Los papás están un poco sorprendidos, pero felices al ver que Marcos tiene este interés en ser más autosuficiente. Una mañana, tres días después, Marcos está enojado y se queja con sus padres de que "nunca" le han hecho el desayuno y que siente que no le ponen la suficiente atención. El muchacho está representando con estas variaciones la lucha interna entre la necesidad de crecer y la de continuar siendo dependiente y un niño.

Necesidad de autonomía. El grado de autonomía o independencia que se considera "óptimo" en las diferentes edades de la vida está determinado por los valores culturales de la sociedad a que se pertenece. En Estados Unidos e Inglaterra, por ejemplo, la autonomía individual es altamente valorada y se estimula su desarrollo desde que el niño es muy pequeño. En otras culturas, como en muchos sectores en Latinoamérica o en Japón, se hace más hincapié en el hecho de que el hijo pertenece a una familia, y es parte de un todo. Se le estimula a que coopere con la familia y se sienta parte de ella. No se desea que el hijo sea tan independiente y, por el contrario, se estimula se dependencia de la familia durante muchos años.

No obstante esto, en la adolescencia hay una mayor necesidad psicológica de autonomía o independencia. El adolescente necesita crear un espacio propio en el cual experimentar sus nuevas capacidades, ideas y deseos (14). En contraposición con el niño de edad escolar (6 a 11-12 años), el adolescente requiere mayor intimidad, si no física, por lo menos psicológica y emocional. Algunas lecturas, preferencias e ideas son solo suyas, o suyas y de sus amigos, y no quiere compartirlas ni siquiera con sus padres o hermanos. Necesita sentir que algunas cosas son personales y de nadie más, privadas e inviolables. Para los padres esta puede ser una experiencia nueva. El hijo o hija está a una mayor distancia emocional de ellos, y espera tener conversaciones privadas con sus amigos, y que su diario o escritos personales sean respetados. Es conveniente que los padres se den cuenta de que a veces lo que el muchacho o la hija guarda no es tan importante como la sensación de poder tener un área personal, separada e individual, que representa parte de su mundo.

Egocentrismo. El adolescente tiende a pensar que cuando sale de su casa o está en la escuela se halla frente a un auditorio imaginario (15). Siente que es el centro de atención en situaciones sociales. De allí que a veces le preocupen tanto pequeños aspectos de su apariencia física como una mancha en la ropa, el olor corporal, un cabello fuera de lugar, etc. Para los adultos estas cosas no son ya tan importantes. Para el adolescente, debido a esta percepción de ser el centro de atención y tener un auditorio imaginario, asumen importancia enorme. Este aspecto es otro reto para los padres cuando estos no se han dado cuenta de esta característica. Su hijo o hija se cambia de ropa muchas veces antes de salir, pasa mucho tiempo ensayando diferentes peinados, expresiones faciales, gestos, etc. buscando los que cree que serán más atractivos. Una aparente insignificancia, como una pequeña pústula en la cara, puede convertirse, temporalmente, en una tragedia, lo mismo que una experiencia en la que se haya sentido avergonzado en público, sobre todo si tuvo lugar con sus amigos o compañeros.

El adolescente tiene la sensación de descubrir un mundo nuevo. A medida que razona y descubre conexiones nuevas y cómo funcionan algunos aspectos de la política o de lo social, se siente verdaderamente único al haber notado estos mecanismos. Siente que nadie ha experimentado antes en forma tan especial como él ciertas sensaciones o ideas, y que tiene la solución lógica para la desigualdad social, los problemas del medio ambiente, etc.

Sensación de invulnerabilidad. Peter Blos (16) señaló algunas semejanzas entre la adolescencia y las etapas tempranas de la vida, como la primera infancia, con lo que se conoce como el proceso de individuación- separación, según las teorías de Margaret Mahler. Esta autora describió cómo el niño que comienza a caminar experimenta un "enamoramamiento" del mundo, y tiene un deseo incesante de explorar y de conocerlo, ya que el entorno se ha vuelto mucho más grande e interesante con la locomoción. El adolescente vuelve a experimentar, metafóricamente, ese enamoramiento del mundo (estético, del conocimiento, de las relaciones interpersonales, de emociones, etc.), busca experiencias y sensaciones, y tiene curiosidad por lo desconocido. En este afán de conocer y descubrir, tiende a sentirse invulnerable y a creer que nada desagradable o desafortunado le ocurrirá. Varios investigadores han señalado esta percepción del adolescente de que a él no le puede pasar nada malo, pues eso solo le pasa a los demás. Este parece ser un aspecto cognoscitivo propio de esta edad; la percepción de la realidad del azar y los riesgos solo se adquiere verdaderamente con la edad y la maduración ulterior. El joven puede querer manejar un automóvil a alta velocidad, no usar cinturón de seguridad, estar solo en la calle durante la noche, seguro de que todo está bien y nada le puede suceder. Puede tener relaciones sexuales y no pensar en la realidad inminente de un embarazo no deseado. Esto crea una tensión entre los adultos y los jóvenes; algunos de estos últimos se creen invulnerables y, por lo tanto, sin necesidad de protección, restricciones o límites. Es conveniente que los padres expresen con claridad cuáles son las reglas no negociables y cuáles son los límites de tolerancia o de experimentación por parte del hijo.

Guillermo tiene 16 años, su papá es médico y su mamá, maestra. Es el mayor de los tres hijos de esta pareja. Guillermo siempre fue un niño alegre, muy interesado en los deportes, además de ser un tanto hiperactivo e impulsivo. Tomaba un medicamento psicoestimulante para poder concentrarse mejor en la escuela y había siempre obtenido muy buenas calificaciones. Dos años después de iniciada la pubertad, había cambiado mucho físicamente: era un muchacho alto, con acné, con voz grave y muy fuerte. Sus padres descubrieron que había usado marihuana, pues un compañero de él se los dijo. Guillermo también había robado un reloj relativamente caro de un almacén, pues quería presumir con

él ante sus compañeros y su novia. Cuando los padres se enteraron, tuvieron una discusión muy acalorada con él, lo regañaron y le impusieron un castigo. No podría salir con sus amigos durante una semana, tendría que devolver el reloj y estudiar por lo menos una hora y media por día (lo que él ya había descuidado). Al principio Guillermo protestó vigorosamente. Cuando fue llevado a consulta, durante la entrevista reconoció que sus padres habían hecho bien en ponerle esos límites. Sentía que ellos verdaderamente se interesaban por él, y aún ahora que era ya casi un adulto. Habló de su temor de crecer y de no saber cómo comportarse, se sentía contento de que sus padres hubieran reaccionado tan intensamente, y le hubieran señalado qué cosas desaprobaban y encontraban intolerables. Pensó que él no sabía realmente qué hacer con su vida, se sentía perdido y desorientado, y sus padres le habían ayudado a controlar su conducta.

Necesidad de pertenencia: el grupo de amigos. Al ocurrir la mencionada separación psicológica de los padres, aparece una mayor necesidad de encontrar otras personas con quienes sentirse identificado emocionalmente y ser parte de ellos. El adolescente quiere pertenecer a un grupo de iguales, vestirse como ellos, pasar tiempo juntos, y el grupo de amigos forma una especie de pequeña comunidad en la que todos tienen algo en común (6, 16). Es crucial entender que el adolescente necesita el apoyo emocional de los amigos y compañeros (16) que están experimentando cambios similares a los de él o ella, que tienen los mismos conflictos, luchan con la escuela o el trabajo y también tienen dudas parecidas. Los padres están presentes como una base de seguridad en situaciones importantes y es necesario que sigan estando presentes y disponibles emocionalmente. Además, los compañeros y amigos son muy importantes, en parte por lo inmediato de sus experiencias comunes, el apoyo mutuo y la sensación de ser comprendido.

Es en la adolescencia cuando se desarrolla verdaderamente la capacidad para tener amigos. Al poder contar con un amigo o amiga, el adolescente ejercerá capacidades nuevas: poder confiar en alguien fuera de la familia, dar y recibir apoyo emocional, interesarse por alguien más, y sentir que se interesan por él. Los amigos o las amigas son un factor psicosocial de protección muy importante para enfrentar los retos de esta edad y los cambios que representa.

En las familias de Latinoamérica tiende a haber una fuerte influencia de la familia y las actividades familiares en común. Esta tendencia puede estar en conflicto con la necesidad del adolescente de separarse y establecer su propio grupo de amigos. En el caso óptimo, la familia entenderá que su hijo puede pertenecer a ambos grupos y ahora querrá pasar más tiempo que antes con sus amigos. Para esto se requiere de un proceso de negociación en el que, si los padres entienden el deseo de su hijo o hija de hacer esto, habrá una transición más armónica que si insisten en que todo siga igual que antes y el muchacho pase todo el tiempo libre con ellos y esté en la casa. Si los padres pueden aceptar al grupo de amigos, el hijo o hija sentirá que sus padres no se sienten amenazados por sus nuevos intereses, sino que aprueban su capacidad para expandir sus relaciones y lo aceptan.

Desarrollo moral. Aunque la moralidad es un asunto en gran parte social y cultural, también hay una evolución en el niño en términos de su capacidad para el razonamiento moral (17).

El niño más pequeño, de edad escolar, tiene un razonamiento moral denominado "realismo moral", que da más importancia a los hechos o transgresiones, que a las intenciones. El niño tiende a pensar que si alguien ha cometido una infracción debe ser castigado, o

aplicársele la ley del talión, de ojo por ojo y diente por diente. Lo más importante es que se cometió la transgresión y no cuál era la intención de la persona al cometerla.

En cambio, el adolescente tiende a pensar de modo menos convencional, de acuerdo con lo que algunos autores llaman moral postconvencional (18). Ahora piensa menos en términos tan concretos y simplistas, y es capaz de pensar en la intención, y en las circunstancias atenuantes, y está más interesado en los principios y valores morales globales. Ahora admira a personajes de valor universal como el Mahatma Gandhi o Martin Luther King. Es capaz de pensar primero en el principio que guía las acciones más que en los hechos concretos o transgresiones.

Se ha sugerido (19) que el desarrollo moral tiene cauces diferentes para los varones y las mujeres. En estas se ha encontrado menos interés en los principios morales impersonales y globales, y más compenetración de lo que es bueno para alguien en particular. La joven podría estar menos preocupada por principios y leyes abstractos, que por lo que considera que sería bueno para alguien en particular, o para mantener o preservar una relación con alguien. Se han notado diferencias entre los adolescentes varones y las mujeres que se observan empíricamente en sus respuestas ante dilemas morales imaginarios. El varón tiende a escoger soluciones que se adhieren a un principio moral general y abstracto como "no robarás". En cambio, la muchacha puede contemplar como aceptable la posibilidad de que alguien robe para salvar la vida de su esposa o de un amigo cercano, por ejemplo. En cierto modo, la muchacha parece ser más altruista y pragmática en sus juicios.

Ascetismo y altruismo. Como consecuencia de los cambios cognoscitivos y emocionales, y de la percepción de un mayor número de fenómenos (inclusive injusticias y contradicciones) en el mundo que le rodea, el joven puede protestar y preocuparse por lo que ha descubierto recientemente. Algunos desarrollan un profundo interés por los temas trascendentales y exploran temas filosóficos como el propósito de la vida y el misticismo, y tienen vivo interés en alguna religión, o exploran el contenido de varias religiones. El joven a veces forma parte de un grupo organizado alrededor de estas creencias, que le da una base de seguridad y la sensación de ser aceptado.

La historia indica que los gobiernos han utilizado esta necesidad de los jóvenes de identificarse con un grupo y creer en un propósito ulterior, para el cual llegarían a estar dispuestos a ofrecer su vida. Esto se relaciona con la tendencia al altruismo, es decir, con la negación de las propias necesidades por la consecución de fines ulteriores, o por el bien de otros o el bien común. El joven es capaz de grandes sacrificios por un ideal, que abraza con todas sus capacidades. Tal vez en ninguna otra época de la vida es tan factible que las personas muestren tal devoción a una causa o línea de pensamiento como en la adolescencia.

Juan tiene 16 años. Varios de sus compañeros han estado interesados en un libro que finalmente decide leer: Siddharta, de Herman Hesse. Al leerlo, Juan se siente identificado con Siddharta (Buda), que descubre la belleza del mundo en las cosas más simples, practica la autonegación, la eliminación del deseo y busca verdades trascendentales. Juan planea su vida entera mientras lee este libro. Como Siddharta, se irá pronto de la casa, vivirá de la naturaleza, en forma simple, y tratará de escuchar la sabiduría de los pájaros, los árboles, etc. Cuando haya descubierto verdades universales las comunicará a otros, quienes, a su vez, descubrirán que las posesiones materiales no significan nada pues lo "fundamental está dentro de sí mismos". Piensa que tal vez los que lo escuchen se darán cuenta de estas verdades y que poco a poco habrá menos conflictos en el mundo. Piensa que si

este libro fuera leído por más jóvenes, pronto ya no habría guerras y las personas se cuidarían unas a otras y respetarían la naturaleza. No entiende por qué los adultos no han visto estas verdades y siente que él ha descubierto en este libro algo que nadie había visto hasta ahora.

Erotismo y sexualidad. El interés por la sexualidad y los deseos sexuales no "aparecen" por primera vez en la adolescencia, como se pensaba hace unas décadas. Es claro que los niños en edad escolar tienen interés en la sexualidad y en las prácticas autoeróticas, y no son ajenos a enamoramientos pasajeros. Sin embargo, durante la adolescencia, y en gran parte debido a la maduración sexual y la producción de hormonas sexuales, el adolescente tiene mucho mayor interés en los temas eróticos y sexuales, curiosidad por descubrir información, y deseos sexuales mucho más prominentes que antes.

Necesita y busca información sobre el desarrollo de los órganos genitales, la reproducción y el acto sexual, así como otros temas relacionados con esto. Obtiene información de sus compañeros, que a veces es inexacta y llena de distorsiones. Aún es cierto que en el medio latinoamericano (y en muchas otras regiones del mundo), en parte debido a una larga tradición religiosa de supresión de cualquier discusión abierta sobre estos temas, la mayoría de los padres no hablan de temas sexuales con sus hijos, ni siquiera desde el punto de vista anatómico y fisiológico, y menos aún de temas como las relaciones sexuales o la masturbación (20).

Estos temas provocan mucha ansiedad en los padres y aun en los médicos y otros miembros del personal de salud. Cuando estos hablan de la sexualidad, tienden a mencionar solo los asuntos fisiológicos y anatómicos de la reproducción y la gestación.

El muchacho y la adolescente tienen el deseo y la necesidad de explorar su funcionamiento sexual y sus cambios anatómicos, y también de saber si son sexualmente atractivos. Parte de esta exploración es la masturbación, que la practica una gran mayoría de varones y mujeres (20) aunque no se habla abiertamente de ella. Durante la masturbación y la experiencia de excitación sexual y orgasmo, el adolescente elabora fantasías sobre las relaciones sexuales que son una preparación psicológica para las relaciones reales.

En los países de Latinoamérica, como en muchos otros del mundo, tiende a suprimirse la sexualidad en las mujeres adolescentes, valorándose en gran medida la virginidad y la falta de experiencia sexual, mientras que en los varones ocurre lo opuesto. Esto crea conflictos importantes en varones y mujeres, pues además de ser un doble mensaje, puede empujar al varón a tener relaciones sexuales sin estar enamorado y catalogar el coito como un asunto puramente fisiológico que ha de practicarse de una manera u otra. En la mujer puede haber un temor prolongado a lo sexual, miedo a ser criticada por su interés y errores relacionados con la falta de información adecuada sobre la fertilidad, la prevención del embarazo, y otros temas similares. De cualquier manera, los adolescentes pueden recibir el mensaje de que la sexualidad debe ser un asunto secreto, suprimido o practicado en forma clandestina con gran sentido de culpabilidad.

Rodrigo es un hombre de 27 años. Es el menor de tres hermanos, su mamá es maestra de secundaria y su papá vende seguros. Es inteligente y siempre fue más bien tímido y muy sensible. Cuando Rodrigo era adolescente, su papá se preocupaba por que Rodrigo no tenía novia y no salía con muchachas. Le insinuó repetidamente que debería tener experiencias sexuales y que esto se podría conseguir si iba con una o varias prostitutas. Al muchacho le disgustó esa idea, pero se sentía inadecuado. Sus amigos de la escuela lo

invitaron a ir a un prostíbulo y él sintió que "debía ir" pues esta sería la forma más directa y fácil de adquirir experiencia sexual. A él le asustaba la idea, y venciendo su propia repugnancia, decidió ir. Al intentar tener la experiencia sexual, le asustó el hecho de tener contacto sexual con una mujer que no conocía. La experiencia fue un desastre, pues entre otras cosas no logró excitarse. Esto llevó a Rodrigo a dudar si él era tan hombre como los otros muchachos. La primera experiencia sexual fue traumática y pasaron varios años antes de que él volviera a intentar un acercamiento así con una muchacha.

Sería deseable que los padres recordaran sus propias búsquedas, curiosidad e interés en las cuestiones sexuales, y trataran de hablar de estos temas con sus hijos hasta donde les sea posible. La facultad de hablar abiertamente sobre estos temas puede facilitar que el o la adolescente reciba información más adecuada, y no los vean como algo secreto y atemorizante.

Fluctuaciones del estado de ánimo. Posiblemente con la maduración y con los efectos de los cambios hormonales (14) el adolescente tiende a experimentar cambios en el estado de ánimo más intensos que en otras edades y que pueden producirse en respuesta a hechos que a otros pueden parecerles insignificantes. Epidemiológicamente se sabe que las mujeres están en mayor riesgo que los varones de sufrir depresión durante la adolescencia. La muchacha puede tener más fluctuaciones en su autoestima y en lo que piensa de sí misma y tender más fácilmente a sentirse sin atractivo, indeseable o incapaz de tener éxito en el futuro.

Es útil para los padres entender que estas fluctuaciones son normales, siempre que no sean mayores ni de larga duración. Esta relativa variabilidad de los estados de ánimo se llama familiarmente en México la edad de "la punzada", y en otros países hay distintos nombres para estos mismos fenómenos. Estos episodios son pasajeros (unas cuantas horas) y no cambios intensos que duran varios días o semanas. En algunos estudios se ha encontrado que más de 50% de los adolescentes mencionan haberse sentido muy tristes recientemente, y más de 80% habían pensado fugazmente en el suicidio. Se postula que estas variaciones del estado de ánimo podrían ser el resultado tanto de los cambios hormonales y anatómicos como de la maduración en los otros aspectos psicosociales. Cuando la tristeza es duradera o muy intensa, habrá qué pensar que existe un problema del estado de ánimo.

Demandas de la escuela. Varios autores han señalado que para el joven puede ser un factor altamente estresante el hecho de cambiar de escuela, y parar de una escuela pequeña, que es como una comunidad donde se presta apoyo y los maestros y alumnos lo conocen, a una escuela mucho más grande e impersonal (por ejemplo la escuela secundaria o la preparatoria). En esta segunda escuela las demandas son muy distintas para el adolescente: grupos grandes de alumnos, la sensación de anonimato, en donde uno no es conocido por todos, y hay menor control social externo (14, 7). Ahora requerirá mayor capacidad de organización para hacer frente a las expectativas y demandas de sus diferentes profesores, lo que hace necesario adoptar nuevas estrategias y tener autodisciplina. Además de que las materias académicas son más complejas y difíciles, hay relativamente menos apoyo para el alumno, en comparación con la escuela elemental. Muchos adolescentes podrían encontrarse como "perdidos" en este océano impersonal, por lo cual es mayor la posibilidad de que aparezcan problemas como negarse a ir a la escuela, temer el fracaso, y sentirse incapaz de hacer frente a la nueva situación. El joven aún necesita ayuda de sus padres y que estos se mantengan al tanto de su progreso, ayudándolo a organizarse, a des-

arrollar estrategias para estudiar, resumir y tomar exámenes, etc. Si esto no es posible, los padres podrían ayudar al hijo o hija a buscar ayuda en la escuela misma.

2.4.3. El adolescente y la familia

Ya se ha mencionado un número de temas que se refieren a la relación entre el adolescente y su familia, como la aparición de conflictos menores, la autonomía, la vida privada, etc. Solo se mencionan aquí algunos otros temas que suelen requerir ajustes por parte de la familia cuando uno de los hijos llega a la adolescencia, y que representan áreas de dificultad en las que la familia puede necesitar ayuda.

La familia es un sistema cuyos miembros están interrelacionados, al cambiar el hijo o hija, se modifica el equilibrio previo, y tales cambios afectan también a los padres y hermanos. La familia tendrá que cambiar y ajustarse a las nuevas circunstancias. Cuando esta es funcional, tiene menos dificultad para reajustarse y cambiar, mostrando su flexibilidad. Cuando es más rígida, hay mayor dificultad para hacer reajustes en las relaciones entre los miembros, lo que puede dar lugar a conflictos serios. Otros aspectos de la funcionalidad de la familia son el grado de cohesión entre sus miembros y el clima emocional que existe en la familia, que puede variar entre la frialdad y distanciamiento hasta una relación cálida y de participación psicológica.

La mayoría de los conflictos con la familia alcanzan su mayor intensidad poco después de iniciada la pubertad. Suelen ser más intensos con la madre que con el padre. Esto puede deberse a que las madres tienden a pasar más tiempo con los hijos y ejercen más funciones de crianza en la vida cotidiana.

En Estados Unidos se ha estimado que hay conflictos más graves en una de cada diez a veinte familias. La mayoría de los padres de adolescentes se preparan psicológicamente, de modo inadvertido, para los cambios que observan en sus hijos. El hijo o la hija tenderá a iniciar algunos conflictos, contradiciendo a sus padres o insistiendo en que tiene razón. Sobre ciertos temas, cree saber mucho más que ellos (lo cual podría ser cierto), y a veces el joven percibe la opinión de los padres como totalmente desinformada o ignorante.

2.4.3.1. Cambios en el estilo de crianza

En algunas familias es difícil ajustarse a los cambios en la autonomía y evolución cognoscitiva y emocional del hijo o hija. Algunos padres esperan que su hijo adolescente siga siendo tan "obediente" como antes e intentan darle órdenes, esperando que las obedezca pronto y sin cuestionarlos, y menos aún toleran que su hijo discuta con ellos o los contradiga abiertamente. En tanto que el joven necesita cuestionar y contradecir con sus argumentos racionales, los padres pueden sentirse amenazados. Pueden temer que si dejan que el chico les "gane" en estas discusiones o con pequeñas desobediencias, se volverá cada vez más desobediente y pronto no habrá ningún control en la casa. La evidencia indica que esto no es así. Cuando los padres insisten en una obediencia ciega, sin cuestionamientos y en forma autoritaria, se va contra las tendencias del desarrollo del adolescente, quien se puede sentir ahogado y sin libertad, o bien herido y decepcionado por sus padres. A veces se sentirá literalmente acorralado, enojado y manifestará su ira de modo indirecto.

En un estudio realizado en 1990 de 28 casos de intento suicida en adolescentes traídos al servicio de urgencias del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional en la Ciudad de México (21), se encontró que en una gran mayoría de los casos lo que precipitó el intento suicida fue la severidad con que habían regañado los padres. A menudo sucedía que estos, sintiéndose amenazados por el crecimiento del joven o la muchacha, realizaban maniobras desesperadas para ejercer control sobre el hijo. Los padres demandaban obediencia "como antes" y se quejaban de que el hijo o hija había cambiado mucho y demasiado pronto, empujados por el deseo de recuperar al hijo pequeño. Para ello, intentaron a veces dar castigos ejemplares (por ejemplo golpes) para que el joven recibiera el mensaje de quién era la autoridad en la casa e imponían prohibiciones casi imposibles de cumplir. Por ejemplo, los padres pueden castigar al muchacho prohibiéndole que vea a sus amigos durante dos meses. Esto puede ser devastador para el hijo y hacerle abrigar gran resentimiento hacia sus padres. Muchos de los padres de ese estudio necesitaban ayuda para modificar su posición respecto a la disciplina y entender la necesidad de autonomía de sus hijos.

Cuando los padres recuerdan su propia adolescencia, pueden sentir empatía hacia su hijo o hija, recordar lo que siente el adolescente, e intentar un estilo de crianza con mayor negociación, con discusiones entre los padres y el muchacho sobre las reglas y la cooperación y el respeto mutuos. Entonces también el hijo podría entender el punto de vista de sus padres y, a través de la negociación, encontrar un espacio intermedio que sea más satisfactorio para todos.

La conducta de cuestionamiento y autonomía del adolescente puede ser un terreno fértil para que haya luchas por el control y conflictos. En realidad, los padres nunca están "en control" de sus hijos, ni siquiera cuando el hijo es muy pequeño, pues el niño podría hacer muchas cosas para no cooperar con sus padres si así lo quisiera. En su mayoría, los niños cooperan con sus padres y negocian con ellos una relación satisfactoria, en gran parte porque hay un clima de aceptación mutua y aprobación básica. En algunas familias suele desarrollarse un fenómeno que puede describirse en lenguaje simple como "nosotros contra ellos" o los padres contra los hijos. Los padres pueden intentar controlar prácticamente todos los aspectos de la vida del hijo. El hijo o la hija puede rebelarse abiertamente y no confiar en sus padres, o bien el menor puede entonces proceder a controlar aspectos de su propia conducta o funcionamiento que están fuera del control de sus padres, por ejemplo la alimentación, el sueño, el estudio, para contrarrestar así esa actitud de los padres. En algunas chicas con anorexia nerviosa está presente esta dinámica. La muchacha controla lo que come, y consigue que sus padres estén prácticamente a merced de ella, pues de otra manera ella podría enfermarse. En otros casos, control excesivo puede llevar a la agresividad pasiva, por ejemplo, el salirse de la escuela sin que los padres lo sepan, negarse a estudiar, etc. Estos problemas son complejos y no surgen como resultado de una sola causa, pero este factor en la dinámica familiar es importante en su causalidad.

Sobreidentificación con el hijo. Algunas veces los padres del adolescente no tuvieron oportunidad de resolver conflictos y situaciones difíciles durante su propia adolescencia, por ejemplo si fueron maltratados por sus padres o no tuvieron ninguna libertad a los 18 a 20 años de edad. En la cultura latinoamericana, esto no significa necesariamente que el hijo o la hija se irá de la casa a vivir independientemente, como ocurre en Estados Unidos y en otros países del mundo industrializado. Sin embargo, el hijo de veinte años que vive con sus padres tiene mucha mayor independencia emocional y psicológica, aunque siga dependiendo de los padres por estar estudiando una carrera o por razones económicas. Cuando el propio hijo o hija llega a la adolescencia, el padre o la madre puede tener difi-

cultad en imponer disciplina y establecer límites, e intenta ser solamente un amigo o compañero de su hijo o hija. Entonces puede haber una falla en la necesidad de poner límites y de funcionar como un adulto, y no como otro adolescente. Algunos padres inclusive incitan inconscientemente a su hijo a incurrir en transgresiones que el padre no tuvo oportunidad de cometer cuando era joven. En este caso, los padres necesitan darse cuenta de la diferencia entre ellos y sus hijos, y de la necesidad del hijo de tener padres adultos en la casa y no solo amigos y compañeros.

Algunos padres podrían identificarse excesivamente con sus hijos y tratar de vivir en forma vicaria o como sustitutos de estos, experiencias que no pudieron tener. Otros padres temen cualquier enfrentamiento y quieren evitar la menor confrontación con su hijo o hija por tratar de ser comprensivos. El joven aún necesita límites y puede protestar cuando se le imponen, pero si en la familia hay un clima emocional de aceptación mutua y respeto, estos desacuerdos pueden servir para discutir e intercambiar ideas sobre lo que es aceptable o no. Además, el hijo puede sentirse tranquilo si sabe dónde están estos límites y que alguien (sus padres) está dispuesto a hacerlos cumplir.

Envidia de las capacidades del hijo. Generalmente el crecimiento del adolescente despierta en los padres recuerdos de su propia juventud. Casi todos los padres recurren a estos recuerdos para poder entender a su hijo o hija y ayudarlo a enfrentar las nuevas experiencias. Ocasionalmente, el padre o la madre no ha aceptado el paso del tiempo y quisiera aferrarse a la idea de ser siempre joven. Esto se manifiesta a veces, en la madre, por ejemplo, que compite con su hija por ser la más esbelta, la de figura más atractiva o quiere usar ropa juvenil como la de la hija. En el padre, se puede manifestar como un deseo de participar en las actividades del hijo, como si él mismo fuera un muchacho aún. Los sentimientos de envidia son comunes en todos los padres, pero generalmente en forma inconsciente y en grado menor. Sin embargo, a veces hay intensos sentimientos de envidia, al darse cuenta de la juventud, vigor, belleza y frescura del hijo o hija. Esto puede dar lugar a que el padre o la madre pongan obstáculos en el crecimiento y desarrollo del hijo, y sientan resentimiento por las experiencias de alegría y placer del hijo. A veces el padre insiste en que para él la vida fue muy dura, y por lo tanto no es justo que su hijo tenga tantas libertades y facilidades. O bien puede decir, racionalizando, que si coarta la oportunidad de divertirse de su hijo, es para enseñarle que la vida es difícil y prepararlo así para el futuro. Esto es más factible cuando los padres no tienen ellos mismos una vida satisfactoria y no están gozando de las experiencias propias de su edad.

Necesidad de un confidente. Con la creciente capacidad del hijo o la hija para comprender situaciones cada vez más complejas, y debido al mayor desarrollo emocional, moral y social, así como a la tendencia al altruismo y al idealismo, es comprensible que el joven o la muchacha se preocupen si uno de sus padres tiene dificultades. Esto en principio no es sorprendente y no es necesariamente problemático. Sin embargo, cuando uno de los padres se siente muy solo, incomprendido, o tiene necesidad insatisfecha de atención, ternura y cariño, puede ser que paulatinamente vaya "reclutando" a su hijo o hija para llenar ese vacío. Desde luego que hay mayor riesgo de esto cuando la relación matrimonial del adulto es insatisfactoria o conflictiva, o cuando el padre o la madre no tiene un compañero. El problema podría consistir en que el desarrollo, independencia y autonomía del joven se sacrifican para satisfacer la necesidad de atención, proximidad y ternura de uno de los padres (o de ambos). En tal caso, alguno de los padres podría sobrecargar emocionalmente a su hijo o hija con información inapropiada para un adolescente, por ejemplo,

sobre la propia insatisfacción sexual, problemas laborales, económicos, sentimentales, etc. Esto puede dar al joven la impresión de que las relaciones entre los adultos son demasiado problemáticas y podría desear no establecerlas. También puede sentirse culpable por querer salir de la casa, no estar con ese padre, y querer hacer algo separado de él o ella. En ocasiones el joven o la muchacha son capaces de vencer esas presiones. Pero en otras, el joven acepta esa tarea a costa de su propio crecimiento a fin de satisfacer las necesidades de un padre que le da a entender cuánto lo necesita, invirtiendo así la relación, de modo que el hijo satisface las necesidades emocionales del progenitor.

El nido vacío. Un escenario familiar más, relacionado con el anterior, es la dificultad que podrían tener los padres para dejar que su hijo o hija crezcan, por temor de que los abandonen y no estén más allí para llenar su vida, aliviar los sentimientos de soledad o hacerles sentir que continúan siendo una mamá modelo o un padre ideal (de un niño pequeño). Esto puede ocurrir más fácilmente si la madre, por ejemplo, solamente ha estado preparada para funcionar en el papel de madre, y no en el de esposa, y no tener sus propios intereses fuera de los que se relacionan con cuidar a los niños, hacerles de comer, ayudarlos en sus tareas, etc. Si esta madre no se ha preparado psicológicamente al ver crecer a su hijo o hija, entonces puede experimentar una gran tristeza y temer a la soledad si el joven planea irse a estudiar a otra ciudad, o a vivir a otra parte, o casarse. A veces el padre o madre manifiesta sentimientos de temor, ansiedad y depresión si el muchacho o hija piensa salir y no estar tanto tiempo con ellos, dándoles una razón de ser. En otras ocasiones, las presiones para que el hijo no crezca, para que esté en la casa, para que no tenga amigos o estudie una carrera pueden deberse a este temor de perder, por así decirlo, la identidad como padres. Tal ansiedad puede manifestarse en las críticas dirigidas a todos los amigos del hijo, o a todo pretendiente de su hija, en quienes siempre encuentran "algo malo". En la cultura de Latinoamérica muchas madres no se conciben a sí mismas más que en el papel de madre, sobre todo cuando no hay una relación de apoyo emocional con el esposo. Uno de los hijos, o en particular de las hijas, puede ser designado (o la muchacha puede voluntariamente aceptar ese papel por su propio temor a crecer) para cuidar al padre o la madre sin que nunca llegue a formar su propia familia. Esto podría ser más frecuente cuando se trata del último de los hijos en estudiar o en casarse, o del más joven de los hijos.

2.4.4. Signos de preocupación

Se han mencionado ya algunas situaciones problemáticas. A continuación se describen brevemente algunas de las conductas o emociones del adolescente que deben preocupar al clínico y a sus padres. El propósito de esta sección es alertar al profesional sobre la existencia de problemas emocionales-conductuales importantes, pues existe la tendencia a asumir que estos problemas son "parte de la adolescencia", y por lo tanto no deben causar alarma a los padres u otras personas que interactúan con el adolescente. Esta revisión es necesariamente breve, pues solo se mencionan algunos de los síntomas o conductas sintomáticos principales.

Tristeza, retraimiento, irritabilidad y falta de energía. Estas emociones o conductas pueden ser signos de un trastorno emocional, por ejemplo, depresión. En tal caso, la tristeza no es pasajera, sino que dura semanas o meses, casi todos los días y la mayor parte de cada día. Puede ir acompañada de insomnio, o por el contrario, tendencia a dormir

demasiado durante el día. Otro síntoma es la tendencia a recluirse, o el retraimiento social, cuando el joven ya no quiere salir con sus amigos sino estar solo si es posible. Carece, además, de entusiasmo por las actividades que antes le gustaba hacer. También puede ser que tenga una expresión triste. A veces una manifestación de la depresión es la irritabilidad, es decir, el profundo enojo suscitado por cosas pequeñas e insignificantes. La depresión ocurre frecuentemente en los adolescentes, y a menudo no es diagnosticada. Cuando es grave puede llevar a pensamientos o incluso a intentos suicidas (22). En Estados Unidos y en el Reino Unido el suicidio es la segunda causa de muerte entre los adolescentes, después de los accidentes. Cuando un adolescente expresa ideas suicidas o deseos de morir, siempre hay que tomarlo como indicador de un problema grave, y no descontarlo aun cuando parezca que el adolescente dice esto "para llamar la atención". Cuando alguien necesita llamar la atención de sus padres a través de estas maniobras, generalmente hay un problema importante en el adolescente, en la familia o en ambos. También, si un joven dice que se odia a sí mismo, o dice repetidamente que es tonto, que no sirve para nada, o que hace todo mal, puede estar mostrando un signo de depresión y de escasa autoestima.

Uso de alcohol o drogas. En algunos grupos sociales, particularmente en referencia al varón, los adultos pueden suponer que es "normal" o que se trata de una simple experimentación si el adolescente se embriaga o se intoxica con marihuana u otras drogas. Un patrón de abuso de alcohol que llega a la intoxicación, debe ser un signo de alarma que lleve a una evaluación del ajuste psicosocial del adolescente y la familia, y no habrá que descartarse como algo normal. Esto es particularmente cierto si hay falla escolar o desinterés en los estudios. Cuando hay una carga genética intensa, como alcoholismo en el padre, la madre, abuelos o tíos, el riesgo es aún mayor. Sea que el muchacho o la chica encuentren particularmente placentero el estado de intoxicación, o que lo traten de conseguir para evadir problemas psicosociales, deberá considerárselo una señal de alarma.

Preocupación por el peso o la dieta. Cuando el joven expresa demasiada preocupación por el peso y la dieta, o afirma equivocadamente que es gordo, hay que pensar en la existencia de un trastorno de la alimentación. Hay evidencia empírica de que el pediatra y el médico familiar tienden a subdiagnosticar estos problemas, que solo son tenidos en mente cuando el trastorno ya está muy avanzado y ha dado lugar al deterioro fisiológico (23). El pediatra y el médico familiar pueden explorar si existen estas preocupaciones en la consulta externa, o bien cuando un joven o una chica muy delgados expresan demasiada preocupación por su peso, o están en una actividad de "alto riesgo", como el ballet, la gimnasia, etc.

Delincuencia. Hay evidencia empírica de que una gran mayoría de los adolescentes varones reportan haber robado algo el año anterior (5); sin embargo, esto no constituye un patrón de robos ni una forma de conseguir lo que se desea. Más bien parece tratarse de conductas encaminadas a impresionar a los compañeros y a ser como ellos, y de experimentación social. Una minoría de adolescentes presenta trastornos de conducta que llevan a robar, mentir, huir de la casa, tener peleas frecuentes y violar los derechos de los demás. El pronóstico de estas conductas es mejor si aparecen después de la pubertad, y si se siguen dentro de un grupo de adolescentes que individualmente. En ocasiones, los padres de un muchacho con estos problemas, se quejan, pero piensan que son parte del crecimiento normal de los hombres y que serán pasajeros. Cuando existe un claro patrón de conduc-

ta como el descrito y no hay muestra de remordimiento, hay que preocuparse pues estos problemas suelen persistir varios años (24) y tener consecuencias muy graves para la vida del muchacho o la chica. Es conveniente informar a los padres acerca de lo serio de estos patrones de conducta y de la necesidad de ayuda profesional.

En la entrevista con el paciente puede investigarse su percepción del porqué de su conducta, su grado de desarrollo moral, inteligencia y la correlación con factores familiares problemáticos, como la discordia matrimonial entre los padres o la falta de supervisión de la conducta del adolescente. En todos los casos, hay que explorar el funcionamiento familiar cuando un adolescente o una joven se fugan de la casa (siempre que la fuga no haya sido para escapar de maltrato por parte de los padres). Los progenitores se preocupan de que si su hijo o hija tiene "malas compañías" estas los influirán negativamente. La evidencia empírica sugiere que de hecho esto es lo que ocurre. Los compañeros ejercen presión social sobre algunos jóvenes para que se comporten igual que ellos, robando y rompiendo reglas, o usando sustancias (25). Lo contrario también es cierto, pues la influencia positiva del grupo de compañeros puede mitigar los otros factores de riesgo y estrés y ayudar al joven a mantener una conducta socialmente adecuada.

Maltrato. Este es un problema epidemiológico importante que también suele no reconocerse o pasarse por alto, en gran parte por falta de información. Puede consistir en un patrón de maltrato emocional, con insultos cotidianos y falta de respeto a la autoestima y valor personal del adolescente, críticas constantes y desaprobación global de él o ella como personas. Puede además haber restricciones excesivas, castigos prolongados o muy severos, y maltrato físico o abuso sexual. El maltrato físico a veces no es identificado por la víctima, pues el abusador a menudo convence al hijo o hija de que se merece los golpes y que el joven los provoca por portarse mal o ser tonto, etc., de modo que la víctima no hace saber a nadie lo que está ocurriendo. Lo mismo puede decirse del abuso sexual, sobre todo de una adolescente, que puede no mencionarlo por tratarse de un tema tabú y vergonzante. Además, con frecuencia el perpetrador del abuso amenaza a la joven con graves consecuencias si habla de lo que está sucediendo. Es necesario preguntar abiertamente al adolescente cómo es su relación con sus padres o familiares, si ha habido experiencias particularmente desagradables o traumáticas.

Pandillerismo. A veces el adolescente, sobre todo cuando vive en medio de la pobreza y marginado de la cultura dominante, siente que no tendrá éxito y que ningún esfuerzo le traerá bienestar en el futuro. Entonces puede pensar en una pandilla para llegar a "triunfar", ser importante, aceptado, valorado y tener la sensación de estar haciendo algo grande o trascendental. A veces las malas relaciones familiares empujan al muchacho o la chica a buscar apoyo emocional en una "familia sustituta", que es la pandilla, donde hay aceptación y fidelidad, aunque el joven tenga que pagar el precio de romper la ley y someterse a las reglas de la pandilla.

La revisión anterior es breve y solo aborda los temas de mayor frecuencia. El médico familiar y el pediatra tienen mucha mayor oportunidad de detectar estas dificultades que los profesionales de la salud mental. En los países en vías de desarrollo, el médico familiar tendrá necesidad de hacer frente a estas situaciones y sugerir intervenciones para el joven paciente y la familia.

Referencias

1. Lapassade G. *L'entrée dans la vie*. París: Les Editions de Minuit; 1963, pp. 11-14.
2. White SH, Stanley Hall G. From philosophy to developmental psychology. En: Parke RD, Ornstein PA, Rieser JJ, Zahn Waxhler C, eds. *A century of developmental psychology*. Washington DC: American Psychological Association; 1994, pp. 103-126.
3. Freud A. Adolescence. *Psychoanal Study Child*. 1958; 13:255-278.
4. Offer D, Ostrov E, Howard KI, Atkinson R. *The teenage world. Adolescents' self-image in ten countries*. New York: Plenum Medical Book Company; 1988, pp. 9-34.
5. Rutter M, Rutter M. *Developing minds*. Nueva York: Basic Books; 1993, pp. 229-259.
6. Kirchler E, Palmonari A, Pombeni ML. Developmental tasks and adolescent's relationships. En: Jackson S, Rodríguez Tomé H. *Adolescence and its social worlds*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1994, pp. 145-167.
7. Seiffge Krenke I, Shulman S. Stress, coping and relationships in adolescence. En: Jackson S, Rodríguez Tomé H. *Adolescence and its social worlds*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1994, pp. 169-196.
8. Alsaker FD. Annotation: The impact of puberty. *J Child Psychol Psychiatr*. 1996; 37:249-258.
9. Leviton A, Gilles FH. The epidemiology of delayed myelination. En: Gilles FH, Leviton A, Dooling EC. *The developing human brain*. Boston: John Wright; 1983, pp. 185-203.
10. Alsaker FD. Pubertal timing, overweight and psychological adjustment. *J Early Adolesc* 1992; 12:396-419.
11. Brooks Gunn J, Reiter EO. The role of pubertal processes. En: Feldman SS, Elliott GR. *At the threshold. The developing adolescent*. Cambridge: Harvard University Press; 1990, pp. 16-53.
12. Das Gupta P, Richardson K. Theories of cognitive development. En: Lee V, Das Gupta P. *Children's cognitive and language development*. Cambridge: The Open University and Blackwell Publishers, Ltd.; 1995, pp. 1-44.
13. Noshpitz JD. El desarrollo psicosocial del adolescente. En: Guerra de Macedo C, ed. *La salud del adolescente y el joven en las Américas*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1985, pp. 71-79.
14. Hill P. Recent advances in selected aspects of adolescent development. *J Child Psychol Psychiatr* 1995; 34:69-99.
15. Elkind D, Bowen R. Imaginary audience behavior in children and adolescents. *Dev Psychol* 1979; 15:34-44.

16. Blos P. *On adolescence. A psychoanalytic interpretation*. Nueva York: Free Press; 1962.
17. Wolff S. Moral development. En: Lewis M, ed. *Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook*. Baltimore: 1996, pp. 212-220.
18. Colby A, Kohlberg L, Gibbs J, et al. A longitudinal study of moral judgment. *Monogr Soc Res Child Dev* 1983;48(20).
19. Gilligan C. *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge: Harvard University Press; 1982.
20. Dulanto Gutiérrez, E. La adolescencia en el campesino: estudios de comunidades rurales en Querétaro, Jalisco y Tamaulipas, México. En: Guerra de Macedo C, ed. *La salud del adolescente y el joven en las Américas*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1985, pp. 259-277.
21. Maldonado Durán M, Saucedo García JM. *Intento de suicida en el adolescente. Revisión de 28 casos*. Manuscrito no publicado.
22. González Forteza C, Andrade Palos P. Estresores cotidianos, malestar depresivo e ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Acta de Psiquiatría y Psicología de América Latina*. 1994; 40:156-63.
23. Hoffmann JM, Maldonado Durán JM. Más allá de la nutrición. Los trastornos de la alimentación de la primera infancia a la adolescencia. En: Saucedo García JM, Maldonado Durán JM, eds. *Psiquiatría. Temas de pediatría*. México: Editorial Interamericana-Mc-Graw-Hill; 1998, pp. 69-92.
24. Farrington D, Loeber R, Van Kammen WB. Long- term criminal outcomes of hyperactivity, impulsivity, attention deficit and conduct problems in childhood. En: Robins I, Rutter M, eds. *Straight and devious pathways from childhood to adulthood*. Cambridge: Cambridge University Press; 1990, pp.62-81.

2.5. El conflicto en la vida de la pareja

Rufino Lavín Martínez

Este capítulo presenta un modelo de terapia de pareja basada en la utilización del conflicto como elemento central de la terapia. Para comprender este tipo de terapia, hay que considerar algunos conceptos como:

- La atracción en la formación de la pareja.
- La definición de pareja.
- El manejo del conflicto.

La atracción en la formación de la pareja

Las personas tenemos una forma externa de manifestarnos que suele ser diametralmente opuesta a nuestra forma interna o inconsciente. Basado en lo anterior, tendemos a admirar a una persona que exteriormente muestra nuestra parte interna. Por ejemplo, los introvertidos sienten una gran admiración por las habilidades sociales que presentan los extrovertidos y creen que ellos no tienen la posibilidad de desarrollar dichas habilidades. Esta atracción de los opuestos es la fuerza principal que une a los miembros de una pareja, y constituye la esencia de lo que con los años y la convivencia se podrá convertir en amor.

Otro tipo de parejas, es el de las unidas por factores externos como el contrato legal, el dinero, la condición socioeconómica, los hijos, la religión, etc. Como estas relaciones carecen de la esencia de la atracción de los opuestos, se llaman "parejas de forma". Este modelo de terapia no puede aplicarse a parejas de este tipo.

La atracción consiste en encontrar en el otro aquello de lo que se carece. Es decir, creer que esa persona posee lo que a uno le hace falta. Esto no significa que efectivamente esa persona posee tales características en la proporción percibida, pues se trata de una apreciación parcialmente subjetiva.

La atracción se basa principalmente en las necesidades personales, los recuerdos y las proyecciones.

La parte más fuerte parece ser la de las proyecciones, las cuales en su mayoría provienen del inconsciente. Uno cree carecer de algo por no tenerlo a la vista en el campo de la conciencia, y esto es precisamente lo que se admira en el otro, o sea que la carencia no es real. Debido a ello se dan los fenómenos tan comunes en el estado de enamoramiento como son: la idealización del ser amado; una sensación de estar completo y de bienestar en uno; la negación de las dificultades; la omnipotencia, etc.

Un ejemplo es el caso del hombre de tipo pensante, en el que sobresalen las siguientes características: uso de la lógica; predominancia del pensamiento sobre el afecto; tendencia exagerada al orden; dificultad en el manejo de los sentimientos. Por atracción de opuestos, a este hombre le atraerá una mujer de tipo emocional, que se caracteriza por ser cálida, protectora, afectuosa y poco organizada. Lo que más admira en esta mujer son las

características afectivas que él cree no poseer, por desconocerlas en él mismo. A su vez, ella se siente atraída por aspectos intelectuales que no reconoce en ella misma.

Cuando la atracción se da en las dos personas y las circunstancias son favorables, entonces se forma una pareja.

Definición de pareja

Jung dice que una pareja es como la mezcla de dos sustancias químicas que al juntarse producen una reacción donde ambas sufren una transformación. En dicha transformación, el dolor hace las veces de catalizador, o sea que para que se forme una pareja, ambos miembros tienen que transformarse como individuos y juntos crear algo nuevo y único. Sin embargo, para poder modificar la individualidad hay que pagar el precio con sufrimiento emocional.

También se puede entender a la pareja como una unidad observable, compuesta por dos integrantes que forman un sistema y con un proceso que fluye entre ambos. Como sistema, el resultado es más que la suma de sus partes, y el proceso de pareja es diferente de los procesos de desarrollo de cada uno de los individuos; sin embargo, existe una estrecha correlación entre el proceso personal que se da en los cónyuges y el proceso de pareja.

La función psíquica de la relación de pareja es la expansión de la conciencia de cada uno de los individuos. Dicha expansión no es otra cosa que la integración en la conciencia de las características no conocidas de cada uno de ellos. Este conocimiento surge a través de la confrontación personal que ocurre en la relación de pareja.

Como el cónyuge es una persona que posee características opuestas a las de su pareja y además tiene un trato constante y cercano con ella, existe un máximo de posibilidades para confrontarla con todas sus cualidades y defectos. Para la mayoría de las personas, la relación de pareja es el mejor medio de crecimiento psíquico a su alcance, y la pareja es el terapeuta natural idóneo.

Ahora bien, el crecimiento en pareja solo se da a partir del conflicto conyugal. Cuando los miembros de la pareja empiezan a convivir cotidianamente, todas las expectativas que ambos tenían respecto de la unión conyugal comienzan a enfrentar las posibilidades reales. Muchos de los cambios positivos que se esperaban no se dan. Es decir, cada uno sigue teniendo sus deficiencias, las cuales no han desaparecido por el hecho de convivir con el otro. Por otro lado, salen a la superficie los aspectos negativos del cónyuge, y cada uno enfrenta sus limitaciones en cuanto al manejo de la situación conflictiva.

Manejo del conflicto en la pareja

Como consecuencia de la confrontación surge la decepción, que puede conducir a uno de tres caminos:

1. El camino del desarrollo
2. Estancamiento o conflicto circular.
3. Ruptura de la relación

El camino del desarrollo

Por desarrollo se entiende el proceso integrado por una secuencia de cambios habitualmente acompañados por crisis y que conducen al crecimiento y realización de los potenciales de una estructura.

En el desarrollo de una relación de pareja, al igual que en el desarrollo del individuo, se presentan ciertas etapas más o menos claras, de manera secuencial. El crecimiento puede ocurrir al utilizar las dificultades de la relación conyugal para conocer quién se es en realidad, con todos los aspectos positivos y negativos, y al llegar a ver a la pareja tal como es y poder aceptarla sin necesidad de idealizarla. El reconocimiento de las limitaciones propias y las de la pareja implica sufrimiento, y se requiere de mucho valor para enfrentarlo.

Estancamiento o conflicto circular

Una segunda opción muy común es tomar el camino fácil de acusar a la pareja de todas las cosas que van mal. Todos conocemos las quejas típicas de los recién casados que dicen sentirse defraudados, que el compañero cambió después de la boda, que éste había ocultado sus aspectos negativos, etc. Mediante este recurso, se puede empezar a proyectar en el compañero los aspectos negativos propios, y de esa forma evadir toda responsabilidad e incluso adoptar una posición de víctima para evitar el dolor de ver los aspectos desagradables en uno mismo. Lo más probable es que la otra parte de la pareja, al sentirse atacada, responda a su vez con ataques del mismo tipo, y así se establece un conflicto circular compuesto de acusaciones mutuas.

El conflicto circular impide el avance de la pareja, pues ambos gastan sus energías en atacarse y defenderse. Si esta situación no se resuelve a la brevedad puede conducir a la pareja a un estancamiento más o menos permanente. Según las características de los sujetos, los llevará a un tipo de relación que puede coincidir con alguna de las siguientes categorías diagnósticas:

- Pareja habituada al conflicto
- Pareja que congenia pasivamente
- Pareja carente de vitalidad

Ruptura de la relación

La tercera opción consiste en que, ante las dificultades o como consecuencia del estancamiento, sobreviene la ruptura de la relación debido a la incapacidad de los cónyuges para enfrentar aspectos de su personalidad que les resultan inaceptables.

La mayoría de los sujetos vuelven a establecer una relación de pareja en el futuro, en la cual tendrán que volver a vivir conflictos semejantes y continuar el ciclo desde el punto en que lo habían interrumpido. La conclusión es que todos los conflictos de pareja son en esencia conflictos de él con él y de ella con ella.

La mayoría de las parejas que buscan terapia lo hacen después de un tiempo de estar en un estancamiento, sin poder salir por ellos mismos o ante la inminencia de la ruptura.

Bases de la terapia de pareja

La terapia de pareja se basa en los siguientes supuestos:

- La pareja se forma por atracción de opuestos.
- El sujeto proyecta sus conflictos en su pareja.
- El conflicto conyugal es el elemento principal del crecimiento.

Al expandirse la conciencia, los sujetos avanzan en su desarrollo y el proceso de pareja fluye, es decir, sale del estancamiento.

La función principal de la terapia consiste en enseñar a los cónyuges a dejar de rehuir o negar el conflicto, a aceptarlo como parte inevitable de la relación y usarlo como medio de crecimiento.

En la terapia de pareja no se pretende:

- Extinguir el conflicto, pues esto, aparte de improductivo, puede conducir a restarle vitalidad a la relación conyugal y a generar otro problema.
- Ayudarles a ser felices o hacerlos felices.
- Negar las diferencias individuales o hacer negociaciones para que vivan en armonía total.
- Pacificarlos ni tranquilizarlos.
- Que los dos se lleven bien.

Metas de la terapia de pareja

- Ayudar al proceso natural de desarrollo de los dos individuos a través del proceso de vivir en pareja.
- Ayudar a los individuos a conocer sus conflictos personales a partir del conflicto conyugal.
- Abrir los conflictos y canalizar su energía para que lleve a la expansión de la conciencia de cada uno de los cónyuges y vitalice a la vez el proceso de desarrollo de la pareja.
- Enseñar a usar las características opuestas y las diferencias como medios de crecimiento, en lugar de tomarlos como instrumentos de separación.
- Hacerles ver que las crisis son inevitables y que se pueden usar productivamente.
- Mostrar que los conflictos pueden tener sentido y ser útiles en el desarrollo individual y de la pareja.

- Trabajar el proceso que se da entre los cónyuges, específicamente la parte que origina comportamientos no funcionales para la relación de pareja.
- Facilitar el desarrollo psicológico del individuo a través de la interacción con la pareja.

Técnicas terapéuticas

Se usan tres grupos de técnicas:

- Técnicas de control.
- Técnicas de tracking (seguimiento o rastreo).
- Técnicas de fijación.

Técnicas de control

El terapeuta requiere estar a cargo de lo que sucede en la sesión; saber qué está sucediendo para saber cómo actuar.

Técnicas de rastreo o "tracking"

Tracking es la descripción que hace el terapeuta de lo que le sucede al esposo, a la esposa y de lo que ocurre entre ambos de acuerdo a lo que se observa en las sesiones, y con énfasis en los opuestos. El tracking puede ser superficial o profundo. El superficial consiste en la descripción de lo que sucede en la sesión, lo que el terapeuta capta a simple vista, o sea, lo que hacen y dicen. El tracking profundo consiste en hablar acerca de lo que se infiere que pasa entre ellos en su relación de pareja. Esto lleva a la conducción del proceso que culmina en la expansión de la conciencia.

Técnicas de fijación

La pareja no puede cambiar puesto que ambos fijan su atención en cómo deberían ser las cosas (lo que no existe en realidad), en vez de ver lo que realmente existe; es decir, lo que están haciendo, sintiendo y pensando en el presente.

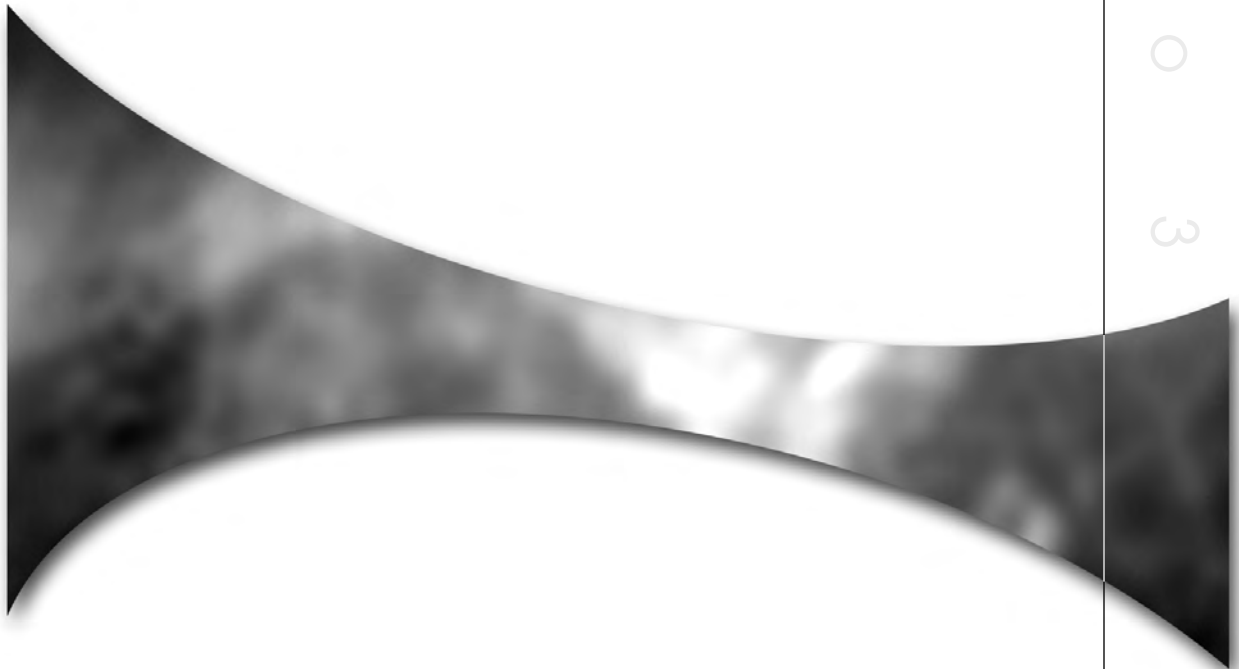
El terapeuta les señala lo que realmente hacen, pues si su atención se centra en lo que están haciendo, podrán entenderlo y será más probable que posteriormente sobrevengan los cambios positivos. Lo anterior significa que si se fijan en el conflicto, paradójicamente se estará facilitando que este fluya y se rompa así el estancamiento; además, la energía liberada impulsa a que el proceso de la pareja siga avanzando.

Se concluye que en el conflicto conyugal están presentes todos los elementos de la solución a los problemas de desarrollo del individuo y de la pareja, y por tanto en la terapia se trata de aprovechar dichos elementos.

Referencias

1. Berman EM, Lief HI. Marital therapy from a psychiatric perspective: An overview. *Am J Psychiatry* 1975; 132:583-592.
2. Jung CG. *Arquetipos e inconsciente colectivo*. Buenos Aires: Paidós; 1984.
3. Stevens A. *Archetypes*. New York: Quill; 1983.
4. Levinson DJ, Darrow CM, Klein EB. *The psychosocial development of men in early adulthood. Life research in psychopathology*. Miniápolis: University of Minnesota Press; 1974.
5. Sanford JA. *The invisible partners*. Ramsy, NY: Paulist Press; 1980.
6. Greene L. *Relating*. York Beach, Maine: Samuel Weiser Inc.; 1977.

LA FAMILIA
ANTE LAS
ENFERMEDADES
CRÓNICAS



Luz María Rojas Amado

3.1. Padecimientos congénitos y hereditarios. Repercusiones emocionales e intervenciones psicoterapéuticas

Aspectos generales

Una enfermedad grave tiene efectos psicológicos y sociales importantes, tanto para el paciente como para su familia. Las repercusiones de la enfermedad en el individuo no solo se refieren a sentimientos desagradables como ansiedad, depresión, rechazo, frustración o conflicto; sino que también perturban las relaciones interpersonales y la dinámica familiar por la pérdida de la autoestima, de la motivación o de la autonomía, o bien por la incapacidad de adaptación.

Si comparamos la enfermedad aguda con la crónica vemos que en la primera, existe una situación crítica que afecta al individuo y a la familia, pero se resuelve con el retorno al estado de salud o con un desenlace; en cambio, la enfermedad crónica requiere otras formas de adaptación, en la que el paciente y su familia tendrán que incorporar la enfermedad a su vida cotidiana; con todas las repercusiones de esta en la estabilidad emocional, la energía y los recursos económicos (1).

Es importante recordar que los padecimientos crónicos pueden ser adquiridos, congénitos o hereditarios. La enfermedad adquirida la mayor parte de las veces se debe a factores externos (a veces combinados con elementos genéticos), como por ejemplo, la predisposición a sufrir infecciones. La enfermedad congénita es la que se manifiesta al nacer y puede ser de origen infeccioso, por ejemplo, los efectos de la rubeola en el recién nacido. Por último, la enfermedad hereditaria se debe a la codificación genética y puede o no tener manifestaciones congénitas, como la corea de Huntington.

Para comprender mejor la etiología de los trastornos hereditarios se les puede clasificar en tres grandes grupos:

- 1) Cromosómicos. Son aquellos en los que existen alteraciones en el número o estructura de los cromosomas. Como ejemplo tenemos la trisomía 21 (síndrome de Down), la 13 y 18.
- 2) Mendelianas simples. Las determinadas por un solo par de genes, localizados en el cromosoma X, y que pueden ser dominantes, recesivas o codominantes (en las que se

puede deducir el genotipo a través de su manifestación en el fenotipo). Y las localizadas en los autosomas, como por ejemplo las distrofias musculares de Duchenne y de Becker.

- 3) Multifactoriales. En donde la interacción del efecto de varios pares de genes con el efecto de influencias importantes en el ambiente en que se desarrolla el individuo dan como resultado el fenotipo. En la herencia multifactorial no se puede inferir la constitución genética de las personas, porque se desconoce cuántos y cuáles genes intervienen, así como si estos están ligados al sexo autosómicos. De ahí que lo que se transmite de padres a hijos es una predisposición para desarrollar determinado padecimiento que se manifestará cuando haya un ambiente propicio. Son ejemplos el labio y paladar hendidos, la luxación congénita de cadera, las cardiopatías congénitas, los defectos del cierre del tubo neural, entre otras (2).

En cuanto a las reacciones emocionales existen diferencias entre los padecimientos inicialmente mencionados, pues en la enfermedad adquirida la persona ha podido percibirse como normal, pero debido a una causa generalmente externa ha perdido la salud. En la enfermedad congénita no ha existido esta percepción de normalidad, ya que desde el nacimiento se detectó la anormalidad y se realizaron estudios y tratamientos médicos, la mayor parte de las veces dentro de un hospital. En la enfermedad hereditaria, además de las características anteriores, se agrega el malestar de saber que un progenitor o la persona afectada llevan dentro de ellos la anormalidad

Manifestaciones clínicas de las enfermedades congénitas y hereditarias

A continuación se mencionan algunas manifestaciones clínicas de las enfermedades congénitas y hereditarias:

- a) Malformaciones físicas visibles, como talla baja, labio y paladar hendidos o aquellas que afectan la imagen corporal.
- b) Retardo mental, que puede variar desde la inteligencia limítrofe hasta el retardo mental grave, para el que se necesita supervisión o una relación de dependencia de adultos.
- c) Alteraciones funcionales como los trastornos del metabolismo que requieren dietas o tratamientos desde temprana edad, como en la fibrosis quística.
- d) Esterilidad e infertilidad que impiden tener hijos.
- e) Individuos fenotípicamente sanos, capaces de reproducirse, pero que son portadores balanceados de algún padecimiento hereditario.

Se ha señalado que para vivir con una enfermedad crónica se requieren muchos ajustes internos y externos en el paciente y en su familia. Algunas personas los logran con mayor facilidad que otras, dependiendo de sus antecedentes previos, del éxito o fracaso en experiencias traumáticas anteriores, de su fuerza y energía internas o de su actitud ante la vida.

3.1.1. Factores que intervienen en la adaptación a la enfermedad crónica

Steinhauer et al. (3) analizaron diferentes aspectos de la enfermedad crónica en los niños y enumeraron varios factores que producen reacciones emocionales que, al interactuar con antecedentes familiares, facilitan o dificultan la adaptación. Dichos factores son:

- 1) **El hecho de que la enfermedad sea adquirida o congénita.** Los padecimientos de tipo congénito y hereditario intensifican los sentimientos de culpa y de responsabilidad.
- 2) **La gravedad de la enfermedad, el pronóstico y la disponibilidad de tratamiento efectivo.** Mientras más amenazante sea la enfermedad, al grado en que ponga en peligro la vida del niño o tenga efecto progresivo, mayor tensión implicará para la familia.
- 3) **La edad del paciente al principio de la enfermedad y el diagnóstico.** Si el diagnóstico se hace al nacer el niño, la familia nunca lo percibirá como un ser normal. Generalmente, las expectativas que se tenían para con él se verán alteradas debido a la enfermedad. En cambio si la enfermedad se diagnostica cuando la personalidad del niño se ha desarrollado, la familia habrá tenido tiempo para considerarlo normal, lo cual aumenta el sentimiento de pérdida y depresión.
- 4) **La presencia de trastornos emocionales preexistentes dentro de la familia.** Si bien la presencia de una enfermedad crónica afecta a todos los miembros de la familia, existen dos situaciones que son especialmente amenazantes: primero, cuando la enfermedad se presenta en un hijo con el cual las relaciones ya estaban tirantes; segundo, cuando el matrimonio de los padres ya estaba funcionando mal y se hallaba al borde de la ruptura.
- 5) **La naturaleza y el efecto de la enfermedad.** El dolor o las limitaciones de la enfermedad pueden hacer que un niño se vuelva exigente, irritable y desagradable. Estos mismos rasgos provocan presiones adicionales y evocan sentimientos de resentimiento, de culpa y de insuficiencia en los padres, especialmente en la madre. Si la enfermedad es claramente visible y suele generar sentimientos de rechazo o aversión en los demás, la percepción del malestar de los otros es un serio golpe al deseo natural de todo progenitor de tener un hijo atractivo, sano, que lo haga sentirse orgulloso.
- 6) **Los efectos del programa de tratamiento dentro del hogar y las restricciones de la vida familiar.** Algunas enfermedades exigen un riguroso programa de cuidados y restricciones en el hogar, como en la enfermedad fibroquística, la diabetes juvenil, etc. Estas demandas, a pesar de ser necesarias, suelen causar resentimiento en el niño que recibe el tratamiento. La resistencia que el niño opone al programa impuesto genera en los padres tensiones adicionales. A veces, la impaciencia y el resentimiento de los padres se convierten en sentido de culpa.
- 7) **La presencia de otros hermanos afectados.** La reacción de los padres puede verse afectada en diferentes formas si el niño enfermo es el primero o el subsiguiente; si es el único o si hay hermanos sanos. Cuando hay otros hijos sanos, especialmente en los casos en que el factor hereditario ha quedado demostrado, los sentimientos de insuficiencia y de infelicidad de los padres pueden ser más soportables. Obviamente, los padres que tienen más de un hijo afectado o que han perdido a un hijo por la enfermedad experimentan más dificultades que otros para adaptarse a la enfermedad de otro hijo más.

- 8) Hospitalizaciones y procedimientos quirúrgicos frecuentes.** Las enfermedades que requieren frecuentes hospitalizaciones y cirugías generan en los padres presiones adicionales. Los niños, sobre todo los muy pequeños, no comprenden la necesidad de la hospitalización y encuentran la situación atemorizante y dolorosa. Como resultado de ello se sienten castigados o abandonados por los padres, cuya incertidumbre y culpa se verán intensificadas si el niño se muestra resentido y está sufriendo. A veces los padres presencian el dolor del hijo sin poder hacer absolutamente nada para remediarlo.
- 9) El costo de la enfermedad.** Aun cuando se cuente con servicios de medicina socializada, toda enfermedad crónica tiene costos extras, como dietas especiales equipo, pasajes, etc. Para las familias con recursos económicos limitados estos gastos son una fuente más de presión y ansiedad, lo cual a veces obliga a la madre a buscar trabajo o al padre a solicitar una doble jornada para que los recursos alcancen. Cansados, llegan a su casa a cumplir con las demandas de administración y supervisión de un programa de manejo y restricciones que el niño no acepta. El círculo es vicioso, ya que tanto las necesidades emocionales de los padres como las del niño no se satisfacen. Por eso el rompimiento de las familias donde existe una enfermedad crónica es muy elevado (3).

3.1.2. Cambios en la dinámica familiar

La familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo, las cuales varían de acuerdo con la cultura; otras son específicas de cada familia, y también las hay universales. Dichas tareas se ven influidas por las vivencias y valores que los padres tuvieron en sus familias de origen, así como por sus condiciones socioculturales. Ya se han mencionado los diferentes tipos de familia, las formas de relación dentro de ellas y las funciones que le dan persistencia, como las de encargarse de la socialización de los hijos y de transmitir la ideología de una sociedad determinada; además de las de satisfacer necesidades físicas, emocionales y sociales tales como la reproducción, protección, alimento, salud, afectividad, disciplina, ayuda mutua y otras.

También se sabe que la familia está en constante dinamismo y sigue un proceso histórico que se inicia con la formación de la pareja. Sufre un cambio radical en sus pautas transaccionales con el nacimiento del primer hijo, ya que las funciones de los cónyuges deben cambiar para enfrentar los requerimientos del niño. Este evento también trae consigo una nueva definición de las fronteras con la familia extensa, la cual habitualmente puede apoyar u orientar a la familia en esta etapa.

Posteriormente nacerán otros hijos, que luego serán adolescentes y adultos y formarán sus propias familias; con lo que los padres se convertirán en abuelos y la pareja inicial se desintegrará por la muerte de alguno de los cónyuges y finalmente desaparecerá (4).

La familia, pues, sufre períodos de crisis que requieren cambios y ajustes para superarlas. Se define como crisis cualquier evento que de alguna manera rompe el equilibrio o la homeostasis familiar, como el nacimiento de un hijo, la enfermedad o la muerte de alguno de los miembros de la familia, etc.

En la familia mexicana existen expectativas sociales y culturales de lo que se considera una "familia normal" que se sustentan de expectativas previas y con influencia de los medios de comunicación masiva en la sociedad. Una de estas expectativas es el deseo de

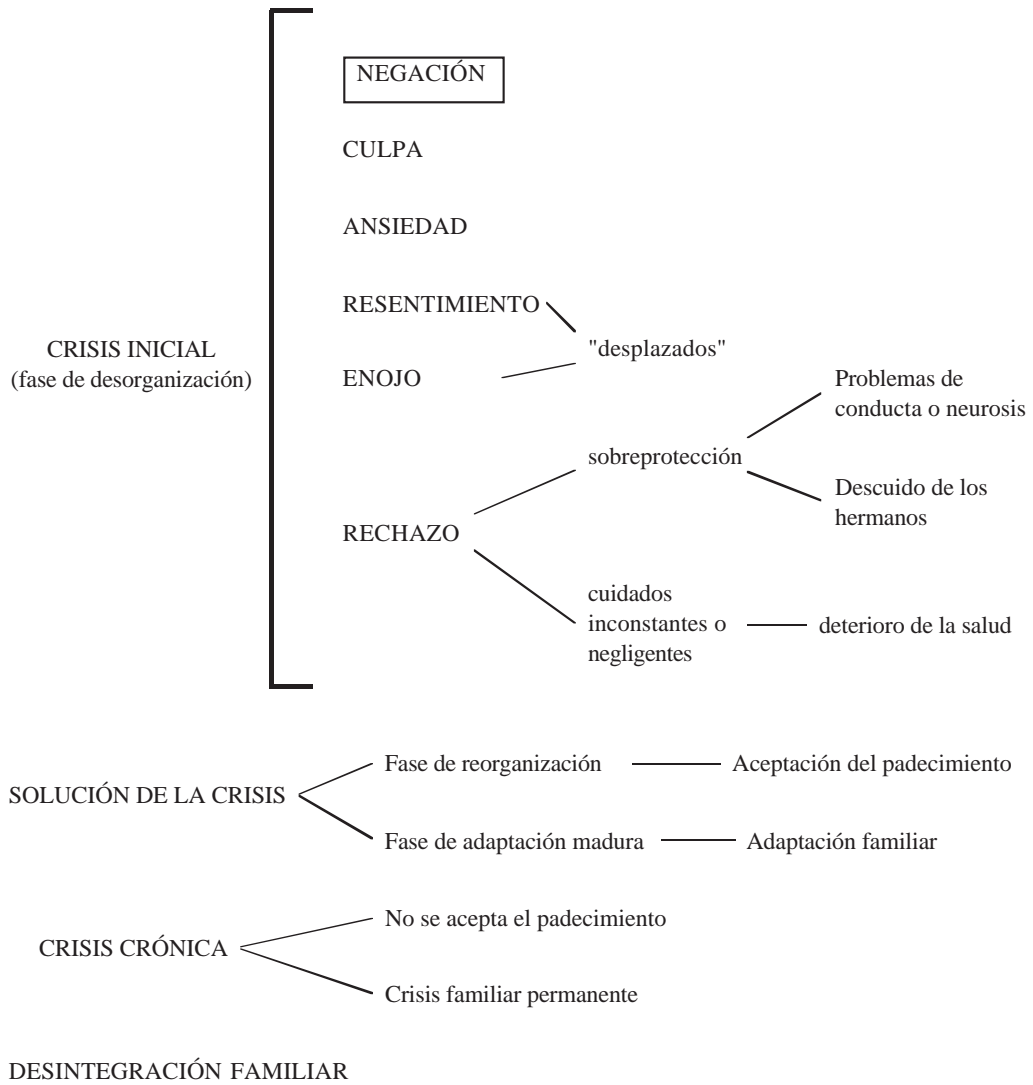
tener hijos. Los hijos simbolizan muchas cosas para una pareja; en primer lugar la corroboración de haber cumplido con una expectativa social; los hijos vistos como la extensión de uno mismo, una forma de crear y de trascender, la garantía de seguridad emocional y económica para la vejez y hasta el orgullo de una posesión personal. Así se puede entender que cuando nace un hijo con un padecimiento crónico, los padres sienten "haber fallado", como si se tratara de una acción voluntaria. Esto implica enfrentar el repudio social y sentir vergüenza en vez de orgullo al mostrar la progenie; significa fracasar en la necesidad de trascendencia y perder la seguridad en el futuro, ya que no solo no van a recibir el apoyo de ese hijo cuando lleguen a la vejez, sino que tendrán la responsabilidad de cuidarlo y protegerlo por tiempo indefinido.

Esta situación puede acrecentar los problemas persistentes o despertar problemas latentes y crear, desde luego, cambios importantes en la dinámica familiar; en ocasiones se protege al niño enfermo y se pierde la intimidad de la pareja. En muchos casos los hermanos pueden sentirse relegados y otros se avergüenzan del enfermo y rehuyen tener amigos o establecer relaciones formales. También es importante la actitud de la familia extensa, ya que puede haber rechazo o culpar a alguno de los progenitores. Cuando ya existe otro miembro con malformaciones o enfermo, esto puede utilizarse para culpar a la pareja o a la familia. Y en algunos casos de padecimientos ligados al cromosoma X, el esposo puede culpar a la pareja que transmitió el gen anormal e incluso abandonarla.

En la figura 1 se encuentran las reacciones psicológicas que pueden presentarse en la familia ante un padecimiento hereditario, según la propuesta de Steinhauer et al. (3).

Figura 1

**Reacciones psicológicas que pueden presentarse en la familia
ante un padecimiento hereditario**



3.1.3. Problemas emocionales en los padres de hijos con alteraciones genéticas

Otras causas que también influyen en la respuesta al problema son las características de la personalidad de los padres, la relación de la pareja, las experiencias previas, la edad y las expectativas y el optimismo existentes antes del nacimiento del hijo. Son varios los factores de los cuales depende que algunos padres se adapten a la situación y otros reaccionen irracionalmente, negando los hechos o sintiéndose víctimas. Se pueden presentar problemas maritales, alejamiento de las actividades sociales, disminución de la capacidad para divertirse, aislamiento y depresión. Hay quienes sufren cambios psicológicos como pérdida de la autoestima, ansiedad y culpa; reacciones que tienen que resolverse para que no impidan la adaptación al problema genético.

Targum describe tres reacciones características que se presentan en estos casos: daño a la autoestima, respuestas defensivas y depresión (5).

Daño a la autoestima. Para muchos padres el nacimiento de un hijo es el resultado de la unión con la pareja; para otros representa la extensión de ellos mismos; por lo que un problema de este hijo puede verse como una falla en el producto de la unión o una pérdida personal en la realización de sus potencialidades. Esto puede llevar a los padres a ver a sus hijos totalmente defectuosos y no solamente la parte del organismo afectada.

Hay padres que ven elementos negativos en ellos mismos y sienten que sus defectos han quedado expuestos; algunos niegan el diagnóstico genético y se centran en atributos positivos. También puede darse que se rechace al niño con problema y se tenga preferencia por un hijo sano. Las personas con baja autoestima pueden interpretar el defecto del niño como confirmación de propio su defecto. Y a veces a todo esto se suma la respuesta negativa de los familiares y amigos.

Depresión. Los sentimientos de angustia, pena, aislamiento y apatía pueden llevar a las personas a la depresión. De allí la importancia de resolver esos sentimientos con un duelo efectivo, ya que cuando no se expresan directamente o se aplazan, pueden ocasionar cambios negativos en las relaciones con la pareja, la familia, los amigos o la sociedad, debido a la irritabilidad, los sentimientos de culpa y la pérdida de la cordialidad. Esto, aunado al cuidado especial requerido por algunos niños, puede ocasionar sufrimiento crónico, agravado por su situación de dependencia de los padres.

Respuestas defensivas. A través de mecanismos de defensa psíquicos, la personalidad trata de defenderse contra la ansiedad y la frustración y aliviar así tensiones internas. Dichos mecanismos de defensa se ponen en juego automáticamente y se seleccionan de manera inconsciente. En casos de trastorno genético en la descendencia se pueden observar los siguientes:

Negación: Mecanismo que permite al individuo no ver los aspectos desagradables de sí mismo o la realidad circundante. Por ejemplo, algunos padres intentan negar parte de los hechos, o buscan múltiples consultas a fin de encontrar una evaluación más optimista. Otros rechazan definitivamente la idea de consultar al médico, y hay quienes piensan que algunos tratamientos no médicos puedan lograr que el niño sea normal.

Proyección: Consiste en atribuir sentimientos propios, generalmente indignos o peligrosos, a otra persona. En estos casos se culpa al médico, a la pareja o a familiares; lo que provoca tensiones maritales, distanciamiento emocional, separación o divorcio.

Represión: Consiste en excluir pensamientos dolorosos de la conciencia. Por ejemplo, los padres de un recién nacido con alguna malformación, olvidan que el médico les dijo que había que operarlo a los tres años.

Racionalización: Se da cuando se encuentran razones lógicas pero falsas para explicar la conducta. Dichas razones protegen a la persona porque ya no tiene que admitir su debilidad o sus fallas. Por ejemplo, hay padres de niños con retardo mental que les proporcionan una estimulación temprana exagerada para abatir el retardo.

Formación reactiva: Para evitar los deseos peligrosos o sentimientos de angustia, el individuo se protege exagerando actitudes o siguiendo conductas opuestas, o bien expresando sentimientos contrarios a los verdaderos. Por ejemplo, hay padres que rechazan a sus hijos y desean que fallezcan; entonces su mecanismo de defensa es la protección excesiva.

Compensación: Se trata del intento de neutralizar un defecto o carencia poniendo de relieve otro aspecto positivo. Por ejemplo, los padres de un niño con el labio y el paladar hendidos insisten en que su hijo es muy inteligente.

Desplazamiento: Descarga de sentimientos acumulados, generalmente hostiles, sobre personas, animales u objetos menos peligrosos. Por ejemplo, los sentimientos hostiles se desplazan a la sirvienta o al perro.

Sublimación: La reacción positiva es dirigir por un canal socialmente aceptado los impulsos censurables o reprobables de sí mismo. Esto permite que los padres manejen adecuadamente la situación, al involucrarse en organizaciones de caridad o grupos de autoayuda. Así pueden superar la tragedia y hacer su vida más satisfactoria (6,7).

Fantasía: Se trata de la satisfacción de deseos frustrados con realizaciones imaginarias. Por ejemplo, hay padres que fantasean que sus hijos con retardo mental van a hacer una carrera profesional exitosa.

Fijación o estereotipia: Es la interrupción del comportamiento normal durante períodos variables de tiempo. Por ejemplo, hay personas que interrumpen sus actividades planeadas o cotidianas y se enfrascan en una rutina de conducta enajenada para no enfrentar el problema.

Pensamiento mágico: Fantasías de poder sobrehumano sobre sí mismo u otras personas. Por ejemplo, pensar que algo milagroso va a solucionar el problema genético.

El nacimiento de un hijo con defecto genético esta frecuentemente asociado con pensamientos o sentimientos de culpa o vergüenza en los padres. (8) Estas reacciones suelen influir en otras áreas del funcionamiento de la persona y pueden ser de corta duración o persistir por largos períodos de tiempo. Así, los padres de los niños con problemas genéticos frecuentemente buscan conexiones causales entre el defecto y acciones anteriores, pensamientos, fantasías o deseos. Hay personas propensas a la culpa y otras a la vergüenza.

Culpa: Está asociada con un sistema de pensamiento con o sin fundamento racional, en el que se espera una relación de causa y efecto. Se asocia con reproches a sí mismo por haber violado algunas prohibiciones. Por eso en la reacción de culpa el individuo se siente responsable.

La culpa tiene diferentes grados: aflicción, enfado o disgusto, perturbación, humillación o mortificación. En los niveles menos avanzados el enfoque es externo, por lo que se presenta el miedo al castigo, y en los más avanzados hay un centro cognoscitivo interno (superyo en la teoría psicoanalítica), por lo que domina el autorreproche, el juicio negativo de sí mismo y el remordimiento. Hay padres que tienen sentimientos de culpa por haber consumido drogas o ingerido alcohol; por lo que establecen una relación causal con el trastorno, muchas veces sin fundamento. Los sentimientos de culpa se incrementan cuando las circunstancias alrededor de la causa del defecto son ambiguas, o cuando el diagnóstico y el riesgo de recurrencia son inciertos.

Vergüenza: Se asocia con respuestas anticipadas de desaprobación externa, ridículo o desprecio. Se da por una falla en el logro de los objetivos o ideales. Es un estado psicológico más pasivo asociado a sentimientos de insuficiencia. Las reacciones a la vergüenza se dividen, al igual que las de la culpa, en menos avanzadas, cuando esta se siente en relación con los demás y por eso se tienen reacciones de huida. Las más avanzadas están en relación con uno mismo. Así, se ven acciones para esconder los defectos del niño, como por ejemplo, dejarle el pelo largo para que no se le vea la oreja mal formada, o los aparatos para la sordera, o bien tratar de esconder al niño. En las menos avanzadas, se puede exhibir al niño o decir que es superior a otros en algunos aspectos, con cierta arrogancia.

3.1.4. Repercusiones emocionales en el niño

Los padecimientos genéticos crónicos que ocasionan en el niño alguna incapacidad física amenazan el desarrollo de su personalidad, provocando repercusiones emocionales de varios tipos:

- a) **Sentimientos de frustración**, al tener dificultades o ser incapaces de realizar algunas actividades propias de los niños normales de la misma edad.
- b) **Dependencia o una actitud demasiado exigente**, debido a que los padres adoptan una actitud sobreprotectora o muy solícita; con lo que el niño se siente diferente de los demás.
- c) **Irritabilidad**, al considerar que la enfermedad física tiene un significado único para el y sus padres, ya que al enfermar le ocurren cosas extrañas y nuevas que no comprende. No se siente bien y no sabe por qué está enfermo; se siente irritable y a veces desea estar solo.
- d) **Ansiedad**, que se intensifica en relación a la que presentan los padres, quienes pueden sentirse culpables y ansiosos por su influencia en la enfermedad o su fracaso en prevenirla, siendo ellos la fuente más significativa de ansiedad en los niños.
- e) **Temor** a alguna operación, con pánico ante la pérdida de la integridad somática y la fantasía de mutilación, así como la restricción del movimiento que conduce a la irritabilidad y el enojo.

Existen intervenciones quirúrgicas que llevan a restricciones de la actividad física que el niño no comprende, lo cual puede generar conflictos al hacer presión para mantener la inactividad. En padecimientos crónicos como las alteraciones cardíacas, donde las restricciones suelen ser prolongadas, hay cambios en las actividades sociales del niño. Muchos se ven afectados por la segregación en la escuela, se sienten diferentes y rechazados. Añoran la identificación con sus compañeros y las actividades que se realizan tanto en la escuela como en casa. Efectos resultantes de las restricciones son la hostilidad, la ansiedad y la baja autoestima, con niños pasivos que aceptan las restricciones o se resignan. Otra reacción habitual es la rebelión, ya que algunos niños reaccionan con resentimiento, culpando a otros de su enfermedad o incapacidad.

El significado de la enfermedad varía en cada niño y depende de su experiencia pasada y de las actitudes de los padres; por lo que hay reacciones como el sentimiento de culpa y el temor a la creencia de que la enfermedad es un castigo. Esto se presenta principalmente en casos en que los padres, al corregir a sus hijos, tienen la tendencia a decirles: "ya te había advertido que si te portabas mal, ibas a recibir un castigo". Así, el niño cree que la enfermedad es un castigo, y si el tratamiento es doloroso, lo considera merecido.

También es frecuente observar cierto grado de regresión a niveles más tempranos del funcionamiento emocional. Esto se produce como un mecanismo de adaptación contra la ansiedad. La regresión depende de la gravedad de los trastornos emocionales y de la edad del niño, ya que cuanto más pequeño es, con más rapidez se presenta la regresión; depende, además, de la duración de la enfermedad y en general de las conductas adquiridas más recientemente como hábitos y normas sociales que son las primeras en desaparecer.

Por otro lado, las reacciones de dependencia son las que persisten más en los niños, ya que les han dado seguridad y satisfacciones durante la enfermedad y son las llamadas ganancias secundarias, difíciles de abandonar.

Las reacciones psicológicas a la enfermedad también se extienden a las secuelas, pues el niño va conociendo sus limitaciones debidas al padecimiento. Puede haber limitaciones físicas, lo cual afecta su capacidad de competencia e influye sobre su ambiente social, su sentido de adecuación personal y el desarrollo de sus motivaciones.

Es importante recordar que hay niños crueles en el trato de sus compañeros con defectos físicos u otras deficiencias; pueden inclusive poner apodosos y burlarse de estos, ocasionando traumas psicológicos en una etapa en la que debiera alcanzarse un nivel de madurez de la personalidad como es la etapa escolar.

Los factores psicológicos continúan influyendo cuando el estrés es prolongado y se requiere la adaptación por parte de la familia y el individuo. La forma de adaptación se deriva de las primeras fases de la enfermedad.

También se pueden dar algunas reacciones positivas ante el padecimiento, ya que a veces los problemas emocionales son mínimos cuando se maneja bien la enfermedad y la experiencia llega a ser constructiva. Por ejemplo, una adolescente con un cociente intelectual fronterizo decide dedicarse a aprender alguna artesanía de su agrado.

El de la imagen corporal es un aspecto muy importante y útil en la comprensión de los efectos de la enfermedad crónica. Se refiere al concepto del propio cuerpo, y está integrado por impresiones subjetivas del esquema somático y la forma en que se percibe en rela-

ción con el mundo exterior, en función de las expectativas de crecimiento y desarrollo. Esta imagen se constituye a partir de las experiencias gratas y punitivas que el mundo brinda. Las desviaciones de las características somáticas pueden dañar la autoimagen. Es importante vincular este concepto con la salud física y con la enfermedad. Una pobre imagen propia se relaciona con un cierto grado de ansiedad y tensión, lo cual suele producir manifestaciones psicofisiológicas. Así mismo, la mala salud puede minar la autoestima y distorsionar la autoimagen. Se ha señalado que la actitud de una persona discapacitada puede estar en relación con la naturaleza de la incapacidad: el niño con una limitación o deficiencia ortopédica adquirida, por ejemplo, estima más su cuerpo que el que tiene una anomalía congénita (6).

3.1.5. Alteraciones emocionales en el adolescente y el adulto

Es importante recalcar las repercusiones emocionales que presentan algunas personas desde la pubertad debido a alteraciones en la anatomía o en las funciones relacionadas con la reproducción humana, como en los síndromes de Turner, Klinefelter y las disgenesias gonadales.

Las pacientes con síndrome de Turner desde la adolescencia se sienten afectadas por la talla baja, la falta de desarrollo mamario y de menstruación y el problema de la esterilidad, lo que aunado a otras deficiencias, ocasiona la mayor parte de las veces daño a la autoestima (9).

No se debe olvidar que nuestra cultura concede gran valor a la reproducción humana. Habitualmente las mujeres consideran que la falta de hijos significa un fracaso en el desempeño de su papel femenino, y para el hombre la incapacidad para fecundar a la mujer tiene connotaciones similares. Por eso las personas con problemas de esterilidad o infertilidad muchas veces se sienten anormales al no encajar dentro de su marco psicosocial, por lo que sufren conflictos emocionales.

Los problemas psicológicos pueden ser desde leves hasta graves, llegando a formar cuadros de psicopatología de intensidad variable y presentación repetida. Entre las reacciones iniciales más frecuentes está la negación, después las obsesiones, la angustia, los sentimientos de vergüenza, el aislamiento y la depresión. En ocasiones esta situación puede llevar a las personas a problemas de alcoholismo o drogadicción y les impide establecer una relación de pareja adecuada. Cuando hay esterilidad, las parejas pueden interpretar el hecho de no tener hijos como una evasión de su responsabilidad social. La frustración lleva a sentir el problema como una amenaza a sus objetivos de vida, y la crisis puede conducir a la separación de la pareja (10).

En estudios de pacientes a los que se informó acerca del resultado positivo de la enfermedad de Huntington, se encontró que algunos reaccionaron con sorpresa, otros se sintieron frustrados y algunos tuvieron reacciones devastadoras (11,12,13). En pacientes con fibrosis quística se encontró que tenían baja autoestima y atribuían sentimientos negativos a otros portadores, más que a sí mismos, como un mecanismo de defensa (14).

3.1.6. Trato al niño en el hogar

En el hogar se puede ayudar de diferentes formas al niño con padecimientos genéticos, de manera que se atiendan adecuadamente sus necesidades emocionales, físicas y mentales.

En primer lugar, lo más importante es que los padres resuelvan la inquietud o ansiedad causada por la enfermedad del niño, ya que estas reacciones repercuten directamente en él. Para esto hay que proporcionar a los padres información sobre la historia natural de la enfermedad, de acuerdo a su nivel de comprensión. Es crucial que los padres comprendan que no deben prestar al niño una atención excesiva ni mostrar actitudes demasiado protectoras, indulgentes o solícitas, ya que suelen provocar dependencia o conductas exigentes, muy comunes en los niños con padecimientos crónicos. Estas actitudes privan al niño de experiencias importantes para su adecuado desarrollo.

Es recomendable que el paciente esté integrado al núcleo familiar, por lo que se debe orientar a los padres para que lleven una vida lo más normal posible, sin excluir que el niño haga los deberes. Los padres deben fomentar en el niño una conducta normal como la de los otros hijos, sin permitirles berrinches o exigencias mayores. El niño debe mostrar disciplina y ser obediente, además de desempeñar responsabilidades de acuerdo a sus capacidades, incluso en actividades fuera del hogar, para ayudarlo a sentirse mejor.

Lo más conveniente es que tanto los padres como el niño acepten la enfermedad, conozcan sus limitaciones, aclaren sus expectativas y admitan responsabilidades de acuerdo a su capacidad, sobre todo cuando el niño asiste a alguna escuela o recibe lecciones en casa. Es importante mantener al niño ocupado, sin forzarlo a realizar actividades que excedan sus capacidades físicas o mentales, lo que a veces se hace para compensar sus deficiencias.

En cuanto a los niños con deformidades, es importante no mostrarles lástima por el riesgo de que el niño también experimente tal sentimiento, en menoscabo del desarrollo adecuado de su autoestima. Hay que minimizar los rasgos indeseables, resaltar otros positivos y hacer interesante la vida del niño con diversas actividades y experiencias novedosas.

En los casos de niños con defectos irremediabiles, hay que enseñarles a enfrentar la vida con su impedimento; aceptando que es lamentable, pero que hay formas de adaptación, sin avergonzarse y compensando las limitaciones con el desarrollo de otras habilidades. Una forma de manejo es minimizar el defecto, lograr que el niño lo supere y adquiera confianza en sí mismo sin verse afectado por comentarios o bromas y enseñarle a defenderse.

Los amigos son convenientes, pero deben ser seleccionados para que no exciten o hieran al niño; en ocasiones, puede ser preferible que se trate de niños mayores que el paciente. Si el niño con problemas genéticos logra adaptarse adecuadamente, puede llevar una vida feliz y útil (6).

3.1.7. Atención intrahospitalaria

El médico general, el familiar, el ginecoobstetra y el pediatra son figuras claves en la prevención, detección y canalización de problemas genéticos, y pueden realizar genogramas para detectar individuos en riesgo de sufrir algunas alteraciones hereditarias frecuentes (15,16).

Lo deseable es que los padecimientos crónicos hereditarios sean atendidos por un equipo multidisciplinario de profesionales: médicos de diferentes especialidades, enfermeras, psicólogo, trabajadora social, terapistas y otros que pueden aportar diferentes elementos diagnósticos y terapéuticos para ayudar al paciente y su familia.

Una vez establecido el diagnóstico, tanto el paciente como sus familiares deben conocerlo, por lo que es importante que el asesor genetista proporcione información clara, precisa y oportuna acerca de la historia natural de la enfermedad y la atención o tratamiento que se pueda ofrecer, las repercusiones presentes y futuras y las limitaciones en el desarrollo. Un aspecto importante es la consignación de todos los estudios en un expediente clínico, para permitir un seguimiento de la evolución del padecimiento, ya que a veces los pacientes están atendidos por diferentes profesionales que no conocen la historia o los problemas que han surgido.

Generalmente se supone que los niños no deben tener conocimiento de su enfermedad, por creer que de esta manera se les protege de su impacto cruel, por lo que no se habla del padecimiento ni del tratamiento. Sin embargo, está demostrado que al niño lo angustian más sus fantasías que la realidad. Por eso es conveniente que se proporcione información al niño en forma paulatina y tomando en cuenta su madurez emocional. De esta manera el pequeño tendrá los elementos necesarios para hacer su ajuste emocional interno. Así mismo, debe conocer cuáles son las áreas no afectadas que podrá estimular para poder compensar con ellas las que están dañadas.

Cuando la hospitalización es necesaria se requiere preparar adecuadamente a los niños y a sus padres para el ingreso al hospital, ya que en muchas ocasiones se encuentran muy angustiados. También hay que conocer la relación del niño con sus padres. Es conveniente que la madre permanezca con el niño, se les explique a ambos las rutinas del hospital y se les den facilidades de tipo lúdico. Hay que considerar que el niño hospitalizado tiene una situación psicológica distinta, está enfermo y necesita un contacto más cercano con la madre.

Estudios realizados sobre la hospitalización de los niños, señalan como experiencia general, sentimientos de carencia global y amenaza a la integridad física por intervenciones médicas o quirúrgicas, sensación de falta de comprensión o ayuda y los efectos de la permanencia en un medio extraño donde hay tantas personas desconocidas. Por eso son importantes las visitas de los familiares y la intervención de los profesionales de la salud mental.

Lo ideal es contar con programas en los que haya diariamente períodos de juego, trabajo y reposo, con actividades de lectura, pintura, modelado y otras. Esto es importante porque en un internamiento hay poca estimulación intelectual y social, sobre todo cuando la estancia hospitalaria es prolongada o los niños están en la etapa preescolar (6).

Los grupos de autoayuda han mostrado ser extraordinariamente efectivos en el manejo de los aspectos psicológicos y sociales de las enfermedades crónicas, pues están formados por personas que comparten un problema físico y emocional común y compensan de manera importante las limitaciones o deficiencias de algunas instituciones de salud. El grupo suele ofrecer información, apoyo emocional y un marco social amistoso, además de ser un foro en el cual se pueden buscar, encontrar y compartir soluciones de problemas afines (9).

Desde hace varias décadas los grupos de padres también se han convertido en una fuerza para impulsar programas que permitan a sus hijos integrarse a la comunidad, y han

ejercido presiones políticas para lograr más concesiones para sus hijos dentro de la comunidad. En la actualidad existen asociaciones como las que atienden a niños con síndrome de Down, el grupo Gen y el que apoya a paralíticos cerebrales, además de asociaciones para diversos padecimientos como distrofia muscular, hemofilia y muchos otros.

3.1.8. Intervenciones psicoterapéuticas

Los profesionales de la salud deben participar en el tratamiento psicosocial de los niños con enfermedades crónicas y sus familias. Targum (5) señala que el impacto psicológico de un problema de este tipo en un hijo es más profundo para las personas que han negado la realidad del padecimiento, por lo que este trauma puede ocasionar un cambio drástico en su vida.

Hay padres que pueden resolver sus sentimientos y lograr cierto grado de aceptación; algunos necesitan la ayuda del asesor genetista y otros requieren la participación del psicoterapeuta. Las situaciones que requieren ayuda especializada son: la de los padres que se acusan mutuamente de causar la enfermedad; riñas frecuentes por discrepancias acerca de cómo debe ser tratado el paciente o los demás hermanos; pérdida de interés en el trabajo y en la vida en general; negación del problema; depresión, etc.

Una primera aproximación terapéutica es la *catarsis emocional*, en donde hay que permitir que los sentimientos afloren y sean verbalizados lo más claramente posible. En este momento es muy frecuente escuchar preguntas tales como: ¿por qué a mí?, ¿qué mal hice que así se me castiga? El profesional de la salud puede ayudar a aclarar estas preguntas, explicando el factor azar y quitando las implicaciones de castigo. Es importante no emitir juicios de valor o condenas al escuchar deseos o fantasías de muerte hacia el paciente o recriminaciones hacia Dios o el destino.

Una segunda intervención psicoterapéutica es la recomendada por Targum (5), quien recomienda estimular a los padres a desahogarse, más que a olvidar lo sucedido. Para esto se puede hablar sobre lo que las personas deseaban, y lo que finalmente ha ocurrido. El deseo de un niño normal debe ser recordado y mencionado con contenido emocional, y gradualmente descargarse para reducir el impacto de la pérdida del niño esperado. Este proceso requiere tiempo y repetición para facilitar la adaptación a la realidad. Solo después de esta fase inicial se podrá examinar: ¿qué ha pasado conmigo?, ¿qué ha pasado con mi bebe?, ¿qué ha pasado con mi vida? La persona debe ser capaz de expresar el dolor y el sentimiento de pérdida acerca de lo que ha ocurrido.

Los padres tienen que luchar contra el dolor de la privación. Las personas que no pueden o no desean tratar la aflicción del evento trágico y las pérdidas reales que han sufrido, pueden llegar a experimentar un sufrimiento crónico. Es importante que los individuos estén abiertos a la expresión de sentimientos negativos como el enojo, el dolor o el miedo.

Una tercera intervención psicoterapéutica es la propuesta por Kessler (8) quien sugiere hacer una evaluación del estado de los sentimientos de culpa, su nivel de elaboración, así como la disponibilidad y respuesta de los padres y del paciente. Algunas intervenciones tradicionalmente efectivas para aliviar los aspectos dolorosos de la culpa y la vergüenza son: **1) la confesión**, o reconocimiento público de haber hecho algo mal, **2) la contrición**, o motivación para enmendar o disfrazar las faltas cometidas, y **3) la penitencia**, o el

acto de remediar las malas acciones, con o sin castigo acompañante.

Un paso clave para ayudar a una persona con sentimientos de culpa o de vergüenza es el de la confesión, en la que el individuo expresa el problema como resultado de un acto personal de omisión o comisión. Esta creencia puede tener o no una justificación racional. Si el psicoterapeuta omite este paso se reduce la efectividad de las intervenciones posteriores encaminadas a aminorar los sentimientos de culpa o vergüenza. La interferencia puede ocurrir cuando el psicoterapeuta emplea prematuramente tácticas de normalización o se adelanta a la confesión del paciente diciendo: "mucha gente en su lugar se siente culpable de que el niño tenga un problema genético. Tiene usted que saber que nada de lo que hizo lo causó". Cuando estas declaraciones preceden al acto de confesión por parte de los pacientes, generalmente no son útiles.

La culpa involucra elementos cognoscitivos mayores, y en la vergüenza domina el estado afectivo. Por eso, las intervenciones cognoscitivas suelen ser más efectivas al resolver la culpa que las estrategias destinadas a promover expresiones afectivas de ayuda o alivio. En cuanto al tratamiento de algunas reacciones de vergüenza, son aconsejables los comentarios que demuestren un alto grado de empatía, dirigidos a niveles afectivos de comunicación.

Hay personas más propensas a la culpa que a la vergüenza y viceversa, por lo que es importante identificar el estado dominante, ya que en ambos intervienen procesos cognoscitivos diferentes, así como distintos estados mentales respecto de la solución del problema.

A continuación se describen algunas tácticas para aliviar la culpa y la vergüenza que pueden utilizarse después de la confesión; estas tácticas que también pueden aplicarse en otras alteraciones emocionales.

Estrategias para aliviar la culpa

Uso de autoridad. El psicoterapeuta hace uso de su autoridad profesional para decir a los pacientes que no son culpables. Esta estrategia es más eficaz cuando se utiliza cerca del momento en que se tiene el diagnóstico genético. Cuando se maneja apropiadamente, utilizando las palabras adecuadas, las declaraciones del psicoterapeuta sirven como punto de referencia cognoscitivo, cuando emergen pensamientos de culpa posteriores. Esto ayuda a las personas a mitigar el dolor derivado de las recriminaciones a sí mismo.

Normalización. El psicoterapeuta señala que los demás, en el lugar del paciente, se sentirían igual que él. Su misión es reducir el dolor, el aislamiento social y psicológico, así como la estigmatización.

Reestructuración cognoscitiva. El psicoterapeuta ayuda al paciente a adquirir un marco cognoscitivo de referencia, en el cual las acciones y percepciones tomen diferente significado para reducir el estrés.

Limitación de la responsabilidad. Se ayuda a la persona a limitar su responsabilidad en el problema: "usted es responsable de "a" pero no de "b".

Es importante considerar que estos procedimientos deben llevarse a cabo antes de que la penitencia y la absolución se hagan efectivas. Hay que tener en mente que los individuos y las parejas necesitan ayuda para verbalizar las conexiones que han hecho entre las causas del problema real y el imaginado. Cuando se omite este paso, el uso de la autoridad para la absolución es ineficaz.

Estrategias para disminuir la vergüenza

Neutralidad del terapeuta. Las personas que experimentan vergüenza creen que los demás piensan mal de ellos y que son objeto de desprecio, ridículo y rechazo. Por eso la exposición y la confesión están impregnadas de temor y ansiedad, de modo que es importante que el psicoterapeuta permanezca neutral en el juicio. Es notable la sensación de alivio que sigue a la confesión de la persona que no ve confirmados sus mayores temores. En entonces cuando la gente puede poner su energía y atención en otras tareas más importantes.

Trabajo en conjunto. El paciente necesita creer que el psicoterapeuta está de su lado, que no lo juzgará y que trabajará activamente en su interés.

Evocación de sentimientos. El psicoterapeuta necesita ayudar a los pacientes a expresar sus sentimientos y responderles con empatía.

Acentuación de lo positivo. Se debe señalar y acentuar las áreas del funcionamiento correcto de los pacientes. Hay que considerar que las personas con escasa autoestima se cierran a las posibilidades o decisiones correctas.

Apoyo del ego. El psicoterapeuta necesita reforzar, enfatizar y recompensar lo bueno que tengan los pacientes como personas y como padres, señalar qué hábiles pueden ser para encontrar tales o cuales soluciones a sus problemas, así como usar otras tácticas impulsoras del ego. En casos muy intensos de vergüenza se formará una alianza con los pacientes, expresándose abiertamente y no juzgarlos. Posteriormente, hay que apoyarlos en sus intentos por nuevos tipos de comportamiento, y más adelante hablarles directamente para conducir la conducta a formas que mejor se adapten y sean más productivas (12).

Modalidades de terapia familiar

Las intervenciones psicoterapéuticas mencionadas se enmarcan dentro de la psicoterapia familiar promotora del *insight*, ya que están dirigidas principalmente a los adultos, los padres de los niños con problemas.

El objetivo de la **terapia del insight** es brindar al paciente un mejor conocimiento de sus sentimientos, motivaciones, expectativas, acciones y medios de confrontación. A través de ella también se adquiere conciencia de cómo y por qué se tienen ciertos sentimientos y se actúa de determinada manera.

La terapia familiar se basa en la teoría de que si un miembro de la familia tiene problemas, la familia entera necesita ayuda; su finalidad es mejorar la comunicación dentro de la familia, alentar a sus miembros a lograr mayor empatía, aminorar o resolver los con-

flictos, y lograr que compartan responsabilidades. La participación de otros miembros de la familia, como los hermanos, es importante, ya que pueden no estar tan bien dispuestos como los padres en el trato con el hermano enfermo. Los hermanos también deben ser atendidos en la etapa de crisis, así como en el proceso de clarificación de lo sucedido a la familia.

La terapia conductual se utiliza para el tratamiento de los niños con algunos problemas de conducta, que son generalmente resultado de la sobreprotección de los padres como los berrinches y problemas en la alimentación. La terapia conductual se basa en la hipótesis de que el comportamiento se aprende. La meta es enseñar al niño una conducta más satisfactoria, aplicando los principios del condicionamiento operante; técnica basada en la hipótesis de que el niño aprende a conducirse en forma diferente si los comportamientos nuevos o deseables se premian y los anteriores o indeseables se ignoran o castigan (7,17).

Los métodos terapéuticos que se han mencionado pueden manejarse con éxito, a corto o mediano plazo; pero hay casos en donde la alteración emocional es tan grave que requiere psicoterapia a largo plazo, preferentemente a cargo de psicoterapeutas con experiencia en este tipo de problemas. Las metas que pueden lograrse con la aplicación de dichas técnicas son:

- Capacidad para reconocer y expresar sentimientos negativos como el pesar, el enojo, la culpa, la ira, que involucran al niño y a la pareja.
- Reconocimiento del daño a la autoestima.
- Exploración de experiencias pasadas y sentimientos acerca de una pérdida o victimización.
- Buena disposición para abandonar fantasías acerca del feto idealizado.
- Permiso para un proceso de duelo.
- Buena disposición para establecer una comunicación honesta y abierta entre los miembros de la familia.
- Posibilidad de un balance normal entre el cuidado del niño afectado y otras actividades placenteras para la familia.
- Presencia de relaciones normales entre el niño y la familia.
- Interés por renovar funciones vitales entre los padres como actividad sexual y actividades con otros.
- Capacidad para establecer nuevas relaciones con otros (8).

No es sencillo aprender a vivir con un enfermo crónico. En una primera etapa parece que el mundo se desintegra, pero una vez superado el impacto inicial es posible volver a integrarse y hasta lograr una mayor conciencia en la búsqueda de una mejor calidad de vida. Esto pudo lograrse cuando el paciente y su familia cuentan con la empatía y el apoyo de un grupo de profesionales que les ayuden a buscar su máximo potencial de vida.

Referencias

1. Slaikou KA. Intervención en crisis. México: El Manual Moderno; 1988, pp. 50-51.
2. Zavala C. Interacción genético ambiental de las enfermedades hereditarias. En: Guízar Vázquez J, ed. *Genética clínica. Diagnóstico y manejo de las enfermedades hereditarias*. 2a edición. México: El Manual Moderno; 1994, pp. 209
3. Steinhauer PD, Mushin DN, Rae Grant Q. Psychological aspects of chronic illness. *Pediatr Clin N Am* 1974; 21:825.
4. Minuchin S. *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa; 1989, pp. 39-42.
5. Targum SD. Psychotherapeutic considerations in genetic counseling. *Am J Med Genet* 1981; 8:281-289.
6. Rojas LM. Aspectos psicosociales y psicoterapia de los padecimientos congénitos y hereditarios. En: Guízar Vázquez J, ed. *Genética clínica. Diagnóstico y manejo de las enfermedades hereditarias*. 2a edición. México: El Manual Moderno; 1994.
7. Morris CH. *Psicología. Un nuevo enfoque*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana; 1987, pp. 420-424.
8. Kessler S, Kessler H, Ward P. Psychological aspects of genetic counselig. III Management of Guilt and Shame. *Am J Med Genet* 1984;17:673-697.
9. Muhs A, Lieberz K. Anorexia nervosa and Turner's syndrome. *Psychopathology* 1993; 26:29-40.
10. Eck Menning B. The emotional need of infertile couples. *Fertil Steril* 1980; 34:313-319.
11. Jankovic J, Beach J, Ashizawa T. Emotional and functional impact of DNA testing on patients with symptoms of Huntington's disease. *J Med Genet* 1995; 32:516-518.
12. Wilke J. From a survivor. The emotional experience of genetic testing. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1995; 33:28-37.
13. Thies U, Bockel B, Bochdalofsky V. Attitudes of neurologists, psychiatrists and psychotherapists toward predictive testing for Huntington's disease in Germany. *J Med Genet* 1993; 30:1023-1027.
14. Evers Kiebooms G, Denayer L, Welkenhuysen M, Cassiman JJ, Van den Berghe H. A stigmatizing effect of the carrier status for cystic fibrosis? *Clin Genet* 1994; 46:336-343.
15. Rogers JC. Can physicians use family genogram information to identify patients at risk of anxiety or depression? *Arch Fam Med* 1994; 3:1093-1098.
16. Laurent M. Use of the genogram in the day care center: how the personal and familial history provides sense to time arrested. *Acta Psychiatr Belg* 1995; 95:192-209.
17. Feixas G, Miró MT. *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós Iberia; 1993.

3.2. Neonatología, salud mental y la familia

Rosa María Terán González

Introducción

En esta sección se hace una breve descripción de los aspectos relacionados con el paciente hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), sus consecuencias sobre la relación madre-hijo y la crisis que se desencadena no solo en la díada referida, sino de modo particular en el padre. Se enfatiza también el hecho de que toda pareja próxima a tener un hijo espera, lógicamente, el nacimiento de un bebé sano, de modo que la homeostasis familiar sufre un impacto al detectarse problemas graves de salud para la madre o el producto desde el embarazo, el parto o el postparto. Esto mismo puede ocurrir cuando el bebé nace prematuramente. Los padres necesitan tiempo para prepararse para la llegada del niño, y si este nace antes de lo debido se interrumpe el proceso de preparación, además de que el niño por sus condiciones puede requerir cuidados prolongados, hasta de varios meses de duración, en la unidad de cuidados intensivos.

Idealmente, en un servicio de terapia intensiva la atención que recibe el paciente es interdisciplinaria y continua y busca resolver a la brevedad y en las mejores condiciones posibles, el padecimiento por el cual el recién nacido está hospitalizado.

En las salas de cuidados intensivos neonatales modernas existen aparatos complejos que aumentan la posibilidad de vida del bebé. Por otra parte, esta misma tecnología y la especialización de los médicos contribuyen a que la atención médica sea más fragmentaria y que el profesional de la salud tenga una visión parcial del paciente. Cada profesional procura atender la parte que le corresponde, y se corre así el riesgo de que en alguna medida se pierda el sentido humanístico de la medicina, cuando el clínico solo centra su atención en la enfermedad física y olvida que el niño pertenece a una familia, para la cual el hospital es un medio ajeno, extraño y en ocasiones agresivo.

Si la UCIN es un servicio en actividad constante, es necesario preguntarse: ¿hay tiempo para considerar la angustia de los padres? ¿No basta con la información médica sobre la salud de su hijo? ¿A qué personal del servicio corresponde atender los aspectos emocionales? Las respuestas son diversas y dependen del personal con que cuente la UCIN, así como de su disposición y capacitación en psicología y tanatología. Estas áreas no deben ser del resorte exclusivo de una sola disciplina y pueden ser cubiertas por el mismo neonatólogo, personal de salud mental, trabajadoras sociales o enfermeras. Lo importante es que la intervención profesional sea adecuada, ya que los progenitores del paciente y en ocasiones todo el sistema familiar necesitan un espacio para ventilar la crisis que atraviesan (1).

Diversos autores han estudiado cómo y cuánto se puede afectar la vida de un individuo desde las expectativas creadas durante el embarazo, la importancia del vínculo madre-hijo, la hospitalización prolongada del recién nacido, los horarios de visita, las condiciones de la sala y otros tópicos no menos importantes. A continuación se hace referencia al trabajo psicológico de enfoque sistémico que se realiza con los padres, los médicos adscritos y residentes y otro personal de la UCIN del Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS.

3.2.1. La familia

La noticia de un embarazo, planeado o no, implica para la pareja de padres cambios importantes en su funcionamiento, pues se generan fantasías e incluso se hacen planes para el futuro del niño que va a nacer. Simultáneamente, los padres también piensan o verbalizan el deseo de que "todo salga bien en el parto". Cuando hay problemas y el recién nacido ingresa a la UCIN, la atención no se limita solo al paciente, pues el personal de salud mental adscrito al servicio tiene también como objetivo intervenir en la familia para ayudarle en la crisis psicosocial desencadenada a partir de la enfermedad del niño.

El primer contacto se establece con el familiar que acompaña al paciente en el traslado a la unidad. La mayoría de las veces se trata del padre, quien acude habitualmente con un alto nivel de angustia por la gravedad de su hijo, el temor de que fallezca, la necesidad de estar con la madre del niño para compartir ambos su dolor y la presión que siente de mantenerse "fuerte" para apoyar a su pareja y atender los trámites administrativos.

En teoría y de manera natural la formación de la figura paterna en el niño se logra en su inicio a través de la participación de la madre, pues es ella quien comunica en un lenguaje preverbal primero y verbal después la existencia del padre. Este, mientras tanto, realiza un proceso de identificación con su hijo, "la manifestación más temprana de un enlace afectivo con otra persona, basado en algo diferente del impulso y deseo sexuales" (2). Este hecho conduce a la expresión de la ternura, que puede aprenderse o no en las etapas más tempranas de la vida de un individuo.

Si es el padre quien, en ausencia de la madre, tiene que permanecer y vincularse con el niño en condiciones hospitalarias poco favorables desde el punto de vista emocional, el proceso de identificación del padre con su hijo puede incrementarse. En estas condiciones, los padres suelen señalar que el bebé reconoce su voz y responde ante su cercanía y el contacto con la madre. Por miedo a que el niño muera, muchos padres se resisten a separarse de él aunque necesiten atender otros asuntos fuera del hospital, y permanecen con el niño el mayor tiempo posible.

La madre, cuando permanece internada en el hospital donde dio a luz, muchas veces no tuvo oportunidad de conocer al bebé o apenas pudo darle un beso antes del traslado. Ella tiende a reprimir su angustia, imagina mil cosas, teme lo peor y puede pensar que los médicos y familiares la engañan respecto a la salud de su hijo. Tiene que esperar y ruega a Dios que todo se resuelva satisfactoriamente.

Klaus y Kenell, de acuerdo con Bibring (3), señalan que muchas mujeres experimentan pesadumbre y contrariedad cuando quedan embarazadas, por factores que van desde las preocupaciones económicas, problemas de vivienda hasta las dificultades interpersonales. Sin embargo, hacia el final del primer trimestre la mayoría de las mujeres que al principio rechazan el embarazo, se avienen a aceptarlo. Esta etapa conduce a la identificación materna con el feto que está creciendo como "parte integrante de ella misma". Por lo general, al percibir los movimientos fetales la mujer suele fantasear sobre cómo será el niño, le atribuye características personales y adquiere una sensación de apego y aprecio hacia él. En este momento se suele observar una mayor aceptación del embarazo y aparecen pronunciados cambios de actitud hacia el feto.

Lo anterior es el fundamento de la crisis que la madre y su pareja enfrentan si, por sus precarias condiciones médicas, el hijo recién nacido tiene que ser hospitalizado en una UCIN.

Cuando ambos padres se reúnen en el hospital, comparten su preocupación, y preguntan una y otra vez al personal de la sala buscando las respuestas que quisieran escuchar. La espera les parece eterna, pasan a visitar a su hijo, le dan ánimos al verlo tan desvalido, pequeño y solo en una cuna, intubado, monitorizado y con sonda la mayoría de las veces. Temen tocarlo, le cuentan lo que le aguarda fuera del hospital, sus juguetes, su cuna, los hermanos y abuelos, entre otros.

Los padres con un hijo en la UCIN están siempre bajo un gran estrés, temen "otra cirugía" y la muerte. Las dudas siempre están latentes, se preguntan ¿por qué? ¿hasta cuándo? ¿saldrá bien? Sin obtener respuestas, muchos se sienten culpables de la enfermedad de su niño, viven la situación como castigo divino y así pueden pasar días, semanas y meses. Tal vez todo vale la pena si al final el niño regresa vivo, con secuelas o sin ellas.

En lo concerniente a los tíos y abuelos, ante la desafortunada hospitalización permanecen a la expectativa. Quisieran ayudar, temen ser un estorbo y finalmente tienen que esperar a que la familia se reorganice para saber cómo van a apoyar a la hermana o a la hija. No siempre es así puesto que en ocasiones se introducen sin autorización de los padres y pueden ocasionar un grave conflicto familiar.

Cuando los padres del paciente son adolescentes o jóvenes, inmaduros e incapaces de asumir responsablemente su paternidad, el auxilio de tíos o abuelos puede adquirir un valor indiscutible para apoyar y guiar o, en casos extremos, convertirse en las personas directamente encargadas del niño, como cuando la madre fallece o sufre problemas psiquiátricos.

Si el paciente tiene hermanos, estos suelen quedar al margen ante la repentina hospitalización del recién nacido. La gravedad del neonato agobia a la familia y los pequeños permanecen al cuidado de otros parientes. Los niños que esperaban otro hermano sufren por no conocerlo y además padecen la ausencia de uno o ambos padres. Solo los llegan a ver por periodos breves, lo que frecuentemente genera en ellos problemas de bajo rendimiento escolar, conducta opositora, retraimiento y llanto. Los niños suelen preguntar qué sucede en la familia, y las respuestas que reciben no son claras o no les satisfacen. Insisten en visitar al niño en el hospital, y ante la negativa continúa el ciclo de irritabilidad. También hay familias donde la comunicación es adecuada y se desea compartir el problema. En tales casos es más posible que los hermanos del paciente muestren tolerancia, colaboren y apoyen a sus padres.

3.2.2. Acciones de salud mental

La situación emocional de los padres y del resto de la familia del paciente es de gran importancia, pues si ellos asimilan la crisis y la enfrentan podrán brindar al niño lo necesario para propiciar un desarrollo psicológico y social adecuado y se adherirán bien al tratamiento médico.

Aun si el paciente fallece, las intervenciones psicoterapéuticas pueden ayudar a evitar que la muerte del niño deje secuelas indeseables como la ruptura de la relación entre los padres o la negación definitiva de otro embarazo.

A continuación se mencionan las acciones concretas del área de salud mental, que implican la intervención en las crisis con una duración variable según el tiempo de hospi-

talización del niño. El trabajo con la familia puede ser breve, pero no superficial. Dadas las características de la sala de terapia intensiva, la cantidad de pacientes es irregular y en ocasiones excesiva, por lo que también es aplicable la terapia de grupo con los mismos objetivos:

1. Favorecer la expresión de sentimientos
2. Participar en la elaboración del duelo, que bien puede ser por la pérdida de expectativas, con anticipación a la muerte o una vez ocurrido el deceso.
3. Sensibilizar a los padres para facilitar el establecimiento o refuerzo del vínculo afectivo, remarcando lo esencial de este aspecto, sobre todo la relación madre-hijo y padre-hijo.
4. Motivar a los padres para que busquen el significado emocional del bebé, pues cada hijo llega en un momento especial en la vida de la pareja y no es igual el primogénito que el tercero o el último.
5. Estimular y valorar estrategias de reorganización familiar para las visitas al hospital, la atención de los hermanos del paciente, la conservación del empleo, el uso del albergue temporal si es necesario, etc.

Hay casos especiales, como las familias con un solo progenitor, madre soltera, padre viudo, familias de pacientes con malformaciones múltiples y las de niños con pronóstico fatal. Todas ellas requieren un trabajo psicoterapéutico intensivo y particular.

Es necesario mencionar que idealmente el psicoterapeuta debería ser el mismo cuando el paciente egresa a otra sala del hospital o como externo; sin embargo, esto no es posible en todos los casos por las propias características de la terapia intensiva, y el terapeuta generalmente solo está a cargo del seguimiento de los casos con problemas graves.

3.2.3. Personal médico y paramédico

Es bien sabido que el personal médico de la sala de cuidados intensivos trabaja con un alto nivel de estrés, pues además de atender a los pacientes debe ocuparse del enlace y coordinación con otros especialistas, proporcionar información a los padres y/o familiares de los niños y confortarlos, organizar y participar en sesiones conjuntas, y también atender tareas de enseñanza y capacitación continua. Quizá estas y otras actividades son semejantes a las de otros servicios, la diferencia consiste en que en la UCIN la gravedad de los niños exige actuar con rapidez en la toma de decisiones para recibir a un paciente o egresarlo, así como para realizar procedimientos médicos específicos e informar acerca de los pronósticos o decesos.

El personal de salud mental insertado en la UCIN facilita, entre otras cosas, el establecimiento del enlace entre el personal médico y paramédico con los familiares de los pacientes internados. Durante las entregas de guardia, el psicoterapeuta interviene para correlacionar los aspectos psicodinámicos individuales y familiares con las características de los casos, y al finalizar la entrega dispone de cierto tiempo para revisar con los residentes el impacto emocional que algunos pacientes o el mismo funcionamiento de la sala tienen en el personal médico (4, 5). Por ejemplo: cómo sienten la presión de los familiares,

los afectos positivos o negativos en el médico que se movilizan ante un paciente o familia en particular, el sentimiento de frustración e impotencia que es necesario superar cuando un niño queda con secuelas importantes o fallece.

Lo anterior favorece que los residentes y especialistas expresen sus sentimientos, tomen en cuenta al paciente no solo como un expediente más, sino como parte de un sistema familiar y, en fin, que el médico tenga un mejor conocimiento de sí mismo y practique una verdadera pediatría integral. Las actividades enunciadas en ocasiones se amplían a nivel individual tanto con médicos como con el personal de enfermería, pues no hay que olvidar que la enfermera está en mayor contacto con el recién nacido y por consiguiente es más susceptible de estar involucrada emocionalmente con el bebé y su familia.

La trabajadora social muestra apoyo en trámites administrativos y colabora en la atención psicosocial de la familia. Ella es quien orienta y sensibiliza a los padres respecto a los recursos de intra y extramuros que pueden serles de utilidad para enfrentar las complejidades que encierra la hospitalización del hijo. Dos aspectos no menos importantes son los relacionados con el bautizo del bebé a petición de la familia, actividad que generalmente realiza una enfermera o el sacerdote, y el hecho de que los padres "se despidan" del niño cuya muerte es inminente. El personal de la sala, con actitud respetuosa, permite la visita al paciente moribundo en momentos tan significativos.

Todo el personal de la UCIN propicia que los padres del paciente lo integren afectivamente como nuevo miembro de la familia. Con ese objetivo se pide a los padres de cada niño que le asignen un nombre. Siempre es preferible que el personal de la sala llame al paciente por su nombre, no por el número de cama que ocupa o por sus apellidos; se invita a los padres a que ellos mismos escriban el nombre en algún papel y, si así lo desean, que lo adornen con alguna expresión gráfica y/o un mensaje. También se promueve que la madre vaya a conocer o visitar a su hijo lo más pronto posible, sin que necesariamente deba permanecer todo el tiempo en la unidad. Lo relevante es la visita y la calidad de la misma, para evitar así los efectos desastrosos sobre el niño de la prolongada separación materna en su desarrollo motor, mental y afectivo, puesto que se ha observado en salas de neonatos que "las madres separadas de sus pequeños no tardan en perder todo interés en quienes no pudieron atender ni acariciar" (3). Cabe señalar que el refuerzo del vínculo afectivo se realiza a través de la comunicación verbal, visual o física con el niño (hablándole, tocándolo, con palabras, caricias, alimentándolo y, si es factible, teniéndolo en brazos) (6, 7, 8). A esto también contribuyen los procedimientos y ejercicios de estimulación temprana prescritos por el personal del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, dirigidos fundamentalmente a facilitar un desarrollo psicomotor normal y reducir las posibles secuelas de la hospitalización prolongada.

Referencias

1. Maldonado DJM, González CH, Cárdenas ZJA, Saucedo GJM, Jasso GL. Psiquiatría de enlace en una unidad de cuidados intensivos neonatales. Interfase entre la psiquiatría del lactante y la neonatología. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1993; 50:754-759.
2. González NJJ. *Los afectos: su expresión masculina*. México: Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social; 1988.

3. Klaus M, Kennell J. *Cuidados de la madre. Asistencia del recién nacido de alto riesgo*. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1981.
4. Balint M, Balint E. *La capacitación psicológica del médico*. Madrid: Gedisa; 1984.
5. Terán GRM, Escalante SP. *Una estrategia educativa: el grupo Balint*. Resúmenes de las XII Jornadas de Investigación del Hospital de Pediatría, CMN Siglo XXI IMSS. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1992; 49: 700.
6. Bowlby J. *Vínculos afectivos. Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata; 1986.
7. Lartigue T, Vives J. *Guía para la detección de alteraciones en la formación del vínculo materno infantil durante el embarazo*. México: Universidad Iberoamericana; 1994.
8. Reyes ZLA. *Acercamientos tanatológicos al enfermo terminal y su familia. Curso fundamental de tanatología*. México: Edición del autor; 1996.

3.3. La familia con niños o adolescentes que padecen trastornos perturbadores de la conducta

Víctor Albores García

Introducción

En las conversaciones entre padres, maestros o adultos en general, se habla con frecuencia de la buena o la mala conducta de los niños o adolescentes. Se dice que estos tienen problemas de conducta cuando son desobedientes, inquietos, peleoneros o rebeldes; si mienten, responden de mal talante o usan palabras altisonantes, o también cuando no se comportan de acuerdo a las expectativas y lineamientos del grupo sociocultural al que pertenecen. Sin embargo, el trastorno de conducta en psiquiatría infantil es un diagnóstico más específico y con sintomatología característica en la que se incluyen varios de esos síntomas descritos en el lenguaje popular.

Según la clasificación más reciente de trastornos psiquiátricos, publicada por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en 1994, en el Manual Diagnóstico y Estadístico IV, comúnmente conocido como DSM-IV, existe un inciso denominado "Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador", en el que se incluyen tres padecimientos infantiles que comparten algunos rasgos semejantes: trastorno por déficit de la atención con hiperactividad (TDAH), trastorno de conducta (TC) y trastorno desafiante de oposición (TDO).

Según Egan (1) hay dos razones principales para agrupar juntos a estos padecimientos. La primera es la existencia de cierta similitud entre ellos. La segunda es que estos chicos tienden a causar más molestias a los demás, que las que sufren ellos mismos. Se podría añadir que a diferencia de otros, los niños que presentan cualquiera de estos tres padecimientos jamás pasan desapercibidos en cualquier ambiente debido a la magnitud y constancia de sus manifestaciones sintomáticas. Estas generalmente provocan en los adultos que los cuidan (padres, familiares, nanas, sirvientas, maestros, etc.) reacciones emocionales bastante intensas y sentimientos muy contradictorios de enojo, desesperación, frustración, rechazo, culpa e impotencia. Como resultado, se obtiene una interacción cada vez más tensa y difícil entre unos y otros, lo cual en ocasiones llega a escalar niveles explosivos, dramáticos y destructivos, y determina que los chicos sean referidos a los servicios de salud mental. Debido a la amplia gama de síntomas que abarcan las áreas orgánica, psicológica, educativa, sociocultural y aun legal, estos sujetos ejemplifican la necesidad de un verdadero trabajo en equipo multi e interdisciplinario, tanto en su evaluación diagnóstica como en la elaboración y seguimiento de un programa terapéutico.

Muchos de ellos son denominados delincuentes o predelincuentes, tomando en cuenta el patrón de conductas antisociales y su inadecuado funcionamiento en el hogar y la escuela, donde su control es difícil. Malmquist (2) considera que su comportamiento problemático va más allá de los pleitos, mentiras, robos y actos que pueden ser aceptables en el curso del desarrollo infantil normal. Se trata más bien de conductas clasificadas por los psicólogos del desarrollo como síntomas de externalización, mientras los clínicos de orientación psicodinámica las denominan conductas de "acting-out" (actos impulsivos), que pueden o no ser resultado de conflictos internalizados.

3.3.1. Cuadros clínicos

A continuación se hace una breve descripción de cada uno de estos trastornos, siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV:

a. Trastorno por déficit de la atención con hiperactividad (TDAH)

Este trastorno se caracteriza por tres síntomas principales y definitivos para su diagnóstico:

1. Hiperactividad. Necesidad involuntaria e incontrolable del individuo de mantenerse en constante movimiento en cualquier lugar en que se encuentre, con dificultad para permanecer quieto o en un solo sitio por mucho tiempo.
2. Impulsividad. Tendencia a actuar sin razonar ni medir las consecuencias.
3. Distractibilidad. Dificultad para mantener su atención y concentración por largos períodos de tiempo, ya que se distrae fácilmente con múltiples y muy variados estímulos, sean externos o internos.

De acuerdo al predominio de alguno de estos tres síntomas, el DSM-IV clasifica a este trastorno en tres subgrupos: el primero, predominantemente hiperactivo-impulsivo; el segundo con predominio de la distractibilidad; y el tercero, el más frecuente, en el que se combinan síntomas de los dos grupos anteriores.

Se ha encontrado que estos individuos presentan además una variedad de síntomas denominados secundarios, relacionados con sus reacciones emocionales (labilidad y cambios bruscos del afecto), sus conductas sociales (dificultad para seguir las normas sociales e integrarse en grupos), su funcionamiento cerebral (problemas en la entrada, registro, almacenamiento y salida de la información) así como en la interacción con sus padres y hermanos en el contexto familiar (3). Tales síntomas suelen complementar el cuadro clínico del menor con TDAH.

Desde que se describió por vez primera a principios de siglo, el TDAH ha cambiado frecuentemente de nombre y se le ha denominado daño cerebral mínimo, disfunción cerebral mínima, reacción de hiperactividad, etc., lo cual ha causado bastante confusión. Sin embargo, a raíz de su bautizo como TDAH en el DSM-III publicado en 1980, se ha mantenido bajo este nombre.

Asimismo, estudios epidemiológicos o clínicos efectuados en las últimas décadas (4, 5, 6, 7, 8, 9) han encontrado que este trastorno tiene una comorbilidad frecuente con trastornos de conducta, de oposición, de ansiedad, depresivos, de aprendizaje, etc., lo cual complica el diagnóstico diferencial así como el manejo terapéutico.

b. Trastorno de conducta (TC)

El rasgo principal del trastorno de conducta o trastorno disocial, es la presencia de un patrón de conducta repetitivo y persistente por medio del cual se violan los derechos bási-

cos de los demás o las principales reglas y normas sociales. Según el criterio del DSM-IV, el trastorno existe si están presentes síntomas encuadrados en cuatro áreas principales, como se refiere a continuación:

1. Agresión a otras personas y animales: provocación, amenazas o intimidación a otros; pleitos frecuentes; uso de armas que pueden causar daño físico serio a otros; crueldad física con las personas o los animales; robo por medio de la confrontación directa con la víctima; forzamiento de una relación sexual.
2. Destrucción de la propiedad: provocar fuego con la intención de causar daño; destrucción deliberada de la propiedad ajena utilizando otros medios distintos del fuego.
3. Engaños o robos: entrar por la fuerza en una casa, edificio o auto ajenos; mentir con frecuencia para obtener bienes, ventajas o favores para evitar obligaciones; robar objetos de valor sin confrontación directa.
4. Violaciones serias a las reglas: no dormir en su casa en varias ocasiones a pesar de las prohibiciones parentales; huir de la casa por la noche al menos en dos ocasiones; escapar con frecuencia de la escuela sin asistir a las clases.

Desde que por vez primera se identificó este trastorno en el DSM-III, en 1980, como una entidad específica, su validez ha sido cuestionada a través del tiempo. Cantwell y Baker (10) consideraron que el trastorno "no era estable como diagnóstico individual o general de grupo". En varios estudios de niños y adolescentes homicidas agresivos, Lewis et al. (11, 12, 13) encontraron disfunciones neurológicas (epilepsia psicomotora, limitaciones cognoscitivas, psicopatología severa con síntomas psicóticos) y antecedentes de abuso físico y sexual en hogares muy violentos, con padres también muy enfermos. Ellos argumentaron que la violencia en estos sujetos era similar a la fiebre, síntoma no específico que podría estar presente en grados variables en gran número de síndromes, inclusive esquizofrenia, trastorno bipolar o ciertas formas de epilepsia y daño cerebral. Otros psiquiatras como Kaplan (14) tampoco han estado conformes con esta clasificación y la han juzgado controvertible, pues aparentemente no se consideran las fases particulares del desarrollo en las que ciertos actos de conducta tales como robar, mentir, pelear y agredirse verbalmente no necesariamente indican patología. Todos estos investigadores encontraron que varios de estos síntomas se transponen con los de otros trastornos tales como TDAH, retraso mental, psicosis, trastornos afectivos, síndromes fronterizos u orgánicos y el trastorno desafiante de oposición (TDO). Hendren (15) señala que los niños y adolescentes con TC son "un grupo variado debido a la multiplicidad de factores asociados a la expresión de conductas antisociales".

c. Trastorno de oposicionismo desafiante (TOD)

Este trastorno se define en el DSM-IV como un patrón de conducta negativista, desafiante y hostil que dura al menos seis meses y presenta varios de los siguientes síntomas: explosiones frecuentes del temperamento; discusiones frecuentes con los adultos; desafío o negarse a cumplir con las reglas; tendencia a molestar a las personas o culparlas por errores y conductas propios; enojo frecuente con los demás; resentimiento; tendencia a ser vengativo y rencoroso. Tales conductas causan daño clínico significativo en el funcionamiento social, académico u ocupacional de tales sujetos.

Egan (1) relaciona al TOD con el trastorno pasivo-agresivo de nomenclaturas previas, debido a que estos individuos tienden a mostrar su agresividad en formas veladas y la dirigen especialmente hacia sus padres, aunque también pueden tener una actitud de rebeldía con los maestros u otras autoridades.

3.3.2. Etiología y epidemiología

Varias teorías buscan explicar el origen de estos padecimientos, sin que hasta la fecha ninguna de ellas haya sido validada por completo.

En el caso del TDAH, los cambios en su nomenclatura reflejan la ignorancia que todavía existe al respecto. Inicialmente surgieron las explicaciones de tipo biológico, como resultado de factores pre y perinatales de tipo infeccioso, metabólico o traumático que producen daño orgánico neurológico. En la actualidad, aún se mencionan el alcoholismo y tabaquismo de la madre durante el embarazo, la eclampsia, el bajo peso placentario, el aumento de corionitis o las presentaciones de dorso como factores importantes (16). Las complicaciones durante el embarazo, parto o la infancia temprana se han señalado como mecanismos parciales, especialmente en aquellos casos con comorbilidad, o incluso como factores de predicción. Sin embargo, en una revisión de los estudios neurobiológicos que han examinado monoaminas y sus metabolitos en orina, plasma, plaquetas y líquido cerebrospinal, Zametkin y Rapoport (17) encontraron resultados desalentadores y opinan que se requieren más estudios sobre el efecto de los psicoestimulantes, así como más estudios fisiológicos que utilicen las nuevas técnicas de imagenología cerebral para comprobar las teorías neuroanatómicas que han existido desde la década de 1950. Estudios de imagenología (18) han reportado ciertas anomalías en las regiones prefrontales y subcorticales de estos sujetos. Se ha determinado el papel de la transmisión hereditaria intergeneracional, que sugiere una predisposición genética en aproximadamente 30% de los casos (5,16).

En los años de las décadas de 1970 y 1980 se popularizaron teorías sobre el papel de cierto tipo de sustancias o toxinas ambientales que podrían estar presentes en la comida (aditivos, colorantes, salicilatos, preservadores, etc.), así como los niveles elevados de plomo en sangre o el uso de medicamentos como anticonvulsivos, antihistamínicos, analgésicos opiáceos, hipnóticos, sedantes, etc. (5).

También se han planteado teorías psicoanalíticas y psicosociales para explicar tal sintomatología, con factores tales como el abandono o separación temprana de la madre, la interacción negativa madre-bebé, la disciplina inconstante en el hogar, las dificultades maritales, la pobreza o el caos familiar. Sin embargo, ninguno de estos factores ha sido confirmado plenamente, aunque se han tomado en cuenta como elementos coadyuvantes.

En el caso del trastorno de conducta o disocial, Malmquist (2) dice que es difícil discutir la etiología de una categoría diagnóstica en la que la misma validez del diagnóstico está en duda. Hablar de una etiología multifactorial significa reconocer que no sabemos con exactitud cómo explicar satisfactoriamente la etiología. Se han valorado diversos tipos de factores de riesgo: demográficos, familiares y ambientales (19). Entre los primeros se considera el hecho de ser varón, entre los 5 y 6 años de edad, con prevalencia que aumenta con la edad, especialmente en el área urbana. Los factores familiares pueden ser genéticos, no solo ambientales. En muchos casos se observa bajo nivel socioeconómico, una historia de empleo temporal e inconstante o de criminalidad en los padres, pertenecer a

una familia numerosa, el estilo de crianza inadecuado y la presencia de abuso físico o sexual. Asimismo se han reconocido problemas en la interacción familiar, tales como organización y liderazgo deficientes, el uso de un sistema disciplinario impulsivo e inconsistente sin suficiente apoyo emocional; un modelo de empleo de la violencia para resolver problemas; el aislamiento y la comunicación limitada entre los miembros de la familia; la tendencia a utilizar la descarga emocional antes que las respuestas planificadas. En general, se trata de familias en las que no se ha desarrollado suficiente cohesividad y compromiso grupal, de modo que hay una tendencia mayor hacia la desmoralización, la impulsividad y la desunión. En tales familias se ha descrito la presencia de factores de riesgo en los padres, tales como el abuso de drogas, trastornos depresivos u otro tipo de padecimientos psiquiátricos importantes, provenir de familias violentas o abusivas, ser individuos separados, divorciados y que están formando nuevos matrimonios, que tienen dificultad para involucrarse con sus hijos (20). Los estudios de niños y adolescentes agresivos y homicidas señalan una etiología del orden orgánico neurológico (11, 12, 13).

Por otro lado, el TOD ha sido explicado mediante dos modelos teóricos: uno del desarrollo y otro del aprendizaje (1). Según el primero, este trastorno representa una fijación durante la etapa anal o de la separación del objeto de apego, en la que el negativismo, desafío y desobediencia son esfuerzos para manejar el conflicto entre la búsqueda de la autonomía y la separación por un lado, y el deseo de dependencia por el otro, por lo que se le suele clasificar como un problema de separación. La teoría del aprendizaje lo considera resultado del refuerzo negativo; es decir, el niño responde así a los constantes regaños, sermones, recordatorios y castigos de sus padres o figuras de autoridad, actitudes que actúan como reforzadores negativos en lugar de disminuir la conducta opositora.

La prevalencia reportada para cada uno de estos trastornos varía ampliamente. Para el TDAH, Barkley (5) piensa que no se puede determinar con exactitud, puesto que no se puede definir estrictamente, ni medir con precisión. La prevalencia varía según factores tales como la población estudiada, los métodos de investigación y el criterio diagnóstico empleados (21). Los ingleses cuestionan la frecuencia con que este trastorno se diagnostica en EUA, ya que en los países del Reino Unido es considerado un síndrome menos frecuente, con una prevalencia que va del 4% al 6% de la población infantil, de acuerdo a estudios epidemiológicos (4, 6, 9, 10) y clínicos (5, 8).

A pesar de que Malmquist (2) reporta cifras del 5% al 25% sobre la incidencia de conductas antisociales en la población americana, él mismo junto con otros autores (13, 14, 19) reconoce que hay mucha confusión al respecto, puesto que en los estudios se usan métodos y poblaciones muy diversas, sea en forma directa con pacientes o en forma indirecta a través de cifras oficiales de arrestos o actos delictivos, con métodos en los que interfieren los prejuicios raciales y socioeconómicos. Estudios epidemiológicos realizados en Canadá (9), Nueva Zelanda (4) y Puerto Rico (6), así como algunos estudios clínicos (7, 8, 22, 23) han encontrado índices de comorbilidad entre el TDAH y el TC o incluso TOD que oscilan entre 30% y 57%.

3.3.3. Estudios familiares

Estudios efectuados en familias de pacientes con TDAH (24) para buscar la incidencia de conductas antisociales o la presencia de trastorno de personalidad antisocial (TPAS) en los padres y hermanos de estos niños, encontraron una mayor frecuencia de dichos proble-

mas, asociados además al abuso de alcohol y drogas, en los padres de sujetos con TC o mixtos, es decir con TC y TDAH. Asimismo, se encontró un mayor índice de separación y divorcio, cambios más frecuentes de residencia y empleo y presencia de una madre sola que educa a los hijos en ausencia del padre, lo que refleja una importante inestabilidad familiar. También se reportó una mayor incidencia de TDAH en los padres y tíos de estos sujetos, preferentemente del sexo masculino. Curiosamente, no se encontraron conductas antisociales en los familiares de niños que presentan exclusivamente TDAH, sin la combinación con TC.

Reacciones en la familia. Desde bebés, los rasgos temperamentales descritos como característicos de estos individuos (largos períodos de llanto, difícil o imposible de consolar por los métodos usuales de abrazar, cargar, mecer, acariciar, alimentar, etc., con dificultad para conciliar el sueño y tendencia a despertarse frecuentemente durante la noche, puesto que se trata de bebés hiperactivos, inquietos e irritables) van a determinar en gran parte el estilo de apego (con mucha frecuencia inseguro) y el tipo de relación que establecen primeramente con su madre y posteriormente con el padre, los hermanos y demás miembros de la familia. Cuando la madre tiene un temperamento tranquilo, paciente y tolerante, puede soportar las presiones y exigencias de este tipo de bebés, exigencias que con el tiempo se van intensificando cada vez más, especialmente al empezar a caminar, al entrar a la escuela o al llegar a la pubertad y convertirse en adolescentes. Si, por el contrario, la madre tiene un temperamento semejante al de su hijo, hiperreactivo, impaciente y explosivo, la relación entre ambos se torna sumamente complicada y cargada de fricciones a lo largo de la vida.

Sin embargo, en países latinoamericanos como México, independientemente del temperamento materno, el ambiente sociocultural determina que la madre acepte a ese tipo de niños con mayor paciencia, abnegación y conformismo, puesto que son los rasgos esperados y valorados como parte de su papel, con tendencia a reprimir el enojo y los sentimientos e impulsos negativos. Estos sentimientos son más bien proyectados por el padre como figura masculina y autoridad principal, quien se supone tiene mayor libertad para enojarse, explotar, regañar y castigar a estos niños, como aspectos propios del papel paterno.

De una u otra forma, desde el nacimiento del bebé suele desarrollarse un triángulo característico entre este, la madre y el padre que va a influir profundamente en la dinámica de la familia a lo largo de toda la vida. En la mayoría de los casos, el hijo tiende a penetrar e interferir con la relación marital de sus padres, al aliarse y estar protegido por uno de ellos contra los ataques y el enojo del otro. La madre tiende a ser protectora o sobreprotectora, defiende al hijo de su padre o de los demás hijos, estableciendo con él una relación de suma dependencia y amalgamada. Tal situación coloca al hijo en un sitio especial, aislado y separado de los hermanos, en una velada o abierta competencia edípica con el padre, al convertirse en la pareja de su madre. A veces, este tipo de madres no solo sobreprotegen al hijo, sino que justifican y solapan sus actos impulsivos, agresivos o destructivos, sus conductas hiperactivas o delictivas tales como mentiras, robos, problemas escolares, pleitos, violaciones de normas y leyes, etc. Por un lado parece que ellas obtienen cierta gratificación a través de tales conductas del hijo. Por otra parte, da la impresión de que este es utilizado como un instrumento para desafiar y atacar veladamente la autoridad y normas decretadas por el esposo, en la sutil y disimulada competencia por el poder que suele existir entre ambos cónyuges, en la que el hombre es percibido como un "macho" patriarcal, impositivo y demasiado estricto.

Esta triangulación puede repercutir en una escalada de conductas agresivas, destructivas, delictivas y disfuncionales del hijo, no solamente presentes en el hogar, sino también extendidas a la escuela y la comunidad en general. Tales conductas pueden seguir siendo solapadas por la madre, ya no solo frente al padre, sino también ante las personas afectadas por ellas o las mismas autoridades sociales (maestros, policías, abogados, jueces, etc.). La madre intenta entonces convencerles de lo inofensivo de tales actitudes, o incluso sobornarlos como sucede tan frecuentemente en nuestro país, especialmente en las familias de clase media o alta, quienes cuentan con los suficientes recursos o conexiones sociales y políticas para lograrlo. Esta dinámica familiar tan característica en México no solo se confina al hogar, sino que se proyecta ampliamente en toda la sociedad y nos ayuda a comprender con claridad la forma como se dan ciertos fenómenos delictivos importantes tales como la corrupción, el soborno, los fraudes y las violaciones a las leyes en nuestro sistema social, así como la impunidad de que gozan los transgresores dentro de un marco perfectamente aceptado o hasta valorado y admirado culturalmente. En este contexto, no solamente se pueden violar las leyes y las instituciones sociales en esta forma, sino que además se premia a los individuos con puestos cada vez más elevados e importantes, desde los cuales pueden seguir actuando impunemente, bajo la sobreprotección y beneplácito de una "madre" sobreprotectora y solapadora, que a este nivel está representada por una parte importante de la sociedad y el sistema en que vivimos, los que regidos por normas culturales profundamente enraizadas en nuestra herencia, suelen condonar y estimular tales conductas.

Sin embargo, la relación que se forma entre madre e hijo también se torna cada vez más demandante y desgastante para ella, debido a esa hiperactividad, impulsividad, labilidad emocional, agresividad, rebeldía y en ocasiones destructividad que son tan difíciles de manejar y controlar. Así se van desarrollando tanto en ella como en el padre sentimientos intensos y contradictorios hacia el niño, tales como enojo, frustración, tensión, desilusión, confusión, preocupación, impotencia, tristeza y culpa, especialmente cuando las medidas disciplinarias usuales no funcionan y los padres se sienten inadecuados y fracasados, reprochándose y acusándose mutuamente de tal fracaso. Esta situación provoca o aumenta el distanciamiento entre ellos, lo que obstaculiza su unión y colaboración como pareja para intentar nuevos métodos de control o disciplina que puedan utilizar en forma conjunta o incluso para estar de acuerdo en la búsqueda de ayuda profesional. Es importante mencionar que los sentimientos tan intensos que expresan los padres con respecto a su hijo, así como la lucha y alejamiento entre ambos, asociados a la desinformación que prevalece en la mayoría de la población con respecto a los problemas de salud mental, impide que la familia perciba estos rasgos como síntomas de trastorno emocional que requiere ayuda profesional y lo conceptualicen más bien como errores o fracasos de uno u otro padre en la educación familiar, o también como caprichos, "manías", rebeldía o rasgos pasajeros del hijo, explicados igualmente como influencia de "las malas compañías".

Relación con el padre. Se ha encontrado en un buen porcentaje de estas familias que el padre más frecuentemente que la madre, presenta asimismo TDAH o rasgos de personalidad antisocial. En tal caso, al padre le puede ser más fácil identificarse con su niño al recordar que durante la infancia él presentó los mismos rasgos, lo que puede permitirle comprender mejor las conductas, actitudes, reacciones y necesidades de su hijo, para brindarle ayuda en sus dificultades. Sin embargo, el padre puede también adoptar una actitud de negación que le hace justificar tal sintomatología como algo normal, puesto que él fue así de niño y no tiene conciencia de haber desarrollado problema alguno, por lo que tam-

poco piensa que sea necesaria la ayuda profesional. En otras ocasiones, debido a los rasgos semejantes de padre e hijo, las fricciones son mayores entre ambos; el primero tiene menos paciencia o tolerancia con el segundo y tiende a reaccionar explosivamente, con castigos más estrictos y agresivos o inclusive con violencia y abuso físico del menor. El padre puede inconscientemente percibir al hijo como una parte mala de sí mismo, como un objeto negativo sobre quien desahoga sentimientos acumulados desde su propia infancia, cuando probablemente él fue tratado del mismo modo.

Existen asimismo ciertos padres que reaccionan en forma paradójica y contradictoria ante este tipo de conductas en el hijo. Mientras que lo regañan o castigan violentamente asumiendo una actitud de enojo, por otro lado parecen sentir en su interior cierto grado de orgullo y satisfacción al considerarlo como un verdadero "machito", cuya conducta protegen sobornando a las autoridades para que no sea encarcelado ni castigado y no tenga que responsabilizarse de sus actos, de los cuales quizá se jacte con los amigos u otros adultos cercanos. Consciente o inconscientemente, dicha ambivalencia parental es captada por el hijo, quien aprende a utilizarla en su beneficio, de manera que a la larga irá desarrollando técnicas cada vez más sofisticadas y sutiles que aplicará en delitos cada vez mayores a sabiendas de que permanecerá impune bajo la protección del padre. Nuevamente en estos casos, se refleja esa tendencia que cotidianamente reconocemos en el sistema mexicano a todos los niveles.

Papel de chivo expiatorio. De una u otra forma, la sintomatología que presentan estos chicos tiende a convertirlos frecuentemente en el blanco perfecto no solo de la atención en el hogar, la escuela o la comunidad, sino también de la frustración y agresividad de los padres y hermanos, compañeros y maestros, etc. Así, desde sus primeros años de vida, este niño se convierte en el responsable de las averías, travesuras, problemas y accidentes que ocurren en la casa; es decir, de todo lo negativo, lo que automática y espontáneamente le confiere la posición vitalicia de chivo expiatorio en la familia. Gracias a su sensibilidad, aprende desde muy pequeño a captar las sutiles señales de las tensiones maritales o familiares para hacerse visible en "el momento adecuado" y atraer hacia sí mismo esa tensión y agresividad que lo coloca en el papel de canal de desahogo y foco de drenaje de la familia. Es interesante que aun sin ser llamado o involucrado en algún conflicto entre los padres o los hermanos, el chico sepa aparecer y acomodarse en el instante preciso para cumplir con su misión. Además, a través de pequeños detalles, los hermanos aprenden a precipitar esas conductas explosivas o delictivas del chico con TDAH o TC.

Por lo general, en tales familias este niño tiende a ser etiquetado con una serie de apelativos peyorativos tales como "burro", rebelde, tonto, flojo, "latoso", malo, etc. Lo comparan negativamente con los demás hermanos, especialmente con el que ocupa la posición opuesta, como "el bueno", inteligente, estudioso, obediente o "estrella" de la familia. En esa forma, las críticas, regañones, insultos, castigos y rechazo están dirigidos al primero, mientras que las alabanzas, premios y reconocimiento se los lleva el segundo. Tal situación provoca envidia, celos y rebeldía en el chico con TDAH o TC, lo que trae como consecuencia una mayor rebeldía y agresividad verbal y física hacia los hermanos, lo que a su vez le impide integrarse adecuadamente en este subsistema. Por lo mismo, este niño o adolescente tiende a aislarse en el hogar, busca reforzar su alianza con alguno de los progenitores en contra del otro, o sale de casa para formar grupo con chicos de menor edad a quienes puede capitanear con pandillas de pares que presenten conductas semejantes.

A pesar del rechazo, castigos, agresividad y atención negativa que recibe en la familia, el papel de chivo expiatorio también le permite asumir una posición importante en el hogar, con privilegios que no tienen sus hermanos.

Relación con los hermanos. Los hermanos pueden resentir y envidiar la atención y sobreprotección que recibe el niño con estos problemas. A pesar de tratarse de una atención negativa, ha servido para convertirlo en el centro de las conversaciones y la preocupación familiar. Esas ventajas son también captadas por los demás como una recompensa para tales conductas disfuncionales, que en algunas ocasiones ellos mismos pueden llegar a imitar, en búsqueda de dicha recompensa. Es importante mencionar que en una familia de varios hijos con frecuencia hay otros que presentan la misma sintomatología, lo que determina la presencia de otros patrones en la dinámica familiar.

3.3.4. Evaluación diagnóstica

Estos niños requieren una concienzuda y sistemática valoración diagnóstica en compañía de sus padres y hermanos. A través de varias sesiones se obtendrá su historia clínica y se efectuará el examen mental. Será importante complementar la información obtenida mediante reportes de la escuela, del pediatra o, en los casos necesarios, de abogados o jueces, así como del neurólogo, del psicólogo o de otros profesionales cuya intervención sea necesaria para valorar los problemas orgánicos, perceptuales, motores o de aprendizaje. En esta forma se podrá llegar a un diagnóstico adecuado, de acuerdo a la nomenclatura del DSM-IV o del CIE-10, que son las clasificaciones diagnósticas más utilizadas.

Sin embargo, toda esta información (que debe incluir datos sobre el ambiente marital y familiar que han prevalecido durante la vida del paciente, aspectos hereditarios y familiares, así como aspectos importantes biológicos, psicológicos y socioculturales de su desarrollo individual), deberá también ser integrada en lo que conocemos como formulación dinámica, o sea una hipótesis global de trabajo, a través de la cual se pueda obtener una imagen más nítida y una mejor comprensión de este ser humano único, de rasgos específicos, que pertenece igualmente a una familia única y se ha desarrollado también en un entorno único y específico. Tal comprensión nos permitirá planear un programa específico de tratamiento, que se avoque a las necesidades y problemas del paciente y su familia.

3.3.5. Tratamiento

Debido a la confusión, contradicciones y carencia de información completa sobre la etiología de estos padecimientos, aún no del todo bien definidos como tales, las medidas terapéuticas que se utilizan en la actualidad están dirigidas en parte a sus manifestaciones sintomáticas, pero también a las necesidades y problemas detectados al través de la valoración diagnóstica. Tales medidas pueden ser divididas en cuatro áreas principales:

1. Uso de psicofármacos.
2. Uso de psicoterapia.
3. Uso de tratamiento institucional residencial u hospitalización.
4. Uso de otros métodos

1. Uso de psicofármacos

Psicoestimulantes. En el caso del TDAH, se han utilizado exitosamente desde hace muchos años los llamados psicoestimulantes del tipo del metilfenidato, dextroanfetamina y pemolín de magnesio, de los cuales el único disponible en México actualmente es el metilfenidato (Ritalín). Este medicamento actúa a nivel del SNC, con resultados positivos en aproximadamente un 75% de los niños en quienes se administra (21), de forma que disminuye la actividad motora, aumenta el tiempo que pueden permanecer sentados, con una notable mejoría en su atención y concentración. Los cambios presentados por el niño alrededor de los 30 minutos después de la ingestión, son considerados como dramáticos y milagrosos por padres y maestros, ya que el niño se transforma en otro completamente diferente y continúa así por espacio de 3 a 5 horas, dependiendo de la respuesta individual de cada sujeto y el tiempo de eliminación del medicamento. Por lo general se recomienda una dosis de 0,3 a 0,7 mg/kg y se prefiere iniciar con 5 mg (media tableta) una o dos veces por día, para aumentar gradualmente de 5 en 5 mg, según la respuesta, hasta alcanzar la dosis adecuada. De acuerdo a la intensidad de los síntomas de cada niño, esta dosis se puede usar por las mañanas antes de ir a la escuela, de modo que cubre dicho período, así como una segunda dosis por la tarde, si fuese necesario, para facilitar la ejecución de tareas, trabajos académicos u otras actividades vespertinas.

A pesar de que este medicamento está dirigido a mejorar exclusivamente la sintomatología del paciente, sus resultados son sumamente positivos, ya que le permiten utilizar con mayor provecho sus capacidades intelectuales desperdiciadas de otra forma debido a las dificultades de concentración. Su funcionamiento escolar mejora notablemente, a la par de su aprendizaje. Asimismo, se le puede controlar mejor en el hogar y en la escuela y cambia la imagen que de él tienen los padres y maestros al dejar de ser un problema de conducta. La mejoría en estos aspectos estimula a su vez una autoimagen menos devaluada, con mayor grado de autoestima y seguridad en sí mismo. Los efectos secundarios del medicamento suelen ser mínimos en comparación con los beneficios, y son más notorios al inicio del tratamiento. Mientras el niño se acostumbra, puede presentar cefalea, anorexia o cierto grado de insomnio. A pesar de que se ha hablado de problemas en el crecimiento cuando se utiliza por largos periodos, los estudios longitudinales no han encontrado diferencias con el grupo control. Desgraciadamente, existen en México al igual que en otros países, grupos opuestos al uso de este medicamento, quienes a través de argumentos infundados difunden periódicamente información amarillista y dañina, lo que produce angustia y confusión innecesaria entre el público.

Otros psicofármacos. Además de los psicoestimulantes, los antidepresivos pueden ser una segunda alternativa de tratamiento. Los más empleados son la imipramina, desipramina, bupropion, o fluoxetina. Otros medicamentos como la clonidina, la tioridazina, la carbamazepina y el litio también han sido utilizados (16). Sin embargo, estos últimos no han dado los resultados esperados y generalmente se utilizan en sujetos que no responden a los estimulantes o a los antidepresivos, o que presentan comorbilidad con otros trastornos, como por ejemplo, los afectivos y los de ansiedad.

Al igual que para el TDAH, el tratamiento farmacológico para el TC es sintomático, aunque a diferencia del primero, no se han encontrado sustancias de efectividad específica (15). Se ha buscado reducir la agresividad, berrinches y crisis explosivas por medio del litio, haloperidol, bupropion, propranolol, clonidina y carbamazepina. Los estudios muestran resultados contradictorios en algunos casos, efectos secundarios importantes y una necesidad de mayor investigación al respecto (25).

2. Uso de psicoterapia

Psicoterapia individual. El tipo de psicoterapia individual que se considera de elección para estos chicos es de corte conductual o cognoscitivo. Con el primer tipo se busca modificar la conducta o disminuir los síntomas a través de técnicas de condicionamiento clásico, operante o de modelaje. Sin embargo, debido a las limitaciones en sus resultados, en Estados Unidos se ha desarrollado en los últimos años una gran variedad de programas de orientación cognoscitiva con entrenamiento para cierto tipo de capacidades que se encuentran sin desarrollar en estos pacientes, como las sociales, las de interacción con pares o adultos, las de solución de problemas cotidianos, así como la autoinstrucción para el manejo y control de la frustración y el enojo (26). Estos programas coinciden en dos objetivos básicos: el primero consiste en incrementar la conciencia del niño o el adolescente sobre la manera cómo sus conductas afectan a los demás (conocimiento social), y el segundo busca enseñarle nuevas conductas de socialización (adquisición de capacidades). Algunos de estos programas incluyen el uso de medicamentos, terapia remedial, de lenguaje o motriz, combinado con tratamiento residencial u hospital de día, terapia marital o entrenamiento para los padres y terapia familiar, en lo que se ha dado en denominar programas de tratamiento multimodal (27, 28).

Offord y Bennet (29) señalan la dificultad que existe para interpretar los resultados y efectividad de tales programas debido a la gran heterogeneidad de los niños estudiados, el contenido de las intervenciones y la metodología de las instrucciones. Por su parte, ellos citan las revisiones efectuadas por Durlak con técnicas del metaanálisis y su conclusión de que no se ha demostrado que los cambios cognoscitivos necesariamente produzcan cambios conductuales en estos chicos.

A pesar de que no existen muchos reportes sobre el uso de psicoterapia psicodinámica en niños o adolescentes con este tipo de trastornos, e incluso se la ha llegado a considerar de poca efectividad en dichos casos, se han reportado buenos resultados en ciertos pacientes, asociada a la terapia marital para los padres y terapia para todo el grupo familiar. Recientemente, Fonagy y Target (30) publicaron una revisión de casos con psicoterapia psicoanalítica o psicoanálisis en el Centro Anna Freud, en Inglaterra. Ellos concluyeron que la efectividad del tratamiento aumenta en relación con su intensidad y duración, especialmente en el subgrupo de niños que presentan ansiedad asociada, pero en quienes no existen trastornos del aprendizaje o de otro tipo. Asimismo, encontraron mejores resultados cuando las madres de estos niños no presentaban alto nivel de ansiedad, o habían tenido experiencias psicoterapéuticas previas o concurrentes al tratamiento de sus hijos que les permitieron establecer buenas relaciones objetales.

Psicoterapia familiar. Debido a las características específicas en la dinámica de estas familias o a la presencia de psicopatología en alguno de los progenitores, además del uso de psicoterapia individual para el paciente, es de gran utilidad la psicoterapia marital o la familiar como métodos complementarios para asegurar mejores resultados. Según el tipo de psicopatología parental, deberá valorarse además el empleo de psicofármacos.

3. Uso de tratamiento residencial u hospitalización

Ya que en México es mínimo el número de hospitales e instituciones psiquiátricas dedicadas al internamiento de niños y adolescentes, este tipo de tratamiento casi no se uti-

liza. Los pacientes que en Estados Unidos son hospitalizados por ciertos períodos de tiempo, en nuestro país permanecen en sus hogares y son tratados por medio de programas multimodales en los que se combina la psicoterapia individual, marital y familiar, con actividades y terapia remedial en casos con problemas de aprendizaje, sin necesidad de separarlos de su hogar. Hay niños o adolescentes con problemas delictivos más serios que son referidos a albergues para menores, especialmente cuando carecen de suficientes recursos económicos. Es importante mencionar que la gran mayoría de tales casos nunca son referidos al psiquiatra en nuestro medio.

4. Uso de otros métodos

Muchas veces se encuentra en el paciente y sus familiares cercanos diversos tipos de problemas que requieren asimismo la intervención profesional como parte de un programa global de tratamiento. Se les puede referir a terapias de tipo perceptual, de lenguaje o de coordinación motora cuando así lo ameriten, o a determinadas actividades físicas, deportivas o sociales como clases de gimnasia, fútbol, natación, etc., o en grupos tipo Boy Scouts o del orden musical o religioso. Cuando se detectan problemas médicos es necesario referir al paciente con el especialista indicado.

Es muy importante informar y orientar a los padres sobre los aspectos específicos de estos trastornos que pueden ser mejorados y corregidos en el hogar, tales como métodos de disciplina mejor organizados y más congruentes, en los que se incluyan horarios, planeación y programación de actividades tanto de estudio como de esparcimiento, etc., para mejorar el funcionamiento del paciente, al igual que la comunicación y relación con sus padres y el resto de la familia.

En cuanto al empleo de castigos por parte de los padres, es válida su utilización con fines correctivos, pero con frecuencia es necesario orientar a los padres para evitar los golpes y los insultos no pocas veces empleados por los padres frustrados. Es preferible ignorar las faltas menores y señalar y propiciar lo más posible las conductas positivas del menor. Las medidas de modificación de la conducta son recomendables, como la economía de fichas que consiste en registrar puntos o estrellas por las conductas buscadas y que pueden ser canjeadas por permisos, dinero o actividades agradables con algún adulto. La técnica de tiempo fuera ("time out") es un posible castigo constructivo, como sustituto de golpes o regaños. El tiempo fuera consiste en colocar al niño en edad preescolar o escolar durante unos minutos (no más de diez) en un sitio de la casa, un rincón o el baño por ejemplo, donde nadie le hable ni se le permita hablar o distraerse con ningún objeto. Previamente se le debe haber explicado la razón del castigo y se le asigna un tiempo proporcional a la falta, que no exceda en minutos el número de años de vida del paciente. La técnica del tiempo-fuera pone al niño en una situación carente de estímulos y facilita que medite sobre la conducta castigada. (31)

3.3.6. Conclusiones

Hablar de trastornos de conducta equivale en cierta forma a referirse a tres padecimientos que han sido agrupados bajo el rubro de "Trastornos del déficit de atención y de las conductas perturbadoras", y que son: el trastorno por déficit de la atención, el trastorno de conducta (o trastorno disocial) y el trastorno de oposicionismo desafiante. Aunque definidos cada uno individualmente, parece existir una importante semejanza y correlación entre ellos.

Se ha presentado en este capítulo la similitud de síntomas tales como la inquietud, impulsividad, rebeldía, oposicionismo, agresividad e incluso destructividad, con tintes delictivos en algunos casos. Se trata de conductas denominadas "acting-out" o de externalización, las cuales difícilmente pasan desapercibidas y no solo afectan al paciente mismo, sino a todos aquellos a su alrededor. En estos suelen provocar sentimientos de enojo, frustración, desesperación, desilusión e impotencia, con respuestas también agresivas hacia el paciente.

Podríamos agrupar los síntomas mencionados en varios canales que van desde los aspectos más simples como la distractibilidad, hasta aquellos más complejos y abiertamente violatorios, agresivos y delictivos, clasificándolos en subgrupos con las siguientes características: 1) básicamente distraídos; 2) hiperactivos e impulsivos; 3) rebeldes, desafiantes y oposicionistas; 4) agresivos y destructivos; 5) violadores de normas y 6) abiertamente delincuentes. Esta clasificación podría ser útil en cuanto al diagnóstico y tratamiento, a pesar de encontrarse muchos de tales síntomas mezclados en un solo individuo.

No obstante tratarse de padecimientos frecuentemente encontrados, en la actualidad no existen estadísticas confiables. Tampoco conocemos realmente su etiología, en la que intervienen diversos factores orgánicos, hereditarios, familiares, psicológicos y socioculturales.

Las características especiales de estos chicos los convierten en objetos de desahogo de la tensión y agresión familiares al darles el papel de chivos expiatorios, lo que determina ciertas características en la dinámica familiar. Cada familia debe ser valorada cuidadosamente al mismo tiempo que se hace el estudio diagnóstico individual del paciente.

El tratamiento de estos padecimientos requiere un programa multimodal terapéutico, el cual incluye el uso de psicofármacos, psicoterapia individual, marital o familiar, ayuda escolar, orientación a los padres, además de medidas terapéuticas específicas según las necesidades que hayan sido detectadas a lo largo de un cuidadoso estudio clínico. La orientación a los padres puede incluir la discusión de mitos frecuentemente asociados al tratamiento de los niños hiperquinéticos (32).

La detección y tratamiento de menores con trastorno de conducta o disocial reviste una importancia especial, pues difícilmente llegan voluntariamente a la consulta del clínico. Sus características delictivas se confunden y mimetizan en un ambiente sociocultural donde se considera natural, aceptable y justificado la violación de las leyes, la corrupción, el soborno, las declaraciones falsas, los fraudes y desfalcos de funcionarios de todo nivel a las instituciones oficiales, los robos al erario público y sobre todo la protección e impunidad de que gozan estos individuos bajo el marco legal y político mexicano. El trabajo temprano con estos niños y sus familias posiblemente ayude a mejorar la conducta delictiva presente en ellos, lo que a la larga podría promover la existencia de un ambiente sociocultural más saludable en nuestro país.

Referencias

1. Egan J. Oppositional defiant disorder. En: Wiener J. *Textbook of child and adolescent psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1991.
2. Malmquist CP. Conduct disorder: conceptual and diagnostic issues. En: Wiener J, ed. *Textbook of child and adolescent psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1991.
3. Albores V. El adolescente con trastorno por déficit de la atención: un reto al terapeuta. En: Saucedo GJM. *La salud mental del niño y el adolescente*. México: VII Monografía de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil; 1989.
4. Anderson JC, Williams S, Silva PA. DSM-III disorders in preadolescent children. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44:69-76.
5. Barkley RA. *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford; 1990.
6. Bird H, Canino G, Rubio M, Gould M, Ribera J, Sesman M, Woodbury M, Huertas S, Pagan A, Sanchez A, Moscoso M. Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:1120-1126.
7. Biederman J, Munirk Knee D. Conduct and oppositional disorder in clinically referred children with attention deficit disorder: A controlled family study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987; 26:724-727.
8. Biederman J, Newcorn J, Sprich S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorders. *Am J Psychiatry* 1991; 148:564-577.
9. Szatmari P, Offord DR, Boyle MH. Ontario Child Health Study: Prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. *J Child Psychol Psychiatr* 1989; 30:219-230.
10. Cantwell DP, Baker L. Stability and natural history of DSM-III childhood diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28:691-700.
11. Lewis DO, Lewis M, Unger L, Goldman C. Conduct disorder and its synonyms: Diagnoses of dubious validity and usefulness. *Am J Psychiatry* 1984; 141:514-519.
12. Lewis DO, Moy E, Jackson LD, Aaronson R, Restifon N, Serra S, Simos A. Biopsychosocial characteristics of children who later murder: A prospective study. *Am J Psychiatry* 1985; 142:1161-1167.
13. Lewis DO. Adolescent Conduct and Antisocial Disorders. En: Wiener J, ed. *Textbook of child and adolescent psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1991.

14. Kaplan WH. Conduct Disorder. En: Kestenbaum CJ, Williams DT, eds. *Handbook of clinical assessment children and adolescents*. Nueva York: New York University Press; 1988.
15. Hendren RL. Conduct disorder in childhood. En: Wiener J, ed. *Textbook of child and adolescent psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1991.
16. Silver LB. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1992.
17. Zametkin AJ, Rapoport JL. Neurobiology of attention deficit disorder with hyperactivity: Where have we come in 50 years? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987; 26:676-686.
18. Castellanos FX, Giedd JN, Eckburg P, Marsh WL, Vaituzis AC, Kaysen D, Hamburger SD, Rapoport JL. Quantitative morphology of the caudate nucleus in attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1791-1796.
19. Bird H. *Epidemiology and diagnosis of conduct disorder. Mid-Year Institute on Difficult Clinical Situations*. Cancún: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry y Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil; 1994.
20. Sargent J. *Family treatment of conduct disorder. Mid-Year Institute on Difficult Clinical Situations* Cancún: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry y la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil; 1994.
21. Greenhill LL. Attention deficit hyperactivity disorder. En: Wiener J, ed. *Textbook of child and adolescent psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1991.
22. Stewart MA, Cummings C, Singer, De Blois CS. The overlap between hyperactive and unsocialized aggressive children. *J Child Psychol Psychiatr* 1981; 22:35-45.
23. Shapiro SK, Garfinkel B. The occurrence of behavior disorders in children. The interdependence of attention deficit disorder and conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1986; 25:809-819.
24. Albores V. La presencia de agresividad y sus riesgos en el niño con trastorno por déficit de la atención (TDA). *Rev Mex Psiquiatría Infantil* 1993; 2:15-21.
25. Campbell M, Cueva J. Psychopharmacology in child and adolescent psychiatry: A review of the past seven years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34:1124-1132.
26. Braswell L, Bloomquist ML. *Cognitive-behavioral therapy with attention deficit hyperactivity disorder children*. Nueva York-Londres: Guilford Press; 1991.
27. Ialongo NS, Horn WF, Pascoe JM, Greenberg G, Packard T, Lopez M, Wagner A, Putler L. The effects of a multimodal intervention with attention deficit hyperactivity disorder children: A 9-month follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32:182-189.

28. Jacobvitz D, Sroufe A, Stewart M, Leffert N. Treatment of attentional and hyperactivity problems in children with symphomimetic drugs: A comprehensive review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29:677-688.
29. Offord DR, Bennet KJ. Conduct disorder: Long term outcomes an intervention effectiveness. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33:1069-1078.
30. Fonagy P, Target M. The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33:45-55.
31. Rinn RC, Markle A. *Paternidad positiva*. México: Trillas; 1981.
32. Saucedo GJ. Los trastornos por déficit de la atención. Ideas falsas y conocimientos actuales. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1997; 54:257-260.

3.4. Aspectos psicológicos y familiares de la insuficiencia renal crónica

María Luisa Velasco de Torres y Francisco Julián Sinibaldi Gómez

Introducción

El conocimiento cada vez más profundo de la fisiología renal, así como los adelantos en el tratamiento de las diferentes nefropatías y sus complicaciones, han dado por resultado no solo prolongar la vida de gran número de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC), sino también mejorar la calidad de su existencia. Esto ha originado una gran cantidad de estudios encaminados a identificar y evaluar los factores que influyen en una mejor y más completa rehabilitación del paciente. Dichos factores incluyen los aspectos físicos, psicológicos, familiares y socioeconómicos. Por ejemplo, se ha tratado de analizar cuáles son las repercusiones en todos estos ámbitos que sufren los pacientes sometidos a diálisis peritoneal, hemodiálisis, o bien a un trasplante renal (1, 2, 3, 4). Estos aspectos incluyen, entre otras cosas, la enorme responsabilidad ética, legal y médica de suspender o continuar un manejo terapéutico que involucra la vida del paciente (1, 5, 6, 7, 8, 9, 10).

3.4.1. Repercusiones psicológicas en los niños y adolescentes

Las repercusiones de la IRC en el aspecto intelectual de los niños y adolescentes han sido poco estudiadas. Sin embargo, en un estudio con niños mexicanos (1) se observó que estos presentan un rendimiento intelectual inferior al de los niños clínicamente sanos. Esta disminución del rendimiento intelectual se debe en primer lugar a su condición de enfermos crónicos, pero también está afectada por el grado de intoxicación metabólica derivada del padecimiento que sufre, es decir, el porcentaje de productos tóxicos disueltos en la sangre que no han podido ser eliminados debido a que el riñón ya no puede hacerse cargo de los mismos. Se ha señalado que los efectos nocivos de la uremia crónica sobre el sistema nervioso central son similares a los ocasionados por otros trastornos metabólicos. Esto puede traducirse en marcha titubeante, asterixis, temblor no intencional, mioclonos multifocal, disartria, neuropatía periférica y convulsiones. Es decir, una amplia y variada gama de manifestaciones de tipo neurológico.

En los pacientes con IRC que aún no presentan síntomas clínicos de tipo neurológico se ha puesto de manifiesto que el cambio más precoz es una disminución del ritmo electroencefalográfico, así como un aumento en el tiempo de latencia para responder a un estímulo visual. Este último tiene una correlación positiva con el incremento en las concentraciones de creatinina séricas. Por otra parte, el tiempo de reacción discriminatoria aumenta y las pruebas de memoria revelan una disminución en su ejecución a medida que la enfermedad progresa (1).

Todas estas alteraciones desaparecen mediante un tratamiento eficaz, ya sea a través del uso de diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal, y dicha recuperación es mayor en los casos tratados mediante diálisis de cualquier tipo que con una amplia variedad de medicamentos (11).

Korsch et al. (3) describen dos tipos de comportamiento en los niños con insuficiencia renal. En primer lugar, los niños que ante el impacto devastador del padecimiento y el dolor de los tratamientos se aíslan y parecen no querer saber nada acerca de su enfermedad. Duermen tanto como es posible y presentan un máximo de negación acerca de lo que les sucede, viviendo con la única idea del día en que todo termine y puedan escapar. Este patrón de respuestas no es duradero, puesto que las complicaciones y nuevas fases del tratamiento los obligan a aumentar la comunicación con su mundo exterior y paulatinamente logran una mayor aceptación de la enfermedad. Por el contrario, un segundo grupo de niños está constantemente preocupado por su enfermedad, exigiendo una ayuda permanente, lo que los convierte en pacientes muy dependientes y muchas veces extraordinariamente exigentes. Estos niños parecen obtener demasiadas ganancias secundarias y una atención extra con motivo de su enfermedad. Desde el punto de vista individual, todos los casos caen dentro de un espectro continuo entre estas dos posibilidades extremas de respuesta. Finalmente, también se ha observado que los pacientes con mejores posibilidades de rehabilitación son aquellos que mantienen tan solo un cierto grado de dependencia (1).

Las alteraciones emocionales de los niños en hemodiálisis crónica también se pueden manifestar como depresión, frecuentes cambios de humor, sentimientos de aislamiento social, insomnio, irritabilidad, sentimientos de culpa, así como ansiedad respecto a las expectativas futuras, o una acentuada conducta regresiva (12, 13).

Sin embargo, los niños tratados en programas de hemodiálisis reciben en el hogar algunas gratificaciones que en cierta forma compensan sus sufrimientos, mientras que los mayores de doce años se adaptan en menor grado al procedimiento debido a que tienen oportunidades más restringidas de ser incorporados a centros escolares y/o actividades propias de su edad y, además, parecen estar más conscientes de su futuro incierto y de sus limitaciones físicas (1).

El niño tiene necesidad de incorporar su enfermedad, tanto su origen como sus consecuencias, a su desarrollo psico-afectivo, lo cual representa un gasto excesivo de energía psíquica. En general, se sienten atrapados en una red de destrucción y tratan de explicarla sintiéndose culpables, transformando su enfermedad en un castigo o bien, sintiéndose agredidos. Aunque en apariencia logran sobrellevar su enfermedad, experimentan dos áreas de agresión: la primera de tipo interno que proviene de los síntomas propios de la enfermedad, la astenia, la adinamia, la ansiedad, etc., y por otra parte, la agresión externa, que surge de los tratamientos dolorosos, las diálisis, las restricciones dietéticas, etc. (14, 15).

Es obvio que los niños con problemas psicológicos, previos a la IRC estarán más propensos a presentar durante el tratamiento ciertas alteraciones emocionales y del comportamiento (3). Así, los niños que generalmente responden a las situaciones de estrés comiendo en exceso tendrán dificultades específicas para cumplir con las restricciones dietéticas en momentos de extrema tensión. Los niños con poco entusiasmo en sus estudios tomarán su enfermedad como una excusa adecuada para no participar en actividades académicas. Por otra parte, los pacientes que utilizan la negación como su principal mecanismo de defensa en contra de su ansiedad y que generalmente exhiben optimismo hacia el futuro a través de un alto grado de motivación, se adaptan mejor que los pacientes que están obsesivamente preocupados por su enfermedad renal (4, 15).

Así pues, el niño puede responder a la IRC con una aceptación positiva, lo cual resulta en su identificación con el personal médico y en su participación activa en el tratamien-

to. Por el contrario, la aceptación negativa tiene como consecuencia una conducta regresiva que puede convertir al paciente en un inválido absoluto. El rechazo del padecimiento puede ser activo o pasivo. El primero implica conductas agresivas, oposicionistas y de reto hacia el personal médico y paramédico. En el rechazo pasivo, la agresión consiste en dejar que los adultos se preocupen por la enfermedad. Los niños sufren además del padecimiento, consecuencias que se asocian a este y que repercuten en ellos con mayor o menor importancia dependiendo de la edad. Así, es probable que el niño de menos de dos años sienta mucho temor de ser abandonado por parte de sus padres; el de cuatro a seis años estará temeroso, pues para él la enfermedad puede llegar a representar un castigo; el de seis a doce años, posiblemente esté más preocupado por su debilidad física que lo pone en desventaja frente a sus compañeros; para el adolescente el aislamiento social y las restricciones impuestas a su autonomía representan los aspectos que más le preocupan. En algunos casos los sentimientos de culpa adquieren una gran relevancia, puesto que el paciente se percibe como un algo malo, que solo causa penas y dolor a su familia y al medio ambiente (16).

3.4.2. Aspectos psicológicos del adulto con IRC

El adulto con IRC sometido a un tratamiento de diálisis enfrenta diariamente el hecho de que vive solo gracias a este procedimiento y que depende de una ayuda externa para poder realizar las funciones internas que su cuerpo ya no puede llevar a cabo. Esto le provoca gran estrés, tanto desde el punto de vista personal como familiar. El paciente se encuentra en un continuo oscilar entre un estado grave, que necesita tratamiento médico permanente, y un estado de "buena salud", en el que el médico y el medio hospitalario que lo asisten, así como él mismo, pasan de las restricciones que la enfermedad y los tratamientos le imponen a las actividades propias de una vida normal y productiva.

Abraham (17) distingue cuatro fases en la evolución psíquica de los pacientes con IRC, que son independientes del contexto social y familiar y del nivel intelectual del paciente (17).

La primera fase corresponde al estado psíquico en la uremia terminal: En esta fase, la evaluación psicológica del paciente es muy difícil; a menudo existe un estado de confusión, una inversión del ritmo sueño-vigilia y retardo en la ideación. En la actualidad estos síntomas pueden ser evitados con ciertos medicamentos. Las manifestaciones neurológicas ligadas propiamente a la uremia son fatiga, apatía, dificultad para concentrarse, depresión e inestabilidad psíquica. En ocasiones estas manifestaciones se acompañan de un cierto grado de organicidad con incoordinación motora o visual, además de trastornos de la atención. Algunos pacientes en esta fase siguen activos con ciertas restricciones hasta el momento en que se inicia la diálisis.

La segunda fase ha sido denominada "el retorno de entre los muertos". Esta fase ocurre en las primeras semanas de diálisis y puede durar de uno a seis meses. Es una fase de euforia en donde la apatía y el decaimiento desaparecen rápidamente y el paciente comprueba que ya no está a las puertas de la muerte. El alejamiento del espectro de la muerte le provoca un gran alivio y se experimenta la alegría de vivir.

La tercera fase se denomina "el retorno entre los vivos". Después de un tiempo, el paciente ha aprendido a conocer las ventajas y limitaciones del tratamiento y por ende, debe hacer frente a su nueva situación. Se siente débil, ansioso, resiente las presiones del medio,

la familia y el equipo médico. A menudo este periodo se inicia de una manera brusca cuando se le plantea la necesidad de reincorporarse a sus actividades previas al diagnóstico. Esta reincorporación al mundo exterior debe realizarse de forma progresiva y no súbitamente. Es importante dejar actuar al tiempo, permitir remontar la regresión, los conflictos de dependencia, independencia y los sentimientos de rechazo, que la enfermedad suscitó.

La cuarta fase es aquella en donde el paciente ha aceptado realizar la diálisis para llevar a cabo sus actividades normales y ha concluido la reincorporación al mundo exterior. En esta fase, el paciente se preguntará si vale la pena seguir viviendo, teniendo en cuenta las restricciones impuestas por la diálisis, el régimen dietético, los medicamentos, etc. Las respuestas del paciente a esta situación generalmente se expresan mediante actitudes regresivas, depresivas o de negación. Estas reacciones se desencadenan ante la presencia de problemas familiares, profesionales, financieros o sexuales.

En los estados regresivos, el paciente reactiva comportamientos que en etapas previas de su vida le fueron de útiles pero que en ese momento no lo son. Por ejemplo, pedir a la familia o al equipo médico que se hagan cargo del problema en forma total, o bien exagerar su papel de enfermo y exigir el máximo de atención porque no se sujeta a la disciplina, no toma los medicamentos o come lo que tiene prohibido. El paciente, al darse cuenta de esta situación, tratará de cambiarla, pero las influencias exteriores, especialmente por parte de la familia, anulan sus débiles intentos por independizarse y generalmente fomentan en él la regresión.

Los estados depresivos generalmente se desencadenan a causa de las limitaciones progresivas impuestas por el deterioro continuo que sufre el paciente. La fatiga, la debilidad muscular, la disminución de la capacidad de trabajo, las limitaciones financieras, la reducción de las funciones sexuales, el dolor y el malestar general pueden llegar a producir depresiones mayores que llevan a que el paciente se pregunte si vale la pena vivir en esas condiciones. El paciente conoce los medios para autodestruirse que la propia enfermedad le ofrece y puede llegar a utilizarlos. Por ejemplo, puede ingerir una sobredosis de medicamentos, ingerir alimentos prohibidos, consumir grandes cantidades de agua, o bien favorecer que se produzca la mutilación, contaminación o inutilización de la entrada del catéter para la diálisis peritoneal o para la hemodiálisis.

Un estudio reveló que, en los pacientes bajo tratamiento de hemodiálisis existe una incidencia de suicidios cuatrocientas veces mayor que en la población general. En una muestra de 3.478 pacientes bajo este tratamiento, aproximadamente 5% se suicidaron. Por otra parte, estos autores refieren que de 192 enfermos con IRC que mostraban conductas suicidas, 117 murieron por infringir el régimen alimentario, como por ejemplo, ingiriendo grandes cantidades de líquidos y alimentos con sal (18).

Las actitudes de negación son reacciones inconscientes y, al igual que las anteriores, son utilizadas como defensa para lograr dominar la ansiedad. A través de este mecanismo el paciente, el cuerpo médico y la familia forman un frente estoico de optimismo ante los múltiples problemas que se presentan, o bien se niegan a ver el deterioro, la incapacidad o la insatisfacción que la enfermedad le produce al enfermo. Es un mecanismo que se utiliza frecuentemente cuando fallece alguno de los compañeros del grupo de diálisis o del grupo de autoapoyo. Al compañero que muere generalmente se le describe como un indisciplinado que no llevaba su tratamiento de forma adecuada, o como alguien tan enfermo

que realmente ya no tenía ninguna esperanza. Estos comentarios dejan entrever que no se quiere admitir la propia gravedad.

Finalmente, después de años de tratamiento llega a aceptarse la enfermedad, lo que no supone resignación, sino más bien una aceptación activa que lleva al desafío y a luchar. El paciente se habitúa a vivir con la enfermedad y llega a considerar la diálisis como parte de su vida. Sin embargo, está presente la sombra de hasta cuándo la diálisis le será útil, y una vez que esta ya no lo sea, se preguntará ¿Seré candidato para un trasplante? ¿Habrá un donador idóneo?, etc.

3.4.3. Trasplante renal

El primer trasplante renal exitoso se llevó a cabo hace aproximadamente 40 años. Desde entonces se han realizado más de 380.000 trasplantes de donadores vivos o de cadáveres (19).

Los problemas emocionales antes descritos, complejos y difíciles de evaluar, adquieren una nueva perspectiva cuando el tratamiento del niño, del adolescente o del adulto con IRC requiere un trasplante renal de un donador vivo. En este caso, una persona sana se someterá a una intervención quirúrgica que le hará perder un órgano vital para salvar la vida a un familiar cercano.

Desde el punto de vista psíquico, la selección del donador debe llenar los siguientes requisitos: 1) el donador debe tener un conocimiento claro y preciso de las posibilidades de éxito o fracaso para él y para el enfermo; 2) debe estar libre de toda presión externa indebida; 3) no deben existir datos en su historia personal que indiquen inestabilidad mental o emocional, en especial depresiones previas; y 4) el donador propuesto no debe presentar un grado exagerado de ansiedad antes de la operación, al punto de hacer titubear a los doctores encargados del proceso. No obstante estos requisitos, en la mayoría de los casos no existe una decisión por parte del donador, pues con mucha frecuencia este se encuentra en la situación de "tener que" salvar la vida del enfermo, puesto que de lo contrario pensará que nunca más "le podría ver la cara". En cierta forma, él ha sido elegido, biológicamente hablando, y esta elección tal vez no lo entusiasme, pero no puede rechazarla abiertamente (11, 20, 21, 22).

En un estudio (20) se analizó la interacción de múltiples factores psicológicos en 14 niños de ambos sexos antes del trasplante renal y después de este. Entre otras cosas, se pudo ver que antes de llevarlo a cabo las niñas mostraban gran inclinación hacia el aislamiento social y en sus núcleos familiares se fomentaba la dependencia emocional. Lo anterior contrastaba notablemente con lo observado en los niños, quienes parecían mucho más activos e independientes. Otras observaciones anteriores a la operación fueron que la mayoría de los padres no parecían estar conscientes de la gravedad del problema y su respuesta inicial de aceptación al trasplante era un tanto irreflexiva. Más tarde, la decisión del trasplante fue motivo de preocupación y consideración por días y semanas, ya que tomaban conciencia de que existía la posibilidad de prolongar el sufrimiento del paciente con todas las repercusiones familiares que esto implicaba. El sufrimiento del niño parecía ser lo más sobresaliente; sin embargo, los padres lo minimizaban en su deseo de hacer todo lo posible para salvarle la vida, llegando a admitir incluso que este deseo tenía una motiva-

ción egoísta. Finalmente, la unidad y cohesión familiar estuvieron en relación directa con la aceptación del trasplante, ya que las familias con problemas de relación y una mayor desorganización tenían gran dificultad en ponerse de acuerdo sobre la aceptación del procedimiento (20). Una vez decidido que el paciente con insuficiencia renal crónica es un buen candidato al trasplante desde el punto de vista médico, se inicia el procedimiento que implica la selección del donador. Este es uno de los pasos más difíciles, ya que básicamente queda sujeta a características físicas, es decir, cuál de los familiares presenta la mayor compatibilidad con el individuo enfermo y se convierte en candidato idóneo (23, 24, 25).

Las reacciones emocionales del niño que recibe el trasplante son de diversa naturaleza. En el periodo postoperatorio temprano, es decir, entre la segunda y la sexta semana, la máxima preocupación girará alrededor del regreso al seno familiar, dotado de un órgano nuevo que le da una vitalidad y movilidad olvidadas después de haber estado crónicamente enfermo. La familia mantiene una actitud de sobreprotección hacia el menor, a pesar de haberse advertido que el riñón está funcionando correctamente. Los padres temen cometer errores que puedan "dañar el riñón" y consecuentemente, adoptan actitudes de excesiva restricción para el niño, o bien de inseguridad y tolerancia extremas (21). Los hermanos, por su parte, comienzan a reclamar la atención de los padres haciéndolos sentirse culpables de la protección acordada al niño receptor del trasplante y el consiguiente descuido del resto de la familia.

En el periodo postoperatorio tardío los pacientes enfrentan dificultades en la escuela, ya que tanto el personal docente como los compañeros están pendientes de cualquier señal o cambio en ellos y los hacen sentirse diferentes y, en cierta forma, aislados. En el periodo de cuatro a once meses después del trasplante, en su mayoría los familiares se han adaptado al regreso del paciente al seno familiar, tratándolo con menos aprensión y en forma más realista, sí bien las precauciones persisten en la escuela. No obstante lo anterior, continúa la tendencia a no aceptar las conductas independientes del recién trasplantado, aunque este sea un adolescente. Como consecuencia, el paciente pasa a desempeñar un papel pasivo y dependiente, que se combina con una hostilidad encubierta, y es frecuente encontrar confrontaciones mayores en las conductas impulsivas de los adolescentes (21).

Cinco a seis años después del trasplante, los pacientes parecen bien adaptados. Sin embargo, algunos autores han observado que las reacciones de ansiedad que permanecían ocultas hacen su aparición al asistir a la clínica de trasplantados, dando como resultado síntomas psicósomáticos que frecuentemente se asocian con la intervención quirúrgica. Sobre todo, el individuo empieza a tener miedo de que las causas que habían dañado previamente al otro riñón comiencen a crear problemas, imaginando que podría ocurrir un nuevo curso de daño lento y progresivo que podría llevarlo nuevamente a la insuficiencia renal (26). Frente a este problema, es recomendable que la familia y el individuo trasplantado recurran a sesiones de psicoterapia, en las cuales se plantee la reorganización familiar, ahora que ya no está presente la enfermedad (27, 28).

Los pacientes con rechazo inmunológico del riñón trasplantado, con su inevitable regreso a la hemodiálisis, son los que tienen las reacciones más intensas. Presentan cuadros depresivos importantes, algunas veces acompañados de ideas suicidas motivadas por sentimientos de culpa al haber destruido el riñón, órgano vital de quien bondadosamente lo donó. Por supuesto, si hay hostilidad en el donador al haber cedido inútilmente su riñón, se puede acrecentar aún más el sentimiento de culpa del receptor (26). En el niño, las reacciones de rechazo inmunológico y las infecciones que precipitan la rehospitalización del

paciente desencadenan estados de ansiedad y angustia de separación, y en el adolescente, los estados de ansiedad y depresión, con frecuencia se traducen en actitudes contrafóbicas y exhibicionistas. Todo lo anterior representa obviamente un serio peligro para su restablecimiento. Para complicar aún más la situación, la mayoría de las veces las expectativas de los padres respecto al riñón trasplantado son irreales, por lo que cualquier problema que se presenta provoca depresión y desaliento en toda la familia (24).

Es necesario señalar que en general, los niños pequeños aceptan la donación del riñón por sus padres como un hecho común y aparentemente no sienten ningún tipo de presión por parte del donador; llegando incluso a considerarlo una obligación. Por el contrario, los niños mayores son bastante sensibles y conscientes de lo que significa quedarse sin un riñón para donarlo, por lo cual son menos exigentes.

Finalmente, conviene señalar que las decisiones y juicios planteados en el hogar del paciente antes de que el donador se presente en el hospital tienen una enorme trascendencia y deben ser identificados, analizados y considerados cuidadosamente por el psiquiatra o el psicólogo.(24, 25, 26, 27)

3.4.4. Repercusiones psicológicas en el donador de un riñón

Las repercusiones psicológicas derivadas del hecho de donar un riñón no han sido totalmente aclaradas, ya que para algunos autores este hecho brinda una experiencia integradora en el sujeto (20), mientras que para otros puede desencadenar alteraciones emocionales importantes, posteriores a la donación (22). De hecho, algunos autores refieren la necesidad imperiosa de evaluar cuidadosamente las motivaciones del donador, su grado de ambivalencia, así como su personalidad previa. Un estudio realizado en 1969, detectó que ante la pregunta "¿Cómo decidió usted donar un riñón?", la mayoría de los donadores contestó: "No tenía otra alternativa, si no lo hubiera hecho, el enfermo habría muerto". Por otra parte, la experiencia de donar un riñón se resumió en la frase: "No recuerdo bien", "Fue una experiencia desagradable". Sin embargo, la donación del riñón también propició sentimientos positivos en el donante, tales como "Desde que lo hice, empecé a comprender mejor a los demás", "me he vuelto más religiosa o caritativa", etc. Finalmente, se observó que el estado psicológico de los donadores, después del trasplante, estaba en relación estrecha con el grado de éxito alcanzado por el tratamiento. En efecto, se registró un gran número de quejas tales como fatiga, dolores musculares, dolor en la herida, etc. se describieron en casos donde el riñón trasplantado había sido rechazado (22).

3.4.5. Repercusiones psicológicas en el receptor de un riñón

Por su parte, los pacientes adultos sienten el riñón trasplantado como un cuerpo extraño que requiere considerable esfuerzo psicológico para integrarlo a su imagen corporal. Los pacientes refieren sentirlo como algo "gracioso y frágil" que necesita ser cuidado y recibir atención constante para no ser dañado. Así mismo, la aceptación psicológica del órgano atraviesa por estadios sucesivos de adaptación, de tal forma que la preocupación va disminuyendo paulatinamente, hasta que después de un tiempo el paciente logra tener nuevos intereses (1, 11, 29, 30, 31).

Frecuentemente se observa que el trasplante del riñón se percibe como la incorporación total del donador, o sea que el receptor siente que si algo le acontece al donador, también él resultará afectado. Esta percepción es más vívida si la salud física o mental del donador se deteriora después de la donación o el receptor considera que cualquier cambio en la salud del donador se debe al procedimiento quirúrgico en el que se le extrajo el riñón. Aun más, si el donador y el receptor son de sexo opuesto, el receptor puede llegar a experimentar cierta confusión acerca de su identidad sexual (29).

El cambio de personalidad del paciente que recibe un riñón es otra de las reacciones que pueden aparecer después del trasplante. Algunos pacientes religiosos identifican en ocasiones el nuevo riñón con una nueva vida o con una unión con Dios (11). Es importante mencionar que los sentimientos de culpabilidad y vergüenza son frecuentes en el receptor del riñón, ya que este se siente responsable de haber dañado, limitado o mutilado la vida de otro. Estos sentimientos provocan la necesidad de compensar en alguna forma el daño causado, propiciando una preocupación excesiva hacia el donador y en ocasiones una identificación con este, lo que en algunos casos lleva a formar un tipo de simbiosis. En otras ocasiones, los sentimientos de culpa por haber dañado a una persona provocan respuestas como temores persistentes de castigo (11).

Se ha observado que cuando el enfermo recibe el riñón de un cadáver, suele tener un miedo constante de que el órgano también muera, o tener la sensación de ser atacado por el fantasma del cadáver y torturado por el crimen de haber requerido el riñón (11).

En general, un trasplante renal genera gran tensión en la mayoría de los pacientes y las reacciones psicológicas ante el mismo son muy variadas, inclusive depresión, síntomas histéricos, fobias, compulsiones, trastornos de la imagen corporal, insomnios, irritabilidad y, en ocasiones, reacciones psicóticas (1). Por su parte, Wilson et al. (29) han explicado estos síntomas psicóticos como secundarios a la administración de drogas en el periodo postoperatorio, mientras que Norton (32) los atribuye a la ansiedad generada por la incertidumbre acerca del resultado del trasplante.

Se ha puesto de manifiesto la necesidad de mantener una comunicación constante con el enfermo y su familia en el proceso del trasplante, ya que la determinación del procedimiento por seguir deberá incluir la revisión de los siguientes factores: a) conocimiento de los aspectos físicos del enfermo: grado de desnutrición, nivel de urea y nivel de creatinina; b) conocimiento de los aspectos psicológicos del enfermo: nivel de ansiedad y/o depresión, personalidad, mecanismos con los cuales maneja sus conflictos o las situaciones de estrés; c) factores familiares: disponibilidad de un donador de riñón, motivación de los supuestos donadores, organización y funcionamiento familiar; d) factores socioeconómicos: facilidad de acceso al hospital, ingresos económicos, educación y tabúes; e) la posibilidad real de que tanto el paciente, como el donador del riñón logren una adecuada rehabilitación. Se entiende por rehabilitación que el paciente, al igual que el donador, funcione lo más normalmente posible según su edad, sexo y condición socioeconómica.

Es importante subrayar que los pacientes con trasplantes logran un mayor grado de rehabilitación que los pacientes hemodializados; estos últimos llegan a sufrir serios desequilibrios psicológicos familiares, sociales y económicos, lo cual complica aún más la rehabilitación (2). Es recomendable que tanto el paciente trasplantado, como el donador y el resto de la familia, acudan a grupos de discusión con familias que hayan pasado por esta experiencia (33).

3.4.5. La familia y la insuficiencia renal crónica

La familia de los menores con IRC tiende a aislarse del exterior, ya que su preocupación central es el paciente, mientras que las relaciones con la familia de origen se intensifican. En muchas ocasiones la abuela desempeña el papel paterno con los hermanos del paciente, para que la madre o el padre puedan cuidar al enfermo, quien asume una posición central. Además, la familia tiende a bloquear las expresiones de angustia, miedo, tristeza o ira a pesar de que los miembros permanecen juntos. Incluso se bloquean los intentos de independencia de los otros hijos. Es frecuente que la familia quede fijada en una etapa del ciclo vital donde las pautas de interacción respondían adecuadamente para enfrentar los problemas, impidiendo así su adecuado desarrollo. Generalmente el grupo se sitúa en la etapa de la "familia con hijos pequeños", y cuidan al paciente en exceso, con lo cual le dificultan el desarrollo de su independencia. Algo similar se hace con los hermanos, quienes suelen reaccionar con rebeldía y rencor hacia el hermano enfermo, por ser este el centro de atención de los padres.

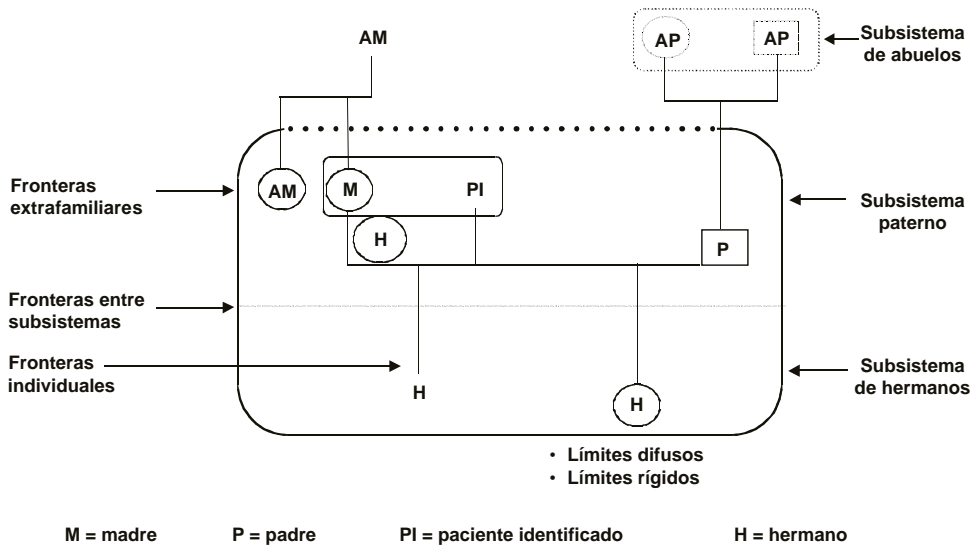
En cuanto al subsistema conyugal, los padres se dedican más a sus funciones parentales que a ellos mismos como pareja. Puede formarse una alianza entre el enfermo y la madre, manteniendo al padre en una posición periférica. La representación gráfica de estas interacciones, que coinciden con las de las familias del niño leucémico, se presenta en la figura 1 (34).

En la figura 1 se encuentran representadas las siguientes interacciones posibles: a) se establece una alianza rígida entre la madre y el niño enfermo, lo cual interfiere con su papel de cónyuge; b) el padre adopta una actitud rígida y permanece aislado de su esposa. Esto lleva a dificultades en su vida como pareja y en los intentos de comunicar los propios sentimientos; c) los hermanos también tienen problemas para expresar sus sentimientos de rivalidad y hostilidad hacia el paciente, pues este se ha convertido en el centro de atención; d) la sobreprotección del paciente se traduce en su aislamiento del grupo de hermanos y amigos; e) la familia se aísla del resto del mundo y abre sus límites a los miembros de la familia de origen; f) la abuela o la hija parental entra a formar parte de la jerarquía del subsistema parental; h) el niño enfermo también es incluido en el subsistema parental y adquiere una posición central y de autoridad a través de la díada que forma con la madre; i) aun cuando todos los miembros de la familia tienen sentimientos de apego, los límites individuales permanecen cerrados y rígidos, por que no pueden expresar sentimientos de culpa, tristeza y miedo.

En las familias donde el paciente es un adulto que tiene pareja, esta se vuelca sobre él, interrumpiendo sus actividades cotidianas para protegerlo y cuidarlo. Las funciones a las cuales se dedicaba el cónyuge antes del padecimiento son asumidas por un hijo mayor o por un pariente de la familia extensa, en la mayoría de los casos la madre de alguno de los miembros de la pareja. Ahora bien, sí el esposo es el enfermo, la mujer contará con un amplio grupo de personas que podrán ayudarla en el cuidado del paciente. Esto se debe a que la mujer cuenta con un mayor círculo de amistades o apoyos sociales; su problema no estará pues, en el área de quién le brindará apoyo emocional sino en los problemas económicos, especialmente sí el cónyuge enfermo era el proveedor del hogar. Por otra parte, si la enferma es la mujer, el esposo podrá dedicarse a cuidarla o bien delegar su cuidado en otra persona, una hija, la madre o las hermanas de la esposa, concentrándose en su papel de proveedor. Este papel eminentemente instrumental lo hará separarse emocionalmente de la esposa, y puede desempeñar funciones de amigo o supervisor frente a ella. Sí el esposo

decide convertirse en el cuidador primario y descuida su trabajo, la estabilidad económica del hogar puede estar en peligro. Además, tendrá que delegar el cuidado de los hijos en otra persona, ya sea un hijo parental o bien un adulto de la familia extensa. Habrá que tomar en cuenta que si el esposo asume las funciones de cuidador primario, contará con un círculo más pequeño de personas a quienes recurrir en el caso de que desee apoyo emocional.

Figura 1
Patrón de funcionamiento de una familia de un niño leucémico



Generalmente, la vida de la familia gira alrededor de la enfermedad, dejando de lado planes para el futuro en la incertidumbre de lo que llegue a suceder. Los problemas preexistentes se "olvidan", por lo que la familia da la impresión de haber mejorado sus relaciones. Sin embargo, estos problemas permanecen latentes y en algunos casos no solo se relegan los conflictos conyugales, sino también la vida conyugal (35). La posibilidad de un trasplante suele producir gran estrés en toda la familia, no solamente en el receptor y el donador.

3.4.6. Selección del donador de un trasplante renal

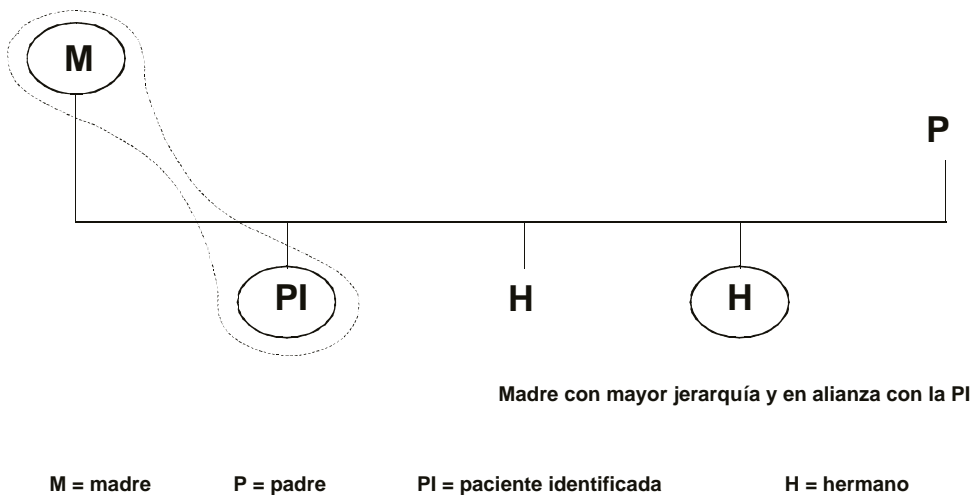
Hasta 1980 se había observado que las interacciones familiares cambiaban después de un trasplante de donador vivo. En algunas familias se observaba una sustancial mejoría en su funcionamiento, mientras que en otras el funcionamiento parecía menos adecuado y flexible. Al donar un riñón, se acrecentaba la importancia del donador en la jerarquía familiar, y se establecía además un vínculo muy estrecho entre el donador y el receptor (24).

Estos antecedentes motivaron un estudio con las siguientes hipótesis: a) si el donador, tiene una posición jerárquica en la familia y/o una relación cercana con el receptor previamente al trasplante renal, el hecho de donar el riñón acentuará esta posición, lo que aumen-

ta las posibilidades de que el funcionamiento familiar se torne rígido y se establezcan por tanto patrones disfuncionales de relación interpersonal; b) si por el contrario, el donador tenía una posición de menor jerarquía en la familia y/o de menor contacto con el receptor previamente al trasplante, el donador incrementará su jerarquía familiar, además de establecer una posición más cercana con el receptor, lo que eventualmente se traduciría en un funcionamiento más flexible y por ende más funcional. En un estudio de tres familias mexicanas se confirmaron estas hipótesis (30).

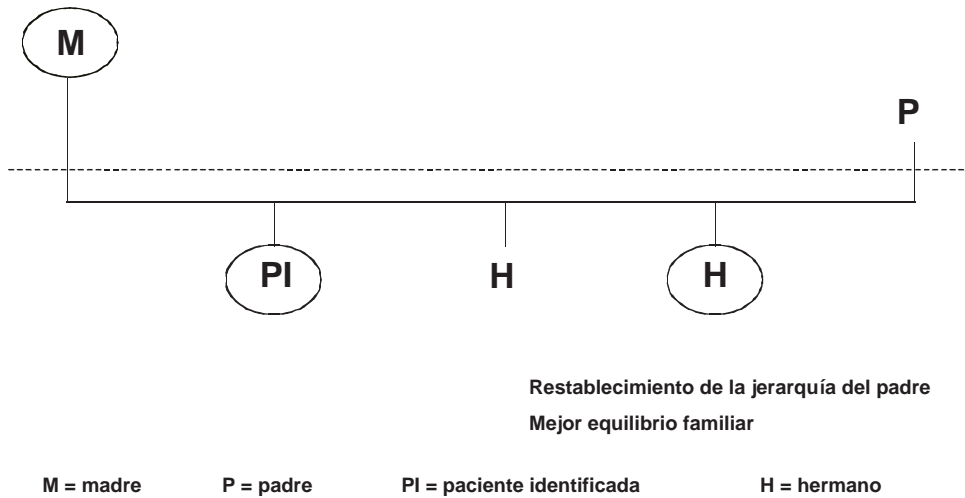
La primera familia estaba formada por los padres y tres hijos. Previamente al trasplante se observó que la mamá aparecía como la figura de mayor jerarquía, siempre dispuesta a opinar y a llevar a cabo sus decisiones, incluso miraba al padre con cierto desprecio, ya que este se había manifestado temeroso de donar el riñón, mientras que ella se mostraba ostensiblemente dispuesta a dar el suyo. También se observó una clara y estrecha alianza entre la madre y la paciente. En el período preoperatorio, la niña enferma estuvo continuamente reclamando la presencia de la madre en el hospital y se mostró opositora y reticente respecto a los tratamientos (figura 2). Después de realizar las pruebas de histocompatibilidad en ambos padres, el padre resultó ser el candidato ideal para donar el riñón.

Figura 2
Familia 1 antes del trasplante



Aproximadamente un mes después de la operación, se entrevistó nuevamente a la familia y fue posible observar una mayor participación del padre mientras la actitud del resto de la familia era de respeto y atención hacia él, lo que no se observó en las entrevistas previas al trasplante. La paciente se mostraba reservada, pero no molesta, dirigiendo su atención más al padre que a la madre, lo que daba oportunidad a sus hermanos de relacionarse más con la madre. Durante la exploración de sus actividades en la casa, la mamá relató que el papá pasaba mucho más tiempo con ellos, a pesar de sus compromisos económicos y de trabajo (figura 3).

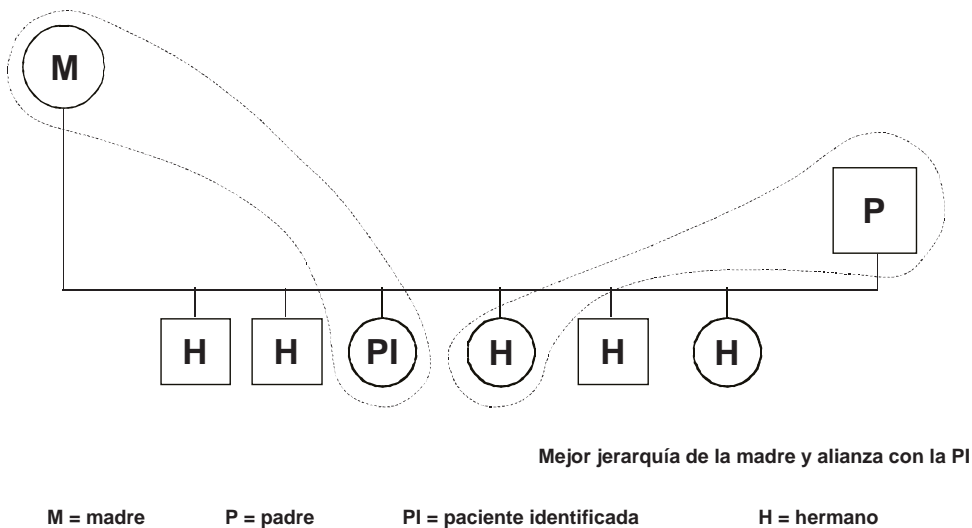
Figura 3
Familia 1 después del trasplante



Este es un ejemplo claro de cómo la selección adecuada del donador desde el punto de vista psicológico y familiar, además de biológico, contribuye a la mejoría y estabilidad del sistema familiar, ya que el padre, al ceder su riñón, recupera una posición de reconocimiento y establece una alianza con el receptor que es benéfica para todos.

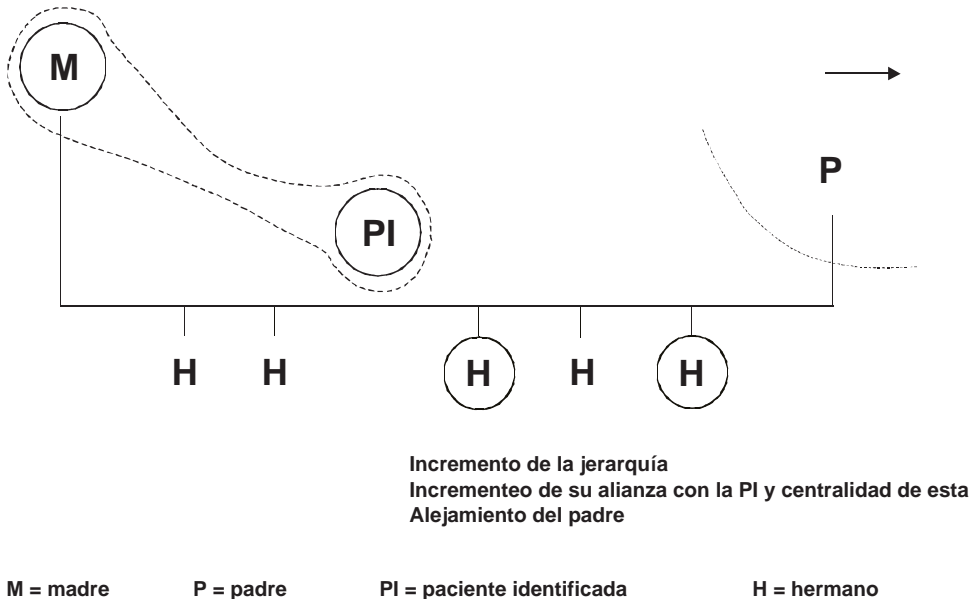
En el segundo caso se trataba de una familia formada por seis hermanos y los padres. En la entrevista previa al trasplante se observó que la familia mostraba un conflicto importante entre los padres, siendo la mamá la figura de mayor autoridad y al igual que en el primer caso, se observó una alianza importante entre la madre y la niña con IRC. Antes del trasplante, la paciente se mostraba nerviosa y reservada, pero cooperaba con su tratamiento (figura 4).

Figura 4
Familia 2 antes del trasplante



Después de las pruebas de histocompatibilidad, la madre fue seleccionada como donadora. En las entrevistas posteriores al trasplante, se observó que la mamá había acentuado su posición de autoridad en la casa, determinando prácticamente todo lo que se iba a hacer. Además, la donadora intensificó su relación con la paciente apenas efectuado el trasplante, al punto de que la niña empezó a demandar más y más la presencia de la madre. El papá y los demás hermanos participaron menos en la entrevista y se mostraron más tensos y reservados. El conflicto previo entre los padres se hizo aparente y la mamá reportó que el papá estaba mucho más tiempo ausente de la casa (figura No 5).

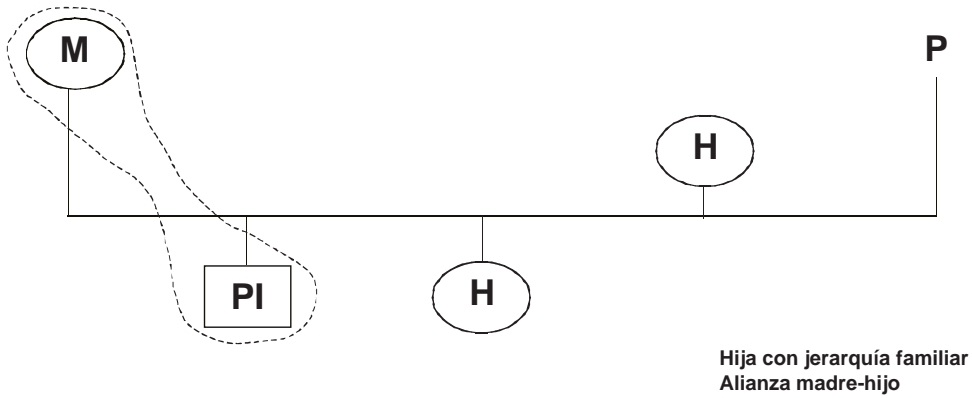
Figura 5
Familia 2 después del trasplante



Este podría ser un ejemplo de cómo la inadecuada selección del donador desde un ángulo emocional y de interacción familiar puede propiciar un funcionamiento inadecuado dado que la acentuada autoridad de la madre y su estrecha relación con la paciente previas al trasplante se ven intensificadas, lo que repercute en forma negativa en el desenvolvimiento familiar (30).

El tercer caso lo constituía una familia formada por la madre, el paciente y dos hermanas. El padre había abandonado a la familia cuando el paciente tenía ocho años. En la entrevista previa al trasplante, se observó que la madre guardaba una relación muy estrecha con el paciente y que una de las hermanas adoptaba un papel parental, ya que ella era la que sostenía la casa económicamente (figura 6). Después de los estudios de histocompatibilidad, esta hermana resultó ser la candidata para donar el riñón.

Figura 6
Familia 3 antes del trasplante



M = madre

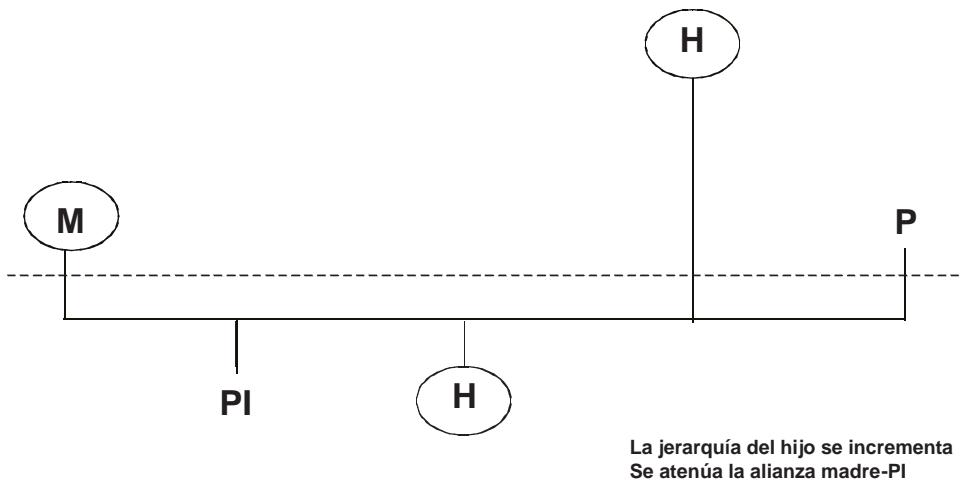
P = padre

PI = paciente identificado

H = hermano

Después del trasplante, se observaron los siguientes cambios: la donadora, en este caso la hermana parental, había incrementado considerablemente su jerarquía en la familia, pero su relación con el hermano y con la madre eran más cercanas, lo que flexibilizaba la alianza entre el paciente y la madre. Sin embargo, la acentuada jerarquía de la hermana propició una conducta sintomática en el paciente, ya que la hermana lo presionaba fuertemente para que reiniciara sus actividades escolares y sociales a la mayor brevedad posible, lo que resultó excesivo para el receptor, que había dejado de lado las actividades propias de su edad desde hacía cinco años. Además, la reincorporación del paciente a sus actividades desencadenó un importante estado depresivo en la madre (figura 7).

Figura 7
Familia 3 después del trasplante



M = madre

P = padre

PI = paciente identificado

H = hermano

Así, un elemento benéfico para el funcionamiento familiar, como fue la cercanía de la hermana con el paciente, se minimizó con otro elemento adverso que fue el grado de jerarquía que le otorgó la familia al donador.

Este estudio pone de relieve la importancia de la adecuada selección del donador en el ámbito familiar (30).

3.4.7. Reorganización familiar motivada por la enfermedad y el trasplante

Es importante tener presente que las enfermedades crónicas como la IRC propician la reorganización familiar para brindar la atención y el apoyo necesarios al paciente. Esta reorganización que surge en el seno de la familia frente al padecimiento es un intento de alcanzar el equilibrio ante condiciones adversas. Sin embargo, el problema surge cuando la gravedad del padecimiento, la cronicidad, los sentimientos de culpa con que se maneja la enfermedad, etc., se incrementan, propiciando un funcionamiento rígido, que limita considerablemente el desarrollo de sus miembros (34).

Por otra parte, sí una enfermedad crónica está presente por un tiempo prolongado y repentinamente desaparece, como sería el caso del paciente con IRC que se somete a un exitoso trasplante renal, los familiares se verán presionados a realizar cambios intempestivos en la organización del grupo. Muchas veces el patrón de interacción que guarda la familia durante el curso de la enfermedad ha propiciado una rigidez en los papeles de cuidador, de proveedor, de enfermo, etc., y cuando el paciente se restablece conmina a los familiares a cambiar estos papeles en corto tiempo, lo cual puede precipitar una crisis en el grupo. Este desequilibrio puede favorecer la presentación de síntomas sin explicación física en el paciente o en otros miembros de la familia. Los síntomas desarrollados por el paciente pueden ser los mismos que presentaba durante la enfermedad o ser otros nuevos. La conclusión es que tanto el paciente como su familia necesitan una preparación psicológica no solo para enfrentar la enfermedad, sino también para encarar la enorme responsabilidad de estar sano (26, 28).

Finalmente, el trasplante renal puede fallar, la hemodiálisis o diálisis peritoneal pueden volverse inefectivas, o bien la enfermedad se puede complicar por cualquier otro tipo de factores, sobreviniendo la muerte. La muerte constituye el más grande de los tabúes, nadie desea hablar de ella y todos niegan su existencia. Muchas personas mueren solas, encerradas en sus propios pensamientos y sin la posibilidad de compartirlos con los demás.

Se considera que alrededor de una persona gravemente enferma operan tres sistemas cerrados. Aun cuando la mayoría de los pacientes se encuentran conscientes de que les ha llegado la hora y que pronto van a morir, ellos no se lo comunicarán a nadie, constituyéndose en el primer sistema cerrado. El segundo lo integra la familia. Esta obtiene información del estado del paciente a través de los médicos. La información es amplificadas, interpretada y distorsionada por los familiares del paciente en sus conversaciones, de manera que cada uno de los familiares hará una edición de su propia versión, que posteriormente comunicará al paciente. Por supuesto que esta versión estará profundamente maquillada y arreglada para disminuir la ansiedad que pueda ocasionar al enfermo. Es muy probable que se transmitan otras versiones a distintos familiares y amigos cuando suponen que el paciente está dormido o inconsciente. Aun cuando estas comunicaciones se realicen en voz

baja, el paciente puede fingir estar dormido para saber qué le ocultan. El tercer círculo cerrado es el de los médicos. El personal médico mantiene una comunicación basada exclusivamente en los hechos, pero estrechamente relacionada con el clima emocional que la familia y el enfermo manifiestan, de manera que el personal médico podrá poner cierto énfasis en las "buenas" o las "malas" noticias, dependiendo de lo que se desee que la familia sepa. Por otra parte, el médico también podrá recurrir a la utilización de una jerga altamente científica y sofisticada, salpicada de tecnicismos. Finalmente, según su grado de ansiedad, el médico podrá mostrarse aparentemente comunicativo y hablará mucho, pero sin prestar gran atención a lo que el enfermo o sus familiares quieren saber; o bien, puede utilizar mensajes distorsionados que a la familia le cueste mucho trabajo descifrar. Esto último suele suceder en casos en que la familia se muestra tan ansiosa que comienza a cuestionar al médico sobre los mínimos detalles de la enfermedad o cuando el enfermo hace preguntas, para muchas de las cuales el médico no tiene una respuesta, así que recurre a generalizaciones que poco ayudan a despejar las dudas de la familia (36).

Así puede producirse un círculo vicioso en el cual el médico no se comunica adecuadamente con el paciente y con la familia, y estos no se comunican entre ellos, todo debido al miedo de hablar sobre la posible muerte. Lo sorprendente es que la mayoría piensa que se están comunicando claramente, pero realmente están utilizando mensajes distorsionados o interpretando mal los que se transmiten, con la finalidad de preservar un ambiente que impida expresar los reales sentimientos de desesperación, dolor, frustración, enojo, etc., ante la muerte inminente del paciente.

De manera que ante la muerte del paciente, el médico tendrá que estimular a la familia y al enfermo a expresar sus sentimientos, sus preocupaciones, sus creencias y sus temores en la forma más franca que se lo permitan, además de estimularlos a saldar sus asuntos materiales y/o afectivos.

3.4.8. El tratamiento del paciente y su familia

De lo anteriormente expuesto se desprende que para el tratamiento integral del paciente, y sobre todo para la prevención de alteraciones emocionales indeseables, el médico y/o el equipo de salud tendrá que hacer frente a los siguientes retos: 1) lograr la aceptación de la enfermedad; 2) disipar los sentimientos de culpa; 3) manejar la depresión, el enojo y la desesperación al enfrentar la realidad; 4) evaluar y orientar a la familia.

1) Aceptación de la enfermedad

Sin dejar de entender que la aceptación es un proceso largo y doloroso, se pueden mencionar algunos factores que la facilitan. Estos son, entre otros:

- a) El interés demostrado por el médico, que debe prevalecer desde el primer contacto tanto hacia el paciente, por pequeño que sea, como su familia. La actitud del médico que se dirige solo a los padres como si el niño fuera incapaz de entender lo que pasa es una falta de respeto hacia él, quien como cualquier persona, está interesado en saber qué le sucede y sobre todo en lo que le va a pasar.

- b) La revisión cuidadosa de la historia individual y familiar de los síntomas, así como de las causas a las cuales la familia atribuye la enfermedad. Esto permitirá al médico conocer tanto la evolución del padecimiento como las explicaciones o fantasías que el paciente y la familia hacen respecto a la enfermedad.
- c) La revisión minuciosa de los exámenes previamente realizados al paciente y de las opiniones expresadas por otros médicos sobre el caso. Si fuese necesario, se ordenará la realización de nuevos exámenes para corroborar el diagnóstico y explicar detalladamente los resultados.
- d) La presentación a la familia de un resumen de los datos obtenidos que incluyan algunos hechos anecdóticos expresados por esta para asegurarle que el médico tiene presente todos los elementos del caso y que no hay duda de que se refieren a su paciente.
- e) Después de llevar a cabo estos pasos y solo cuando el médico piense que su diagnóstico es el correcto deberá comunicarlo a la familia y al paciente, inclusive a los hermanos y/o abuelos.
- f) Una vez emitido el diagnóstico, se hace indispensable ofrecer una explicación clara, comprensible y veraz.

La información al paciente y a la familia debe incluir aspectos tales como: a) en qué consiste la enfermedad, para lo cual es conveniente mostrar láminas o fotografías que ayuden a comprender mejor y más claramente; b) sus posibles causas; c) el pronóstico de la enfermedad, haciendo referencia a los estudios o investigaciones acerca de dicho padecimiento. El médico puede explicar que, pese a ser un padecimiento muy grave, existen varios elementos que pueden modificar su curso, tales como la resistencia física del paciente, la colaboración del paciente y de su familia en los tratamientos y la posibilidad, siempre presente, de que se descubran nuevas alternativas en el transcurso de la enfermedad.

Es importante considerar que, ante una enfermedad grave o crónica, la familia tenderá a buscar otras opiniones sobre el diagnóstico, por lo que el médico puede adelantarse a su deseo, mencionando que están en libertad de solicitar otras opiniones para lo cual no existen inconvenientes, siempre y cuando se cuiden de no recurrir a gente sin escrúpulos o inexperta. Es necesario aclarar todas las dudas con respecto a la enfermedad, dentro de lo posible, incluso invitando a la familia a anotar sus dudas en su casa para comentarlas en otra consulta.

Por supuesto, el médico tiene que estar consciente del bloqueo emocional que muchas familias sufren al recibir el diagnóstico, especialmente en los casos de alto riesgo. Este bloqueo permitirá a la familia oír solo una parte de las explicaciones iniciales del médico. De ahí la necesidad de que, en futuras consultas, el clínico se cerciore de que la familia ha entendido.

A pesar de que puede resultar incómodo para el médico, y posiblemente caro para las instituciones, invertir tanto tiempo en estas primeras sesiones, a la larga se evitan errores costosos e interpretaciones erróneas.

La información sobre la enfermedad debe abarcar también información sobre los tratamientos. Por ejemplo, en caso de hospitalización es fundamental que el paciente sepa

con anterioridad cada uno de los procedimientos que debe seguir en la institución, por ejemplo, a dónde debe dirigirse, con quién, qué tipo de ropa usará en el hospital, qué tipo de comida habrá, en qué sala del hospital, quién estará allí, la presencia o la ausencia de la madre y si esta tendrá que ausentarse algunas horas. Una vez en el hospital es importante decir al paciente la verdad respecto a los tratamientos dolorosos. Es probable que los niños lloren o se angustien, pero posteriormente se sentirán menos amenazados y las repercusiones psicológicas serán menores.

2) Los sentimientos de culpa

Este tipo de sentimiento suele observarse tanto en el paciente como en su familia, especialmente en los padres. Resulta conveniente que el médico los induzca a hablar de ellos. Por ejemplo, puede mencionar que, en su experiencia, muchos padres o esposas se culpan por cosas que hicieron o dejaron de hacer y que las relacionan con la enfermedad. Esto facilitará que los padres hablen de sus culpas o del resentimiento hacia otros que, según ellos, tuvieron que ver con el padecimiento.

Los sentimientos de culpa son difíciles de disipar a través de un razonamiento lógico, por lo que si el médico detecta que están presentes, puede señalar a los familiares que en nada ayudarán al paciente haciéndose reproches, y sugerir las formas efectivas de ayudar al enfermo, tales como: a) colaborando con el tratamiento; b) distribuyendo la responsabilidad del cuidado del enfermo entre los diferentes miembros de la familia; c) evitando la sobreprotección; d) preservando la vida privada y los espacios de la pareja; e) tratando al enfermo, en casos de ser un niño, con las mismas normas de disciplina que a los hermanos. Es frecuente que los hermanos también se sientan culpables, por lo que habrá que incluirlos en la discusión de estos aspectos.

3) La depresión, el enojo y la desesperación de enfrentar la realidad

Es necesario entender que estos sentimientos son normales y por tanto no deben ser ocultados, reprimidos, ni negados. Su expresión abierta, en presencia o ausencia del médico, ayuda a la familia a aclarar sus verdaderos sentimientos y brinda la oportunidad de apoyarse mutuamente.

En general, cuando un padre o una pareja lloran o muestran su angustia, el equipo médico reacciona tratando de tranquilizarlos. La respuesta automática del médico o personal paramédico de bloquear el llanto o el enojo de los familiares es el resultado de la ansiedad que sienten al ver el sufrimiento de estos, aunado a la sensación de no poder resolver el problema. Sin embargo, el bloqueo de la expresión de estos sentimientos puede resultar en malos entendidos cuando la madre que no ve llorar al padre cree que a este no le interesa la salud del hijo, o que le afecta en menor medida que a ella.

Si el progenitor se esfuerza constantemente por no llorar frente al niño, este puede suponer que no le importa. Lo anterior es especialmente observable en varones que reprimen el llanto y transforman su tristeza en actitudes agresivas contra los tratamientos o las instituciones. Por esta razón, el médico debe alentar a los familiares a decir lo que realmente sienten sin temor a que el otro se angustie más, pues de no ser así se forman silencios de tensión por demás incómodos y estériles.

4) Evaluación y orientación familiar

En este punto es necesario que el médico explore las formas en que se ha reorganizado la familia a raíz de la presentación del padecimiento: quién convive más con quién, si en los conflictos entre los padres intervienen los hijos o si en los conflictos de los hijos interfieren los padres; el nivel de protección del paciente por los padres o la pareja, sus formas de comunicación; las alianzas rígidas o coaliciones, especialmente la alianza entre el cuidador primario y el enfermo; el tipo y el grado de jerarquía que guardan los padres con respecto a sus hijos; y, finalmente, los cambios que la familia ha tenido que hacer en sus actividades laborales, sociales, recreativas, etc., a partir del padecimiento.

En los casos de niños en fase terminal, se sugieren algunas formas de apoyo tales como: a) decirle al niño que su enfermedad es un enemigo poderoso contra el cual todos, su familia, el médico, la enfermera, la trabajadora social, etc., están luchando; b) decirle que es comprensible que él tenga miedo y que todos lo entienden así; c) decirle que es comprensible que él se sienta desesperado y triste y que no debe darle pena hacerlo saber; d) decirle que lo más importante es que él se convenza de que no está solo en ningún momento y que puede recurrir al personal las veces que quiera; y, finalmente, e) decirle que todos están de su lado en la lucha decisiva contra la enfermedad.

La salud física individual está inmersa en un sistema más amplio que es la familia, y esta a su vez en una sociedad. Estos sistemas interactúan en un continuo inevitable e imposible de aislar, por lo que la única posibilidad de una rehabilitación física, emocional, familiar y social es la conciencia de estos fenómenos y su oportuna atención.

Referencias

1. Velasco ML. *Algunos aspectos del rendimiento intelectual del niño con insuficiencia renal crónica. Influencia de los factores emocionales y de la cronicidad del padecimiento. Tesis de doctorado en psicología.* México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología; 1980.
2. Velasco ML. Valoración de la rehabilitación psicológica y social en el niño con insuficiencia renal crónica. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1980; 37:51-63.
3. Korsch BM, Fine RN, Grushkin GM, Negrete BF. Experiences with children and their families during extended hemodialysis and Kidney transplantation. *Pediatr Clin N Am* 1971; 18:625-637.
4. Korsch BM. *Psychosocial aspects of kidney disease. Pediatric nephrology.* Vol. 2. Nueva York: Stratton Intercontinental Medical Book; 1976.
5. Keating RF, Moss AH, Sorking MI, Paris JJ. Stopping dialysis of an incompetent patient over the family's objection: Is it ever ethical and legal? *J Am Soc Nephrol* 1994; 4:1879-1883.
6. Mc Crary SV, Swanson JW, Perkins HS, Winslade WJ. Treatment decisions for terminal ill patients: Physicians' legal defensiveness and knowledge of medical law. *Law Med Health Care* 1994; 20:364-376.

7. Singer PA. End stage renal disease network of New England: nephrologists' experience with attitudes towards decisions to forego dialysis. *J Am Soc Nephrol* 1992; 2:1235-1240.
8. Bajwa K, Szabo E, Kjellstrand CM. A prospective study of risk factors and decision making in dialysis discontinuation. *Arch Int Med* 1996; 156:2571-1577.
9. Sekkarie MA, Moss AH. Withholding and withdrawing dialysis: The role of physician specialty and education and patient functional status. *Am J Kidney Dis* 1998; 31:464-472.
10. Levine DZ. Managing conflict with families over dialysis discontinuation. *Am J Kidney Dis* 1998; 31:868-883.
11. Muslin DM. Psychiatric aspects of renal failure. *Am J Psychiatry* 1994; 127:105-108.
12. Fine RN, Korsch BM, Stilles Q, Riddell H, Edelbrock HH, Arennan LP, Grushkin CM, Lieberman E. Renal hemotransplantation in children. *J Pediatrics* 1970; 76:347-357.
13. Moore GL. Who should be dialyzed? *Am J Psychiatry* 1971; 127:127-128.
14. Raimbault G. Psychological aspects of chronic renal failure and haemodialysis. *Nephron* 1973; 11:252-260.
15. Velasco ML. *Manejo psicoprofiláctico del niño quirúrgico*. Tesis para optar por el grado de Maestría en Psicología Clínica. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1978.
16. Pietrillo M, Sanger S. *Cuidado emocional del niño hospitalizado*. México: Prensa Médica; 1975.
17. Abraham HS, Moore GL, Westervelt FB. Suicidal behavior in chronic dialysis patients. *Am J Psychiatry* 1971; 127:119-124.
18. Goldstein AM, Reznikoff M. Suicide in chronic hemodialysis patients from an external locus of control framework. *Am J Psychiatry* 1971; 127:124-127.
19. Peddi VR, First MR. Primary care of patients with renal transplants. *Med Clin N Am* 1997; 81:767-784.
20. Fellner CH, Marshall JA. Twelve kidney donors. *J Am Med Ass* 1968; 206:2703-2707.
21. Bernstein DM, Simmons RG. The adolescent kidney donor: the right to give. *Am J Psychiatry* 1974; 131:1338-1343.
22. Eisendrath RM, Guttman RD, Murray JE. Psychologic considerations in the selection of kidney transplant donors. *Surg Gyn Obstet* 1969; 129:243-248.
23. Khan AV, Herndon CH, Ahmadian SY. Social and emotional adaptations of children with transplanted kidneys and chronic hemodialysis. *Am J Psychiatry* 1971; 127:114-118.

24. Kempf JP, Bermann EA, Coppolillo HP. Kidney transplant and shifts in family dynamics. *Am J Psychiatry* 1969; 125:1485-1490.
25. Banik SN, Baltzan RB, Baltzan MA. Psychological study of patients undergoing chronic haemodialysis and kidney transplant. *Circle 12 on Reader Service Card* 1971; 20: 24.
26. Velasco ML. Symptom formation as resistance to becoming healthy: A case report. *Fam Syst Med* 1985; 3:45-49.
27. Mullins LJ, Chaney JM, Frank RG. Rehabilitation Medicine, Systems, and Health: A biopsychosocial perspective. *Fam Syst Health* 1996; 14:29-41.
28. Rolland JS. Beliefs and collaboration in illness; Evolution over time. *Fam Syst Health* 1989; 16:7-25.
29. Wilson WP, Stickel DL, Hayes CP, Harris NL. Psychiatric considerations of renal transplantation. *Arch Med Int* 1968; 122:502-506.
30. Velasco ML. Changes in family structure after a renal transplant. *Fam Process* 1982; 21:195-202.
31. Cramond WA, Knight PR, Laurence JR, Higgins BA, Court JH, Mc Namara FM, Clarkson AR, Miller CDJ. Psychological aspects on the management of chronic renal failure. *Br Med J* 1968; 1:539-543.
32. Norton OE. Chronic hemodialysis as a medical social experiment. *Ann Int Med* 1967; 66:1267-1277.
33. Steinglass P. Multiple family discussion groups for patients with chronic medical illness. *Fam Syst Health* 1998; 16:55-70.
34. Velasco ML, Dávila de Cortazar S, Covarrubias Espinoza G. The adaptative pattern of families with a leukemic child. *Fam Syst Med* 1983; 1:30-35.
35. Velázquez Toscano JG. *Cambios en las relaciones familiares de pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal que reciben tratamiento psicológico*. Tesis para optar por el grado de Maestro en Terapia Familiar. México: Instituto de Terapia Familiar Cencalli; 1998.
36. Bowen M. Family reaction to death. En: Guerin PJ, ed. *Family Therapy. Theory and practice*. Nueva York: Gardner Press; 1976.

3.5. La pareja ante el SIDA

Charlotte Birrel de Chagoya

Introducción

El virus del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) está en nuestro medio desde 1981; ataca el sistema de inmunidad y lo hace vulnerable a infecciones oportunistas, incluso por bacterias normales en el cuerpo humano. También puede atacar el sistema nervioso y causar demencia, debida al daño ocasionado en células relacionadas con el sistema inmunológico, y por su cercanía a las neuronas.

La infección se transmite por múltiples medios, que implican contacto entre líquidos corporales y la sangre del huésped. El virus infecta la sangre, el semen, el líquido vaginal, la leche materna y todos los órganos. Se transmite durante el acto sexual sin condón, durante el intercambio de agujas entre drogadictos y cuando se inyectan productos sanguíneos que están infectados. La mujer puede transmitirlo a su bebé durante el parto y a través de la leche materna. En un caso raro se transmitió el virus a través de instrumentos dentales contaminados. El personal médico se ha infectado a veces por accidente, al picarse con agujas contaminadas.

En los años 1980 no se podía hacer mucho por el paciente infectado y numerosos pacientes murieron en poco tiempo. Hoy existen nuevos medicamentos y tratamientos integrales que prolongan la vida de algunos infectados, el tratamiento también suele implicar que cambien su modo de vida. Todavía no se encuentra una cura, pero la enfermedad está cambiando y, debido a la disponibilidad de nuevos medios para combatirla o paliarla, está paulatinamente convirtiéndose en un padecimiento crónico.

Muchos pacientes, infectados pero asintomáticos, trabajan y tienen una vida social también prácticamente normal, pero deben adaptarse a vivir con la enfermedad contagiosa y batallar contra ella, probablemente con largos periodos intercurrentes en que los que se sentirán gravemente enfermos (1). Esto significa que el modo de vivir con esta enfermedad está en constante cambio debido al advenimiento de nuevos métodos de diagnóstico y tratamientos. En vez de un padecimiento necesariamente mortal a relativamente corto plazo, ahora se puede tratar de un padecimiento de larga duración con episodios periódicos de recaída.

La información reciente acerca del tratamiento con medicamentos inhibidores de la proteasa promete disminuir la cantidad absoluta de virus en el cuerpo. Tal vez se logre así que la infección pueda ser controlada por largos períodos. A pesar de todos estos adelantos, la enfermedad no se ha podido curar realmente. De modo que en muchos pacientes, el trabajo del médico consiste en ayudarlos a enfrentar la posibilidad real o la inevitabilidad de la muerte y el posible impacto de esta en sus seres queridos. Estos seres queridos pueden ser familiares, pero también la pareja del individuo enfermo. En este capítulo, el término pareja se refiere a dos compañeros heterosexuales, homosexuales, bisexuales o la combinación de una persona bisexual y otra heterosexual.

3.5.1. La actitud del médico frente al enfermo con VIH/SIDA

Desde el principio de la epidemia del VIH/SIDA, muchos profesionales de la salud enfrentaron crisis filosóficas y morales, ya que en los medios de difusión se relacionaba el padecimiento solo con drogadictos y homosexuales. En contraposición con los medios de comunicación masiva, la ONU ha declarado que actualmente la infección por el VIH afecta más a los heterosexuales de diversas edades, razas, religiones y clases sociales.

Los prejuicios del personal médico y el miedo a contagiarse influyen en la manera de manejar al paciente, a pesar de que es sabido que los cuidados higiénicos habituales para otras enfermedades aseguran la salud del personal. Algunos profesionales creen que el paciente homosexual se va a comportar de manera inmoral, o actúan como si la orientación sexual fuera contagiosa. Otros médicos evitan a estos pacientes para no confrontar seres humanos jóvenes en fase terminal, familias enteras con SIDA, parejas y niños infectados. La autora escuchó a un anestesiólogo de emergencia decir: "No hay que operar ni salvar a nadie con VIH" y a otro comentar: "Si me pegan el SIDA, yo no le digo nada a mi esposa. Que nos lleve el... juntos". El médico que no desea tratar a estos pacientes, tiene la obligación de referirlos a los colegas disponibles.

3.5.2. La reacción ante la prueba diagnóstica positiva del VIH

Cuando una persona pide que se le haga la prueba para saber si tiene la infección, usualmente está preocupada por un contacto sexual o sanguíneo reciente. Por ejemplo: una mujer en una relación de dos meses con un hombre quería saber "Porque sí". Ella era blanca y él negro, y creía que los negros se infectan más que los blancos. Cuando la pareja recibió los resultados, ella estaba infectada y él no.

El personal médico debe preparar a los pacientes para la posibilidad de que la prueba resulte positiva, ya sea que un miembro de la pareja o los dos estén infectados. Al enterarse del resultado, algunos pacientes se resisten a creer que son positivos y piden nuevas pruebas. Una paciente se sometió a la prueba 25 veces antes de convencerse de que estaba infectada. Otros pacientes ignoran el diagnóstico y actúan como si estuvieran sanos, sin tomar precauciones para cuidar su salud o la de los otros. Hay individuos que actúan como si hubieran recibido una condena a muerte inminente y tampoco se cuidan, pensando que tienen que vivir "al máximo" puesto que ya no tienen nada que perder. Hay quienes entran en una depresión leve, porque sospechan el resultado y usan sus recursos emocionales para sobreponerse. Otros caen en una depresión mayor aguda y necesitan antidepressivos y psicoterapia individual y de la pareja. Algunos se suicidan al saber los resultados, por temor de que nadie los aceptará, ni los apoyará ni estará a su lado durante la enfermedad.

Algunos pacientes reaccionan con enojo hacia a ellos mismos, hacia su pareja, hacia sus amigos o hacia el mundo en general.

Habitualmente, es el médico quien informa al enfermo de su nuevo diagnóstico, pero hay excepciones. La autora trató a una paciente de 60 años cuyo esposo, durante una colestectomía, había recibido productos sanguíneos. Por un postoperatorio complicado, su médico pidió la prueba del VIH, que resultó positiva. El clínico decidió no revelar dicho resultado porque el enfermo había sufrido antes una depresión aguda que había requerido

internamiento y antidepresivos. El médico supuso que el paciente, por su edad, ya no tenía vida sexual con su mujer, por lo que tampoco juzgó necesario informarla. Cuando él murió, el médico le reveló el diagnóstico a la viuda. La señora pidió que le hicieran la prueba y resultó positiva; a consecuencia de lo cual demandó al médico por conducta antiética y ganó miles de dólares en compensación. Dos años después murió por infecciones oportunistas.

El médico decide el momento mejor para dar la mala noticia. La autora trató a una pareja geriátrica, en la que la mujer había sufrido durante años síntomas leves y vagos. El esposo desarrolló cáncer en la garganta y fue programado para una traqueotomía. Dos días antes de la operación, para proteger al paciente de posibles complicaciones, el médico les reveló que ella era VIH positiva a consecuencia de una transfusión. Cuando la pareja y su familia preguntaron devastados por qué el médico había guardado el secreto durante años, este dijo que no había querido preocupar al matrimonio innecesariamente. La situación empeoró porque cuando la señora necesitaba hablar con su esposo para buscar y dar apoyo, no pudo hacerlo. El marido no podía hablar por la traqueotomía. Las hijas adultas sintieron que no podrían decir a sus esposos lo que pasaba con su madre por miedo a que la despreciaran y las rechazaran. Todos se aislaron. Fue necesario prescribir antidepresivos para la madre y las hijas adultas. La disfunción familiar duró hasta la muerte de la señora.

Algunos médicos no piensan que la prueba del VIH es necesaria para pacientes no homosexuales o drogadictos. Cuando una mujer se presenta con catarro, fiebre y dolores en el cuerpo casi nadie piensa que se trata de un caso de SIDA. Una mujer de 30 años se había sentido mal durante siete años. Como todos sus análisis eran normales, le habían diagnosticado síndrome de fatiga crónica. Nadie sugirió una prueba de VIH, hasta que la internaron con neumonía aguda. Resultó positiva; su estado físico era muy frágil, y su cuenta de células T era de 20. La mujer había estado casada durante 14 años y tenía un hijo de cuatro años de edad. Al saber los resultados de la prueba, el esposo y el hijo también se la hicieron. El esposo resultó negativo pero el hijo estaba infectado. Si la mujer hubiera recibido medicamentos antivirales durante el embarazo, habría habido 70% de posibilidades de que el niño naciera negativo.

Algunos médicos dudan de la veracidad del enfermo cuando este dice no saber cómo se infectó.

3.5.3. El papel del médico

La historia clínica del paciente debe incluir su historia sexual y las infecciones que ha tenido. Si el médico sospecha que la actividad sexual del paciente lo puso en riesgo conviene que sugiera la prueba para identificar si hay anticuerpos contra el VIH. Es útil que el médico revise con el paciente la posibilidad de que sea positivo y las estrategias psicológicas para manejar el resultado. Si la prueba resulta positiva, es necesario que el médico escuche las ideas del paciente, corrija las incorrectas y explique la diferencia entre tener anticuerpos contra el VIH y tener SIDA.

En los años 1980, muchos médicos dijeron a los pacientes que morirían pronto. En la actualidad no se sabe cuánto sobrevivirá el enfermo bien tratado. El deseo de vivir y cuidarse difiere en cada individuo.

Cuando el médico va a dar la mala noticia debe tomar en cuenta que algunos pacientes no oyen lo que se les dice. Aunque respondan como si hubieran entendido, hay que evaluar más tarde si digirieron la noticia lo suficiente como para regresar a su hogar. Conviene sugerir que el enfermo traiga consigo a la cita una persona cercana para que lo apoye. A veces la vergüenza y el miedo al rechazo social abruman a la pareja.

Es útil dar información impresa acerca del diagnóstico, los cuidados inmediatos necesarios y las instituciones en la comunidad que la pareja puede utilizar. Si el enfermo tiene relaciones sexuales, urge notificar a la pareja para que también se haga la prueba y para que ambos usen condones. Si la persona ha tenido múltiples contactos sexuales, es importante tratar de informar a todos para que investiguen si están infectados, se atiendan y no sigan transmitiendo el virus. En el medio homosexual se dice que hay que pensar que todos son VIH positivo, y que todos deben usar condones en las relaciones íntimas. La única vida sexual segura es no tener pareja. En segundo término, el uso de condones todo el tiempo disminuye el riesgo de contagio. Los hijos de un paciente infectado tendrán que hacerse la prueba. Se necesita educar al paciente y su familia acerca de la enfermedad.

Woo et al. (2) dicen: "La salud mental es un equilibrio que permite al individuo usar su creatividad y potencial, establecer relaciones constructivas y participar en la comunidad. El mejor signo de salud mental es la capacidad de la persona para tolerar el estrés en su ambiente...."

Vivimos en un ambiente biológico, un ambiente psicológico, un ambiente sociocultural y un ambiente socioeconómico. Todos influyen sobre la persona, y la persona influye sobre todos.

Lo difícil es decidir en cuál ambiente hay que ayudar a los enfermos para que funcionen lo mejor posible.

3.5.4. El impacto social de la infección por VIH

Como el VIH está conectado con la sexualidad, muchos pacientes que sospechan estar infectados no buscan ayuda porque temen que los clínicos los consideren inmorales e indecentes, antisociales y sin valor. Por miedo al estigma, algunos enfermos se aíslan de su comunidad. La persona que resulta VIH positiva debe informarle a su compañero o compañera, y esto hará necesario discutir cuestiones de infidelidad, homosexualidad, bisexualidad, drogadicción y honestidad en la relación de la pareja. Los infectados temen verse obligados a abandonar a sus cónyuges y a sus hijos, sin control sobre sus propias acciones. Por el estigma asociado al virus, muchos de los infectados no reciben la compasión o el apoyo que la sociedad otorga a otros enfermos. Este estrés debilita más el ya frágil sistema inmunológico de la persona.

Moos (3) describe que la historia personal, el tipo de enfermedad y el ambiente físico y social influyen sobre la manera como el individuo evalúa y entiende su padecimiento. Cuando una persona contrae el VIH, hay repercusiones bio-psico-sociales en ella y en su pareja. ¿Cómo se adapta la pareja a la enfermedad conforme pasa el tiempo? ¿Cómo manejan la enfermedad los profesionales, la familia y los amigos? Conforme el virus progresa y el paciente empeora, la pareja tiene que encarar distintas crisis. Ciertas parejas niegan o minimizan la gravedad del padecimiento como defensa contra el miedo al futuro;

otras parecen no sentir ninguna emoción para controlar su angustia. Desde afuera, parece que ellos manejan bien la crisis; la realidad interna es otra.

Algunas parejas leen ávidamente información relevante para disminuir su culpa y su miedo; otras piensan que el padecimiento es un castigo de Dios por su conducta sexual, lo cual les impide pedir apoyo emocional a sus seres queridos. Los matrimonios realistas hablan acerca del pronóstico y de los posibles resultados de la enfermedad, hacen un duelo anticipatorio, cambian su estilo de vida para maximizar el cuidado del paciente y encuentran una filosofía de la enfermedad. Los mecanismos mencionados pueden cambiar de un momento a otro. A veces el enfermo usa recursos psicológicos diferentes de los de su compañero o compañera, lo cual provoca conflictos entre ellos.

Algunas parejas que desean controlar el virus se sienten inferiores. El paciente aumenta su dependencia del cónyuge, y siente vergüenza de estar enfermo, miedo al abandono, enojo consigo mismo por estar infectado, miedo al aislamiento, al curso futuro del virus y a la muerte. Por todas estas inquietudes, a veces el paciente se aísla del cónyuge, deja de expresar emociones positivas y solo manifiesta desesperanza, enojo, proyecciones y sensación de desamparo.

Para adaptarse, la pareja necesita: a) manejar el dolor y las limitaciones físicas; b) encarar el ambiente de los hospitales y los tratamientos; c) desarrollar relaciones adecuadas con el personal médico; d) preservar un equilibrio emocional razonable, una idea satisfactoria de sí misma, y buenas relaciones interpersonales entre ellos, con sus familias y sus amigos; e) prepararse para un futuro incierto que incluye la muerte.

Los cónyuges experimentan duelo anticipatorio con tristeza, ira, culpa, autorreproches, angustia, soledad, fatiga, impotencia general, choque y nostalgia de los tiempos en que gozaban de buena salud. Experimentan sensaciones físicas como vacío en el estómago, tensión en el pecho y la garganta, hipersensibilidad al ruido, disnea, debilidad muscular y sequedad de la boca. Psicológicamente, sienten olas de incredulidad ante el diagnóstico, confusión, disminución en la capacidad para concentrarse en las tareas cotidianas, ideas fijas de que la muerte ocurrirá muy pronto, insomnio, deseos de permanecer en cama, anorexia, apetito excesivo, falta de atención a lo que hacen, aislamiento social, evitación de todo lo que les recuerde el diagnóstico, hiperactividad, llanto y reproches mutuos.

Por la forma en que la pareja ha encarado crisis anteriores, el médico puede prever cómo responderá frente al diagnóstico de VIH/SIDA, y darles la oportunidad de hablar de lo que ambos temen en el futuro, cómo manejarán la situación, a quiénes revelarán el diagnóstico y cómo anticipan que la gente responderá. Si la pareja es homosexual, los dos tendrán que hablar con el médico y decirle si sus familiares lo saben, si los apoyan, cómo creen que responderán a la noticia de que son homosexuales, que forman una pareja y que uno o los dos tienen VIH/SIDA. Los cónyuges tienen que hablar sobre el testamento y acerca de quién tomará las decisiones médicas cuando uno de ellos ya no pueda hacerlo por sí mismo, qué pasará si uno desarrolla demencia, ceguera o parálisis gradual debida a leucoencefalopatía multifocal progresiva, qué tipo de funeral desean, si quieren ser enterrados o cremados, cómo deberá disponerse de las cenizas y si quieren una misa o ceremonia en honor del muerto con familiares y amigos.

3.5.5. Momentos en que la pareja puede necesitar ayuda psicológica

La pareja puede necesitar ayuda psicológica:

- a) Cuando uno de los dos decide hacerse la prueba. Hay parejas que resuelven hacerlo juntos. Si uno resulta infectado y el otro no, a veces el infectado se siente culpable por haber tenido relaciones sexuales con otra persona sin que su pareja lo supiera; las mentiras conyugales ya no se pueden mantener. En algunos casos, el infectado ya conocía su diagnóstico y no lo había revelado a su pareja por temor a perderla. Cuando ambos resultan positivos, pueden entrar en una crisis de culpa y preguntarse quién infectó a quién, quién no usó el condón en las relaciones fuera de la pareja o quién se inyectó drogas sin que el otro lo supiera.
- b) Cuando reciben los resultados de la prueba.
- c) Cuando deciden comunicar el diagnóstico a sus familias, amigos o compañeros de trabajo. Si el grupo cercano a la pareja los acepta y apoya, a veces se crean problemas agregados si tratan de intervenir en la vida de la pareja o si forman subgrupos que compiten entre ellos por ayudar. Los familiares y amigos funcionales escuchan a la pareja y respetan sus deseos. Hay familias que rechazan a un miembro de la pareja, o la homosexualidad de su hijo o hija o el mal pronóstico de la enfermedad-estigma. Temen empeorar la situación si dialogan francamente con la pareja.
- d) Cuando el médico informa al paciente que debe empezar a tomar los medicamentos antivirales o los inhibidores de la proteasa.
- e) Cuando el paciente sufre la primera infección oportunista o desarrolla las primeras lesiones de sarcoma de Kaposi.
- f) Cuando la pareja decide obedecer o no las recomendaciones del médico.
- g) Cuando uno de los cónyuges se hospitaliza por primera vez.
- h) Cuando uno de los cónyuges recibe el resultado de que sus células T4 han aumentado o disminuido, y el otro no muestra cambios.
- i) Cuando por la enfermedad, uno de ellos o ambos ya no pueden trabajar. El trabajo era parte de la identidad y perderlo también implica un duelo. La mayoría de los infectados son relativamente jóvenes; pensaban en futuros éxitos y en tener tiempo para lograrlos. La infección derrumba estas expectativas. Algunos enfermos se ven bien; quienes los rodean no se explican por qué ya no trabajan, especialmente si el paciente no revela su diagnóstico. Incluso quienes lo saben llegan a pensar que el enfermo finge debilidad puesto que se ve sano. La falta de trabajo implica falta de dinero para pagar la renta, la comida, los tratamientos y los medicamentos, sobre todo si la pareja no tiene seguros médicos.
- j) Cuando cambia la vida sexual de la pareja. La infección por VIH/SIDA disminuye la libido, lo mismo que la depresión. Además, cuando solo un miembro de la pareja es positivo, teme infectar al otro y consciente o inconscientemente suprime sus necesidades sexuales para proteger al compañero. El individuo sano también teme la actividad sexual con el infectado, porque se puede contagiar o puede contagiar al positivo con

infecciones que en una persona normal son banales, pero en el positivo pueden ser mortales. Si la pareja no habla de estas dificultades abiertamente, aumentan los conflictos; ninguno recibe lo que necesita y los resentimientos mutuos se acumulan. Tienen que encontrar juntos técnicas sexuales para tener relaciones sin peligro.

Algunos medicamentos antivirales, antidepresivos o ansiolíticos tienen como efecto colateral una disminución del deseo sexual.

- k) Cuando un miembro de la pareja, además de estar infectado por el VIH o de tener SIDA, sufre de una enfermedad psiquiátrica.
- l) Cuando uno o ambos quieren destruirse o destruir gente no infectada. Tienen relaciones sexuales con extraños y deliberadamente no usan el condón ni revelan su diagnóstico. Dicen: "Si voy a morir, me llevo a unos cuantos por delante. Si otros se infectan, es culpa de ellos por no protegerse". Los infectados a veces actúan en forma que los empeora: se reinfectan al tener múltiples compañeros sexuales sin protegerse y consumen más alcohol y drogas para evitar su angustia. Estos pacientes se suicidan lentamente.
- m) Cuando en las parejas en las que ambos son positivos, un miembro o ambos empeoran. El más débil necesita y espera que el otro lo cuide, pero en ocasiones el otro tampoco tiene energía suficiente para ser el auxiliar. Por culpa y cariño, uno tal vez gaste su energía en cuidar al otro a costa de su propia salud, y en poco tiempo también empeora. A veces el clínico tiene que dar permiso a los pacientes para que cada uno de ellos se cuide a sí mismo antes que al otro. Es importante que ambos estén autorizados a pedir ayuda a sus familiares y amigos.
- n) Cuando muere un miembro de la pareja. En la película Filadelfia se ve una familia donde todos se apoyan y se ayudan durante la enfermedad, en el momento de la muerte e incluso después. Por desgracia este ideal no se ve con frecuencia. La autora trató el caso de dos hombres que habían vivido como pareja por 18 años, creyendo que sus familias los aceptaban. Durante una vacación en la casa de los padres de uno de ellos, el hijo de los dueños de la casa se enfermó de neumonía y lo tuvieron que hospitalizar. En ese momento la pareja se dio cuenta de que los padres del enfermo no permitían que el compañero hablara con los médicos o participara en las decisiones terapéuticas. Cuando el paciente mejoró, la pareja habló con los padres, confirmaron su cariño homosexual y se dieron cuenta de la homofobia de los padres. A través de la terapia de pareja, los jóvenes aceptaron que los padres ancianos eran producto de su generación y de un pueblo pequeño y conservador. Además, percibieron que los padres se sentían culpables de haber provocado la orientación sexual del hijo, que era vista como un pecado. La pareja tuvo que replantear con tristeza cómo relacionarse con los viejos y aceptar que no cambiarían. Decidieron no visitarlos más. En contraste, la familia del otro joven aceptaba a la pareja con el mismo respeto acordado a sus otros hijos y a sus esposas.

La comunicación entre el médico y la pareja con VIH/SIDA es de máxima importancia. Para los pacientes, el padecimiento es como estar en una montaña rusa. No saben de un momento a otro cómo se van a sentir físicamente; saben que la infección es fatal, pero no si morirán pronto o si sobrevivirán 13 años o más. El inicio de un catarro puede ser el principio del fin. La relación de la pareja también se asemeja a una montaña rusa emocional, algunos se separan o se divorcian por no poder tolerar los altibajos de la enfermedad.

3.5.6. Cuidado psicológico de quienes trabajan con parejas con VIH/SIDA

Los profesionales que tratan a parejas con VIH/SIDA deberán:

- a) Mantenerse al tanto acerca de los descubrimientos para manejar el virus.
- b) Consultar con expertos para ayudar a los pacientes. El médico de cabecera puede coordinar las consultas para que los enfermos no se confundan acerca de qué tratamiento seguir en cada momento. Puede ser necesario referir a la pareja a un o una psicoterapeuta conyugal en situaciones difíciles que sobrepasan la tolerancia y la capacidad del médico general.
- c) Escuchar si la pareja desea tratamiento o no, si prefieren que el paciente muera en la casa o en el hospital, y si quieren que el médico haga esfuerzos extraordinarios por mantener vivo al enfermo o no. El médico no tiene que cargar solo con estas responsabilidades. Las parejas pueden redactar un documento legal para guiar al médico. Cuando los dos miembros de la pareja asisten a las citas médicas, ayudan al clínico a entender mejor el cuadro; el compañero puede informar acerca de los cambios sutiles que el paciente olvida o ignora (como cuando se inicia una demencia).
- d) Decidir lo que es tolerable en su consulta. El médico puede angustiarse o deprimirse poco a poco si solo ve enfermos con VIH/SIDA que regularmente se mueren. Así como las parejas tienen que encontrar un equilibrio en su vida, el médico debe hacer lo mismo en su vida profesional.
- e) Revisar sus propios valores éticos y morales acerca de la muerte, la homosexualidad, la sexualidad en general, el uso de drogas ilícitas y la infección por VIH. Como no existe una vacuna o una cura, a veces el médico también siente que está en una montaña rusa. La satisfacción clínica radica en poner al alcance de los pacientes los recursos existentes. Hay que mantener la esperanza realista de un futuro mejor para la pareja, incluso si llega la muerte.

Referencias

1. Tobin MA, Chow FJ, Bowmer MI, Bally GA. *A comprehensive guide for the care of persons with HIV disease*. Canadá: The College of Family Physicians of Canada; 1993.
2. Woo SC. *Ending the isolation: HIV and mental health in the second decade*. Report of the Federal Centre for AIDS Working Group on HIV Infection and Mental Health. Health and Welfare Canada; 1991.
3. Moos RH. *Coping with physical illness*. Nueva York-Londres: Plenum Medical Book Company; 1977.

Bibliografía

- Bernstein G, Klein R. Countertransference issues in group psychotherapy with HIV-positive and AIDS patients. *Int J Group Psychother* 1995; 45:1.
- Cadwell SA, Burnham RA, Forsein M. *Therapists on the Front Lines: Psychotherapy with Gay Men in the Age of AIDS*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc; 1994.
- Chagoya C. AIDS and the Family. Paper presentation. 7th World Congress of Family Therapy. Guadalajara, 1995.
- Freud S. *Three Essays on Sexuality*: Edición estándar. Vol 7. Londres: The Hogarth Press; 1953, pp. 125-244.
- Greif GL, Porembski E. Aids and significant others: Findings from a preliminary exploration of needs. *Health Soc Work* 1988; Fall.
- McLeganey N. Why do men buy sex and what are their assessments of the HIV-related risks when they do? *Aids Care* 1994; 6:3.
- Perry S, Ryan J, Fogel K, Fishman B, Jacobsberg L. Voluntarily informing others of positive HIV test results: Pattern of notification by infected gay men. *Hosp Community Psychiatry* 1990, 41: 5.
- Remien R H, Carballo Dieguez A, Wagner G. Paper presentation. Abstract on diskette. XI International Conference on AIDS, 1996.
- Rhodes F, Wolitski RJ, Thornton Johnson S. An experiential program to reduce AIDS risk among female sex partners of injection--drug users. *Health and Social Work* 1992, 7 Nov: 4.
- Sprecher S. The impact of the threat of AIDS on heterosexual dating relationships. *J Psychol Human Sexual* 1990; 3:2.

3.6. El individuo diabético y su sistema familiar

Felipe Vázquez Estupiñán

Introducción

Este capítulo se refiere a una enfermedad crónica en particular, que afecta a miles de familias y tiene algunos aspectos únicos que importa subrayar. La frecuencia de la diabetes mellitus parece ir en aumento en personas de origen hispanico, y su tratamiento en las diferentes etapas de la vida, ya sea en el niño o el adulto, requiere la participación activa del paciente mismo y de su familia.

Rubin y Pierrot (1) estudiaron el impacto de la diabetes mellitus en la dinámica familiar, además de las relaciones entre el funcionamiento familiar, la adherencia al tratamiento y el control metabólico de un miembro de la familia. En la mayor parte de sus estudios el individuo diabético es un niño o un adolescente. Encontraron que el efecto de la diabetes mellitus en el sistema familiar no es necesariamente negativo. Peyrot et al. (2) señalaron que en algunas de las familias estudiadas, la diabetes ha tenido un efecto positivo en la vida familiar incrementando su cohesión y solidaridad.

3.6.1. La familia como sistema

Es conveniente recordar el concepto de sistema como un conjunto de partes interactuantes que integran un todo organizado por reglas y jerarquías, y con una tendencia a la homeostasis. El sistema funciona de tal forma que cualquier cambio en alguno de sus elementos repercutirá en el resto. Ateniéndonos a esta definición, sabemos que la presencia de una enfermedad crónica como la diabetes demanda del sistema familiar una serie de ajustes. La adaptación podemos entenderla como un proceso por el cual los sistemas cambian en interacción con su medio ambiente para lograr el control de este.

La adaptación familiar

De acuerdo a Barbara Anderson (3) y a Newbrough et al (4) la adaptación familiar en la diabetes juvenil depende de una serie de factores entre los que podemos citar:

1. Antecedentes de los padres y nivel de desarrollo de la persona afectada.
2. Normas de la comunidad y del grupo social con el que convive el niño.
3. Antecedentes del niño y su etapa de desarrollo.
4. Etapa del ciclo vital de la familia.
5. Conocimiento de los padres del estado del niño y de las características de la enfermedad.
6. Conocimiento y percepción del niño de sí mismo y su condición.

7. Estado físico y psicológico de los padres.
8. Situación familiar actual (qué crisis del desarrollo y eventos vitales enfrenta la familia, cuáles son las rutinas familiares).
9. Estado físico y psicológico del niño.
10. Recursos del niño (instrumentales y afectivos).
11. Funcionamiento y grado de control de la enfermedad (metabólico, sintomatológico, presencia de complicaciones, etc.).

El grado de involucración y responsabilidad de los padres respecto al cuidado del niño diabético varía de acuerdo a la etapa de desarrollo del niño y los factores arriba mencionados. El resultado de esta interacción padres-hijo se puede expresar mediante la siguiente fórmula:

$$R = \frac{\text{Independencia / dominio (autocuidado)}}{\text{Apoyo familiar / involucración}}$$

Desarrollo y adaptación familiar

En esta fórmula se ilustra el balance o la tensión entre las necesidades de independencia del niño o adolescente, junto con el grado de dominio de las tareas de autocuidado en relación al apoyo familiar que recibe y al grado de involucración de los padres. La responsabilidad del cuidado de la diabetes cuando el niño cuenta entre 0 a 3 años de edad recae exclusivamente en los padres, quienes necesitan adaptar el manejo al patrón relativamente menos predecible de alimentación que presentan los niños a esta edad, así como a la imposibilidad del niño de comprender la razón por la cual se deben realizar punciones, inyecciones y otros procedimientos. En esta etapa también se requiere manejar las tensiones de los hermanos debidas al incremento de la atención prestada por los padres al hijo diabético. Los problemas que se pueden desarrollar a largo plazo en el niño diabético son: alteraciones de la conducta, dificultades escolares y disfunciones neuropsicológicas que pueden ser producto de la enfermedad misma.

En la etapa de 4 a 7 años se ha encontrado que la falta de cooperación con la dieta se relaciona con la inmadurez emocional del menor. Entre los 8 y los 11 años de edad el cumplimiento deficiente del plan terapéutico se relaciona con la frustración que puede experimentar el niño diabético al convivir con sus amigos. La entrada a la escuela es el primer contexto público donde los padres y el niño afrontan el significado social del padecimiento y experimentan la necesidad de educar a otras personas acerca de la enfermedad. Aún no se ha investigado suficientemente la reacción del niño, la familia, el personal de la escuela y los compañeros de aula al inicio de la vida escolar del paciente diabético.

De los 8 a los 11 años se da un rápido desarrollo de las habilidades e intereses del niño. Por tanto, se produce una transferencia gradual de la responsabilidad por el cuidado de la diabetes de los padres al paciente. Se ha observado que la autoestima de los padres y del

niño, el funcionamiento familiar y el control metabólico son mejores en niños bien adaptados a la enfermedad. Las familias con buena cohesión, situadas flexiblemente entre los extremos de desvinculación y amalgamamiento (fusión), en las que se comparten las reglas, suelen tener niños con buen control.

En la adolescencia, de los 12 a los 19 años, el conflicto respecto al sitio de control de la enfermedad entre los padres y el hijo se torna más dramático; se siguen dando cambios rápidos en los niveles biológico, social, emocional y cognoscitivo. En la adolescencia temprana, de los 12 a los 14 años, se experimenta un crecimiento físico acelerado y se produce la maduración sexual, se reelabora gradualmente la autoimagen. Se producen también en esta etapa cambios en la regulación de la glucosa y disminución en la sensibilidad a la insulina, propios de los cambios hormonales de la pubertad.

La adolescencia media, de los 14 a los 16 años, se caracteriza por la continuación de la maduración cognoscitiva y física, así como por la búsqueda de una identidad del papel y la orientación sexual más completa. El tema fundamental en esta etapa es el logro de una mayor independencia con respecto a la familia y un incremento de la relación con los amigos, incluidos los del sexo opuesto. En esta etapa hay una búsqueda constante de experimentación como medio de aprendizaje vivencial y en los padres son comunes emociones tales como preocupación, la frustración, el enojo y la acusación ante la presencia de niveles bajos de adherencia o la presencia de descontrol metabólico en el adolescente.

En la adolescencia tardía, de los 17 a los 19 años, es conveniente fortalecer la comunicación directa del paciente con el equipo de salud para favorecer su sentido de control y autonomía. La adaptación familiar está influida por el enfrentamiento del adolescente con otras tareas como la selección de vocación, carrera, noviazgo, etc. En esta edad es crucial la relación del adolescente con el sistema de apoyo emocional fuera de la familia.

En la etapa adulta se ha observado que los cambios en el estado de ánimo y la irritabilidad que se relacionan con la hipo e hiperglucemia, afectan a otros miembros de la familia y sus relaciones con el paciente diabético. Las necesidades de autocuidado de los padres que padecen diabetes pueden contraponerse o entrar en conflicto con los planes o deseos del resto de la familia. Aunque más de 80% de los esposos y esposas de pacientes diabéticos coinciden en que los cuidados de la enfermedad no interfieren con las actividades diarias y la socialización con los amigos; más de la mitad afirman que las finanzas familiares y las actividades de la familia en conjunto sufren un impacto.

Glasgow et al (5) encontraron que la ausencia de interacciones negativas es más importante que la presencia de interacciones positivas. En forma general, la familia orientada hacia determinados objetivos, sin rigidez ni estricto control, bajos niveles de conflicto, crítica y tensión, se relaciona con un mejor control metabólico en el individuo enfermo.

3.6.2. Recomendaciones prácticas para favorecer el apoyo familiar

La familia es un recurso de apoyo para la persona diabética en diferentes etapas de su desarrollo, su adecuada participación puede facilitar el trabajo del clínico y favorecer la salud y calidad de la vida del paciente. Sin embargo, esta participación no siempre es afortunada, oportuna o espontánea. El apoyo realmente útil es definido dinámica e individual-

mente, es decir, existen pacientes que se sienten halagados y satisfechos si su esposa les recuerda en qué momento deben tomar sus medicamentos o qué alimentos es conveniente evitar, mientras que otros enfermos, ante la misma intervención, reportan sentirse controlados y molestos. La parte dinámica hace referencia a los cambios de conducta en la familia en diferentes etapas de la enfermedad y vida del individuo (6).

Las siguientes recomendaciones pueden ser útiles en el tratamiento sistémico de la diabetes mellitus:

1. Proveer información: Explicar a la familia qué es la diabetes y cómo se trata

Viñeta 1. Un paciente que acudía a la consulta de medicina familiar refería que con frecuencia su familia le comentaba haber escuchado que la insulina que utilizaba le podría causar ceguera, fatiga y mareos. Debido a esto, con frecuencia interrumpía la administración de insulina indicada en su diabetes tipo II, pues no lograba controlarse con dieta y medicamentos orales. Se convocó a la familia a varias sesiones en las que se explicó a sus hijos, esposa y suegros la naturaleza del padecimiento y cómo la insulina podría evitar a largo plazo la aparición de complicaciones tardías, entre ellas la ceguera; igualmente les fueron explicados los síntomas de hipoglucemia y su manejo. Esta información y la neutralización de los mitos y creencias erróneas de la familia favorecieron las conductas de autocuidado del paciente.

Desde la detección de la enfermedad es conveniente incorporar a familiares cercanos, compañeros de escuela o de cuarto en el proceso educativo. Para evaluar los sistemas de creencias y de información conviene hacer preguntas como: ¿Alguien más ha tenido diabetes en la familia? ¿Conoce a algún amigo con diabetes o sus complicaciones? Es aconsejable descalificar versiones catastróficas de la enfermedad: "Es una enfermedad muy fea, toda la gente acaba amputada y en diálisis", y reemplazarlas por visiones más razonables y optimistas, basadas en los estudios recientes que demuestran la posibilidad de prevenir las complicaciones crónicas mediante un adecuado control y con ello favorecer una vida saludable y prolongada (7, 8, 9, 10).

2. Dar apoyo emocional y contención: escuchar lo que dicen del paciente y su familia acerca de sus emociones, explorar cuáles son las preocupaciones de los familiares

Viñeta 2. En una reunión grupal de pacientes y familiares, una madre con diabetes dependiente de insulina expresó su preocupación ante la posibilidad de que su hija de 4 años la viera inyectándose la insulina. Había mantenido en secreto su enfermedad por temor de generar angustia en la menor, y su esposo, que acudía a la reunión, se encontraba confundido y paralizado sin atinar a sugerir algo diferente. El grupo logró reencuadrar la posibilidad de inyectarse frente a la hija como una excelente oportunidad de enseñarle que: 1) las inyecciones no son tan dolorosas; 2) la enfermedad puede controlarse con un régimen de vida satisfactoria; 3) un padecimiento crónico puede afrontarse con tranquilidad mediante el apoyo familiar. Las ideas fueron bien recibidas por la paciente, quien pudo finalmente superar su temor.

Para escuchar a la familia no es necesario recurrir a la terapia familiar pues si se le ofrece la posibilidad de expresar sus preocupaciones, es posible proporcionarle el apoyo adecuado y corregir las ideas erróneas.

Viñeta 3. Los padres de un niño de 8 años recientemente diagnosticado con diabetes tipo 1, tenían dificultad en proporcionarle los cuidados y el apoyo necesarios, pues estaban atorados en un pleito para dirimir cuál de las dos familias de origen era la "responsable" de la transmisión genética de la enfermedad. Sus sentimientos de culpa generaban una necesidad de acusación mutua constante. A través de una intervención en la que se explicó la inexistencia de genes únicos para la transmisión de la diabetes, que resulta de la interacción entre la constitución y el medio ambiente. Además, se sugirió la idea de colaborar en el cuidado del hijo en lugar de desgastarse en una disputa estéril y se logró que los padres avanzaran en la aceptación del padecimiento y mostraran conductas de apoyo más funcionales.

Otro fenómeno común en las familias es *acusar* al paciente de tener una voluntad débil, ser "comelón" y por tanto, responsable único de haber ocasionado la enfermedad que padece. En ocasiones las familias reportan cambios en el estilo de vida familiar que resultan incómodos para sus miembros; sin embargo, se ha reportado que los mejores niveles de autocuidado y control metabólico se encuentran en los pacientes cuyos familiares se adaptan, planean y comparten la alimentación y actividades físicas con el enfermo. Conviene ventilar los temores respecto a las complicaciones crónicas y agudas como la hipoglucemia, buscando impedir que el desánimo o la acusación aparezcan, ya que no son útiles y solo logran complicar los problemas. Los familiares de pacientes que intentan el tratamiento intensivo pueden traer consigo glucosa en caramelos para asistir al paciente en caso necesario.

3. Explorar las expectativas de la familia.

A veces las críticas de los familiares están basadas en la creencia de que el paciente "debe comportarse perfectamente" o lograr un "control absoluto" de la enfermedad. Es necesario recordar a la familia que un paciente puede manifestar datos de descontrol aun siguiendo metódicamente su plan terapéutico, de acuerdo a la naturaleza fluctuante de la enfermedad. Las expectativas realistas crean emociones positivas recíprocas entre los diferentes miembros de la familia.

4. Ayudar a la familia a dar apoyo eficiente y positivo.

Como se señaló anteriormente, es más conveniente no dar apoyo que dar una ayuda contraproducente. Este tipo de ayuda produce en el paciente la sensación de que su familia no confía en él y perjudica su autocuidado. La familia requiere conocer cuáles conductas considera útiles o inútiles en el paciente. Una esposa o madre puede discutir con él acerca de lo que no está permitido en el plan de alimentación; el paciente, por su parte, al tratar de mantener su autonomía ante la presión, puede desviarse de sus objetivos de autocontrol.

Viñeta 4. Un paciente expresó como meta su deseo de bajar dos kilos de peso en un par de meses. Los obstáculos que encontraba eran las frecuentes tentaciones al presenciar cómo

sus hijos bebían refrescos embotellados, la preparación de alimentos grasosos en su casa y su escasa actividad física. Al entrevistar a los hijos, estos se mostraron dispuestos a evitar consumir estas bebidas en el hogar y aceptaron tomar agua libre de azúcar durante las comidas. El padre se sintió satisfecho de descubrir que podía jugar al fútbol con sus hijos los fines de semana y realizar la compra de alimentos con su esposa a fin de asegurarse que los alimentos adquiridos estuvieran libres de grasa. Una vez definidos los papeles de los diferentes miembros de la familia, el paciente alcanzó la meta escogida (11, 12, 13, 14).

El logro de un adecuado apoyo familiar es un asunto complejo y altamente individualizado; requiere tomar en cuenta y balancear las necesidades del paciente y familiares. El éxito estriba en la posibilidad de hablar francamente acerca de los papeles de los miembros de la familia, en una postura negociadora facilitada por el clínico.

3.6.3. Futuro de las intervenciones familiares

Para encontrar formas más eficientes de intervención familiar se requiere realizar estudios que tengan en consideración:

- La observación directa de las interacciones familiares.
- Evaluar el impacto del tipo de temperamento y cognición de los niños en las familias.
- Las etapas del ciclo vital.
- Estudios longitudinales que evalúen el paso de una etapa a otra, por ejemplo, la entrada a la escuela.
- Estudiar la adaptación de los padres y hermanos.
- Ampliar el foco de estudio para incluir aspectos financieros, redes de apoyo social, familia extensa.
- Estudiar otros papeles familiares, además de los de esposa, abuelos, tíos, etc.
- La familia es con frecuencia olvidada. Se requiere incrementar la justificación empírica de su importancia como en los estudios de O Ryden (15) y Jacobson (16) en los que se establece que las familias con mayor cohesión y menos conflictos muestran menor deterioro en el control glucémico de sus familiares diabéticos.

La terapia familiar (17) es una opción del tratamiento que puede propiciar un mejor control metabólico al actuar sobre las relaciones familiares y facilitar un balance más adecuado entre los cuidados del grupo familiar y el autocuidado del paciente. Miller (18) propone, en el tratamiento de la cetoacidosis diabética recurrente, no la aproximación directa de los cuidados de la diabetes, sino el manejo de las preocupaciones del hijo diabético respecto a sus padres, quienes frecuentemente no intervienen, e insistiendo en la participación del equipo médico en la terapia, fomentándola o incluso asistiendo a algunas sesiones.

Referencias

1. Rubin RR, Peyrot M. Psychosocial problems and interventions in diabetes. A review of the literature. *Diabetes Care* 1992; 15:1640-1657.
2. Peyrot M, McMurphy JF, Hedges R. Marital adjustment to adult diabetes: interpersonal congruence and spouse satisfaction. *J Marriage Fam* 1988; 50:363-376.
3. Anderson BJ. Diabetes and adaptations in family systems. En: Holmes: *Neuropsychological aspects of diabetes*. Springer Verlag; 1991.
4. Newbrough JR, Simpkins CG, Maurer H. A family development approach to studying factors in the management and control of childhood diabetes. *Diabetes Care* 1985; 8:83-92.
5. Glasgow RE, Toobert DJ. Social environment and regimen adherence among type II diabetic patients. *Diabetes Care* 1988; 11:377-386.
6. Anderson BJ. Involving family members in diabetes treatment. En: Anderson BJ, Rubin RR. *Practical psychology for diabetes clinicians*. Alexandria: American Diabetes Association; 1996.
7. DCCT Research Group. Influence of intensive diabetes treatment on quality of life outcomes in the diabetes control and complications trial. *Diabetes Care* 1996; 19: 195-203.
8. DCCT Research Group. Are continuing studies of metabolic control and microvascular complications in insulin-dependent diabetes mellitus justified? *N Engl J Med* 1988; 318:246-250.
9. Glasgow RE. A practical model of diabetes management and education. *Diabetes Care* 1995;18: 117-126.
10. DCCT Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1993; 329:977-986.
11. Anderson RM. Patient empowerment and the traditional medical model: a case of irreconcilable differences? *Diabetes Care* 1995; 18:412-415.
12. Anderson RM, Funnell MM, Butler P, Arnold MS, Fitzgerald JT, Feste C. Patient empowerment: results of a randomized control trial. *Diabetes Care* 1995; 18:943-949.
13. Arnold MS, Butler PM, Anderson RM, Funnell MM, Feste C. Guidelines for facilitating a patient empowerment program. *Diabetes Educator* 1995; 21:308-312.
14. Feste C, Anderson RM. Empowerment: from philosophy to practice. *Patient Educ Counsel* 1995; 26:139-144.
15. O'Ryden O, Nevander L, Johnsson P, et al. Family therapy in poorly controlled juvenile IDDM: effects on diabetic control, self evaluation and behavioral symptoms. *Acta Paediatr* 1994; 83:285-291.

16. Jacobson AM, Hauser S, Lavori P. Family environment and glycemic control: A four-year prospective study of children and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychosomatic Med* 1994; 56:401-409.
17. Vázquez EF et al. Aspectos psicosociales de la diabetes mellitus. *Rev Med IMSS* 1994; 32:267-270.
18. Miller SG. Family therapy for recurrent diabetic ketoacidosis: Treatment guidelines. *Fam Syst Health* 1996; 14:303-314.

3.7. Alcoholismo familiar

Marisol Menéndez de López

3.7.1. El alcohol desde el punto de vista del sistema familiar

Los miembros de la familia pueden describirse desde diversos puntos de vista, uno de ellos es el sistémico. Desde este ángulo, los integrantes del grupo familiar son interdependientes y se pueden entender como un todo, que funciona como un sistema en el que sus partes se influyen mutuamente.

Desde el punto de vista del sistema familiar, el establecimiento de diferentes patrones conductuales no es casual; existe participación activa de ambos integrantes de la pareja en el mantenimiento de sus conductas y relaciones interpersonales, lo cual tiene ramificaciones para el resto de la familia (1). Además, estos patrones de comportamiento suelen tener antecedentes generacionales. Las relaciones emocionales, que desde luego son relaciones de interdependencia, tienden a generar una fusión entre los elementos- es decir las personas- que constituyen la familia, quienes ven limitado su propio desarrollo o su propia conducta autónoma al ceder parte o toda su autonomía en beneficio de otro (s) componente (s) del sistema familiar. Una de las posibles razones es que algunos de los miembros de la familia tal vez perciben que, de no hacerlo así, perturbarán a los demás.

La madurez emocional de un individuo reside en su capacidad para pensar, planear, conocer y seguir sus propias creencias, y establecer el curso de su vida, en lugar de tener que responder a las indicaciones o dictámenes de aquellos cercanos a él, así como en abstenerse de no lesionar intereses de otros y no buscar salida a sus problemas apoyándose en los demás, utilizando como explicación o como justificación de sus acciones o de su inmovilidad, la actitud o presión de otros (1). Desde luego que la conducta del individuo siempre está sumamente influenciada por los miembros de su familia. Aquí describimos una situación extrema, en la que un miembro de la familia renuncia a su individualidad para sentirse totalmente controlado o manejado por otro miembro de la familia o por la familia como un todo.

Nos referimos a ciertas relaciones que suelen observarse en algunas familias en las que uno de los miembros sufre de alcoholismo. Desde el punto de vista popular, en un matrimonio en el que uno de los miembros tiene dependencia del alcohol, el cónyuge no alcohólico es solamente víctima y no participa de modo alguno en el proceso del deterioro familiar, dejando la responsabilidad emocional y social al bebedor problema. En contraposición a esta opinión, se sabe de cónyuges de alcohólicos que participan o han participado en Al-Anon (grupos paralelos a los de Alcohólicos Anónimos), quienes de hecho son o han sido individuos con algún tipo de alteración emocional, la cual se manifiesta, por ejemplo, en un bajo nivel de autoestima, en inseguridad, una necesidad manifiesta de ser protegida (o), o bien como crisis frecuentes de ansiedad y depresión, entre otros estados (2, 3, 5). De este modo, la condición de salud y estabilidad que el núcleo familiar debería proveer resulta precaria, dado que ninguno de los integrantes de la pareja (es decir, los padres) están en condiciones emocionales de ayudar a los hijos a desarrollarse psicológicamente. Uno por la dependencia del alcohol y el otro por las posibles dificultades emocionales mencionadas. En las familias resulta útil concebir las relaciones entre los miembros como algo que suele ser recíproco, modeladas, repetitivas, con movimiento más cir-

cular que lineal. Debido a esto, el intento de establecer el origen y el efecto de una conducta problemática obstruye la posibilidad de conocer su fundamento y, evidentemente, de modificarla (1, 2, 3).

En el proceso de estructuración de la familia, independientemente de la etapa en que se encuentre el padecimiento alcohólico, es frecuente que sus integrantes experimenten la necesidad de negar o esconder el hecho de que alguno de sus elementos bebe en exceso y, más aún, de que existen conflictos intrafamiliares agravados por el consumo excesivo de alcohol (4).

El patrón conductual que se logra establecer en las familias es perpetuado por todos y cada uno de los integrantes del sistema, incluidas las denominadas "víctimas". Si cualquiera de los participantes del núcleo modifica su respuesta emocional habitual, interrumpe el curso del proceso usual de conducta, generando incomodidad. En el movimiento automático de búsqueda del restablecimiento de la homeostasis (equilibrio), inherente a todo sistema (aun un sistema disfuncional como en el caso de la familia con un miembro alcohólico), sus integrantes intentarán obligar o "persuadir", aunque sea de modo inconsciente, al perturbador a ocupar de nuevo su lugar (1, 2).

Cualquier sistema emocional, (familia, pareja, padre-madre, hijo-hija) sometido a tensión extrema, utiliza la triangulación como mecanismo protector contra la ansiedad. Este tipo de mecanismo es disfuncional porque genera estabilidad a través de la diversificación del conflicto, más que la resolución del mismo. La triangulación puede establecerse en el seno de la organización familiar, o bien con elementos externos como relaciones extramaritales, el trabajo absorbente, la televisión, algún deporte, el uso de drogas, alcohol, etc. Con el tiempo y la repetición del mecanismo triangular, la conducta se convierte en un patrón disfuncional crónico, evitándose de manera permanente la solución de los problemas emocionales (5, 6).

3.7.2. La fenomenología del alcoholismo

Según el criterio popular, el alcohólico es un individuo irresponsable, físicamente deteriorado y sin recursos psicológicos para solucionar de alguna manera sus problemas. Esta concepción es real cuando el sujeto alcanza la fase terminal del padecimiento, pero no se trata de la realidad representativa de la población que abusa del alcohol, con las consabidas consecuencias negativas (físicas, emocionales, laborales, económicas, familiares y sociales). Cuando estos sujetos experimentan esas consecuencias a veces devastadoras de la familia, el padecimiento se encuentra en fase crítica, ya que desafortunadamente el uso del alcohol como medio de relación y sistema de comunicación social, dificulta observar las manifestaciones conductuales de la fase inicial (7).

En varias áreas de la salud mental en las que se trabajó con adultos y con familias, el objetivo prioritario fue transformar la concepción del padecimiento, de una conducta moral a un problema social con consecuencias médicas. Este era el requisito necesario para transferir la responsabilidad del tratamiento del régimen jurídico al social, y secundariamente al médico, tomando en cuenta el orden de aparición de las consecuencias del abuso en la ingesta de bebidas alcohólicas, según lo avanzado del abuso o la dependencia de la sustancia. Con esta meta en mente, se considera al alcoholismo como un proceso patológico de etiología múltiple, síntomas específicos, curso atípico y pronóstico predecible.

ble. Es así como la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1952 lo clasifica en esta categoría, en función de los elementos descritos, y añade en 1977 el criterio de "Síndrome de dependencia del alcohol" que sugiere la presencia indispensable de fenómenos clínicos que deben repetirse con la suficiente frecuencia y gravedad para establecer la existencia de una enfermedad susceptible de ser estudiada y tratada 7.

En su Manual de Diagnóstico y Estadística, la Asociación Psiquiátrica Americana distingue dos tipos de problemas respecto al uso del alcohol: el abuso y la dependencia. El abuso se refiere a la ingestión de alcohol en tal cantidad que da lugar a intoxicación. En este estado la persona sufre un deterioro pasajero de la capacidad para conducir un automóvil, trabajar, llevar su papel dentro de la familia, etc. Estas intoxicaciones periódicas traen consecuencias negativas para el funcionamiento psicosocial del individuo que consume el alcohol. Por otra parte, se habla de dependencia del alcohol cuando la persona tiene manifestaciones adicionales. La clave de la dependencia es la pérdida de control en el uso o consumo de alcohol. Por ejemplo, la persona sabe que el consumo de la sustancia le trae consecuencias negativas, o repetidamente ha intentado dejar de beber, sin lograrlo. Aunque la persona piense que en "cualquier momento" puede dejar de beber, su historia demuestra que a pesar de haberlo intentado, no lo ha logrado. Otros criterios son que la persona pase cada vez más tiempo consumiendo alcohol o buscando la manera de conseguirlo. Dos criterios adicionales pueden ser el desarrollo de la tolerancia y del síndrome de supresión cuando se deja de beber en la forma acostumbrada.

Por tolerancia se entiende que la persona necesita cada vez mayor cantidad de alcohol para conseguir el "efecto deseado", es decir la intoxicación o la sensación de euforia. El síndrome de supresión es otro indicador de la suspensión del uso cotidiano de alcohol. De este modo, cuando la persona no consume la cantidad acostumbrada, experimenta temblor, malestar, ansiedad o inclusive fenómenos más graves como agitación, delirio y convulsiones (8).

En la agrupación de Alcohólicos Anónimos se requiere para ser aceptado que el individuo se sienta impotente ante el alcohol y sufra de enfermedad crónica, lenta, progresiva y mortal de necesidad, si no se la controla (9).

La familia puede organizarse alrededor del alcohol, de la misma manera que otros sistemas lo hacen en torno al dinero, al trabajo, a la psicosis, etc. Lo que hace único al sistema familiar alcohólico, contrario al concepto popular, no es la gravedad de la problemática psicosociológica o la falta de flexibilidad de esta, sino la oscilación entre un tipo específico de comportamiento (estado de sobriedad-responsabilidad, ternura, cercanía afectiva) y en el otro extremo, lo contrario, o sea una conducta, igualmente específica pero polarizada (estado de ebriedad-irresponsabilidad, agresión, violencia, lejanía afectiva) (2, 5). En algunos casos, sin embargo la persona embriagada es más amable o tierna, y este es el único estado en el que se puede acercar emocionalmente a la esposa o a los hijos, mientras que cuando está sobria es distante, irritable o violenta. En ambos casos se trata de polaridades en las que el alcohol modifica sustancialmente la conducta de la persona.

La idea de que el alcohólico es "vago, bueno para nada", y su cónyuge "inmadura y masoquista", ha sido descartada ya de la concepción moderna de la dinámica familiar en las familias con un miembro alcohólico. En el sistema familiar alcohólico, la ingesta de etanol se mantiene por el comportamiento de todos los integrantes de la familia, que con frecuencia reflejan patrones conductuales provenientes de las familias de origen de uno o de ambos cónyuges. En el seno de una familia en donde uno o ambos padres beben en

exceso, esto es, que periódicamente se manifiestan como sintomáticos, la ingestión de alcohol puede considerarse como un mecanismo estabilizador del sistema. De esta manera, cualquier intento directo de mejorar la comunicación entre los integrantes de la familia acentúa la disfunción y agrava el síntoma-enfermedad (2, 10).

Dentro de la familia del alcohólico no es quien no bebe el que posee el poder; la observación clínica permite determinar que, a veces, los cónyuges establecen una lucha constante y encarnizada por obtener el control, que pasa del victimario, cuando está alcoholizado, a la víctima, cuando está sobrio. En este tipo de sistema disfuncional, la individualidad está mal diferenciada y solo cuando uno de los integrantes de la pareja decide centrarse en sí mismo y se avoca a resolver sus propios conflictos, puede iniciarse la desactivación del síntoma. Esto es, si la pareja y los demás integrantes de la familia no se ven arrastrados por la necesidad de mantener la homeostasis del sistema, a fin de evitar que surja el conflicto real, que es mucho más doloroso que la consecuencia del síntoma, y recurren a estrategias que facilitan la reaparición del problema (la bebida). En el sistema familiar alcohólico es factible desconectar el síntoma, enfocando la terapéutica en el cónyuge no alcohólico y conduciéndolo a centrar su atención en sí mismo. Lo anterior es relativamente sencillo en sistemas donde los límites individuales son claros, puesto que el cónyuge no alcohólico es capaz de establecer cierta distancia entre sí mismo y el cónyuge o miembro sintomático, sin sentirse agobiado por la culpa.

En sistemas donde los límites individuales no están tan definidos, es frecuente que el cónyuge no alcohólico presente, por ejemplo, una crisis depresiva de gravedad variable originada por el sentimiento de culpa que nace del "atreverse" a enfrentar las reglas sociales, familiares y religiosas del juego. La reacción depresiva puede interferir con la decisión de centrarse en sí mismo y disminuir el comportamiento reactivo, que fluctúa entre la punición y la sobreprotección (punición al hacerle recriminaciones o dejar de hablarle a la persona alcohólica cuando esta está sobria, y sobreprotección cuando está intoxicada, para tratar de salvarla). En el tercer tipo de sistema familiar identificado, no existen límites ni capacidad para establecer proceso alguno de individuación por parte de los miembros de la familia. En este sistema, el síntoma se mantiene como única solución de vida, ya que el cónyuge no alcohólico experimenta profunda autodevaluación, con necesidad extrema de establecer nexos de dependencia y, al mismo tiempo, con muy pobre impulso vital (2, 11, 12, 13, 14).

La observación clínica explica la paradoja terapéutica observada a menudo de que, a mayor interés del cónyuge no alcohólico en sí mismo, mayor es la posibilidad de que el alcohólico controle la ingesta de bebidas y mantenga la sobriedad; y que a mayor interés y esfuerzo del cónyuge por conservar al alcohólico sobrio, mayor es la posibilidad de fracaso (13, 14, 15). Esta paradoja confirma que no es solamente el bebedor quien funciona manteniendo el vínculo de dependencia (con el alcohol), sino que el cónyuge no alcohólico experimenta la misma necesidad emocional y conductual (respecto a la persona con la adicción al alcohol). A este fenómeno de eco se le conoce con el nombre de codependencia y, para estar presente en la familia, debe necesariamente existir una relación de intimidad con alguien que padezca un síndrome de dependencia química. Debe quedar claro que la codependencia es una alteración emocional que está en proceso de acuñación, no tiene todavía los elementos suficientes para ser catalogada como trastorno mental o emocional ni como una enfermedad, desde el punto de vista del modelo médico.

3.7.3. La intervención clínica en la familia con un miembro alcohólico: intervención con el bebedor y sus familiares

La búsqueda de una ruptura con la codependencia por parte del cónyuge no alcohólico implica la modificación de la relación interpersonal y afectiva que se ha venido manteniendo, que continuará siendo estrecha y fuertemente unida, pero con territorio y límites bien definidos. En ella se comunicarán los sentimientos con el propósito de encontrar soluciones satisfactorias para los problemas que surgen ineludiblemente en toda relación (12, 16, 17).

Cuando cesa la ingesta de alcohol y se pierde la homeostasis, con frecuencia surgen en la familia conflictos mucho más graves que el síntoma-enfermedad que se habían mantenido fuera de foco. De entre estos, los más usuales son el desajuste grave en el funcionamiento sexual de alguno de los cónyuges o de ambos, depresión grave, aparición de tendencias suicidas, conductas compulsivas, pensamiento obsesivo y hasta manifestaciones de un trastorno de la personalidad. Las características enunciadas pueden presentarse en ambos cónyuges y correlacionarse, de manera tal que aparentemente explican un cuadro clínico específico.

Después de la suspensión de la ingesta de etanol y el establecimiento de límites individuales, la intervención terapéutica va encaminada a establecer métodos de comunicación más directos que permitan a los cónyuges aprender a expresar las emociones y sentimientos que han sido incapaces de manejar en estado de sobriedad.

Una de las principales metas terapéuticas es afirmar la capacidad y práctica de la individuación (de cada uno de los cónyuges como persona), lograr una mayor cercanía afectiva y poner en juego los ejes de relación de toda pareja, incluida la intimidad y el poder. Cuando la pareja no se orienta en este sentido, el cónyuge alcohólico tiende a establecer una relación de intensa dependencia con grupos como el de Alcohólicos Anónimos, determinando a veces que el proceso de crecimiento individual se mantenga estático. Esta condición se refleja en todas las áreas de relación, inclusive la económica y laboral, a pesar de que no haya ingesta de bebidas alcohólicas. Lo mismo sucede al familiar no alcohólico con los grupos de Al-Anon; se puede sustituir la preocupación por el síntoma y por la abstinencia con la adherencia al grupo, y aun cuando no haya alcohol de por medio, el sistema familiar sigue siendo disfuncional y tiene necesidad de mantener al paciente identificado o a la víctima propiciatoria que puede ser el alcohólico mismo u otro integrante del núcleo familiar. La asistencia exagerada y exclusiva de uno o ambos componentes de la pareja a los grupos de autoayuda puede interferir con el proceso de la comunicación, mantiene la barrera que impide el acercamiento afectivo, y sostiene el desajuste (2, 5, 13).

Es una observación común en la práctica clínica que el familiar del paciente alcohólico pone en juego una gama de emociones y sentimientos que oscilan entre la culpa y la vergüenza, por un lado, y el coraje y el resentimiento, por el otro. Estos sentimientos negativos se manifiestan de manera indirecta, ya que con frecuencia quedan encubiertos por actitudes de sobreprotección.

Cuando la persona con dependencia del alcohol entra en remisión, el familiar que no logra controlar la necesidad de dirigir la conducta del bebedor, ante la innegable mejoría del alcohólico en lo referente a la ingestión de alcohol, podría propiciar de manera inevitable la restitución del síntoma. Es de vital importancia señalar que hay conductas provocadoras aunque inadvertidas por el actor, sin el propósito consciente de este de lastimar o generar una recaída. Son, simplemente, producto de la necesidad del sistema de restablecer el equilibrio perdido por la anulación del síntoma, en este caso el hábito de beber de manera excesiva.

En cambio, el interés del bebedor mismo por controlar su ingesta de alcohol se facilita cuando el cónyuge no alcohólico inicia la búsqueda de su independencia emocional y de su individuación, que usualmente se obtiene a través de la autonomía económica. Es evidente pues, para el observador clínico, que la estabilidad del sistema familiar puede ser violentada tanto por factores externos de índole social y económica, como por factores internos de carácter físico y psicológico. La presencia de cualquier elemento perturbador que el sistema no pueda controlar puede generar una situación de crisis, que fácilmente se ve eliminada si se restaura el síntoma (el beber excesivamente) (18, 19, 20).

El abordaje psicológico del bebedor —ya que el control de la ingesta se logra y se mantiene en los grupos de Alcohólicos Anónimos— y el manejo psicoterapéutico de la familia deben estar estructurados según las condiciones sociales, económicas y psicológicas de cada sistema. Como quedó enunciado, toda estructura tiende a restaurar el equilibrio previamente obtenido aunque ello suponga disfuncionalidad. Con el objeto de iniciar el proceso de atención o tratamiento eficaz del familiar no alcohólico en sí mismo y alejarlo de la codependencia con el alcohólico, se hace necesario ofrecer al familiar no alcohólico una orientación concreta, que le facilite la convivencia con el bebedor y que allane el camino para que aquel inicie su militancia productiva en los grupos de Al-Anon (2, 9, 17, 18, 20).

Con este marco teórico, el proceso de orientación de los familiares de bebedores problema, esto es, de quienes aun sin diagnóstico médico de alcoholismo, pero ya con una o más áreas de relación (social, familiar, económica, laboral, física) comprometidas y en conflicto, no solo tiene como objetivo primario promover el establecimiento y estructuración de límites individuales de cada uno de sus miembros. Esto tiende a propiciar el crecimiento personal de cada uno de los integrantes del sistema. También es necesario intentar, desterrar del núcleo familiar creencias y mitos que, inadvertidamente, pueden ser utilizados para propiciar la reinstalación del síntoma (21, 22, 23).

3.7.4. Evaluación y tratamiento sistemáticos.

Los siguientes parecen ser ingredientes fundamentales en la evaluación y el tratamiento del problema familiar de alcoholismo:

- 1) Investigar y determinar el caudal de conocimientos —inclusive las creencias y mitos— que el sistema familiar (es decir, todos los miembros de esa familia) posee y maneja en el padecimiento, y particularmente con relación a la ingesta de cualquier bebida con contenido alcohólico. Es una creencia popular y también un mito, que el alcoholismo es un vicio, que resulta de la debilidad de carácter y de la falta de voluntad del bebe-

dor. Otro mito es que "al pulque le falta un grado para ser carne", o bien que la gradación alcohólica de la cerveza no "le hace daño a nadie, ni a los borrachos".

Otro error común es asumir que transcurrido un tiempo durante el cual el familiar alcohólico ya no ha bebido (el período lo establece el medio social y familiar de acuerdo a las consecuencias que genera la conducta del bebedor) este ha logrado curarse y es capaz de beber "como toda persona normal." Es fundamental proporcionar información sobre la etiología de la dependencia del alcohol (puede ser útil enfatizar la predisposición genética a la adicción a sustancias, en este caso al etanol); analizar los elementos biológicos, psicológicos y sociales del padecimiento. Hay que destacar el hecho de que, aunque haya predisposición genética y una tendencia hereditaria, no se debe asumir la actitud fatalista de que el alcoholismo es inevitable para la persona, y de que hay factores individuales que son necesarios para el desarrollo de la enfermedad. Puede ser benéfico para la familia saber que existen diferentes tipos de bebedor, desde el que ingiere etanol diariamente sin llegar necesariamente a la embriaguez (independientemente del tipo de bebida), hasta el que bebe cada ocho o quince días y llega al estado de ebriedad. Otro tipo de bebedor es el que deja transcurrir un tiempo prolongado entre los periodos en que bebe alcohol, que varía entre un mes y un año y medio, aproximadamente. En esos períodos el individuo no ingiere ninguna bebida alcohólica, aunque cuando lo hace se mantiene intoxicado por varios días, condición que con frecuencia conduce a la hospitalización (7, 8).

2) Es necesario reseñar en detalle los esfuerzos que los familiares han hecho y aún están haciendo para que el bebedor suspenda la ingesta de bebidas alcohólicas. Destacar que se ha recurrido a cuanto método ha estado al alcance de la familia, "por la buena", "por la mala", con súplicas y amenazas, por medio del chantaje emocional, de curas tradicionales o mágicas, "limpias" (limpieza de malas influencias por medio del uso de la magia o embrujos) juramentos y otros métodos desesperados. Esto es como hacer un "inventario" de todos los intentos que el familiar alcohólico y la familia han hecho hasta el presente para remediar el problema sin que dieran resultado. De esta manera se ayudará a que la familia se sienta comprendida en sus esfuerzos por aliviar el problema, y también a enfatizar que los intentos previos no han logrado el objetivo deseado.

3) Establecer, sin lugar a dudas, que los demás familiares, incluidos el esposo o esposa, no tienen responsabilidad alguna o "la culpa" de:

- La enfermedad que el otro sufre.
- El hábito de beber.

4) Una vez establecido que los familiares no son responsables del hábito de beber del familiar afectado, puede ser muy útil enfatizar que el familiar puede *propiciar* que el individuo sintomático *siga* ingiriendo cualquier tipo de bebida alcohólica. Esto es posible, por ejemplo, si se ponen en juego mecanismos sobreprotectores que evitan que el alcohólico reconozca que tiene problemas graves de conducta y de salud, y que es él o ella la única persona capaz de controlarlos (3, 9).

5) Es necesario identificar claramente cuáles son los mecanismos "protectores" que se observan en la familia en tratamiento. Estos son muy variados y pueden ponerse en juego desde las formas más obvias y primitivas hasta las más sutiles e intelectualmente complicadas. Por ello, las interacciones entre los familiares deben ser analizadas en detalle y con cui-

dado por quien ofrece la orientación, recordando que el familiar, al igual que el bebedor problema, utiliza la negación como recurso inconsciente para sostener la conducta problema.

Uno de los métodos más utilizados por la familia es "proteger" al familiar alcohólico de las consecuencias de su conducta. Los mecanismos "protectores" van encaminados a resolver los problemas físicos, sociales, familiares, laborales, económicos y legales derivados de la manera desordenada y excesiva de beber. De esta manera, la interpretación de tales acciones que puede ser útil para los familiares, es que el resultado final de estas maniobras incapacita al bebedor para velar por sí mismo, para crecer y lograr su autonomía emocional. Es importante enfatizar que las *consecuencias* del beber excesivo las paga la familia. Todo este trabajo terapéutico está encaminado a que la familia advierta, acepte y maneje la codependencia afectiva que existe entre quien ostenta el síntoma (en este caso el bebedor) y el núcleo familiar nuclear, tanto como el de origen (2, 11, 13).

6) Cuando se observa un patrón de "vigilancia constante" del paciente alcohólico, o bien una especie de espionaje para saber si la persona bebió o no, cuánto, dónde, etc. es útil analizar la demanda constante de la familia para que el paciente se conduzca con responsabilidad. Cuando este se embriaga y pierde el control de su conducta, suele ser la familia quien absorbe la responsabilidad absoluta. Así, es la propia familia quien con toda eficacia impide que el bebedor reconozca sus actos a través del pago directo de las consecuencias (1, 20).

7) Con frecuencia la familia está enfrascada en un sistema que atribuye al bebedor la culpa de sus acciones negativas. En tal caso conviene analizar la tendencia a *culpar* al bebedor de los eventos en general y de los problemas emocionales en particular de los demás integrantes de la familia (21, 22, 23). Es decir, la familia puede utilizar al familiar alcohólico como un "chivo expiatorio" y atribuir toda la tensión o disfunción al hecho de que el familiar alcohólico tiene este problema.

8) Facilitar la expresión verbal y movilizar las emociones generadas por la frustración. Para los miembros restantes de la familia puede ser difícil comprender que si se está haciendo todo por el otro, aquel no corresponda modificando su conducta, especialmente si la familia tiene la teoría de que beber en forma excesiva es un mero vicio que puede ser controlado con un esfuerzo de la voluntad. Es frecuente que aflore una gama de emociones como rabia, coraje, agresión, desprecio y miedo, y sentimientos como tristeza, soledad, minusvalía, angustia y desesperanza, que son las fuerzas propulsoras de la oscilación conductual y, en última instancia, impiden la anulación real del síntoma (4, 23).

9) Establecer que los que demandan que el bebedor se aleje del alcohol son los familiares. Este hecho determina que el bebedor tal vez no esté realmente interesado en dejar de beber. El contenido fundamental de la orientación, en este punto, es el hecho de que la protección que la familia *otorga*, la *goza* el bebedor, condición que puede fomentar en él (o ella) la comodidad, la dependencia y la pasividad. Quienes *pagan* las consecuencias de la conducta inadecuada, irresponsable, desordenada y agresiva son, principalmente, sus allegados inmediatos. En el trabajo terapéutico con familias conviene hacer aflorar estas maniobras de sobreprotección que usa la familia. Esa sobreprotección, además, puede encubrir otros sentimientos, como agresión, control, humillación, etc.

Se puede ilustrar con algunas expresiones típicas estas actitudes de menoscabo, devaluación o desprecio hacia el familiar alcohólico, como: "no le sirva bebida, él/ella no puede tomar"; "no vayas a beber, sabes que te hace daño", "te compro una botella, pero no salgas a la calle", "tiré tu botella".

Otras acciones, también comunes y aparentemente de "ayuda" a la persona alcohólica, demandan mayor energía y desgaste del familiar, como buscarlo en el trabajo el día de pago y en bares y cantinas, ayudarlo a localizar el automóvil, pagar la multa o fianza en la delegación o cárcel, pagar el taxi cuando el familiar alcohólico llega intoxicado a su casa, esperarlo durante la noche porque no trae llaves, que no lleva consigo "para que no las pierda", o bien interceder ocultando la forma en que bebe, justificando conductas socialmente inaceptables, como faltar al trabajo. Otra conducta desgraciadamente común es la de enviar a uno de los hijos, aún de edad escolar, a "buscar" al papá o la mamá que están intoxicados, o bien a persuadirlos de que salgan del bar o la cantina y convencerlos de ir a casa.

10) Ayudar a la familia a establecer mecanismos que le permita detectar y evitar la conducta automática de protección. Es importante señalar que, con frecuencia, ante la modificación conductual de la familia, el bebedor puede adoptar actitudes hostiles, opositoras y hasta abiertamente agresivas, que los componentes del núcleo familiar deberán estar preparados para manejar. El miembro con alcoholismo puede acusar a los familiares de no quererlo, no ayudarlo, dejarlo abandonado a sus propios recursos, etc.

Lo anterior conlleva la necesidad de que todos los integrantes de la familia aprendan a no responder a las provocaciones, no generar conductas agresivas y no responder a ellas, circunstancias que pueden llevar a la violencia física y/o verbal. Es de importancia enfatizar que cuando se dice que no hay que criticar, censurar, rechazar o contradecir, no se está diciendo que hay que mantenerse inmóvil si se trata de buscar todo lo que pueda satisfacer las necesidades personales de seguridad y autoestima.

11) El siguiente cuadro sirve para que el clínico piense en los posibles mecanismos presentes en las familias que pueden dar lugar a una conducta sintomática por parte de los familiares. La primera columna se refiere a algunos "síntomas" observados comúnmente y la segunda a la función de estas emociones en la familia. Para lograr la detección de los mecanismos emocionales que conducen a conductas automáticas de protección es elemental determinar:

POR QUÉ SE ESTABLECE	PARA QUÉ SE ESTABLECE
Soledad	(1), (2), (3)
Culpa	(1), (2), (3), (4)
Miedo	(3), (4), (5), (6)
Vergüenza	(3), (5), (7)
Inseguridad	(6), (7), (8), (9)
Comodidad	(1), (3), (4), (5), (7), (9)
Dependencia	(1), (3), (4), (6), (7), (8), (9)
Hijos	(1), (3), (5), (6), (7), (8), (9)

- (1) No enfrentarse consigo mismo.
- (2) Evitar la emergencia de sentimientos depresivos.
- (3) Evitar la emergencia de minusvalía y autodevaluación
- (4) Evitar la emergencia de enojo.
- (5) Pérdida del estado socioeconómico y familiar
- (6) No confrontar las responsabilidades
- (7) Evitar los sentimientos de fracaso
- (8) Eludir la toma de decisiones.
- (9) No confrontar la crítica

12) Resulta indispensable para el manejo y control de las emociones del cónyuge no alcohólico y de otros familiares, identificar cómo se "cuida" al bebedor problema, y cómo se descuidan no solo quien es cabeza de familia, sino todos aquellos que la integran, condición que se agudiza en tanto dura la ingesta acostumbrada de alcohol. Para ello, es fundamental reconocer el propio descuido y sus diferentes facetas, que necesariamente interfieren con el estado de salud y con el proceso de equilibrio.

En el trabajo clínico con el cónyuge no alcohólico conviene hacer un "inventario" de las necesidades personales y de cómo se satisfacen o no dentro de la dinámica matrimonial en que uno de los cónyuges tiene dependencia del alcohol. Las siguientes áreas son las más significativas:

- Necesidades físicas y económicas
- Necesidades emocionales o afectivas
- Necesidades intelectuales
- Necesidades sociales
- Aspectos culturales

Como parte de este "inventario", hay que ayudar al cónyuge no alcohólico a identificar en qué medida las necesidades están satisfechas, o más bien se han visto afectadas por su propio olvido. Quien ofrece la orientación no debe perder de vista que el sistema familiar tiende a culpar al bebedor, por lo que es tarea permanente mantener la atención en las dificultades conductuales propias (en este caso las del cónyuge no alcohólico), y evitar adjudicar la responsabilidad o culpa de la situación (calificándolas de fallas, errores, descuidos, incumplimiento, irresponsabilidad, negligencia, mentira, maldad, defecto, vicio) a quien se muestra incapaz de suspender la ingesta de bebidas alcohólicas.

13) Habrá que analizar detalladamente el comportamiento que cada uno de los integrantes de la familia establece frente al bebedor problema; determinar la conducta que la comunidad familiar establece en forma de patrón repetitivo, y reconocer el proceder intrafamiliar respecto al individuo identificado como sintomático. Algunas de las características más comunes, pero que a menudo son muy difíciles de reconocer claramente por los otros miembros de la familia, son que un ser a quien aman y necesitan:

- Está bebiendo
- Manifiesta una conducta agresiva.
- Adopta una actitud exigente.
- Exhibe un comportamiento sexual inadecuado.

Las acciones mencionadas en el párrafo anterior tienen como objetivo facilitar la identificación de conductas que propician el consumo de bebidas alcohólicas, de ser posible, lograr desviar la atención que el familiar centra en el bebedor, para dirigirla hacia sí mismo.

Entre las prácticas más frecuentes observadas en el ejercicio clínico, están las siguientes:

Cuando la persona está bebiendo: esconder o tirar las botellas; impedir que el bebedor salga a la calle. Es frecuente que se mande a un integrante de la familia, habitualmente alguno de los hijos menores de edad, a conseguir la bebida; también se encarga a los menores de ir a buscarlo y sacarlo de los bares o de recoger al familiar alcohólico si este está intoxicado en la calle. Otra conducta frecuente es ocultar a los familiares, amistades y el medio laboral que el bebedor se encuentra en plena ingesta, justificando las ausencias, solicitando y obteniendo licencia —o dispensa— médica.

Cuando el familiar alcohólico manifiesta una conducta agresiva es necesario descubrir como podría haber desencadenado esta conducta la familia, sea que el bebedor se encuentre sobrio o no. Si está sobrio, el mensaje más frecuente es culparlo de todo despropósito, de todo evento doloroso, de todo proceder negativo que acontezca en torno a la familia. Se le culpa de lo que hace y de lo que no hace: gasta el dinero, roba las cosas de la casa para empeñarlas y seguir bebiendo y "no me deja trabajar", "no me deja salir a la calle a menos que lleve a todos mis hijos". Si el bebedor problema está ebrio, es el momento elegido por su cónyuge para confrontarlo con sus responsabilidades y la manera como las abandona. Por ejemplo: "hay un citatorio de la escuela porque el niño se ha estado portan-

do mal; seguramente iré sola", "tu hija está embarazada; claro, como en esta casa no hay hombres, no la respetan", "ya vino dos veces el de la renta y tuve que decirle que no te han pagado, ni modo que se supiera que lo gastaste con tus amigos borrachos". La manifestación conductual agresiva puede ser solamente verbal al principio y se expresa físicamente solo a medida que la provocación va subiendo de tono.

Cuando el familiar alcohólico adopta una actitud exigente, y si las emociones que prevalecen en la familia son el enojo, resentimiento, frustración y amargura, el comportamiento del grupo tiende a manifestarse a través de conductas pasivo-agresivas. Algunas de ellas se mencionan en el párrafo anterior, otras son las amenazas de abandono, buscar separadamente el sustento económico y hacerle saber al bebedor que "no es hombre para mantener ni proteger a su familia" en tanto que "él recibe los beneficios del trabajo y del esfuerzo colectivo". En cambio, si las emociones preponderantes son la culpa, la vergüenza y el miedo, la acción conductual familiar se centra en ceder al reclamo, a pesar de los sentimientos dolorosos y negativos que pueda generar. Por último, cuando es la comodidad afectiva la razón de mantener el vínculo conyugal, pese al costo emocional, son habitualmente los hijos y el bienestar de estos, ("no quitarles a su padre", "asegurarles una figura de respeto" etc.) el argumento utilizado por el cónyuge no bebedor para mantenerse en la relación dolorosa. Este juicio u opinión emitida por el cónyuge no alcohólico, invariablemente es asumido por los hijos como verdadero y se adjudican responsabilidades que no les corresponden, como convertirse en el sostén afectivo, emocional y económico de quien no bebe y, a veces, incluso del grupo familiar en su totalidad. Los hijos entonces hacen suyos la incapacidad y el desinterés aparente ante la conducta del familiar sintomático, comprometiendo en ello su crecimiento emocional, vitalidad, energía, seguridad y autoestima.

Cuando el bebedor excesivo exhibe un comportamiento sexual inadecuado, su conducta sexual puede estar dirigida hacia el exterior, en cuyo caso la respuesta familiar es habitualmente de vergüenza. A veces esta vergüenza está basada en una reacción emocional en la que se asume como propia la acción, movilizándolo al mismo tiempo sus recursos emocionales, económicos y sociales para impedir que el bebedor pague las consecuencias. Cuando la conducta sexual está dirigida hacia el seno de la familia, la actitud más frecuente es la adopción del mecanismo de negación que, cabe recordar, es de orden inconsciente y tiene como objeto preservar no solo la estabilidad del núcleo familiar sino también eliminar la ansiedad y tensión que resultan intolerables para el equilibrio emocional, individual y de grupo.

14) Es claro que el comportamiento familiar, al igual que el del bebedor, no resulta de actitudes conscientemente destructivas. Es necesario enfatizar esto ante la familia a fin de sugerir conductas que eliminen y/o modifiquen las acciones provocadoras, las mismas que de manera invariable generan conducta oposicionista y facilitan la liberación del comportamiento agresivo. La acción provocadora, sumada al efecto del etanol sobre la corteza cerebral, más el conflicto emocional del bebedor, se traducen en respuestas que pueden llegar no solo a la violencia sino a la destrucción. Por ello, es conveniente sugerir que cuando el bebedor se encuentre bajo la influencia de cualquier bebida alcohólica, (no importa qué tipo y cantidad) el familiar procure eludirlo, evitando no solo la confrontación sino también prever cualquier posibilidad de conflicto, riesgo etc., estructurando mecanismos y elaborando alternativas que le permitan (al familiar) sortear la crisis sin pagar las consecuencias y sin experimentar culpa. A pesar de que parece un procedimiento sencillo y simple de lograr, el mecanismo de desenganche entre el familiar y el bebedor es doloroso

so, complicado, y a veces imposible. Es necesario asegurarse que el familiar entiende intelectualmente y asume emocionalmente, que el proceso de deterioro, lento, progresivo que sufre el bebedor, es primordialmente responsabilidad de este y que solo el alcohólico puede decidir buscar ayuda para dejar de beber y conseguir este propósito de cesar la ingesta de alcohol.

15) Con frecuencia, el familiar no solo se responsabiliza de la vida del bebedor, sino que debe enfrentar la presión que el medio social, la familia de origen y la familia política ejercen. Por ello, y para lograr el apoyo que el familiar directo requiere, es importante analizar por separado cada una de las entidades mencionadas, así como la forma de coerción que cada una de ellas ejerce.

Medio social: La influencia que la comunidad detenta no solo está basada en normas y reglas necesarias para la convivencia, sino que tiene profundas raíces sociológicas y religiosas que pueden paralizar el proceso de crecimiento individual y familiar, así como la eliminación del síntoma. Es frecuente que el sentimiento de culpa que el familiar experimenta por "abandonar a su suerte" al bebedor, esté reforzado por la consideración social de que el bebedor es débil de carácter, incapaz de valerse por sí mismo, necesitado de cuidado y protección, que en definitiva es responsabilidad del núcleo familiar propio; si carece de él, por no haberlo formado o por abandono, será responsabilidad de la familia de origen. El objetivo es pues, eliminar el sentimiento de culpa por todos estos supuestos.

Familia de origen: con frecuencia, el familiar se ve coaccionado por conceptos tales como: "es tu cruz y tienes que cargarla"; "vas a quitarles el padre a tus hijos"; "a ellas, cualquiera les faltará el respeto"; "y ellos se te van a descarriar"; "en nuestra familia no hay divorcios"; "tú sola (o) no vas a poder con toda la responsabilidad"; "es tu padre (madre), estás obligado a ver por él (ella)"; "nosotros no podemos ayudarte, tu sabrás qué haces, luego no vengas llorando a pedir ayuda"; "no sabes hacer nada, ¿cómo crees que vas a poder resolver todo lo que se te viene?", etc. La dependencia, la pasividad, la auto-devaluación, la inseguridad, y el miedo, son algunos de los factores emocionales que hay que desterrar.

Familia política: es frecuente que el núcleo familiar de origen del bebedor culpe, directa o indirectamente, a los integrantes de la familia del proceder del miembro sintomático, atribuyéndolo a que este no es atendido, cuidado, protegido, valorado como en su ámbito de procedencia. Tal familia niega cualquier posibilidad de que el bebedor estuviera enfermo antes de la unión matrimonial, y considera que "se envició" a raíz de esta. La negación puede entenderse no solo como mecanismo defensivo sino como elemento resultante de la falta de conocimiento del alcoholismo como enfermedad, y de lo insidioso de la progresión del mismo. Con frecuencia, la época en que se forma el núcleo familiar propio coincide con la fase inicial del padecimiento. De forma reiterada se observa en la práctica clínica la disputa silenciosa entre la familia nuclear y la de origen. El fundamento de la protección reside en la necesidad de mantener la homeostasis del sistema, al margen de cuál se trate; el forcejeo entre ambos grupos triangula con mayor fuerza el conflicto, amplía la centralidad del sintomático, al tiempo que le proporciona mucho más comodidad y, por tanto, perpetúa el hábito de beber. El objetivo terapéutico en esta situación sería unificar la conciencia de enfermedad y de riesgo individual y de grupo; suprimir recriminaciones mutuas que facilitan las conductas manipuladoras del bebedor, y enfatizar que la acción no está dirigida al sintomático, sino a beneficiar de manera individual a cada uno de los integrantes del grupo. También que las modificaciones conductuales asumidas por

quienes rodean al paciente pueden determinar que se inicie el proceso de suspensión definitiva de la ingesta alcohólica.

16) Es de vital importancia no solo en la búsqueda, sino en el logro de la independencia y del crecimiento personal, que el orientador enfatice que el proceso global de daño y deterioro físico, emocional o mental, social, laboral y económico que sufre uno o más de los integrantes del núcleo familiar, es responsabilidad de quien lo sufre (en caso de ser mayores de edad). En el caso de menores, la responsabilidad —inclusive la responsabilidad de buscar ayuda, pero no la culpa por el problema— recae en ambos padres. Algunas de las consecuencias para los otros miembros de la familia son los siguientes tipos de deterioro:

Físico: alguno de los integrantes de la familia muestra exceso de peso, trastornos gastrointestinales frecuentes sin causa aparente, etc.

Emocional o mental: Otro miembro de la familia exhibe conductas que perturban a terceros, por ejemplo, dificultad en el medio escolar, farmacodependencia, depresión etc.

Social: conducta delictiva, embarazo prematuro, vagancia.

Laboral: abandono de las obligaciones escolares y renuencia a incorporarse a la vida productiva, con abandono sistemático de actividades remuneradas, en el caso de adolescentes y jóvenes.

Económico: pérdida gradual del nivel económico y social, limitación para adquirir bienes de consumo, superfluos al inicio del proceso y básicos cuando la evolución natural lo determina.

17) En virtud de que es el grupo familiar del bebedor el que paga las consecuencias de lo excesivo y compulsivo de la ingesta, es este quien con ahínco intenta que el bebedor controle la conducta. Por eso, el familiar determina lo que debe o no debe hacer; le recuerda que no puede beber, le lleva cuenta de las copas que ingiere, trata de impedir que haga el ridículo, alejándolo de eventos sociales y de malas amistades que lo conducen por el camino equivocado. Esta conducta despierta, invariablemente, una respuesta opositora por parte del bebedor, a la que, ya perdida la inhibición que la corteza cerebral ejerce en el comportamiento, se añade el enojo acumulado durante el período de abstinencia, y se expresa no solo con agresión, sino con violencia. Esto último depende del grado de enojo, del tipo de estímulos que el bebedor recibe y que vive como provocaciones, del tipo de personalidad del bebedor, y del grado de deterioro emocional y mental que este sufre. El objetivo es confrontar al familiar con el hecho de que, para suspender la ingesta permanentemente, el bebedor debe interesarse realmente en el proceso de recuperación y control. El que bebe debe llegar al fondo de las consecuencias que su manera de beber determina. Dicen en Alcohólicos Anónimos: "Tocar el fondo de dolor" (9).

El familiar también estará dispuesto a hacerse responsable de sí mismo: "Cuando aprendemos a desprendernos de los problemas del alcohólico y nos preocupamos por recuperar nuestra serenidad, le damos ánimo para que busque y mantenga su sobriedad" (4). Es necesario aclarar ante el familiar que la participación en grupos de Alcohólicos Anónimos con el único objetivo de convencer al bebedor o de obtener la fórmula mágica para lograr la abstinencia no solo es contraproducente, sino que el enojo, rabia, frustración, dolor, tristeza, sentimientos de inadecuación y minusvalía y la desesperanza del familiar cuando fracasa, facilitan su propia destrucción.

18) Es de vital importancia determinar durante el procedimiento terapéutico si el familiar está dispuesto a sostener a su costa la conducta del otro. Con frecuencia, de acuerdo a la observación clínica, sus expectativas se centran en el cambio del bebedor y no dirige su atención, energía y esfuerzo hacia sí mismo. Debe certificarse que el proceso emocional esté presente, y que se hayan eliminadas la intelectualización y la negación como mecanismos inconscientes de uso constante, para sostener el comportamiento. Si este elemento se deja como un cabo suelto, la recidiva o persistencia de la ingesta conduce a la reorganización del sistema a su posición original.

El objetivo es enfatizar que no se pretende abandonar al bebedor, sino que, independientemente de que si este continúe o no la ingesta, es vital para los integrantes del núcleo familiar la asistencia regular (incluso a pesar de la oposición del bebedor) a grupos de autoayuda como Al-Anon y Al-Ateen y otros, que aunque no estén directamente relacionados con el alcoholismo, promueven la salud emocional individual y familiar. "Una vez que nos damos cuenta y admitimos que también nosotros somos incapaces de afrontar solos el alcohol, nos libramos de una pesada carga. Nuestro cambio de actitud y la mejoría en nuestra vida pueden influir en el alcohólico para que busque la ayuda que necesita" (4). En muchos casos, la problemática emocional de uno o más de los integrantes de la familia hace necesaria la intervención profesional. Dado que la ingesta desordenada y compulsiva afecta no solo al bebedor, sino también a su sistema familiar, se establece como tratamiento de elección la psicoterapia familiar y, en segundo término, la psicoterapia individual, ambas con un enfoque sistémico.

Referencias

1. Minuchin S. Constructing a therapeutic reality. En: Kaufman E, Kaufman T, eds. *Family therapy of drug and alcohol abuse*. Nueva York: Gardner Press, Inc.; 1979.
2. Steinglass P. Family therapy with alcoholics: a review. En: Kaufman E, Kaufman T, eds. *Family therapy of drug and alcohol abuse*. New York, NY Gardner Press, Inc.; 1979.
3. Al-Anon. *Viviendo con un alcohólico sobrio*. México: Central Mexicana de Servicios Generales de los Grupos de Familiares Al-Anon; 1995.
4. Al-Anon. *Grupos de familia*. México: Central Mexicana de Servicios Generales de los Grupos de Familiares Al-Anon; 1995.
5. Berenson D. Alcohol and the family system. En: Guerin PJ, ed. *Family therapy. Theory and practice*. Nueva York: Gardner Press Inc., 1976, pp. 284-296.
6. Hoffman L. Breaking the homeostatic cycle. En: Guerin PJ, ed. *Family therapy. Theory and practice*. Nueva York: Gardner Press Inc.; 1976, pp. 501-518.
7. Paredes A. Modelos y definiciones del alcoholismo. En: Estesnada J, Heinemann E, eds. *Alcoholismo. Desarrollo, consecuencias y tratamientos*. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill; 1989, pp. 55-67.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Third edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1981, pp. 163-170.

9. Alcohólicos Anónimos. El relato de cómo muchos miles de hombres y mujeres se han recuperado del alcoholismo. México, DF: Central Mexicana de Servicios Generales de A. A., A. C.; 1989.
10. Langsley GD, Kaplan MD, Pittman III SF, Machotka P, Flomenhaft K, Deyoung DC. Crisis: A different approach to mental illness. En: Langsley GD, Kaplan MD, eds. *The treatment of families in crisis*. Nueva York: Grune and Stratton Inc.; 1968, pp. 1-14.
11. Sullivan ED, Everstine L. *Personas en crisis. Intervenciones terapéuticas estratégicas*. México: Editorial Pax; 1992. 103-128.
12. Satir V. *Peoplemaking*. Palo Alto, California: Science and Behavior Books, Inc.; 1972.
13. Brolsman KJ. La terapia familiar en el tratamiento del alcoholismo. En: Estesnada J, Heinemann E, eds. *Alcoholismo. Desarrollo, consecuencias y tratamiento*. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill; 1989, pp. 410-422.
14. Alcohólicos Anónimos. La próxima frontera: la sobriedad emocional. En: *El lenguaje del corazón*. Nueva York: The A.A. Grapevine, Inc.; 1995, pp. 236-274.
15. Alcohólicos Anónimos. A las esposas. En: *Alcohólicos Anónimos*. México: Central Mexicana de Servicios Generales de A. A., A.C; 1986, pp. 97-112.
16. Alateen. Esperanza para los hijos de alcohólicos. México: Central Mexicana de Servicios Generales de los Grupos de Familiares Al-Anon, A.C.; 1977.
17. Beattie M. *Más allá de la codependencia*. México: Promexa/Hazelden Foundation; 1994.
18. Al-Anon. *Doce pasos y doce tradiciones*. México: Central Mexicana de Servicios Generales de los Grupos de Familiares Al-Anon; 1995.
19. Al-Anon. *Un día a la vez*. México: Central Mexicana de Servicios Generales de los Grupos de Familiares Al-Anon, A.C.; 1995.
20. Ablon J. Perspectivas de los grupos de familiares de Al-Anon. En: *Alcoholismo. Desarrollo, consecuencias y tratamiento*. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill; 1991, pp. 440-450.
21. Middleton-Moz J. Shame and Guilt. The masters of disguise. Deerfield, Florida: Health Communications, Inc.; 1990.
22. Rogers LR, Mc Millin CS. *If it runs in your family: Alcoholism*. Nueva York: The Phillip Lief Group Inc; 1992.
23. Simonton OC, Mathews Simonton S, Crighton LJ. The family support system. En: *Getting well again*. Nueva York: Bantam Dell Publishing Group, Inc.; 1992, pp. 241-260.

3.8. La responsabilidad del médico ante los niños con padecimientos que amenazan la vida

Miguel Foncerrada Moreno

El médico siempre ha estado más preocupado en formular el diagnóstico del trastorno que aqueja a sus pacientes y por administrarles un tratamiento que en establecer un pronóstico, cuando es obvio que para el paciente y sus familiares las prioridades están contenidas en la esperanza de recuperar la salud o al menos, en poder aspirar a una razonable calidad de vida futura. El padecimiento grave obliga al médico a enfocarse fundamentalmente en el pronóstico, creándole intenso malestar y no pocas dificultades de comunicación, especialmente cuando en razón directa a actitudes omniscientes y omnipotentes-incorporadas o asignadas-expresa prematuramente opiniones optimistas que luego se resiste a rectificar.

A continuación se presenta una lista de algunos rasgos o características comunes o frecuentes de la situación creada por padecimientos de este grupo, como ocurre en la insuficiencia renal crónica, en enfermedades hematológicas y oncológicas malignas y en ciertas enfermedades metabólicas y degenerativas.

1. Un número creciente de pacientes con padecimientos de este tipo —hasta épocas recientes vistos como fatales por necesidad— logran sobrevividas prolongadas o aun curaciones "permanentes", lo que si bien encierra esperanza, también añade el estrés de la incertidumbre.
2. La naturaleza agresiva de los tratamientos ofrecidos a muchos de estos pacientes hacen imposible e indeseable intentar ocultar al afectado el carácter grave o maligno de su enfermedad y la amenaza que encierra para su vida.
3. Gran parte de las posibilidades de remisión o de curación dependen del estricto apego a las indicaciones y prescripciones médicas y de que se logre mantener o recuperar una actitud positiva y de lucha por parte del paciente, familiares y personal médico.
4. La adhesión al tratamiento médico depende, a su vez, de la confianza depositada por el paciente y sus familiares en el personal médico.

La enfermedad fatal a corto y mediano plazo

Cuando la enfermedad crónica de que se trate tiene una evolución progresiva y gradualmente adversa a la calidad de la existencia, o bien, cuando se presentan signos evidentes del inicio de una etapa terminal sin posibilidad alguna de alivio, los padres y familiares del niño enfermo enfrentan un proceso extremadamente doloroso, acompañado de la pérdida gradual de la esperanza y de nuevos conflictos, malestar y culpas irracionales que solo encuentran un relativo alivio cuando la intensidad y duración del sufrimiento del hijo es de tal magnitud que el deseo de ver terminada esta situación supera al de retenerlo vivo. Este proceso se refleja en múltiples conductas verbales de los padres y familiares, no susceptibles de ser disfrazadas ni ocultadas, de forma que el enfermo recibe mensajes implí-

bitos y explícitos, aunque no suficientemente directos, portadores de la verdad inequívoca sobre su condición física.

Las circunstancias descritas exigen que el médico proporcione a los familiares una información completa y objetiva acerca de la realidad de la situación, en particular sobre la proximidad del desenlace fatal. Sobre esto, poca o ninguna controversia existe, pero la gran mayoría de los padres y no pocos médicos se resisten a considerar siquiera la conveniencia o aun la necesidad de hablar con el niño, especialmente si este es muy pequeño, acerca del peligro de muerte y menos todavía, sobre su proximidad inevitable. En contra de revelar al niño la realidad se argumenta: a) que el niño es un ser demasiado inmaduro y vulnerable para comprender y enfrentar la muerte b) que se le añadirán sufrimientos.

El testimonio de muchas personas, tanto familiares como médicos y enfermeras, apoya la posición opuesta, es decir, que el niño, aun el escolar mayor de 7 años, tiene suficiente fortaleza y es capaz de comprender, aceptar y aun desear la muerte, y que es entonces cuando mayor es su necesidad de tener apoyo, afecto y consuelo de sus padres, familiares y amigos. Todos, además, necesitan recibirlos de él, incluidos aquellos sentimientos expresados bajo la forma de instrucciones específicas en relación a los deseos, cuyo cumplimiento puede ayudar grandemente a los deudos a avenirse a la pérdida y el duelo después de ocurrido el deceso y así encontrar más pronto solución a sus culpas, resentimientos y tristeza, y los recursos para poder adaptarse sanamente a una nueva realidad existencial.

Recomendaciones

El médico y los padres tienen que aprender a aceptar sus limitaciones y erradicar la idea de que la enfermedad, y peor todavía la muerte, es prueba de que han fracasado en su responsabilidad de proteger al niño de todo mal. De no superar esos sentimientos, prevalecerá el "complot del silencio" ante el moribundo, algo que más bien se convierte en un "secreto a voces" que nunca consigue eliminar la amenaza e impone, en cambio, una barrera a la comunicación de ambas partes: un "yo sé que tú sabes que yo sé", pero acompañado de la prohibición implícita de reconocerlo así, y por tanto, de tener oportunidad de combatir el aislamiento del enfermo, rodeado solo de negación y mentiras piadosas, de máscaras y de palabras y acciones triviales sobre su comodidad, alimentación o cosas parecidas.

Dicho todo lo anterior, parecería innecesario puntualizar recomendaciones para el manejo de estos pacientes. Sin embargo, la contundencia de los mensajes comunicados por el entorno y el contexto que rodea a los enfermos en estado crítico o con padecimientos de muy mal pronóstico, no debe ser disculpa para que el personal médico o los propios familiares olviden que frecuentemente son ellos los directamente responsables de comunicar en forma no intencional la información que supuestamente se deseaba mantener en secreto. Así ocurre efectivamente, cuando el médico utiliza frente al paciente lenguaje técnico que según supone éste no entenderá —pero que el paciente se encarga de averiguar— o bien, cuando se deja el expediente a su alcance, o los familiares de pacientes vecinos y aún estos mismos, hablan delante o cerca de él de su diagnóstico y de la muerte de otros enfermos con el mismo padecimiento.

Con objeto de prestar una atención adecuada a estos enfermos, es pues necesario conceder particular atención a los siguientes puntos:

Mantener una información clara y directa con los familiares responsables, cuidando de verificar su comprensión y estar preparado para reiterar los datos pertinentes cuantas veces sea necesario, pues es frecuente que el familiar "olvide" los que encuentra amenazantes, a causa de mecanismos protectores de negación, o bien, que se aferre a esperanzas a menudo carentes de todo fundamento, fuente de nuevas y dolorosas frustraciones. Esta información debe invariablemente transmitirse a ambos padres, o de no ser posible, al familiar que se desempeñe como responsable del paciente, acompañado de otro adulto. El médico de cabecera debe ser auxiliado y apoyado por otros médicos y/o el personal paramédico involucrados en el caso, y de ser posible, por personal especializado en el área de la salud mental.

Asistir a los familiares en la tarea de definir y de comunicar la información que se dará al paciente.

Respetar y hacer respetar la decisión de los familiares en relación a la información comunicada al paciente, aunque sea contraria a la recomendada por el equipo médico, lo cual no debe interpretarse como excusa para abandonar todo esfuerzo para que consideren su posición, sobre todo ante las exigencias del propio paciente de ser informado.

Conviene transmitir a los padres el concepto y la filosofía de que el personal médico y paramédico equivale a una "extensión o expansión de la familia" del enfermo, lo cual implica por fuerza el compromiso de darle a los miembros afectados por el impacto de la enfermedad, la asistencia psicológica que requieran a lo largo de su evolución y vicisitudes, incluidas, en especial, las etapas críticas, la agonía, la muerte y la fase del duelo.

Es importante que los familiares y los pacientes, en particular si se trata de escolares mayores o adolescentes, traten de visualizar a la enfermedad crónica grave como una "crisis", difícil, pero no necesariamente destructora de una buena calidad de vida, de la cual se puede aprender lo necesario para desarrollar recursos adaptativos útiles y positivos.

Una información esencial para mantener un clima de confianza entre el personal médico y paramédico y el paciente y sus familiares, es la relacionada con los efectos indeseables e inevitables de los tratamientos antes de iniciar estos, así como sus posibles riesgos tóxicos y consecuencias, sobre todo cuando dichos efectos o toxicidad producen alteraciones somáticas perdurables, tales como pérdida del cabello, virilización, facies cushingoi-de, detención del crecimiento, amenorrea, anemia, inmunodeficiencia, etc.

Mientras el paciente se encuentra en el hospital, debe incorporársele a los programas de terapia recreativa y ocupacional, siempre que sus condiciones particulares lo permitan.

Debe instruirse a los familiares sobre la necesidad de que se mantenga al niño, ya en el hogar, en ocupaciones recreativas, de acuerdo con sus condiciones físicas.

Por intermedio de la trabajadora social de la sala, mantener la unión con los familiares para prestarles apoyo cada vez que sea necesario, así como para hacerles sentir que no se encuentran solos ante las responsabilidades y cargas que les impone el padecimiento del enfermo.

Comprensión por parte del personal médico y paramédico de las actitudes hostiles y aún agresivas que frecuentemente adoptan los familiares. Lo mismo debe hacerse extensivo a manifestaciones de esta misma naturaleza muy frecuentes en el propio enfermo.

Investigación de adhesiones o intereses del enfermo. Es una medida con fines de prevención y apoyo dirigida a enfermos con padecimientos crónicos o invalidantes o con enfermedad de pronóstico fatal, especialmente si son mayores de 3 años y que, por razón de la naturaleza de su padecimiento, de la separación de sus familiares, del sufrimiento ocasionado por la enfermedad misma o los procedimientos médicos empleados, presentan reacciones ansiosas o depresivas, o bien, ven sus actividades y relaciones con los demás considerablemente restringidas.

Conocidos los datos que se sugiere investigar en el cuestionario adjunto, es relativamente fácil estimular al sujeto en cuestión y alejarlo, así sea parcialmente, de las tensiones y molestias que origina su enfermedad.

Cuestionario

Nombre:.....Edad:.....

Ocupación de los padres y personajes significativos:.....

.....

Datos sobre el paciente

1.- Humanos

¿Se le conoce por algún sobrenombre, apodo o diminutivo?

¿Le gusta que le llamen así?

¿Existe alguna persona adulta de su predilección?

¿Quién es?

Características de esa relación

Hermanos, primos o amigos favoritos

Características de esas relaciones

Hábitos especiales:

Para comer.....Usa cubiertos.....Alimentos que le gustan.....

Alimentos que no le gustan

Conducta cuando está enojado

¿Cómo lo contentan?

Para dormir pide que le dejen la luz prendida, muñeco, trapo, música, etc.

Para bañarse o para orinar y defecar, exige estar solo, ayuda, etc.

2.- Escolares

Nombre de la escuela

Año que cursa

Nombre de sus maestros y relación con ellos

Rendimiento escolar

¿Cuáles son las materias que le gustan?

3.- Deportes

Practica algún deporte.....¿Cuál?.....

Incidentes

¿Se interesa en algún equipo o espectáculo deportivo?

¿Cuál?.....¿Asiste?..... ¿Lee sobre deportes?.....

¿Es admirador de algún equipo en particular?

¿De algún jugador?

4.- Actividades recreativas

¿Participa en juegos organizados?

Juegos imitativos (jugar al doctor, la enfermera, etc.)

Juegos imaginativos (viajes, aventuras)

Juegos de salón (damas, turista, etc.)

Juegos constructivos (mecanos, ensambles, costuras, tejido, carpintería, etc.)

.....

TV. Programas favoritos

Artistas predilectos

Radio: ídem

5.- Actividades culturales

Aficionado a la lectura

Temas y personajes favoritos

Ficción o realidad

6.- Actividades religiosas

.....

7.-Otras aficiones o aptitudes

.....

8.- Personas o temas que le molestan.

.....

Observaciones

.....

.....

Bibliografía

Foncerrada M. La responsabilidad del médico ante los niños enfermos de padecimientos amenazantes para la vida o para la calidad de esta y en la etapa terminal de las enfermedades. *Rev Med IMSS* 1991; 29:33-36.



3.9. La pareja ante la enfermedad crónica

Leopoldo Chagoya Beltrán

Introducción

En esta sección se describen algunos de los procesos que ocurren comúnmente en la pareja matrimonial al tener que hacer frente a la existencia de una enfermedad crónica en uno de los miembros de la pareja. Se puntualizan algunos de los mecanismos que operan en esta situación difícil, y algunas sugerencias para que el médico identifique lo que está sucediendo, así como algunas formas útiles de intervenir para ayudar a la pareja a enfrentar su nueva situación.

3.9.1. Reacciones emocionales y efectos en la relación conyugal ante la enfermedad crónica

Desde el momento en que el médico diagnostica en uno de los cónyuges una enfermedad crónica (por ejemplo, dolor resistente al tratamiento, cáncer, padecimientos cardiovasculares, hematológicos, neurológicos o renales graves, esclerosis múltiple, síndrome de fatiga crónica, consecuencias irreversibles de un accidente o de una operación, etc.), el funcionamiento y la dinámica de la pareja inevitablemente cambian. En algunos casos la crisis resuelve problemas previos ("Desde que mi esposo se enfermó nos llevamos mejor"), en otros las dificultades conyugales preexistentes se agravan. El padecimiento crónico pone a prueba si la pareja podrá enfrentar el trance no planeado como equipo en el cual ambos colaboran con buena fe, o no.

Lazarus (1) define que lo importante no es el estrés en sí, sino la manera en que los individuos lo perciben. La edad, la inteligencia, la madurez emocional, los factores socio-culturales como la religión y el nivel económico también determinan cómo los cónyuges manejan la angustia, el miedo, la ira, la impotencia, la incertidumbre y la culpa que una enfermedad crónica engendra. Perder la salud implica a veces perder también el trabajo, el atractivo físico, la capacidad para divertirse y gozar de las relaciones sexuales, la sensación de integridad corporal y la esperanza de un buen futuro.

Examinemos qué puede suceder en áreas psicodinámicas específicas (2, 3):

a) La capacidad para definir la causa de los problemas se entorpece; es posible que las dificultades que ya existían empiecen a atribuirse a la enfermedad. (Por ejemplo: "No puedo ir a esa reunión porque me duele todo" en lugar de "No quiero ir a esa reunión porque..."). El compañero no tiene manera de saber si las negativas del enfermo obedecen a su estado físico, a causas sociales o familiares, o a la depresión inherente a sentirse mal. Esto puede llevar a debates repetitivos donde la persona diagnosticada defiende sus explicaciones ("No entiendes porque no sabes lo que es sentirse debilitada") y el sano ataca lo que según él o ella son pretextos o racionalizaciones.

Cuando una pareja en ese tira y afloja consulta a un terapeuta de pareja, desean que decida si los problemas se deben a la enfermedad o a otras razones (conscientes o inconscientes) del cónyuge indispuerto. El terapeuta que acepta ese papel de juez, ya sea que dic-

tamine que el enfermo usa su padecimiento para obtener ganancias secundarias o no, puede perder la alianza terapéutica de uno de los cónyuges ("Convenciste al terapeuta de tus excusas por tu artritis" o "Esa terapeuta no entiende lo que es tener fatiga constante, por esto te da la razón").

b) Como consecuencia de no poder definir si los problemas se deben a la dolencia crónica o no, se entorpece la capacidad para resolver dichos problemas. Lo que la pareja cree acerca de por qué surge una dificultad determina lo que hacen para resolverla. Si sus ideas acerca de la causalidad son confusas, actúan de manera confusa, impulsiva, caótica o mal reflexionada para aliviar las crisis, y a veces las empeoran.

c) La comunicación afectiva o acerca de actividades diarias se vuelve indirecta e imprecisa. El cónyuge sano quizá tienda a proteger al enfermo de las vicisitudes cotidianas; no se atreve a exigir nada ni a dar malas noticias, ni a discutir problemas familiares o del trabajo, y crea un aislamiento mutuo en aras de esa protección. Las emociones positivas suelen continuar expresándose, o incluso exagerarse (tal vez como formación reactiva), pero las negativas se censuran o reprimen. A veces el enfermo entorpece la comunicación, omitiendo detalles importantes acerca del cambio o empeoramiento de sus síntomas, o minimizando su incapacidad para proteger al sano de la carga de cuidar al débil. Cada cónyuge entonces confía en otras personas más que en el esposo o la esposa, porque temen que una discusión franca, clara y directa acerca de tópicos tabú (como la muerte, la falta de dinero, la hospitalización o el futuro) empeoraría la situación. Un terapeuta de pareja cuidadoso y compasivo puede ayudarlos a abordar temas difíciles con tacto, afecto y respeto.

En casos trágicos, ambos miembros de la pareja sobrepasan el límite de su capacidad para contener el afecto negativo; aparecen entonces interacciones destructivas, ya sin cordialidad o buena fe. En tales situaciones, solo una separación (aunque sea transitoria) interrumpe círculos viciosos donde los dos se hieren de manera repetida.

El médico u otro tipo de terapeuta puede ayudarlos a expresar juntos terror, choque, ira, amargura y angustia crónicas, que si no se ventilan pueden causar en ambos aislamiento emocional, síntomas psiquiátricos o conflictos cada vez más dramáticos.

d) Las funciones necesarias para la vida conyugal ya no pueden cumplirse como antes, por el debilitamiento del esposo o la esposa. Las tareas que el o la paciente cumplía, tienen ahora que ser efectuadas por alguien más, sea el otro cónyuge, otro familiar, un amigo o alguien a sueldo. Si el individuo afectado ya no gana un salario, la economía tiene que adaptarse a esa nueva restricción, ya sea que el otro consiga empleo (si no lo tenía antes) o un segundo empleo, o bien que la pareja limite los gastos. La angustia económica, y la posibilidad de caos cuando ya no es posible que uno de los miembros de la pareja cumpla sus funciones, aumentan la tensión conyugal. Los papeles necesariamente cambian. Por ejemplo: en una familia donde se consideraba que el esposo era la autoridad y el único sostén económico, una vez que la enfermedad crónica lo debilita lo suficiente para no poder continuar el papel que desempeñaba, la dinámica de la pareja puede cambiar 180 grados, convirtiéndose la esposa en la persona que gana el pan, toma las decisiones y guía a la familia. Este cambio, si no se aviene a él, puede llevar a resentimiento y depresión en el marido o la mujer que ha perdido su posición, y a veces resentimiento en quien se ve forzado a desempeñar un papel no previsto en el acuerdo consciente o inconsciente cuando se formó la pareja. El padecimiento impone a veces nuevos papeles: Por ejemplo, uno de

los miembros se preocupa en exceso por las citas médicas, el tratamiento y los cuidados, y el otro niega la gravedad de la situación, bromea en exceso y se descuida. Cualquier división rígida de las funciones en torno a la enfermedad origina conflictos y tal vez infelicidad crónica en la relación.

e) La capacidad para expresar distintas emociones puede alterarse. El paciente quizá se limite a hablar solo de su enfermedad, y quien lo cuida puede también restringir su expresión afectiva a temas relacionados con el padecimiento. Se instala cierta pobreza afectiva, ya que debido al trastorno los cónyuges hablan solo de los síntomas, el tratamiento, la cura futura, o tal vez de la muerte. Afectos positivos como el cariño o la sexualidad pueden inhibirse en favor de una neutralidad afectiva, forzada para no molestar al enfermo. La ira, el resentimiento, la sensación de estar aprisionado y la tristeza y soledad por tener de pareja a un inválido parcial o total, son temas difíciles para el que está sano. La vergüenza, el resentimiento por estar enfermo ("¿Por qué tengo que ser yo la inválida?"), la sensación de estar aprisionado y la tristeza y soledad que siente por haberse convertido en una carga para el compañero o compañera sanos, son también temas difíciles para el enfermo. Algunas parejas se dedican a encubrir con risas o bromas forzadas los temas deprimentes. En contraste, cuando los cónyuges aceptan con madurez la situación, un genuino sentido del humor les permite hacer chistes acerca de la enfermedad, las operaciones e incluso acerca de la muerte.

La empatía es el sentimiento más útil para la pareja con un miembro debilitado. Tanto del sano hacia el enfermo, como viceversa. Las actividades que la pareja compartía en tiempos de salud se ven alteradas. Cada plan presenta disyuntivas: ¿Harán las cosas como si los dos estuvieran enfermos? ¿Negarán la enfermedad y tratarán de hacer las cosas como si la enfermedad no existiera? ¿Tendrán la capacidad para separarse temporalmente para que el sano haga lo que le satisface sin la pareja, mientras el enfermo queda en casa sin participar? Cada situación tiene una solución altruista y una solución egoísta. La solución altruista del sano implica sacrificar sus gustos para estar junto al enfermo y cuidarlo; la solución altruista del enfermo implica animar al sano a irse temporalmente y gozar de su salud. La solución egoísta del sano implica darse a sí mismo permiso para gozar de las actividades de que está sano, a pesar de la culpa que siente de dejar al enfermo atrás; la solución egoísta del enfermo implica exigir que el sano sacrifique su energía y su gusto para permanecer al lado del individuo debilitado. Si la pareja no logra flexibilidad y claridad para hablar de las opciones egoístas y de las opciones altruistas, las soluciones se negocian subliminalmente o a través de chantajes afectivos.

f) En toda pareja, cada uno de los componentes tiene técnicas conscientes o inconscientes para controlar hasta cierto punto la conducta del otro. La enfermedad puede volverse un arma para controlar al sano, o la salud puede volverse un arma para controlar al enfermo. La comunicación clara, honesta y directa acerca de las actitudes de poder entre los dos miembros de la pareja evita crisis emotivas, defectos en los mensajes, y la manipulación en ambas direcciones. A veces el sano tendrá que sacrificarse para satisfacer las necesidades del enfermo, pero es esencial que otras veces el enfermo sacrifique voluntariamente sus necesidades para que el sano goce de su salud. La manipulación mutua desemboca a la larga en resentimiento mutuo. Un cónyuge enfermo es una carga, pero un cónyuge enfermo que manipula y controla las situaciones con su enfermedad es una carga más pesada. Tener que depender de un cónyuge sano también es una aflicción, pero esta es mayor si hay que depender de cónyuge sano que manipula e intenta controlar las situaciones con su salud.

g) La autonomía de cada cónyuge tiene que redefinirse cuando existe una enfermedad crónica. De manera realista, hay que hacer explícita la capacidad de cada miembro para llevar a cabo actividades sin la ayuda o el apoyo del otro. Algunas funciones desaparecerán, otras se crearan por primera vez, y otras se modificarán de acuerdo con la enfermedad. Cada pareja necesita hablar con claridad de estas readaptaciones en la autonomía del esposo y la esposa.

h) El médico debe poner atención a la psicopatología del cónyuge físicamente sano.

Ejemplo clínico: Un hombre trajo a su esposa para evaluar el progreso de la enfermedad de Alzheimer de esta. El médico dio un dictamen realista del deterioro irreversible de la mujer y prescribió hospitalización crónica. Esa noche el esposo intentó suicidarse. La viñeta ilustra el hecho de que la enfermedad crónica en uno de los miembros de la pareja puede desencadenar una depresión grave en el otro cónyuge (4). Es obligación del clínico investigar el impacto psicológico del diagnóstico en cada miembro de la pareja.

3.9.2. Efectos causados en la estructura y funcionamiento de la pareja y la familia por la enfermedad crónica de uno de los adultos

a) En toda familia se forman alianzas entre dos de sus componentes, con exclusión temporal de terceros. Los triángulos y alianzas se basan en personalidades afines, en intereses mutuos y en proyectos de vida compartidos. La enfermedad física en un cónyuge obliga a la pareja a examinar o redefinir dichas alianzas. Tal vez el cónyuge enfermo recurra a otro familiar como confidente y apoyo, alejándose de su pareja. Tal vez los hijos, si los hay, establezcan alianzas que antes no existían para ayudar a los adultos a enfrentar la crisis.

b) Los linderos entre los subsistemas de la familia pueden borrarse o por necesidad perderse. Un suegro o suegra, por ejemplo, podría tener que invadir la intimidad de la pareja para ayudar con las vicisitudes del cuidado del enfermo, o los hijos dotados de la capacidad necesaria también pueden verse en la necesidad de adquirir prerrogativas y responsabilidades que antes correspondían a la pareja.

c) La centralidad del enfermo aumenta, ya que en muchos casos es necesario re-organizar la vida conyugal y familiar en torno al cuidado del paciente crónico.

d) El territorio de la vida conyugal y familiar en el cual participa el enfermo puede verse desminuido; el paciente ya no es consultado para ciertas decisiones, o como miramiento a su estado ya no se le incluye en discusiones problemáticas.

e) Tal vez sea necesario cambiar la distribución del espacio en el hogar. Quizá el enfermo necesita una cama especial, de modo que los esposos ya no pueden dormir juntos. Tal vez haya que tener en la casa equipo médico que requiere espacio y hay que desplazar muebles, objetos queridos o incluso cambiar de vivienda para adaptarse a las nuevas necesidades (5).

3.9.3. Cambios en los papeles de los miembros de la familia

La jerarquía de la familia también cambia. Al hablar del cambio de papeles, se mencionó que a veces el enfermo ya no puede cumplir con las tareas y responsabilidades que antes aceptaba. Como resultado disfuncional, hay casos en que el enfermo crónico se convierte en un tirano que rige al resto de la familia, valiéndose de la culpa y la enfermedad como algo que le da autoridad especial sobre todos. En otras situaciones, la familia deja de tomar en cuenta al enfermo y promueve en él una penosa sensación de haber bajado de categoría en la familia.

Algunas parejas, cuando consultan al psicoterapeuta por conflictos ligados a la enfermedad crónica, adjudican todos los problemas existentes en el presente al padecimiento orgánico; otras adjudican todo a alteraciones psicológicas. La verdad es que la mayoría de las veces los problemas se deben a una combinación de ambos factores.

Cuando el padecimiento crónico conlleva la amenaza de muerte, es común que la pareja inicie anticipadamente un proceso de duelo, ya que prevé el desenlace lógico de un debilitamiento progresivo del o de la paciente. Los sistemas de apoyo (familiares, hijos, vecinos, amigos, colegas, instituciones, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicoterapeutas y sacerdotes) desempeñan un papel importante en dicho duelo. La pareja tiene que aprender a gozar lo que sea posible en el tiempo limitado que les queda (6).

La respuesta a una enfermedad depende de la personalidad previa del paciente, de su reacción al estrés de saberse afectado, de sus defensas y de sus relaciones interpersonales. Lo mismo puede decirse de la reacción de un individuo ante el estrés de saber que su cónyuge sufre de un padecimiento crónico. Dos personas con el mismo diagnóstico, con similar gravedad o cronicidad, pueden presentar comportamientos diferentes. Una tal vez una minimice el dolor o la invalidez, en su afán de preservar su autonomía o dignidad; la otra tal vez exagere los síntomas, en su afán de obtener consuelo, apoyo o alivio mágico. La "conducta de enfermo" es la manera como el sujeto se comporta cuando registra señales corporales anormales, que se originan en un padecimiento orgánico. Según lo define Yager (7), el comportamiento anormal de enfermo (o disnosognosia) es un modo persistentemente patológico de experimentar, evaluar y responder al padecimiento que uno tiene. Dicha conducta equivale a un trastorno interpersonal entre el quejoso y quienes lo rodean (cónyuge, familiares y personal médico), que presiona a todos para que intenten interminables pruebas diagnósticas caras y métodos diagnósticos agresivos, y busquen nuevas opiniones médicas y tratamientos heterodoxos. Es posible que el comportamiento anormal del enfermo sea una respuesta adaptativa a la angustia de sentir la desintegración del yo corporal y la desunión de la pareja, que requería la salud de ambos. Los motivos de la conducta anormal pueden ser conscientes o inconscientes, y a veces es difícil distinguir entre una simulación deliberada, un trastorno fabricado por el enfermo (como el síndrome de Munchausen), un trastorno somatoforme o somatopsíquico, una conversión, hipocondría, o un trastorno postraumático debido al estrés, superpuestos a la enfermedad orgánica crónica (8, 9). En algunas parejas, las presiones mencionadas hacia el personal médico provienen del cónyuge que acepta el infortunio de tener una compañera o compañero crónicamente enfermo.

En parejas excepcionales el padecimiento crónico es la base de la relación, por lo menos inicialmente. El autor fue consultado por un matrimonio en el cual el marido sufría, desde la infancia, parálisis cerebral crónica severa, con espasticidad y dificultad del len-

guaje importantes. La esposa aceptó el matrimonio conociendo en detalle los problemas de movimiento, higiene y vida diaria que le esperaban. El nacimiento de su niña desequilibró el sistema; la esposa comenzó a experimentar intolerancia grave hacia la carga de cuidar a su bebé y a su marido inválido, y la pareja buscó psicoterapia para ayudarlos a resolver un estado crónico de irritación mutua y falta de armonía. Ambos llegaron a la conclusión de que un divorcio amistoso, aunque fuera doloroso para ambos (sobre todo para el marido) era la mejor solución para todos.

3.9.4. Intervenciones clínicas

Myers (10) recomienda que, dado que la enfermedad y las dificultades conyugales asociadas a ella pueden producir separaciones y divorcio, el médico debe proporcionar sesiones psicoeducativas a las parejas que lidian con esta situación, y determinar si los obstáculos en la comunicación y los problemas sexuales se deben al padecimiento no tratado o mal tratado, a los efectos colaterales de los medicamentos, al proceso de duelo, o a una simple falta de información. No es raro, dice Myers, descubrir en el cónyuge "sano" alteraciones que no se habían diagnosticado o tratado antes y que entorpecen la evolución del paciente original. Hay casos donde el enfermo se adapta al padecimiento y el cónyuge es quien niega la situación u obstaculiza el tratamiento.

El cariño, la paciencia, la empatía, el optimismo, la lealtad y la capacidad para vivir día por día ayudan a sobrellevar el peso de la calamidad. En algunas parejas, la generosidad del paciente lo impulsa a invitar al otro a que busque fuera de la pareja las satisfacciones que la enfermedad ya no permite. La flexibilidad, la franqueza, el tacto y la honestidad de ambos pueden permitirles lograr cierto grado de tranquilidad a pesar de todo. A veces, el silencio prudente respecto a verdades que solo causarían dolor permite esa paz. Cada pareja tiene que construir su propio plan de acción para afrontar las vicisitudes del padecimiento crónico.

El significado que cada cónyuge da a la enfermedad determina su estilo emocional frente a esa adversidad (11). La pareja imagina las causas del padecimiento según factores psicológicos, culturales y de la relación ("Es nuestro destino". "Es castigo de Dios por...". "Es por tener demasiadas relaciones sexuales". "Es por no tener relaciones sexuales". "Es porque tú me haces enojar demasiado". "Es porque tu madre me hace enojar demasiado". "Es por no querer tener niños". "Es por trabajar demasiado". "Es culpa de los doctores". "Es tu culpa porque no te cuidas". "Son cosas de la vida en las que nadie tiene la culpa", etc.). Estas hipótesis matizan cómo la pareja encara la crisis, y si el problema médico intensifica o no conflictos conyugales previos. Cuando el clínico explica con paciencia y realismo la etiología, los síntomas, los cuidados necesarios y la posible evolución del padecimiento, ayuda a los cónyuges a disminuir las acusaciones mutuas.

El tratamiento de la pareja con una enfermedad física crónica debe incluir los siguientes elementos (12):

- a) Apoyar sus esfuerzos para encarar el padecimiento.
- b) Ayudarlos a "poner la enfermedad en su lugar" (13), sin permitir que invada todas las áreas de la vida conyugal; los compañeros se benefician a veces cuando participan en discusiones grupales con otras parejas en el mismo trance.

- c) Aceptar como normales los sentimientos negativos (14).
- d) Favorecer la comunicación entre los cónyuges acerca de sus miedos, sus dudas y su ira en relación con el padecimiento.
- e) Apoyar la relación entre la pareja y el personal médico.
- f) Dar información respecto a los recursos comunitarios que los cónyuges pueden usar.

Cuando el médico informa primero al cónyuge acerca de un diagnóstico grave, hay casos en los que dicho esposo o esposa prohíbe que le digan la verdad a su compañero o compañera, aduciendo que la información desencadenará una depresión grave, o le anulará el deseo de vivir, o provocará un suicidio. La filosofía personal del médico es la única guía para resolver dilemas de este tipo.

El autor fue consultado por una mujer que deseaba ayuda para la depresión de su esposo, que estaba muriendo de cáncer pulmonar. Nadie le había explicado al enfermo su estado porque ella había presionado al personal clínico para que no lo hicieran. El paciente, consciente de su gravedad, se hallaba aislado psicológicamente, sin poder hablar con nadie de su angustia. La esposa, las enfermeras y los médicos lo evitaban, o le decían frases de falso optimismo. Como fue imposible convencer a la mujer de dialogar honestamente con su marido, fue también imposible continuar involucrado en el caso.

Lutzky et al. (15) concluyeron en su investigación que la mujer que cuida al marido enfermo tiende a sufrir de mayor estrés, comparada con el hombre que cuida a su esposa enferma; una razón es que los hombres ponen menos atención a sus emociones y no reconocen ni hablan de su angustia; otra razón es que las mujeres aprenden actitudes frente a las crisis que son menos útiles para aliviar el estrés. Linn et al. (16) llegan a la misma conclusión después de estudiar a parejas en las que un miembro sufre daño cerebral debido a un traumatismo; los autores agregan que, conforme pasan los años de lenta recuperación, tienden a aumentar los síntomas de angustia y depresión en ambos cónyuges. En parejas geriátricas (17), el dilema de mantener la identidad propia versus la identidad de enfermo o del cuidador se vuelve esencial.

Según Kleinman (18), cuando exploramos qué significa para una persona enfermarse, emprendemos una jornada hacia el interior de las relaciones de ese individuo. Investigaciones recientes ilustran cuán compleja es la relación de la pareja ante la enfermedad crónica. Bailey y Kahn (19) describen cuatro actitudes de pacientes diabéticos ante la ayuda que su cónyuge les proporciona: a) la aceptan con hostilidad; b) la aceptan con agradecimiento; c) la rechazan con respeto, o d) la rechazan para castigar al sano. Por otra parte, Romano et al. (20) detectaron que los cónyuges atentos y solícitos parecen estimular las manifestaciones verbales y no verbales de dolor en los pacientes con dolor crónico, mientras que los cónyuges agresivos parecen inhibir las manifestaciones de dolor. Clipp y George (21) estudiaron las percepciones de los pacientes con cáncer colónico o pulmonar y de sus cónyuges, y encontraron que casi todos los sanos tenían una visión del funcionamiento del paciente más negativa que la visión del paciente respecto a su propio funcionamiento; al mismo tiempo, los sanos tenían una visión de la calidad de la relación conyugal más positiva que la visión del paciente respecto a dicha relación. Ekberg et al (22) recomiendan que el clínico busque en el cónyuge que cuida al enfermo signos de que ha llegado a su límite (*burn out*), con objeto de recomendarle "vacaciones" dentro de lo posible.

Para terminar, se anota una broma hecha por un colega: "Para predecir si el postoperatorio de un paciente será bueno, simplemente le pregunto: '¿Y su esposa(o) lo(a) quiere?'"

Referencias

1. Lazarus RS. Psychological stress and coping in adaptation and illness. *Int J Psychiatry Med* 1976; 5:321-333.
2. Chagoya L. Resumen de los lineamientos para evaluar a la pareja y la familia según Espstein, Guttman, Chagoya, Minuchin y Bowen. Manuscrito no publicado. 1996.
3. Steinhauer PD, Santa Barbara J, Skinner J. The process model of family functioning. *Can J Psychiatry* 1984; 29:77-88.
4. Mittelman M S, Ferris S H, Shulman, Steinberg G, Ambinder A, Mackell JA, Cohen J. A comprehensive support program: Effect on depression in spouse-caregivers of Alzheimer disease patients. *Gerontologist* 1995; 35:792-802
5. Umbarger CC. The Terms of Structural Therapy. En: Foley V, ed. *Family Therapy: Theory, Practice and Technique*. Nueva York: Grunne & Stratton; 1983.
6. Moos RH. *Coping with Physical Illness*. Nueva York y Londres: Plenum Medical Book Company; 1977.
7. Yager J. Clinical Manifestations of Psychiatric Disorders. En: Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry* CD-ROM. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.
8. McHugh S. *Illness Behavior: A Multidisciplinary Model*. Nueva York: Plenum; 1986.
9. Pilowsky I. The concept of abnormal illness behavior. *Psychosomatics* 1990, 31: 207.
10. Myers M. Marital Therapy. Editorial. *Can J Psychiatry* 1996; 41:419-420.
11. Wynne L, Shields C, Sirkin M. Illness, family theory and family therapy. *Fam Proc* 1992; 31:3-18.
12. Karpel MA. Evaluating Couples: A Handbook for Practitioners. En: La enfermedad grave. Nueva York-Londres: W. W. Norton & Company; 1994.
13. Gonzalez S, Steinglass P, Reiss D. Putting the illness in its place: Discussion groups for families with chronic medical illness. *Fam Proc* 1989; 28:69-87.
14. Rolland. In sickness and in health: The impact of illness on couples' relationship. *J Marital Fam Ther* 1994; 20:327-347.
15. Lutzky SM, Knight BG. Explaining gender differences in caregiver distress: The roles of emotional attentiveness and coping styles. *Psychol Aging* 1994; 9:513-519.
16. Linn R T, Allen K, Willer BS. Affective symptoms in the chronic stage of traumatic brain injury: A study of married couples. *Brain Inj* 1994; 8:135-147.

17. Warrenmat M T. Maintaining identity in elderly couples with chronic illness. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1992; 30:8-11.
18. Kleinman A. The illness narratives: *Suffering, healing and the human condition*. Nueva York: Basic Books; 1988.
19. Bailey BJ, Kahn A. Apportioning illness management authority: Row diabetic individuals evaluate and respond to spousal help. *Qual Health Res* 1993; 3:55-73.
20. Romano J M, Turner J A, Friedman L S, Bulcrof t R A, Jensen M P, Hops H, Wright SF. Sequential analysis of chronic pain behaviors and spouse responses. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60:777-782.
21. Clipp EC, George LK. Patients with cancer and their spouse caregivers. Perceptions of the illness experience. *Cancer* 1992; 69:1074-1079.
22. Ekberg J Y, Griffith N, Foxall M J. Spousal burnout syndrome. *J Adv Nurs* 1986;11:161-165.

3.10. Duelo y familia

Rosa María Terán González

"Mi nombre es Esperanza, soy una joven de 14 años, estoy a punto de terminar mi instrucción primaria. Seguro que se preguntarán ¿por qué en primaria a esta edad? He de decirles que hasta hace tres años y medio mi vida era como la de todos los jóvenes: iba a la escuela, ayudaba a mi madre en casa, salía de paseo, ya tenía mi novio y, en fin, estaba a punto de entrar a la adolescencia, época de grandes tristezas pero también de sueños felices... Todo iba bien, pero un buen día apareció la leucemia en mi camino y a partir de entonces comenzó la pesadilla. Al principio no lo creíamos, mis padres buscaron otras opiniones, médicas y no médicas, me dieron toda clase de frutas, verduras y brebajes para contrarrestarla. Todo cambió en la familia. En mis primeras hospitalizaciones me sentía al borde de la muerte, todo era muy extraño y doloroso, no me importaba que me fueran a visitar, yo quería correr y sin embargo no podía. Mis padres se volvieron mis compañeros habituales, en particular mamá cuando papá comenzó a tener problemas en su trabajo por tantos permisos; mis hermanos me visitaban pero se volvieron un poco gruñones conmigo; mamá estuvo muchas veces exhausta, y qué decir de mí cuando se me caía el cabello y no podía salir de casa por los efectos de la quimioterapia. Me alejé de mis amigos y ni el niño que me gustaba me podía ver... me sentía tan fea... me volví caprichosa, estuve mucho tiempo enojada, triste, en varias ocasiones deseé la muerte, quería descansar, que todo terminara como le pasó a Constanza e Israel, pero también quería volver a la escuela, reír igual que Mayté y Verónica que han sido mis compañeras de sala en el hospital... ¿qué más puedo decir? Odiaba el hospital y todo lo que a medicina se refiriera, gritaba y preguntaba a Dios cuál era mi pecado, ¿por qué yo si no era mala?

El tiempo pasaba tan lento que los meses parecían siglos y mi lucha continuaba, aprendí lo de la médula ósea y las plaquetas y que hay que tener paciencia. Mi meta era la vida y en ese camino, aprendí, además, que mi familia se desesperaba, se agotaba y a veces estaba por desintegrarse. El personal del hospital estaba con nosotros. Todos siempre me animaron a seguir adelante, me explicaban el proceso del tratamiento, y muchas veces aguantaron mis gritos, protestas y depresiones. A propósito de esto, he contado también con ayuda profesional para hablar de mis sentimientos, de mis padres, mis hermanos y de mí. ¡Este aspecto es tan importante!

He recibido la noticia de que estoy en remisión y a punto de ser dada de alta para seguir bajo control médico ¿Saben lo que eso significa? ¿La alegría tan grande que me inunda? ¿Lo contentos que estamos en casa? Todos hemos ganado la batalla y el premio es la vida. Fue bueno aceptar el reto: la pesadilla ha concluido. No olvido que seguiré bajo atención médica, pero como mi nombre, siempre habrá esperanza en nuestras vidas".

La historia de Esperanza, para quienes atienden a niños y adolescentes afectados de cáncer, puede resultar muy familiar, y deja la lección de que Esperanza no solo es una leucemia, un número de expediente o un caso más de protocolo de investigación. Es, sobre todo, una adolescente que, como las mariposas, se estaba transformando plenamente para volar y vivir; y repentinamente se rompió el equilibrio, se cambiaron los planes y ella y su familia tuvieron que vivir de muy diferente manera.

Es inevitable que en el caso de enfermedades crónicas graves o mortales, tanto el paciente mismo como la familia, y también el personal de salud, deban enfrentar pérdidas y derrotas, y por tanto la necesidad de las manifestaciones de duelo.

En este capítulo se subraya este aspecto de la enfermedad crónica o la muerte del niño o niña enfermo. El tema resulta incómodo para todos. Nadie quiere pensar en la posibilidad o la realidad de la muerte, o de las recaídas de un ser querido. El personal de salud en principio quiere curar o aliviar el sufrimiento del niño, pues existe la tendencia a no pensar en este "lado oscuro" de la vida, la pérdida o el fracaso.

Desde luego que hay momentos adecuados para las manifestaciones de duelo, y este no puede adelantarse realmente, ni tampoco ignorarse indefinidamente. Cuando un hijo o hija mueren, los padres empiezan el proceso de hacer el duelo por la muerte de su vástago. Anteriormente pueden haber pasado por el duelo de la pérdida de salud de este. El hijo ideal que todos anhelamos tener no existe ya cuando se anuncia el diagnóstico de una enfermedad incurable, crónica o mortal. El menor tendrá que acostumbrarse a una nueva vida, a ser una persona enferma y alcanzar una paz relativa viviendo con la enfermedad, en vez de odiarla en todo momento.

Cuando la familia y el personal de salud no pueden expresar sentimientos asociados con la pérdida de la salud o la muerte corren el riesgo de que la pérdida nunca se pueda resolver emocionalmente, que las emociones y sentimientos reprimidos estén siempre allí, ejerciendo una influencia negativa en la vida de los sobrevivientes.

En este capítulo se describen algunos de los aspectos fundamentales relativos al duelo y a vivir esta experiencia dolorosa, con la esperanza de que finalmente se pueda establecer un estado de paz o de relativa calma cuando se haya resuelto psicológicamente la pérdida de la persona amada.

3.10.1. Crisis y duelo familiar

El hecho de que uno de los hijos se enferme altera y preocupa principalmente a los padres, hermanos y a la familia extensa. Si la enfermedad es cáncer, por ejemplo, la crisis no se hace esperar, se piensa casi automáticamente que el cáncer equivale a la muerte, lo que conduce a una brusca ruptura del equilibrio familiar. El impacto del diagnóstico es tal que simultáneamente se inicia un proceso de duelo, es un dolor individual y familiar que se puede vivir primero debido a la pérdida de la salud, más tarde ante la posibilidad anticipada de la muerte y por último, al ocurrir el deceso.

El dolor psicológico del paciente es también un dolor familiar y debe ser atendido con el objeto de que padres, hermanos y toda la familia puedan elaborarlo y ser una fuente de auxilio emocional e instrumental para el niño o adolescente con cáncer. La crisis y el duelo pueden llegar a ser sostenidos o resueltos, según las características de las relaciones familiares que preceden a la enfermedad. Los miembros de familias funcionales se unen más, se apoyan entre ellos y manejan mejor los problemas, pero en otras familias el padecimiento desencadena una mayor desunión e incluso provoca la desintegración.

Hay que señalar que el dolor psicológico solo puede soportarse en determinados momentos y no en forma continua. Esto se aplica también a los procesos de duelo. Por ejemplo, en el caso del niño que sabe que tiene una enfermedad grave o terminal, existe

con frecuencia un mecanismo de defensa que consiste en "negar" hasta cierto punto, que la enfermedad está siempre allí. Es decir, el niño no puede estar pensando continuamente en las graves realidades asociadas con su padecimiento, su necesidad de tratamientos dolorosos o su futuro incierto. Más bien, necesita a veces "olvidarse" de la enfermedad y poder gozar de su vida por momentos. Esta forma de negación es normal si no interfiere realmente con la atención de la enfermedad y la adherencia al tratamiento. Se trata de un mecanismo psicológico de protección para poder disfrutar de otros aspectos de la vida.

3.10.2. Proceso del duelo

Cuando se hace referencia a las etapas del duelo cabe aclarar que no necesariamente siguen un orden. En ocasiones se traslapan y confunden, pero siempre son parte de una defensa protectora que cada familiar vive y elabora de acuerdo a las características de su personalidad.

Diversos autores han estudiado el proceso de morir, el duelo y sus repercusiones sobre el individuo, la familia y la sociedad. Aquí se hace referencia al proceso de duelo que según Kubler Ross (1, 2), el cual comprende las siguientes etapas:

- 1) **Negación.** Para la familia, como para la mayoría de los individuos, el diagnóstico de cáncer es tan amenazador que se niega, no se acepta, la sola idea se rechaza. Después se recurre a todos los tratamientos posibles, incluso los heterodoxos o alternativos, y se puede argumentar una posible equivocación médica. En esta fase los padres están más en riesgo de suspender el tratamiento médico para buscar una respuesta diferente y menos peligrosa. Con frecuencia hablan de otros casos donde aparentemente hubo una "rápida curación" y sienten la necesidad imperiosa de ser "positivos y optimistas".
- 2) **Ira o enojo.** Normalmente los padres y hermanos del paciente se preguntan por qué a determinado miembro de la familia se le presentó esa enfermedad tan difícil, y como no encuentran respuesta, les invade un intenso sentimiento de ira que se puede expresar y desplazar hacia Dios o hacia los médicos, familiares y vecinos. Es el enojo de la impotencia que se manifiesta en el hogar y que puede exacerbar problemas conyugales y laborales.
- 3) **Pacto o negociación.** La vista del sufrimiento del niño ante un tratamiento tan prolongado y de resultados inciertos genera en padres y hermanos un agobio mezclado con impotencia y los lleva a desear y buscar que el sufrimiento no lo viva el menor sino el adulto; se ofrece una especie de canje cuya finalidad es evitar el dolor al niño.
- 4) **Depresión.** Paulatinamente la negación disminuye y surge la tristeza que se siente como un gran peso, sobreviene o aumentan el llanto, los trastornos del sueño y/o de la alimentación, al igual que un profundo cansancio y desaliento. La depresión es retroalimentada por la realidad circundante, la enfermedad persistente, y los procedimientos y hospitalizaciones.
- 5) **Aceptación.** Poco a poco las ideas se hacen más claras y aparece la aceptación. Hay un dolor tranquilo, ya sin luchas internas, y todos se preparan para seguir adelante, para enfrentar y asumir lo que viene, con disposición para hacer la parte que le corresponde a cada uno. Se acepta el resultado que bien puede ser una derrota o el triunfo. Este puede ser la anhelada noticia de que no hay más cáncer; que la batalla ha sido

ganada. La experiencia deja huella y un gran aprendizaje, tal vez todos quedan más unidos o con mayor conciencia de lo que cada uno puede aportar.

3.10.3. Aspectos psicosociales

Al mismo tiempo que el paciente y la familia están de duelo deben manejar asuntos materiales y de reorganización que también son importantes. ¿Quién de la familia va a acompañar al niño durante las hospitalizaciones? ¿Habrá rotación de familiares para evitar que solo la madre o alguien más sean quienes permanezcan la mayor parte del tiempo en la unidad? ¿Quién dará aviso en la escuela? ¿Cuántos días no podrá asistir a clases el paciente? ¿Cómo se va a informar a los hermanos acerca del diagnóstico? ¿Quedarán los hermanos al margen de la atención de los padres? ¿Habrá que cambiar el trato dado al paciente? ¿Se comentará abiertamente sobre los cambios físicos del enfermo?

En la familia habrá dudas constantes, el deseo de preguntar repetidas veces a los médicos sobre la duración del tratamiento, urgencia de recibir más información, esperas interminables y también la petición expresa o silenciosa de respeto a todo lo que está viviendo como grupo familiar.

3.10.4. Atención integral

Es de todos sabido que el tratamiento del paciente hemato-oncológico no es sencillo pues requiere un equipo interdisciplinario en el que cada profesional desempeña una función específica, pero en el que todos están unidos por un objetivo: conservar la vida y la calidad de vida.

3.10.5. El duelo y el personal de salud

Como se mencionó anteriormente, el personal de salud también experimenta reacciones psicológicas de dolor ante la muerte de un paciente, sobre todo cuando se ha convivido y luchado con el niño y su familia durante un tiempo prolongado. Inevitablemente, el personal (enfermeras, médicos tratantes, etc.) también desarrolla una relación afectiva con el niño y su familia, y le lastima que estos sufran dolor, que el niño recaiga, que no pueda asistir a la escuela, que tenga que ser hospitalizado, etc.

Las funciones psicológicas del equipo de salud incluyen las siguientes:

1. Favorecer las manifestaciones de duelo, sobre todo en aquellos casos donde el nivel de tensión resulta para la familia difícil de manejar y susceptible de convertirse en obstáculo para el tratamiento.
2. Prestar atención a otros aspectos emocionales tanto del paciente como de la familia. Por ejemplo: intentos suicidas, adicciones o trastornos afectivos que requieran atención psiquiátrica específica.

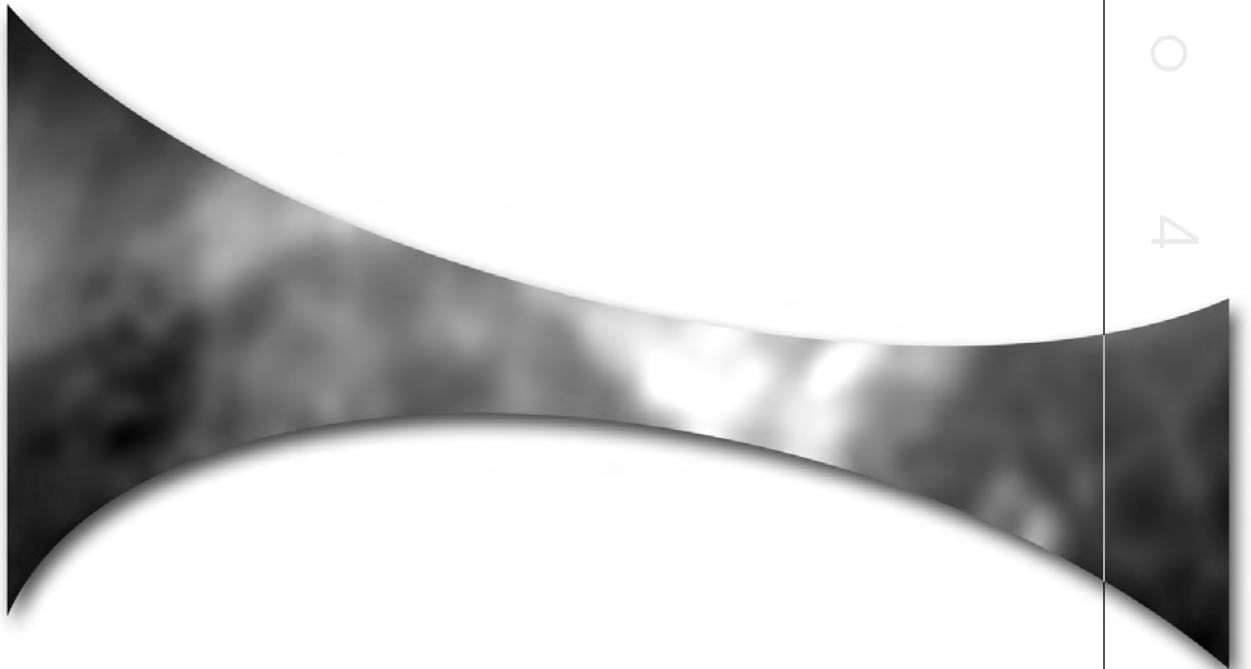
- 3.- Brindar orientación y apoyo en la búsqueda de alternativas para problemas del paciente que afectan significativamente su tratamiento (economía, red de apoyo social, derecho a la atención médica, etc.).
- 4.- Fortalecer la adherencia terapéutica con el fin de que, si el paciente o la familia buscan tratamientos alternativos, como la acupuntura, homeopatía y otros, no suspendan el que han iniciado en el hospital.

Finalmente, cabe observar que los duelos por pérdidas emocionales atañen no solo a los pacientes y sus familias. Todos hemos experimentado duelos por pérdidas emocionales de diversa índole y la atención adecuada a estos pacientes puede requerir la revisión de vivencias personales para que no interfieran con el trabajo clínico. Los profesionales no somos invulnerables ni "duros"; es necesario que estemos conscientes de nuestras defensas y puntos vulnerables. El hecho de compartir con los otros miembros del equipo de salud la tarea de dar atención psicológica a los pacientes y sus familias puede ayudarnos a ser mejores clínicos (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11).

Referencias

1. Kubler Ross E. *Sobre la muerte y el moribundo*. Londres: Tavistock Publicaciones; 1970.
2. Kubler Ross E. *Una luz que se apaga*. México: Pax México; 1986.
3. Blos P. *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: Joaquín Mortiz; 1981.
4. Castiglioni A. *Encantamiento y magia*. México: Fondo de Cultura Económica; 1993.
5. Chazaud J. *Introducción a la terapia institucional*. Buenos Aires: Paidós; 1980.
6. Ferrari H, Luchina L. *La interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario*. Buenos Aires: Nueva Misión; 1980.
7. Frankl V. *Ante el vacío existencial*. Hacia una humanización de la psicoterapia. Barcelona: Herder; 1984.
8. Goldman A. *Care of the dying child*. London: Oxford University Press; 1994.
9. Kapleau P. *La rueda de la vida y la muerte*. México: Árbol Editorial; 1990.
10. Lewis M. *Clinical Aspects of Child and Adolescent Development*. 3a. edition. Filadelfia: Lea & Febiger; 1990.
11. O'Connor H. *Déjalos ir con amor*. México: Trillas; 1997.

DISFUNCIONES
ESTRUCTURALES
Y SOCIALES
DE LA FAMILIA



4.1. La colusión: un modelo de integración en la psicoterapia de parejas. Interpretación sistémica-evolutiva-psicoanalítica

Luis Álvarez Colín

Esta sección propone como objetivo final clarificar, analizar y conceptualizar, tanto teórica como clínicamente, los conflictos de la pareja a partir de la fundamentación de un nuevo modelo integrativo de psicoterapia de parejas. Este nuevo modelo nace y se estructura en torno al concepto "colusión". El término colusión, como se usa aquí, resulta muy denso de significado: desde el punto de vista del nuevo modelo integrativo de terapia de parejas se analiza en tres dimensiones fundamentales para el área clínica: a) el área evolutiva; b) el área de la teoría de los sistemas y c) los conceptos del psicoanálisis.

Aun cuando la investigación y la práctica actuales de la psicoterapia de parejas están comenzando a establecerse como un área de práctica clínica independiente, el estudio científico de la dinámica transaccional aún está lejos de presentar una teoría y metodología rigurosas que den razón del conflicto relacional de la pareja, su aparición, proceso y resolución, así como de las intervenciones terapéuticas y sus metas.

Las aportaciones específicas y originales de este trabajo desembocan en la presentación de una guía de evaluación-diagnóstico-tratamiento de las parejas en colusión que plantea y analiza:

- a) Algunas características básicas de las parejas mexicanas.
- b) Una nueva definición del matrimonio.
- c) Una tipología general de los estilos colusivos.
- d) Las dimensiones constitutivas de la colusión.
- e) La interpretación de la colusión desde el punto de vista evolutivo, sistémico y psicodinámico
- f) Los objetivos generales y específicos de la psicoterapia de parejas.

En términos pragmáticos, el capítulo intentará esclarecer y sistematizar la economía energética de la pareja: presentando una metodología para detectar las áreas agudas de conflicto y las zonas de cooperación entre los miembros de la pareja. También se tratará de precisar las responsabilidades y tareas del terapeuta, y por último se presentarán los denominadores comunes y fundamentales de una psicoterapia de parejas efectiva, que no debe prescindir de una vinculación interna entre la teoría-práctica clínica y la investigación.

Se hará especial énfasis en los principios básicos para la funcionalidad de la pareja y al mismo tiempo se delinearán algunas conclusiones respecto al adiestramiento, la supervisión y la investigación en la psicoterapia de parejas.

Introducción

En primer lugar conviene señalar brevemente el 'status' de la colusión en el campo de la literatura clínica. El concepto de colusión, aplicado a la pareja, arranca con los trabajos pioneros de Henry V. Dicks (1), de la Clínica Tavistock de Londres, quien siguió las ideas rectoras de W. R. D. Fairbairn y de Melanie Klein, ambos autores psicoanalíticos. Dicks tomó de Fairbairn el concepto de un yo central. De Melanie Klein tomó básicamente su mecanismo de identificación proyectiva. Este concepto significa que una persona adopta inconscientemente proyecciones impuestas por otra persona (en este caso la pareja) y se comporta de modo acorde a esta proyección. Los conceptos centrales de Dicks se comentan en su libro *Marital Tensions*.

Dicks sistematiza los conflictos maritales a través de varios trabajos importantes como *Neurotic Interaction in Marriage*, de Eisenstein (2) y en *The Marriage Relationship: Psychoanalytic Perspectives*, de Rosenbaum y Alger (3). Sus ideas se exponen en la obra *Marriage Therapy*, de Jay Haley (4)

Después de Dicks los trabajos sobre la colusión continúan profundizándose. Así, Teruel (5) discípulo de Dicks en Londres y docente y clínico en su Venezuela natal, añade el concepto clave de 'objeto interno dominante'. También contribuyen a enriquecerlo los estudios de Ronald Laing (6), James L. Framo (7), W. W. Meissner (8) y del suizo Jürgen Willi (9).

Este capítulo recoge las aportaciones de los autores anteriores y las de todos los que han tratado clínicamente la colusión para plantear un nuevo enfoque: lejos de limitar el concepto de "colusión" para entender los conflictos actuales de la pareja, en contextos socioeconómicos diferentes y a lo largo del "curso de la vida", se hace de él una triple lectura integradora, a saber: sistémica-evolutiva-psicoanalítica. Desde estas tres perspectivas complementarias se amplía la fuerza heurística y el valor interpretativo ("hermenéutico") de la colusión (10). Esto permite tener un campo clínico más amplio y mejor estructurado. Los tres puntos de vista ayudan a entender desde distintos ángulos las configuraciones principales de la pareja y disponer también de intervenciones terapéuticas más variadas.

Por otra parte, es necesario reconocer el origen múltiple de los problemas clínicos y sociales que las parejas enfrentan hoy día en ciclos de cambios rápidos y profundos. En los últimos 25 ó 30 años muchos países de Latinoamérica (entre ellos México) y otros continentes han sufrido la pérdida de su tejido social, que se ha ido erosionando hasta formar compartimentos estáticos llamados: "lo social", "lo político", "lo económico", "lo religioso", "lo cultural", etc... Esto da lugar a que el contexto primario en el que viven las parejas sea de una aguda y grave escisión del sentido de las comunidades de base. Estas, por ser el sustrato del desarrollo de la persona, tienen influencias inmensas sobre el sentido y contenido de las relaciones interpersonales.

Frente a esta situación psicosocial de las parejas, los tratamientos psicoterapéuticos que buscan dar respuesta a los diversos padecimientos se encuentran poco estructurados,

con frecuencia diluidos y en el mejor de los casos están en sus comienzos. Puede decirse que la psicoterapia de pareja en muchos países es: "una práctica en busca de la teoría".

4.1.1. La necesidad de un nuevo modelo en la psicoterapia de parejas

Consciente de esta situación actual y también en búsqueda de un modelo (11, 12, 13, 14) para entender y tratar a las parejas disfuncionales, se propone aquí que el núcleo del conflicto diádico en las parejas disfuncionales aparece como el resultado de la colusión, es decir, del juego inconsciente, destructivo, complicitario y transaccional de proyecciones e introyecciones en ambos miembros.

En la colusión, uno de los integrantes de la pareja utiliza las introyecciones-proyecciones como una regresión mientras el otro se sirve de ellas para instalarse en una progresión. De este modo se mantienen trabados y aferrados en un tema fundamental común, casi siempre inconscientemente y con una cohesión elevada, aunque inmadura.

Defensivamente, la colusión busca modificar las débiles fronteras del *self* (el ser, el sí mismo) de cada uno de los miembros de la pareja, que se anclan en una complementación con el otro miembro de la pareja. De este modo, las introyecciones-proyecciones se orientan a mantener una concepción rígida y falsa de cada cónyuge y, por consiguiente, se establece un acuerdo (tácito): ver al cónyuge como el cónyuge necesita que se le vea.

Aquí se presenta el modelo antes descrito de la colusión como un camino que integrando la conducta tanto individual como relacional, aparece como una opción oportuna y válida en el tratamiento de la psicopatología de parejas. Este modelo postula y recomienda en los problemas de la psicopatología de la pareja, la terapia marital conjunta (2) como instrumento de evaluación y diagnóstico y como tratamiento de elección. La entrevista conjunta, al menos en una primera fase (después, terapia grupal de parejas y al final, terapia con la familia de origen de cada miembro por separado) es la que arroja más datos al clínico y permite el mejor camino para la observación, el entendimiento y el tratamiento de la matriz colusiva de la pareja.

Este modelo igualmente permite extraer un método recurrente y normativo para seleccionar los procedimientos en la recolección de los datos, dirigiendo la atención hacia los puntos más relevantes, es decir: las distintas y continuas series de transacciones y sus respectivas configuraciones, que por repetitivas y rígidas, se vuelven círculos de trabazón y aferramiento en sus variaciones progresivo-regresivas.

El modelo incluye también un concepto preciso y específico de patología de la pareja. Este se orienta a ver y conceptualizar la 'personalidad en interacción' ya que no es lo mismo estudiar a cada miembro por separado que estudiarlo dentro de un campo transaccional permanente e intenso como es el espacio de la pareja, unidad terapéutica.

Finalmente este modelo sugiere un conjunto de estrategias donde se articulan los argumentos del cambio. Puntualiza y formula cómo y dónde abordar la relación de la pareja dentro de su proceso para buscar la mutación o el cambio terapéutico.

4.1.2. Postulados fundamentales derivados del modelo de la colusión

Postulados sistémicos. La relación de pareja, en cuanto sistema abierto y en continua transformación, está sujeta al enriquecimiento, el estancamiento o la supresión. Al mismo tiempo, la relación está dotada de energía y de información. Este doble proceso, simultáneo y recíproco, es fundamental para que el terapeuta observe, identifique y formule las múltiples transacciones de la pareja en tratamiento. La totalidad de la relación es la que simboliza, determina y actúa el comportamiento individual dentro de la pareja. Dentro de este modelo no hay dicotomía entre patología individual y patología transaccional en la relación de pareja. Más bien entre ambas se da una equivalencia isomórfica (13). Entonces, el modelo de la colusión nos permite observar y conceptualizar, no la patología individual, sino más bien la "personalidad en interacción" de los miembros de la pareja.

Las parejas mexicanas, o las de otro país en su contexto específico, social e histórico, deben entenderse y tratarse clínicamente teniendo en cuenta el escenario primario y fundamental de la propia familia de origen (14). Es justamente aquí donde cada cónyuge extrae la construcción de la realidad de la relación para disfrutarla después en la pareja.

De acuerdo a lo anterior se puede entonces definir el matrimonio como: "Un acuerdo voluntario -en orden a la concertación de un contrato —que se prolonga a lo largo del "curso de la vida" y en el que confluyen dos historias familiares compuestas de ilusiones, símbolos, mitos y rituales y se influyen mutuamente dos planes interactuantes, con sus respectivas transiciones y asincronías". (15, 16)

La satisfacción y estabilidad en la vida de la pareja dependen no solo de la patología individual o de la patología relacional sino también de la calidad de las metas, valores e ideales compartidos. Esto nos lleva a afirmar que el sistema diádico está dotado en sí mismo de una teleología, o un fin común, tan importante como su estructura y su historia misma.

Postulados evolutivos. En el sentido usado aquí, evolutivo se refiere al progreso del individuo desde el nacimiento a la muerte, a sus diferentes etapas de desarrollo a través del curso de la vida. Estos patrones evolutivos se manifiestan también en la vida en pareja. En la pareja, como sistema abierto, desde el nacimiento hasta la muerte, incluso de la relación matrimonial misma y dentro de la perspectiva del "curso de la vida", se da un desarrollo que busca explicar la conducta mediante antecedentes-consecuentes en forma de:

- a. Pautas de disponibilidad-regularidad.
- b. Patrones de motivación-conducta.
- c. Papeles de información- interpersonales-decisión.
- d. Trayectorias de desarrollo.

En la relación de la pareja, los papeles constituyen los escenarios reales del desarrollo (17). La integración de estos papeles múltiples aumenta la habilidad para la resolución de

los conflictos. Estos papeles también determinan varios aspectos del funcionamiento de la pareja, por ejemplo, sus:

- Expectativas,
- Actuaciones,
- Relaciones,
- Poder.

Todas las interacciones de la pareja atraviesan por una negociación o transacciones mutuas respecto a estos cuatro elementos anteriores. Las parejas entenderán mejor el tipo de relación que viven en la medida en que descubran cuál es su: 1) grado de lealtad; 2) su distancia emocional (autonomía-intimidad) y 3) ilusiones-símbolos-mitos-rituales con respecto a la propia familia de origen (18). Por tanto, para el proceso psicoterapéutico es de capital importancia afirmar que la pareja no solo vive un presente y un futuro sino también un pasado intergeneracional hecho fundamentalmente de méritos-delegaciones-misiones.

Los miembros de la pareja se sienten atraídos, se eligen e interactúan bajo la fascinación que ejerce en ellos un mismo tema funcional o disfuncional (que puede llamarse sistema de seguridad interna) que es el que domina la relación y hace que se polaricen las posiciones de una manera que puede volverse rígida. Cuando esto sucede, hay una complementación, con frecuencia inconsciente, que da lugar a la colusión como medida defensiva y compensatoria.

Postulados psicoanalíticos. La matriz conflictiva de la pareja se cimienta en un interjuego dinámico de introyecciones y proyecciones, las cuales pueden ser patológicas, y en tal caso son la base del proceso colusivo. El grado de diferenciación del yo en los miembros de la pareja depende, no de imágenes individuales sino de modos de relación introyectados y proyectados en el escenario primario de la familia de origen. Por ejemplo, de la intensidad de la idealización invertida en la elección de la pareja puede resultar la gravedad del conflicto colusivo, la cronicidad de los patrones disfuncionales y eventualmente la forma de la ruptura.

Se elige a la pareja de acuerdo a un sistema de seguridad interna (integrado por mecanismos internos y especialmente transaccionales, por necesidades insatisfechas, por ilusiones-desilusiones inconscientes y por modos de relación defensivos y precarios) que cada miembro busca salvaguardar y proteger aun a riesgo del empobrecimiento de otras áreas significativas de la relación. Por esta razón, aun cuando haya fallas graves en el compañero, se sigue manteniendo en rigor el matrimonio como un acuerdo voluntario y como un contrato mutuo.

Cuando ya la pareja no puede sostener sus patrones rígidos (uno progresivo, el otro regresivo), cuando irrumpe lo desplazado como un retorno vengativo y cuando ambos dejan de adjudicar suficiente valor al otro, entonces se advierte que la misma razón que los llevó a elegirse se convierte ahora en causa de conflicto, y cuando esto sucede, de la ruptura misma.

La pareja. La satisfacción y la calidad de la vida de la pareja depende, a mediano y a largo plazo, de la capacidad para identificar, verbalizar y negociar al menos dos de los tres subsistemas siguientes que gobiernan la economía energética y discursiva de la relación, a saber (11, 18):

1er Subsistema:	A r q u e o l ó g i c o
Compuesto de:	ilusiones-símbolos-mitos-rituales.
2do Subsistema:	I n s t r u m e n t a l
Compuesto de:	espacio-tiempo-energía-lenguaje.
3er Subsistema:	T e l e o l ó g i c o
Compuesto de:	afecto-poder-dinero-religión.

Lo que el terapeuta intenta cambiar en la pareja son las reglas de acción de estos tres subsistemas, que, basados en fantasías, precomprensiones e interpretaciones, han construido la realidad y la idealización de la relación. Ahora bien, el que dos de estos tres subsistemas funcionen satisfactoriamente no quiere necesariamente decir que haya una ausencia total de conflicto o felicidad asegurada.

4.1.3. Los estilos de la colusión

La determinación de una tipología de las parejas en colusión representa un avance para el diagnóstico y tratamiento de la terapia conjunta. En efecto, al establecerse un perfil de la relación de pareja, el clínico posee un "armamentarium" para detectar y analizar la temática fundamental común en la que se halla trabada la pareja de acuerdo al grado evolutivo del desarrollo de la relación. Se distinguen cuatro tipos de colusión:

La fase narcisista:	"El amor como ser uno".
La fase oral:	"El amor como ser cuidado".
La fase anal:	"El amor como pertenecerse uno al otro"
La fase fálica:	"El amor como afirmación unisexual".

En efecto, estos cuatro estilos —cuando se mantienen rígidamente y no pueden cambiar— entorpecen el proceso de desarrollo de la pareja e impiden que cada uno de sus integrantes alcance la madurez personal. En la práctica clínica se presentan también como temática fundamental, visiblemente circunscrita como motivo de consulta y búsqueda de ayuda matrimonial.

Los cuatro estilos colusivos, que son la problemática fundamental de la relación, se pueden describir como círculos rígidos y complementarios cuyos papeles, desempeñados por cada miembro de la pareja, no son sino variaciones de un mismo tema. He aquí la descripción abreviada en su forma tripartita, es decir, sistémica-evolutiva-psicodinámica. Se usan expresiones escuchadas comúnmente en el trabajo clínico con las parejas:

Nivel narcisista:

"Yo te exijo tanto porque tú eres muy desconsiderado conmigo y siempre me tratas mal".

"Yo te trato mal porque tú quieres todo de mí".

Nivel oral:

"Yo estoy tan insatisfecha (o) contigo y me siento tan desgraciada(o) porque me reprochas todo y me haces a un lado".

"Yo te reprocho y te desairo porque no te satisfaces con nada".

Nivel anal:

"Yo soy dominante contigo porque tú eres irresponsable".

"Yo soy irresponsable y no te hago caso porque, según tú, todo lo hago mal".

Nivel fálico:

"Yo te desprecio porque tú eres impotente".

"Yo soy impotente y débil porque tú nunca me reafirmas".

En cada uno de estos patrones colusivos y según sea el caso —una pareja puede recorrer más de un estilo pero encalla en un patrón específico—, el terapeuta deberá analizar los siguientes elementos:

4.1.4. El tema de la colusión

El conflicto que surge una vez rotas las defensas y que remite a las modalidades de la elección de la pareja. En efecto, el conflicto suele aparecer por las mismas razones por las que se eligieron uno a otro. De aquí que esta continuidad temporal que se da entre: elección-conflicto-resolución o ruptura, forme claramente el mapa de metas e intervenciones del terapeuta.

El campo transaccional que resulta del respectivo tema colusivo con sus correspondientes círculos de lucha y aferramiento y que es el foco específico del tratamiento.

Objetivos específicos de la pareja. (Ver el cuadro 2).

Además, el análisis del sistema colusivo de la pareja, en su variación de los cuatro temas identificados y ubicado en el escenario transaccional, nos permite analizar a lo largo de la terapia las dos áreas mayores de conflicto de la pareja (1, 7, 8, 10, 12, 16, 18):

El área de los símbolos y de las imágenes internas compartidas que, proyectadas y re proyectadas, implican modos de relación concretos y observables.

El área de las actitudes polarizadas que, al ser rígidas y complementarias, representan en uno de los cónyuges las posibilidades y funciones de las que el otro carece.

4.1.5. Objetivos de la psicoterapia conjunta de parejas y tareas del terapeuta

Tales objetivos son, por naturaleza propia, distintos de la psicoterapia "concurrente" o "colaborativa" o de los de la psicoterapia individual. Por esta razón parece oportuno identificarlos, conceptualizarlos y formularlos (Ver los cuadros 1 y 2). En estos dos cuadros se presentan los objetivos generales y los específicos de esta modalidad de tratamiento que al mismo tiempo se convierten en las tareas específicas del terapeuta.

Por medio de la entrevista conjunta, podemos ver y entender 'in situ' las distintas y continuas series de transacciones, y recoger los objetivos. Se busca entonces comprender y consignar los siete grupos de conductas observables siguientes que son, con su consiguiente y adecuada interpretación, la columna vertebral del tratamiento:

1. Las zonas de cooperación
2. Los modos de percepción de cada cónyuge y su respectiva movilización actitudinal
3. Las pautas regulares que han formado o no patrones de conducta y si estos patrones a su vez han cristalizado en trayectorias de desarrollo
4. El núcleo arqueológico: ilusiones-símbolos-mitos-rituales (11, 16, 18) heredado de la propia familia de origen y editado y reeditado en la relación presente;
5. Su grado actual de diferenciación, observado en las reacciones que uno o el otro (y viceversa) tiene ante las actitudes regresivas o progresivas del cónyuge, y ante el intercambio de papeles (20).
6. La dirección e intensidad de los conflictos mismos
7. Las áreas agudas de conflicto

4.1.6. Principios básicos para la funcionalidad de la pareja

De lo anteriormente descrito se desprende una pregunta obligada: en contraste con la patología de la pareja, ¿cuáles podrían ser algunos indicadores de funcionalidad en la vida de la pareja? A continuación se enumeran los factores que surgen de la observación de las parejas en un ambiente naturalístico:

- Proceso de diferenciación del yo con respecto a la propia familia de origen.
- Negociación, en la vida adulta, partiendo de la base arqueológica de la propia familia de origen.

- Integración de las imagos parentales y fraternas. También de los modos de relación vía lealtades-méritos-delegaciones-misiones.
- Equilibrio en las posiciones de autonomía-intimidad.
- Flexibilidad en las posiciones progresivo-regresivas.
- Corrección de las falsas percepciones y expectativas.
- Sensación de igualdad de valor.
- Integración de los papeles como escenario real del crecimiento de la pareja.
- Manejo de la comunicación como una continua definición de la relación (19, 20).

4.1.7. Conclusiones

La terapia de parejas en el mundo, y con mayor razón en México, está comenzando una nueva etapa de práctica-teoría-investigación. Sin embargo, se hace necesario que la formación de nuevos terapeutas recobre una visión humanista en la cual el lugar preponderante es el valor del ser humano y de la relación y no la "tecnolatría" y la "metodolatría".

En la psicoterapia familiar y de parejas hay un peligro, extensivo a todas las psicoterapias de hoy: el deseo creciente de utilizar pragmáticamente dos o tres técnicas "eficaces", sin conectarlas con un método y sin encuadrar este en un modelo. Con esta visión empobrecida de la psicoterapia se destruyen los fundamentos epistemológicos y hermenéuticos (10, 18) de la clínica y, en general, de las ciencias sociales.

Los fundamentos epistemológicos se fincan en la responsabilidad clínica del terapeuta, comenzando no con sus habilidades para intervenir sino mucho antes: cuando este se pregunta ¿por qué estoy comprometido aquí y ahora en el oficio de conocer? ¿Por qué la experiencia, el estado disposicional, el saber, el conocer, el juzgar frente a esta familia?

Fundamentos hermenéuticos alimentados por tres principios inmovibles:

- La comprensión de la alteridad: esencia del círculo hermenéutico;
- La universalidad canónica del texto: la experiencia humana considerada como texto
- La facticidad de la vida: el espectro de la existencia del nacimiento a la muerte con todas sus huellas y recuerdos;

Todos estos elementos establecen en el encuadre clínico y a lo largo de las sesiones dos prioridades fundamentales:

- la prioridad del significado de la experiencia, de la comprensión, del juicio, de la conciencia (interpretación) y de un patrón definido de relaciones que da cohesión a estos cuatro niveles, sobre la mera contabilidad de la experiencia, del conocimiento y su formulación, de la reflexión, del juicio y de la conciencia.
- la prioridad de la reconstrucción de escenarios particulares, contextos y contenidos de significados sobre los meros significados de la experiencia, de la comprensión, del juicio y de la conciencia.

"Esta doble totalidad comprensiva nos lleva a entender que el espíritu (la familia) no existe y no se mantiene en el ser si no se encarna en símbolos, rituales, monumentos y documentos, estableciendo su relación a través de la fuerza ilocucionaria y perlocucionaria del lenguaje" (18).

Cuadro 1

Objetivos generales de la psicoterapia conjunta de parejas

1. Del análisis de los mitos y la idealización	A un proceso real y recíproco de mutualidad adulta y al establecimiento de un nuevo nivel de relaciones objetales.
2. Del análisis de la "familia de origen" y la reestructuración de su 'núcleo arqueológico"	A un nivel aceptable de diferenciación del propio yo.
3. Del análisis de la ambivalencia cimentada en una matriz transaccional	A la dialéctica de la autonomía-intimidad: espacio seguro para la relación.
4. Del análisis de las falsas percepciones y de las expectativas irreales	A una integración y negociación de los papeles, escenarios reales del crecimiento.
5. Del análisis del desencanto y las desilusiones	A la apertura de una nueva etapa de identificación y, posteriormente, a la sensación de igualdad de valor.
6. Del análisis de los estilos colusivos como patrones rígidos,	A la conversión de estos como vehículos nuevos de crecimiento.

Cuadro 2

Objetivos específicos de la psicoterapia conjunta de parejas frente a la colusión

	Identificar los siguientes patrones rígidos	Convertirlos en vehículos de crecimiento
La relación narcisista	¿Cuánto hay que sacrificarse? ¿En qué medida mi pareja debería identificarse conmigo?	Reconocer las fronteras yoicas de mi pareja
La relación oral	¿En qué medida mi pareja debe cuidar de mí como una madre solícita?	Propiciar un intercambio libre o igualitario para poder dar y recibir en forma flexible
La relación sádico-anal	¿De qué modo puedo yo poseer a mi pareja completa y exhaustivamente?	Vivir mi relación de pareja en una estrecha y consistente unidad sin reprimir y dominar
La relación fálico-edipal	¿Como mujer, en qué medida debo yo negar mis características masculinas? ¿Como hombre, en qué medida debo yo negar mis rasgos femeninos?	Enriquecerse mutuamente con una complementaridad que no amenace, ni absorba o diluya la identidad sexual

Referencias

1. Dicks HV. *Marital Tensions*. Nueva York: Basic Books; 1967.
2. Eisenstein W V. *Neurotic Interaction in Marriage*. Nueva York: Basic Books; 1956.
3. Rosenbaum S, Alger I. *The Marriage Relationship. Psychoanalytic Perspectives*. Nueva York Basic Books; 1967.
4. Haley J. Marriage Therapy, *Arch Gen Psychiatry* 1963; 8:213-234.
5. Teruel G. Considerations for a Diagnosis in Marital Psychotherapy. *Br J Med Psychol* 1966; 39:231-248.
6. Laing RD. *Self and Others*. London: Tavistock; 1961.
7. Framo JL. *Explorations in Marital and Family Therapy*. Nueva York: Springer; 1982.
8. Meissner WW. The Conceptualizations of Marriage and Family Dynamics from a Psychoanalytic Perspective. En: Paolino TJ, McCrady BS, eds. *Marriage and Marital Therapy*, Nueva York: Brunner-Mazel; 1978.
9. Willi J. *Couples in Collusion*. Nueva York: Jason Aronson; 1982.
10. Álvarez Colín L. "El rescate de la analogía y la integración de las hermenéuticas". En: Sanabria JR, eds. *Diálogos con Mauricio Beuchot sobre la Analogía*. México: Universidad Iberoamericana, Departamento de Filosofía, Colección Sophia, XVI, 1998 a.

11. Álvarez Colín L. *Illusions, Symbols, Myths and Rituals: the hidden and forgotten dimensions of Family Therapy*, Manuscrito no publicado, México, 1983.
12. Álvarez Colín L. *Modelo intergeneracional y ecológico de la dinámica y estructura de la vida familiar*. Mimeografiado y utilizado como material didáctico en la Especialización de Posgrado en Terapia Familiar, IFAC, México, D. F., 1984.
13. Álvarez Colín L. *From epistemology to hermeneutics: toward an integration of family therapy*. Trabajo presentado en el 2nd International 43rd Annual Conference: "Expanding Worlds of Family Therapy", American Association for Marriage and Family Therapy, October 17-20, Nueva York, 1985.
14. Álvarez Colín L. Dimensiones psicosociales para el estudio de las familias mexicanas. Trabajo presentado en el Primer Congreso Interdisciplinario sobre la Familia Mexicana, celebrado en el Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, del 22-26 de julio de 1985. *Anuario Jurídico XIII*, México: UNAM. 1986, pp. 39-59.
15. Álvarez Colín, L. *El problema de la transferencia en la terapia de pareja*. Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social. *Aletheia* 1982; 3:30-45.
16. Álvarez Colín L. *Ecología y familia de origen: dos conceptos fundamentales para el estudio naturalístico y el tratamiento clínico de las familias mexicanas*. México: Anuario Jurídico XIII, UNAM, 1986, pp. 199-211.
17. Bonfenbrenner U. *The ecology of human development: Experiments by nature and design*, Cambridge: Harvard University Press; 1979.
18. Álvarez Colín L. *El universo simbólico de la familia: un estudio de psicología hermenéutica*. Tesis de Doctorado, Universidad Iberoamericana, México, D. F., 1998 b.
19. Álvarez Colín L. *El núcleo de introyecciones-proyecciones en la pareja*. Mimeografiado y utilizado como material didáctico en la Especialización de Posgrado en Terapia Familiar, IFAC, México, D. F., 1982.
20. Alvarez Colín L. "Hacia una hermenéutica analógica de la acción comunicativa", en Sergio Inestrosa (comp.), *Conferencia de las Américas. Diversidad, Tecnología y Comunicación. Una mirada a nuestra América*, Universidad Iberoamericana, FELAFACS, México, D. F., 1997.

Bibliografía

Blank R, Blank G. *Marriage and Personal Development*. Nueva York: Columbia University Press; 1968.

Bowen M. *Family Therapy in Clinical Practice*. Nueva York: Jason Aronson; 1978.

Gurman AS. Contemporary Marital Therapies: A critique and comparative Analysis of Psychoanalytic, Behavioral and Systems Theory Approaches. En: Paolino TJ, McCrady BS, eds. *Marriage and Marital Therapy*. Nueva York: Brunner-Mazel; 1978.

Jackson DD, Bodin AM. "Paradoxical Communication and the Marital Paradox. En: Rosenbaum S, Alger I. *The Marriage Relationship. Psychoanalytic Perspectives*. Nueva York: Basic Books; 1968.

Kernberg O. *Objects Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. Nueva York: Aronson; 1976. Traducción al español: *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Paidós; 1979.

Kernberg O. Boundaries and Structure in love relations. *J Am Psychoanal Assoc* 1977; 25:81-114.

Kubie SL, Psychoanalysis and Marriage: Practical and Theoretical Issues. En: Eisenstein VW, ed. *Neurotic Interaction in Marriage*. Nueva York: Basic Books; 1956.

Mannino FV, Greenspan SA. Projection and misperception in couples treatment. *J Marriage Fam Counsel* 1976; 2:129-143.

Mittelman B. Analysis of Reciprocal Neurotic Patterns in Family Relationships. En: Victor WE, ed. *Neurotic Interaction in Marriage*. Nueva York: Basic Books; 1956.

Stewart RH, Peters TC, Marsh S, Peters MJ. An object-relations approach in psychotherapy with marital couples, families and children. *Fam Process* 1975, 14: 161-178.

Stein M. The Unconscious Meaning of the Marital Bond. En: Victor WE, ed. *Neurotic Interaction in Marriage*. Nueva York: Basic Books; 1956.

Teruel G. *Diagnóstico y tratamiento de parejas en conflicto*. Psicopatología del proceso matrimonial. Buenos Aires: Paidós; 1974.

Zinner J, Shapiro R. Projective identification as a mode of perception and behavior in families of adolescents. *Int J Psychoanal* 1972; 53:523-530.

4.2. La pobreza y el niño, el adolescente y su familia

Jesús Martín Maldonado Durán y Juan Manuel Saucedo García

Introducción

Este trabajo tiene varios objetivos. El primero es alertar al clínico sobre la existencia y prevalencia del problema de la privación económica y sus efectos en los niños y las familias. El conocimiento de la fenomenología asociada con la pobreza le ayudará a distinguir la correlación entre algunas de las manifestaciones de disfunción o trastorno que observa y la situación económica y social del paciente o la familia. En esta sección se intenta presentar algunos de los principales efectos de la privación económica en la vida emocional y la conducta del niño y el adolescente.

Esta información será de utilidad para el clínico que trabaja con familias. El personal de salud sabe bien qué patologías orgánicas o enfermedades físicas se relacionan con la pobreza, por ejemplo, una mayor frecuencia de ciertas infecciones (enfermedades diarreicas, tuberculosis), y trastornos orgánicos asociados con la desnutrición (menor resistencia a las infecciones, mayor vulnerabilidad a algunas otras enfermedades, etc.). Puede resultarles menos claro qué dificultades emocionales y conductuales están asociadas con la privación económica. Este conocimiento puede contribuir a distinguir qué conductas y fenómenos son parte de vivir en medio de la pobreza en forma aguda o crónica, y cuáles se deben a otros factores causales (genéticos, experiencias únicas del individuo no relacionadas con la situación económica, aspectos de la familia independientes de la posición económica, etc.). Por último, al reconocer los efectos de la pobreza en la vida emocional y las experiencias del niño, el clínico estará en mejor posición de diseñar intervenciones que alivien sus efectos negativos.

Se intenta también hacer una descripción de los mecanismos mediadores por los que opera la pobreza para producir las dificultades psicosociales que se describen a continuación. Por desgracia, la gran mayoría de los efectos de la pobreza son negativos, pero se mencionan algunas de las circunstancias en que la adversidad socioeconómica podría contribuir al desarrollo individual de algunas personas, a través de promover el desarrollo de actitudes que les ayudarán más tarde en la vida.

4.2.1. Definición y prevalencia

La pobreza es un problema mundial, una proporción muy alta de los niños de los países subdesarrollados, o del Tercer Mundo, viven en condiciones de pobreza. Aun en países industrializados como Estados Unidos la prevalencia de la pobreza en la década de 1990 era superior al 25% de todos los niños (1, 2), mucho más alta que la de Canadá, donde oscila alrededor del 10%, mientras que en Suecia solo 2% de los niños viven en medio de la pobreza (2). Algunos autores (3) distinguen entre el nivel socioeconómico bajo y la "pobreza". El primero es descriptivo de una situación puramente económica, mientras que la pobreza implica una serie de experiencias culturales y personales concomitantes a la privación económica.

La definición de pobreza varía de un país a otro, y según los organismos internacionales que la estudian. En Estados Unidos se habla del umbral de pobreza cuando el ingreso económico de la familia es inferior a tres veces el costo de una "canasta básica" (o despesa) de subsistencia mínima de alimentos básicos. El concepto central de esta definición es que las familias solo deberían gastar en comida una tercera parte de sus ingresos totales como máximo. Es decir, si la familia tiene que gastar más de la tercera parte de su ingreso total en comprar comida, está dentro de la definición de pobreza. En muchas familias, más de la mitad del limitado ingreso está destinada a comprar los alimentos básicos. Esto significará que no habrá dinero para obtener otros satisfactores.

Varios autores han sugerido que la definición de pobreza antes descrita tiende a subestimar la prevalencia de la privación económica. De este modo sugieren que la prevalencia estimada es baja y que es necesario incluir la escasez económica menos grave pero que tiene consecuencias negativas en la vida de las familias.

En el extremo de la pobreza está la familia desamparada, que no tiene dónde vivir y subsiste en la calle, lo cual es un problema de enormes proporciones en algunos países como la India. En Latinoamérica hay una elevada proporción de familias que no tienen dinero suficiente para comprar los alimentos básicos, por lo que los niños sufrirán de desnutrición crónica y grave (4). Aun en los países industrializados como en Estados Unidos, en 1996 había aproximadamente 1,2 millones de niños desamparados, es decir, sin un lugar donde pasar la noche bajo techo, como un apartamento o casa, pues la familia vive en la calle o en un automóvil. En Estados Unidos se ha estimado que la edad media de la persona sin casa es de 9 años. La vida en la calle tiene un efecto devastador en el bienestar del niño y el adolescente.

Uno de los peores efectos de la pobreza y las dificultades psicosociales asociadas en países como México, Guatemala, Colombia y Brasil es el de los grupos de niños que viven solos en la calle (llamados gaminos en Colombia) y forma comunidades de menores que se organizan para subsistir, haciendo trabajos informales y robando, y que tienen una alta prevalencia de uso de drogas alucinógenas inhalantes (5). Recientemente, varios organismos internacionales han llamado la atención sobre el asesinato de estos niños de la calle por grupos paramilitares en Brasil y en Colombia, entre otros países.

En México el nivel de pobreza es muy alto, probablemente alrededor de 60% de los niños viven en tal condición y también hay una alta tasa de desnutrición: 70% de los niños tienen algún grado de desnutrición (6). Otro indicador del medio socioeconómico bajo es el analfabetismo: alrededor de 25% de la población de más de quince años no sabe leer. En Guatemala se ha estimado que la pobreza afecta a aproximadamente 80% de la población; este nivel es más alto aún en Haití.

En varios países hay una clara disparidad en el grado de pobreza de los distintos grupos étnicos. En Estados Unidos la tasa de pobreza es mucho mayor entre los niños afroamericanos y latinos que entre los niños de ascendencia europea. Si el nivel de pobreza general es de alrededor del 25%, cuando se trata de niños afroamericanos la cifra asciende al 60%, aproximadamente, y a un 40% de los niños latinos, mientras que es de un 15% entre los de ascendencia europea. Estas diferencias se extienden no solo al ingreso económico, sino a la vivienda, el barrio donde viven y el acceso a los servicios de salud, como también a otros muchos determinantes de la calidad de vida y las posibilidades de que esta mejore en el futuro (3, 7).

4.2.2. Pobreza aguda y pobreza crónica

Conviene distinguir entre dos tipos de pobreza, pues cada uno de ellos tiene un efecto diferente en la vida del niño y la familia. Si se hace un estudio "transversal" de la prevalencia de la pobreza se obtiene una impresión de la prevalencia de esta; sin embargo, también es necesario estudiar la pobreza en sentido longitudinal, es decir: por cuánto tiempo la familia (o las generaciones) ha estado viviendo en la pobreza, lo cual es muy diferente de sufrirla solo por unos cuantos meses.

Algunas familias sufren situaciones de privación económica solo en forma aguda, como durante una crisis económica o por desempleo temporal del padre, o bien en el periodo inmediato al divorcio. En cambio, otras sufren la pobreza durante muchos años, durante toda la vida, y frecuentemente esta es la situación que ha marcado a las familias por generaciones. Se ha descrito un patrón transgeneracional de transmisión de la pobreza (8) de una generación a la generación siguiente (9). Esto se debe a los efectos de la carencia de oportunidades educativas, la desnutrición general y el empobrecimiento del desarrollo cognoscitivo global, la sensación crónica de no poder controlar lo que le sucederá a uno y la mayor exposición a los mayores riesgos psicosociales en general.

En la pobreza crónica (10) es probable que el riesgo de empobrecimiento cognoscitivo sea dos veces mayor, según los hallazgos del Estudio Nacional Longitudinal de Niños realizado en Estados Unidos.

La pobreza crónica trae consigo una serie interminable de factores de estrés o "ciclos de desventajas", y uno de sus resultados puede ser la erosión casi completa de los recursos emocionales de las personas (11) para hacer frente a los problemas en situaciones adversas.

En varios países industrializados se ha descrito la fenomenología de la "cultura callejera" (inner city), que se manifiesta sobre todo en las grandes ciudades, principalmente en el centro de estas, como ocurre en Estados Unidos, en la que además de la falta de recursos y la dilapidación del medio ambiente, hay un nivel muy alto de riesgo, peligro, crimen y violencia. Los niños se dan cuenta con mucha frecuencia de asesinatos, asaltos y del uso de la violencia y las armas de fuego para resolver los problemas. Es difícil para el niño escapar de los efectos de estas influencias y no sucumbir a adoptar un estilo de vida también violento.

En muchas ciudades de América Latina existen, además de colonias pobres dentro de la ciudad, colonias periféricas, "ciudades perdidas" o "villas miseria", resultado de la migración del campo a la ciudad, donde hay menos satisfactores y servicios, y donde la mayoría de las familias viven en extrema pobreza.

4.2.3. Los efectos de la pobreza

a. La "cultura de la pobreza"

Desde el punto de vista antropológico hay quienes piensan que existe una cultura de la pobreza, mientras otros investigadores no lo creen así. Para los propósitos de esta sección resulta útil usar este concepto sugerido por Oscar Lewis hace varios decenios. Consiste en

que en esta "cultura" también las personas que viven en la pobreza adoptan los valores de la clase social alta de una determinada sociedad (por ejemplo, la autosuficiencia, la educación avanzada, el alto poder de consumo, el control sobre las condiciones de la propia vida, la sensación de éxito en la vida, etc.). Al no poder lograr estos objetivos, las personas pobres se ven a sí mismas como inadecuadas, incompetentes, y se sienten culpables de la situación en que viven, como si esta se debiera a sus propias deficiencias y a su falta de capacidad para tener una vida mejor. Esta percepción de inferioridad parece ser uno de los fenómenos mediadores de los efectos psicológicos negativos de la privación económica: pensar que se es inferior, tonto o inadecuado, que las condiciones materiales de vida son "culpa" del individuo o de sus padres, y que si fueran más inteligentes lograrían vivir mejor (12, 13, 14).

Este es solo uno de los fenómenos de la cultura de la pobreza. Se han descrito otros asociados con las formas de subsistir, como la economía de ayuda mutua informal para conseguir ingresos y de cooperación entre las familias para obtener satisfactores. Otro aspecto es la "orientación hacia el presente", es decir el énfasis en las situaciones actuales de la familia, más que en los planes para el futuro, incluso para varias semanas adelante, por no hablar de varios años. Así como la familia vive al día en cuanto a sus ingresos, también vive en el presente y está menos orientada hacia el control y planeación de sus asuntos en el futuro.

b. Ciclos de desventajas

La presencia de algunos factores de estrés hace más probable que se presenten otros, teniendo entre ellos un efecto acumulativo o multiplicador negativo, como una reacción en cadena. Por ejemplo, la pobreza hace más factible que las personas vivan en un barrio donde las condiciones materiales son malas. Es más probable que haya criminalidad en el vecindario, exponiendo a los niños directamente al riesgo de ser víctimas de violencia o de ser introducidos al crimen. Tal familia tendrá además menos oportunidad de proporcionar a los hijos juguetes u otras experiencias compensadores (por ejemplo, ir a paseos o salir de vacaciones). Los padres tendrán que trabajar más tiempo o en forma físicamente más intensa, y se sentirán muy cansados al final de su jornada de trabajo, de modo de que tendrán menos energía para jugar con sus hijos. Al ir del trabajo a la casa, los padres tendrán que hacer frente a otros problemas materiales como la escasez económica, conseguir comida, etc. En fin, las condiciones de desventaja en unas áreas de la vida crean condiciones propicias para que haya otros estresores, complicando la situación. En medio de estas tensiones, los padres podrían estar más irritables y perder más fácilmente la paciencia con sus niños, lo que los predispone a recurrir a los castigos físicos para disciplinarlos. Es importante que el clínico tenga esta noción en mente, para evitar los prejuicios que fácilmente se forman respecto a las familias pobres y su "incapacidad para resolver problemas", o su deficiente organización y control en la vida cotidiana.

c. Efectos de la pobreza sobre la salud

Mayor riesgo de enfermedades. La escasez económica tiene una serie de efectos primarios en la salud física del niño y aun en la posibilidad de ser alimentado. Para empezar, el niño cuya madre ha sufrido intensa pobreza, corre mayor riesgo de tener bajo peso al nacer y habrá dificultades perinatales con mayor frecuencia. La madre, además, probablemente no haya tenido un buen cuidado prenatal.

La enfermedad física repetida (como las diarreas crónicas) predispone a la aparición de desnutrición, y viceversa, la desnutrición lleva a que el niño sea más vulnerable a las enfermedades físicas.

Para la familia puede ser difícil proporcionar las proteínas que necesita el niño para crecer y tener peso normal. Esto puede acarrear implicaciones para el desarrollo cerebral. Además, en condiciones de privación económica suele haber otras condiciones materiales inadecuadas, inclusive la falta de agua potable. La pobre calidad del agua predispone al niño a padecimientos infecciosos y parasitosis. En muchas colonias periféricas de las grandes ciudades hay escasez de agua potable hasta para las necesidades más elementales. Se ha estudiado la disponibilidad de agua potable en áreas empobrecidas de Latinoamérica, como en Perú. En un estudio se encontró que la contaminación fecal de las manos era difícil de combatir debido a la poca cantidad de agua potable disponible (15). También hay menor oportunidad de tener servicios sanitarios para deshacerse de la materia fecal por medio del drenaje subterráneo. Aun tratándose de infecciones evitables por medio de la vacunación, el niño de clase socioeconómica baja tiene menos oportunidad de ser inmunizado (16).

Empíricamente se ha encontrado que muchas enfermedades tienen una fuerte correlación con la pobreza en la que se vive o que son enfermedades de países con alta prevalencia de pobreza. Uno de los problemas asociados es la deficiencia de hierro y consecuentemente la anemia (6). Otra es la tuberculosis y los episodios repetidos de diarrea. Estos últimos contribuyen a una alta mortalidad infantil. Además, hay una mayor frecuencia de bronquiolitis y de infecciones repetidas del oído medio. Existe también mayor riesgo de padecer asma bronquial. Entre los niños afroamericanos de Estados Unidos, por ejemplo, se ha estimado que cuando hay pobreza y malas condiciones de vivienda (casa vieja, con moho y en la que los padres fuman) habría más de un 50% de prevalencia de asma bronquial entre los niños de edad preescolar. En los países industrializados, las personas de clase socioeconómica baja tienen niños con mayor frecuencia de obesidad. Esto sucede, por ejemplo, con los niños mexicanoamericanos en Estados Unidos, quienes también tienen una frecuencia más elevada de diabetes mellitus.

Contacto con contaminantes, intoxicaciones y accidentes. En condiciones de pobreza, donde no hay drenaje y hay poco acceso al agua potable, es mayor la probabilidad de que el niño esté expuesto a contaminantes. En Estados Unidos la prevalencia de intoxicación con plomo es mayor entre los niños de clase socioeconómica baja debido al deterioro de la vivienda, o a la edad de las casas o apartamentos, pues en décadas anteriores la pintura de las paredes contenía plomo.

En cuanto a los accidentes, estos son más factibles cuando el hogar no está preparado adecuadamente para el cuidado de niños pequeños. En una vivienda pequeña, con poco lugar para dejar las cosas fuera del alcance de los niños, hay mayor riesgo para ellos (por ejemplo, el acceso a objetos de vidrio) (17). Los accidentes pueden incluir quemaduras, caídas, y otras lesiones debido a la falta de espacio para un área de juego para el niño, separada de la cocina o del calentador de agua.

Menor acceso a servicios de salud y servicios de inferior calidad. En países con escasez de médicos y personal de salud, los niños sufrirán los efectos de esta falta de acceso a los servicios de salud. En términos relativos, el niño tendrá menor oportunidad de recibir una adecuada atención médica por la incapacidad para pagar estos servicios. En Estados Unidos hay una proporción significativa (de varios millones) de niños que no tie-

nen ningún tipo de seguro de salud, y que se llevan a servicios médicos solo en casos de urgencia por no tener cobertura de servicios ordinarios de atención por un médico familiar o pediatra. Los niños de origen afroamericano y latino constituyen la proporción más alta en estas condiciones. Esos niños también muestran peor estado de salud que los niños de familias con mejores ingresos económicos (18).

d. Efectos en el intelecto y la educación

Los efectos de la pobreza se manifiestan desde una edad muy temprana, simplemente en la oportunidad que tendrán los padres de proveer de estímulos interesantes y variados a sus bebés. Los niños tendrán menos acceso a los juguetes, y sus padres menos tiempo para interactuar con sus hijos por medio de juegos, simplemente porque necesitan trabajar y mantener la casa. Además, los padres no saben bien cómo estimular al bebé, lo que puede ser un factor en la determinación de un menor desarrollo cognoscitivo temprano (19), sobre todo cuando la pobreza es extrema. La familia invierte la mayor parte de la energía disponible en sobrevivir y conseguir alimentos e intentar satisfacer las necesidades básicas para subsistir, dejando más fácilmente a un lado aspectos como las necesidades individuales, intelectuales y emocionales del niño, quien también experimenta con mayor frecuencia dificultades en su desarrollo emocional. Din (20) describió tal retraso cognoscitivo al estudiar 298 niños y 37 madres a través de pruebas psicológicas en una área marginal, de pobreza extrema, en una "ciudad perdida" de la periferia de la ciudad de México. Las calificaciones obtenidas por los niños pequeños en pruebas de habilidad cognoscitiva (inteligencia y desarrollo) eran inferiores a las de los niños que vivían en mejores condiciones materiales.

Mayor riesgo de dificultades escolares y educativas. Desde el punto de vista puramente educativo, el niño que vive en la de pobreza está en clara desventaja. Como se mencionó, desde muy temprano tiene menos oportunidad de acceso a conocimientos e información y a objetos estimulantes como ciertos juguetes, que son parte de la vida diaria de los niños de clase media. Se dispone de información respecto al desarrollo cognoscitivo del niño pequeño que sugiere que cuando este vive en un medio estimulante, donde hay un número de juguetes distintos, y donde se promueve el aprendizaje temprano, su capacidad cognoscitiva es mayor. También se posee información sobre lo opuesto, es decir, que el empobrecimiento del medio ambiente, con pocos estímulos visuales, auditivos y motrices podría ponerlos en desventaja con respecto a otros niños.

Más tarde, al ingresar a la escuela formal (cuando es posible ir a la escuela) el niño también estará en desventaja, dadas las características del medio escolar en un medio socioeconómico bajo. Tendrá menos acceso a libros y a un número de materiales y objetos que promueven el aprendizaje óptimo de la información. No habrá clases de arte, de música, ni tampoco materiales de laboratorio donde el niño pueda experimentar concretamente lo que se le ha enseñado. En la etapa escolar, el niño aprende óptimamente cuando el maestro puede demostrar con objetos concretos los fenómenos que se han descrito verbalmente y cuando el niño puede manipular estos objetos y aprender a través de ellos. En las escuelas públicas de un medio socioeconómico bajo no habrá acceso a estas oportunidades de aprendizaje.

También es menos factible que los padres lean con el niño o que la lectura sea parte del intercambio cotidiano entre padres e hijos (en muchos países en vías de desarrollo hay

además una alta tasa de analfabetismo entre los adultos). Uno de los factores de predicción más importantes del éxito académico en la edad escolar es el hábito de la lectura de padres e hijos y su estímulo en la casa.

Además de estas deficiencias en los estilos de interacción padres- hijos, está el factor de que el niño cuyos padres son pobres tendrá otros estresores que dificultarán su aprendizaje: Puede tener que cambiar varias veces de escuela, de domicilio, o que ir de un lugar a otro porque la familia perdió su hogar. Dada la primacía de las necesidades materiales inmediatas de subsistencia, las necesidades educativas pasan a un lugar menos importante, pues tienen menor prioridad que las más urgentes (21). El niño a veces tendrá que contribuir a la economía de la familia, e incluso trabajar desde temprana edad.

En estas condiciones, el menor a veces ya desde muy pequeño tiene preocupaciones acerca del dinero, la vivienda, y la manera en que la familia consigue ropa, comida, transporte, etc., a raíz de lo cual también hay mayor posibilidad de que los asuntos educativos y abstractos sean menos significativos e importantes. El niño tendrá una mayor frecuencia de ausencias de la escuela, lo que favorece que haya retraso y fracaso escolar.

Hay además un mayor riesgo de que interrumpa totalmente la asistencia a la escuela, y cuando asiste, de tener un peor aprovechamiento. Es muy posible, debido la complejidad de la situación y el estado cognoscitivo normal en el niño de edad escolar, que este atribuya su menor éxito escolar a factores personales, y sienta que es "tonto" e inferior a otros niños. En la edad escolar, los niños comparan naturalmente sus calificaciones y habilidades con las de sus compañeros. El que tiene menos éxito se sentirá más fácilmente desilusionado con la escuela y puede que la abandone. El adolescente que interrumpe su educación tendrá que emplearse en actividades que requieren menos preparación, perpetuando posiblemente la pobreza para la generación siguiente.

e. Efectos sobre la psicología del niño y el adolescente

La escasez económica afecta prácticamente todos los aspectos de la vida del niño, su conducta y estilo de vida: el modo de hablar, vestirse, la comida, el sueño, el juego, la vivienda, el barrio donde vive y también la ocupación y disponibilidad de los padres. La privación económica es como un "marcador" que afecta casi todas las áreas de funcionamiento de un niño o adolescente, inclusive las amistades que ha de tener y sus opciones en el futuro.

Dejar de ser niño prematuramente. El niño que tan tempranamente tiene conciencia de lo difícil que puede ser la existencia en términos materiales, dejará de "ser niño" más rápidamente. Por contraste, el niño de clase socioeconómica media tiene otras experiencias: sus padres lo protegen de las preocupaciones inmediatas, como qué habrá para comer ese día, cómo conseguir trabajo o algo de dinero para el día siguiente. El niño de clase media puede crecer con la sensación de que el mundo es un lugar seguro y no tendrá preocupaciones materiales directas, las que se reservan para los adultos y no tienen repercusiones mayores en su vida.

En condiciones de pobreza, el menor tiene muy tempranamente conciencia de las necesidades económicas, o bien debe trabajar él mismo para ayudar a la subsistencia de la familia. Además, percibe la tensión crónica y la frustración de sus padres, se preocupa por el bienestar de ellos, por ejemplo cuando la madre muestra depresión (22). Un estudio de

la vida emocional del niño en la pobreza sugirió que este tiende a ver su vida en general como una vida no feliz.

Dependiendo de las circunstancias, pero más comúnmente en la familia de madre soltera, uno de los hijos (con mayor frecuencia el hijo o la hija mayor) puede estar tan envuelto en el manejo de la casa que se convierte en una especie de compañero y confidente de la madre. Esto puede ser un factor de protección, cuando, por ejemplo, la chica tiene que asumir el cuidado de otros y ser útil prácticamente (23). Esta utilidad requerida ha sido un factor de protección encontrado empíricamente en las hijas primogénitas en familias con muchos niños. Sin embargo, aun esto se paga acortando la infancia y llevando a que el niño asuma responsabilidades desde muy temprano viva con las tensiones normalmente reservadas para el adulto

No obstante esto, con frecuencia estas sobrecargas del niño aun desde pequeño, lo obligan a enfrentar tensiones y preocupaciones que lo abruman: puede requerirles que se preocupe de asuntos económicos, de conseguir alimentos y ropa, o de cuidar a sus hermanos menores, sacrificando sus propias necesidades emocionales. Muchos niños sienten como si les hubieran robado la infancia por haber tenido que asumir responsabilidades desde muy temprano, sin tener la experiencia de jugar despreocupadamente y sin excesivas tensiones y deberes..

Efectos en la autoestima. El niño cuyos padres son pobres no tendrá acceso a una serie de satisfactores o artículos que en los niños de otra clase socioeconómica se consideran esenciales y comunes. Esto puede incluir, por ejemplo, ropa en buenas condiciones y aun la posibilidad de escoger alguna vez algo que le guste para ponérselo, así como zapatos y otras prendas de vestir. En el adolescente, esto puede ser un factor importante para sentirse bien y aceptable, o lo contrario.

El niño sabrá que existe una serie de artículos que sus padres nunca podrán comprar y puede ver la publicidad en la televisión o los periódicos. El niño o niña y su familia nunca podrán tomar vacaciones juntos en la playa, ni su familia comprará un automóvil, ni tampoco pueden ir a los restaurantes a comer. Asiste a escuelas diferentes de los niños con mejor condición económica, y tiene menos juguetes y menos sofisticados o caros que otros niños.

El niño a menudo oír en su casa la frase de que "no hay dinero" para esto o aquello, y pronto se da cuenta de que su familia es diferente de otras familias que pueden conseguir muchos de estos satisfactores.

Puede haber sentimientos de inferioridad como los ya mencionados, en que la persona se siente personalmente culpable de su pobreza y la atribuye a fallas personales como de inteligencia, suerte, o un destino de sufrimiento. El niño también puede sentirse al margen de la sociedad que tiene valores de consumo, de estudio, de diversiones que requieren dinero. Así se establece una cultura "alternativa" en la que muchos jóvenes rechazan las expectativas y valores de la clase media y prefieren vivir al margen de ellos. En ocasiones se dedican a robar y a conseguir lo que necesitan por estos medios. En la vida real, muchos adolescentes que viven en la pobreza y cuyos padres han sido pobres, no podrán aspirar jamás a adquirir títulos universitarios o de altos estudios por los costos que involucra todo esto, aun en países donde la educación superior es más accesible económicamente. Algunos adolescentes se sienten desesperanzados, resentidos, frustrados y traicionados por la sociedad, transformándose en personas que rechazan estos valores y adoptan los de su propia microcomunidad (lealtad, robar a otros, etc., como sucede en las pandillas).

Se sabe que la autoestima es un factor de protección de gran importancia contra la psicopatología, y que protege al niño de sucumbir a las experiencias adversas. La autoestima es el concepto que se tiene de sí mismo, el valor del niño como persona, si merece ser respetado o si merece ser feliz en el futuro.

El niño que tiene un concepto adecuado de sí mismo, tiene mayor optimismo respecto al futuro, persiste más fácilmente en sus esfuerzos (sin darse por vencido tan fácilmente ante las adversidades) y siente que merece respeto: cuando otros lo tratan mal, protesta o se aleja de la situación de maltrato. Por el contrario, el niño que tiene un autoconcepto pobre puede sentir que merece que lo traten mal, que no tiene derecho a estar bien, y que si algo malo le sucede, es parte inevitable de su vida (fatalismo). La persona con mejor concepto propio, siente que tiene mayor control sobre su futuro y lo que le pasará, aunque su grado de control no sea diferente del de otra persona que tiene una sensación de estar gobernado por el destino, sin poder hacer nada para cambiarlo. La actitud del niño ante las adversidades, los sucesos desfavorables, etc., determina si intentará hacer algo para remediar su situación o siente que no puede hacer nada.

Discriminación. En muchos países, los niños que viven en la pobreza, como se mencionó antes, sufren además de la pobreza *per se*, los efectos de la discriminación o segregación. En Estados Unidos los niños de grupos étnicos latinos, afroamericanos o indígenas norteamericanos sufren además de un mayor o menor grado de discriminación racial adicional a la económica. En Latinoamérica también existe la discriminación racial respecto al origen indígena o a los rasgos físicos indígenas (piel oscura, color del pelo, características culturales y de origen geográfico, etc.). En este segmento no se abordará la discriminación racial, sino más bien la debida a la posición económica.

El niño que crece en una familia donde hay pobreza marcada, sufrirá también los efectos de la discriminación por esa causa. La clase social pobre se hace evidente en muchos aspectos. Por ejemplo, en el acento al hablar, en la elección de vocabulario. El adolescente se dará cuenta de que el que habita en determinadas colonias o barrios de la ciudad forma parte de una comunidad menospreciada o evitada. Su educación, alimentación, vestido, amistades, etc., estarán determinados por su capacidad económica y los estigmas asociados con la clase socioeconómica baja. A pesar de la ideología que sugiere la igualdad de todas las personas, pronto se dará cuenta de que no tendrá acceso a ciertas instituciones, escuelas, clubes y grupos debido a su origen y características "indeseables" de clase socioeconómica baja.

Riesgos de trastornos psicológicos. Hay una clara asociación entre la vida en medio de la pobreza y el riesgo de sufrir algún trastorno conductual o emocional (21). Esto se ha observado en varios estudios con grupos de niños que viven en la pobreza en comparación con niños de otros grupos socioeconómicos (24). La asociación es con problemas de externalización tanto como de internalización. Entre los primeros está el mayor riesgo de tener dificultades interpersonales o conducta agresiva: mentir, robar, resolver conflictos por medio de la violencia, desobedecer y actuar en forma agresiva en la escuela. Entre los segundos está la depresión. Probablemente estos efectos ocurran por vías diferentes, pero en el contexto de una situación económica precaria que hace más posible que el niño esté expuesto a factores de estrés importantes y a conflicto marital y familiar crónico (25). En cuanto a los síntomas de internalización, se piensa que la depresión y ansiedad más altas en los niños expuestos a la pobreza (26) se deben sobre todo al efecto que esta tiene en los padres del niño (que lleva a que los padres usen métodos más violentos para tratar a sus

hijos). Por contraste, los de externalización podrían estar más directamente ligados a las condiciones económicas, que llevan en el caso de privación grave a tener que robar para subsistir, incluso para comer.

Se ha observado empíricamente que la pobreza pone al niño en mayor riesgo de exposición a factores de estrés asociados con la aparición de trastornos emocionales y de conducta (por ejemplo, falta de supervisión por parte de los padres, mayor conflicto matrimonial entre ellos, uso de formas de disciplina más coercitivas, y menos oportunidad de recibir apoyo emocional y calidez de sus padres). Esto, además de las experiencias internas individuales descritas anteriormente.

Uno de los resultados que más preocupan es la aparición de trastornos en el funcionamiento psicológico y emocional del niño. Entre estos están la depresión y los trastornos de conducta (27, 21). Esto último significa un mayor riesgo de conducta antisocial en el niño, problemas de agresión y el uso de la fuerza para resolver problemas, inclusive con los miembros de su familia. Si esto persiste, tenderá a perpetuar el ciclo de violencia intrafamiliar en la siguiente generación.

Foncerrada ha descrito algunos de los efectos observados en su trabajo con niños y familias pobres en México. Las tres condiciones antes descritas favorecen vivir en una área de mayor pobreza y riesgo social, con pobres condiciones de higiene y en hacinamiento por el costo alto de la vivienda (28).

f. Efectos de la pobreza sobre la familia

La pobreza predispone a que la adolescente tenga un embarazo a una edad más temprana, en comparación con las muchachas que viven en mejores condiciones económicas. El embarazo en la adolescencia a su vez conlleva un mayor riesgo de que el hijo viva en una familia de un solo padre (madre soltera) y también de que seguirán viviendo en la pobreza. Entre los niños cuyas madres los tuvieron durante la adolescencia es también más frecuente que ellos mismos sean sexualmente activos y procreen más temprano.

Efectos en la crianza de los niños. Es importante que el clínico sea capaz de comprender la conducta de los padres en su contexto económico y cultural. Cuando se está frente a una familia individual es fácil ver qué problemas tienen los padres con la crianza de los niños y atribuirlos a la psicopatología individual de los padres. Además de esto, es necesario ver su conducta como una respuesta a una situación de problemas múltiples y crónicos en que se sienten atrapados, con muy poca posibilidad de escapar de la pobreza, lo que genera un sentimiento crónico de frustración en muchos adultos.

La privación económica plantea a los padres una serie de problemas muy importantes. Estos están relacionados con la obtención de alimentos, la asignación de prioridades para los gastos, el pago de la renta y la incertidumbre crónica sobre el futuro propio y el de los hijos. Además, representa una frustración constante al impedirles satisfacer necesidades importantes. Se ha observado empíricamente que ante este nivel alto de estrés, es mucho más difícil responder con empatía a las demandas y conducta difíciles de los niños, incluso los más pequeños (27, 25).

De tal manera, los padres en general tienen menos paciencia con sus hijos, y más frecuentemente recurren al uso de la fuerza o agresión para disciplinar a sus hijos, o bien a

los castigos, en lugar de tratarlos con empatía, razonar con ellos y hablar acerca de sus emociones. También tienden a responder en forma más errática a las conductas de sus hijos, lo que puede producir un patrón de inconsistencia. Es decir, que a veces no responden a las transgresiones del niño porque podrían estar abrumados, mientras que en otras ocasiones podría responder en forma exagerada a una transgresión menor. También preocupa el hecho de que, aunque no haya castigos per se, los padres tienden a mostrar menos calidez emocional y empatía hacia sus hijos, simplemente porque no disponen de estos recursos emocionales, abrumados por sus otras dificultades. También, por no haber sido ellos mismos objeto de estas respuestas en su niñez, transcurrida en medio de la pobreza.

Cuanto mayor sea el número de estresores, y cuanto más graves o serios sean estos, más se comprometerá la capacidad del adulto (padre o madre) para resolverlos y hacerles frente. También, la energía que tienen los padres podría invertirse primariamente en lograr la subsistencia de la familia, obligándolos a dejar de lado las necesidades emocionales de los hijos.

Es importante reconocer que la privación económica y los estresores crónicos producen efectos devastadores en la personalidad de los padres, les dejan pocas oportunidades de satisfacción, de gozo de sentirse optimistas y en control de su destino. Entre las madres solteras que tienen hijos pequeños, hay un alto riesgo de sufrir depresión (29)

Efectos en las relaciones familiares y entre las familias. En las familias que sufren de escasez económica actúan mecanismos de supervivencia que a primera vista pueden parecer anormales, pero que son racionales si se considera que favorecen la capacidad de adaptación de las familias a circunstancias adversas.

Hay por ejemplo, un menor grado de límites entre las personas, y menos énfasis en las posesiones individuales. Los niños tendrán que compartir, por ejemplo, sus juguetes, su ropa, sus camas, etc. debido a la escasez de estos satisfactores. Hay menos énfasis en la propiedad individual, puesto que no hay espacio o dinero suficiente para que cada hijo tenga sus cosas individualmente.

Esta situación de escasez de satisfactores materiales es típica de muchos países tradicionales o no industrializados. En las sociedades organizadas de este modo, las características "ideales" de la personalidad son muy distintas de las que son necesarias para triunfar en la sociedad industrializada de economía capitalista. De este modo, la cultura que es determinada por esas condiciones materiales, refuerza ciertas conductas y actitudes que se consideran deseables o virtuosas, mientras desalienta otras. Para dar algunos ejemplos, en la cultura de varios países industrializados se considera adecuado el énfasis en el individualismo, la competencia entre los individuos, y la individuación marcada. El individuo es muy importante y se le enseña al niño desde pequeño a expresar esa individualidad, manifestando, por ejemplo, sus pensamientos o deseos aun si estos contradicen los de sus padres. En cambio, en las sociedades tradicionales se valora más la cooperación, la idea de compartir las cosas con los hermanos y de no intentar sobresalir individualmente. La obediencia se considera como una virtud, así como el respeto a los adultos y a los ancianos. En la cultura moderna se valora lo nuevo, lo cambiante y novedoso. En la tradicional, se venera lo antiguo y se le enseña al niño a los antepasados sin cuestionarlos (30). En cierta forma, los modelos de individuación y crianza que imperan en los países industrializados y que se promueven como los más adecuados podrían estar en contraposición a las habilidades y capacidades que se necesitan para desarrollarse en una sociedad no indus-

trializada. Esta contradicción podría crear en las familias la sensación de estar haciendo algo equivocado, pues la forma "correcta" de criar al niño es como lo indican los libros originados en los países industrializados.

La tendencia a compartir también se observa entre las familias. La familia de los padres puede hacer espacio, por ejemplo, para que los hijos adultos casados vivan con ellos en la misma casa, cuando la joven familia no tiene lo suficiente para pagar una casa o para subsistir. Se establecen entonces modelos informales de cooperación y ayuda mutua. La joven familia podría contribuir a la subsistencia de la familia de progenitores ayudando en los gastos de la casa, o con trabajo doméstico. Cuando viven muchos familiares en una casa pequeña es imperativo tanto el respeto mutuo como la convivencia pacífica y el respeto de los límites entre los subsistemas de las familias.

En el trabajo con familias pobres se ha encontrado, por ejemplo, que con frecuencia hay conflictos por las posesiones materiales. Los hermanos podrían pelearse por ejemplo, por un sweater o un pantalón. Los objetos materiales son muy apreciados y los hermanos pueden competir por el derecho a usarlos. Debido a la costumbre de compartir el uso de la ropa, hay conflictos sobre quién tendrá prioridad en tal o cual ocasión. Los hermanos tienen qué competir más activa o intensamente por el uso de satisfactores que son escasos en la familia. Si estos conflictos ocurren frecuentemente y no se resuelven pueden dar lugar a intensas y crónicas confrontaciones familiares.

Es posible que haya también efectos de género en la forma de hacer frente a la pobreza. En las sociedades más tradicionales los hombres suelen tener prioridad en la obtención de los satisfactores frente a las mujeres. Esto también sería cierto para los hermanos en comparación con las hermanas. Los padres pueden tender a darles preferencia cuando se trata de las raciones de comida o del orden en que se satisfacen las necesidades de los hijos.

A veces no está claro quien tiene prioridad en el uso de estos satisfactores y se producen conflictos entre las familias por el uso del mismo espacio de juego para los niños o por el cruce de fronteras entre las familias. En algunas comunidades hay un intercambio informal de alimentos, herramientas, utensilios de limpieza, etc., que a veces dan lugar a que se perciba una injusticia, y por lo tanto a conflictos entre las familias.

Esta "falta de límites interpersonales" no se debe primariamente a una psicopatología, sino que es el resultado de la necesidad de cooperación económica entre las personas y las familias. Contrariamente a lo que ocurre en muchas familias, los hermanos podrían sentir que uno de ellos tiene la obligación de compartir con los restantes algo valioso o deseable, porque es "su deber"; compárese esto con la idea de la posesión individual que existe en las familias nucleares de clase media.

g. Efectos en el medio social. La cultura "callejera"

Los niños de y en la calle. Hay algunos estudios sobre la situación y características de las familias de los niños que terminan viviendo de la calle, principalmente en Brasil. Entre estos niños hay una alta prevalencia de experiencias de maltrato físico y emocional en la casa, así como pobreza. Algunos de ellos están forzados a trabajar desde muy pequeños para contribuir a la supervivencia de la familia. Se ha descrito entre estos niños la formación de una especie de familia sustituta entre sus compañeros (5), en la que hay reglas

específicas de convivencia, división del trabajo y reparto de la comida, etc. Estos niños están en alto riesgo de ser víctimas de la violencia callejera y la explotación en general. En Brasil y Colombia principalmente, y también en otros países, se han registrado matanzas de grupos de niños por parte de grupos extralegales.

Vivir en áreas con pobreza, malas condiciones y con mayor criminalidad: *El gueto*. La Sra. M. vive con sus dos pequeños hijos en una casa rentada en un barrio pobre de una ciudad pequeña. Mantiene su casa con las ventanas cerradas y a oscuras, explica que casi nunca saca a sus hijos a pasear o a un parque. Cuando el clínico, que ha ido a visitar a la familia a la casa le pregunta por qué hace eso, ella se muestra sorprendida ante la ignorancia del clínico. Dice que su barrio es un "*gueto*", y que por lo tanto las reglas son diferentes. Si abre las ventanas es más factible que los vecinos se entremetan en su vida y ella quiere evitarlos. También dice que en los departamentos vecinos hay personas que venden drogas y que tienen problemas con la ley. A menudo hay balazos en su vecindario, y por eso es mejor mantener todo cerrado, a oscuras y salir de la casa lo menos posible, ciertamente no con sus hijos.

Algunas familias viven en condiciones que son difíciles de imaginar para el clínico. Los trabajadores de la salud tal vez provengan de familias de clase media y puede resultarles difícil imaginarse y entender las condiciones materiales reales de escasez o precariedad en que viven las familias más pobres y las maniobras a las que tienen que recurrir para subsistir.

Cuando se tienen sesiones de evaluación de la salud mental de la familia o el individuo en un consultorio, las familias suelen presentarse en la mejor forma posible. Cuando se hace una visita domiciliaria a esta familia el clínico tendrá más oportunidad de observar las condiciones reales de esta.

Muchas familias que tienen altos niveles de estrés encuentran difícil acudir a las sesiones de psicoterapia en las clínicas, aun cuando no se les cobre mucho dinero. Esto puede deberse a factores de logística, como disponer del tiempo o el dinero necesario para el transporte de la casa al consultorio. Pero más a menudo también se observa resistencia a participar en la terapia por temor a ser criticado, juzgado negativamente o no comprendido realmente por el clínico.

La familia faltará a sesiones repetidamente, y explicará que se debe a la falta de dinero para el transporte, o si disponía de vehículo, dirá que este estaba descompuesto o no había dinero para la gasolina; también citará dificultades para conseguir permiso en el trabajo para faltar unas horas.

Si el clínico visita a la familia, podrá darse cuenta de las condiciones reales en que vive esta y de los factores de tensión asociados con la experiencia de vivir en una colonia o barrio con alta criminalidad, donde los vecinos pueden tener costumbres inaceptables para la familia o puede haber confrontaciones con ellos frecuentemente. Hay mayor número de problemas en un barrio así, como vecinos que violan la ley, mayor oportunidad de agresiones físicas, de robos y de tener "malas compañías" para los niños. Se ha demostrado que las malas compañías tienen un efecto adverso en la conducta social de los niños y adolescentes. En fin, que el niño está expuesto a gran número de situaciones de riesgo y necesita una gran fortaleza para hacerles frente.

4.2.4. La pobreza como reto. Resistencia y éxito

Además de traer consigo una serie de retos y desventajas en la vida (31, 32, 33) la pobreza también puede contemplarse como un reto que se puede afrontar. Además de los efectos negativos, hay algunos que pueden producir un efecto "impermeabilizador" o que aumentan la capacidad del niño o la familia para hacer frente a circunstancias adversas.

El niño que a pesar de las circunstancias adversas logra tener un buen funcionamiento psicosocial, y adaptarse con éxito a ellas puede considerarse como especialmente resistente, y posiblemente en condiciones de menor estrés en el futuro, será capaz de hacer frente a situaciones difíciles sin demasiada dificultad (34).

En cuanto a la familia, se ha observado que las madres, los padres y los hijos tienen que desarrollar estrategias novedosas de supervivencia. Estas pueden consistir en inventar algún objeto no muy costoso que se pueda vender fácilmente, como una artesanía o un pequeño artefacto útil. El niño que tiene que trabajar, si no lo hace sacrificando todo su desarrollo educacional y social, puede tener la sensación placentera de cooperar en el bienestar de la familia y de haber logrado algo bueno con su contribución. En las culturas con mucha pobreza, las familias tienen, además, sistemas de ayuda mutua, que requieren la cooperación entre ellas y la coexistencia pacífica. Estos pueden constituir factores de protección para las familias.

Cuanto mayor sea la interdependencia, más posibilidades hay de una mayor supervisión informal de los niños por parte de las familias vecinas. También pueden ayudarse en casos de una emergencia. En vez de la familia nuclear aislada donde la familia apenas saluda a los vecinos una vez al día, cuanto mayor es la interdependencia mayor es la posibilidad también de recibir apoyo emocional.

En Latinoamérica y en otros continentes hay sistemas de ayuda económica mutua informal por medio de sistemas de cooperación, como las "tandas", etc., en las que los vecinos reúnen su escaso dinero y se lo dan por turnos a cada miembro de la tanda.

El niño que tiene que cooperar para el buen funcionamiento de la familia, puede enseñar, dentro de ciertos límites, responsabilidad, cooperación y la preocupación por otros, lo cual favorece el desarrollo social del niño y la compasión por los demás.

Referencias

1. Knitzer J, Aber JL. Young children in poverty: Facing the facts. *Am J Orthopsychiatry* 1995; 65 (2):74-76.
2. Huston AC, McLoyd VC, García CC. Children and poverty: issues in contemporary research. *Child Dev* 1994; 65:275-382.
3. Huston AC. Children in poverty: Developmental and policy issues. En: Huston AC, ed. *Children in poverty: child development and public policy*. Cambridge: Cambridge University Press; 1991, pp. 1-23.
4. Meyers A, Frank DA, Roos N, Peterson KE, Casey VA, Cupples LA, Levenson SM. Housing subsidies and pediatric undernutrition. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149 (10):1079-1084.

5. Aptekar L. Street children in the developing world: A review of their condition. *Cross-Cultural Research. J Comp Soc Sci* 1994 ; 28:195-224.
6. Pollit E. Poverty and child development: Relevance of research in developing countries to the United States. *Child Dev* 1994; 65:283-295.
7. Danziger SH., Sandefur GD, Weinberg DH. *Confronting poverty*. Prescriptions for change. Cambridge: Harvard University Press; 1994.
8. Kantor D, Peretz A, Zander R. The cycle of poverty. Where to begin? *Family Ther Coll* 1984; 9:59-73.
9. Chase Lansdale PL, Brooks Gunn J, Zamsky ES. Young African-American multigenerational families in poverty: quality of mothering and grandmothering. *Child Dev* 1994; 65:373-393.
10. Korenman S, Miller JE, Sjaastad JE. Long-term poverty and child development in the United States: Results from the NLSY. *Child Youth Serv Rev* 1995; 17 (1-2):127-155.
11. Ray SA, McLoyd VC. Fathers in hard times: the impact of unemployment and poverty on paternal and marital relations. En: Lamb M, ed. *The father's role*. Nueva York: Wiley; 1986, 339-383.
12. Imperatore Blanche E. Alma: Coping with culture, poverty and disability. *Am J Occup Ther* 1996; 50 (4):265-276.
13. Kazdin Schnitzer P. They don't come in. Stories told, lessons taught about poor families in therapy. *Am J Orthopsychiatry* 1996; 66 (4):572-582.
14. Lewis O. The culture of poverty. En: Cooper E, Simic A, eds. *Anthropological essay*. Nueva York: Random House; 1990, pp. 163-170.
15. Gilman R, Marquis GS, Ventura G, Campos M, Spira W, Diaz F. Water cost and availability: key determinants of family hygiene in a Peruvian shantytown. *Am J Public Health* 1993; 83: (11):1554-1558.
16. Givens SR, Moore ML. Status report on maternal and child health indicators. *J Perinat Neonat Nurs* 1995; 9 (1):8-18.
17. Santer LJ, Stocking CB. Safety practices and living conditions at low income urban families. *Pediatrics* 1991; 88 (6):3112-3118.
18. Montgomery LE, Kiely JL, Pappas G. The effects of poverty, race and family structure on US children's health: Data from the NHIS, 1978 through 1980 and 1980 through 1991. *Am J Public Health* 1996; 86 (10):1401-1405.
19. Duncan GJ, Brooks Gunn J, Kato Klebanov P. Economic deprivation and early childhood development. *Child Dev* 1994; 65:296-318.
20. Din AB. Early Development delays and extreme poverty. *Child Soc* 1992; 6 (2):111-124.

21. Masten AS, Miliotis D, Graham Bermann SA, Ramírez M. Children in homeless families: risks to mental health and development. *J Consult Clin Psychol* 1993 ; 61 (2):335-343.
22. Longfellow C, Zelkowitz P, Saunders E. The quality of mother-child relationships. En: Belle D, ed. *Lives in stress: women and depression*. Beverly Hills, California: Sage; 1982, pp. 163-176.
23. Werner EE. Protective Factors and Individual Resilience. En: Meisels SJ, Shonkoff JP, eds. *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press; 1990, pp. 97-116.
24. Raadal M., Milgrom P, Cauce AM, Mancl L. Behavior problems in 5 to 11 year old children from low-income families. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33 (7):1017-1025.
25. Halpern R. Poverty and infant development. En: Zeanah C Jr. *Handbook of infant mental health*. Nueva York: The Guilford Press; 1993. pp. 73-86.
26. McLeod JD, Shanahan MJ. Poverty, parenting and children's mental health. *Am Sociologic Rev* 1993;58 (3): 351-366.
27. McLoyd VC, Wilson L. The strain of living poor. Parenting, social support and child mental health. En: Huston AC. *Children in poverty: child development and public policy*. Cambridge: Cambridge University Press; 1991; 105-135.
28. Foncerrada M. La prevención de trastornos emocionales en la niñez. *Salud Mental* 1993; 6 (2):11-14.
29. Brown GW, Moran PM. Single mothers, poverty and depression. *Psychol Med* 1997; 27:21-33.
30. Quinton D. Cultural and community influences. En: Rutter M, Hay D. *Development through life*. Blackwell Scientific Publications; 1994, pp. 159-184.
31. Lipman EL, Offord DR, Boyle MH. Relation between economic disadvantage and psychosocial morbidity in children. *Can Med Assoc J* 1994; 151 (3):431-437.
32. McLoyd VC. Maternal behavior, social support and economic conditions as predictors of psychological distress in children. En: McLoyd VC, Flanagan C, eds. *New directions for child development*. Vol. 46. Economic stress: Effects on family life and child development. San Francisco: Josey-Bass; 1990, pp. 49-69.
33. Elder G, Nguyen T, Caspi A. Linking family hardship to children's lives. *Child Dev* 1985, 56: 361-375.
34. Garmezy N. Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry* 1993, 56 (1): 127-136.

4.3. Psicoterapia dirigida a familias pobres

Juan Manuel Saucedo García y Jesús Martín Maldonado Durán

Introducción

El tratamiento psicológico dirigido a las familias de bajos recursos económicos es un asunto que interesa tanto a los médicos familiares como a los clínicos de la salud mental. Para su aplicación correcta es necesario dominar ciertos principios derivados de la terapia familiar en sus modalidades aplicables a esta clase social (1). En este capítulo se discutirán tales aspectos, con referencia especial al medio urbano del Distrito Federal. En la descripción de algunas características comúnmente observadas en la estructura de estas familias se aplicarán parámetros ya explicados, tales como jerarquía, límites, alianzas, coaliciones, funciones o papeles, comunicación, flexibilidad y redes de apoyo (2).

Se sabe que en las familias pobres es más difícil satisfacer las necesidades materiales de los hijos y también hay una tendencia a ocuparse menos de los problemas de salud y de cumplir los tratamientos prescritos. En ellas hay tasas mayores de situaciones como padres solteros, divorcio, violencia familiar y niveles más bajos de educación, todo lo cual pone en peligro la salud emocional de los niños. Es indudable que las familias de bajos recursos cuentan con menos elementos positivos para el óptimo desarrollo de los hijos, tales como tiempo disponible de los padres, estimulación, juguetes y libros, papeles modelo y grandes expectativas. En este sentido, las familias de clase media y alta disponen de mayores recursos para favorecer el desarrollo social e intelectual de los pequeños. Sin embargo, la pobreza económica no debe confundirse con la pobreza afectiva, aunque la forma de expresar el afecto varíe según ciertos factores socioculturales (3).

Las familias de escasos recursos pueden ser clasificadas en dos tipos: en uno se encuentran las familias estables y relativamente funcionales que participan en las redes de apoyo constituidas por parientes y amigos y se benefician de las prestaciones sociales estatales y privadas. En otro grupo se hallan las familias disfuncionales que no proporcionan el contexto adecuado para la crianza de sus hijos por su inestabilidad, los efectos secundarios de las limitaciones económicas y la dureza de la vida en las ciudades. (4)

La mayor parte de las consideraciones teóricas sobre la familia se basan en la presunción de que la unidad familiar consta de dos progenitores y sus hijos. Sin embargo, es un hecho que existen muchos tipos de configuraciones familiares y que cada vez es mayor el número de hogares encabezados por madres solteras o divorciadas, así como de parejas que traen a su nueva unión hijos concebidos en relaciones anteriores. Las alteraciones en la unidad familiar son muy comunes, debido a lo cual muchos niños experimentan el divorcio o la separación de sus padres. Y si se considera que actualmente hay una tendencia al predominio de las familias nucleares sobre las extensas, se deduce que las madres solteras o divorciadas están tremendamente solas y muchas veces sin el apoyo que antes proporcionaban las redes familiares extensas. A la mayor frecuencia del divorcio y de madres solteras se asocia muchas veces el estrés de la pobreza y la presencia de padrastros y hermanastros. Así se combinan los efectos estresantes de las situaciones familiares anómalas y de la pobreza, lo cual puede generar dificultades psicológicas en los miembros de la familia. (5)

4.3.1. Influencia de la familia sobre los niños

Existen muchas influencias familiares sobre la conducta de los niños. Quienes han crecido en hogares infelices o desintegrados presentan más posibilidades de tener hijos ilegítimos, de llegar a ser madres adolescentes, de formar un matrimonio infeliz y de sufrir separaciones y la disolución del vínculo matrimonial. Hay mayor posibilidad de dificultades en la crianza cuando los padres se encuentran deprimidos, crónicamente ansiosos o sufren de otras forma de trastorno mental. La crianza también es más problemática en medio de la pobreza y las deficiencias habitacionales. La discordia familiar es mayor cuando las madres trabajan y viven en áreas urbanas, especialmente si no hay adultos con quienes compartir las tareas del cuidado de los niños pequeños. El factor protector más poderoso lo constituye la existencia de un matrimonio armonioso con una pareja sin psicopatología (6).

Los padres aprenden de sus propias experiencias en la crianza de los niños, pues con el primogénito tienden a responder en forma diferente que con el resto de sus hijos. Las influencias en la educación también dependen de las características de los niños. Hay más dificultades en la crianza de los varones, los niños de temperamento difícil atraen más la crítica de los padres y los niños agresivos tienden a despertar actitudes inadecuadas en ellos.

Características de las familias pobres. Desde el punto de vista puramente psicológico no hay nada especial en las familias de bajos recursos, pero se sabe que en ellas se presentan más trastornos de conducta en los hijos. Una de las consecuencias sociales de la pobreza puede ser la falta de acceso a los servicios de ayuda psicológica (7). Esto sin olvidar que debido a la naturaleza heterogénea de los marginados, lo que funciona bien con un grupo no funciona necesariamente bien con otro. Los pobres tienden a presentar ciertas deficiencias verbales y conceptuales, a carecer de introspección en sus actitudes hacia la vida y a preferir la acción sobre la abstracción y la verbalización. Existe en ellos escasa motivación para seguir un tratamiento psicológico prolongado. Frecuentemente esperan que el terapeuta les dé directivas, consejos y atienda incluso sus problemas físicos y ejerza con ellos una actitud firme y estructurada. (8) Los psicoterapeutas generalmente proceden de la clase media y necesitan hacer esfuerzos, no siempre exitosos, para aplicar los principios de la terapia familiar a pacientes que viven en un ambiente socioeconómico tan diferente.

Para el clínico que trabaja con estas familias puede ser difícil entender el sistema de valores y las prioridades de una familia crónicamente pobre. Es útil darse cuenta de los numerosos factores de estrés que enfrenta la familia y recordar que cuando se presentan muchas situaciones estresantes a la vez, todas las personas tienden a funcionar en forma menos eficiente. Situaciones tales como la falta de dinero, fracasos escolares de los hijos, problemas de salud en otro familiar, dificultades en el trabajo, preocupaciones por la vivienda, etc., tienden a deteriorar el funcionamiento de los individuos, sobre todo si se presentan simultáneamente.

Orientación hacia el presente. El clínico puede sentirse frustrado por el hecho de que la familia parece no poder organizarse para prevenir problemas en el futuro como, por ejemplo, pensar en la educación de los hijos. Es comprensible que cuando lo más importante es la subsistencia diaria no se establecen patrones de conducta dirigidos a situaciones del futuro distante si la familia se encuentra abrumada por problemas del momento.

Las personas que han estado expuestas a situaciones difíciles o dolorosas pueden desarrollar mecanismos defensivos de protección psicológica susceptibles de ser mal interpretados. Una de esas interpretaciones negativas puede ser percibir que el paciente "no tiene las reacciones apropiadas" a la situación adversa que está experimentando. En el hospital, por ejemplo, al darle una noticia devastadora a la madre sobre la salud de su hijo, si ella no irrumpe en llanto y parece reaccionar fríamente, esto puede ser interpretado erróneamente como un signo de que realmente no le importa su hijo. Al enterarse más de la situación de la madre, podría descubrirse que ha tenido muchas pérdidas y vivido otras situaciones difíciles, como la privación económica, y en ese contexto la enfermedad del hijo es "una cosa más" dentro de un mar de problemas.

4.3.2. Puntos relevantes en el aprendizaje de la terapia familiar

Abandono de enfoques individualistas. La terapia familiar constituye no solo un método psicoterapéutico sino también una forma de entender problemas humanos basado en las relaciones que el paciente mantiene con quienes le rodean. Cuando estas relaciones son disfuncionales, se busca modificarlas mediante el empleo de ciertas técnicas directivas (9). La mayoría de los psicoterapeutas han recibido una enseñanza que enfatiza la dinámica intrapsíquica y da poca importancia al contexto familiar y social como elemento determinante de la conducta humana. La mente de cada miembro del grupo es uno de los factores más importantes en el sistema familiar, pero de ninguna manera se trata del único ni es necesariamente el más importante. La terapia familiar opera con la visión de que el hombre es parte de su medio ambiente y enfatiza la disfunción dentro de la familia como el foco por cambiar. Lo que se identifica como problema del hijo está localizado dentro de la complejidad de la familia en desarrollo, su organización y los múltiples patrones de relación interpersonal que se repiten. Las técnicas de tratamiento se dirigen preferentemente a modificar esos patrones disfuncionales que se dan en el grupo primario. Para hacerlo no es requisito indispensable reunir siempre a todos los miembros de la familia en la terapia, sino considerar los síntomas en términos de relaciones interpersonales e investigar las funciones que poseen dentro de la dinámica familiar (10). A veces se entrevista al subsistema de los padres, al paciente a solas, a la familia nuclear, a los abuelos, etc. Siempre se tienen en mente las interacciones entre ellos como los factores que perpetúan los síntomas psicológicos; sin embargo, no se pretende hacer de la familia el receptáculo de los problemas como antes se hizo con el individuo, sino más bien investigar cómo ha influido el contexto ambiental en la generación o el mantenimiento de la psicopatología y utilizar las relaciones interpersonales en el tratamiento. Sí se requiere, en alguna medida, abandonar enfoques previos no sistémicos para poder entender plenamente este paradigma diferente, sin que se pretenda subestimar los enfoques individuales que promueven la intervención a niveles emocional, conductual o cognoscitivo. Se trata solo de favorecer las experiencias concretas con efectos interpersonales como mediadoras del cambio terapéutico. En el caso de las familias pobres, a la interdependencia emocional suele agregarse la económica, para hacer posible la supervivencia ante la limitación de los recursos materiales.

Énfasis en el aquí y el ahora. Cuando los terapeutas empiezan a practicar la terapia familiar encuentran difícil observar y promover interacciones entre los miembros de la familia durante las entrevistas, perdiéndose a veces en exploraciones del pasado demasia-

do prolongadas o tratando de estimular la expresión verbal de las emociones. Estas técnicas corren el riesgo de llegar a constituir una forma distorsionada de terapia individual frente al resto de la familia. Durante la fase de evaluación es más importante percatarse de los parámetros señalados en el capítulo relativo a la psicodinamia familiar: quién o quienes ostentan la mayor jerarquía en el grupo, quiénes se hablan y quiénes no lo hacen, quién es confirmado o desconfirmado en sus intervenciones, dónde parece haber alianzas y coaliciones, de qué manera se marcan límites a las conductas, a quién se le asigna un papel negativo, qué tipos de relación afectiva prevalecen, cuáles son los patrones habituales de comunicación, etc. (11, 12, 13, 14). No es que la exploración de lo vivido previamente carezca de importancia, pero en las fases iniciales de la terapia es primordial conocer los factores transaccionales del presente, por ser estos los que mantienen los síntomas. Los elementos relevantes del pasado generalmente se manifiestan espontáneamente en las interacciones del presente, y hay que saber identificarlos. Son las manifestaciones actuales las que deben ser tratadas, especialmente en el caso de las familias pobres, para quienes lo pasado es mucho menos relevante que la situación actual. La comprensión de lo previamente vivido puede ser útil, pero no es una condición indispensable para producir el cambio buscado. Mucho más indicado es que el terapeuta determine cuál es el problema en términos de interacciones que suceden antes y después de la aparición del síntoma, qué tipos de soluciones se han intentado y si en lugar de corregirlo lo han reforzado, etc. Siguiendo este enfoque, las interpretaciones del terapeuta no intentan precisamente facilitar el "*insight*" en los pacientes, sino más bien promover cambios en los patrones de las relaciones vigentes.

Empleo de técnicas directivas. Las familias pobres disfuncionales tienden a presentar una estructura desorganizada, con límites escasamente definidos y baja estabilidad, razones por las cuales el terapeuta debe emplear técnicas directivas para promover en ellas una mejor organización. (15) La asignación de tareas concretas es particularmente efectiva en el tratamiento de las familias pobres porque sus miembros están más inclinados a la acción que aquellas con mayor sofisticación intelectual. Puede llegar a ser muy útil hacer modificaciones en el "mapa" de la familia (cambiándolos de silla durante la entrevista con el propósito de marcar límites, o deshacer alianzas, solicitándoles una distribución diferente al acostarse, al sentarse a la mesa, etc.), por aberrante o irrespetuoso que parezca a quienes han seguido una línea tradicional en psicoterapia. Al seguir este enfoque, el terapeuta asume una mayor responsabilidad en cuanto al logro de resultados positivos. Se planea una estrategia después de definir el problema en términos sistémicos (es decir, para qué le sirve el síntoma al sistema, cuáles interacciones contribuyen a perpetuarlo y cómo propiciar que el síntoma no sea más necesario para el mantenimiento del sistema), y se encamina a la familia como el caso lo requiera, sin dejar de ser respetuoso. Se puede decir de este método que incluye técnicas de manipulación, si bien de carácter positivo.

Papel de los factores individuales. Uno de los riesgos que enfrenta el terapeuta cuando sigue el enfoque sistémico en la terapia familiar es el de subestimar la influencia de los factores individuales en la psicopatología e incluso hacer caso omiso de los diagnósticos psiquiátricos. Si se considera que las interacciones y los procesos repetidos son los únicos factores determinantes de la sintomatología se cae en el riesgo de ser un "ingeniero de la conducta", actitud reduccionista tan absurda como considerar solo al psiquismo individual en el origen de la conducta humana. Las fuerzas internas (intrapésicas) y las externas (interaccionales) son inseparables y coexisten en forma interdependiente. La adhesión

exclusiva al enfoque de la "caja negra", según el cual se toman en cuenta solo las relaciones interpersonales para luego tratar de modificarlas, conduce a perder las posibilidades terapéuticas de la psicología individual, además de partir de la suposición errónea de que todo deriva de las transacciones familiares, sin considerar el psiquismo de cada miembro del sistema. Es absurdo negar los factores individuales, pues para cambiar el sistema se requiere que los individuos se cambien unos a otros (16).

Actitudes ni derrotistas ni paternalistas. El trabajo clínico con familias que viven en la pobreza es difícil, pues el terapeuta puede fácilmente atribuir todos los problemas a la situación económica y dejar de lado los aspectos humanos de la problemática familiar, los cuales no necesariamente son causados por la pobreza. Al ser expuestos a las múltiples deficiencias instrumentales que las familias pobres pueden sufrir (desempleo, carencia de vivienda digna, desnutrición, ignorancia, enfermedades, etc.) el terapeuta puede caer en la desmoralización y el derrotismo, y llegar a la conclusión de que nada puede lograrse sin modificar primero las condiciones socioeconómicas. El clínico solo puede actuar en lo que está a su alcance y debe aceptar sus limitaciones reales. Muchas familias experimentan mejoría cuando se les ayuda a desarrollar habilidades que están latentes y que han mostrado ser efectivas en otras familias pobres más funcionales. Es necesario también evitar caer en el error de ejercer una generosidad inapropiada llevado por las necesidades ingentes de los pacientes y por sus demandas más o menos explícitas. Otro riesgo que enfrenta el clínico es el de sentirse culpable por la situación de estrés elevado y conflictos que enfrenta la familia. Entonces puede identificarse con algunos de sus miembros y tratar de "salvarlos" de sus dificultades con intervenciones que no son propiamente terapéuticas, como la ayuda material. Las actitudes sobreprotectoras no promueven que la familia asuma la responsabilidad de cambiar su funcionamiento sin depender en exceso de las acciones del terapeuta.

En los países desarrollados la falta de coordinación entre las diversas agencias de asistencia social puede constituir un problema en la atención de las familias de bajos recursos. En cambio, en los países latinoamericanos este problema casi no existe debido a lo limitado de los apoyos sociales. Pero en ocasiones la intervención de las agencias estatales constituye un problema en sí misma. A veces se tiene que luchar contra el sistema burocrático o la corrupción de aquellos que tratan de obtener beneficios personales de tipo político o económico y que lejos de ayudar a los necesitados, los explotan. Ante tales limitaciones, quizá la mejor actitud sea que el terapeuta intervenga tanto como sus posibilidades y limitaciones se lo permitan, sin caer en actitudes paternalistas ni derrotistas. Las familias pueden experimentar una mejoría sorprendente cuando el terapeuta les infunde confianza en sus capacidades y les ayuda a modificar interacciones disfuncionales.

Respeto a la jerarquía y tipo de comunicación. En el intento por ayudar a la familia desorganizada y sin recursos, el terapeuta puede caer en el error de prolongar demasiado la relación de dependencia del grupo con él. Si bien al principio de la terapia conviene que el terapeuta propicie esa dependencia, es deseable que al avanzar el tratamiento los pacientes se encarguen cada vez más la responsabilidad de resolver ellos mismos sus conflictos y que la autoridad del terapeuta vaya cediendo paulatinamente. Cuando termina la terapia es preferible que los miembros de la familia piensen que la solución del problema se debió más al esfuerzo de ellos mismos que a las intervenciones del clínico. Para ello es necesario que este tenga suficiente confianza en sí mismo y no requiera del reconocimiento de la familia para sentirse satisfecho. El terapeuta debe considerar que, si bien él ocupa la jerarquía más alta en las sesiones como se recomienda al seguir este enfoque, la familia regre-

sa a su casa donde es crucial que el hijo respete la autoridad de sus padres. Siempre es recomendable ayudarles a salvar las apariencias a fin de que no quede disminuida la autoridad de los padres delante de los hijos por más que hayan incurrido en errores evidentes. De esa manera se facilita el respeto a la jerarquía y también se propicia que regresen a las sesiones subsiguientes.

También es necesario que el terapeuta no utilice con estas familias un lenguaje demasiado sofisticado que no esté a tono con quienes tienen escasa escolaridad. Con este enfoque no es necesario que los pacientes entiendan por qué han surgido sus problemas psicológicos y no siempre es necesario explicarles su etiología. Es preferible que el clínico dirija sus intervenciones a ayudarlos a superar sus dificultades mediante las técnicas apropiadas.

7. No excluir las visitas domiciliarias. Cuando el clínico tiene la oportunidad de visitar la casa de la familia con que trabaja, la visita le permitirá reconocer de primera mano la situación en que vive su paciente. La observación del barrio o vecindario donde vive la familia, las condiciones físicas y de aseo de la vivienda, el número de personas que ahí conviven, etc., le dará inmediatamente alguna información sobre las dificultades que enfrentan y también puede ayudarle a investigar qué recursos materiales y emocionales tiene la familia para hacer frente a los problemas. Selma Fraiberg (17) describió su trabajo terapéutico en el domicilio de sus pacientes y lo llamó "psicoterapia en la cocina", que practicó sobre todo con familias de niños muy pequeños. El propósito de ese nombre es subrayar las ventajas de acercarse a la familia sin prejuicios, hablar con la madre acerca de su hijo y en forma sutil hacer comentarios sobre la situación. Si, por ejemplo, el niño llora o pide algo, el terapeuta puede hacer una observación al respecto, traduciendo para los padres lo que él cree que significa la conducta del niño. También trata de obtener la confianza de la familia, que poco a poco va revelando su experiencia en situaciones difíciles, permitiendo así reflexionar sobre ellas, verlas de otra manera al través de la ayuda de una tercera persona, y de este modo disminuir sus efectos negativos.

La visita domiciliaria puede tener efectos muy benéficos. De hecho, al revisar las intervenciones con familias para prevenir la incidencia de maltrato de los hijos, los programas que han tenido más éxito son aquellos que tienen un componente de visitas domiciliarias en forma extendida (18, 19, 20). Estas visitas ayudan a disminuir la sensación de aislamiento de muchas familias y les proporcionan apoyo emocional y soluciones o intervenciones prácticas. La visita en el consultorio del médico o el terapeuta puede crear una situación un tanto artificial, mientras que en el domicilio todo tiende a desarrollarse como en la vida real. Las visitas domiciliarias suelen ser difíciles en grandes ciudades con problemas de transporte; sin embargo, no debe subestimarse su posible impacto terapéutico. Aunque el tratamiento no se conduzca en el domicilio, una visita puede ayudar mucho al clínico a entender mejor la situación real del paciente y su familia.

8. No excluir a la familia extensa. La incorporación de las mujeres a las actividades económicas ha traído consigo más horas de trabajo para la mujer, que ya no se limita a las labores domésticas. Una proporción cada vez menor de los arreglos conyugales se ajusta al arquetipo del hombre como único proveedor y la mujer esposa como ama de casa. Tal arquetipo solo se encuentra actualmente en el 52% de los hogares mexicanos, pues ante la crisis económica y las transformaciones demográficas y sociales las unidades domésticas tienden a colocar a un mayor número de sus integrantes en actividades remuneradas (21). Para el cuidado de los niños pequeños se prefiere recurrir a los parientes a causa de

la insuficiencia de guarderías que cubran el tiempo laboral de las madres. Esto pone al menor muchas horas al día bajo la influencia de otras personas y hace más complejas las relaciones en la familia. En México, aunque el hogar nuclear sigue siendo el más frecuente, los últimos censos han mostrado el incremento de los hogares no nucleares. Están comprendidos en estos los hogares extensos y los compuestos que, a diferencia de los nucleares, incluyen hijos casados con sus familias, otros parientes y no parientes (22).

Cuando es evidente la influencia indeseable de algún miembro de la familia extensa, hay que evitar la tentación de excluirlo con el objeto de marcar ciertos límites. La intrusión de abuelos, tíos y demás familiares puede dificultar el ejercicio adecuado de la autoridad de los padres e incluso propiciar alianzas no funcionales. Esto ocurre, por ejemplo, en el caso de la madre que carece de pareja y donde la abuela trata de compensar al niño por la ausencia de su padre mostrándose demasiado indulgente con él y saboteando la autoridad de la madre. El terapeuta enfrenta el riesgo de actuar en forma inapropiada contra la abuela al percatarse del papel que esta desempeña, y en su deseo de promover en el pequeño una disciplina más adecuada puede intentar excluirla de la vida del niño. Es preferible tratar de establecer una alianza con ella para que se respete su figura y se aprovechen sus habilidades en el proceso terapéutico, pues de otra forma se corre el riesgo de desaprovechar las ventajas de contar con los abuelos y otros parientes. Además, no es infrecuente que cuando se trata de excluir a alguno de sus integrantes, la familia deje de acudir a la terapia por la amenaza que esto representa para la homeostasis del sistema. En gran medida, el arte de la terapia familiar consiste en ayudar a la familia a alcanzar un equilibrio más funcional sin realizar amputaciones psicológicas dolorosas. La meta no debe ser alejar a los parientes para promover el modelo de la familia nuclear, pues todas las familias, especialmente las de escasos recursos, necesitan la ayuda de familiares y amigos.

9. Usar redes de apoyo no familiares. La función básica de las redes de apoyo no familiares consiste en las acciones de solidaridad que facilitan el cuidado y la crianza de los hijos y compensan deficiencias tales como la ausencia de los padres, las limitaciones económicas, etc. Las redes de apoyo están constituidas por amigos y vecinos, además de las iglesias y las agencias sociales de los sectores público y privado. La carencia de este tipo de apoyo facilita el surgimiento de formas de patología social como el maltrato de menores.

La importancia trascendental de las redes de apoyo para las familias ha quedado de manifiesto en diversos estudios socioantropológicos. En uno de ellos se muestra que la mortalidad infantil en las familias pobres es significativamente menor cuando se cuenta con redes de apoyo familiar y social. (23) En otro estudio se encontró que, para sobrevivir, los marginados forman redes de apoyo basadas en la vecindad y el intercambio recíproco de bienes y servicios (24). Los vecinos no emparentados tienden a integrarse a tales sistemas mediante el compadrazgo y el "cuatismo" o amiguismo. Así se generan lazos de parentesco ficticio donde no hay consanguinidad, y se suplen los efectos de la inseguridad laboral mediante la ayuda mutua. Con esto se confirma que las familias de los marginados sobreviven gracias a una organización social sui generis donde las carencias se compensan mediante el apoyo mutuo.

10. Empatía versus discriminación. Para el clínico que trabaja con estas familias puede ser difícil entender el sistema de valores y las prioridades de una familia crónicamente pobre. Cuando hay muchas situaciones estresantes simultáneas, las personas tien-

den a funcionar de manera menos eficiente. La falta de dinero, los problemas con los niños en la escuela, enfermedades de los miembros de la familia, dificultades en el trabajo, preocupaciones por la vivienda, etc., son presiones que pueden aparecer simultáneamente y deteriorar el funcionamiento cognoscitivo. En estas circunstancias puede ser que una persona se sienta abrumada, atienda solamente a uno o dos de los problemas más inmediatos y sienta que no puede hacer nada respecto a los demás. Los factores de estrés para esta familia pueden incluir hechos tan cruciales como no tener dinero para pagar la renta o para comprar comida. Bajo estos estresores, los padres se sienten frustrados, están más irritables y hablan con más aspereza a sus hijos. Cualquier persona, aunque tenga una salud mental adecuada, tiende a sentirse sobrecargada tanto cognoscitiva como emocionalmente cuando los problemas se acumulan: su funcionamiento psicosocial se deteriora y reacciona en forma más negativa ante los problemas pequeños de la vida diaria. El clínico puede fácilmente percibir a la familia como "gente rara o difícil" que experimenta las cosas de modo muy diferente al suyo. Es fácil criticar a una madre porque no resolvió un problema relacionado con la escuela de su hijo, como comunicarse con la maestra; pero si se considera el lugar que ocupa este asunto en una lista de prioridades que incluye dificultades mayores, se puede apreciar mejor el mecanismo de que se vale la familia para resolver o no los problemas. Es común describir a las familias pobres como desorganizadas, con limitaciones intelectuales y aún con experiencias de lo moral muy diferentes a las nuestras. Estos prejuicios llevan a que, si se echa la culpa a las familias pobres por su pobreza y sus dificultades, sea más tolerable no ofrecerles servicios (25, 26) El mecanismo de defensa en operación consiste en que el terapeuta, sintiéndose abrumado por el grado de dificultades que enfrenta una familia, las atribuya, sin excepción, a "la culpa de la familia", a su desorganización y valores inferiores y termina por decidir que no se la puede ayudar. Es recomendable que el clínico tenga una actitud observadora, neutral y de respeto a la familia con la que trabaja, reconozca sus esfuerzos por enfrentar situaciones problemáticas múltiples (27) y tal vez empatice con sus miembros, al pensar cómo funcionaría uno mismo si se viera en medio de tales situaciones.

11. Reacción de la familia ante el clínico. Se ha estudiado la percepción de los padres de familias pobres respecto a las personas que tratan de ayudarlos, y la percepción que tienen de los profesionales tiende a no ser satisfactoria. Muchos de ellos se consideran fríos, no involucrados emocionalmente, como alguien que desapruueba lo que hacen y no les brinda nada (28). Resulta difícil ganarse la confianza de la familia y disipar las sospechas que la familia podría tener respecto a la motivación o competencia del terapeuta que intenta ayudarlos.

En el trabajo clínico con familias con muchos factores de riesgo y dificultades económicas crónicas, es útil que el clínico reciba un entrenamiento específico sobre la manera de responder a las situaciones que enfrenta una familia y cómo mantenerse enfocado en los problemas que ayudará a resolver. Puede ser útil para el terapeuta en formación, conocer historias de casos similares, que le ayuden a saber cómo adentrarse en la familia y entender cómo se toman las decisiones, se evalúan las prioridades y por qué la familia "no hace lo que debería hacer"(26).

Referencias

1. Saucedo García J. Medicina y psicoterapia con enfoque familiar. En: Instituto de

- Investigaciones Jurídicas. *Anuario Jurídico XIII*. México: UNAM; 1986, p. 233.
2. Saucedo García J. Psicología de la vida en familia: una visión estructural. *Rev Med IMSS* 1991; 29:61-67.
 3. Shor EL. Influencia de la familia en la salud infantil. En: Coleman WL, Taylor EH, eds. *La familia y el pediatra: principios, problemas y métodos clínicos*. Clín Pediatr N Am Vol. 1, México: Interamericana-McGraw-Hill; 1995, pp. 81-93.
 4. Minuchin S, Montalvo B, Guerney B, Rosman B, Schumer F. *Families of the slums*. Nueva York: Basic Books; 1967.
 5. Dunn J. Family influences. En: Rutter M, Hay D, eds. *Development through life. A handbook for clinicians*. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1994 p. 112.
 6. Rutter M. Other family influences. En: Rutter M, Hersov L. *Child and adolescent psychiatry. modern approaches*. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1985, p. 71.
 7. Aponte H. Underorganization in the poor family. En: Guerin P, ed. *Family therapy. Theory and practice*. Nueva York: Gardner Press; 1976, p. 432.
 8. Riesman F, Cohen J, Pearl A. *Mental health of the poor*. Nueva York: Free Press of Glencoe; 1964.
 9. Madanes C. Strategic family therapy. En: Gurman A, Kniskern D. *Handbook of family therapy II*. Nueva York: Brunner and Mazel; 1991, p. 396.
 10. Haley J. *Problem solving therapy*. San Francisco: Jossey Bass; 1987.
 11. Chagoya L. Dinámica familiar y patología. En: Dulanto E. *La Familia. Medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano*. México: Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México; 1975, p. 25.
 12. Hoffman L. *Foundations of family therapy*. Nueva York: Basic Books; 1981.
 13. Minuchin S, Fishman Ch. *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Piados; 1984.
 14. Saucedo García J, Foncerrada M. La exploración de la familia. Aspectos médicos, psicológicos y sociales. *Rev Med IMSS* 1981; 19:155-163.
 15. Minuchin S. *Families and family therapy*. Cambridge: Harvard University Press; 1974.
 16. Colapinto J. Structural family therapy. En: Gurman A, Kniskern D, eds. *Handbook of family therapy II*. Nueva York: Brunner and Mazel; 1991, p. 417.
 17. Fraiberg S. The muse in the kitchen. A case study in clinical research. En: Fraiberg S, ed. *Selected writings of Selma Fraiberg*. Columbia: The Ohio State University Press, 1987, p. 65.
 18. MacMillan HL, MacMillan JH, Offord DR, Griffith L, MacMillan A. Primary prevention of child physical abuse and neglect. A critical review. Part 1. *J Child Psychol Psychiatry* 1994; 35:835-874.
 19. Provence S, Naylor A. *Working with disadvantaged parents and children*. Scientific

- issues and practice*. New Haven: Yale University Pres; 1983.
20. Lally RJ, Mangione PL, Honig AS. The Syracuse University Family Development Research Program. Long-range impact on an early intervention with low-income children and their families. En: Powell D, ed. *Parent education as early childhood intervention. Emerging directions in theory, research and practice*. Norwood NJ: Ablex; 1988, pp. 79-104.
 21. Welti C. (Citado por de Barbieri) *Demos* 1988: 24.
 22. Leñero L. Diversidad y cambio en las familias mexicanas. *Demos* 1989: 11.
 23. Bronfmann M. *Mortalidad infantil temprana y estructura familiar*. Conferencia en el Hospital de Pediatría, CMN Siglo XXI, IMSS, 4 de abril de 1990.
 24. Lomnitz L. *Cómo sobreviven los marginados*. México: Siglo XXI; 1975.
 25. Kagan J. Three pleasing ideas. *Am Psychol* 1996; 31:900-908.
 26. Kazdin Schnitzer P. They don't come in. Stories told, lessons taught about poor families in therapy. *Am J Orthopsychiatry* 1996; 66:572-582.
 27. Stoleru S, Morales Huet M. *Psychothérapies mere-nourrison dans les familles a problèmes multiples*. París: Presses Universitaires de France; 1989, pp. 37-88.
 28. Crockenberg S. Support for adolescent mothers during postnatal period. Theory and research. En: Boukydis C. *Research on support for persons and infants in the postnatal period*. Norwood: Ablex; 1987, pp. 3-24.

4.4. Violencia doméstica: el maltrato de la mujer

Juan Manuel Saucedo García y Jesús Martín Maldonado Durán

Introducción

Posiblemente en ningún otro lugar de la sociedad se dan tantos casos de violencia o maltrato físico como dentro del hogar. Esta parece ser la conclusión de los sociólogos ante la denuncia cada vez más frecuente de casos de maltrato de la esposa, los hijos y los ancianos. Basta ver las secciones policíacas de los periódicos para percatarse de que los episodios de violencia dentro de la familia que hasta hace una generación eran fenómenos relativamente raros, o por lo menos no salían tanto a la luz pública, ahora constituyen noticias cotidianas. Estos episodios de violencia afectan a todas las clases sociales, si bien son más frecuentes en los hogares con mayor adversidad económica. La violencia dirigida a la esposa, en términos físicos, psicológicos y sexuales, es un fenómeno que ha recibido menos atención que el maltrato infligido al menor y tiende a ser considerado menos grave que este, aunque su frecuencia suele ser mayor. En ambos fenómenos es común la asociación con el alcoholismo. Una investigación realizada por la Procuraduría General de Justicia del D. F. en las 16 delegaciones que integran dicha entidad, reveló que 61,5% de las mujeres dedicadas exclusivamente a las labores domésticas habían sido maltratadas físicamente alguna vez por sus maridos o concubinos. Estos, en 88% de los casos bajo los efectos del alcohol, las golpeaban después de haber discutido por problemas económicos, celos, etc. (1).

La violencia intrafamiliar, definida como el acto recurrente, intencional y cíclico, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, emocional o sexualmente el interior de la familia es uno de los fenómenos sociales más recurrentes en la sociedad capitalina. Datos recientes informan que en el Distrito Federal se reportan mensualmente 1200 casos de violencia intrafamiliar, de los cuales 86% corresponden a mujeres y 14% a hombres. Más de tres cuartas partes de las víctimas pertenecen a niveles socioeconómicos bajos. El gobierno capitalino añade que 71,3% de las víctimas de la violencia familiar son mujeres entre los 18 y los 39 años, en tanto que 36,9% están en el grupo de edades de los 25 a los 34 años. Asimismo, indica que 53% de los casos sufrieron una combinación de maltrato físico y psicológico, mientras que 30% reportaron, además, abuso sexual.

Respecto al grado de parentesco entre las víctimas y los agresores, en 61,7% de los casos, la víctima es cónyuge del agresor y en 13,1% hay una relación de concubinato. Las amas de casa componen uno de los grupos más vulnerables a la violencia y representan 41,4% del total de los casos (2).

4.4.1. Origen de la violencia intrafamiliar

Los cuatro marcos teóricos habitualmente citados para tratar de explicar el origen y mantenimiento de la violencia intrafamiliar son: (3)

1. Modelo del aprendizaje social.
2. Modelo de la psicopatología.

3. Modelo de la agresividad.

4. Modelo sistémico.

El modelo del aprendizaje social postula que la conducta violenta se aprende en el hogar, cuyos miembros la repiten posteriormente cuando forman sus propias familias. Las mujeres que crecieron en hogares violentos se encuentran en riesgo elevado de ser agredidas por sus parejas, y también de convertirse en agresoras. Un estudio reveló que los niños en edad escolar, testigos del maltrato sufrido por sus madres a manos de sus esposos, tienen actitudes más inapropiadas acerca de la violencia como medio para resolver conflictos que los niños no expuestos a tales escenas. También muestran mayor disposición a emplear la violencia ellos mismos que quienes no presencian episodios de maltrato físico de sus madres. Ellos también pueden sentirse culpables, sin razón, de la violencia observada, y en muchos casos llegan a creerse responsables de la seguridad de sus madres (4). Existe también una asociación entre el maltrato de la esposa y el maltrato físico y sexual de los hijos (5). Según el modelo de la psicopatología, el origen de la agresividad radica en cuadros de psicopatología sufridos por el agresor. Pero aunque en muchos casos de esposos maltratadores es posible integrar un diagnóstico de enfermedad mental o de trastorno de personalidad, no hay un tipo específico de psicopatología que esté presente constantemente en los hombres violentos. Lo que se observa es que cuando se está bajo los efectos del alcohol pueden desencadenarse crisis de violencia al desinhibirse los impulsos agresivos y disminuir el autocontrol y los escrúpulos de orden moral. Dentro del modelo de la psicopatología puede quedar incluido el papel del daño cerebral en los maridos golpeadores. Algunos estudios apoyan la hipótesis de que, entre los maltratadores más que en quienes no lo son, hay una historia de daño cerebral. Tales antecedentes fueron encontrados en 53% de los maridos golpeadores, comparados con 25% de los no violentos y 16% de los no violentos y satisfechos con su matrimonio. Los autores encontraron que en 93% de los golpeadores con daño cerebral, la lesión había precedido al primer episodio de violencia. Sin embargo, algunas limitaciones metodológicas de estos estudios hacen discutibles sus conclusiones (6).

El modelo de la agresividad estimulada aversivamente establece que la conducta agresiva, no es tanto aprendida como derivada del simple deseo de producir dolor y es precipitada por una variedad de estímulos.

El sistémico es quizá el modelo más completo de todos, pues explica el origen de la violencia como resultado de una dinámica familiar disfuncional en la que intervienen tanto factores individuales como relaciones interpersonales inadecuadas e influencias socioculturales. El llamado modelo ecológico, propuesto por Bronfenbrenner (7) y adaptado por Corsi (8) mantiene esta visión sistémica y considera los distintos contextos en los que se desarrolla una persona. Los hombres violentos se muestran equilibrados en el ámbito público, pero en privado se comportan en forma amenazante y utilizan agresiones verbales y físicas. El hombre violento tiende a tener una percepción rígida de la realidad y percibe a su mujer como "provocadora"; minimiza las consecuencias de su propia conducta y confunde con la realidad sus suposiciones sobre la conducta inadecuada de su mujer. En algunos casos de maltrato de la esposa se encuentran tendencias sádicas en el agresor y masoquistas en la agredida (aunque la mayoría de las veces, se trata más bien de la incapacidad de la víctima para defenderse). Las relaciones interpersonales inadecuadas pueden desempeñar funciones de homeostasis para mantener unida a la familia a costa de

sufrimientos personales. De esta forma puede entenderse la disposición de muchas mujeres a tolerar los golpes del esposo con tal de no ser abandonadas y de que los hijos cuenten con una figura paterna.

4.4.2. Factores socioculturales

Es un hecho que, en nuestra sociedad, el varón está en situación de privilegio con respecto al sexo femenino. Entre otras cosas, resulta más difícil para la mujer que para el hombre conseguir un empleo lo suficientemente remunerado como para hacer posible la subsistencia propia y de los hijos sin el apoyo económico del cónyuge. Así se explica en alguna medida la tolerancia resignada de muchas mujeres ante el maltrato repetido del marido. No puede negarse que en nuestra sociedad machista o sexista el maltrato de la esposa ha sido un hecho culturalmente aceptado, lo cual se ha mantenido en alguna medida por restricciones legales poco operantes, la tendencia familiar a mantener en secreto tales incidentes y la escasa disposición de los médicos para investigar el origen de las lesiones en una mujer maltratada y denunciar esos hechos al Ministerio Público.

Si bien la violencia doméstica tiene lugar en todos los niveles sociales, es en los hogares de bajos recursos donde se manifiesta con mayor frecuencia e intensidad debido a los estresores de orden económico y cultural que afectan a las mujeres de estos estratos. La dinámica familiar frecuentemente observada en las familias pobres se presenta en otros capítulos de este libro. Los estudios de Lara en México han revelado que la vida cotidiana de las mujeres pobres en las ciudades se desarrolla en medio de numerosas dificultades por lo que se refiere a la calidad de la vivienda, los servicios públicos, las deficiencias del transporte etc. El deterioro social se expresa al través de la violencia en la comunidad y dentro del hogar; la corrupción, el crimen, el abuso sexual, el alcoholismo, las exigencias y explotación laborales, los papeles múltiples, etc. En la vida de estas personas, la agresión es un problema serio, ya que existe una incidencia elevada de violencia doméstica y las mujeres son víctimas de insultos, golpes y amenazas. La violencia sexual se dirige más frecuentemente a las jóvenes. Cuando la violación constituye la primera experiencia sexual puede producir síntomas de estrés postraumático y dejar huellas emocionales perdurables con disfunciones sexuales. Frecuentemente el agresor es un miembro de la familia, quien amenaza y golpea para evitar ser denunciado (9). Olivera ha señalado cómo el empleo de la mujer fuera del hogar, si bien genera beneficios de orden económico y psicológico (la satisfacción personal), también produce tensiones al aumentar las demandas que ya no son solo familiares, sino también laborales. El desempeño de varios papeles, como es común en las mujeres trabajadoras, representa un factor de riesgo si la mujer no cuenta con la comprensión de su pareja ni de la sociedad. También propicia el enfrentamiento con el esposo cuando se resiste a aceptar el papel tradicional de mujer subyugada por su marido. Además, muchas mujeres, como respuesta a sus frustraciones y a la agresividad masculina, canalizan su "venganza" hacia los hijos: el maltrato de menores, al igual que la violencia contra la mujer, suele incrementarse cuando la familia pasa por periodos difíciles de enfermedad, desempleo o discordia matrimonial (10). Tales eventos, que pueden considerarse verdaderos estresores agudos, también están relacionados con cuadros depresivos en la madre y las dificultades con que tropieza esta en la crianza de los hijos (11).

En una encuesta realizada en los hospitales de urgencias del D. F. se revisaron los casos que presentaron lesiones traumáticas y tuvieron como causa hechos violentos. Estos representaban aproximadamente 14% del total de la demanda de atención médica. Los resultados más relevantes señalan al hogar como sitio principal de la violencia en el caso de niños y mujeres. En 95% de las agresiones domésticas la víctima era del sexo femenino y las lesiones producidas estaban relacionadas con indicios de intoxicación alcohólica en el agresor. Cabe añadir que muchos casos de lesiones intencionales se disfrazan de accidentes para proteger al agresor y evitar otras consecuencias familiares y sociales (12).

Una investigación realizada en poblaciones rurales y urbanas del estado de Jalisco reveló que el índice de prevalencia de las mujeres maltratadas por familiares y por otros ajenos a la familia para ambas zonas fue alto, predominando en la zona urbana con 56,7% mientras en la zona rural era del 44,2%. El maltrato estuvo relacionado con el estado de alcoholización del agresor en una quinta parte de las mujeres del área rural y en una cuarta parte de las del área urbana. Maltrataban a la mujer en primer lugar el esposo y luego el padre. Los motivos más frecuentemente señalados eran el estado de coraje del agresor, la defensa de algún familiar por parte de la mujer y los celos del agresor, sin que hubiera motivo aparente. Se encontró, además, que la mujer también participaba como agresora, con una periodicidad menor que cuando el objeto de la violencia era ella. Pero se sabe que el nivel de daño físico y emocional sufrido por el esposo es menor que el que sufre ella. Aparentemente, el alcoholismo es un factor que contribuye a que se produzca el fenómeno de la violencia, pero no lo determina, ya que el agresor ejerce violencia aun sin encontrarse bajo los efectos del alcohol. Los bajos niveles de educación y las familias con 7 ó más niños fueron factores asociados con la violencia doméstica (13).

En nuestro país se está observando una creciente participación política y social de la población y esto ha acarreado una mayor conciencia de la violencia doméstica como problema de salud pública y una participación más amplia de instituciones oficiales y organizaciones no gubernamentales en su estudio y tratamiento (14).

4.4.3. Factores de la pareja

Según Lederer y Jackson, en casi todos los matrimonios se producen agresiones cuyas características pueden ser constructivas o destructivas. Hay peleas que son realmente útiles, sobre todo cuando constituyen el único medio para expresar lo que se siente o se piensa y no producen lesiones físicas de consideración. Durante una pelea, los esposos habitualmente rompen su silencio y se proporcionan mutuamente información que, de otra manera, quizá hubiera continuado guardada y generando más resentimientos. Tales episodios pueden acarrear consecuencias positivas siempre y cuando las lesiones no requieran el trabajo reparador del médico y conduzcan a definir reglas más funcionales en las relaciones de los cónyuges, y si estos interpretan positivamente la crisis de la discusión con agresividad. De este modo, una mujer que ha sido tratada con negligencia y sin cariño puede llegar a sentirse tomada en cuenta si su pareja la agrede como consecuencia de haberse mostrado demasiado amable con otro hombre, por ejemplo (15). Las peleas con agresiones físicas serias generalmente son destructivas y carecen de sentido al no resolver problemas propios de la vida en pareja. La hostilidad excesiva promueve la venganza, y sus consecuencias en ocasiones pueden llegar a ser mortales.

Bach afirma que, si bien la violencia física no es legítima, desde el punto de vista psicodinámico puede llegar a ser placentera y sexualmente estimulante, tal como se observa en las relaciones sadomasoquistas (16). Lo aprobemos o no, la violencia física en la intimidad de la pareja es más común de lo que la gente piensa, sobre todo cuando la comunicación verbal fracasa, y pueden entrar en juego los rasguños y puñetazos. A veces, también los esposos civilizados pierden el control y recurren a la violencia física. Tal conducta puede no ser tan irracional si se trata de un intento desesperado por cambiar las cosas al fallar las medidas no violentas. Puede tratarse del último recurso de quien se siente acorralado y desea mostrar su preocupación. Un comentario sarcástico puede herir más que la violencia física y llegar a constituir una provocación capaz de romper los controles conscientes de la agresividad. Así surge la urgencia reprimida de castigar a la pareja y producir cierto sufrimiento, especialmente si el cónyuge provocador ha estado peleando sucio previamente. Hay que mencionar también que existen mujeres que desean ser golpeadas como en su niñez. Al llegar a la edad adulta, ese deseo inconsciente puede instigar actitudes provocadoras de respuestas agresivas. No podemos negar que existen personas con tendencia a ser golpeadas, explotadas, robadas o violadas, lo cual no significa que la mayor parte de las mujeres maltratadas sean responsables del maltrato sufrido. Por lo que respecta al esposo golpeador, no es raro que este se identifique con la persona que lo golpeaba cuando era niño como forma de mantener la disciplina, y ponga en práctica lo aprendido en su vida de pareja.

La violencia conyugal repetida ocurre habitualmente en tres fases predecibles, según Walker (17). En la primera se acumula la tensión en la relación de la pareja y el esposo comienza a reaccionar negativamente al sentir que sus deseos no son satisfechos. Entonces manifiesta actitudes agresivas menores que son toleradas por su mujer. Esta, aunque no lo verbaliza, se siente cada vez peor y tiende a evitar el contacto con él. Cuando la tensión excede la capacidad de la pareja para controlarla, en la segunda fase, ocurre la crisis de violencia física contra la esposa, desencadenada por una pequeña frustración o desacuerdo. Frecuentemente la mujer tiende a aislarse, lo cual retrasa su atención médica. En la tercera fase hay un periodo de calma durante el cual el agresor se muestra arrepentido y hasta cariñoso, puede pedir perdón y prometer que nunca más volverá a suceder algo semejante, y así se produce la reconciliación. Frecuentemente la víctima llega a pensar que es su deber ayudar al agresor. Posteriormente la tensión y las pequeñas agresiones se hacen presentes nuevamente con lo que el ciclo de violencia vuelve a iniciarse. De acuerdo con Daniel, las mujeres golpeadas pueden enfrentar este ciclo de tres posibles maneras: intentando cambiar al esposo mientras se mantiene la relación con él, abandonándolo o respondiendo también con violencia. Muy pocas llegan a la agresión grave o al homicidio. Cuando este ocurre, generalmente es el resultado de las maniobras defensivas o de desquite de parte de la esposa, sin que exista verdadera premeditación (18). Cabe mencionar que el grado de lesión y de dolor infligido por una mujer generalmente es bastante menor que los producidos por las agresiones masculinas.

Una forma especial de violencia en la pareja es la agresión sexual, de la cual el sexo forzado es quizá el ejemplo más común. Sin embargo, las mujeres que han sido agredidas sexualmente por sus esposos o compañeros frecuentemente evitan definirse ellas mismas como mujeres violadas (19).

4.4.4. Factores individuales

Cantrell considera que el hombre violento que golpea a su esposa posee algunas de las siguientes características: baja autoestima y deficiente control de los impulsos; creencia en la superioridad masculina y en la necesidad de mantener papeles estereotipados; minimización de la gravedad de sus actos violentos y resistencia a asumir la responsabilidad por ello (los atribuye a factores externos); tendencia a expresar sus emociones con ira y a aliviar las tensiones mediante la agresión; necesidad de controlar a los demás sin ejercer autocontrol; sus relaciones interpersonales son posesivas y dependientes. Frecuentemente el golpeador fue testigo de maltratos a su madre y/o víctima él mismo de maltratos cuando era niño (20).

El abuso del alcohol y las drogas indudablemente es un factor de riesgo para la violencia del marido hacia la esposa. Y de parte de las víctimas, se ha encontrado que los episodios depresivos mayores frecuentemente preceden a la agresión del esposo, lo cual pone de alguna manera a la víctima en situación de vulnerabilidad (21).

4.4.5. Tratamiento de las víctimas

Las mujeres agredidas por sus parejas suelen sufrir secuelas emocionales del tipo de estrés postraumático, con ansiedad, agitación y depresión, dificultad para relajarse y dormir, además de diversos síntomas psicósomáticos (cefalea, dolores abdominales y de otra localización). Algunos autores han reportado depresión, conducta suicida y psicosis, trastornos todos estos que requieren tratamiento psiquiátrico (22). El plan de tratamiento debe considerar en primer término la necesidad de propiciar la seguridad de la víctima, tanto en lo referente a otras posibles agresiones de su pareja como en lo que respecta al riesgo suicida, especialmente en el periodo agudo (23). En ocasiones se hace necesario hospitalizar a la víctima, o referirla a un albergue temporal donde ella y sus hijos puedan recibir protección. Existen diversas modalidades de tratamiento psicológico para las víctimas, entre las cuales se pueden mencionar la intervención en crisis, psicoterapia individual o de grupo, terapia de pareja, terapia familiar, etc. En caso de que la víctima sufra de alguna adicción o abuso de drogas, o de depresión, puede requerirse el empleo de psicofármacos.

4.4.6. Tratamiento de los agresores

En el tratamiento psicológico de las personas violentas conviene tener presente los principios de control del enojo derivados de las teorías cognoscitivas y conductuales, según Falloon y colaboradores:

1. El enojo es una emoción natural que no puede ser evitada ni suprimida, aunque puede expresarse adecuadamente.
2. Cada persona es responsable del origen de sus sentimientos: no es válido culpar a otros de ser los causantes de esos sentimientos.
3. Los actos violentos no son justificables aunque haya provocación, pues siempre existen alternativas a la violencia.

4. Los ataques a las personas o a la propiedad son ilegales.
5. Ningún trastorno mental o físico exime de responsabilidad legal al agresor, solo influye sobre la sentencia.

Los mismos autores mencionan algunas actitudes recomendables para favorecer la expresión adecuada del enojo, tales como señalar con precisión el factor precipitante; decidir si la expresión inmediata del enojo conduce a una solución o solo contribuye a escalar tensiones; el enojo no debe expresarse bajo los efectos del alcohol o las drogas; conviene reclamar solo la conducta más relevante, no todas las que provocan enojo; hay que señalar el problema específico, no criticar a la persona que lo cometió; los sentimientos deben expresarse firme y respetuosamente, evitando los gestos amenazadores y las posturas agresivas, finalmente, lo correcto es sugerir alternativas al cónyuge para evitar fracturas al reaccionar con enojo (24).

4.4.7. Terapia de grupo

Una modalidad terapéutica seguida en varios países es el tratamiento grupal a hombres violentos, donde los principales temas por discutir son los propuestos por Currie (25):

1. Considerar que se es responsable de la propia conducta violenta.
2. Reconocer las señales que preceden a la violencia.
3. Identificar los sentimientos y emociones propios.
4. Identificar ideas y creencias.
5. Buscar alternativas a la violencia.
6. Utilización del tiempo personal.
7. Papeles asignados por razón de género (masculino-femenino).
8. Discusión del diagrama de dependencia.

4.4.8. Prevención

Ante la pregunta de cómo colaborar para disminuir el maltrato a la mujer en el hogar surgen algunas posibles respuestas: generando en ella una mayor conciencia de sus derechos legales y psicológicos y promoviendo que estos se respeten no solo en el ambiente familiar, sino también en el laboral y en el social. En estas áreas las organizaciones feministas han conseguido avances en los últimos años; tratando de elevar el nivel de escolaridad de la mujer para mejorar su autoestima y sus habilidades laborales; ofreciendo asesoría psicológica y legal cuando ha sido maltratada por el marido, además de proporcionar asistencia social para ella y sus hijos. El éxito de los programas contra el alcoholismo podría producir también efectos favorables, al reducirse este factor que desencadena la agresividad masculina.

En conclusión, se puede afirmar que el fenómeno de la violencia conyugal con maltrato de la mujer es bastante común y se presenta en todos los estratos sociales. Predomina en las familias de bajos recursos, donde la presencia de estresores socioeconómicos y de creencias culturales arraigadas como el machismo propician actitudes seudomascullinas y agresivas en el esposo, quien se siente con el derecho a controlar así a su pareja. Seguramente el maltrato de la mujer se denuncia con menor frecuencia de lo que en realidad ocurre, ya que a veces se oculta para evitar el escándalo social, los problemas legales, las complicaciones familiares, etc. Hay que tenerlo presente ante todo cuadro de lesiones físicas en la mujer que traten de achacarse a un accidente. En su detección oportuna es fundamental el papel del médico familiar y del médico de urgencias. Sin embargo, no solo en el caso de lesiones corporales ha de sospecharse la existencia de maltrato físico: su búsqueda debe incluirse en la consulta habitual de todo médico y clínico de la salud mental.

El tratamiento psicológico de la violencia doméstica es más bien función del clínico de la salud mental o del médico familiar con conocimientos de psicoterapia. Los terapeutas deben estar enterados y disponer, en su caso, de la ayuda proporcionada por instituciones oficiales y otras de asistencia social privada, grupos de autoayuda y albergues, que pueden ser de utilidad en el tratamiento de los casos identificados.

Referencias

1. Tocaven R. Instituto de Formación Profesional de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, 1989.
2. Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI). 86% de casos de violencia intrafamiliar, contra mujeres. *La Jornada*, 7 de agosto de 1998, p. 59.
3. Kashani JH, Daniel AE, Dandoy AC, Holcomb WR. Family violence: impact on children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31:181.
4. Jafee PG, Hurley DJ, Wolfe D. Children's observation of violence: Critical issues in child development and intervention planning. *Can J Psychiatry* 1990; 35:466.
5. Nadelson C, Sauzier M. Intervention programs for individual victims and their families. En: Lystad M, ed. *Violence in the home: Interdisciplinary perspectives*. Nueva York: Brunner/Mazel; 1986.
6. Rosenbaum A, Hoge S, Adelman S, Warmken W, Fletcher K, Kane R. Head injury in partner-abusive men. *J Consul Clin Psychol* 1994 ; 62:1187-1193.
7. Bronfenbrenner U. *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Piados; 1979.
8. Corsi J, Sotés MA. El proceso grupal. En: Corsi J, ed. *Violencia masculina en la pareja*. Buenos Aires: Piados; 1995, pp. 155-183.
9. Lara A, Salgado N. Las mujeres, la pobreza y la salud mental (VI). *Información Clínica Instituto Mexicano de Psiquiatría* 1994; 5:10.
10. Olivera O, Gómez L. Subordinación y resistencia femeninas: notas de lecturas. En: Olivera O, ed. *Trabajo, poder y sexualidad*. México: El Colegio de México; 1991, pp. 39.

11. Saucedo JM, Reyes H, Martínez J, Maldonado M, Sánchez N. Problemas de conducta en preescolares. Prevalencia en niños asistentes a una estancia infantil. *Rev Mex Pediatr* 1994; 61:77.
12. Hajar MC, Tapia JR, Lozano R, Chávez R. Violencia y lesiones. *Salud Mental* 1992; 15:15.
13. Ramírez J, Vázquez G. Mujer y violencia: un hecho cotidiano. *Salud Pública Mex* 1993; 35:148-160.
14. Díaz OC, Sotelo J. Domestic violence in Mexico. *JAMA* 1996; 275:1937-1941.
15. Lederer WJ, Jackson DD. *The mirages of marriage*. Nueva York: Norton; 1968, p. 268.
16. Bach GR, Wyden P. *The intimate enemy*. Nueva York: Avon; 1970, p. 114.
17. Walker LE. *The battered woman*. Nueva York: Harper and Row; 1979.
18. Daniel AE, Kashani JH. Women who commit crimes of violence. *Psychiatr Ann* 1983 ; 13:697.
19. Gelles RJ, Strauss MA. *Intimate violence: The definitive study of causes and consequences of abuse in the American family*. Nueva York: Simon and Schuster; 1988.
20. Cantrell L. Guía para la mujer golpeada. *Fem* 1987, 54: 19.
21. Kaplan S, Pelcovitz D, Salzinger S, et al. Psychopathology of nonviolent women in violent families. En: Anthony JE, Chiland C, eds. *The child in his family*. Nueva York: Wiley; 1988.
22. Hilberman E. Overview: the "wife-beater's wife" reconsidered. *Am J Psychiatry* 1980; 137:1336-1347.
23. Lystad M, Rice M, Kaplan S. Domestic violence. En: Kaplan SJ, ed. *Family violence. A clinical and legal guide*. Washington: American Psychiatric Press; 1996, p. 139.
24. Falloon IRH, Laporta M, Fadden G, Graham-Hole V. *Managing stress in families*. London: Rutledge; 1993, p. 144.
25. Currie D. *The abusive husband. An approach to intervention*. Toronto: Clarke Institute of Psychiatry; 1987.

