

FAMILIA, STRESS Y ENFERMEDAD

V. Pelechano

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

RESUMEN

Se presenta una revisión de los principales resultados sobre las variables psicosociales presentes en la génesis de la enfermedad. Las teorías de los sucesos vitales estresantes y del apoyo social presentan demasiados problemas sin resolver. El movimiento de terapia familiar parece una vía prometedora aunque está necesitada de más y mejor investigación controlada y resultados positivos. Presentamos resultados sobre la depresión post-parto y enfermedad crónica, demostrativos de que el acercamiento de las diferencias individuales a los problemas de salud puede ser no solamente interesante sino prometedor y que el estudio de la psicología diferencial del enfermo crónico que incluya indicadores de los contextos familiar y social es preferible a los acercamientos exclusivamente sociales. El trabajo termina con la discusión de problemas metodológicos y teóricos dentro de esta línea, propuesta presentada como una alternativa a los trabajos sobre los patrones de personalidad que siguen la nomenclatura del abecedario.

Palabras Clave: *Modelos familiares en enfermedad; Psicología de la salud; Medicina Comportamental; Psicología diferencial del enfermo crónico; Personalidad y enfermedad.*

SUMMARY

A review of the main results on psychological variables in physical illness is offered: stressful life events and social support approaches present too many unsolved problems. The family therapy movement, at present, seems a promisory road but needs more controlled research and positive results. One offers results relative to the post-partum depression and chronic illness; these results demonstrate that the individual differences approach to health problems can be not only interesting but also relevant and that the differential psychology of the chronic physical patient, including indicators of family and social contexts is better than the social approaches. The work ends with the discussion on methodological and theoretical problems in this line of research which shows itself as an alternative to the research into the ABC patterns of personality-behavior.

Key Words: *Family models in illness; Health psychology; Behavioral medicine; Differential psychology in chronic physical illness; Personality and illness.*

INTRODUCCION

Hace ya unos años, y refiriéndose a las formas de gobierno de las sociedades humanas, un filósofo de la historia ya desaparecido, Raymond Aron, defendía entre triste, esperanzado y desilusionado que el ser humano, al parecer, había descubierto ya todas las formas básicas de ordenamiento social y, por lo mismo, no era muy probable que se encontrasen otras formas radicalmente distintas, por lo que había que irse haciendo a la idea de que, en el mejor de los casos, debíamos ocuparnos en defender y mejorar las que teníamos más que en buscar y experimentar otras distintas dado que, a la postre, esas "distintas" no eran otra cosa que variantes de las conocidas y fundamentales. Lo dicho en el caso del ordenamiento social, posiblemente resulta tanto más verdad en el caso de la agrupación de ciudadanos que formaría la célula del cuerpo social.

Efectivamente, la familia representa uno de los conceptos que ha sido sometido a mayores polémicas y más fuertes convulsiones en los últimos 200 años. Resulta una expresión que esconde significados bien distintos; empleada por la mayoría de fuerzas políticas, ideológicas y religiosas predominantes en occidente con significados variopintos y hasta un tanto contradictorios entre sí; denostada o ensalzada según el momento y la ocasión... a la postre, representa una forma de organización

social flexible, que permite muchas diferenciaciones y modos de organización distintos; distinciones, asimismo, que se refieren al número y calidad de sus componentes; que funciona pese a la modificación sustancial de algunos de sus miembros e incluso de su sustitución por otros; que posee razones muy distintas para su generación, mantenimiento y dispersión y, en fin, que pese a su longevidad, encierra misterios numerosos en su estructuración y dinámica, lo que hace que siga siendo uno de los objetos de estudio de las ciencias biomédicas y sociales.

Dentro de la psicología se generó, ya hace unas décadas, una especialidad que posee un considerable cuerpo de conocimientos y publicaciones en intervención, la terapia familiar, con revistas dedicadas a la publicación de trabajos específicos. La conceptualización que exige el análisis de la familia, además, obliga a una consideración del contexto que es formado y forma la vida familiar, por lo que su estudio obliga a prestar atención al sentido global de las interacciones que se producen en el seno de la familia, cuyas interacciones, simplemente, no son igual a la suma de las acciones de sus miembros. Ha representado el primer asentamiento sólido de una conceptualización de la teoría general de sistemas aplicada al mundo personal y social. Se trata de una institución que, más que ninguna otra, está dedicada a la generación y solución de problemas de índole personal, lo que, dicho de otra forma un tanto distinta quiere decir que genera, absorbe y diluye el estrés de la vida.

Además, resulta el locus en el que se reciben y sufren los efectos del estrés personal y social de sus miembros, hasta el punto que se ha llegado a afirmar que la familia es la atmósfera social más importante en donde se da la enfermedad (Litman, 1974).

Es en este contexto de salud y enfermedad en el que se mueve esta intervención. Se trata de un tema candente y bastante activo en cuanto a la publicación de artículos especializados y tesis doctorales se refiere (en los últimos cinco años se han recogido en los centros de información científica de las multinacionales occidentales de la ciencia, un trabajo cada 2 días, 13 horas y cuatro minutos, incluyendo los domingos y convirtiendo en laboral el mes vacacional al año y sin contar los libros). Dado este volumen de información, resulta materialmente imposible llevar a cabo una exposición de lo conocido. Lo publicado, por otra parte, representa un volumen muy dispar en cuanto a calidad de la información recogida. Por ello, los objetivos que perseguimos son mucho más modestos: ofrecer un panorama de las ideas centrales que parecen guiar el trabajo de investigación y asistencial en este campo y, junto a ello, dar noticia de los principales modelos contemporáneos formulados específicamente sobre datos de estrés, familia y enfermedad para terminar con algunas reflexiones, sugerencias y acotaciones críticas a unos (datos) y a otros (modelos teóricos) con el fin de agudizar la generación tanto de unos como de otros, que sean más potentes, explicativos y asistencialmente eficaces.

2. UNOS ACERCAMIENTOS COMPLEMENTARIOS

2.1. Psicología de la salud y panorama de principales estrategias de estudio

El tema que estamos presentando forma parte integrante de la denominada psicología de la salud, que se ha desarrollado extraordinariamente desde hace una veintena de años. El tipo de trabajo que ha ocupado con más frecuencia a los científicos en este campo ha sido el establecimiento de las relaciones entre enfermedad y elementos personales y psicosociales del funcionamiento humano, así como el estudio de estrategias tanto preventivas como de tratamiento en las que entran a formar parte no solamente variables de corte biológico sino también otras psicológicas y sociológicas. La psicología de la salud ha representado un factor multiplicador respecto a la demostración de la influencia de elementos no biológicos comprometidos con la aparición, dinámica y hasta resultados de ciertas enfermedades; asimismo, ha representado un paso de gigante en la ruptura del dualismo psicofísico que estaba presente en el pensamiento occidental (lo físico y lo mental, cada uno de ellos con sus leyes y sus "enfermedades"); finalmente, ha representado un elemento de novedad por lo que se refiere a tipos de variables y demostración de relaciones e interacciones entre campos hasta ese momento un tanto dispersos. Desgraciadamente, sin embargo, no ha representado la aparición de modelos teóricos radicalmente novedosos en el estudio de las relaciones e interacciones denunciadas (Pelechano, 1990).

Los estudios acerca de la relación entre variables psicológicas y sociales, por un lado, y enfermedad/salud, por otras, pueden agruparse en tres tipos principales: en primer lugar, aquellos en los que son prioritariamente las características del individuo las que provocan, determinan o predicen la adquisición de la enfermedad (como el numeroso grupo de estudios que tratan de defender la existencia de un patrón comportamental característico de la enfermedad cardiovascular, denominado patrón de conducta tipo A).

En segundo lugar, el tipo de estudios que hacen depender la aparición de la enfermedad no de las características del individuo sino de los sucesos que le ocurren y sobre los que posee escaso o nulo poder de control (los denominados sucesos vitales estresantes). Si el polo negativo de este acercamiento se encuentra en la dimensionalización y dinámica de los sucesos vitales estresantes, el polo positivo se encuentra en los estudios acerca de las relaciones entre los apoyos sociales y la enfermedad.

En tercer lugar, los estudios en los que directamente se insiste en las estrategias de afrontamiento que emplea un individuo o un grupo de individuos ante las situaciones stressantes y que representan aspectos favorecedores o perturbadores para el desarrollo tanto de la enfermedad como de la promoción de la salud.

El estudio de la familia, dentro de este panorama general, se encuentra situado

propiamente entre la segunda y la tercera opción, por cuanto que puede ser entendida como un elemento decisivo en la generación de estrés (suceso vital estresante) y como un apoyo o colchón amortiguador del estrés producido. A la vez, la familia desarrolla y representa unas formas determinadas de afrontar las situaciones de estrés, por lo que podría ser situada entre las entidades a estudiar definitivamente en el tercero de los apartados que hemos reseñado más arriba.

En esta intervención nos vamos a restringir a algunos de los puntos de este panorama que se ha descrito. En primer lugar, presentaremos datos e ideas sobre las relaciones entre variables psicosociales y enfermedad en algunas alteraciones que tradicionalmente se han entendido como enfermedad física; en segundo lugar, nos ocuparemos prioritariamente de las opciones correspondientes a acontecimientos vitales estresantes y apoyo-social/estrategias de afrontamiento en enfermos crónicos; en tercer lugar, presentaremos las ideas básicas de dos modelos contemporáneos que son ciertamente relevantes. Al hilo del discurso se irán presentando acotaciones críticas y posibilidades de intervención.

Sin buscar posteriores justificaciones, la verdad es que resulta tremendamente difícil, por no decir imposible, que se aplique exclusivamente el acercamiento individual de atributos comportamentales o de personalidad cuando se trata de ofrecer datos acerca de la familia (no del individuo). De todas formas, algo se dirá más adelante respecto a características de personalidad presentes en enfermos crónicos en distinta fase de gravedad y enfermedad.

2.2. Sucesos vitales stressantes y enfermedad

La idea básica en este apartado es entender el stress como un estímulo o conglomerado de estímulos (sucesos) que son "externos" al individuo, todos ellos, con características afectivamente negativas (pérdida de seres queridos, trabajo, obligación de desplazamiento físico a otra ciudad o domicilio, por ejemplo) y que serían los "responsables" de la aparición de la enfermedad. Por lo que se refiere a obras básicas y ya clásicas en este acercamiento, son de mención obligada las dos monografías de Dohrenwend y Dohrenwend publicadas en 1974 y 1981.

Resulta iluminador comparar el contenido de ambas publicaciones. En la primera se dedica un gran apartado a contenidos (revisión de evidencia experimental existente, nuevos datos empíricos), mientras que en la segunda, la mayor atención la ocupan cuestiones metodológicas, con un acento secundario en los tópicos teóricos, lo que no resulta fácil de interpretar, puesto que ello podría querer decir tanto que la investigación sustantiva debe esperar a la solución de los problemas metodológicos, como que los desarrollos metodológicos son los que deben cultivarse, prescindiendo tanto de las elaboraciones y depuraciones teóricas como la recogida de datos empíricos. Lo que ha ocurrido en este campo en los

últimos años no permite tomar una decisión clara al respecto y vale, en buena medida, lo que acaba de mencionarse. En un principio los autores insistían en la importancia que poseían los denominados "sucesos vitales estresantes" entendiendo por tales, los hechos importantes y/o graves en un período de tiempo relativamente corto. En los últimos cinco años se han añadido, posiblemente por influencia de la investigación sobre efectos acumulativos de la ansiedad, los sucesos stresantes cotidianos, que han mostrado un cierto valor heurístico en el desencadenamiento de conductas, tradicionalmente entendidas como conductas de enfermedad, así como con otras relacionadas con el consumo de drogas entre adolescentes y jóvenes.

El primer desplazamiento al que se ha hecho alusión líneas arriba (la insistencia en investigaciones de corte metodológico) ha sido facilitado, en gran medida, por la existencia de un instrumento de evaluación corto y de fácil aplicación, el Schedule of Recent Experience (SRE, Hawkins et al., 1957) que se ha modificado posteriormente (sirven como ejemplo, las publicaciones de Dohrenwend et al., 1978; Holmes y Rahe, 1967; Horowitz et al., 1977; Hurst et al., 1978; Paykel et al., 1971; Rahe, 1978). La multiplicación de instrumentos y variantes exige repeticiones, comparaciones de resultados y contrastaciones de propiedades del instrumento como tal. Así, vaya por caso, delimitar si el instrumento en cuestión mide estrés o no; decidir acerca de la conveniencia de incluir sucesos vitales deseables y no solamente acontecimientos traumáticos o estresantes, grado de fiabilidad del recuerdo... Cuestiones que poseen interés en sí mismas pero que distraen el foco atencional de la cuestión central acerca de la relación causal entre sucesos vitales estresantes y enfermedad ².

Como una cuestión fáctica, Mechanic terminaba una compilación de lo conocido hasta 1974, con estas palabras: "está claro que los sucesos vitales estresantes desempeñan algún papel en la aparición de la enfermedad en las poblaciones. Sin embargo, cualquier afirmación más allá de esta vaga generalización es muy probable que termine en controversia" (op. cit., 1974, p. 87). Nueve años más tarde, Kasl (1983, p. 81) reconocía que "we have become clearer about the nature of our ignorance", aunque no se había incrementado el conocimiento básico; diecisiete años más tarde estamos en una situación similar. Existen razones muy dispares para explicar este estado de hechos tan insatisfactorio. Una de ellas ha sido mencionada más arriba (la existencia de un tipo de instrumentación de fácil aplicación y que permite recoger datos sin gran esfuerzo pero que, por esta misma facilidad, impide un desarrollo teórico y empírico adecuado); otra se refiere al establecimiento de unidades de análisis y categorizaciones francamente inadecuadas (entre ellas, un cierto sesgo sexista que ha caracterizado la investigación sobre estrés en general y que ha sido recogido recientemente por Baruch, Biener y Barnett (1987) en el sentido de que se ha definido el estrés en relación con tipos de roles y tareas claramente "masculinas" en un sentido tradicional, olvidando

focos de estrés tradicionalmente más “femeninos”, con lo que los resultados han sido francamente insatisfactorios³; una tercera se relaciona con la elementalidad de diseño y elaboración teórica en la medida en que se supone un efecto directo de estos sucesos vitales estresantes sobre el estado físico y, en el mejor de los casos, se aduce a “colchones” y/o amortiguadores de efectos tales como la familia (estado civil) sin elaborar posteriormente los procesos de mediación, con lo que los resultados, más que aclarar, oscurecen las relaciones; en cuarto lugar, la mayoría de trabajos son o bien retrospectivos, o asumen la existencia solamente de variables de corte psicosocial sin tomar en consideración el estado biológico previo de las personas que toman parte en las investigaciones; de esta última parcela se tratará más adelante.

2.3. Redes sociales, apoyos sociales y enfermedad

Con el fin de afrontar de forma adecuada los focos estresores promovidos por el mundo social, se entiende que el ser humano cuenta con unos apoyos sociales que sirven como protección ante estos focos estresantes. Cohen y Syme (1985) en una monografía dedicada a la revisión y puesta a punto de la información existente al respecto hacia mitad de la pasada década, definen los apoyos sociales como los “recursos ofrecidos por las otras personas” (op. cit., p.4), que pueden consistir en información o en otras cosas actual o potencialmente útiles. La familia aparece como uno de los apoyos sociales claros que puede desempeñar un papel importante en la etiología de determinadas enfermedades no infecciosas tales como la enfermedad cardiovascular, algunas clases de cáncer, artritis y alteraciones mentales de distinto tipo; asimismo puede ser importante en el tratamiento y rehabilitación de esas enfermedades (pues supone que la persona tienen que hacer cosas que antes no hacía, o al contrario, no hacer cosas que hacía con anterioridad). En todos estos casos, el apoyo social actuaría como un colchón o amortiguador de los focos de estrés o, alternativamente, como un fomento de la salud y del bienestar independientemente del nivel de estrés (hipótesis directa).

Los resultados que pueblan la bibliografía tienden a confirmar ambas opciones interpretativas, si bien parece que estos resultados son en gran parte dependientes del tipo de medida de apoyo social que se haya utilizado (Cohen y Wills, 1984; Reis, 1984). Por otro lado, existen autores que presentan revisiones un tanto dispares con esta imagen positiva. Veamos estas afirmaciones un poco más de cerca.

Se tienden a obtener efectos directos cuando la medida de apoyo evalúa el grado en que una persona está integrada en una red social dada y, complementariamente, se detecta un efecto de amortiguación cuando la medida se refiere a la disponibilidad de los recursos a los que se tiene acceso cuando se enfrenta a un

agente estresor. Por lo que se refiere a la hipótesis de efecto directo (el apoyo promueve la salud y el bienestar al margen del nivel de estrés) desde una perspectiva psicosocial se aduce como argumento que ello acaece como resultado de la percepción de que los demás (los otros miembros de la familia) ofrecerán ayuda en caso de estrés, con lo que se incrementará el afecto positivo, la autoestima y hasta se activará el sistema inmunológico (Jemmott y Locke, 1984); otro argumento defiende que ello se produce a través de cambios en una serie de conductas que promueven la salud (por ejemplo, cambios en dieta, restricciones de alcohol y de conductas de fumar y promoción de ejercicio, tal y como ocurre en el caso de la hipertensión y que ha encontrado en la familia un colaborador esencial, Storer, Frate, Johnson y Greenberg, 1987); finalmente, un tercer argumento aduce que la membresía a un grupo puede potenciar el sentido de estabilidad, predecibilidad y control en la interacción social que permite asumir roles y conductas apropiadas, tal y como defiende Boyce (1985)⁴. En un extremo se postula la existencia de relaciones lineares entre bienestar y apoyo (Broadhead et al., 1983); sin embargo, existe alguna evidencia de que aparecen relaciones solamente con niveles de apoyo muy bajos (Berkman y Syme, 1979; Kahn y Antonucci, 1982).

Por lo que se refiere al efecto "amortiguador", se defiende que el apoyo social "protege" del estrés. El apoyo puede actuar entre el suceso estresante y la experiencia del estrés, atenuando o previniendo la respuesta al acontecimiento estresante, puesto que los apoyos de los demás pueden redefinir y/o reducir el daño potencial de una situación. Alternativamente, el apoyo puede actuar entre la experiencia de estrés y la aparición de patología, bien sea reduciendo o eliminando la experiencia de estrés (Bovard, 1959 y Cassel, 1976, defienden que el efecto puede ser el tranquilizar, de alguna forma, el sistema neuroendocrino, de modo que las personas son menos reactivas ante el estrés percibido), bien influyendo sobre conductas o procesos fisiológicos relacionados con la enfermedad (por ejemplo, facilitar conductas promocionadoras de salud tales como ejercitar la higiene personal, preocuparse por la nutrición o atender más al descanso en el caso de hipertensión, hipertrigliceridemia, fracaso renal igual o superior al 95%, lo que exige un tratamiento de diálisis o bien un trasplante...).

Sin embargo, no existe acuerdo total en este tipo de consideraciones y argumentaciones. Así, en alguna revisión (Kasl y Wells, 1985) se concluye que los estudios son de carácter observacional-correlacional. En este tipo de trabajos, cuando se manejan relaciones univariadas, se obtienen correlaciones del orden de -0.35 entre apoyo social y distintas medidas de molestias-ansiedad, toda vez que las relaciones con indicadores de salud (no de enfermedad) son a menudo menores y en más de una ocasión, no significativas. Cuando se realizan análisis multivariados y en las ecuaciones de regresión se introduce como predictor el apoyo social, después de haber seleccionado índices sociodemográficos y alguna medida de estrés (usualmente, sucesos vitales estresantes) su contribución es todavía menor

(Andrews et al., 1978) aunque el efecto parcial permanece. Estos resultados indicarían que, pese a que parece existir una cierta relación, la cuantía de la misma difícilmente justifica la asunción de medidas tanto preventivas como de tratamiento asentadas en ella dado que no parece determinante principal.

Un tema estrechamente relacionado con el que estamos tratando es el nivel de asimilación/amortiguación del estrés en la familia, en función del trabajo realizado fuera de casa. Tanto a nivel teórico como empírico, el estrés excesivo en el trabajo fuera de casa lleva consigo unas secuelas claras: disminuye la capacidad de apoyo de la familia y se acumula el impacto de la situación de estrés laboral en el funcionamiento familiar. Este efecto acumulativo se da tanto en el caso de trabajos de ejecutivos como en el caso de policías hombres (Jackson y Maslach, 1982): quejas sobre problemas rutinarios, enfados o tensión a la llegada a casa. En el caso de los ejecutivos, las esposas se quejan de menor satisfacción marital, percepción de mayor impacto negativo de las demandas del trabajo del marido sobre la dinámica familiar, menor cantidad de buenos amigos, menor apoyo social de los vecinos y menor sentido de pertenencia a una red de apoyo social, las esposas sienten un incremento en depresión y tienden a hablar menos con personas amigas a las que puedan acudir para resolver sus problemas. El trabajo de Vanfossen (1981) sobre trabajo fuera de casa de la mujer, en el área de Chicago, mostró que el grado de intimidad en el matrimonio tenía menos peso sobre la aparición de fenómenos de depresión y la no reciprocidad o desigualdad en las relaciones comenzaba a tener importancia sobre la obtención y nivel de intimidad. Para las mujeres que trabajaban fuera de casa, los niveles de depresión estaban especialmente influidos por los maridos que no expresaban cariño por sus esposas, por la desigualdad de trato en el matrimonio y por un desacuerdo básico en la ayuda que debía prestar el marido en las tareas domésticas.

En suma, parece que el apoyo social tiene una acción positiva aunque un tanto ligera sobre la promoción de la salud dentro de un rango muy amplio de sistemas de apoyo. Entendiendo la familia como uno de los apoyos más sólidos y cercanos, parece que posee graves limitaciones en cuanto a la capacidad que posee la familia para absorber-difuminar-eliminar el estrés acumulado. Finalmente, hay que decir que existen situaciones en las que los humanos prefieren más un método que les ofrezca instrucciones claras acerca de lo que deben hacer por sí mismos, más que otro método en el que se involucre todo el sistema familiar: así, por ejemplo, en el caso de los procedimientos para dejar de fumar (Schwartz y Dubitzky, 1968), entre otras cosas, por los posibles elementos de control y pérdida de intimidad que presupone la apelación a redes sociales de apoyo. En palabras de Kasl y Wells (1985, p. 192) "el apoyo social puede no ser el más preferido, ni el más efectivo, ni el método menos costoso de afrontamiento en muchas circunstancias (...). Nuestras teorías del apoyo social tienen que ser lo bastante complejas para reconocerlo". Y, hasta el momento, no parece ser este el caso.

De todas formas, hasta ahora, se han presentado informaciones referidas a la "familia" en general, sin entrar en una delimitación más precisa acerca de los procesos involucrados en la asimilación de estrés en la familia. Como ilustración, presentamos a continuación dos modelos de conceptualización de la familia pensados, el primero de ellos, para y a partir del estrés; el segundo, a partir de la praxis diaria de ayuda a la familia de enfermos físicos.

3. PRINCIPALES MODELOS CONTEMPORANEOS PARA LA DESCRIPCION-INTERVENCION

La orientación general más frecuente y consolidada dentro de los modelos de análisis científico de la familia se corresponde con la orientación sistemática, dentro de la cual existen muchas tipologías de escuelas y subescuelas. Centrándose específicamente en el tema de estrés y enfermedad, por su recencia, complejidad, adecuación a los problemas y posibilidades de desarrollo, posiblemente las propuestas de McCubbin y McCubbin por una parte y la de Rolland, por otra, ofrecen un atractivo especial.

3.1. El modelo de McCubbin y McCubbin (1989)

Representa, posiblemente, el modelo más elaborado dentro de los acercamientos sistémicos al estudio de la familia y los efectos que el estrés posee sobre la estructura y la dinámica de la misma. Comenzó a tener importancia a comienzos de los ochenta y tiene una vocación de integración de distintos acercamientos (entre los que se encuentran los intentos de Patterson y el de las teorías implícitas acerca del funcionamiento de la familia) y autores, tanto de la Universidad de Wisconsin como de otras universidades estadounidenses. Posiblemente este afán integrador es el que dificulta aislar la especificidad de sus planteamientos que arrancaron del denominado modelo ABCX (Hill, 1949, 1958) reformulado por McCubbin y Patterson (1983) como el modelo FAAR (Family Adjustment and Adaptation Response).

3.1.1 Supuestos orientadores

La última formulación, denominada esta vez Modelo Tipológico de Ajuste Familiar (Typology Model of Family Adjustment and Adaptation) recoge nueve supuestos orientadores de la conceptualización de lo que sea una familia y de las intervenciones posibles con ella (McCubbin y McCubbin, 1989, p. 6).

(1) Los problemas y cambios se consideran como elementos normales frecuentes dentro del ciclo de la vida familiar.

(2) Las familias desarrollan fuerzas y capacidades básicas encaminadas a promover el desarrollo y crecimiento de los miembros de la familia, de la unidad familiar y encaminados a proteger a la familia de las grandes perturbaciones en los casos de los cambios y transiciones con los que se enfrenta.

(3) Las familias también se enfrentan a crisis que fuerzan a que la unidad familiar modifique su modo de funcionamiento y se adapte a la situación.

(4) Las familias desarrollan fuerzas y capacidades únicas y básicas encaminadas a protegerla de estresores y presiones no normativas, así como a fomentar la adaptación y readaptación de la familia tras una crisis.

(5) Las familias se benefician y a la vez contribuyen a la red de relaciones y recursos de la comunidad y en especial, durante los períodos de crisis y estrés familiar.

(6) El funcionamiento familiar es con mucha frecuencia predecible y con formas pautadas de conducta interpersonal, moldeadas y mantenidas por factores intergeneracionales, presiones situacionales que se han desarrollado a lo largo del tiempo, las personalidades de los miembros de la familia y los sucesos normativos y no normativos que identifican a la familia a lo largo del ciclo vital.

(7) En el proceso de evaluación que lleva a la intervención sobre las familias con el fin de recuperarlas después de un suceso estresante o para poder enfrentarse a él con entera, el psicólogo debe tomar en consideración tanto las fortalezas como las debilidades del sistema funcional definido como familia.

(8) La intervención debe dirigirse tanto a las debilidades (para eliminarlas) como a las fortalezas (para potenciarlas). Con ello se logran efectos de generalización positivos, a modo de catalizadores para que se den otros cambios positivos.

(9) Las familias desarrollan y mantienen resistencias internas y recursos adaptativos que varían en fuerza y elasticidad a lo largo del ciclo vital familiar; puede intervenir sobre estos desarrollos con el fin de que funcionen de manera más efectiva. Estos recursos desempeñan un papel crucial en la solución de conflictos que aparezcan en un futuro.

3.1.2 La fase de ajuste

En la formulación de 1983 se distinguía entre fase de reestructuración y fase de consolidación. La primera se refería a los pequeños cambios que se producen ante la presencia de un stresor y ante el cual la familia promovería modificaciones parciales; cuando los cambios son de orden más sustancial y básico nos encontramos con la fase de consolidación (entrada definitiva en una crisis grave o salida de ella). Esta terminología se ha modificado y en la actualidad se distingue entre fase de ajuste (o pequeños cambios, reajustes dentro del sistema total) y fase de

adaptación (o cambios sustanciales, modificaciones serias en el funcionamiento familiar). Realmente es muy posible que ambas fases se ordenen secuencialmente, en la medida en que una serie de fases de ajuste pueda llevar a una fase de adaptación (aunque asimismo es posible que aparezca una fase de adaptación de entrada, después de o como consecuencia de una crisis aguda y repentina).

En la figura número 1 se encuentra un organigrama en el que se recogen las principales variables a estudiar (y sobre las que actuar) en el caso de la fase de ajuste.

La lectura de la figura es como sigue: la resultante o transición a una situación de crisis (X) es un producto complejo en el que hay que tener en consideración, en primer lugar, al stresor (S) que actúa en ese momento, con sus cualidades de duración e intensidad, estresor que interactúa con V, o vulnerabilidad de la familia ante el stresor en cuestión, determinado en parte por el volumen y tipo de demandas que exige de la familia: estas demandas, a su vez interactúan con T, o tipo de familia de que se trate (véase infra en el apartado 3.1.4.), que a su vez interactúa con los recursos (R) de resistencia que posee la familia en este momento y que interactúan con E o la estimación valorativa que hace la familia acerca del suceso y que, asimismo, interactúa con las capacidades de afrontamiento y de solución de problemas que posee la familia (ASP).

3.1.3. La fase de adaptación

Con la acumulación de estresores, tensiones o problemas sin resolver, así como ante la presencia de una situación de crisis aguda y rápida-imprevista (por ejemplo, infarto de miocardio de alguno de sus miembros; diagnóstico de cáncer con metástasis generalizada), los cambios exigidos en la dinámica familiar son más radicales. El correspondiente organigrama se encuentra representado en la figura número 2.

La lectura sugerida del organigrama es la siguiente: el nivel de adaptación y/o transición hacia un cambio está determinado por la siguiente secuencia y pasos. En primer lugar, el volumen de demandas (DD) exigido o sistema creado por la situación de crisis, cambios en el ciclo vital de la familia y las tensiones sin resolver procedentes de crisis anteriores, que interactúan con R, o nivel de regeneración de la familia determinado, en parte, por el volumen de demandas concurrentes estresores, demandas y tensiones). Esta capacidad de regeneración interactúa con T o tipo de familia (véase infra), que, a su vez, es dependiente y actúa sobre FF o factor de fuerzas de la familia, que cubre los recursos familiares de adaptación a las nuevas situaciones, capacidades y recursos y que, a su vez, interactúa con ES o estimación valorativa de la situación por parte de la unidad familiar. Esta valoración se encuentra mediada por el esquema básico de valoración de creencias de la familia, de su visión del mundo (VSF), en el que resulta importante asimismo el sentido de coherencia que forma la estimación situacional de la familia y la

significación que se le da a esta situación, interactuando con el apoyo de amigos y de la comunidad (AS) que forman parte de los recursos de apoyo social y que interactúan con la solución de problemas y respuesta de afrontamiento, a la situación familiar total (ASP). La resultante de todo este proceso es la adaptación o respuesta final de la familia. La distinción de todos estos factores permite la evaluación diferenciada de cada uno de ellos y, desde aquí, la posibilidad de proponer intervenciones.

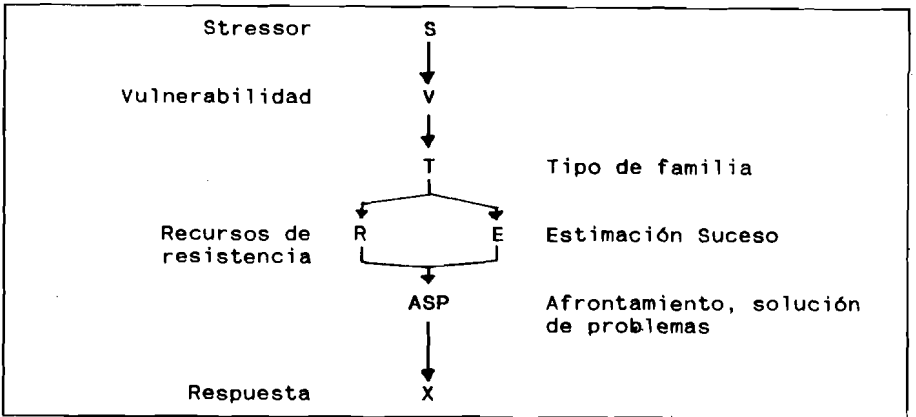


FIGURA NUMERO 1.- REPRESENTACION DE FASE DE AJUSTE EN EL MODELO DE McCUBBIN Y McCUBBIN (1989) MODIFICADO

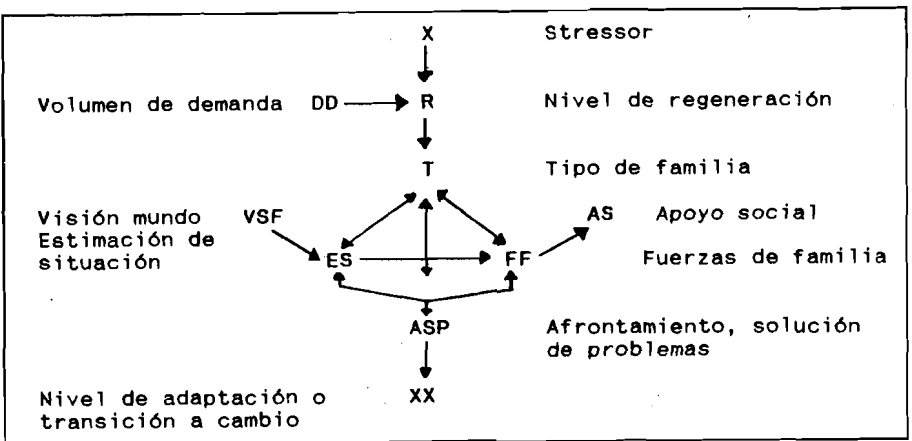


FIGURA NUMERO 2.- REPRESENTACION DE FASE DE ADAPTACION EN EL MODELO DE McCUBBIN Y McCUBBIN (1989) MODIFICADO

3.1.4. Introducción a los parámetros diversificadores de los tipos de familias

Tanto en la fase de ajuste como en la de adaptación se ha distinguido un momento que se refería a la tipología de las familias. En este sentido, el modelo representa un avance en la dirección correcta y diferencialista de diversificar medidas de evaluación y de intervención en función del tipo de familia de que se trate. La elaboración de tipos de familia propuestos hasta el momento se hace en función de la interacción entre cada dos ejes-parámetros que se supone guardan entre sí una relación lineal y positiva; por otro lado, se asignan dos valores (alto y bajo) a cada uno de los ejes. La primera intersección propuesta se da entre los parámetros de *coherencia* y de *fortaleza*. La coherencia está definida como una estrategia básica de afrontamiento que emplean las familias en el manejo-solución de los problemas (operacionalizada como aceptación, lealtad, orgullo familiar, fe, confianza, respeto, cuidado y valores asumidos y compartidos). La fortaleza se define como las fuerzas internas y la duración (sentido interno de control sobre los sucesos vitales, sentido de vida plena y con sentido y un compromiso para explorar y aprender experiencias nuevas y nuevos retos). La intersección da lugar a la diversificación de los cuatro tipos de familia que se encuentran en la figura número 3a.

El segundo grupo de familias se logra asignando dos niveles (alto y bajo) a dos dimensiones: la flexibilidad familiar y el vínculo. El *vínculo familiar* se define como el grado en el que la familia se encuentra emocionalmente atada en una unidad familiar integrada (las familias con una puntuación alta en esta dimensión tienden a discutir abiertamente los problemas, sentirse cerca a los miembros de la familia, sienten deseos de estar conectados entre sí y tienden a hacer cosas conjuntamente, como miembros de una unidad familiar). La dimensión que hemos denominado como *flexibilidad familiar* se define como el grado en el que la unidad familiar es capaz de modificar sus reglas, límites y papeles con el fin de acomodarse a las presiones interiores y exteriores de la unidad familiar (una puntuación alta implica pauta directa y franca de comunicación entre sus miembros, voluntad de compromiso, experiencia en el cambio de responsabilidades entre los miembros de la familia y participación activa de sus miembros en la toma de decisiones). Esta segunda clasificación, que da lugar a familias elásticas, dóciles, vinculadas y frágiles se encuentra recogida en la figura número 3b y está inspirada en la tipología segunda del cuadrante circunplejo (Lavee, 1985; McCubbin y Olson, 1987).

El tercer tipo de clasificación maneja el eje de *valoración familiar de las rutinas y del tiempo* (con dos valores, asimismo, alto y bajo) y el eje que denominan *tiempo y rutinas familiares* (asimismo con dos valores). El segundo eje se refiere a las prácticas y conductas familiares que las familias eligen, adoptan y mantienen con el fin de orientar y automatizar la vida familiar formando un patrón identificable y predecible. El primero de los ejes se refiere a la significación e importancia que atribuyen a las automatizaciones adoptadas. Los cuatro tipos de familia encontra-

das (familias no pautadas, estructuradas, intencionales y rítmicas) se encuentran en la figura número 3c.

Hay que decir que en el modelo se han ofrecido ya instrumentos cortos que funcionan como indicadores tanto de tipos de familias como de la mayoría de características y pasos señalados en un epígrafe anterior respecto a las fases de ajuste y de adaptación.

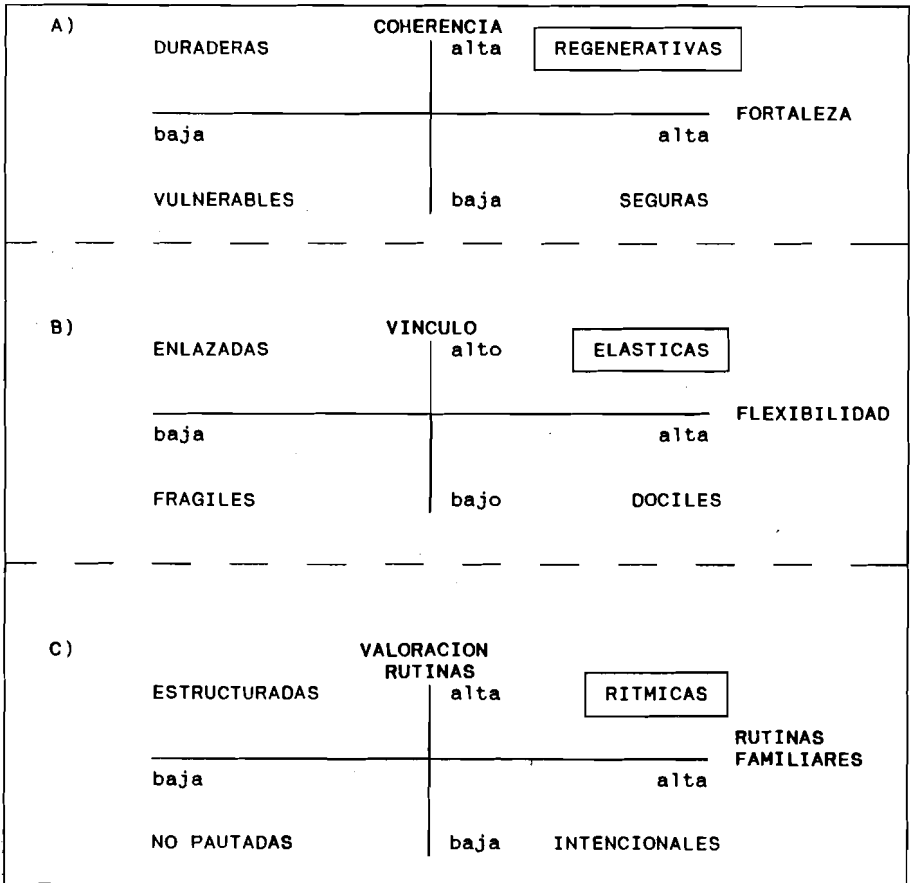


FIGURA NUMERO 3.- PRINCIPALES TIPOS DE FAMILIA EN EL MODELO DE McCUBBIN Y McCUBBIN (1989)

3.2. El modelo de Rolland (1984 a 1990)

Dentro de un enfoque general asimismo sitémico, el acercamiento de Rolland se ha elaborado a partir de la experiencia clínica de asistencia a más de 400 familias de enfermos hospitalarios agudos y crónicos. El proceso seguido en la conceptualización ha sido más corto y no se encuentra tan elaborado como en el caso anterior, aunque posee la ventaja, frente a aquél, de encontrarse mucho más cercano a los problemas concretos que se presentan en la práctica asistencial diaria con familias de enfermos físicos. Con el fin de seguir con una exposición introductoria que ilustre el tipo de discurso y principales tipos de variables a tomar en consideración, se expondrán las ideas básicas acerca de la tipología de las enfermedades y el denominado sistema de valores.

Para Rolland importa más que una visión "médica" de la enfermedad, el análisis de las "visiones psicológicas" que las distintas enfermedades llevan consigo. Esta visión, además, debe entenderse a partir de la familia como unidad de análisis y no de los miembros individuales que la componen.

Distingue dos *dimensiones* que pueden ofrecer una verdadera *tipología psicológica* de las enfermedades. Estas dimensiones racionales se han entresacado a partir de los datos procedentes de entrevistas con las familias de los enfermos. La primera dimensión resulta de la *consideración temporal de las fases de la enfermedad*, la segunda está formada por un conglomerado de ejes en los que predomina una *tipología de una red conceptual sobre identificación de repercusiones psicológicas y vitales de la enfermedad*. Por lo que se refiere a la *consideración temporal*, los familiares, al parecer, distinguen entre crisis inicial, fase crónica y fase terminal. En el segundo eje al que hicimos referencia más arriba respecto a la *red conceptual de repercusiones* se distinguen una serie de categorías: (a) aparición de la enfermedad (aguda o gradual); (b) curso de la enfermedad (progresivo, mantenido, decreciente); (c) resultado final (fatal-muerte, disminución de la duración de la vida o posible muerte rápida, ningún efecto sobre la longevidad) y (d) incapacitación (ninguna, ligera, moderada, grave). Cuando ambas dimensiones se interconectan, ello permite la descripción-ubicación de una enfermedad determinada dentro de una red de percepciones psicológicas de la enfermedad sobre la unidad familiar. En la figura número 4 se encuentra una representación gráfica de la misma.

Si a esto se impone un modelo sistémico de funcionamiento familiar representado en el modelo por el análisis de los sistemas familiares de valores y creencias (tercer eje), ello permitiría la generación de hipótesis concretas acerca de la importancia de los distintos componentes de la vida familiar en relación con los tipos específicos de enfermedad y en una u otra fase concreta del ciclo vital de la enfermedad y de la familia. Se ilustrará a continuación la importancia que posee la dimensión del sistema de valores dentro de este universo de familias de enfermos.

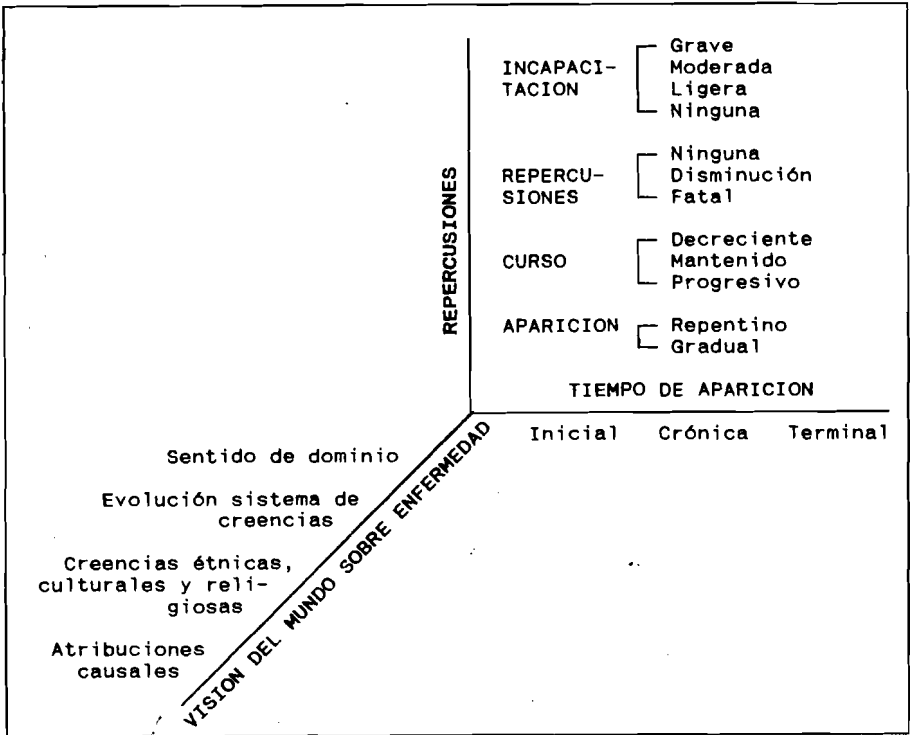


FIGURA NUMERO 4.- REPRESENTACION ESQUEMATICA DEL MODELO SISTEMICO DE FAMILIA-ENFERMEDAD DE ROLLAND (1987-1990)

El denominado sistema de valores acerca de la enfermedad se define como la filosofía básica o teoría implícita que conforma nuestros patrones comportamentales sobre los fenómenos de vida cotidiana. Este sistema se encuentra formado por creencias, valores, supuestos irracionales pero activos, cultura, religión, visión del mundo y también, paradigma familiar. La nomenclatura concreta depende prioritariamente del nivel al que nos movamos dentro del modelo general de los distintos sistemas. La creencia ofrece coherencia a las dimensiones afectivas y cognitivas de la vida familiar, así como continuidad a lo largo de la dimensión temporal de pasado-presente y futuro; por otra parte, los valores ofrecen un esquema seguro y punto de referencia con el que enjuiciar las nuevas situaciones ante las que se encuentra la familia. Este sistema puede describirse a lo largo de cuatro cuestiones básicas-ejes de intelección: el sentido de dominio-maestría de la familia; el proceso multigeneracional evolutivo de la familia con relación a la

enfermedad; pérdida de miembros en situaciones anteriores y crisis conectadas con ellos; creencias familiares, étnicas, culturales y religiosas relacionadas con la enfermedad y, finalmente, supuestos familiares acerca de la etiología.

Por lo que se refiere al *sentido de dominio-maestría*, se trata de una dimensión relacionada con el *locus* de control de la enfermedad. Un locus de control interno implica un sentido de dominio, responsabilidad (y su secuela de inculpación) y posibilidad de control personal/familiar de la enfermedad; lo contrario ocurre en el caso de control externo y/o azaroso. Esta dimensión explica, en parte al menos, las distintas percepciones (y actuaciones, de ellas derivadas) respecto, por ejemplo, a dos enfermedades que poseen un mal pronóstico y ante las que la familia reacciona de forma dispar, el cáncer y las enfermedades del corazón; así como a las enormes diferencias en respuesta a las enfermedades "físicas" en general, frente a las "mentales". En el caso del cáncer y del corazón, por ejemplo, al margen de la gravedad real y expectativa de vida, el cáncer tiende a asimilarse a un control externo (alimentado por estadísticas médicas publicadas, mitos culturales o historia familiar anterior), toda vez que las enfermedades del corazón tienden a ser situadas bajo control interno, aun teniendo una expectativa de vida similar a la de ciertas formas de cáncer: mientras un tipo de enfermedad se entiende como "manejeable" hasta cierto punto, al menos, a la otra se le adscribe una legalidad externa, ignota y, en todo caso, imposible de cualquier control. Obviamente, la reacción ante cada una de estas enfermedades es distinta y la familia responderá de modo diferencial no solamente a la forma en que se entienda la enfermedad sino en el atenuamiento de las prescripciones terapéuticas, tratamientos y régimen de vida.

El segundo eje racional al que hicimos referencia más arriba era el que se refería a la *evolución de los sistemas de creencias sobre la enfermedad*: a lo largo no solamente de la familia actual sino de la familia de procedencia de los miembros antiguos. La forma de acceder a esta información es a través de un *genograma familiar* en el que se señalen los sucesos importantes y las transiciones por las que han pasado los miembros con relación a la enfermedad en general y a esta enfermedad en particular; con ello podemos acercarnos a los cambios organizacionales por los que han pasado los miembros de la familia y a las estrategias de afrontamiento desarrolladas en respuesta a los estresores pasados, las experiencias de aprendizaje sobre la enfermedad de los adultos..., etc. Todo ello ofrece información relevante acerca de los mitos familiares, tabúes, rituales y expectativas de catástrofe (McGoldrick y Walsh, 1983; Rolland, 1987a y b), cómo se han manejado ante la enfermedad, organización y asignación de tareas prácticas y afectivas, papel que desempeñó cada miembro en todo el proceso, modo de comunicación y reorganizaciones estructurales... Por otro lado, algunas enfermedades que comienzan con un cuadro agudo, exigen muchas demandas en un corto espacio de tiempo, son progresivas (con un resultado de incapacidad moderada a

grave), y representan una grave amenaza contra la vida; estas enfermedades son las que exigen un esfuerzo extremado y representan una prueba de fuego para la intervención efectiva. Existen, asimismo, enfermedades que no son fatales aunque sí constantes, que poseen un curso progresivo suave en el sentido de que incrementan la incapacidad: estas enfermedades tienden a provocar el agotamiento de la familia. Por otro lado, la existencia de enfermedades hereditarias y recurrentes ofrece una oportunidad única para registrar cambios profundos en el paradigma familiar; así, vaya por caso, en la hemofilia, la amenaza de muerte por hemorragia que puede ser provocada por trauma, afecto intenso o períodos prolongados de estrés, promueven una serie de fuertes cambios en la socialización del niño hemofílico: se crea una zona de "colchón" entre el niño y su ambiente, se restringen o se prohíben ciertas formas de juego, algunos niños son vestidos con ropa protectora, se enseña a los niños a evitar situaciones de conflicto o que puedan llevar a una agresión física. Los niños, por su parte, pueden aprender a difuminar o incluso, enmascarar la expresión de sus sentimientos, a lo que se yuxtapone un punto de vista de recelo, desconfianza y temor hacia el mundo exterior en el que el afecto en la interacción social está cuidadosamente dirigida en interés de la autoconservación. Finalmente, los miembros familiares no afectados adaptan su propio estilo de interacción, haciéndolo coherente con el estilo del miembro afectado, debido a la preocupación compartida por su supervivencia.

El tercer eje se denominó *creencias étnicas, culturales y religiosas de la familia*. Las creencias étnicas, religiosas y culturales acerca de lo que es una enfermedad, así como acerca de lo que es y cómo debe funcionar una familia, representan una fuente importante de diferencias individuales a las que hay que prestar atención. Su olvido hace que el clínico interprete de forma inadecuada las informaciones que recibe en las sesiones de consulta. Así, vaya por caso, se sabe que los italianos y los judíos tienden a ser muy expresivos en la descripción de sus síntomas, lo contrario de lo que ocurre con los irlandeses; mientras los primeros tienden a asistir con frecuencia a la consulta, los segundos tienden a no acudir más que en situaciones graves. Otra fuente de diferencias existe en lo que se refiere a las creencias acerca de quién es el responsable de la prestación de cuidados y atenciones dentro de la familia (en unas culturas es el familiar más directo; en otras, siempre que existan los padres, ellos son los directamente comprometidos).

La cuarta y última dimensión la denominamos *creencias de la familia acerca de la etiología de la enfermedad*. La verdad es que existe un enorme volumen de desconocimiento acerca de los factores biopsicosociales en la aparición, mantenimiento y curso de acción de muchas enfermedades. Ante el desconocimiento y, en todo caso, ante la enorme carencia de educación sanitaria y la existencia de problemas interpersonales, la familia tiende a "elaborar su propia etiología". Así, al preguntar a un miembro de la familia acerca de la causa de la enfermedad que sufre otro miembro, el abanico de respuestas que se obtienen es un mixtura no

integrada de argumentos médicos con mitología familiar, lo que incluye castigos de conductas culpables anteriores (por ejemplo, un *affair* ya terminado hace años) lesión de un miembro o de una díada (por ejemplo: "Tu bebida es lo que me ha hecho caer enferma"), sentido acendrado de injusticia ("No sé por qué tengo este castigo si soy buena persona"), argumentos de corte genético ("La verdad es que el cáncer camina junto a esta familia"), negligencia en el cuidado personal por parte de uno de los miembros ("Si te hubieses cuidado cuando era tiempo, ahora..."), etc. En la medida, además, en que los distintos miembros de una familia mantienen puntos de vista opuestos y hasta contradictorios acerca del origen de la enfermedad, las decisiones sobre el tratamiento pueden ir acompañadas de tensión y, a la postre, llevar al incumplimiento de las prescripciones facultativas: una madre, vaya por caso, inculpada por su marido acerca de la leucemia de su hijo, puede estar menos dispuesta a detener un tratamiento de efectos dudosos que su marido; un marido, inculcado por su mujer de haberle provocado un infarto por las borracheras de aquél y cuyo infarto ha tenido un desenlace fatal, puede recrudescer su conducta de ingestión de alcohol con el fin de huir-enmascarar su sentimiento de culpa.

3.3. Algunas reflexiones críticas

Pensamos que los dos modelos, sucintamente expuestos, representan serios esfuerzos que deberían ser tomados en consideración por el especialista en estos temas. Su flexibilidad, complejidad y posibilidades de análisis permiten un desarrollo y aplicación incluso en nuestros contextos socioculturales con una adaptación necesaria de la instrumentación de evaluación o, alternativamente, la creación de una nueva que esté más adecuada a las situaciones de vida concretas dentro de nuestro panorama de actuación. Pero ello, no es óbice para que anotemos unos puntos que puedan servir como arranque de un discurso teórico que posibilite una mejor comprensión de los problemas familiares comprometidos con estrés y enfermedad.

(1). En primer lugar, debería ofrecerse una mejor elaboración de las fases acerca de la historia y/o ciclo vital de la familia. En una sociedad como la nuestra en la que la familia social ha ido sustituyendo progresivamente a la familia biológica, la apelación a fases lineares como hacen algunos autores (Well-McCaffrey, 1988) o la apelación a momentos de contracción y de expansión como hacen otros (McCubbin y McCubbin, 1989), deja sin resolver el problema fundamental acerca del valor funcional-adaptativo y desencadenantes de las fases propuestas. Sin ello, la comprensión de la reacción familiar ante una situación de estrés fuerte o de enfermedad resulta muy insuficiente.

(2). En el modelo de McCubbin y McCubbin, más elaborado, se formula una

diversificación de opciones respecto a tipos de familia; y, de forma implícita, asimismo, el modelo de Rolland defiende una tipología aunque todavía no ha sido explicitada. Estas divisiones funcionan a modo de compartimientos estancos en el sentido de que no es posible pensar (ni siquiera ha sido tentativamente sugerido por los autores) en la posibilidad de modificación de un tipo de familia a otro. Nada se sabe acerca de las variables y procedimientos que deberían emplearse para ello, con lo que, en la medida en que se intente elaborar una tipología funcional, nos encontraríamos ante trabajos descriptivos pero la intervención se encontraría, todavía alejada en cuanto a viabilidad y probabilidad de éxito. Y no debería ser este el caso, tanto más cuanto que los autores formuladores de los modelos insisten una y otra vez en la intervención terapéutica.

(3). La formulación propuesta en los dos casos parece encontrarse guiada más por descripciones y experiencia en el estudio de casos individuales que por el análisis experimental y estudios controlados. Ello implica una exquisita carencia de estudios de contrastación que permitan aislar *experimentalmente* y no solamente de forma racional, las variables relevantes que determinan y/o codeterminan los fenómenos. El estudio, asimismo, de la dinámica funcional brilla por su ausencia. Dificilmente puede hablarse de sistemas, cuando todo ello se reduce a análisis racionomórfico de la realidad, ilustrada con exposición de casos. Resulta, desde aquí, necesaria la realización de estudios más complejos en los que se operacionalicen las principales variables que se toman en consideración.

(4). Todos los modelos defienden que han tenido éxito en sus intervenciones pero en ninguno de ellos se especifican los pesos relativos de cada uno de los factores aducidos para explicar el éxito, lo que puede hacer sospechar que no se han aislado todavía las variables relevantes. Por otro lado, existe una exquisita falta de tratamiento explícito en los textos publicados acerca de los criterios de éxito empleados, así como los objetivos terapéuticos y/o de ayuda perseguidos.

(5). Por lo que se refiere, finalmente, a los elementos y ejes propuestos, parece más bien una ordenación de elementos organizados secuencialmente en cortos períodos temporales (en el caso del modelo de los McCubbin) sin apelación a los procesos comprometidos ni a los parámetros que rigen estos procesos. En este sentido, la formulación de los modelos que antecede, siendo meritoria, no pasa de ser una buena y bienintencionada propuesta de programa de trabajo y no de modelos científicos en el sentido convencional.

No deseáramos que lo que acabamos de mencionar se interpretase en el sentido de que la valoración final de los modelos sea totalmente negativa. Antes bien, lo que antecede desea ser una llamada de atención acerca de unos tipos de variables a tomar en cuenta en estos estudios que posibiliten una depuración y mejora de las propuestas de los autores. Y bien merecería el esfuerzo conjunto de investigadores y profesionales de la praxis terapéutica la realización de trabajos conjuntos en este campo.

4. STRESS, VARIABLES FAMILIARES Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Hasta el momento se han presentado ideas y modos operativos en los que la familia, entendida como un sistema de relaciones y hasta el mundo social (entendido como apoyo-red-sotén-foco y mantenimiento de estrés) desempeñaban un papel protagonista. En ambos casos, los resultados, aunque prometedores y anunciadores de la existencia de relaciones claras, aunque tenues, permiten denunciar la existencia de compromisos entre ambos mundos si bien no parecen explicar todos los resultados ni los fenómenos que se conocen en la actualidad. Incluso, restringiéndonos a las variables "no-biológicas" dentro de la comprensión de la enfermedad.

Ello ocurre, posiblemente, porque a pesar del valor de verdad de afirmaciones tales como que el ser humano vive en familia y es en la familia en donde se desarrollan la mayor parte de sus recursos (y limitaciones), la verdad es que el "enfermo", en nuestra cultura occidental, está considerado como un ser individual, que el sufrimiento se vive a nivel individual (como el placer) y que ese sufrimiento puede ser "entendido" y hasta "empatizado", pero no eliminado a base de comprenderlo o de solidarizarse con él. La muerte, como la vida, son, radicalmente, fenómenos individuales (es una persona la que nace y la que muere, los demás, en el mejor sentido de la expresión, no dejan de ser o bien espectadores que nos aman o nos odian, o bien actores secundarios de los fenómenos que nos suceden, pero en la mayor parte de los casos no son actores principales de nuestra propia muerte ni de nuestra propia entrada en la vida).

En opinión del autor de estas líneas que, sin exclusivismos, el nivel de análisis sistémico-grupal debería ser completado por un análisis del individuo dentro del sistema. El sistema, como tal, resulta importante pero el olvido de que los sistemas se conforman⁵, a su vez, por las acciones y maneras de actuar y pensar de los individuos soslaya, posiblemente, el mayor volumen de información relevante acerca de la intimidad personal y los monólogos (enunciados devaluativos o fortalecedores que dirían los clínicos cognitivos) que una persona se dice a sí misma y a nadie más. El olvido de este mundo arrojaría a la psicología a una situación "pública" en la que todo lo que resulta relevante es lo que se dice o hace "con otra u otras personas" (miembros de grupos de socialización primarios entre los que la familia ocupa el lugar de honor). Y si bien no creemos que exista ningún crítico radical a la afirmación de que es con los demás y en interacción con ellos como nos vamos conformando, sin embargo pensamos que difícilmente se aceptaría universalmente la idea de que lo relevante psicológicamente es, tan sólo, lo que se dice o hace a/con los demás. Y ello porque resulta un principio biológico muy conocido, que la dependencia genética no lleva aparejada necesariamente una dependencia funcional⁶. Ocurre, además, que en función de la situación, tipos de

problemas y tipos de personas, la participación de una u otras variables (individuales, sistémicas familiares o sociales) desempeñarán el papel central. Una de las tareas del científico consiste en la delimitación de cuáles, cuántas, de qué modo y en qué ocasiones, unas variables inciden determinando el proceso y en qué ocasiones, problemas o individuos, no lo hacen.

Por todo ello, pensamos que un acercamiento más potente y no contradictorio con lo que se ha expuesto hasta el momento, lo representa aquel en el que se toman en consideración variables psicológicas a nivel operativo individual, a las que se añadirían otras de corte familiar-grupal. Y, en ambos casos, se deben incorporar elementos diferenciales y/o de diferenciación entre tipos de individuos y tipos de familias. Como una ejemplificación del poder y sugerencias que este acercamiento puede llevar consigo, presentamos resultados correspondientes a dos tópicos: la depresión post-parto y una introducción acerca de la psicología diferencial del enfermo crónico.

4.1. Variables familiares y variables individuales en la denominada “depresión post-parto”

El estudio del fenómeno denominado “depresión post-parto” puede ser considerado paradigmático de los acercamientos de corte médico y psicodinámico dentro de la psicología de la salud. La gestación y el parto son dos fenómenos eminentemente biológicos y, en general, “no patológicos”. Hasta el momento resulta el procedimiento común para llegar a ser madre (y padre) y, mayoritariamente, ello ocurre dentro de un mundo familiar. Desde un punto de vista biológico se aducen mecanismos hormonales y de corta duración. Bloch (1987) ha esgrimido procesos específicos de análisis sistémico-familiar en el mantenimiento de este estado depresivo en la mujer (aunque, curiosamente, se habla de conversión de un fenómeno agudo en crónico sin aducir las variables que lo determinan, ni los concomitantes, ni por qué ocurre en unos casos y no en otros, etc.). Se sabe que no es un fenómeno generalizado y no se conocen todavía los determinantes, ni codeterminantes de este fenómeno.

El fenómeno de la maternidad nos viene ocupando desde hace poco más de una década (Pelechano, 1981) y en nuestro Departamento nos hemos ocupado en el estudio del tema recientemente (Pelechano y Matud, 1990a y b; 1991 a y b). El estudio abarcó información de un grupo “experimental” formado por 127 mujeres en edad gestacional y embarazadas y un “grupo control” formado por 100 mujeres en edad similar y equiparables con las anteriores en nivel socioprofesional, nivel educativo, estado civil y nivel intelectual, que no habían estado embarazadas desde, al menos, año y medio antes del comienzo del estudio, no tenían niños menores a tres años y no se quedaron embarazadas durante el tiempo en el que participaron

en el estudio. Todas ellas cumplimentaron una gran cantidad de pruebas en forma de entrevista estructurada y en donde se encontraban representadas variables de funcionamiento motivacional y personal, actitudes hacia la maternidad, actitudes hacia el papel del varón en la gestación, parto y crianza del bebé, depresión (cuestionario de Beck), estado de salud de la mujer gestante-madre y datos obstétricos acerca del tipo de parto, posibles alteraciones del hijo, etc.

Estas pruebas fueron cumplimentadas de forma individual en tiempo equivalente a los siguientes períodos: en el caso del grupo experimental, entre los cuatro meses y medio y ocho meses de embarazo; durante la hospitalización post-parto (usualmente entre las 24 y las 36 horas de terminación del parto) y tres meses después de haber dado a luz. Excepto el segundo pase de pruebas, el resto fue realizado en las casa de las participantes.

Los resultados alcanzados son muy complejos y el diseño permite aislar información acerca de variables tales como apoyo familiar y social, atributos personales y la influencia que posee la hospitalización en la aparición de ese fenómeno. Un resumen de los principales resultados que poseen interés para los objetivos que aquí tenemos son los siguientes:

(i) En el análisis intragrupo, el grupo experimental *presentó menor puntuación en la escala de depresión de Beck durante la hospitalización que durante el embarazo* (más puntuaciones en depresión en la primera ocasión de cumplimentación de la prueba que en la segunda). Lo contrario ocurrió en el caso del grupo de control.

(ii) Se hizo una subdivisión dentro de cada grupo (experimental y control) respecto al criterio de haber incrementado en depresión o haber disminuído (el criterio empleado fue asumir que si el cambio era igual o inferior a dos puntos, se entendía un mantenimiento de la puntuación y más de dos puntos se asimilaba a incremento o disminución en depresión). Ello posibilitó hacer análisis discriminantes para cada grupo total empleando como predictores el resto de variables (tanto de identificación como sociológicas, psicosociales y de personalidad y motivación). Por lo que se refiere al período de hospitalización (frente al del embarazo), los predictores que definieron la función discriminante en el caso del grupo "experimental" y el grupo de "control" fueron distintos. En el grupo de mujeres que acababan de ser madres, las mujeres que incrementaron su depresión durante la hospitalización (la "depresión post-parto" inmediata) frente al resto de mujeres que, o bien ofrecían las mismas puntuaciones o puntuaciones menores en la escala de depresión de Beck durante el mismo período, presentaban puntuaciones más altas en el papel positivo que adscribían al varón en la gestación y crianza del bebé, puntuaban más en ocio e indiferencia laboral, presentaban poco control externo en relaciones personales, defendían que la maternidad es un recurso vital en el mantenimiento de la estabilidad de la familia, presentaban muchas connotaciones negativas del parto y puntuaciones altas en sintomatología psicosomática del *Cornell Medical Index*.

En el "grupo de control", las mujeres que incrementaron su puntuación en depresión frente a las que no, por el contrario, tenían los siguientes predictores: una menor puntuación en reacción negativa ante situaciones de estrés, escasas actitudes positivas ante la maternidad, rechazo de contacto social, despreocupación por el posible estado de salud del hijo que podrían haber tenido y una mayor percepción negativa del parto.

La misma lógica se siguió a los tres meses del parto y los resultados se mantuvieron en la misma línea de predictores diferentes en el caso del grupo de mujeres que acababan de ser madres frente al de las que no lo habían sido, si bien los predictores se modificaron un tanto en cada caso.

La anterior exposición demuestra con claridad que, aparte elementos que podrían intervenir en una definición de depresión, la verdad es que en los predictores (alrededor de tres cuartas partes de clasificaciones correctas en los dos casos y para cada ocasión de análisis) se encuentran elementos de corte sistémico-familiar o de pareja (el papel atribuido al varón, idea de unidad familiar y su promoción) y otros de tipo más bien específico de psicología diferencial de corte más clásico, en cuya intersección se encuentran los predictores más potentes para la determinación de este fenómeno. El olvido de los cuales no redundaría en una mayor comprensión sino en una posición muy debilitada a nivel teórico y empírico-predictivo.

4.2. La psicología diferencial del enfermo crónico

Posiblemente la aportación más conocida de la psicología dentro de la denominada medicina comportamental y de la psicología de la salud sea la denominada personalidad tipo A en unos casos, o el patrón de conducta tipo A en otros y al que hemos hecho referencia más arriba. Esencialmente consiste en la delimitación de unos atributos que se encontrarían organizados de cierta forma y en cierta cuantía en las personas con predisposición a, e incluso con, enfermedad coronaria (infarto y angina), y que se ha generalizado posteriormente a la denominada "enfermedad cardiovascular" en la que se incluyen distintas patologías del sistema circulatorio (incluyendo trombosis o ataque cerebral). Los resultados adolecen de muchos problemas interpretativos y no son muy claros; existen diversidad de instrumentos que no siempre ofrecen resultados concomitantes sobre lo que pretendidamente es lo mismo y, en suma, la elaboración teórica del constructo ofrece más problemas que soluciones. Además, en cuanto a resultados empíricos se refiere, la especificidad del "patrón A" en uno u otro tipo de enfermos es algo que está por demostrar.

Como parte de un proyecto que estamos realizando en nuestro Departamento, nos hemos preocupado por enfrentarnos al problema de una primera delimitación acerca de la psicología diferencial multivariada del enfermo crónico. El proyecto

se encuentra en vías de realización y posee dos partes, una de descripción y otra de intervención. En la actualidad, pese a tener todavía resultados parciales (una parte de los cuales han sido presentados y discutidos en otra ocasión, Pelechano, 1990), pensamos que estos resultados pueden arrojar cierta luz respecto a los tipos de problemas que estamos tratando.

Con un formato de entrevista individual, hemos estado recogiendo información de enfermos crónicos de distinta patología⁷, fundamentalmente en visita domiciliaria⁸. Se han recogido datos correspondientes a identificación demográfica y social, datos familiares, régimen de vida, estrategias de afrontamiento, percepción de la familia y amigos respecto a la enfermedad y su estado actual, expectativas de mejora, régimen alimentario y medicamentoso, calidad de vida, diversas dimensiones de personalidad y factores motivacionales, hasta un total de más de tres docenas de variables. Los tipos de enfermos identificados han sido pacientes renales terminales sometidos a diálisis ambulatoria u hospitalaria, transplantados renales con éxito, distintas nefropatías (pielonefritis, etc.), hipertensión, diabetes y cancerosos en distinta fase de evolución de la enfermedad. Esta variable permite poner a prueba la existencia de patrones específicos que identifiquen a uno u otro tipo de enfermos, así como estudios comparativos a nivel multivariado que puedan ofertar, si lo hay, un perfil determinado para cada grupo de enfermos. No es este el lugar para ofrecer un panorama general de resultados puesto que ello exigiría, de por sí, más de una sesión. Sin embargo, resulta importante a la hora de poder realizar estudios comparativos respecto al poder predictivo y diferencial de variables familiares y variables individuales en la determinación de los grupos de perfiles psicológicos de enfermos. La riqueza de instrumentación, así como la heterogeneidad teórica, por otra parte, impide la interpretación exclusivista de los resultados por una u otra escuela teórica. Además, con el fin de seguir utilizando criterios empiristas operativos y multivariados, se ha hecho un empleo sistemático del análisis múltiple discriminante empleando como predictores variables de personalidad (factores básicos y de consolidación intermedia dentro de un modelo de parámetros) que muestrean un amplio rango de atributos psicológicos de orden individual y social, dimensiones de afrontamiento ante los estreses producidos por la enfermedad y la familia, actitudes de la familia hacia la enfermedad, del enfermo hacia la familia, de locus de control, búsqueda de estímulos, indecisión, ira, transigencia e incapacidad de relajación. Pensamos que más que apelar a la entidad y sintomatología específica de las distintas enfermedades, la fuente de diferenciación se debería referir a una serie de parámetros de importancia tales como la imagen social que exista acerca de la enfermedad, la amenaza de muerte o no, control acerca del curso de la enfermedad y resultados y presencia de sintomatología/tipos de tratamiento con y sin aparatos, etc. Veamos algunos de los resultados ilustrativos acerca de la importancia relativa que poseen las variables familiares o las individuales en la generación de perfiles reactivos y funcionales de las personas.

(i). En primer lugar, la comparación del perfil multivariado entre *enfermos sometidos a diálisis* y *enfermos con cáncer*, nos permitiría evaluar la influencia de sintomatología y tratamientos duros en dos tipos de enfermedades cuya expectativa es francamente negativa, con distinta imagen social, sin esperanza de remisión clara y con influencias indudables sobre la familia.

Han participado en el estudio 41 enfermos sometidos a diálisis (39 de ellos con diálisis hospitalaria) tres veces por semana y 37 enfermos de cáncer de distinto tipo, todos ellos, sin embargo, en fase de tratamiento quimioterápico. Todos los enfermos reciben asistencia en centros de la Seguridad Social, poseen un nivel socioeconómico bajo o medio-bajo y han sido colaboradores voluntarios en el estudio. Como criterio se ha utilizado el diagnóstico principal de enfermo renal terminal frente a cáncer. Como predictores, todo los que han sido descritos más arriba.

Se ha obtenido una función discriminante que presenta una correlación canónica de 0,72 con el criterio ($p < 0,00009$), que ha clasificado correctamente al 85,4% de los enfermos dializados y al 96,4% de los enfermos cancerosos. Esta función discriminante, además, se encuentra definida por 14 variables, las diez primeras son estadísticamente significativas. Los resultados sugieren que el retrato robot del enfermo con enfermedad renal terminal, frente al canceroso, estaría caracterizado por las siguientes notas, de mayor a menor importancia (poder de diferenciación mayor cuanto más cerca del comienzo): sienten que su vida ha sufrido mayor volumen de restricciones en cuanto a cosas que hacían antes y no pueden hacer ahora, se sienten más disgustados y con ira frente a los demás, con menos indecisión y transigencia, defienden una mayor diferenciación entre el mundo del trabajo y el mundo personal, son más jóvenes (lo que no deja de resultar extraño puesto que, usualmente, la enfermedad renal terminal tiende a ser más frecuente con el incremento de edad; aunque se trata de un resultado esperable dado el tipo de enfermos que participan en el estudio), presentan más sintomatología física (según el *Cornell Medical Index*), emplean con mayor frecuencia una estrategia de afrontamiento ante la enfermedad que consiste en el fomento de actos cotidianos, con búsqueda de información acerca de su enfermedad y anclajes sociales tales como pertenencia a grupos de apoyo y la religión; informan de una imagen más positiva y extremada de sí mismos, valoran menos el trabajo y puntúan más alto en un factor de valoración positiva de los estereotipos del funcionamiento social tales como los principios de apelar a la historia para entender el presente, trabajar más para cobrar más y atenerse a las leyes para que la sociedad funcione mejor.

(ii). Un segundo tipo de comparación multivariada relevante se refiere a la comparación entre *hipertensos* clínicos (identificados y sometidos a medicación con efectos secundarios molestos aunque soportables) y que suelen tener aparejado un índice de colesterol alto así como trigliceridemia (esto es, candidatos a enfermedad cardiovascular) frente a un grupo formado por *diálisis más cáncer*

(grupo de enfermos con sintomatología grave, dependientes de tratamientos quimioterápicos duros con fuertes efectos secundarios y restricción de tipo de vida). Empleando los mismos predictores se ha aislado una función múltiple discriminante que correlaciona 0,55 con el criterio ($p < 0,00009$) y que ha dado un total promediado de 74,84% de clasificaciones correctas (76,1% de diálisis más cáncer y un 72,1% de hipertensión). La función está definida por 10 variables que son estadísticamente significativas. El retrato robot del grupo de hipertensos frente al de dializados más cancerosos es el siguiente, de mayor a menos importancia: *menos valoración extremada del trabajo*, mayor autoexigencia laboral, mayor búsqueda de estímulos y novedades, *emplean menos una estrategia de afrontamiento que consiste en valoración crítica de la vida, con engaño y recelo hacia los médicos*, mayor incapacidad de relajación, *mayor inculpación familiar de la enfermedad que padecen, con un intento de huida hacia adelante*, son de mayor edad, presentan mayor miedo a la crítica de los demás, *menos reacción positiva en situaciones de estrés y mayor reacción de inhibición en situaciones de estrés*.

Se han escrito con caracteres que sobresalen, aquellas características que parecen ser claramente contrarias a las correspondientes al perfil tipo A según diversos autores. Por otro lado, parece claro que en este caso son atributos de corte individual los más importantes y los atributos de carácter más familiar, o son redundantes con los individuales en cuanto a valor de diferenciación o no poseen valor discriminante o, finalmente, poseen un valor menos relevante que los de índole individual.

(iii). En un tercer estudio se ha estudiado el perfil diferencial de un grupo de 104 *hipetensos* con características equiparables al grupo anteriormente descrito frente a un grupo de 48 enfermos con *distintas nefropatías* (litiasis, nefritis, pielonefritis, insuficiencia renal parcial y/o moderada principalmente). En ambos casos se trata de enfermedades que, aun teniendo entidad por sí mismas, son antesala de otras de mayor entidad y gravedad. En el caso de hipertensión, además, usualmente es asintomática, mientras que en las nefropatías diversas hay sintomatología o no, dependiendo del tipo de entidad nosológica por una parte y, por otra, se trata de algunas alteraciones básicamente cíclicas (por ejemplo, litiasis).

Empleando el mismo procedimiento que en los casos anteriores se ha aislado una función discriminante que presenta una correlación canónica de 0,60 con el criterio ($p < 0,00009$) y que clasifica correctamente al 78,15% de los casos (79,6% de hipertensos y 75% de nefropatías diversas). La función discriminante se encuentra definida por 14 variables, nueve de las cuales son estadísticamente significativas. El perfil del enfermo hipertenso frente al otro grupo criterio de renales sería el siguiente (de mayor importancia diferencial a menor): menor empleo de una estrategia de afrontamiento consistente en *valoración crítica de la vida, engaño y recelo ante el médico*, mayor edad, más búsqueda de

estímulos y novedad, *mayor inculpación a la familia y huida hacia adelante, menor valoración extrema del trabajo*, mayor valoración de los estereotipos y principios del ordenamiento social, *menor autoexigencia en el trabajo, mayor reacción e inhibición en situaciones de estrés* y menos disculpa externa ante el fracaso en las relaciones sociales.

En este caso, asimismo poco más de la mitad de los atributos diferenciadores no son coherentes con el denominado patrón de tipo A; asimismo, el poder diferenciador de las variables individuales es mayor que el correspondiente a las variables sociales. Y, en definitiva, parece que los atributos que van definiendo a cada grupo frente a otro tienden a no ser los mismos, ni presentarse con el mismo poder de diferenciación, con lo que la defensa de la existencia de un patrón único de diferenciación, desde estos resultados, parece muy problemático; asimismo, la restricción a estudio y empleo de variables de corte social (apoyo a nivel de grupo o institucional) o familiar parece poco aconsejable. En otros estudios hemos presentado evidencia demostrativa del poder de predictores individuales a la hora de entender el éxito terapéutico, finalmente, existe un bloque de atributos al que hemos denominado capacidades de personalidad y/o habilidades interpersonales, susceptibles de evaluación objetiva, que se encuentran situados a distintos niveles de consolidación, que son susceptibles de modificación con programas de entrenamiento y que resultan especialmente relevantes para la salud mental y el bienestar personal (Pelechano, 1991).

5. ALGUNOS PROBLEMAS DE INTERES

Antes de terminar, probablemente resulte de interés compilar un inventario de problemas que presentan los distintos acercamientos presentados con el fin de promover la mejora de su metodología y marco conceptual. De todas formas, algo se ha dicho ya páginas atrás respecto a algunos comentarios críticos que, al hilo del discurso, han sido hilvanados y que no los vamos a repetir aquí. No pretendemos agotar el tratamiento, aunque creemos que la anotación de algunas observaciones críticas puede ayudar a la solución de algunos de estos problemas puesto que, de esta forma, puede centrar la investigación en algunos de ellos, al menos, con el fin de aminorarlos.

5.1. Problemas metodológicos

Mucho se ha escrito en la psicología contemporánea y en las ciencias sociales en general, respecto al papel que el método desempeña, debe desempeñar o no dentro del panorama general del conocimiento científico. Bien es verdad que en

nuestros días se sabe que la aplicación del método, por sí mismo, no lleva consigo una creación de conocimiento (ni siquiera de conocimiento metodológico) y que el método es un camino que, si uno se atiene a él, resulta útil para poder avanzar en la investigación. Por nuestra parte, pensamos que el método representa uno de los cánones y señas de identidad más claras del conocimiento científico y que el descubrimiento de un método adecuado lleva consigo una revolución en el conocimiento científico (incluso un cambio o aportación nueva en cuanto a procedimiento de observación, piénsese, si no, en el telescopio y en el microscopio). Ocurre, además, que resulta demasiado frecuente en el mundo científico contemporáneo el atenuamiento a las modas científicas y a los sensacionalismos (que, en muchas ocasiones toman hasta el lenguaje periodístico de rotular algunas frases y, con ellas, pedir reorientación de líneas generales de trabajo o recabar las aportaciones de "pruebas definitivas" en favor o en contra de una teoría determinada. Pensamos, además, que muchos de los resultados y modas científicas se agotan debido, entre otras cosas, a inadecuaciones metodológicas graves en la obtención de datos que llevan a teorizaciones infundadas. Lo que sigue es una llamada de atención respecto a estas inadecuaciones. Nos ocuparemos de cuatro puntos: la interacción entre factores biológicos y psicosociales, el posible papel de los estadios de desarrollo de la enfermedad; los estudios retrospectivos y una consideración crítica acerca de la instrumentación empleada y su independencia de la sintomatología que pretende evaluar. Algunos de estos tópicos, por otra parte, no son nuevos puesto que ya se ha llamado la atención sobre ellos hace unos años (Kasl, 1983).

A nivel de estudios prospectivos, la emisión de juicios predictivos exigirá la *inclusión de factores biológicos* de riesgo junto a factores psicosociales y que ambos tipos de factores sean independientes. En las investigaciones acerca de la influencia de los sucesos vitales estresantes, desgraciadamente, no abundan este tipo de trabajos. Sin una evaluación adecuada del estado de salud inicial, la formulación de juicios causales sobre los sucesos vitales estresantes o de cualesquiera otras variables psicosociales es casi imposible; ocurre, sin embargo, que cuando se toma en consideración el estado de salud inicial, éste se presenta como el mejor predictor de lo que sucede más adelante y, en todo caso, parece de mayor peso que el correspondiente a los propios sucesos vitales estresantes ni en el estudio de las variables familiares.

El segundo aspecto enunciado más arriba se refería a los *estadios de desarrollo de la enfermedad*. La inclusión de este tipo de variables resulta muy útil si se desea incluir otro tipo de variables a la hora de explicar el curso de una enfermedad dada. En el caso de la enfermedad cardiovascular, vaya por caso, las etapas podrían ser agrupadas de la forma siguiente: (i) estado saludable, asintomático y con factores de riesgo ausentes; (ii) asintomático con factores de riesgo presentes; (iii) estado subclínico, susceptible de detección (por ejemplo, aterosclerosis, estenosis vascu-

lar, oclusión); (iv) experiencia de sintomatología inicial o episodio inicial diagnosticable; (v) estadio de curso de enfermedad, con episodios reiterados o exacerbaciones y (vi) muerte en casos fatales. Cuando se detecta un resultado un tanto distante y/o inesperado, tal y como ocurre con la elevada tasa de mortalidad después de la muerte de un compañero(a), el esquema anterior recuerda posibles vías y formas distintas por las que el resultado final ha podido llegar (por ejemplo, mayor tasa de mortalidad entre aquellos que ya se encuentran en una fase (iii) a (v), o mayor incidencia de casos de muerte entre aquellos que tienen ya la enfermedad para un determinado y específico factor de riesgo, o cambios en los factores de riesgo, etc.).

En el caso de las enfermedades infecciosas (por ejemplo, la mononucleosis infecciosa) el esquema es un tanto distinto al que se ha descrito para una enfermedad crónica. Tentativamente podrían diferenciarse las siguientes fases: (i) estado inicial de salud bien con inmunidad o con susceptibilidad; (ii) exposición a la enfermedad entre los que son susceptibles de adquirirla (no inmunes) y (iii) desarrollo de enfermedad clínicamente identificable entre los expuestos y sensibles frente a no adquisición de enfermedad-síntomas entre los inmunes. Los factores de riesgo, además, pueden comportarse de forma diferenciada en función del estadio de desarrollo de la enfermedad, entre estos factores de riesgo se encuentran aspectos psicosociales y sin la toma en consideración de aquellos estadios de desarrollo es muy posible que los resultados sean mal interpretados.

Unas palabras acerca de los estudios retrospectivos y de las dificultades que conlleva, pese a su bien diseño, la emisión de juicios causales. Sirva como ejemplo el trabajo del grupo de Paykel (Paykel et al., 1969) que tenía como propósito el establecimiento de una relación entre los sucesos vitales estresantes y la depresión. La muestra estudiada consistió en un número de casos, ampliamente representativa de las personas que buscaban tratamiento en una considerable variedad de instituciones de la comunidad y que cumplían criterios claros de depresión. Se estudió, asimismo, un grupo control formado por una muestra aleatoria de la comunidad, comparables con los pacientes en una serie de características sociodemográficas que pueden considerarse como suficientes. La muestra de personas diagnosticadas con depresión informaron de mayor volumen de sucesos vitales estresantes durante los seis meses anteriores que los del grupo control (1,7, frente a 0,6, diferencia altamente significativa). Parece, pues, clara, la "influencia de estos sucesos vitales estresantes" sobre la aparición de depresión. Sin embargo, los resultados son menos claros de lo que en un principio se puede suponer. Así, por ejemplo, una serie de cuestiones quedan por responder como ¿el estado depresivo y el acto de buscar ayuda afecta el recuerdo de los sucesos vitales de los que se informa? ¿puede separarse la aparición de la depresión de la aparición de la búsqueda de ayuda? y, lo que resulta de mayor interés ¿puede

deducirse de aquí el papel etiológico de los sucesos vitales estresantes en la depresión?. La respuesta a esta última cuestión no parece estar clara, pese a la nitidez del diseño. Los estudios retrospectivos poseen utilidad, fundamentalmente, para *generar hipótesis que los estudios prospectivos*, en todo caso, *tratarán de afinar, pero no para argumentaciones causales*. Ocurre, además, que existe un cierto cuerpo de evidencia de que los estudios prospectivos tienden a desautorizar a los retrospectivos. Así, Golbger y Comstock (19766) fueron incapaces de demostrar una asociación prospectiva entre sucesos vitales estresantes y hospitalización o muerte en dos muestras independientes; Rundall (1978) encontró resultados inconsistentes y, en todo caso, no claros entre sucesos vitales estresantes y recuperación post-quirúrgica; Fenwick y Barresi (1981) por un lado y Heyman y Gianturco (1973) por otra y de forma independiente, fueron incapaces de encontrar una relación pautada entre pérdida de seres queridos y deterioro en estados de salud.

El último punto de reflexión se refiere a la *independencia de los sucesos vitales estresantes de la persona*. De hecho, algunos de los investigadores más cualificados (Rahe, 1981) los interpretan como "factores ambientales de riesgo"⁹. Desde finales de los setenta se vienen publicando medias de sucesos vitales estresantes para grupos criterio muy caracterizados (heroinómanos, alcohólicos, estudiantes de medicina, jugadores de fútbol americano, ancianos, etc.). De hecho, en uno de los trabajos (Golberg y Comstock, 1980), personas de más de 65 años ofrecieron once veces más sucesos vitales estresantes que un grupo de jóvenes (edad entre 18 y 24 años). Sin embargo, parece natural pensar que en los ancianos, el volumen de hechos estresantes y de sucesos desagradables tenderá a ser sustancialmente mayor que entre jóvenes. O, dicho con otras palabras, los sucesos vitales tienden a no ser aleatorios sino que parecen formar parte consustancial del ciclo vital y de la vida biográfica de un ser humano.

Por otro lado, es posible pensar que los sucesos vitales estresantes forman parte de la vida misma. Neugarten (1970) sugirió hace ya 20 años que lo que impacta de los sucesos estresantes no es su ocurrencia sin más sino su ocurrencia fuera del tiempo y de forma no anticipada, rompiendo el ritmo de secuencias usuales de la vida (esto es, habría "sucesos estresantes normativos" en función de la edad y el esttus que no serían tan amenazantes). Ahora bien, si los sucesos vitales estresantes forman parte de la vida, las interpretaciones etiológicas a partir de ellos son muy problemáticas. Finalmente, si se analiza la lista de los 43 elementos de Holmes y Rahe (1967) y se entiende que representan "sucesos exteriores, al margen de la vida del sujeto", ocurre que la muerte de un miembro de la familia y el cambio de salud serían independientes pero que el resto son, en su mayoría, elementos que se encuentran bajo control parcial o total del sujeto. Algunos de ellos, como la jubilación, están fuera del control individual pero son anticipados totalmente y normativos en nuestra sociedad.

5.2. Problemas teóricos: individuos y sistemas

Más arriba hemos hecho alusión a un aspecto que debe ser tomado en consideración, en general, para la psicología de la salud y, en particular, para el estudio de la familia. Una y otra vez hemos afirmado que los modelos que han tenido más éxito en el estudio de la familia han sido calificados como *sistémicos*, esto es, que toman como unidad de análisis a la familia y, más específicamente, a las relaciones e interacciones que se dan entre los miembros de la familia. Siendo este enfoque eminentemente funcional corre el peligro de diluir a los individuos en los roles sociales y/o en los intercambios que en la familia se producen, lo que de hecho ha resultado muy positivo en el caso de estudiar ciertos problemas eminentemente familiares en sentido tradicional (conflictos intergeneracionales, incluso relaciones de pareja, casos de separación...) pero que ha ignorado los problemas que se presentan cuando se tiene que prestar atención prioritaria a los problemas generados con la enfermedad de uno o varios de sus miembros. El acercamiento sistémico corre el peligro de obviar la idiosincrasia y atributos psicológicos de los individuos que la forman, la influencia que los modos peculiares de ser de los miembros poseen en la dinámica de las relaciones que se establecen.

El modelo sistémico de análisis familiar no ha elaborado la idea de que los propios *individuos que forman la familia* pueden ser entendidos como *sistemas funcionales complejos* y, desde aquí, poder ofrecer una imagen de la familia como un sistema más amplio en el que los individuos *no pierden su propia entidad* sino que la recuperan y generan, desde esa identidad a la familia. Ello implicaría la diferenciación de sistemas de distinto nivel de generalidad en el que la familia sería un mesosistema integrado por los sistemas de los miembros componentes; como mesosistema tendría unas cualificaciones que no se encontrarían representados en los sistemas definitorios de los miembros pero, además, *los miembros no serían reducibles al mesosistema como tal*. Esta concepción estratigráfica del funcionamiento humano ha sido presentada desde hace unos años por quien les habla, dentro de una conceptualización de una psicología de la personalidad de parámetros (Pelechano, 1973, 1989, 1990) y desde ella podrían iluminarse algunos de los problemas irresueltos del tema que nos ocupa de las relaciones entre familia, estrés y enfermedad. Ocurre que, tal y como se ha visto en un apartado anterior, las variables familiares son empíricamente menos relevantes a la hora de encontrar criterios de diferenciación entre tipos de enfermos que ciertos atributos que identifican a los individuos. En alguna ocasión, además, hemos presentado resultados en los que la interacción entre variables individuales y familiares son las más productivas a la hora de detectar diferencias y, desde estas diferencias, poder proponer estrategias de intervención diversificadas que sean más potentes y eficaces que las actualmente en uso. En todo caso, la articulación entre individuos y sistemas se encuentra a un nivel muy tentativo y sin ofrecer un cuerpo de

resultados integrados en los que, sin perder de vista el sistema familiar (y otros sistemas, asimismo) no se diluya ni se pierda el individuo.

Otro problema se refiere a la tipología de familias propuestas por los modelos familiares que hemos presentado. Esencialmente estas tipologías se han elaborado a partir de un análisis racional de interacción entre ejes, tomados de dos en dos, los cuales poseen una importancia desigual (compárese, por ejemplo, la flexibilidad con la existencia de rutinas diarias) se *suponen independientes entre sí* y, por otra parte, su relevancia operativa se supone, aunque sus correlatos empíricos no pasan de ser deducciones, de valor variopinto, con distinta fortuna de expresión y cuya relevancia funcional ha de ser contrastada.

Un tercer punto de reflexión se refiere a las relaciones encontradas entre familia, estrés y enfermedad. Los trabajos realizados, pese a su abundancia, carecen de la necesaria integración sobre líneas de discurso y ateniéndose a modelos teóricos claros. Parece que el tipo de problemas determina el modelo a seguir. Y los tipos de problemas son tan variados que cubren el rango de elementos comprometidos con el mantenimiento y el cuidado de pacientes esquizofrénicos hasta el tratamiento del cáncer (de distintos tipos y en distintas edades, con funciones-roles familiares muy diversos), la fobrosia cística, enfermedad de Alzheimer o deficiencia mental. La relación entre modelos, tratamiento de los problemas y lo que resulta más usual, el estudio de caso, no aparece con claridad, ni siquiera en las revisiones publicadas sobre los temas. Finalmente, la presentación de las estrategias de cambio es muy simple y lo que abunda más es la publicación de resultados en los que la ausencia de cuantificación y control en el diseño y variables resulta la tónica general.

Todo lo que acaba de mencionarse no debe entenderse como un posicionamiento negativo sino como un inventario de necesidades que debería ser afrontado por los científicos y profesionales que se dedican a este campo. Pensamos que la detección de los problemas ayuda a su mejor planteamiento y a su posible solución.

5.3. La polémica entre prevención y tratamiento

Desde hace cuatro décadas, las ciencias sociales han estado defendiendo, en repetidas ocasiones y en una especie de forma de ciclos, la prevención y/o el empleo de formas diversas de prevención frente al tratamiento. La insistencia en la prevención se hace más intensa con la aparición de problemas nuevos ante los cuales no existe un tratamiento adecuado (el caso de las drogodependencias por un lado y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, por otro, son dos casos paradigmáticos al respecto).

Por otra parte, la prevención fue entendida en un primer momento, siguiendo el modelo de las enfermedades infecciosas tradicionales, con lo que se trataba de

identificar el agente causal y dificultar su difusión y/o generar vacunas contra él. Sin embargo, muchos de los problemas actuales no se adecúan a este modelo: así, por ejemplo, no hay suero ni vacuna clara contra las alteraciones mentales y, al menos en nuestros días, resulta un poco alejado del sentir popular la aceptación de que exista una vacuna contra el cáncer, la enfermedad cardiovascular, la enfermedad de Alzheimer o las distintas formas de Parkinson. Ante este estado de hechos, se exige emplear redes conceptuales un tanto distintas. La inclusión de factores psicosociales resulta importante no solamente a nivel de ayuda y/o mantenimiento de un estado de salud individual y de apoyo al enfermo dentro del seno de la familia, sino a nivel de diseño y actuación directa. Virchow, padre de la patología celular y persona muy activa y sensibilizada socialmente defendía apenas unos años después de la mitad del siglo XIX que la salud era, eminentemente, un problema público y no privado, lo que implica que han de tomarse en consideración variables de tipo psicológico y social para promover la salud tanto individual como pública (Group for the Advancement of Psychiatry, 1989).

Parece claro, además, que se hace necesario el empleo de los medios de comunicación masivos (en especial, radio y televisión). Sin embargo, debe quedar claro que prevención e información no son términos sinónimos. La información representa una fuente de recursos pero no agota el campo de la prevención. Saber más de algo a evitar resulta importante pero representa, a la vez, un arma de doble filo: con el mayor conocimiento se puede evitar pero, asimismo, se puede generar una conducta de desafío frente a la fuente de información (por ejemplo, la aceptación del reto-desafío por parte de la juventud con la droga o, en los últimos tiempos, con el empleo o no de preservativos para evitar infecciones o embarazos).

Ocurre, además, que con los medios de comunicación, aparece una fuente de riesgo. Al tener que mostrar acciones a prevenir que no son realizadas por toda la población sino solamente por algunas personas, pueden promover su realización en otras que, hasta ese momento no las llevaban a cabo.

En tercer lugar, el uso excesivo de mensajes televisados dificulta la interacción familiar. Además, la necesaria esquematización de los mensajes a emitir lleva a formar la estereotipia puesto que, en el mejor de los casos, se tiende a presentar una acción como normativa de cada edad, suprimiendo las diferencias intra-edad o intra-grupo. Con ello puede darse la idea de que *existen unos determinados problemas en ciertas edades y de forma mayoritaria cuando, en realidad, estos problemas son minoritarios y escasamente relevantes a nivel social-comunitario*. Además, la presencia de estas estereotipias puede ser un problema para los profesionales porque lleva a fijar la atención en esas acciones normativas, obviando las diferencias entre personas.

En cuarto lugar, la acción sobre la familia se presenta como prioritaria dentro de las estrategias preventivas. Desgraciadamente, los análisis y modelos funcionales que se hacen sobre la familia, la entienden de forma muy tradicional, consistente

en una tríada básica de dos padres y un hijo. El resto de modelos, posibilidades de análisis y problemas (separación, familias numerosas, familias afectadas por pobreza o enfermedad crónica de un familiar), desgraciadamente no se encuentran presentes en estas campañas. Una de las razones posibles para explicar los fracasos de las campañas preventivas que se llevaron a cabo en el primer tercio del siglo XX es, posiblemente, que se gestaron y pusieron en práctica para dirigirse a los individuos afectados o en alto riesgo pero no al núcleo familiar en el que esta población de alto riesgo vivía.

Existen dos tipos generales de barreras para la puesta en acción de los programas preventivos dentro del mundo social. El primero puede denominarse barrera operacional, el segundo sociocultural.

Por lo que se refiere a las *dificultades operacionales*, habría que inventariar las siguientes: (i) la causación, tanto de las alteraciones más frecuentes a nivel físico y a nivel mental, sigue leyes multivariadas y no univariadas y, además, en muchos casos, ni siquiera existe un acuerdo básico acerca de la desigual importancia y/o peso predictivo distinto que poseen a la hora de explicar los problemas, con lo que resulta muy difícil llevar a cabo campañas preventivas que den cuenta de los factores responsables y de sus interacciones; (ii) una prueba clara de la eficacia de un programa preventivo o de reducción de riesgo exigiría la realización de estudios prospectivos multigeneracionales que son difíciles de realizar y muy costosos, por lo que resultan prohibitivos para los profesionales y de alto riesgo para las instancias gubernamentales; (iii) en tercer lugar, existe una dificultad fáctica innegable en la mejora de los servicios preventivos puesto que estos servicios se encuentran estructurados y limitados por la manera concreta de financiación, lo que les impide modificar su estructura y su dinámica funcional; (iv) lo que se pretende prevenir es, de hecho, la forma concreta de interacción de variables psicofisiológicas con patrones de actuación familiar, personal y social, lo que resulta muy complejo y difícilmente puede actuarse sobre todo ello al mismo tiempo, lo que, a su vez, exigiría la creación de un nuevo paradigma tanto de comprensión como de intervención a nivel preventivo; (v) en quinto lugar, hay que tener presente que toda campaña preventiva corre el riesgo de ser acusada de irrupción ilegal en la intimidad: la prevención compromete, muchas veces, decisiones acerca de estilos de vida, valores, vida familiar y modos de criar y educar a los hijos, que representan elementos clave en un sistema de creencias del sistema familiar. Además, en más de una ocasión, se ha confundido el tratamiento eficaz a nivel preventivo de estos problemas con la eliminación de la especificidad cultural, lo que no resulta deseable; (vi) en sexto lugar, el foco de responsabilidad de los programas preventivos tiende a encontrarse todavía más difuminado que el del tratamiento (agencias estatales, autonómicas o locales; organizaciones de consumidores, religiosas, de derechos civiles, etc.), lo que no ayuda a la realización de campañas adecuadas y con los suficientes recursos y (vii), finalmente, la

identificación de individuos como sujetos de alto riesgo de una u otra alteración, antes de que ellos expresen síntomas (si expresan síntomas ya no es prevención con claridad) puede ser no solamente mal recibido sino, además, potencialmente malo porque ello interferiría con los esfuerzos personales o familiares para afrontar o rectificar una condición de riesgo o aceptarla sin ansiedad, lo que resulta especialmente grave en aquellas alteraciones que llevan consigo un estigma social (como alteraciones mentales o SIDA).

El segundo tipo de impedimentos al que se hacía alusión más arriba se denominó *sociocultural*. Anivel individual, estos impedimentos se muestran ofreciendo resistencias personales a poner en práctica la prevención, lo que incluye la tendencia natural de un individuo a no sentirse vulnerable ni con alto riesgo (la tasa semanal de accidentes de tráfico durante los fines de semana resulta paradigmático); asimismo existe una carencia de educación para la salud respecto a las ventajas de "la vida sana o saludable"; además, las actividades preventivas son de cumplimiento voluntario, por lo que las personas suelen comprometerse con unas y no con otras; finalmente, se genera solamente *un tipo de programa preventivo para tipos muy ditintos de personas*, con lo que la falta de adecuación entre personas y programas dificulta considerablemente su cumplimiento.

Las dificultades a nivel familiar son tanto o más graves que las que hemos señalado hasta el momento: (i) existencia de familias "atípicas" con un solo adulto al cargo de los niños, lo que ofrece un riesgo supletorio más; (ii) los niños, en nuestra cultura, se consideran de responsabilidad de los padres *pero no se exige ninguna habilidad ni capacidad, especial para ser padre*: antes al contrario, se generan muchas resistencias y problemas ante cursos de formación y de solución de problemas para padres; (iii) no existen programas diversificados en los que la unidad de acción se dirija a la familia en su conjunto, pese a que es en ella en donde se vive la mayoría de los problemas de salud y bienestar personal; (iv) los propios profesionales de la salud han situado los programas preventivos en un nivel o rango profesional y de ocupación de menor entidad que los problemas de tratamiento, con lo que tampoco se da un atractivo especial entre los profesionales sobre la prevención.

Pese a todo ello, pensamos que debería dedicarse mayor atención a la prevención y que las agencias estatales deberían gastar más dinero en ella. Estos programas preventivos deberían centrar su foco atencional sobre la familia, en su contexto general tanto del hogar como de las relaciones con los demás.

6. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

No queríamos terminar esta ponencia sin hacer mención, siquiera rápidamente, a algunas conclusiones muy genéricas que representan, tanto resúmenes de resultados, como apuntamiento de vacíos que deberían ser llenados en el futuro.

(1). Los resultados acerca de los compromisos de factores psicosociales y enfermedad (mediados, en todos los casos, por el estrés) indican que existe una relación, aunque no parece ser muy intensa. La investigación realizada adolece de graves defectos tanto a nivel de conceptualización, como de procedimientos de análisis (carencia de estudios prospectivos, control de variables, instrumentación, diseño de estudio de caso y sin control de variables). Los trabajos futuros deberán tomar en consideración, junto a los aspectos psicológicos, otros de corte más biológico-sanitario.

(2). La familia parece ser el "lugar" natural en el que se da la enfermedad y, en el caso de las alteraciones crónicas, en el que las alteraciones se tratan. Ello implica la necesidad por ampliar e intensificar el estudio de la dinámica, tipología y estructura familiar en el caso de enfermos crónicos. Tanto en el sentido de apresar el posible valor etiológico que la familia posee, como el de promoción de la salud y, en todo caso, de actuación a nivel de los miembros no-enfermos que forman la célula familiar. La realización de estudios sistemáticos se presenta, en este punto, como una necesidad. Tanto más cuanto que representaría un serio y sólido punto de partida para la generación de profesionales más adecuados a las necesidades sanitarias y sociales de los ciudadanos.

(3). La enfermedad rompe la red de relaciones familiares que constituye el sistema familiar, por lo que la aparición de enfermedad grave o continuada en uno de sus miembros exigirá la evaluación de una serie de aspectos, encaminados a una intervención posterior: (a) estructura familiar (organización de la familia, patrones que rigen en sus interacciones); (b) límites familiares (quiénes son los miembros, permeabilidad de los límites impuestos, grado de permisividad para la intervención exterior); (c) dinámica familiar (manera de comunicación y expresión de afecto, ambiente en los que se dan los tipos de comunicación, estado de salud de los "miembros sanos", grado de asunción de papeles y funciones por parte de los miembros). Y toda esta información orientada en cuatro fases: la percepción de la crisis, las habilidades de comunicación de sus miembros, necesidades inmediatas que se presentan y la intervención que se requiere en cada caso.

(4). Hay que tener presente que la tendencia observada en las sociedades occidentales es hacia un progresivo envejecimiento de sus miembros. Este envejecimiento va aparejado con la existencia de una serie de alteraciones que son más frecuentes entre los ancianos que entre los jóvenes: enfermedad renal terminal, Alzheimer, Parkinson, Cáncer, enfermedad cardiovascular... Ello implica que a medida que se incrementa la población de ancianos se requieren más y mejores apoyos psicosociales que contemplen los problemas específicos de esta población tales como movilidad restringida, problemas de transporte, mala salud del otro miembro de la pareja, carencia de apoyo por parte de los otros miembros más jóvenes de la familia que suelen vivir alejados del enfermo, etc. Problemas, todos ellos, ante los que hay que dar respuesta.

(5). A medida, por otra parte, que la sociedad se vuelve más móvil, la disponibilidad de las redes de apoyo formal va disminuyendo y desplazando de unos lugares a otros. Así, vaya por caso, se supone que en Estados Unidos, hacia el año 2.000 el 60% de los ancianos vivirán en Florida, Texas y California, lugares cálidos y con sol, lo que exigirá el replanteamiento de estos lugares a nivel de generación y mantenimiento de servicios de apoyo psicológico.

La tendencia, por otra parte, a ser una sociedad más "informada" también modificará las pautas de interacción familiar y personal. De entrada, los familiares de los enfermos y los enfermos mismos, en nuestros días, ya se quejan de la escasez de información que se les da acerca de sus dolencias, que ellos deben "ir descubriendo" (los ejemplos del cáncer y de las alteraciones cardiovasculares resultan paradigmáticas). Ello va a tener que ser cubierto a base de paquetes informatizados y/o videos ilustrativos, de los que todavía estamos muy lejos.

(6). A medida, por otra parte, que se complican los desarrollos tecnológicos, se tiende a olvidar que una intervención directa en el seno de la familia (que va desde sesiones de intervención a llamadas telefónicas) resulta muy eficaz en el caso de enfermedades crónicas y en crisis agudas de alguno de sus miembros. En una sociedad en la que prima el valor funcional y el consumo de tiempo en "hacer" cosas, la tarea de asistencia a la familia de los enfermos aparece con un valor prioritario y que no exige un desembolso de material tecnológico avanzado pero sí de contacto personal y establecimiento de programas diversificados de intervención (Well-McCaffrey, 1988).

Una vez más, en suma, la familia aparece como un punto de inflexión y de apoyo sobre el que montar programas de intervención adecuados que son exigidos por parte de los propios enfermos y sus familiares y ante los que la sociedad debería dar una respuesta positiva de apoyo.

(7). El estudio de los sistemas de creencias y valores de la familia con relación a la enfermedad representa un punto importante a tomar en consideración en posteriores estudios. Los datos que ofrece completan la imagen del sistema familiar y parecen encontrarse comprometidos con las acciones que se observan en el caso de que uno de los miembros de la familia caiga enfermo y el tiempo que dure la enfermedad sea largo. El cambio en estos sistemas de valores exige programas específicos que no deberían ser echados en el olvido. En el mundo contemporáneo, el sufrimiento y la muerte de un ser querido no forman parte de la rutina de preparación al uso en los sistemas de funcionamiento educativo ni familiar humanos. Lo que no quiere decir que esas cosas no ocurran sino que, cuando se dan, los efectos que se producen sobre los seres humanos son bastante peores, por imprevistos. Ello sugeriría la necesidad de elaborar programas concretos encaminados a cumplir estos objetivos de preparación para la venida de esos fenómenos que, por otra parte, forman parte de la propia vida. Y, complementariamente a todo ello, se sugeriría la puesta a punto de programas encaminados

a la promoción de la salud y de una calidad de vida que sea reforzante por sí misma y no se tenga que esperar para la recogida del premio bastante más adelante. Todo ello funcionaría como un programa preventivo de amplio espectro y que tendría en la familia y en las aulas de los centros escolares sus lugares preferidos de intervención.

NOTAS

1. Los datos y revisión del presente trabajo forman parte de un proyecto más amplio titulado **Enfermedad renal terminal y calidad de vida**, subvencionado por el Gobierno de la Comunidad Autónoma de Canarias y en fase de realización. Las opiniones vertidas en este trabajo, sin embargo, son de exclusiva responsabilidad del autor que, a la sazón es el investigador principal del mencionado proyecto.

El texto presentado corresponde a la conferencia ofrecida en el **Congreso Internacional sobre familia y sociedad**, en Los Cristianos, Isla de Tenerife (Islas Canarias) el 5 de Abril de 1991.

2. Estas consideraciones no representan un punto de inflexión baladí. De hecho, un autor que se ha cualificado por sus análisis finos respecto a este punto, S.V. Kasl, escribe que el "SRE-type instrument is, devastatingly unsuitable for the orderly and detailed study of the etiological role of stressful life experiences in disease and of the possible mechanisms involved" (1985, p.80).

3. Dos ilustraciones al respecto. La primera se corresponde al sesgo machista que caracteriza la formulación predictiva del patrón de conducta tipo A. Así, por ejemplo, Friedman y Rosenman (1974) escriben respecto al riesgo de enfermedad coronaria que la mayoría de mujeres americanas en las décadas anteriores se han quedado en casa, y pese a que tenían mucho trabajo "relatively few were constrained to work under conditions whose essence consisted of deadlines and competition and hostility. The mother of growing children of course does suffer many anxieties, but the effects are clearly less pernicious" (op. cit., p.74). De aquí cabe predecir que la inclusión de las mujeres en el mercado de trabajo propio de la empresa, lleva consigo un incremento en la tasa de mortalidad de las mujeres debido a enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, los datos recogidos no muestran ningún incremento para las mujeres ni en enfermedad ni en tasa de mortalidad (Verbrugé, 1982; Waldron y Herold, 1984). En segundo lugar, cuando se lleva a cabo un análisis subrayando los tipos de tareas en las que se identifican claramente los roles tradicionales "femeninos" puede contrastarse que en las situaciones de interacción familiar se encuentran focos de estrés tanto o más

frecuentes, intensos y potencialmente perjudiciales que en el caso del análisis de situaciones laborales fuera del hogar: por ejemplo, "obligaciones" de lograr felicidad y sosiego para hijos y marido sin que setenga la capacidad de controlar los acontecimientos que llevan a tales metas; por otro lado, aunque el volumen total de estrés percibido por parte de las mujeres que trabajan en casa es menor al que encuentran las mujeres que trabajan fuera de ella, el estrés recogido en el estudio de los hogares posee mayor compromiso con estados emocionales negativos como la depresión (Kandel, Davies y Raveis, 1985; Dytell et al., 1985).

4. Para Boyce, el nexa etiológico propuesto se encuentra en el apego, que posee un origen eminentemente familiar y correspondiente a las primeras fases evolutivas del niño. Después de una revisión de datos longitudinales y de las competencias perceptuales y sociales del recién nacido, propone que el apego (*attachment*) promueve percepción de permanencia y de continuidad, lo que, a su vez, aparece como resultado de permanencia y continuidad de distintas parcelas de funcionamiento psicológico; (1) el sí mismo, como capaz-competente y predecible de una situación a otra; (2) mundo interpersonal, contribuyendo a la percepción de la estabilidad y continuidad de las relaciones; (3) mundo comportamental, a través de la conciencia de patrones de actividad diaria que potencia los sentimientos de predictibilidad y persistencia; (4) referido al ambiente, en la medida en que es posible identificar ciertos lugares o localizaciones geográficas como puntos de referencia y, finalmente, (5) la sensación y sentimiento de identidad reconocible por encima de las mutaciones circunstanciales y cambios observables alrededor de uno mismo.

5. Desearíamos que se entendiera que no estamos defendiendo una concepción atomista en la que el todo es igual a la suma de sus partes. Consideramos que los análisis globales y de estructura general del sistema familiar desempeñan un papel esencial. Pero el olvido del individuo humano, con sus peculiaridades y sus limitaciones ignora algo esencial: que en la sistema familiar, la peculiar forma de actuar y de ser de los miembros determinan tanto la estructura como la dinámica de todo el sistema, de sus éxitos y de la mayoría de sus fracasos. El ser humano no posee la misma importancia que un tornillo dentro de una máquina general sino que actúa, a su vez, como motor y freno de esa máquina y de sí mismo. Esta continua recursividad hacia adelante y hacia atrás (el denominado *feedforward* que podría traducirse tentativamente como retro-anteroalimentación) es ignorado con demasiada frecuencia por los teóricos sistémicos. Y contra ese olvido es contra el que va esta nota y argumentación de este punto.

6. Lo que quiere decirse en este punto es que una cosa es la génesis y otra la dinámica funcional actual. Aunque un hijo depende genéticamente de la madre,

ello no implica que *siempre deba depender de ella*. La apelación a la génesis puede resultar importante en algunos casos pero, al menos por lo que se refiere a la solución de los problemas, la génesis tiende a ser poco empleada y de escasa utilidad. Tanto a nivel psicológico como biológico: así, por ejemplo, el conocimiento de la génesis de una infección resulta mucho menos relevante para su curación que la identificación del elemento causal de la infección misma tal y como ésta se presenta; en los problemas de dinámica familiar, más que el origen, tienden a ser importantes los tipos de elementos que mantienen el o los conflictos actuales y *la forma más adecuada para su erradicación o, en el peor de los casos, para su disminución y/o alivio*.

7. Todos ellos son enfermos que reciben asistencia en los servicios de Nefrología del Hospital Universitario de Canarias y de la Residencia La Candelaria de la Seguridad Social de Tenerife; asimismo, del servicio de Oncología del Hospital de La Candelaria de la Seguridad Social. A ellos en primer lugar y a todo el personal de los servicios, en especial al cuerpo facultativo, agradecemos, desde aquí, su cordial colaboración, sin la que no hubiese sido posible la realización de estos trabajos.

8. Las entrevistas han sido realizadas por los alumnos del Prácticum de Psicología Clínica del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de La Laguna (Tenerife) a lo largo de los dos últimos cursos. Los profesores Pedro Avero y Arquímedes Fernández han corrido a cargo de hacer funcionar los programas estadísticos en el Centro de Cálculo de la Universidad de La Laguna (Tenerife). A todo ellos se les agradece la colaboración prestada.

9. No deja de resultar curioso que la propuesta de los “sucesos vitales estresantes” coincide, temporalmente, con la tendencia, dentro de la medicina psicosomática, de trasladar el foco de responsabilidad a los elementos ambientales (frente a la concepción tradicional en la que la “causa” era “intrapsíquica”).

BIBLIOGRAFIA

ANDREWS, G.; TRENENT, C.; HENSON, D. y SCHONELL, M. (1978): The relation of social factors to physical and psychiatric illness. **American Journal of Epidemiology**, 108, 27-35.

- BARUCH, G.K.; BIENER, L. y BARNETT, R. (1987): Women and gender in search on work and family stress. **American Psychology**, **42**, 130-136.
- BERKMAN, L.F. y SYME, S.L. (1979): Social networks, host resistance and mortality: A nine year follow-up study of Alameda County residents. **American Journal of Epidemiology**, **109**, 186-204.
- BOYCE, W.T. (1985): Social support , family relations and children . En S. Cohen y S.L. Syme (Eds.). **Social support and health**. Academic Press. Londres.
- BOVARD, E.W. (1959): The effects of social stimuli on the response to stress. **The Psychological Review**, **66**, 267-277.
- BROADHEAD, W.E.; KAPLAN, B.H. ; JAMES, G.A.; WAGNER, E.H.; SCHOENBACH, V.J. Y GEHLBACH, S.H. (1983): The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. **American Journal of Epidemiology**. **117**, 521-537.
- CASSEL, J. (1976): The contribution of the social environment to host resistance. **American Journal of Epidemiology**, **104**, 107-123.
- COHEN, S. y SYME, L.S. (1985): Issues in the study and application of social support. En S. Cohen y S.L. Syme (Eds.). **Social support and health**. Academic Press. Londres.
- COHEN, S. y WILLS, T.A. (1984): **Stress, social support and the buffering hypothesis: A critical review**. Mimeo. Department of Psychology, Carnegie-Mellon University , Pittsburg.
- FRIEDMAN, M. y ROSENMAN, R.H. (1976): **Type a behavior and your hearth**, Knopf, Nueva York.
- DYTELL, R.S.; PARDINE, P. y NAPOLI, A. (1985): **Importance of occupational and non-occupational stress among professional men and women**. Trabajo presentado en la reunión de la Eastern Psychological Association, Filadelfia.
- DOHRENWEND, B.S. y DOHRENWEND , D.T. (Eds.) (1974): **Stressful life-events**. Wiley. Nueva York.
- DOHRENWEND, B.S. y DOHRENWEND, D.T. (Eds.) (1981): **Stressful life-events and their contexts**. Prodist. Nueva York.
- FENWICK, R. y BARRESI, C.M. (1981): Health consequences of marital-status change among the elderly: A comparison of cross-sectional and longitudinal analysis. **Journal of Health and Social Behavior**, **22**, 106-116.
- GOLDBERG, E.L. y COMSTOCK, G.W. (1976): Life-events and subsequent illness. **American Journal of Epidemiology**, **104**, 146-158.
- GOLDBERG, E.L. y COMSTOCK, G.W. (1980): Epidemiology of life-events: frequency in general population. **American Journal of Epidemiology**, **111**, 736-752.
- HAWKINS, N.G.; DAVIES, R. y HOLMES, T.H. (1957): Evidence of psychosocial factors in the development of pulmonary tuberculosis. **American Review of Tuberculosis Pulmonar Disease**, **75**, 768-780.

- HEYMAN, D.K. y GIANTURCO, D.T. (1973): Long-term adaptation by the elderly to bereavement. *Journal of Gerontology*, **28**, 359-362.
- HILL, R. (1949): *Families under stress*. Harper and Row. Nueva York.
- HILL, R. (1958): Generic features of families under stress. *Social Casework*, **49**, 139-150.
- HOLMES, T.H. y RAHE, R.H. (1967): The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, **11**, 213-218.
- HOROWITZ, M.; SCHAEFFER, C.; HIROTO, D.; WILNER, D. y LEVY, B. (1977): Life-events questionnaires for measuring presumptive stress. *Psychosomatic Medicine*, **27**, 413-431.
- HURST, M.W.; JEWKINS, C.D. y ROSE, R.M. (1976): The relation of psychological stress to onset of medical illness. *Annual Review of Medicine*, **27**, 301-312.
- JACKSON, S.E. y MASLACH, C. (1982): After-effects of job-related stress: Families as victims. *Journal of Occupational Behavior*, **3**, 63-77.
- JEMMONTT, J.B. y LOCKE, S.E. (1984): Psychosocial factors, immunologic mediation and human susceptibility to infectious diseases: How much do we know?. *Psychological Bulletin*, **95**, 78-108.
- KANDEL, D.B.; DAVIES, M. y RAVEIS, V.H. (1985): The stressfulness of daily social roles for women: Marital occupational and household roles. *Journal of Health and Social Behavior*, **26**, 64-78.
- KAHN, R.L. y ANTONUCCI, T.C. (1982): Convoys over the life course: Attachment, roles and social support. En P.B. Baltes y O.G. Grimm (Eds.). *Life-span development and behavior*. Academic. Nueva York.
- KASL, S.V. (1983): Pursuit the link between stressful life experiences and disease: A time for reappraisal. En C.L. Cooper (Ed.). *Stress research. Issues for the eighties*. John Wiley and sons. Londres.
- KASL, S.V. y WELLS, J.A. (1985): Social support and health in the middle years: work and the family. En S. Cohen y L.S. Syme (Eds.). *Social support and health*. Academic. Londres.
- LEVENSON, H. (1973): Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **41**, 397-404.
- LEVENSON, H. (1974): Activism and powerful others: Distinctions within the concept of internal-external control. *Journal of Personality Assessment*, **38**, 377-384.
- LITMAN, T.J. (1974): The family as basic unit in health and medical care: A social-behavioral overview. *Social Science and Medicine*, **8**, 495-519.
- MCGOLDRICK, M. y WALSH, F. (1983): A systemic view of family history and loss. En M. Aronson y L. Wolberg (Eds.). *Group and family therapy*. Brunner/Mazel. Nueva York.
- MCCUBBIN, M.A. y MCCUBBIN, H. I. (1989): Theoretical orientation to family stress and coping. En C.R. Figley (Ed.). *Treating stress in families*. Brunner/Mazel. Nueva York.

- MECHANIC, D. (1974): Discussion of research programs in relations between stressful life events and episodes of physical illness. En B.S. Dohrenwend y B.P. Dohrenwend (Eds.). **Stressful life events**. Wiley. Nueva York.
- NEUGARTEN, B.L. (1970): Adaptation and the life-cycle. **Journal of Geriatric Psychiatry**, 4, 71-100.
- PAYKEL, E.S.; MYERS, J.K.; DIENELT, M.N.; KLIERMAN, G.L.; LINDENTHAL, J.J. y PEPPER, M.P. (1969): Life-events and depression: A controlled study. **Archives on General Psychiatry**, 21, 753-760.
- PAYKEL, E.S.; PRUSOFF, B.A. y UHLENHUTH, E.H. (1971): Scaling of life events. **Archives on General Psychiatry**, 25, 340-347.
- PELECHANO, V. (1973): **Personalidad y parámetros**. Tres escuelas y un modelo. Vicens Vives. Barcelona.
- PELECHANO, V. (1981): **El impacto psicológico de ser madre**. Alfaplús. Valencia.
- PELECHANO, V. (1990): Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes renales terminales: Planteamiento y primeros resultados. Conferencia 21 de Agosto en la Universidad del País Vasco. En prensa en **Actualización en personalidad**. Universidad del País Vasco.
- PELECHANO, V. (Dir.) (1991): **Habilidades interpersonales en ancianos**. Alfaplús. Valencia.
- PELECHANO, V. y MATUD, M.P. (1990a): Depresión post-parto: datos sobre su existencia y codeterminantes en una investigación con grupos criterio y la escala de Beck. **Análisis y Modificación de Conducta**, 46, 3-54.
- PELECHANO, V. y MATUD, M.P. (1990b): El impacto de la maternidad en algunas variables de personalidad. Comunicación en el V European Congress on Personality. Roma.
- PELECHANO, V. y MATUD, M.P. (1991a): Concomitantes psicológicos del puerperio inmediato: La hospitalización post-parto. Comunicación en Congreso de la Sociedad Española de Psicología. Barcelona.
- PELECHANO, V. y MATUD, M.P. (1991b): Maternidad y crianza del hijo: un estudio empírico a los tres meses tras el parto. Comunicación en Congreso de la Sociedad Española de Psicología. Barcelona.
- PELECHANO, V.; SOSA, C.D. y CAPAFONS, J.I. (1991): Psicología de la salud, dimensiones de personalidad y motivación en enfermos crónicos (I): Diferencias de personalidad en enfermos renales y no renales con procedimientos normativos tradicionales y menos tradicionales. **Análisis y Modificación de Conducta**, en prensa.
- PELECHANO, V.; CAPAFONS, J.I. y SOSA, C.D. (1991): Psicología de la salud, dimensiones de personalidad y motivación en enfermos crónicos (II): Personalidad y estrategias de afrontamiento. **Análisis y Modificación de Conducta**, en prensa.

- RAHE, R.H. (1978): Life change measurement clarification. **Psychosomatic Medicine**, **40**, 95-98.
- REIS, H.T. (1984): Social interaction and well-being. En S. Duck (Ed.). **Personal relationships, Vol. 5: Repairing personal relationships**. Academic. Londres.
- ROLLAND, J.S. (1984): Toward a psychosocial tipology of chronic and life-threatening illness. **Family System Medicine**, **2**, 245-262.
- ROLLAND, J.S. (1987a): Chronic illness and the life cycle: A conceptual framework. **Family Process**, **26**, 203-211.
- ROLLAND, J.S. (1987b): A conceptual model of chronic and life-threatening illness and its impact on the family. En C. Chilman y F. Cox (Eds.). **Families with physically impaired members**. Sage Publishers. Beverly Hills. CA.
- ROLLAND, J.S. (1987c): Family illness paradigms. **Family System Medicine**, **5**, 482-503.
- ROLLAND, J.S. (1990a): Anticipatory loss: a family system developmental framework. **Family Process**, **29**, 229-244.
- ROLLAND, J.S. (1990b): **Helping families with chronic and life-threatening disorders**. Basic Books. Nueva York.
- RUNDALL, T.G. (1978): Life change and recovery from surgery. **Journal of Health and Social Behavior**, **21**, 248-260.
- SCHWARTZ, J.L. y DUBITZKY, M. (1968): **Psychosocial factors involved in cigarette smoking and cessation**. The Institute for Health Research. Berkeley. CA.
- VANFOSEN, B.E. (1981): Sex differences in the mental health effects of spouse support and equity. **Journal of Health and Social Behavior**, **22**, 130-143.
- WALLSTON, K.A. y WALLSTON, B.S. (1978): Development of the multidimensional health locus of control. (MHLC) scales. **Health Educ. Mon**, **6**, 160-170.
- WELL-McCAFFREY, D. (1988): Family issues in cancer care: current dilemmas and directions. **Journal of Psychosocial Oncology**, **6**, 199-211.