



ISSN 1850-2512 (impreso)
ISSN 1850-2547 (en línea)

UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Documentos de Trabajo

Facultad de Ciencias de la Salud

Salud y familia: la relación entre enfermedad y
dinámica familiar. Aportes para el desarrollo del
tema.

Nº 78

Oscar Galfré
Beatriz Barinboim

Departamento de Investigaciones

Octubre 2001

Universidad de Belgrano
Zabala 1837 (C1426DQ6)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina
Tel.: 011-4788-5400 int. 2533
e-mail: invest@ub.edu.ar
url: <http://www.ub.edu.ar/investigaciones>

Para citar este documento:

Galfré, Oscar; Barinboim, Beatriz (2001). Salud y familia: la relación entre enfermedad y dinámica familiar. Aportes para el desarrollo del tema.

Documento de Trabajo N° 78, Universidad de Belgrano. Disponible en la red:

http://www.ub.edu.ar/investigaciones/dt_nuevos/78_galfre.pdf

Introducción al documento de trabajo

Este material ha sido elaborado como contribución conceptual a la Investigación en la que estamos trabajando: *“Salud y Familia: Una evaluación de la relación entre enfermedad y dinámica familiar”*, abordándose distintos temas relacionados con la misma.

En primer lugar se han realizado numerosos señalamientos teóricos sobre interdisciplina en general, debido a que se trata de una investigación interdisciplinaria desde su concepción, y que el trabajo interdisciplinario será fundamental en su realización. Luego se tratará el campo interdisciplinario específico de los cuidados médicos y abordajes psicoterapéuticos.

Abordaremos también un caso clínico, por su carácter de prototipo de la temática de la investigación que nos proponemos realizar.

Finalmente nos ocuparemos del problema de la evaluación psicológico-familiar, tema poco desarrollado en el campo de la psicología, que será un auxiliar indispensable del trabajo de investigación que nos proponemos realizar.

Una aproximación a la interdisciplina

1. Sobre la necesidad de la interdisciplina.

Disciplina deriva de disciplinar. Mediante una disciplina, disciplinamos una realidad problemática, la ordenamos, la manipulamos, la hacemos entendible; pero al mismo tiempo la empobrecemos, porque es imposible abarcar **toda** la complejidad de lo real.

Por eso nos ocupamos por separado de las distintas dimensiones en que lo real se nos presenta. En el caso de las temáticas con las que generalmente tratamos, nos encontramos con la dimensión psicológica, la dimensión familiar, la social, la orgánico/biológica, la legal, la emocional, la cognoscitiva, la organizacional, etc.

Las dificultades aparecen cuando, en problemáticas complejas multidimensionales, insistimos en explicaciones unidimensionales, monodisciplinarias, reduccionistas, y obviamente insuficientes. Entonces lo que estamos haciendo con esa problemática que se nos presenta es **azotarla**. Y subrayamos esto porque justamente **azote** es otra de las acepciones de disciplina.

Edgar Morin dice que, por definición, lo complejo es aquello que no puede ser simple, aquello que presenta distintas facetas, las que no pueden ser reducidas a una sola. Y que por lo tanto los modos simplificadores de conocimiento más bien mutilan, en lugar de expresar las realidades a que se refieren.

Es aquí donde surge la necesidad de la interdisciplina. O sea disciplinar entre distintas disciplinas una problemática compleja que presenta estas múltiples dimensiones de las que hablaba. Y no se trata de proponer un eclecticismo, sino una articulación. Por otro lado las nociones de disciplina e interdisciplina son conceptualizaciones cercanas. Vistas en su proceso histórico, lo que primero fue interdisciplina, luego devino disciplina, como la físico/matemática, la psicología social, etc.

Whitehead plantea que no se puede conocer sin abstracciones, pero que, a pesar de ser tan útiles, son peligrosas. Una vez que se han llevado a cabo, el esquema que las organiza tiende a ser considerado como un dogma, y a confundir a este con la realidad. Estas falacias llevan a empobrecer el conocimiento y la vida humana, y la tarea de la filosofía, plantea Whitehead, consiste en la crítica de las abstracciones.

Aquí justamente nos vamos a ocupar de temas tales como la enfermedad, la adopción de un hijo, los problemas de aprendizaje, y el trabajo en familia, temas de la dramática humana que hablan por sí solos de su concreción, importancia, globalidad, trascendencia, y complejidad.

Solamente la ceguera selectiva que nos produce el entrenamiento especializado a los profesionales, nos

puede crear la ilusión de que estos fenómenos pueden agotarse en alguna de las disciplinas que practica- mos, sea psicología, medicina, derecho, pedagogía, administración, o alguna otra.

El acercamiento interdisciplinario en equipo puede subsanar esta dificultad. Y esto no como una solu- ción solamente técnica, sino sobre todo ética. Es decir que si, como lo plantea M. Buber la condición humana surge en el **entre**, es decir que nace de lo que ocurre **entre** los humanos (como aquí), cuando de esa condición emergen situaciones problemáticas, las respuestas tienen que surgir de un espacio **inter-** disciplinario, de igual forma que lo humano.

Los profesionales, aún los de las ciencias humanas, en nuestro hábito de fragmentar, perdemos contac- to con la condición humana, con su **totalidad**, con su imponencia. Necesitamos tomar contacto con la globalidad de la condición humana que viene a nuestro encuentro como profesionales, de la que no debemos olvidar que formamos parte.

Que nadie piense que desde aquí vamos a proponer que la única manera de trabajar es en equipo con profesionales de otras disciplinas. Esta es solamente una alternativa de trabajo para problemáticas comple- jas.

Pero sí lo que vamos a postular es que lo interdisciplinario no es solamente que un psicólogo se siente a trabajar con un medico o un abogado, o viceversa, sino que también es una actitud que estos profesionales pueden incorporar a su subjetividad. Es apartarnos de la certeza dogmática, para internarnos en la curiosi- dad constructiva.

Una actitud interdisciplinaria, colaborativa y abierta hacia otras disciplinas y los profesionales que la encarnan, actitud que será el correlato de una disposición comprensiva y de reconocimiento a las otras dimensiones en juego, en una persona o grupo familiar con problemas.

Se hace interdisciplina también cuando en el consultorio o estudio podemos vislumbrar esas otras di- mensiones y tenerlas en cuenta, y también cuando, más concretamente, podemos dialogar con los profe- sionales que atienden esas otras facetas de la problemática en cuestión, y coordinar con ellos prácticas no contradictorias.

Lo que postulamos es que conocer los distintos campos interdisciplinarios que se abren, es importante tanto para aquellos profesionales que piensen incluirse en equipos de trabajo interdisciplinario, como para aquéllos que, aunque permanezcan sólo en el campo de trabajo de su disciplina, se encuentren con pacien- tes que estén incluidos personal y familiarmente en problemáticas atravesadas por distintos campos disci- plinarios.

En esta apertura podemos encontrar elementos nuevos, descubrir aspectos desconocidos de nuestro consultante, que nos permitan construir con él nuevas alternativas, que se abran caminos nuevos.

En este sentido es interesante lo que dice Karl Popper: “cuando dos o más culturas diferentes entran en contacto, la colisión hace que la gente se dé cuenta de que sus comportamientos y costumbres no son naturales, que no son los únicos posibles, ni decretados por los dioses, ni consustanciales con la naturale- za humana. Esto hace que se presente un mundo de posibilidades nuevas, que se abran ventanas y que el aire fresco penetre”.

Pero, seamos sinceros, no todo es aire fresco. Muchas veces se trata de aire enrarecido. Aire enrarecido por esa sensación de intromisión que produce que alguien “se meta” con “nuestro” paciente. O porque estamos muy atados a nuestra teoría, y no aceptamos los desafíos que nos presenta continuamente un contexto complejo y cambiante.

Este desafío significa que esta cuestión de la interdisciplina tiene que ver con una demanda cada vez mayor de conocimientos, los que necesitamos para entender situaciones cada vez más complejas. Adquirir nuevos conocimientos y renovar los viejos. Las dificultades de la interdisciplina están en las diferencias (evidentes o no) existentes entre las disciplinas por cuestiones de paradigma, de objeto, de lenguaje, de intereses de gremio o de capilla. Estas dificultades, que obviamente son disfuncionales respecto a la efica-

cia buscada, pueden abordarse y atenuarse incluyéndolas, como lo hacemos, isomórficamente, con las dificultades familiares, en espacios conversacionales. El esfuerzo que requiere superar estas dificultades muchas veces lo vivimos como enrarecimiento del aire. Nietzsche dice que siempre pensamos en contra de otros. Bachelard plantea que se conoce en contra de un conocimiento anterior.

Estas ideas, que entendemos están muy presentes en nuestra cultura, tomadas literalmente, dificultan el acercamiento y la articulación de conocimientos diferentes, porque, cuando necesito de otros conocimientos penetro en una zona de esfuerzo e incertidumbre. Esfuerzo para internarme en terrenos desconocidos, incertidumbre de que estos nuevos conocimientos puedan cuestionar los míos.

Para evitar esto a menudo descalificamos el conocimiento ajeno. Pero de esta manera nos empobrecemos. En consecuencia, necesitamos hacer el esfuerzo de re-conocer, correr el riesgo de la confusión, del cambio que pueda inducir el otro conocimiento. Y sobre todo poder tolerar la temporaria incertidumbre. Por sortear las dificultades señaladas, a menudo descalificamos una perspectiva ajena en lugar de intentar el esfuerzo y la aventura de conocerla.

2. Sobre la posibilidad de la interdisciplina.

La necesidad de la interdisciplina, como se ha dicho en el punto anterior, surge de la naturaleza compleja del mundo humano (complejidad de la que ninguna disciplina puede dar cuenta por sí sola), de que ese mundo, como plantea el filósofo Martín Buber, se da en el “entre” los individuos humanos, de la creciente interdependencia relacional, de la necesidad ética también creciente (aunque conviva con tendencias decrecientes) de cuidar, de curar, de no dañar, riesgo que se corre cuando, frente a situaciones complejas, se prescinde de una visión sistémica, ecológica, abarcativa de las interdependencia elementos-contexto en la cual se dan las problemáticas humanas, y sus diferentes dimensiones.

Las distintas disciplinas surgieron como consecuencia de una construcción interpretativa que planteaba que esa distinción era producto de una división que se daba en la realidad. Se trataba (y se trata aún hoy) de parcelar las problemáticas en compartimentos estancos claramente distinguidos por mecanismos disyuntivos (ésto o aquéllo). Así surgieron las distintas disciplinas que se ocupaban de las “distintas” realidades: la física, el derecho, la medicina, etc., mucho después la psicología.

Estas disciplinas anidaron en diferentes espacios académicos, a menudo más dedicados a reproducir conocimientos que a generarlos, y con un relativo grado de aislamiento que separa la formación profesional del ejercicio concreto de esa profesión, lo que desarticula la teoría de la práctica, y por lo tanto dificulta el indispensable retorno (feed-back) para modificar y/o enriquecer las teorías en función de la práctica, transformando los que deben ser centros de estudio e investigación en centros de adoctrinamiento.

Como dice José A. Castorina, en la práctica los intercambios interdisciplinarios surgen no como consecuencia de estos pensamientos teórico-críticos, sino como respuesta a demandas sociales que se manifiestan a través de problemáticas complejas, de problemas “indisciplinados” que no pueden ser resueltos (disciplinados/encasillados) en tal o cual disciplina.

Facilita este surgimiento de la interdisciplinariedad la aparición de campos paradigmáticos y metodológicos muy abarcativos (la teoría general de los sistemas, la cibernética, la teoría de los juegos, el análisis lingüístico, etc.) que ofrecen marcos para que se puedan facilitar y desarrollar los isomorfismos conceptuales, y la comunicación entre diferentes disciplinas. Estos marcos metodológicos enfatizan lo general, lo común entre los diferentes conocimientos, permitiendo superar así la barrera de la especialización.

No se trata de proponer aquí la interdisciplina como LA forma del VERDADERO conocimiento, sino que, como dice Tom Bottomore, es fundamental que coexistan paralelamente, la voluntad de desarrollar tan rigurosamente como fuera posible las disciplinas respectivas, y una tendencia igualmente fuerte a trabajar a lo largo de las fronteras entre las diferentes disciplinas, buscando sistemas unificados.

Nos parece que este movimiento pendular mantiene vivo el conocimiento, que se empobrecería si quisiéramos avanzar solo en una dirección. No se trata aquí que la disciplina sea mala y la interdisciplina buena, sino que vamos a enfatizar la interdisciplina como formando parte de uno de esos movimientos pendulares.

Por otra parte esta oposición irreductible y fecunda de interdisciplina-disciplina nos remite a otra que es la fuente de la primera, en opinión de E. Morin: la oposición no menos fecunda que parece ser una de las constituyentes del fenómeno humano: la que se da entre lo UNO y lo DIVERSO, que es un proceso que Morin deriva de la realidad humana "trinitaria", ya que está compuesta por los términos indisociables individuo-especie-sociedad.

El origen genético común (la UNIDAD de la especie) poseería una programación incompleta que generaría la DIVERSIDAD de individuos/sociedades/culturas que han surgido en la permanente e interminable búsqueda de esa organización faltante.

Pero esta diversidad no es irreductible, sino inseparablemente ligada a una unidad que se manifiesta no solo en un origen común, sino permanentemente en el isomorfismo de los fenómenos humanos. Negar la unidad-en-la-diversidad-de-las-unidades es la fuente de los racismos y autoritarismos de todo calibre, en lo político-ideológico, y causante de una parcelación mutilante del conocimiento y de la praxis humana, que impide el fecundo proceso disciplinario-interdisciplinario.

La actitud y la práctica interdisciplinaria nos impiden quedarnos en bunker seguro de "la propia teoría". La interdisciplina nace de la indisciplina de los problemas que se nos presentan, de la necesidad que surge de disciplinarlos, para lo que resultan insuficientes las disciplinas disponibles.

Los críticos de la interdisciplina la ven como un eclecticismo desordenante que nos lleva a una Torre de Babel, no percibiendo que no se trata de juntar peras con tornillos, sino de articular los conocimientos de los que disponemos sobre diferentes dimensiones de la misma problemática, de moverse desde la ciencia (con un objeto y un método) a campos conceptuales articulados en prácticas sociales que den respuesta a esas problemáticas.

Debemos superar lo que la Prof. Alicia Stolkiner llama "el fetichismo de las disciplinas", que le da una apariencia de realidad al determinado recorte que hace tal o cual disciplina. Ya ni las llamadas ciencias duras pueden evadirse de los niveles de incertidumbre que se perciben en todo el campo del conocimiento.

La capacidad de producir efectos esperables, o de prever efectos no deseados, que en realidad es tecnología, no debe ser confundido con la posesión de LA VERDAD. La verdad es una construcción social, producto de una interrelación observador-fenómeno-en-un-contexto-socio-natural-histórico.

Alicia Stolkiner propone no perder la capacidad creativa, y esta creatividad se juega justamente en la práctica interdisciplinaria, donde, cada disciplina, que inicialmente parte de su enfoque particular, se ve movida a replantear sus supuestos epistemológicos, sus hipótesis teóricas y sus instrumentos. Se va generando un campo transdisciplinario al abrigo de metodologías y modelos paradigmáticos comunes.

Esto se ve claramente por ej. en la interdisciplina psicológico-legal cuando, en el trabajo sobre casos entre psicólogos y abogados se ponen en contacto emocionalidad y legalidad, buscando la manera de articularlas, al mismo tiempo se va modificando el instrumental de cada disciplina, dejando de lado el litigio y la psicoterapia individual para reemplazarlas por el trabajo interdisciplinario y conjunto con la pareja en crisis (y a menudo su contexto familiar), trabajo al que denominamos mediación.

Este proceso que genera el trabajo conjunto hace que los psicólogos aprendan derecho y los abogados psicoterapia, lo que no significa que las dos profesiones se fundan en una sola, dado que lo que se da mas bien es un acercamiento operativo para fines determinados que cesa cuando no es necesario, y cuando se vuelve a la especificidad de los campos de trabajo (superada la crisis de divorcio, los miembros de la pareja pueden continuar con psicoterapia por separado, y el abogado continuar los trámites formales de los acuerdos realizados en el proceso de mediación).

Pero este acercamiento operativo, como toda praxis, modifica la ideación, y esos profesionales ya no serán los mismos. Conocerán sus limitaciones y cuánto influyen otras dimensiones en su qué hacer, y, en consecuencia estarán más capacitados para orientar, derivar y/o trabajar en colaboración.

Podemos distinguir cuatro momentos del devenir disciplinario: 1) disciplina; 2) multidisciplinaria (primer contacto entre disciplinas); 3) interdisciplinaria (un proceso de interacción entre ellas); 4) la trans-

disciplinaria (se organiza un nuevo marco conceptual y metodológico, surgiendo espacios comunes y espacios autónomos, para cada disciplina).

Las dificultades de la constitución de la interdisciplina tienen obviamente una dimensión política (es decir relacionada con cuestiones de poder), en la medida en que aquélla perturba y cuestiona la hegemonía vigente de determinada disciplina. Esta hegemonía puede darse tanto en el nivel de las relaciones concretas en el campo de la comunidad científica por el dominio sobre ciertos espacios y fuentes de financiación, como en un nivel simbólico, por cuanto determinados discursos dominantes - que se transforman en los "únicos" lenguajes disponibles para los profesionales (en algunos casos se habla específicamente de la doctrina)- dificultan el surgimiento de discursos pluralistas alternativos. Así es como nos encontramos con disciplinas que acaparan lugares y sentido.

No terminaremos estas líneas sin transcribir unos textos de dos autores, que han hecho una aporte sintetizador a las condiciones del trabajo interdisciplinario.

En el primero el ya citado *José A. Castorina*¹ nos señala cuáles son, a su entender, *las condiciones mínimas que deben reunir los intercambios entre disciplinas*:

- a) La existencia previa de las disciplinas involucradas, pero con un grado de consolidación que permita identificar su organización teórico-metodológica.
- b) La delimitación de problemas que rebasan las fronteras alcanzadas históricamente por las disciplinas particulares, ya sea como desafíos "internos" de tipo conceptual o experimental [...], ya sea como cuestiones propuestas por demandas sociales.
- c) Los intercambios a propósito de tales problemas son locales, es decir, comprometen a las disciplinas respecto de sus interpretaciones sobre cuestiones delimitadas, pero no ponen en juego a la totalidad de su sistema teórico y experimental.
- d) Se produce un intercambio que modifica y enriquece a cada una de ellas, en la medida en que las coordinaciones recíprocas obligan no sólo a conocer los enfoques adoptados por las otras, sino a revisar las hipótesis propias sobre los problemas. Cada disciplina debe admitir los cambios de su enfoque derivados de la "novedad" de los enfoques de las otras disciplinas y de la originalidad de las demandas.
- e) Los intercambios no pueden producirse en la cabeza de un solo investigador, se exige la formación de un equipo de trabajo, lo que constituye una de las notas relevantes de la interdisciplinaria. En este sentido, los equipos deben planificar y sostener una continuidad en sus intercambios; deben presentar una clara disponibilidad para el diálogo entre los investigadores; estos deben adoptar una actitud de reconocimiento a los desafíos propuestos en el equipo.
- f) *Dicho intercambio presupone la diversidad de las disciplinas y debe posibilitar una integración sobre temas particulares, sin eliminar la identidad y autonomía de cada una de ellas.*

Teniendo en cuenta entonces que la interdisciplina nace también al calor del trabajo, de los éxitos y de los fracasos en común, y de los afectos que se generan en este quehacer, en el segundo texto *Nora E. Elichiry*² nos habla más específicamente de las condiciones para generar un clima de cooperación entre los miembros de los grupos concretos de trabajo interdisciplinario. En tal sentido nos plantea que los prerrequisitos para que la interdisciplina sea tal, son los siguientes:

- 1) Trabajo en equipo: formación de actitudes cooperativas en el grupo.
- 2) Intencionalidad: que la relación entre las disciplinas sea provocada. El encuentro fortuito entre disciplinas no es interdisciplinaria.

¹ El aprendizaje en la perspectiva Interdisciplinaria, José A. Castorina. En *Aprendizaje Hoy*, Anuario N° 4, 1990, pag 27.

² Importancia de la articulación interdisciplinaria..., N.E. Elichiry, En *El niño y la escuela*, Ed. Nueva Visión, 1987, pag. 337.

- 3) Flexibilidad: que exista apertura en cuanto a búsqueda de modelos, métodos de trabajo, técnicas, etc., sin actitudes dogmáticas, con reconocimiento de divergencias y disponibilidad para el diálogo.
- 4) Cooperación recurrente: que haya continuidad en la cooperación entre las disciplinas para lograr una cohesión del equipo. Una cooperación ocasional no es interdisciplina (esto se relaciona estrechamente con el punto 2).
- 5) *Reciprocidad: está dada por la interacción entre las disciplinas. La reciprocidad lleva al intercambio de métodos conceptualizaciones, códigos lingüísticos, técnicas, resultados, etc.*

3. Aportes para un campo interdisciplinario: cuidados médicos y abordajes psicoterapéuticos.

Hay problemáticas importantes - las que si no son tenidas en cuenta se agravan- que requieren de la atención conjunta del grupo familiar, para asesorarlo y ayudarlo, o para realizar una terapia familiar breve para que tenga una más adecuada percepción del problema, implemente los procesos de cambio necesarios, y acceda a una mejor organización para alcanzar sus objetivos, uno de los cuales es la salud. Se hace necesario mirar los procesos interpersonales donde los individuos están incluidos, y los contextos donde esos procesos se desarrollan, y hacer un mayor énfasis el trabajo interdisciplinario.

En tal sentido la terapia familiar, asociada con el trabajo médico, puede hacer un aporte para desarrollar ese aspecto que consideramos faltante en las tareas asistenciales, contribuyendo así a hacer más sólido el puente entre los servicios de salud y sus familias asociadas. Esta actividad tiene alcances y beneficios insospechados, por su capacidad para bajar costos y mejorar la salud y la calidad de vida de la gente.

En la bibliografía específica hay un fuerte convencimiento de sus autores de que, a pesar de que es el individuo donde se manifiesta la enfermedad, la calidad de la organización y funcionamiento familiar esta fuertemente relacionada con el mantenimiento de las condiciones básicas para la salud, y con la prevención y el manejo adecuado de las enfermedades.

Es bastante sabido que la mayor parte de los factores de riesgo -hipertensión, tabaquismo, obesidad, estrés, desinformación, etc- están relacionados con la dinámica familiar, y su incidencia es mucho menor si se abordan desde una perspectiva que incluya el problema dentro del grupo familiar.

Parece también evidente que la familia es una importante fuente de recursos para dar respuesta a las problemáticas que presenta la salud y para el mejoramiento de la calidad de vida en general: tiene la capacidad de ser, para los individuos que la conforman, **un “centro asistencial” permanente y gratuito**. Pero con frecuencia necesita ser asistida y re-capacitada para atender los múltiples requerimientos y desafíos de la vida social actual, en la medida que se ha producido -por la vertiginosidad de los cambios sociales- un desajuste entre los problemas que tienen que enfrentar las familias, y los aprendizajes y recursos para enfrentarlos. Ha disminuido su capacidad para dar contención a todas las necesidades de sus miembros.

Es por lo tanto importante incrementar los conocimientos sobre las dinámicas familiares que llevan a enfermar, o a mantener la enfermedad, así como también sobre las problemáticas que en el mismo sentido se presentan en la interacción enfermo-grupo familiar-sistema asistencial.

Esto ha sido un fuerte estímulo para contribuir a incrementar el conocimiento sobre este tema, y a **promover el acercamiento de los servicios de salud a estas temáticas**, en la medida que son entidades adecuadas y capacitadas para ocupar espacios destinados a la orientación -bajo la forma de asesoramiento, prevención, restablecimiento y promoción de la salud general-, ampliando su campo de acción, y utilizando recursos de costo mas bajo que los utilizados actualmente.

Queremos, a modo de ejemplo, hacer una breve enumeración de manifestaciones concretas de la interrelación entre el sistema familiar, la salud de sus miembros, y los servicios de salud, las que por sí solas justifican el abordaje interdisciplinario:

- Las relaciones interpersonales (las del enfermo con su familia y consigo mismo) pueden afectar significativamente la evolución de las enfermedades, su recuperación, la forma de percepción y manejo del dolor,

etc. Los patrones de interacción pueden favorecer o entorpecer el correcto cumplimiento de los tratamientos médicos.

- Los trastornos orgánicos a menudo generan estados depresivos que retroactúan sobre esos trastornos. Se ha comprobado la influencia de la depresión y el estrés en trastornos fisiológicos, por ejemplo en alteraciones del sistema inmunológico. Las emociones y el estrés se dan siempre en el marco de relaciones interpersonales.
- Se adjudica mayor riesgo de enfermedad y muerte a aquellas personas que atravesaron hace poco situaciones críticas (divorcio, muerte de un familiar, desastre económico).
- Los pacientes siempre van a consulta “con” su familia. Es decir que, aunque vayan solos, llevan a cuestas los procesos interpersonales en los que están inmersos, a los cuales se va a incorporar la indicación médica.
- La intervención psicológica puede tener efectos benéficos como prevención, lo que implica un mejor manejo de la situación, dado que la anticipación genera un mejor autocontrol. Por ejemplo: el conocimiento (compartido con su familia) de las dificultades y dolores postoperatorios.
- Las enfermedades orgánicas a menudo son metáforas que simbolizan situaciones personales y/o interpersonales: tener “presión”, “dolor de cabeza”, “bronquitis”, así como también nos encontramos con “accidentes” que en realidad son actividades autodestructivas encubiertas.
- Los desacuerdos parentales -por dificultades conyugales o en padres con divorcios difíciles- perturban a menudo la eficacia de las prácticas pediátricas.
- El inevitable recorte operacional que hace el médico para actuar sobre la enfermedad (no hacerlo lo lleva a la prolongación excesiva de la consulta), en muchos casos es necesario compensarlo con la intervención psicológica, más comprensiva de los aspectos emocionales y familiares concomitantes.
- La intervención psicológica en contextos médicos puede realizar aportes en dos terrenos: las problemáticas psico-familiares de los pacientes orgánicos, y las dificultades en la relación médico-paciente (o médico-paciente-familia), ofreciendo nuevos elementos para comprender mejor la problemática del paciente.
- Las indicaciones médicas a menudo chocan con las costumbres personales y familiares, por lo que, para que sean eficaces en esos casos, se debe abordar la necesidad de un cambio, de la incorporación de un punto de vista novedoso y externo -no visualizado hasta ahora por el enfermo/familia-, que les permita ver “desde afuera” -con ayuda terapéutica- los procesos interpersonales que contribuyen al mantenimiento de la enfermedad.
- Hay estructuras familiares que favorecen la aparición y el mantenimiento de sintomatologías orgánicas. Frente a la enfermedad frecuentemente se entranpan en el problema, sobreprotegen al enfermo, actúan con rigidez, presentan dificultades para encarar y superar los conflictos derivados de la enfermedad.
- La repetición generacional de ciertas enfermedades puede tener que ver no sólo con cuestiones hereditarias, sino con la repetición de estructuras familiares enfermantas. Es necesario investigar el significado de la enfermedad y del enfermar en la historia familiar.
- No es solo el cuerpo la unidad de supervivencia de la persona, sino el cuerpo-persona-familia-médico-sistema asistencial, de donde surge la conveniencia de abordar el problema de la salud desde equipos interdisciplinarios, y con una mirada más abarcativa.
- La enfermedad angustia. El incluir la problemática de la enfermedad en entrevistas conjuntas medico-psicoterapeuta-paciente-familia, disminuye la angustia y compromete más al paciente y su familia en la curación.
- A menudo la enfermedad orgánica de un miembro de una familia implica un significativo cambio de

hábitos, una importante reorganización de la vida personal y familiar, y una gran angustia acompaña este proceso, la que dificulta la necesaria reorganización.

- La enfermedad orgánica tiene a menudo el papel homeostático de restablecer el equilibrio familiar perdido. La enfermedad puede ser una respuesta adaptativa: invalidarse para no hacer frente a nuevas exigencias surgidas en el proceso evolutivo familiar, por ejemplo un divorcio.
- Si la intervención psicológica se realiza en un contexto médico, es muy importante trabajar la relación medico-psicoterapeuta, las formas de la interconsulta, de manera que la entrevista psicológica se vea calificada y, en consecuencia, sea efectiva. Al mismo tiempo el médico se verá aliviado, al derivar en el psicoterapeuta los aspectos emocionales e interpersonales del paciente.

Todas estas razones entendemos que aconsejan la perspectiva familiar, la interconsulta y el trabajo en equipo en la atención de la salud, pese a las dificultades que ello presenta, por los distintos lenguajes, y por la compartimentación que todavía padecen las respectivas disciplinas, derivada de la vieja pero aún vigente, división: cuerpo/ mente/ familia, que pretendemos que sea reemplazada por un modelo bio-psico-social.

Un caso clínico: “Hasta que la salud nos separe”

El caso de María M.

Datos básicos del grupo familiar nuclear

María (consultante), 49, viuda, ama de casa. Trabaja como voluntaria una vez por semana en un centro de asistencia para padres de hijos con enfermedades graves.

Antonio, esposo, comerciante, fallecido en el 97, a los 65 años, de una neoplasia grave y agresiva, luego de un año de enfermedad y agonía, bajo la continua atención de María.

Hijos: Santiago 23 ; Gustavo 20. Éste tuvo muchos problemas de salud (enfermedades y accidentes menores), desde el nacimiento hasta los 15 años, entrando múltiples veces al quirófano.

Actividad económica: Como medio de vida tienen un bazar, heredado del marido, que es atendido por sus hijos, con la colaboración de María.

El Terapeuta y el Médico intervinientes se incluyen por ser miembros temporarios significativos del sistema que se construye en torno de la resolución de la problemática.

Evaluación diagnóstica

De acuerdo al DSM-IV: depresión leve, estrés, hiponcondría, y fobia. Una crisis de angustia desencadena la consulta.

Siguiendo nuestra línea de trabajo, vamos a tratar de mostrar la relación entre los síntomas de la paciente, y su contexto.

Los elementos más importantes del contexto de María son:

- a) su biografía, su devenir personal y familiar, que culmina en su situación actual.
- b) El último evento somático (el tumor benigno de parótida), que desencadena la crisis de angustia, que no puede ser contenida suficientemente por su médico, al no poder incluir la mencionada historia de María.

Introducción al caso clínico

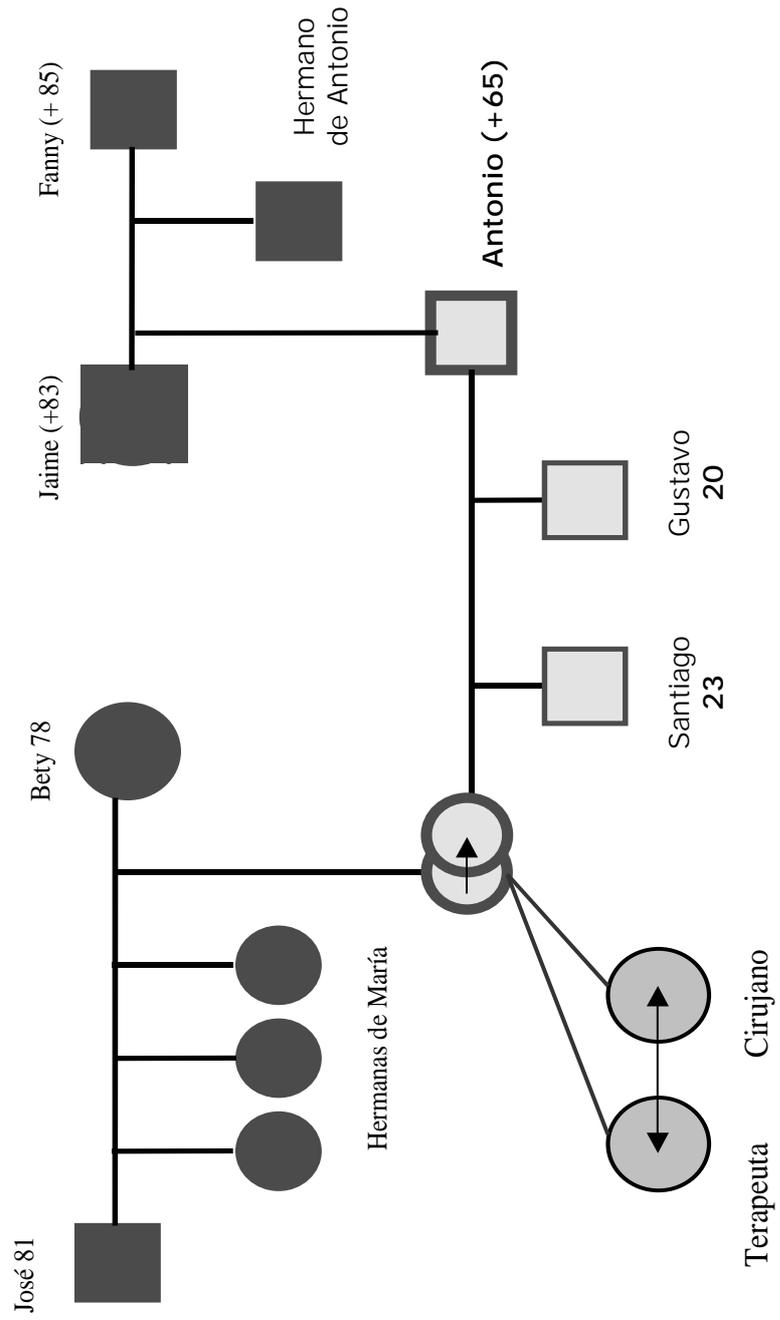
El caso clínico que vamos a desarrollar ha sido incluido por su carácter de prototipo de la temática de este trabajo, en cuanto a la relación entre enfermedad orgánica y dinámica psico-familiar. Sabemos que hay muchas personas, con problemáticas similares, más o menos graves que las de María y su familia nuclear, recorriendo hospitales, clínicas, obras sociales y prepagos, demandando contención para las expresiones que, por múltiples motivos, su cuerpo realiza con forma de enfermedades, las que están entrelazadas con otros aspectos de su vida, como el miedo a la autonomía en esta paciente, correlato de su aglutinamiento familiar. Este es el motivo por el que estamos empeñados en contribuir a la investigación de tan importante problemática, como modo de contribuir a su solución.

Motivo de consulta y presentación del caso

María consulta por miedos intensos, en principio a enfermar y sufrir como su esposo, fallecido luego de una larga agonía. Luego reconoce que *“en realidad son de toda la vida”*. Manifiesta que estos miedos se han intensificado después de un tumor de tiroides, que resulta benigno, del que es operada con éxito en el 94, y desde que, en mayo de este año es operada de un tumor también benigno de parótida, que en un principio piensa que es maligno, o que se puede malignizar, con la consiguiente ansiedad. Dice tenerle miedo al sufrimiento que producen las enfermedades; no a la muerte, porque es religiosa y cree en la salvación.

El cirujano que la opera tiene dificultades para contener la ansiedad hipocondríaca de María y me la deriva. Esta es una cuestión importante del comienzo de la terapia, en la medida que genera la posibilidad

DIAGRAMA DEL GRUPO FAMILIAR EXTENSO DE MARIA



de la misma, al servicio de transformar la crisis en una oportunidad para el cambio. Este caso tiene algunas similitudes con el descrito como N° 2 por Michanie (1995), en la medida que el médico no puede contener a María, al no poder incluir su historia personal y familiar. En el primer mes de la terapia fue muy importante el trabajo en conjunto con ese Médico para contener el estado de pánico de María a tener un tumor (y su insistencia en que lo tenía), lo que incluyó un trabajo con el mismo para convencerlo de la importancia que él también la contuviera, aceptando repetidas consultas (a pesar de que lo irritaban, por innecesarias), teniendo en cuenta la historia de María. Sin este trabajo colaborativo, que generó un contexto adecuado para revisar el sentido de sus síntomas, María seguramente hubiera perdido la oportunidad señalada de aprovechar la crisis para iniciar un proceso de cambio.

María se presenta como una mujer abrumada por su duelo, con Antonio siempre presente; es una mujer inteligente, agradable, bien parecida pero con 20 kgs. de sobrepeso, tristonera, sencilla, dependiente, con cierta desprotección que genera ternura y demanda contención. Tiene complementariamente un estilo muy de mamá sobreprotectora, y seguramente fue muy entrenada en estar al servicio de los demás, y poco en hacerse cargo de su vida (*"no tengo límites para afrontar un problema de otro; cuando se trata de un problema mío no puedo, tengo mucho temor"*, dice).

Por su estado de ánimo pareciera que el marido hubiera muerto el mes pasado, habiendo transcurrido en realidad dos años. Oscila entre una depresión un tanto mística (no dice *"mi vida no tiene sentido"*, sino *"tal vez me tendría que ir con él"*, aludiendo al marido) y una actitud más positiva de no dejarse llevar por los miedos, disfrutar de estar con los hijos, salir con amigas, etc.

Las enfermedades y la muerte tienen una presencia importante en la vida de casada de María. *"Me muevo en un círculo pesado de enfermedades"*, dice, y realmente es así. Su hijo Gustavo ha tenido un nacimiento problemático y varias enfermedades y accidentes. Los padres de Antonio murieron octogenarios hace ocho años, pero pasando por varios años de deterioro en un geriátrico. El único hermano del mismo (Antonio) tuvo desde chico una enfermedad progresiva que lo inhabilitó y complicó mucho la relación con él. De las cuatro hermanas que son en su familia natal, tres han quedado viudas en el curso de estos últimos dos años, y el médico clínico que la atendía antes del tumor había fallecido. Finalmente la larga enfermedad y muerte de Antonio, y sus propias enfermedades (los tumores). No alcanzándole con todo esto, ya vimos que trabaja como voluntaria en la asistencia de padres con hijos con enfermedades graves.

El nombre que se le ha dado a este caso –*Hasta que la salud nos separe*– se debe a que las desgraciadas circunstancias señaladas se complementan con el grado de aglutinamiento que ha caracterizado a la familia actual de la paciente, o sea un alto grado de cercanía en sus relaciones, cercanía que está sostenida por las enfermedades. Cuidados y miedos permanentes los mantienen juntos y alimentan sus relaciones. **La salud se transforma así, inconscientemente, es una amenaza de separación.**

La familia de origen de María también tiene características de aglutinamiento. Es hija de un militar a la antigua, al que adora y admira mucho, el que educó en forma severa y sobreprotectora a sus cuatro hijas, priorizando las actitudes de obediencia y servicio. *"Sus hijas son todo para él; ha vivido al servicio de su profesión y de su familia; aún ahora, su mayor placer sería tener a las cuatro con él"*, dice.

Luego se casa con Antonio, un hombre bastante mayor que ella, amigo del padre. En su vida de casada, la formación recibida se manifestaría en un sometimiento y devoción asistencial al marido y los hijos, que la ocuparían y darían sentido a su vida, eximiéndola al mismo tiempo de tomar responsabilidades en la conducción de la misma.

Antonio estaba también sobre-involucrado emocionalmente con su familia de origen, caracterizada ésta por su aislamiento, incondicionales lealtades y enfermedades, y la organización de la vida en torno de ellas. Dejó de vivir con sus padres solo para casarse, a los 40 años. La relación de Antonio con su familia natal, es densa, conflictiva, y llena de mandatos. Los problemas, las enfermedades, y también la muerte, le facilitan la unión con sus padres y hermano.

* Tanto María como uno de sus hijos habían soñado con Antonio habitando los lugares paradisíacos y bucólicos a los que estaban destinados los buenos en su fe religiosa.

María cuenta una frase que dijo Antonio cuando ya veía venir su propia muerte, refiriéndose a sus padres ya fallecidos: *“no es justo que estén solos”*. En relación con esto María muestra un aspecto importante de su problemática en general, sus miedos, y el motivo por el que consulta.

Entre las respuestas a la pregunta de a qué le tiene miedo, hay una significativa: *“al poder de la mente”* dice, quedando sobrentendido que está hablando del poder de la mente para enfermar el cuerpo (al poder de las creencias y relaciones para enfermar el cuerpo, redefinimos en la terapia). En tal sentido, en su narrativa nos encontramos con frases tales como: *“pasamos momentos buenos con Antonio, pero empañados por su familia”*, *“Antonio no se podía despegar de ese pegoteo enfermizo que tenía con sus padres y hermano”*, *“El peor error de Antonio fue volver a trabajar con sus padres luego de haberse independizado. Si no lo hubiera hecho, no se hubiera enfermado”*.

María, mujer inteligente, advierte la participación de la subjetividad y de los mandatos y relaciones familiares en los procesos del enfermar. Esto permitió el trabajo terapéutico: preguntando por cuáles eran los motivos por los que la mente de Antonio lo habría enfermado, se pudo pasar a preguntar e investigar qué aspectos de su mente la podrían enfermar.

Seguramente María percibe no solamente su duelo, factor sobre que se insiste mucho en estos casos, sino su propio estrés al verse obligada a cambiar y reorganizar su vida, con motivo de la pérdida de su cónyuge. Este evento está catalogado por distintos autores como un estresor de grado máximo (Kaplan y otros, 1996), lo que seguramente es percibido por el cuerpo-psiquis de María. A ésta no le cuesta, dado las circunstancias vividas y ser una persona inteligente, asociar estrés con enfermedad en general y con tumores en particular.

Sobre esta relación Luchina (1998), dice: “En los últimos años se han hecho muy diversas investigaciones acerca del estrés y el cáncer. ... Son numerosas las comprobaciones que muestran la vinculación de los factores psicológicos y la aparición y el progreso de la enfermedad en humanos”. Stierlin (1997), plantea que “...el riesgo del tumor aumenta, entre otras razones, después de grandes pérdidas no elaboradas, por una incapacidad persistente para sortear dificultades, por una desesperación que permanece, ... , o por una tendencia a querer poner a toda costa en segundo plano sus propias necesidades vitales, sin permitirse nada”. Estas palabras parecieran especialmente destinadas a María, teniendo en cuenta los estresores psicosociales que la afectaban.

María cuenta que la relación de Antonio con su familia de origen la hizo sufrir mucho, sintiéndose a menudo colocada en un lugar secundario; pero al mismo tiempo el relato evidencia que se sometió, haciendo de ese sometimiento un sacerdocio. Se dedica a su familia con devoción, la que se intensifica cuando hay enfermedades. Elige un modo de vida que si bien le quita posibilidades, al mismo tiempo la protege del mundo, del que se ocupa Antonio.

De toda esta información parece fácil inferir la crisis vital actual. La muerte de Antonio rompe inevitablemente el cuadro descripto. María pierde el referente externo, el organizador de su vida, y tiene que hacer algo para lo que nunca tuvo permiso, y por lo tanto no aprendió a hacer: ocuparse de ella misma. También podemos pensar que María tiene la culpa de ser la sobreviviente de Antonio, el que en muchas oportunidades le debe haber generado odio, con sus desaires por seguir los mandatos paternos. Fallecido Antonio, María tiene la posibilidad de disfrutar de los hijos que tuvo con él, del negocio que él armó, y de la casa heredada (que es la casa paterna de Antonio), y ya no tiene que tolerar los mencionados desaires y los conflictos serios generados por las peleas entre Antonio y su cuñado. Pero tiene que ocuparse de sí misma, de su supervivencia.

Abrumada por lo que siente como una falta de recursos para encarar esa tarea nueva, se desliza en un principio hacia lo que autores como Liendo y otros (1998) denominan el escape melodramático: evitar tomar contacto con el verdadero problema (haciéndose cargo de sí misma), para, en cambio, apoyándose en sus aprendizajes y creencias, utilizar la alternativa de recrear, ahora sobre ella misma –induciendo la complicidad de sus hijos -, el mundo de enfermedades, duelos eternos, y dependencias interminables, etc. Esta alternativa al mismo tiempo la asusta, de allí los miedos *“al poder de la mente para enfermar”*, posibilidad concreta a partir de los tumores benignos, especialmente el último. Como dice Onnis (1990), el síntoma comunica. Aunque ella no se de cuenta bien, le comunica a María algunas de las cosas que describimos aquí, que ella alcanza a intuir. **Por esa razón consulta.**

El mencionado Onnis (1990), y otros, desarrollan ideas que pueden aplicarse a María y su grupo familiar. Plantean la fuerte relación que podemos observar entre evitación de conflictos y enfermedad orgánica: en algunas familias, dicen, los conflictos no pueden ser explícitos, por lo que el síntoma reemplaza a la palabra (o tal vez, incorporando ideas del filósofo Rorty (1997), sea mejor decir que reemplaza a la conversación faltante). Watzlawick (1997) dice que es el terapeuta el que tiene que descifrar el significado del síntoma corporal, que es emitido en un lenguaje "cifrado" para que no se haga explícito, porque hacerlo desataría una desestabilización riesgosa del sistema familiar. Se teme al conflicto y a definir las relaciones, porque **amenazan la unidad familiar**, cerrando así el acceso a la autonomía e individuación de sus miembros.

Por lo tanto la alternativa conveniente para María es enfrentar sus problemas, y pedir ayuda terapéutica para movilizar sus recursos y "administrar" adecuadamente los conflictos; hacerse cargo de la necesidad de no quedarse pegada al recuerdo de Antonio y sus aspectos de muerte. Hacerse cargo sí del negocio que heredó (un aspecto de vida de Antonio). El hijo mayor le anuncia que se va a vivir con una chica; sólo le queda el menor para continuar la conocida estructura de excesiva cercanía, enfermedad, sobreprotección y dependencia. Pero tiene conciencia que esto sería dañoso, sobre todo para Gustavo. No le queda más remedio que hacerse cargo de su vida, no sabe muy bien cómo hacerlo. Tiene la práctica de la dependencia, no de la autonomía.

La narrativa de María es rica. Continúa desplegando frases que parecen mostrar claramente el debate interno que desencadena la falta de Antonio: "*A los chicos los sobreprotejo demasiado*", "*Hice algo malo... Santiago me dijo que se va a vivir sólo, y le dije: ¿primero papá y ahora vos? Estuve mal... es una barbaridad lo que le dije*", pero "*la verdad es que tengo mucho miedo a quedarme sola*", "*en el negocio yo soy una figura decorativa, mis hijos hacen todo*". En la frase "*¿primero papá y ahora vos?*" está implícito uno de los pilares centrales de la problemática de María: separación por crecimiento y separación por son equivalentes para María. Por esa razón consulta, estando la terapia destinada a trabajar con las creencias expresadas en su narrativa, las que sostenían el aglutinamiento familiar y las dificultades para el crecimiento.

Comentarios clínicos

María, ya avanzada la terapia, plantea "*cuando se termina el tema de Antonio, no sé de qué hablar aquí*", que en el espacio clínico lo tomamos como una metáfora de: "cuando se terminó Antonio no sé que hacer en la vida". María no sabe como estar sola con ella misma. Estar enferma es una manera de seguir sufriendo, dependiendo. Parece claro que lo que le queda pendiente es vivir para la salud, conectarse con los problemas comunes, tener problemas de sano, que son los que luego van a constituir el tema central en la terapia.

Cuando llevaba 4 o 5 entrevistas, y había hecho el panorama descripto, el terapeuta comenzó a trabajar con intervenciones tendientes a justificar el síntoma (**cómo no va a tener miedo con tantas enfermedades y muertes alrededor suyo!**), y al mismo tiempo proponerle una lectura diferente (**redefinición del síntoma**).

Si se juntaban sus *miedos a la enfermedad y al poder de la mente* se le podía señalar que esos miedos tan fuertes estaban posiblemente expresando el temor que tenía a echar mano del recurso de escape utilizado por Antonio (impulsada inconsciente e involuntariamente a usarlo por la fuertísima lealtad que la unía a éste): El camino de Antonio para crecer y autonomizarse estaba dificultado, al no poder cuestionar éste los mandatos paternos, entre otros el de seguir padeciendo la relación con el hermano que estaba obligado a tener a cargo. Sólo la enfermedad y la muerte fueron un justificativo aceptable para decir basta a ese mandato. La continuación de la salud le hubiera hecho intolerable mantener esa relación familiar, la salud lo hubiera separado. La enfermedad y la muerte articularon el terminar con una situación insoportable con la ilusión de mantener la unidad: "**no es justo que estén solos**".

Esto fue el eje de muchas de las siguientes sesiones: mostrarle que había aprendido de Antonio a sacrificarse en el altar de los padres, y ahora ella se podría sacrificar en el altar de Antonio (**casi se la podía escuchar diciendo "no es justo que Antonio esté solo"**). Este era su miedo, esta tentación de seguir el mismo camino de Antonio, cosa que había hecho en las buenas y en las malas en estos últimos 25 años.

Se le señaló a María que sus miedos a sus posibles y temidas enfermedades denunciaban que éstas

podían ser un recurso para “evitar” tanto la pérdida de Antonio como de un modo de ser y de vivir. Enfermarse era una manera de estar con él y de no perderlo, y de continuar con ese modo de vivir.

Si podía despedirse (despegarse?) de Antonio, si podía dejarlo que se fuera tranquilo a los hermosos lugares en los que estaba según sus creencias y sus sueños*, cumpliendo al mismo tiempo con la segura voluntad del mismo de que ella no dejara solos a sus hijos, podíamos ponernos a trabajar en la reconversión de su vida, ahora sin organizadores externos de la misma, y con ayuda de la terapia .

Para eso se trabajó mucho en poner en marcha sus adormecidos recursos para ocuparse de ella, adueñarse de su vida, con sus satisfacciones, pero también con sus problemas concretos. En esta tarea de ayudarla a cambiar no fueron pocas las dificultades, en la medida que había construido una identidad subalterna y dependiente, afirmada en fuertes lealtades complementarias.

A menudo el mantenimiento de la identidad, es un obstáculo para el cambio. Con frecuencia se da una situación paradójica: un cambio de situación (interna o externa) le exige a una persona un cambio, por lo que, si no cambia deja de ser quien es, o sea sucumbe. Pero también siente que si cambia deja de ser quien está acostumbrado a ser, y por lo tanto también siente que sucumbe. Esta situación produce sufrimiento, el que a veces conduce a esas personas a la consulta. ¿Como se resuelve esa aparente paradoja? Revisando la construcción de la identidad que ha realizado: seguramente el paciente “pone en una misma bolsa” elementos que necesita para su identidad, y otros que no son indispensables (o más bien es indispensable que los deje). Ha “pegado” su identidad a roles o lugares relacionales ocupados y sostenidos durante mucho tiempo, y que han pasado a formar parte de la subjetividad del paciente. Dejarlos bajo presión es vivido como un ataque a la autoestima, lo que a menudo es acompañado por una sensación de derrumbe interno. Necesita entonces realizar un esfuerzo de reacomodación, al que se resiste.

Tal fue el caso de María, la que luego de 6 meses de terapia logró completar su duelo por Antonio, hacerse cargo de su negocio consiguiéndose una socia, dejar que sus hijos tomen otros rumbos, tolerar que el mayor se vaya a vivir con la novia, divertirse con amigas, y dejar de lado a las enfermedades.

La narrativa de María

Frases significativas agrupadas.

“El miedo a las enfermedades es reciente, pero mis miedos en realidad son de toda la vida”.

“No tengo límites para afrontar un problema de otro; cuando se trata de un problema mío no puedo, tengo mucho temor”.

“Me muevo en un círculo pesado de enfermedades” “Tal vez me tendría que ir con él” [aludiendo al marido]

“Sus hijas son todo para él [el padre]; ha vivido al servicio de su profesión y de su familia; aún ahora, su mayor placer sería tener a las cuatro con él”, dice.

“Pasamos momentos buenos con Antonio, pero empañados por su familia... no se podía despegar de ese pegoteo enfermizo que tenía con sus padres y hermano. El peor error de Antonio fue volver a trabajar con sus padres luego de haberse independizado. Si no lo hubiera hecho, no se hubiera enfermado”.

“A los chicos los sobreprotejo demasiado”, “Hice algo malo...Santiago me dijo que se va a vivir sólo, y le dije: ¿ primero papá y ahora vos ? Estuve mal...es una barbaridad lo que le dije”, “pero la verdad es que tengo mucho miedo a quedarme sola”,

“En el negocio yo soy una figura decorativa, mis hijos hacen todo”. “Cuando se termina el tema de Antonio, no sé de qué hablar aquí [en la terapia]”

“Hoy estaba preparándome para venir y, no le encuentro la explicación. Yo digo: ¿de qué voy a hablar? Ya de Antonio conté todo, y ya está. Qué más voy a contar ? Que mi vida es Antonio, y que ahora parece como que se terminó todo. Y no es así, tengo un montón de cosas para solucionar...”

Resumen de la doceava sesión terapéutica

M: *Hoy estaba preparándome para venir y, no le encuentro la explicación. Yo digo: ¿de qué voy a hablar? Ya de Antonio conté todo, y ya está. Qué más voy a contar? Que mi vida es Antonio y los médicos y las enfermedades, y que ahora parece como que se terminó todo. Y no es así, tengo un montón de cosas para solucionar....*

T: ¿Qué pasa con esas cosas? son importantes ?

M: *....es importante seguir con mi vida.....*

T : O sea que seguir con su vida, si no le entiendo mal, es seguir con todos los recuerdos y las cosas que le dejó vivir con Antonio.... dos hijos, los nietos que seguramente vendrán, una casa, un negocio... una historia.... Antonio qué preferirá, que Ud. se quede llorándolo, o que salga adelante siendo un ejemplo para sus hijos... tal vez como su padre [el abuelo de los chicos y amigo de Antonio], que todavía sigue siendo muy vital a los 80, es un orgullo para Ud ?

M: *No, seguro que querría lo segundo. No que me quede mirando para atrás.*

T: Me parece que aquí está uno de los problemas, que cuando se da cuenta de la necesidad de seguir para adelante, por un lado siente que lo abandona a Antonio, y por otro se siente abandonada por Antonio, sin él para acompañarla. No se siente segura para enfrentar sola esta etapa.

M: *Además estoy muy triste todavía.*

T : **Tal vez sería bueno que a esa parte triste, sus recuerdos, sus tristezas, le dedique todo el tiempo que necesite, pero que no tenga el “volante”, el control de su vida.**

M: *Sí, sí, que no sea el centro de mi vida. Tengo que preocuparme por los chicos, por el trabajo, tener la mente en el futuro, programar mi vida ...*

T : Más en la salud (el futuro) que en la enfermedad (el pasado). Es cierto, se termina el relato conocido. De aquí en adelante, hay páginas nuevas

M: *Tengo que despegar....*

T: ¿Tiene ganas?

M: *A veces no sé si tengo derecho a volver a reír. Pero no es así, no tiene que ser así. El que a mí me hace reír, que a veces digo basta, es Santiago ! Ah! No sabe lo que es!. A veces me levanta. Así como es de loco para algunas cosas, tiene una energía, moviliza a todo el mundo. En dos minutos nos cambió la cara a todos (se ríe).*

T : Bueno, no está mal dejarse llevar por el buen humor... Bueno, hasta el martes....

M: *Sí,La risa es salud, dicen.*

En esta sesión el terapeuta hace varias cosas: abre un espacio legítimo para su tristeza, pero le quita a esa tristeza el control de su vida. La apoya en la respetable voluntad de Antonio, y de su padre, para darle más fuerza a la proacción que necesita (Liendo y otros, 1998). Al mismo tiempo, al ocuparse de los hijos y el negocio generados con Antonio, pierde sentido la sensación comentada en varias oportunidades de que “lo estoy abandonando a Antonio”. Queda desafiada a despegar, a seguir adelante sola, pero se le ofrece el espacio terapéutico como contención para ese proceso. Es evidente el in-side de María al introducir ella misma el humor como motor del cambio. Pudo alcanzar una contemplación crítica de sí misma que le permite dejar de lado el escape melodramático introduciendo el humor y la risa.

La cuestión de la evaluación familiar

1. Introducción.

El campo de la evaluación psicológica ha ido creciendo en éstos últimos años. Se ha alcanzado una valorización de esta disciplina en el mundo y en nuestro país en distintos campos de aplicación, clínica, educativa, forense, empresarial, etc.

La responsabilidad de los psicólogos es seguir aplicando la evaluación psicológica, no con un criterio de verdad, pero sí de utilidad, para poder adecuar cada vez mejor los tratamientos a las necesidades de la población, teniendo en cuenta los recursos disponibles. También seguir investigando áreas donde aún la evaluación psicológica no ha encontrado los instrumentos adecuados válidos y confiables para ser realizada en forma correcta. Pensamos que es necesario crear instrumentos para poder extender la evaluación en salud mental a nuevos áreas, e intentaremos hacer un aporte en tal sentido.

Al observar lo hecho hasta nuestros días vemos que en el área clínica se ha dado un gran desarrollo en la evaluación de niños, jóvenes y adultos. La informática, que ya ha invadido los distintos órdenes de la vida cotidiana, también lo está haciendo con el campo de la evaluación. Esto nos crea preguntas y reflexiones acerca de su aplicación, alcances, y por supuesto cuestiones éticas a ser consideradas. Otro tema de suma importancia en el futuro será, a nuestro entender, adecuar la evaluación a los distintos contextos sociales y culturales (y multiculturales) donde la misma se realice.

En tal sentido Rocío Fernández Ballesteros plantea que la vejez y la multirracialidad son las dos áreas donde la evaluación psicológica plantea nuevas cuestiones y desafíos en el siglo que viene en Europa, inquietudes que pensamos que son válidos también para nuestro país.

A lo largo del siglo XX hemos asistido al aumento de la esperanza de vida en Europa (mujeres 81 años, hombres 73.3). Por lo tanto dada la tendencia del envejecimiento de la población en las últimas décadas es necesario acomodar la evaluación psicológica a dichos cambios, por ejemplo, las variables personales del sujeto, sus condiciones sensoriales, la familiaridad con el test, así como el ajuste de los instrumentos evaluativos a una población que cubra esta etapa vital (ajustes de los baremos a dicha población). Uno de los desafíos para el psicólogo será acomodarse a una mayor distancia generacional con la persona a evaluar.

Por otro lado, las migraciones y la libre circulación de ciudadanos europeos gracias al mercado común, hacen necesario ajustar los instrumentos de la evaluación para poder dar cuenta de dicho fenómeno creciente. El hecho que los psicólogos de una cultura, tengan que evaluar personas de otra cultura que se asientan en su país, desafía a los psicólogos y sus instrumentos de evaluación. Los instrumentos deben ser adecuados para no convertirse en discriminatorios de ciertas minorías. El problema es incluso más amplio: un psicólogo de una cultura determinada debería poder entender los valores y creencias de los sujetos que pertenecen a otro contexto cultural, a la hora de evaluar, diagnosticar o tratar. Debemos estar alertados, tanto los psicólogos como el instrumental, del probable etnocentrismo en el que podemos caer. Estos desafíos nos llevan a pensar que la formación actual del psicólogo debería ser extendida para que abarcara temas tales como psicogerontología, psicología transcultural, y ética. El área de la evaluación familiar seguramente será afectada también por los cambios que están ocurriendo en los mencionados campos del envejecimiento poblacional, de las migraciones y de la interracialidad.

Revisando la literatura actual sobre evaluación psicológica, nos encontramos con un área en la que está poco difundida en nuestro país, y los instrumentos de los que se dispone son poco conocidos y están poco contrastados con nuestra realidad socio-cultural. Nos estamos refiriendo a la evaluación psicológica en el área de la clínica familiar. Dada la importancia de ésta área, y considerando al sujeto humano como un ser bio-psico-social, nos preguntamos por qué no se han difundido elementos de evaluación psicológica en dicho campo de la clínica. Por tal motivo, es en la evaluación del grupo familiar donde pretendemos hacer una modesta contribución. Es una tarea ardua y compleja, y las variables a considerar son múltiples, pero nos parece un desafío interesante.

El motivo por el que nos hemos interesado en esta temática es por la necesidad de disponer de un instrumental adecuado para evaluar familias y poder comparar las relaciones intra y extrafamiliares con los procesos de las enfermedades orgánicas.

2. Distinciones necesarias.

2.1. Diagnóstico o Evaluación. Diagnosticar o no diagnosticar.

Qué es diagnosticar una enfermedad y qué implicancias tiene? Entendemos que se debe distinguir entre **diagnóstico y evaluación**. El primero, que tiene más que ver con enfermedad y síntomas, puede ser una operación inicial de clasificación de acuerdo a standars internacionales que permita al psiquiatra elegir una medicación, comunicarse con otros colegas y tener pautas claras para realizar investigaciones comunicables.

La evaluación, como nosotros la entendemos está más relacionada con los problemas que presentan los consultantes, será una práctica más amplia que tiene que ver con la singularidad del caso, e irá registrando aquéllos puntos significativos donde hay que acudir con la intervención terapéutica.

En consecuencia tenemos que tener en cuenta que el diagnóstico según al DSM-IV es en base a síntomas, pero para el tratamiento psicoterapéutico necesitamos también tener claro cuáles son los recursos del paciente, y cuál es su "manera de ser". La evaluación se va jugar permanentemente en las respuestas del paciente a las intervenciones del terapeuta.

Hay investigaciones serias (Hirsch, 1998) que plantean que el éxito del tratamiento depende mucho más del vínculo terapeuta-paciente, que de la perspectiva teórica del terapeuta, por lo que, en tal sentido, tanto inicialmente como en el curso del tratamiento habría que evaluar la calidad de ese vínculo.

La gente que consulta, en general manifiesta sus síntomas junto con problemas que tiene, y posee una mayor o menor claridad de las razones de esta asociación. O sea que nos movemos en un mundo dual patología-problema. Las patologías están clasificadas, pero los problemas por ahora no, y además los problemas se procesan en la singularidad de la vida del paciente.

Para el caso de alguien que manifiesta, por ejemplo, problemas de depresión, decir que lo que tiene es un "trastorno depresivo", significa que presenta una fenomenología diferencial que nos permite clasificarlo en esa patología de acuerdo al DSM-IV, y por lo tanto dar un primer paso en la tarea de reordenar una realidad cuyo "desorden" produce cierto tipo de padecimiento al que consulta. Esta operación que, desde criterios generales, ubica a ese paciente en una clasificación, nos permitirá por un lado comenzar a conocer la magnitud de los riesgos para la integridad del paciente (por ejemplo la presencia o no de ideaciones o intentos de suicidio), y al mismo tiempo para poder comunicarnos con otros profesionales, por ejemplo, para nosotros, con el psiquiatra que lo medica, si lo tiene.

La comunicación del diagnóstico al paciente es una cuestión no poco importante: **qué y cómo** le comunicamos. Cuando diagnosticamos colocamos al paciente en la casilla del diagnóstico. El propósito obviamente es sacarlo de esa casilla a través del tratamiento, pero debemos ser conscientes del efecto que puede tener comunicárselo y el significado con el que se lo comunicamos, porque lo estamos poniendo en una casilla de la que luego puede ser difícil sacarlo. El diagnóstico de enfermedad, comunicado al paciente, puede tener un efecto contrario al buscado, en la medida que puede colocar la solución fuera del mismo, evadiendo así la propia responsabilidad para salir. Parece mejor redefinirle la enfermedad como problema. Con la definición "problema" enfatizamos el trabajar para resolverlo, con la definición "enfermedad" lo ponemos a curarse, cuando lo que más necesita es ocuparse del problema, ponerse pro-activo para resolverlo, o sea replantearse el problema en otros términos. Para esto se lo va a ayudar con la medicación y la psicoterapia.

En la etapa diagnóstica es importante también decidir qué abordaje conviene: individual, familiar, o contextual. Si nos consultan necesitamos ocuparnos no solamente de las estructuras psíquicas, sino también de las vinculares (relacionales). Ambas estructuras, que están ampliamente interrelacionadas, se organizan de tal manera que muestran problemáticas que solemos llamar cuadros psicopatológicos. En tal

sentido, psicoanalistas como Bowlby (1980) ya le dan importancia a las circunstancias de vida, familiares, y sociales que afectan a una persona.

Preferimos evaluar los casos en su complejidad, en el sentido que le da Morin (1994), tomando en cuenta las múltiples dimensiones de lo real sin caer en simplificaciones. En tal sentido, se pueden incluir (en el lenguaje del DSM-IV) los problemas del estado de ánimo (F32.1), los problemas biográficos (Z60.0), así como de los aspectos relativos al Eje IV "Problemas psico-sociales y ambientales". Se logra así que el paciente se sienta más contenido, al mirarse los diferentes niveles que se manifiesta su problemática.

Al abrir el campo de observación (de evaluación) más allá del paciente individual, se trabaja con el paciente y su familia, y también se pueden incluir las familias de origen. Puede convenir citar en vivo esas familias, si ello es posible, como lo hacen quienes trabajan con un enfoque trigeneracional. Por qué incluir a más gente que el paciente individual? Porque nos permitirá hacer una evaluación más completa del contexto significativo donde se desarrolla la problemática presentada, y actuar en consecuencia.

Las perturbaciones de los pacientes se presentan de una manera dual: como patología y como problemática. Actuando en niveles múltiples el terapeuta tendrá más capacidad para operar en los distintos ejes del modelo multiaxial del DSM-IV. Resulta interesante que el terapeuta, si bien respetando la designación de paciente que realiza el grupo familiar, intente al mismo tiempo una apertura que invite a participar en la cura y el cambio a los interlocutores válidos e interesados que haya en cada nivel, multiplicando así la posibilidad de surgimiento de alternativas de solución para la problemática en cuestión.

Esta perspectiva permite evitar tanto las desventajas de un trabajo basado únicamente en el individuo, como las de obligar a todos los miembros de una familia a concurrir permanentemente a un tratamiento, con lo que aumenta la posibilidad de que éste efectivamente se realice y sea más eficaz al ser apoyado por un consenso. También abre la tarea a la inclusión, en determinadas ocasiones, del trabajo conjunto con otros profesionales, con un psiquiatra, con un médico clínico, o con un abogado.

2.2 Evaluación o Pruebas.

Siguiendo a Rocío Fernández Ballesteros debemos diferenciar claramente la evaluación psicológica de las pruebas. Ella resalta que no hay que confundir la parte por el todo. Esta autora define la evaluación psicológica como una subdisciplina de la psicología que se ocupa del análisis del comportamiento de un concreto sujeto, o de un específico grupo de sujetos, a los niveles de complejidad necesarios, y con el objetivo de diagnóstico, orientación, selección o tratamiento. Requiere por supuesto de un complejo proceso a través del cual el psicólogo, en base a la primera información recogida, formula hipótesis, deduce enunciados verificables, verifica éstos y, finalmente llega a determinadas conclusiones. Cuando se recoge la primera información y se contrastan los enunciados formulados, se utiliza una batería de instrumentos tales como entrevistas, tests, escalas, mediciones con aparatos, etc. Por lo tanto la evaluación es mucho más abarcativa que la "testología", o la "psicometría aplicada" Las incluye, pero no es posible confundirla con las "tecnologías" a aplicar, aunque a menudo se lo haya hecho en éstas últimas décadas.

2.3. La evaluación con objetivos clínicos, y la evaluación con fines de investigación.

La primera está principalmente al servicio de establecer parámetros que permitan determinar objetivos y estrategias clínicas, y medir resultados y la evolución en ciertos momentos del tratamiento. Un autor como J. Navarro Góngora, en el capítulo 3 del libro citado aborda la evaluación clínica en terapia familiar tratando tres temas: el concepto de trastorno mental en esta disciplina, qué es lo evaluado, y el procedimiento de evaluación; finalmente, en base a éstas líneas ejemplifica con una entrevista en tal sentido.

2.4. Más allá de la del paciente o familia, la evaluación se extiende a los tratamientos.

Se puede evaluar no sólo los casos, pacientes o clientes, sino también los diversos procedimientos terapéuticos, en cuanto a su calidad científica y eficacia, y en tal sentido, en el tema específico de la evaluación de los abordajes familiares, el mismo autor, en el capítulo 8 del libro citado señala que la primera razón para realizar esa evaluación es ética, en la medida que *"trabajamos con personas y necesitamos saber que eficacia tiene lo que hacemos."*(pag. 253). El resto del capítulo está destinado a reseñar cuáles

son las variables a evaluar, y los criterios, estrategias, y grupos de control que deben ser utilizados, así como otros temas relacionados con el estatuto científico de la terapia familiar.

3. Parámetros básicos para evaluar a las familias.

H. Stierlin señala que varios autores se han puesto de acuerdo respecto a algunos ejes y parámetros sobre los cuáles habría que trabajar para poder distinguir entre familias funcionales sanas y las disfuncionales. Los ejes son los siguientes: estrategias para resolver problemas, clima emocional de la familia, capacidad de cambio durante el curso del ciclo vital, capacidad para equilibrar la proximidad y la distancia en las relaciones intrafamiliares, para la formación de fronteras generacionales funcionales.

Wynne (1984) ha abordado el tema de la familia sana desde una perspectiva de desarrollo. Toma el concepto de mutualidad para referirse a los procesos de renovación y reconstitución de la relacionalidad, valorados positivamente a través del tiempo, los que son impulsados por la convergencia del conflicto, el crecimiento, y el envejecimiento y las discontinuidades de los ciclos vitales de la familia. Según Wynne la comunicación es la etapa del desarrollo relacional previa a la resolución conjunta de problemas. Wynne, Jones y Al Khayyal (1982) han aplicado el concepto de comunicación sana en un sistema de evaluación usado con un test de la familia, el denominado Consenso de la familia de Rorschach.

4. Escalas e índices disponibles en evaluación familiar.

En la bibliografía a la que hemos podido acceder, el trabajo de H. Stierlin, el DSM-IV y el texto de Ann Bowling, seleccionamos algunos materiales que, previa adaptación, pueden ser utilizados para las evaluaciones familiares que necesitamos realizar:

4.1. Los conceptos de H. Stierlin, y el DSM-IV y la EEGAR

En la medida que por un lado tenemos los parámetros de la funcionalidad/disfuncionalidad en los que, según H. Stierlin, hay consenso de varios autores, y que éstos resultan similares a los utilizados en la EEGAR del DSM-IV, y por otro contamos con la universalidad del DSM-IV, nos parece adecuado tomar esta escala para su aplicación en la evaluación de familias que necesitamos realizar. Lamentablemente, ni en el mismo DSM-IV ni en su Guía de Uso hemos encontrado instrucciones sobre la forma de aplicación de la EEGAR, por lo que estimamos que una tarea a realizar es diseñar un cuestionario para poder medir los puntajes de la misma. En tal sentido, al final de este trabajo adjuntamos una copia de la EEGAR. Sobre la base de la misma intentamos un cuestionario posible para darle valores. El propósito de la EEGAR es calibrar los requerimientos afectivos o instrumentales de cada uno de los miembros de la familia en las tres áreas descritas en la misma: resolución de problemas, organización, y clima emocional. Para cada una de éstas, la Escala da un contenido de diferentes ítems. Dándole a éstos forma de preguntas, se puede lograr que cada miembro de la familia, le dé un valor numérico a cada uno de esos ítems, promediando luego el resultado.

Cuestionario

Asigne un puntaje de 1 a 10 a las siguientes cuestiones, según sea su apreciación respecto a la magnitud de las habilidades, el funcionamiento, y el clima que poseen o disfrutan su familia y los miembros de la misma:

1. Evalúe el grado de coincidencia que presentan cuando hay que decidir algo:
2. Evalúe el grado de flexibilidad que muestran, cuando un cambio lo exige:
3. Cuantifique la capacidad que tienen para superar un conflicto:
4. Frente a problemas, qué capacidad tienen para encontrar estrategias para resolverlos:
5. Qué capacidad tienen en general para hacerse entender entre ustedes:
- 6.Cuál es el grado de responsabilidad con el afrontan los compromisos en general:
- 7.Cuál es su grado de acuerdo con las reglas vigentes en su familia (cuanto más de acuerdo esté, más alto será el número):
8. Cuán organizada es su familia ? (cuanto más organizada esté, más alto será el número):

9. Cuál es el grado con que se expresan los sentimientos (cuanto más se expresen los sentimientos, más alto será el número):
10. Hay coincidencia en lo que es importante y lo que no lo es, o sea en los valores (cuanto más coincidencia haya, más alto será el número):

Y así siguiendo hasta completar 30 preguntas. Contestadas las mismas se sumarán las respuestas y se dividirá el valor obtenido por 30. se promediarán los valores obtenidos de cada miembro de la familia con 13 años o más. Se llevará el número obtenido a una escala de 100 puntos, o sea si se llegó a un valor de 6.60, significara para la familia en cuestión haber obtenido 66 puntos en la EEGAR, o sea que en un caso así la descripción que corresponde será: *“La unidad relacional [la familia] es de algún modo insatisfactoria. Con el tiempo muchas dificultades pero no todas, se resuelven sin problemas”*. Este resultado habrá que chequearlo con los asignados a la misma familia en su conjunto y con el mismo cuestionario, por el profesional y supervisor intervinientes, y sacar conclusiones al respecto.

4.2. Otras escalas disponibles

En el trabajo ya mencionado de H. Stierlin, en el artículo dedicado a Tests de Familia, este autor enumera diferentes escalas, medidas, cuestionarios y tests disponibles, entre los que se puede elegir de acuerdo a los criterios utilizados y los objetivos de la evaluación:

- Escala de ajuste marital (MAS), 1959.
- FCQS, 1965
- Test Giessen (TG), 1975
- Escala del ambiente familiar (FES), 1981.
- Escala para la evaluación de la cohesión ... (FACES), 1983.
- Medida de evaluación familiar (FAM), 1983.
- Cuestionario de la pareja (PFD), 1984.

Estos procedimientos estandarizados están destinados a evaluar los procesos relacionales de la familia, y se pueden usar también con fines clínicos, o con propósitos de investigación y comparación.

4.3. Índice de la relación familiar (FRI)

Según aparece en el mencionado texto de Ann Bowling, este índice intenta medir el apoyo desde dentro de la familia. Contiene 90 ítems, con respuestas de verdadero –falso, con 10 subescalas derivadas de la Escala del Entorno Familiar, creada por Billings y Moos en 1982. Esta escala fue construida a partir del estudio de muchas familias normales y angustiadas, abarcando diversos grupos étnicos. La subescala FRI (1981), esta constituida por tres secciones que apuntan a tres temas de evaluación: *la cohesión, la expresividad y el conflicto*. La de cohesión apunta a la cantidad de apoyo, ayuda y compromiso que se confieren entre sí los miembros de la familia. La de expresividad se dirige a evaluar el grado en que los miembros de la familia expresan directamente sus sentimientos. La del conflicto, apunta a valorar el grado de enojo, conflicto y agresión que expresan los miembros de la familia entre sí.

Ej.: Nos contamos entre nosotros nuestros problemas personales (expresividad). Nos peleamos mucho entre nosotros (conflicto). Las puntuaciones estandarizadas de cada subescala son promedio para obtener una puntuación compuesta. La validez de toda la escala y subescala son poco conocidas.

Los autores, sin embargo establecen una validez predictiva de la subescala de las relaciones familiares en un estudio longitudinal de apoyo social, realizado con 113 pacientes alcohólicos. A pesar de esto las correlaciones no resultan estadísticamente significativas. En cuanto a la confiabilidad, Billing y Moos (1981) mostraron que el FRI tenía una alta consistencia interna. Los resultados del test-retest para las diez subescalas de la escala completa del entorno familiar oscilan entre 0,52 y 0,89. Como conclusión diríamos que esta escala necesita una mayor comprobación para aumentar su validez, aunque puede ser utilizada conjuntamente con otros instrumentos psicométricos para la evaluación familiar.

Otro instrumento que evalúa el apoyo social percibido de familiares y amigos fue creado por Procidano y Heller en 1983. Este instrumento consta de dos medidas de 20 ítems cada una. La primera apunta a las percepciones de apoyo familiar y la otra a las percepciones del apoyo dado por los amigos. Las respuestas

son Si, No, No Sé, sumándose las respuestas positivas por separado las referidas al apoyo familiar y la de los amigos.

Ej. : mi familia me da el apoyo moral que necesito. Cuento con mi familia como apoyo emocional. Los autores correlacionaron la escala con medidas de psicopatología y sufrimiento, y declararon su validez de concepto y predictiva. En cuanto a la confiabilidad los coeficientes de correlación de consistencia interna resultaron de 0,88 y 0,9 respectivamente para los ítems relacionados con la familia y los amigos. Este análisis fue realizado con 222 estudiantes. El coeficiente de confiabilidad en el test- retest después de un mes fue de 0.83. Si bien esta escala como vemos tiene buena fiabilidad interna y del test-retest y validez predictiva, es necesario realizar más estudios.

4.4. Test de las Bolitas

Revisando la bibliografía sobre evaluación familiar en el campo de la terapia familiar, hallamos también el test de las bolitas del Dr. Raúl Uzandivaras. Si bien originalmente éste test fue utilizado para la evaluación de pequeños grupos, fue extendiendo su utilización a los sistemas familiares, pensando la familia como un grupo en interacción.

Se lo ha usado para evaluar familias con tres miembros, generalmente padre, madre e hijo adolescente, aplicándose hasta ahora en familias con hijos asmáticos y con esquizofrénicos, y también en adolescentes normales. Se ha comprobado por ejemplo que las familias con un hijo esquizofrénico tienden a dibujar una particular configuración de las bolitas.

Con los datos investigados se ha llegado a pensar que este test puede un útil instrumento para investigar en el campo de la psicopatología del grupo familiar, básicamente apuntando a las interacciones que se establecen entre los miembros. A partir de ésta investigación realizada queda abierta la puerta para posteriores investigaciones.

5. Conclusiones

Si bien, como hemos visto, existen numerosos aportes en el campo de la evaluación familiar, entendemos que no está suficientemente desarrollado en nuestro país, y por varias razones. Porque la terapia familiar, luego de su período de auge en la década del 80, no afirmó su presencia en los espacios institucionales disponibles, estando hoy un tanto restringido su campo de aplicación, a pesar de sus reconocidos logros en varios ámbitos. Es de esperar que se pueda expandir el uso de la terapia familiar, dado que, como a menudo decimos "la familia es un centro asistencial permanente y gratuito", por lo que es necesario consolidarlo y reforzarlo, especialmente en una organización social como la actual, en la que el Estado declina una parte importante de su rol asistencial.

Bibliografía

- Alonso, H. J., *Interacción familiar y enfermedad cardiovascular*, Revista Sistemas Familiares, Año 2 No. 2, Buenos Aires, agosto 1986.
- Beavers, W.R., y otro, *Familias exitosas*, Paidós, Barcelona, 1995.
- Bonet, J. y otros, *Estrés y Procesos de Enfermedad*, Biblos, 1998.
- Bowling, A., *La Medida de la Salud*, Masson, Barcelona, 1994.
- Cancrini, L. y otros, "Las familias multiproblemáticas", en M. Coletti y J.L. Linares, *La intervención sistémica en los servicios sociales...*, Paidós, Barcelona, 1997.
- Carrasco Bertrand, E., "Los contextos de una enfermedad: Terapia sistémica de los problemas psicósomáticos", Revista Sistemas Familiares, Año 6, N° 2, Buenos Aires, agosto 1990.
- Ceberio, M. R. y Watzlawick, P., Prólogo a: L. Onnis y otros, *La palabra del cuerpo*, Herder, Barcelona, 1997.
- Coletti, M., Linares, J.L., *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*, Paidós, Barcelona, 1997.
- Dabas y Najmanovich, *Redes, el lenguaje de los vínculos*, Paidós, B.A., 1995
- Dallos, R., *Sistemas de creencias familiares*, Paidós, Bs. As., 1996.
- DSM IV, Masson, Barcelona, 1995 (Eje IV).
- DSM-IV, Guía de Uso, American Psychiatric Association, Masson, Barcelona, 1995;
- Elkaïm, M., "Sistema familiar y sistema social", en M. Andolfi (comp), *Dimensiones de la Terapia Familiar*, Paidós, Bs. Aires, 1985.
- Elzufan, C. y H. Hirsch, "Medicina Familiar", Revista Terapia Familiar, No. 12, Buenos Aires, diciembre 1983.
- Galfré, O., "Psicoanálisis y terapia familiar sistémica. Estudio comparativo...", *Clínica Psicológica*, Vol V - N° 2, 1996.
- Galfré, O., y otros "Depresión: Diagnóstico y Clínica psico-social con el paciente y su contexto", AAP, *Revista Comunicaciones*, Año VI, N° 9.
- Herscovici, C.R., Bay, L., *Anorexia nerviosa y bulimia*, Paidós, Bs. Aires, 1990.
- Kamelman, M., y Pujol, M., *La medicina del 2000*, Ed. Macchi, Bs. Aires, 2000.
- Kaplan, H. y otros, *Sinopsis de Psiquiatría*, Panamericana, Bs. Aires, 1996.
- Kornblit, A., *Somática Familiar*, Gedisa, Barcelona, 1984.
- Liendo, E. y otros, *Resultados en Psicoterapia*, ECUA, Bs. Aires, 1998.
- Luchina, C., *Factores Psiconeuroinmunes...*, en P. Arias y otros, *Estrés y Procesos de Enfermedad*, Biblos, Bs. Aires, 1998.
- McDaniel, S. y otros, "Diferenciarse ... Terapia médico-familiar ...", *Sistemas Familiares*, año 15 - N° 2, julio 1999.
- Michanie, C., "La interconsulta médico-psicológica", en *Teoría y Técnica de la Psicoterapia Sistémica*, varios autores, ECUA, Bs. Aires, 1995.
- Minuchin, S. y otros., *Psychosomatic families*, Mass., HUP, 1978.
- Morales Calatayud, F., *Introducción a la Psicología de la Salud*, Paidós, Bs. Aires, 1999.
- Navarro Góngora, J., *Técnicas y programas en terapia familiar*, Paidós, Barcelona, 1992.
- Onnis, L. y otros, *La palabra del cuerpo*, Herder, Barcelona, 1997.
- Onnis, L., *Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos*, Paidós, Bs. Aires, 1990.
- Opazo, R., "Postulados básicos de una terapia integrativa", *Clínica Psicológica*, Vol I-N°2, 1992.
- Rorty, R., *Una introducción al pragmatismo*, FCE, 1997.
- Saforcada, E., *Psicología Sanitaria*, Paidós, Bs. Aires, 1999.
- Sluzki, C., *La red social:*, Gedisa, Barcelona, 1996.
- Stierlin, H. y col., *Medicina de la familia y tumor*, en L. Onnis y otros, *La palabra del cuerpo*, Herder, Barcelona, 1997.
- Stierlin, H., *El individuo en el sistema*, Herder, Barcelona, 1997.
- Tornquist, T. de Florín, "La enfermedad como experiencia transaccional", *Clínica Psicológica*, AIGLE, Vol.VII, N° 1, abril 1998.