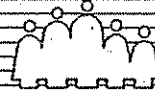
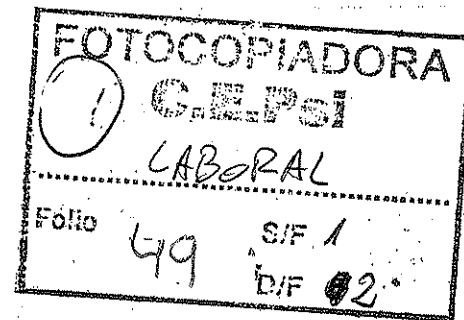


Sistemas

Familiares



ASIBA
ASOCIACION SISTEMICA
DE BUENOS AIRES



Interacción familiar y enfermedad cardiovascular
Dr. Horacio Jorge Alonso

Abordaje familiar con un niño en Hospital de día
Lic. Teresa M. Burrone y Lic. Dora Capelluto

Drogadicción y familia
Lic. María Rosa Glasserman

Una reseña de los abordajes compresivo/estratégicos a la terapia familiar.
Parte II: Técnicas de tratamiento específicas
M. Duncan Stanton, Ph. D.

Prescripciones paradójicas
Thomas C. Todd, Ph. D.

Comentarios bibliográficos: "El calidoscopio familiar" de Salvador Minuchin
Dr. Pedro Herscovici

Interacción familiar y enfermedad cardiovascular

Dr. HORACIO JORGE ALONSO*

Se han efectuado diversas investigaciones sobre los factores biológicos (fisiológicos, bioquímicos, etc.) comprometidos en la cardiopatía isquémica, comenzándose a indagar con cierta sistematización sus aspectos psicosociales. A estos últimos se los examina generalmente bajo la óptica de la personalidad y el comportamiento individual del organismo afectado, prestándose escasa atención a las interacciones mantenidas por el paciente y otros miembros de su núcleo familiar con los que tiene relaciones de mutua influencia.

Ello se advierte en la literatura científica sobre el tema, que se agrupa de acuerdo con tres diferentes perspectivas: enfoque fisiológico, enfoque de la personalidad y enfoque psico-social no-tradicional (perspectiva interaccional-sistémica). Este último ha sido el marco referencial desde el cual el autor realizara un estudio de seguimiento durante un año para explorar la estructura familiar y la pareja de pacientes jóvenes con infarto de miocardio.

I. Antecedentes del tema

Si bien en otro trabajo (1985), hemos analizado los estudios precedentes en forma detallada, aquí recordaremos unos pocos conceptos relevantes que constituyen aportes de los dos primeros enfoques mencionados.

Los precursores, tal como se llamó inicialmente a los *factores de riesgo coronario*, están representados en su mayoría por rasgos fisiológicos. Ellos fueron detectados a gran escala por investigaciones epidemiológicas (Estudio Framingham, por ejemplo). Antecedentes familiares, diabetes, hipertensión arterial, además del tabaquismo, lípidos en la dieta, sedentarismo y *stress*, son ya factores clásicamente reconocidos en la formación de aterosclerosis coronaria.

Un segundo concepto que ha tenido amplia difusión en nuestra cultura: *el stress*, fue definido por el neuroendocrinólogo canadiense Hans B. Seyle como "el estado que se manifiesta por un *síndrome específico*, que comprende todos los cambios inespecíficos inducidos en un sistema biológico".

Si bien la tensión nerviosa no es equivalente a él, ésta puede constituir un alarmógeno importante, habiendo afirmado Seyle (1979), que los *stress psicológicos están entre las causas más frecuentes de enfermedad cardiovascular*.

Los estudios psicológicos en este campo han arribado a perfiles de personalidad y conflictivas subyacentes, que se diferencian de lo hallado en otras enfermedades. Flanders Dumber (ex Director de *Psychosomatic Medicine*) describe el *perfil del paciente coronario* señalando los siguientes rasgos: represión de la hostilidad, hiperactividad compulsiva, tendencias autodestructivas en forma de hábitos (alcoholismo, tabaquismo, sobrealimentación), negación de la enfermedad, moralidad rígida que puede contrastar con tendencias a la indulgencia sexual, competitividad exagerada, etc.

Por último, es dable destacar aquí el *patrón de conducta Tipo A*. En 1960, Friedman y Rosenman demostraron la prevalencia de enfermedad coronaria en las personas que exhiben una conducta Tipo A, respecto de las categorizadas como Tipo B. Dicho

* Psicólogo U.N.L.P., Doctor en Psicología U.B., Calle 69 N° 540, La Plata (C.P. 1900).

patrón tiene dos principales manifestaciones exteriores, que constituyen un síndrome crónico caracterizado por: 1. un "continuo sentimiento de urgencia del tiempo", y 2. por "despertar fácilmente gran hostilidad en el sujeto".

Por su parte, el Panel de Revisión de la Conducta Coronaria y Enfermedades del Corazón, patrocinado por el "Instituto Nacional del Corazón, Pulmones y Sangre" (EE. UU.), concluyó en 1978 que: la conducta Tipo A se asocia con un riesgo aumentado de enfermedad coronaria, y que ese riesgo es independiente, pero del mismo valor patológico, que los demás factores de riesgo.

Resumiendo: tanto el *stress* como varios factores de riesgo, las emociones en la personalidad y con probabilidad la conducta Tipo A, se dan en el marco de la interacción social del ser humano, dependiendo y formando parte de ella. Esta importante característica ha sido abstraída en las anteriores investigaciones a los fines del estudio, puesto que se centran en el individuo. No obstante ser posible que la interacción actúe "manteniendo" dichas conductas e incluso la propia enfermedad somática.

II. Marco de referencia

Perspectiva Interaccional-Sistémica

Gregory Bateson fue el líder intelectual de un grupo de investigadores que comenzaron a estudiar las familias de pacientes esquizofrénicos, algunos de los cuales, más tarde, crearon junto a Don D. Jackson el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, California y su Centro de Terapias Breves, basados en sus anteriores trabajos acerca de la interacción familiar, ampliando luego el campo de aplicación. Junto a ellos coexisten otros grupos de terapeutas familiares, tal como el dirigido por Salvador Minuchin en Filadelfia, quienes, a pesar

de sus diferencias, comparten las ideas básicas del paradigma sistémico.

Don Jackson observó al igual que otros clínicos, que ante la mejoría de un paciente con problemas psíquicos durante el tratamiento otros miembros familiares comenzaban a manifestar síntomas. Postuló que esas conductas y quizás la enfermedad del paciente constituyen mecanismos homeostáticos que interfieren para equilibrar el sistema perturbado. Así, empezó a verse al grupo familiar como un sistema de comunicación que comparte las propiedades de los sistemas generales enunciadas ya por Von Bertalanffy: totalidad, relación sistema-subsistema, retroalimentación, equifinalidad y temporalidad.

La familia en su devenir establece patrones de interacción repetitivos, a fin de mantener el equilibrio frente a los continuos estímulos externos e internos recibidos. El análisis de la comunicación entre sus miembros, permite detectar reglas de la familia. Estas son inferencias realizadas por el observador para explicar las redundancias conductuales que advierte en el sistema.

Volviendo al primer modelo sistémico —el más simple—, su afirmación básica sostiene que: "los problemas que la gente trae al psicoterapeuta, sin tener en cuenta sus orígenes o etiología, persisten únicamente si son mantenidos a través de la conducta corriente del paciente y de las personas con las cuales interactúa. Si estas conductas son cambiadas apropiadamente, la dificultad se resuelve independientemente de su naturaleza o duración" (Weakland, Fish, Watzlawick, Bodin).

En esa línea, John Weakland promueve el estudio de la interacción familiar en relación con patologías orgánicas, denominando a esa área inexplorada "familias somáticas". En tal sentido, Fred Hoebel, perteneciente al *staff* del MRI, realizó un estudio de pacientes coronarios y sus esposas, tratando por un máximo de cinco sesiones a estas últimas. En nuestro medio, Celia El-

zufan efectuó un trabajo similar en el Hospital Durand de esta ciudad.

El modelo estructural de Salvador Minuchin realiza el diagnóstico de la estructura sistémica de la que surgen los problemas, enfatizando en: la funcionalidad o disfuncionalidad de los subsistemas (conyugal, parental, fraterno), las áreas, límites y reglas transaccionales. Además, tiene en cuenta la etapa del ciclo vital familiar y cambios en el contexto.

El abordaje de pacientes orgánicos podría intentarse desde el "modelo psicopatogénico" caracterizado por: entrapamiento, sobreprotección, rigidez y falta de resolución de conflictos.

III. Metodología del trabajo

Objetivo específico de la Investigación

Se buscó la posible existencia de patrones característicos de interacción en las familias con un miembro afectado de *infarto de miocardio (I.M.)*, privilegiando la díada marital y evaluándose determinados parámetros del sistema.

Naturaleza Metodológica

Se trata de un diseño cuyo objetivo específico es exploratorio, esto es así dado el estado de conocimiento del fenómeno, el cual se refleja en la escasa bibliografía hallada sobre el tema desde esta perspectiva. La exploración podría precisar variables relevantes y eventuales hipótesis, pasibles de ser sometidas a prueba en el futuro.

John Weakland, en su artículo "Family Somatics" (1977) refiere "...este mismo nivel de desconocimiento sugiere ciertos hilos conductores amplios para un estudio productivo. Esto es, tal esfuerzo debiera ser inicialmente exploratorio y flexible, guiado

por principios generales... Esto es nuevamente, la clase de enfoque tomado en nuestros primeros trabajos de los esquizofrénicos y sus familias... y continúa "...podría comenzar entrevistando y observando por un tiempo a un grupo pequeño de familias que tienen un miembro con un tipo particular de enfermedad y que sólo buscara por cualquier patrón discernible de interacción que tengan en común como primera medida...". En una comunicación epistolar más reciente (1983), el Dr. Weakland manifiesta que aún continúa interesado en esta área, no habiendo hallado bibliografía que fuera de utilidad para este trabajo.

Naturaleza Temporal

La aparición del I.M. en un miembro joven cabeza de familia y su posterior convalecencia seguramente no pasarían imperceptibles a ninguno de los integrantes, suscitando la modificación, cambio o consolidación de hábitos y conductas, tanto en los familiares como en el propio paciente. Por tal motivo se decidió realizar un seguimiento, evaluando en varios momentos al mismo grupo. Diez parejas fueron entrevistadas en marzo de 1983, luego a los cinco meses y, finalmente, en diciembre, es decir, prácticamente durante un año.

Selección de casos

Acorde con la naturaleza metodológica, se utiliza un grupo no-representativo de parejas homologándose algunas variables (edad, sexo, diagnóstico cardiológico*, ocupación y lugar de residencia). La edad de los pacientes cuando tuvieron el I.M. oscilaba entre 28 y 47 años, distribuyéndose al inicio del estudio entre 31 y 49, por lo que fueron incluidos al promediar tres años de evolución del evento cardiovascular.

* Infarto de miocardio comprobado con: el cuadro clínico, el E.C.G., enzimología cardíaca, corroborado además por el cateterismo cardíaco.

Recordemos aquí las estadísticas del Estudio Framingham, en que el riesgo de muerte después de un I.M. reconocido era del 16% durante los 30 primeros días, ascendiendo a los 3 años al 31% en los hombres (porcentaje acumulativo).

Método de "estudio de casos"

No constituye una técnica particular para conseguir datos, sino que "es un modo de organizarlos en base a una unidad escogida (ejemplo, familia), o algún proceso social delimitado" (Good y Hatt). Es un enfoque que ve cualquier unidad social como totalidad. Para conseguir estos holísticos puede utilizar las distintas técnicas empleadas por otros métodos.

Instrumentos de Recolección de Datos

Se contó con tres recursos, a saber: 1. Fichas de pareja* e individuales; 2. grabaciones de las entrevistas de pareja realizadas con ayuda de una guía confeccionada *ad hoc*, y 3. anotaciones de observaciones directas de la interacción.

IV. Conclusiones

El análisis de los diez casos estudiados permitió visualizar finalmente dos grupos de familias, a las que se denominó: *familias con I.M. de evolución desfavorable* y *familias con I.M. de evolución favorable*, respectivamente.

La mayoría de los pacientes incluidos en el seguimiento (familias con infarto de miocardio de evolución desfavorable —una a siete), mantenían recurrencias de su cuadro anginoso asociadas a situaciones de disfunción familiar, a pesar de recibir medicación específica: betabloqueantes, vasodilatadores coronarios y sedantes, mientras que el resto de los pacientes (familias con I.M.

de evolución favorable —ocho a diez) permanecían asintomáticos o con recidivas muy esporádicas.

Se observó cierta tendencia en estas familias a manifestar *patrones de interacción* caracterizados por:

A) Una complementariedad asimétrica rígida de posición *one down* en los pacientes de familias con I.M. de evolución desfavorable, en tanto que el grupo de evolución favorable evidenció la alternancia de patrones de interacción simétricos y complementarios.

En el primer tipo de familias, las esposas ocupaban la posición superior (*one up*), mientras que los pacientes la complementaria inferior. Ellas controlaban en general las áreas de interacción: económica, de relaciones sociales y el manejo de los hijos.

Respecto de las relaciones sexuales las esposas, así como suministraban la medicación, dosificaban los contactos maritales luego del período de postinternación en que por temor a la enfermedad o a la muerte se suspendían los vínculos sexuales. La reiniciación tardía de los mismos se prolongó en algunos casos hasta ocho meses después, a pesar de lo cual en su mayoría este tema no fue consultado con el médico. Algunos pacientes atribuían la disminución del vigor sexual a la medicación instituida.

B) En las familias con I.M. de evolución desfavorable los pacientes mantuvieron gran dependencia respecto de sus esposas, mientras que éste no fue un rasgo destacable en el otro grupo. Los pacientes que se restablecieron evidenciaron generalmente grados variables de autonomía.

C) Conductas del paciente tales como: aislamiento social, negación de la conflictiva familiar y los afectos, exabruptos emo-

cionales, imposibilidad de metacomunicar, comportamientos de alto riesgo (dieta inadecuada, sedentarismo y *stress*, con más frecuencia), utilización de la enfermedad facilitada por el entorno, sumado al sentimiento de "inutilidad" y depresión, fueron casi una constante en las familias con I.M. de evolución desfavorable.

En otros casos, se advirtieron algunas conductas rituales, por ejemplo: acostarse y beber un vaso de agua para calmar el dolor anginoso, en lugar de tomar rápidamente la medicación, o rezar el rosario varias veces.

A veces puede darse un tipo de reacción donde el paciente no cumple con el tratamiento médico prescripto, actúa como si nada hubiera sucedido desplegando una actividad inadecuada a su estado psicofísico, agregándose a ello el fumar y beber en exceso, exponiéndose de este modo al riesgo de un nuevo ataque cardíaco.

Por el contrario, en el grupo de evolución favorable el paciente podía recurrir a la descalificación de su interlocutor, aun ante mensajes incongruentes, o apelar al humor y a la ironía sin negar su enfermedad.

D) En los dos grupos de familias, la etapa del ciclo vital predominante correspondía a "familias con hijos adolescentes" (Salvador Minuchin), o siguiendo otra denominación "el destete de los padres" respecto de sus hijos (Jay Haley). En este estadio los padres deben enfrentar requerimientos de apoyo, independencia y alejamiento de sus hijos, teniendo la posibilidad de disfrutar de las cosas de las que se vieron privados durante la crianza de los niños, debiendo renegociar la relación con sus propios padres que envejecen.

En los puntos G y H veremos cómo se or-

ganiza el sistema familiar ante el *input* que constituye el ingreso a esta problemática y la irrupción del evento cardíaco.

E) Cuatro de las siete familias con I.M. de evolución desfavorable poseían una mitología referida a la "armoniosa unión familiar". Esta visión del mundo y creencias compartidas constituían un sustrato validante de comportamientos diversos: excesiva "unión" conyugal, negación de conflictos, cohesión e indiscriminación grupal, encontrándose en marcado contraste con la realidad familiar.

En otro de los casos, el mito se refería a "la nobleza del linaje", permitiendo mantener un *status quo* incongruente con el nivel socioeconómico que poseían.

F) Si bien en el grupo que evolucionó desfavorablemente se pudieron abstraer varias reglas familiares, no se estableció una relación unívoca entre ellas dado su carácter idiosincrásico. Cada familia establece en su devenir sus propios acuerdos relacionales, por lo que sólo fue posible establecer reglas que regulaban el funcionamiento de cada familia en particular.*

G) En la gran mayoría de los casos de evolución desfavorable, la familia nuclear presentaba un tipo de estructura familiar caracterizada por:

— Límites subsistémicos difusos, que contrastaban con una rígida frontera instaurada entre el sistema familiar y el exogrupo.

— La disfuncionalidad de los subsistemas conyugal, parental e incluso fraterno se expresaba mediante rigidez complementaria de las atribuciones de uno y otro cónyuge, la ineficiencia en el trato con los hijos (especialmente, adolescentes) y la falta de re-

* Utilizadas en el CEFYP, que me fueron cedidas gentilmente por el Dr. Adolfo Loketek.

* En un trabajo más extenso que consta de 184 páginas, hay una descripción pormenorizada de las familias estudiadas acompañada de gráficos explicativos (1985, cap. III, "Resumen de Casos").

solución de conflictos con indebida participación de otros subsistemas.

En ocasiones, los miembros establecían coaliciones transgeneracionales o, por el contrario, no asumían responsabilidades que les eran propias. La mutua interferencia dificultaba una adecuada discriminación y auténtica unión.

— Era muy frecuente la evitación de conflictos y de todo tema emotivo en la familia, llegándose a negar totalmente en ocasiones su existencia.

— Se observó el cierre del sistema respecto del medio para mantener su homeostasis precaria, a costa del entrapamiento del paciente en las conductas de alto riesgo y síntomas cardíacos.

— Estas familias mostraron una clara tendencia al aglutinamiento, surgiendo sólo un caso que presentara la fachada de familia desligada, la que ocultaba en realidad dicha tendencia tratando de controlarla.

H) Finalmente, debemos aclarar que los hallazgos expuestos hasta aquí podrían ser indebidamente interpretados como causas lineales del fenómeno estudiado. Muy por el contrario, estas características describen una reacción circular de cierta complejidad, que incluye tanto conductas del paciente, comportamientos de los familiares y mecanismos relacionados con la cardiopatía.

En el área de la enfermedad, un circuito autopetruante mediatizado por *feedback* negativos se distinguió entre las familias con I.M. de evolución desfavorable, en donde al establecer un corte en cierto modo arbitrario de la secuencia circular se pudo apreciar que las conductas del paciente descritas en "C" interactuaban con comportamientos familiares que constituían en muchos casos intentos fallidos de enfrentar el problema.

En estas familias el infartado, por su enfermedad, delegaba varias funciones que eran de su incumbencia, requiriendo principalmente de su esposa cuidado y atención. En

ocasiones, también los hijos y otros familiares respondían; evitándole emociones, manteniéndose alertas ante cualquier indicio de enfermedad, haciéndose cargo de la medicación prescrita, asumiendo responsabilidades que correspondían al paciente tanto en el área social como familiar e impidiéndole que realice tareas en el hogar aunque éstas le insumieran un mínimo de esfuerzo. En síntesis, adoptaban una actitud de excesiva protección que fomentaba en el paciente "un sentimiento de invalidez", reforzando su aislamiento social y, por ende, dificultando la recuperación.

El paciente queda así entrapado en esta situación, asumiendo el rol de enfermo, por lo que suele incurrir en conductas de alto riesgo que fomentan la enfermedad cardíaca, perpetuando dicha secuencia circular.

Otra modalidad se establece cuando el medio familiar tiende a negar la enfermedad, no reconociendo la severidad de la misma, descalificando las quejas del paciente, delegando en él excesivas responsabilidades o brindándole una dieta que no concuerda con las indicaciones médicas. En forma especular, y dado la escasa discriminación psicosocial que existe en estas familias, el paciente se encuentra negando también y manifestando conductas de alto riesgo, siendo las más frecuentes: la dieta alimenticia inadecuada, el sedentarismo y el *stress* familiar y social, además del tabaquismo, alcoholismo, diabetes e hipertensión, que en estas familias apareció con menor asiduidad.

Resumiendo:

Sobreprotección del paciente cardíaco o negación de la enfermedad, fueron dos modalidades destacables en las "familias con I.M. de evolución desfavorable", sumado a la involuación del paciente en tal situación.

Todo ello contrasta fuertemente con lo hallado en las "familias con I.M. de evolución favorable" quienes, sin negar la enfermedad, reforzaban generalmente los inten-

tos del paciente por reasumir sus responsabilidades una vez superado el episodio agudo y el período de postinternación. Asimismo, al no ser tratado como un inválido, se facilitaba su desenvolvimiento autónomo con la ruptura del ciclo vicioso depresivo inicial. Las maniobras tendientes a implementar la llamada "conducta desvalida" eran rechazadas por la familia, mientras que el propio paciente debía administrarse la medicación y efectuar tareas adecuadas a su *handicap* psicofísico.

Mecanismos de retroalimentación positiva actúan en este otro grupo de familias, posibilitando el aprendizaje y cambio mientras que coexisten procesos homeostáticos.

V. Implicaciones

a. Los resultados del estudio sugieren que la interacción familiar de pacientes jóvenes con I.M., sus esposas e hijos, posee gran relevancia en el mantenimiento de conductas que perjudican la condición del cardíaco, dificultando su favorable evolución, pudiendo futuros estudios evaluar una mayor población que la aquí explorada aportando datos correlacionales, o mediante la implementación de diseños de tipo experimental someter a prueba las hipótesis derivadas.

b. La mayoría de los intentos de rehabilitación del paciente cardíaco han partido de enfoques centrados en el individuo, fracasando cuando el paciente no colabora en la recuperación o cuando es reinsertado en un medio familiar que no se ha acomodado adecuadamente. Sin embargo, es posible modificar los comportamientos y mecanismos de retroalimentación familiar que mantienen o exacerban los factores de riesgo del enfermo, instaurando un proceso corrector (con el afectado u otras personas significativas) que complementa simultáneamente al tratamiento médico.

BIBLIOGRAFIA

1. Alfonso, Horacio J., "La pareja y la familia de pacientes jóvenes con infarto de miocardio", Facultad de Humanidades, U.B., tesis de doctorado, 1985.
2. Friedman, Meyer y cols., "Feasibility of Altering Type A Behavior Pattern After Myocardial Infarction", *Circulation* 66 n° 1, 1982.
3. Godd y Hatt, *Métodos de investigación social*, Trillas, 1980.
4. Haley, Jay, *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton Erikson*, Amorrortu editores, 1980.
5. Jackson, Don D., "El estudio de la familia", en *Grupoterapia de la familia*, Nathan W. Ackerman comp., Hormé, 1981.
6. Kannel, William B., "Prognosis After Initial Myocardial Infarction: The Framingham Study", en *The American Journal of Cardiology*, julio de 1979.
7. Minuchin, Salvador, *Familias y terapia familiar*, Gedisa, 1977.
8. Minuchin; Rosman; Baker, *Psychosomatic Families*, Harvard University Press, 1978.
9. Selye, Hans H. B., "Stress and Cardiovascular Disease", en *Cardiovascular Medicine*, febrero de 1979.
10. Weakland, John, "Family Somatics", en *Family Process*, vol. 16, cap. 5, 1977.
11. Weakland, John, "comunicación epistolar", agosto de 1983.