

# EVOLUCIÓN DE LOS PLANTEAMIENTOS SOBRE LA DINÁMICA FAMILIAR ANTE LA ENFERMEDAD

*Valdés Díaz, M.  
Blanco Picabia, A.*

## I. INTRODUCCIÓN

La familia representa la primera situación relacional en la que está comprometida la mayor parte de los individuos. Es la unidad social primaria para el hombre, siendo a la vez una forma de organización social flexible, que permite muchas diferenciaciones y modos de organización distintos; 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.

La conceptualización que exige el análisis de la familia, obliga a una consideración del contexto formado por 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. 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 genera, absorbe y diluye el estrés de la vida (Pelechano, 1.991), siendo la fuerza social más significativa en el desarrollo humano, específicamente en el desarrollo de la personalidad, y de aquí, como agente potente en sus alteraciones (Valdés y Folk, 1.993), es decir desde el punto de vista clínico, se pone de relieve que las relaciones familiares tienen un peso bastante considerable cuando se trata de determinar cualquier enfermedad (Litman, 1.974). Queremos subrayar por tanto, que la familia no es solamente la base de la sociedad, sino que también juega un papel fundamental y difícilmente sustituible a la hora de garantizar la salud psicológica de las personas.

## **II. PRINCIPALES MODELOS CONTEMPORÁNEOS DE FAMILIA Y ENFERMEDAD**

La consideración de la familia como un sistema funcional abierto es la orientación general más frecuente y consolidada dentro de los modelos de análisis científico de la familia, dentro de la cual existen muchas tipologías de escuelas y subescuelas (Minuchin, 1976, Andolfi, 1979, Garberi y Compañ, 1990). Cada unidad familiar va a tener unos códigos particulares que la diferencian de los otros grupos tanto en su dinámica interna como en el resto de sus comportamientos.

Si nos centramos específicamente en el tema relacionado con la enfermedad, consideramos especialmente atractivas e interesantes las propuestas de Jeammet y cols (1.982), McCubbin y McCubbin (1.989) y la de Rolland (1.990), por su adecuación a los problemas y posibilidades de desarrollo.

### **2.1. El modelo de Jeammet y Cols (1982)**

En este modelo se entiende la familia como un sistema que funciona con sus propias leyes, las cuales van a posibilitar que se cree un equilibrio interno y que pueda hacer frente a cualquier acontecimiento que proceda del exterior de una forma sólida y peculiar,

En base a la capacidad de adaptación ante cualquier cambio o alteración que se produzca en el interior de la unidad familiar y resulte un riesgo para el equilibrio establecido, se diferencian dos tipos de familias de acuerdo con la categorización que hacen estos autores. Así, existen las llamadas

- a) Familias flexibles o abiertas y
- b) Familias rígidas o cerradas

Por lo tanto, dependiendo del tipo de familia que se trate, se requerirá un periodo de mayor o menor adaptación al cambio que se haya producido. Son las leyes establecidas en la familia las que van a regular las actitudes ante cualquier enfermedad que se presente en alguno de sus miembros.

El equilibrio y la rutina familiar implantadas hasta entonces, se alterarán totalmente, haciendo que el trastorno afecte no sólo a una persona sino también al resto del grupo al que pertenece, dando lugar a una serie de cambios en la dinámica familiar. Estos cambios se traducirán en reacciones y conductas específicas durante el tiempo que dure la enfermedad y dichas reacciones posiblemente repercutirán en la respuesta que dé el paciente a su enfermedad, dado que el grupo familiar posee una reconocida influencia sobre el enfermo. No es extraño, por tanto, observar la presencia de un acusado estrés familiar como consecuencia del impacto de la enfermedad, pudiendo aparecer en casos extremos, cierta psicopatología en los cónyuges, hijos o demás familiares si la

enfermedad se convierte en crónica (Tsaltas, 1.976; De-Nour, 1.980; Wolin y cols, 1.980; Steinglass y cols. 1.982; Reiss y cols. 1.986).

Tomando la tipología que hacen Jeammet y cols. (1.982) de la familia, según la cual se pueden producir varios tipos de reacciones ante el desequilibrio que supone la enfermedad de uno de sus miembros en el ámbito familiar, podemos encontrarnos por un lado, con aquella que acepta las circunstancias que se presentan *adaptándose* a los cambios y consecuencias que haya podido ocasionar la enfermedad, si se trata de la denominada *flexible o abierta*. Mientras que por el otro, están las reacciones que caracterizan al sistema familiar *rígido o cerrado*, donde se pueden encontrar dos tipos de respuestas:

1. Por un lado, la *utilización de la enfermedad* incluyéndola dentro de la estructura familiar y considerándola imprescindible para su equilibrio, reforzándose en aquellos casos en los que el trastorno es de tipo crónico.
2. Por otro, el *rechazo* de la enfermedad y al individuo que la padece. Puede ocurrir que los síntomas que presenta el enfermo para la familia no hayan alcanzado el peso ni el nivel suficiente como para que se le considere como «enfermedad». O bien, no pueden ocuparse del enfermo y sus necesidades, con lo cual, niegan la realidad de la enfermedad y como consecuencia al paciente.

Esta actitud no es más que el reflejo de la fragilidad de este sistema, pudiendo ocasionar consecuencias negativas para el enfermo. Es decir es la única forma que tienen de defenderse del desequilibrio que se ha producido y no significa que exista una maldad intrínseca en esta familia. Este sistema familiar encuentra un alto grado de dificultad para alcanzar nuevamente el equilibrio; se pone en evidencia la carencia de formas positivas para reaccionar adecuadamente.

Sin embargo, en el sistema familiar denominado *flexible* existe una capacidad de cambio inherente a la familia que le permite lograr la autorregulación por medio de reglas que ella misma desarrolla y modifica a lo largo del tiempo, de manera que es posible la adaptación a las exigencias planteadas en las diferentes fases del ciclo vital. Estas características le permiten al sistema familiar asegurar su continuidad y desarrollo.

Ahora bien, una vez visto estos planteamientos y estas dos formas de reaccionar, creemos que la flexibilidad y la rigidez no deben entenderse como características intrínsecas de la estructura de un determinado sistema, sino que pueden depender de las variaciones que se producen en el estado y la dinámica del sistema familiar en un *momento y lugar* particulares. Por ejemplo un sistema que es flexible en el Estado A puede volverse rígido en el Estado B. Los procesos familiares, como los de todos los organismos intrínsecamente activos, pueden sufrir modificaciones.

## 2.2. 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 y la enfermedad poseen sobre la estructura y la dinámica de la misma. Viene a ser un modelo de integración de distintos acercamientos y estaría encuadrado, básicamente, en la misma línea que el modelo anterior con algunas variantes particulares y que pasamos a desarrollar.

Estos autores recogen nueve supuestos orientadores de lo que es una familia en su formulación denominada *Modelo Tipológico de Ajuste Familiar* (McCubbin y McCubbin, 1.989). Dichos supuestos se centran en las fuerzas de adaptación y en los atributos que permiten gestionar de forma eficaz el estrés y las tensiones. La característica más relevante del modelo propuesto no es tanto el carácter descriptivo, sino su valor predictivo. El esfuerzo de estos autores está encaminado a determinar y describir las potencialidades características de las familias normales en los diversos estadios del ciclo de vida familiar, captando el dinamismo que les permite hacer frente a los eventos estresantes. Estas características podrían considerarse como recursos a los que se pueden acudir y como objetivos de un posible plan de prevención.

En la formulación de este Modelo se distinguen dos fases:

- 1) *La fase de ajuste* referida a los pequeños cambios que se producen ante la presencia de un estresor y ante la cual la familia promueve modificaciones parciales.
- 2) *La fase de adaptación* cuando los cambios son de orden más sustancial y básico y se producen modificaciones serias en el funcionamiento familiar.

Es 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.

En cada una de estas fases se distinguen toda una serie de variables o factores (tales como el tipo de estresor, la vulnerabilidad de la familia, el tipo de familia que se trate, los recursos que posea, apoyo social, capacidad de afrontamiento, volumen de la demanda, estimación de la situación por parte de la unidad familiar, etc.) que si se evalúan de una forma diferenciada facilita la propuesta de intervenciones.

McCubbin y McCubbin (1.989) elaboran unos tipos de familia en función de la interacción entre dos ejes o parámetros que se supone guardan entre sí una relación lineal y positiva; además, se asignan dos valores (alto y bajo) a cada uno de los ejes.

1. *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 (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 cuatro tipos de familias denominados: duraderas, regenerativas, vulnerables y seguras.

A nuestro entender, a través del análisis de este parámetro, posiblemente, podría establecerse una perspectiva sobre el balance de fuerzas en la familia, en el que se distinguiría claramente entre las fuerzas que predisponen a la enfermedad y aquellas otras que protegen la salud y el crecimiento.

2. *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 alta puntuación 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).

No dudamos que esta vivencia del vínculo familiar favorecerá la comunicación abierta entre los miembros de la familia, algo que repercutirá en todo su funcionamiento global. Factores funcionales como la adecuada capacidad de llegar a decisiones grupales y la frecuente expresión de los conflictos, facilitarán un clima emocional adecuado.

La dimensión denominada *flexibilidad familiar*, coincidente con la conceptualización y características destacadas por Jeammet y cols. (1982), 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 da lugar a familias elásticas, dóciles, enlazadas y frágiles.

*3. 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 primero de los ejes se refiere a la significación e importancia que atribuyen a las automatizaciones adoptadas. 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. Los cuatro tipos de familia encontradas en esta dimensión son: las familias no pautadas, estructuradas, intencionales y rítmicas.

Si bien esta aportación tiene un carácter positivo, no sólo por lo novedoso de su planteamiento, sino por la ventaja que supone la identificación de las características de la familia sana en el área de conocimiento de las relaciones familiares, (que ayuda a evitar generalizaciones demasiado precipitadas, subrayando además la necesidad de incrementar la reflexión y la investigación en este sector), algunas reflexiones críticas sobre el Modelo estarían centradas, por un lado, en la diversificación de opciones respecto a los tipos de familia. Las divisiones propuestas funcionan a modo de compartimentos estancos en el sentido de que no es posible pensar en la posibilidad de modificación de un tipo de familia a otro. Ni siquiera se vislumbra una tentativa sugerida por parte de los autores. Cabría preguntarse ante estos planteamientos ¿qué variables y procedimientos deberían emplearse para llegar a dicha modificación?, ¿cómo puede elaborarse una tipología funcional?. La respuesta la encontramos perfectamente detallada a niveles descriptivos pero no ocurre lo mismo cuando hay que tener en cuenta también, los casos que precisen intervención terapéutica. Es decir, son formulaciones guiadas más por descripciones e ilustradas con exposición de casos, que por el análisis experimental y estudios controlados que permitan aislar las variables relevantes que determinan los fenómenos y qué peso tiene cada una de ellas en el éxito terapéutico.

Por otro lado, creemos conveniente también una llamada de atención sobre los elementos y ejes propuestos en este modelo; algo que parece más bien una ordenación de elementos organizados secuencialmente en cortos períodos temporales sin apelación a los procesos comprometidos ni a los parámetros que los rigen.

### **3. EL MODELO DE ROLLAND (1984 A 1990)**

Dentro de un enfoque general asimismo sistémico, 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.

Contrastando este modelo con el anterior, aquí se defiende, de forma implícita, una tipología familiar, que si bien no ha sido explicitada de forma pormenorizada, representa asimismo, un serio esfuerzo que permite su desarrollo y aplicación en el ámbito clínico.

Tomando como punto de partida la familia como unidad de análisis y no entendida como miembros individuales que la componen, para Rolland (1984, 1987a, 1990a) importa más que una visión «médica» de la enfermedad, el análisis de las «visiones psicológicas» que las distintas enfermedades llevan consigo.

Desde esta vertiente distingue *dos dimensiones* entresacadas a partir de los datos procedentes de entrevistas con familias de enfermos, que pueden ofrecer una *tipología psicológica* de las enfermedades.

- 1) La primera dimensión resulta de *la consideración temporal de las fases de la enfermedad*, en la que los familiares, al parecer, distinguen entre crisis inicial, fase crónica y fase terminal.
- 2) La segunda está formada por un conglomerado de ejes en los que predomina una *red conceptual sobre identificación de repercusiones psicológicas y vitales de la enfermedad*. En este segundo eje se distinguen una serie de categorías:
  - a) aparición de la enfermedad (repentina o gradual)
  - b) curso de la enfermedad (progresivo, mantenido, decreciente)
  - c) resultado final y/o repercusiones (fatal-muerte, disminución de la duración de la vida o posible muerte rápida, ningún efecto sobre la longevidad).
  - d) incapacitación (ninguna, ligera, moderada, grave).

En la medida que ambas dimensiones se interconectan, ello permitirá la descripción-ubicación de una enfermedad determinada dentro de una red de percepciones psicológicas de la enfermedad sobre la unidad familiar (Rolland, 1987b, 1990b)

Ahora bien, si la dinámica familiar está encuadrada dentro del modelo sistémico, hay que tener en cuenta además un tercer eje referido a la importancia que posee el *sistema de valores y creencias* dentro de este tipo de familias de enfermos; ello permitirá establecer hipótesis acerca de la importancia de los distintos componentes de la vida familiar en relación con los tipos específicos de enfermedad, en una u otra fase concreta del ciclo vital, de la enfermedad y de la familia.

Al igual que veíamos en el Modelo anterior, aquí también queremos llamar la atención sobre el hecho evidente que las formulaciones están asentadas sobre casos individuales donde la dinámica funcional brilla por su ausencia. El sistema familiar se reduce a un análisis descriptivo donde no se operativizan las principales variables a tener en cuenta. Ello implica la carencia de estudios de contrastación que permitan aislar experimentalmente dichas variables relevantes.

Para concluir quisieramos resaltar que si bien la valoración final de los modelos por nuestra parte no es negativa, sí deseamos hacer una llamada de atención acerca de la fiabilidad y validez limitadas de estas conceptualizaciones y estas descripciones. A pesar del interés global que suscita la descripción de las características de las familias, a nuestro entender, debería ponerse mayor énfasis en el control, descripción y operativización de las variables relevantes que posibiliten una depuración y mejora de las propuestas de los autores.

#### 4. BIBLIOGRAFIA

- ANDOLFI, M. (1979) *Family therapy: An interational approach*. New York: Plenum Press (Versión Castellana: *Terapia de Familia*. Buenos Aires: Paidós.
- DE-NOOR, A.K. (1980) Dialysis within the context of the family. *Int. J. Fam. Psychiatry*, 1, 61-75
- GARBERI, R. COMPAÑ, E. (1990) *Evaluación, sistemas y terapia familiar*. Servicios psiquiátricos provinciales. Excma. Diputación Alicante.
- JEAMMET, P., REYNAUD, M., CONSOLI, S. (1982) *Manual de Psicología Médica*. Barcelona. Toray-Masson.
- LITMAN, T.J. (1974) The family as basic unit in health and medical care: A social behavioral overview. *Soc. Science and Med.* 8, 495-519.
- McCUBBIN, M.A., McCUBBIN, H.I. (1989) Theoretical orientation to family stress and coping. En C.R. FIGLEY (Ed.) *Treating stress in families*. Brunner. Mazel. Nueva York.
- PELECHANO, V. (1991) Familia, stress y enfermedad. *An. Mod. Cond.* Vol. 17. Nº 55, 729-774.
- REISS, D., GONZALEZ, S., KRAMER, N. (1986) Family process, chronic illness and death: on the weakness for strong bonds. *Arch. Gen. Psychiat.* 8, Vol 43, 795-804
- ROLLAND, J.S. (1984): Toward a psychosocial tipology of chronic and life-threatening illness. *Fam. System Medicine*, 2, 245-262.
- ROLLAND, J.S. (1987a): A conceptual model of chronic and life-threatening illness and its impact on the family. En C. CHILMAN y F. COX (Eds.) *Families with psbysically impaired members*. Sage Publishers. Beverly Hills. CA.



- ROLLAND, J.S. (1987b): 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 lifethreatening disorders*. Basic Books. Nueva York.
- STEINGLASS, P., TEMPLES, S. LISMAN, S., REISS, D. (1982) Coping with spinal cord injury; the family perspective. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 4, 259-264.
- TSALTAS, M.O. (1976) Children of home dialysis patients *J.A.M.A* 236, 2.764-2.766.
- VALDES DIAZ, M., FOLK MADRID, A. (1993) «Planteamientos Clínicos en la valoración de la problemática de las familias de pacientes y su dinámica. En BLANCO PICABIA, A. *Apuntes de Diagnóstico clínico*. Valencia. Promolibro.
- WOLIN, S.J., BENNETT, L.A., NOONAN, D.L., TEITLEBAUM, M.A. (1980) Disrupted family rituals : a factor in the intergenerational transmission of alcoholism. *J. Stud. Alcohol*, 41, 199-214