

SALUD Y FAMILIA

Dr. Dagoberto Duarte Quapper
1989
Louvain-la-Neuve

INDICE

	PÁGINA
I. PRESENTACIÓN	2
II. PRIMERA PARTE	7
- Introducción	8
- Red social y sostén social	8
- Cohesión familiar	13
- Adaptabilidad familiar	17
- Conflicto familiar	20
- Satisfacción marital	24
- Eventos de vida	28
III. SEGUNDA PARTE	32
- Introducción	33
- La noción de familia	33
- Los índices de salud	40
- Las funciones familiares	43
- El stress familiar	46
IV. CONCLUSIONES	56
V. BIBLIOGRAFIA	59

I. PRESENTACIÓN

El presente trabajo es el resultado de una inquietud nacida en el desarrollo de la práctica médica, en el contexto de la Atención Primaria de Salud en Santiago de Chile.

Dicha práctica, tiene ya algunos años de duración. Durante su transcurso, una experiencia concreta ha sido la constatación de la insuficiencia de elementos con que contábamos en la época para la comprensión de las situaciones que se nos presentaban, situaciones frecuentemente más complejas de lo que hasta entonces se nos había enseñado. La comprobación de que factores tanto psicológicos como sociales entraban en juego en el proceso salud-enfermedad no bastaba para que dichos factores pudieran ser tomados en cuenta, a falta de elementos y útiles concretos que permitieran su comprensión.

La búsqueda de respuestas concretas, al interior de la Medicina y fuera de ella, no aportaba grandes cosas. Es cierto que el modelo epidemiológico, que considera la enfermedad como la resultante de la acción de tres factores, a saber, el agente, el huésped y el medio ambiente, es ampliamente reconocido. Sin embargo, en el caso de medio ambiente éste ha sido definido principalmente a partir de sus componentes físicos. Por otra parte, cuando los factores sociales son considerados, la descripción es fundamentalmente macro social y económica: nivel de ingresos, educación formal, condición urbana o rural, etc., son los índices habitualmente utilizados. Estos indicadores, que han demostrado ser útiles en el estudio de grandes poblaciones, resultan inadecuados cuando se quiere actuar frente a situaciones particulares.

Por otra parte, la orientación anterior está fuertemente centrada en los déficits o carencias que un grupo social presenta. Sin embargo, es lícito preguntarse si acaso los mismos grupos no cuentan con recursos que puedan ser movilizados en las situaciones que lo requieren.

Este interés por la existencia de eventuales recursos deriva, en parte, de hecho de que no es fácil, en la práctica médica habitual, la incorporación de variables macro sociales, las cuales, por lo demás escapan del ámbito de competencia del médico, en lo que es su relación con el paciente. Además, la heterogeneidad de situaciones encontradas en grupos socialmente homogéneos según los indicadores mencionados, sugiere la existencia de otros elementos que entran en juego en la explicación de la realidad a la cual nos vemos encontrados.

Prosiguiendo la búsqueda de una respuesta más adecuada a esta experiencia, nos encontramos con la Medicina Familiar.

Este es uno de los campos de la Medicina que atrae gran atención hoy día, y alrededor del cual existe una amplia discusión. Sin embargo, la Práctica de la Medicina Familiar es antigua y también

se la encuentra con el nombre de Medicina General, aunque para algunos no son la misma cosas. Básicamente, consiste en la atención integral del paciente, con un acento en la consideración de su contexto, especialmente la familia, la realización no sólo de actividades curativas, sino también de otras de índole preventiva y una preocupación por la relación médico paciente.

El interés por este tipo de práctica médica, surge a partir de diferentes hechos. El primero proviene de las modificaciones que se han producido al interior de la Medicina como consecuencia del significativo avance científico y tecnológico. Ello se ha traducido en la modificación de un buen número de prácticas en la atención de sujeto enfermo en el sentido que se observa una disminución de contacto entre médico y paciente y, por otra parte, el diagnóstico, así como el manejo de la evolución de la enfermedad, reposan cada vez más en parámetros “objetivos” o cuantificables, con una disminución en la importancia asignada a parámetros “subjetivos”, tales como la vivencia o significación del contexto en la salud individual. Al prestar menos atención a este último tipo de parámetros, el médico busca obtener una mayor certeza en sus acciones, con el fin de aumentar la eficacia de sus actos. Si bien este objetivo es alcanzado y hoy día la medicina muestra un nivel de eficacia muy alto, el mismo proceso ha hecho surgir una serie de críticas en el sentido de que la relación médico-paciente se hace cada vez más impersonal y distante.

Lo anterior, lleva a preguntarse cuál debe ser el foco de atención en el cuidado del paciente. ¿Debe el médico considerar el amplio abanico de componentes biológicos, psicológicos y sociales asociados a la enfermedad? ¿O debe concentrarse en una gama menos amplia y dedicar sus esfuerzos sólo a los elementos biológicos del ser enfermo? Ambas posiciones reciben hoy día respuestas positivas, apoyándose en diversos tipos de argumentos. Quienes defienden la visión integral de paciente, señalan que es imposible separar los componentes bio-psico-sociales de la enfermedad y que una curación no será alcanzada a menos que se corrijan todos los parámetros al mismo tiempo. Por otra parte, los defensores de la posición biológica estricta estiman que es imposible prestar atención simultáneamente a una gama tan amplia de factores y que el médico, para asegurar un éxito en su labor, debe concentrarse, debe especializarse en el manejo de la realidad biológica. Esta última posición se halla respaldada básicamente por el progreso tecnológico al que hacíamos alusión anteriormente, así como por el valor acordado a la eficacia en la sociedad occidental contemporánea.

Ambas posiciones pueden encontrar respaldo en la práctica médica cotidiana, dependiendo especialmente de tipo de pacientes que se atiende. Si un médico trabaja en el nivel primario de atención en salud, será mucho más probable que debe preocuparse de situaciones en que los factores psico-sociales serán igual o más importantes que los factores biológicos. En cambio, para el médico que trabaja en un servicio altamente especializado de un hospital moderno, lo más probable es que sus preocupaciones se relacionen con situaciones en las cuales los elementos biológicos de la enfermedad constituyen el factor crítico del proceso.

Sin duda una respuesta a la pregunta sobre el objetivo del quehacer médico implica el desarrollo de la noción de salud y enfermedad, lo cual escapa a los objetivos del presente trabajo. Sin embargo, para no eludir el problema, responderemos, considerando nuestra experiencia señalada anteriormente, que para nosotros la salud y la enfermedad deben considerarse en el contexto de sus condicionantes biológicas, psicológicas y sociales.

Es en dicha perspectiva que nos parece interesante la consideración de la Medicina Familiar. Sin embargo, el uso de este enfoque no está exento de problemas. El primero de ellos consiste en saber la significación de esta orientación. En términos generales, se dice que ella consiste en favorecer una acción destinada a que el médico se encargue no sólo del paciente, sino también de su familia. Implícitamente se señala que la familia jugaría un rol en relación a la salud del sujeto, pero este rol no es claramente señalado, o bien, se hace referencia a funciones generales de la familia en este campo.

Sin embargo, nos parece legítimo preguntarnos, en primer lugar, si la familia realmente juega un rol en relación a la salud del sujeto y, si es así cuál es exactamente dicho rol. Una primera idea es considerar la familia en términos de patogénesis, es decir, la familia sería un agente inductor de alteraciones en la salud del sujeto. Esta idea se halla respaldada por los estudios ya clásicos respecto al rol de la familia en la aparición de la esquizofrenia. Una segunda idea dice relación con el rol que jugaría la familia en la transmisión de hábitos y creencias en relación a la salud. Una tercera proposición, consiste en concebir la familia como una unidad encargada de prestar atención a sus miembros, lo cual podría adquirir importancia particular en los momentos de enfermedad, influenciando particularmente el proceso de curación.

Un segundo problema deriva de la utilización del concepto de salud familiar. ¿En qué consiste exactamente dicho concepto? La noción de salud está implícitamente ligada a la concepción de normalidad. Por lo tanto, hablar de salud familiar puede llevar a pensar en la existencia de “familias sanas” y de “familias enfermas”. ¿Es correcta la utilización de estos términos? ¿No corremos el riesgo de extrapolar indebidamente a la familia, una unidad social, conceptos que dicen relación con situaciones individuales?

Por otra parte, la clasificación de la familia, en términos de normalidad o patología, justificaría una acción de tipo terapéutica destinada a corregir el o los “trastornos diagnosticados”. Dicha acción podría constituir un punto esencial del tratamiento de diversas situaciones a nivel individual. Significa, por tanto, que el Médico de Familia debe “tratar” no sólo al paciente individual, sino también al paciente “familiar”. Si bien la terapia familiar existe y se halla ampliamente extendida y respaldada por sólidos argumentos, nos parece que lo anterior podría constituir una generalización abusiva de sus enunciados.

En efecto, no está demostrado hasta ahora que la familia intervenga, directa o indirectamente en términos de patogénesis, en todas las alteraciones de la salud individual. El caso de la esquizofrenia, ya mencionado (y sujeto, por los demás, a precauciones), no ha probado ser de

extensión universal, aplicable a todas las enfermedades que puede experimentar un ser humano. Esto nos lleva a plantear un tercer problema en relación a la Medicina Familiar, que se refiere al alcance de la influencia familiar. Es decir, si se comprueba que la familia juega un rol en relación a la salud de sus miembros, es necesario precisar si ella se halla involucrada en todas y cada una de las alteraciones de esta o si su participación estaría limitada a solamente algunas de ellas.

Podríamos resumir lo anterior en las siguientes preguntas:

- La familia ¿juega efectivamente un rol en la salud de sus miembros, así como en las alteraciones de la misma?
- Si la respuesta es afirmativa ¿cómo o de qué manera la familia desempeña esta influencia?
- En tercer lugar, si consideramos la presencia de enfermedad como un índice de salud ¿podemos afirmar que la familia se halla involucrada en todo tipo de enfermedades? ¿o su influencia sería más bien limitada?
- Finalmente, ¿es posible afirmar que existen familias “sanas” y familias “enfermas”? ¿O sería más correcto definir las familias en términos del riesgo que presentan sus miembros para enfermarse?

El objetivo del presente trabajo será intentar responder a las preguntas anteriores. Para ello, nos basaremos en una revisión de la bibliografía más reciente, publicada en periódicos de circulación internacional, y que digan relación con el tema. No pretendemos realizar una revisión exhaustiva, toda vez que ello resulta imposible por la magnitud del trabajo y porque además pensamos que una revisión, aunque sea parcial, puede darnos elementos suficientes para llegar a respuestas más o menos satisfactorias, que deberán necesariamente ser probadas a posteriori.

En vista de que lo que nos interesa es tratar de definir el rol de la familia en relación a la salud de sus miembros, veremos en la primera parte qué características de la familia se asocian a la salud individual o a la enfermedad. Para ello, tomaremos las variables o características familiares más frecuentes estudiadas, haremos una breve descripción de su conceptualización y mostraremos algunos trabajos en los cuales ellas han sido analizadas.

En la segunda parte, realizaremos una discusión sobre los datos presentados en la primera, en torno a tres aspectos que nos parecen importantes. El primero es la noción de familia que se desprende de la literatura. A continuación, trataremos de responder a la cuestión de definir la noción de salud utilizada más frecuentemente, para ver en qué dominios de la misma la familia jugaría un rol. En tercer lugar, trataremos de ver de qué manera, o a través de qué conceptos, la familia puede ser ligada a la salud individual.

Ya hemos señalado que nuestro interés por este tema nace a partir de una experiencia concreta de práctica de la Medicina en sectores populares de Santiago de Chile. Uno de nuestros objetivos será, por lo tanto, llegar a ver si es posible incorporar a la familia en la atención de las personas

enfermas. Es decir, nos interesa ver en qué situaciones concretas se justifica prestar atención a la familia y cuáles serían las variables o factores hacia los cuales habría que dirigir la atención.

Además considerando la realidad de la atención primaria, nos interesa ver de qué manera puede establecerse un diálogo con la familia en el desarrollo de actividades de promoción de la salud o si más bien esto último debe realizarse a nivel individual.

Los dos últimos objetivos resultan de particular interés en la consideración de modelos de atención en salud. Ya hemos mencionado las dificultades por las que atraviesa la Medicina actualmente. En países como el nuestro, dicha situación es particularmente importante, por el grado de dependencia científico-tecnológica en que nos encontramos. En este sentido, el desarrollo y enriquecimiento de una práctica centrada en la Atención Primaria, puede resultar un modelo particularmente interesante. Por lo tanto, si vemos que la familia juega realmente un rol en la salud de sus miembros, habremos avanzado un paso en la comprensión de los factores psicosociales que mencionábamos al principio.

Esperamos finalizar la presente revisión con la formulación de algunas hipótesis de trabajo que sirvan de base a la realización de un estudio empírico en el campo de la Medicina Familiar. Considerando que la presente revisión se inscribe en el área de las Ciencias Sociales, dichas hipótesis deberán ser formuladas considerando las particularidades de nuestra realidad.

PRIMERA PARTE

INTRODUCCION

En esta primera parte, revisaremos los conceptos más importantes ligados tanto a la familia como a la salud individual. La elección de estos conceptos ha sido hecha considerando que ellos son frecuentemente mencionados en la literatura y por lo tanto hay un número suficiente de trabajos para discutirlos.

A partir de los objetivos de este trabajo, discutiremos las implicancias teóricas de cada concepto, así como las diferentes operacionalizaciones utilizadas. Enseguida, presentaremos algunos trabajos que intentan relacionar cada concepto con uno o varios índices de salud.

1. RED SOCIAL Y SOSTEN SOCIAL

Los primeros conceptos a analizar son los que aparecen en la literatura bajo el nombre de sostén social y red social. Si bien numerosos estudios se han dedicado al estudio de estas variables, se puede constatar que no hay un consenso unánime en cuanto a definición ni en cuanto a las dimensiones que los formarían.

La primera distinción que es necesario hacer, es entre red social y sostén social. Si bien muchos autores hablan en sus trabajos indistintamente de uno u otro concepto, existen, por otra parte, razones suficientes para diferenciarlos.

En primer lugar, la red social sería más bien un concepto estructural, definido como lazos que unen por una parte a individuos entre sí y, por otra parte, a individuos y grupos. (Briancon y cols., 1985; Dunst, Trivette y Cross, 1986). En esta conceptualización, la red social es medida según su tamaño, es decir, el número de contactos que posee una persona o una familia; la densidad, que sería la extensión en que los miembros de una red conocen e interactúan con otro miembro de la red independientemente de la persona focal; una tercera característica de la red social es la densidad límite, que es el grado de interconexión que existe entre dos redes sociales o entre dos sectores al interior de una misma red; una cuarta dimensión son las características relacionales, como por ejemplo, el contenido de la relación, que se refiere a la dirección de la ayuda dada y recibida y a la intensidad de la relación (Cocrane y Brassard, cit. Por Kasak, 1986). Otra dimensión está representada por la frecuencia de contactos al interior de la red social. Finalmente, otros autores mencionan como característica más subjetiva, el grado de satisfacción con la red social. (Dunst, Trivette y Cross, 1986; House, Robbins y Metzner, 1982).

Por otra parte, el sostén social representa más bien una función de la red social. Por ejemplo, Briancon y cols. (1985), señalan que “al parecer, el sostén social debe ser analizado como una función de la red, más bien que como una estructura propia y específica” (trad. nuestra).

La literatura se refiere a la existencia de distintos tipos de sostén. Los más señalados en las investigaciones son el sostén afectivo o emocional, otro tangible o material, un tercero que sería el sostén informacional o cultural y, finalmente, el sostén de afirmación, que es “la expresión por otro del acuerdo y del reconocimiento de lo conveniente o lo exacto de aquello que uno es y de aquello que uno hace” (Briacón y cols., 1985 trad. nuestra). También en este caso algunos investigadores incluyen una evaluación de la satisfacción con el sostén, ya sea global o específica de algún tipo de sostén particular.

Otra forma de conceptualizar las dimensiones de la red social y del sostén que ella presta, es diferenciando al interior de la primera diferentes instancias que se diferenciarían por su mayor o menor cercanía o intimidad respecto al sujeto o a la familia. Así, por ejemplo, la familia y el grupo de amigos próximos serían más importantes que las organizaciones sociales, tales como las agrupaciones vecinales (Álvarez, 1982; Berkman y Syme, 1979; Parker y Barneff, 1988).

También algunos mencionan la distancia geográfica con las fuentes de apoyo social como criterio para evaluar la accesibilidad y calidad del mismo. Esta última característica, sin embargo, no ha sido muy estudiada (Álvarez, 1982; Whittle, Slade y Ronald, 1987).

Finalmente, señalemos que algunos autores conceptualizan el sostén social a partir del grado de deficiencia que aquel presenta. En general, distinguen tres grados: el aislamiento, la marginalidad y la inconsistencia de status (Rabkin, y Struening, 1976). Una distinción importante, a propósito del aislamiento, debiera plantearse con la soledad, ya que ésta pertenece al dominio de lo subjetivo, mientras que aquel representa un hecho objetivo (Briacón y cols., 1985). Esta diferencia es importante de hacer ya que numerosos estudios se basan en la percepción que el propio sujeto tiene de su red de apoyo, percepción que puede estar alterada por el estado actual del sujeto, por ejemplo en el caso de una depresión (Tousignant, 1988).

SOSTEN SOCIAL Y RED SOCIAL Y SU RELACION CON ALGUNOS INDICES DE SALUD

Berkman (1986), se refiere a la relación del apoyo social y la red social con la mortalidad, señalando hallazgos tempranos que plantean que un mayor aislamiento se relaciona con una más alta tasa de mortalidad. En efecto, en un estudio de Berkman y Syme, (1979), ellos encontraron que las personas que informaban una menor cantidad de lazos sociales y comunitarios, presentaban una mayor probabilidad de morir en un período de seguimiento de nueve años. El riesgo relativo ajustado para la edad en aquellas personas más aisladas comparadas con aquellas con más contacto social, fue de 2.3 para hombres y 2.8 para mujeres. Sus resultados muestran que la asociación entre lazos sociales y mortalidad era independiente del status médico físico antes del estudio, del año de muerte, del nivel socioeconómico y de hábitos tales como fumar, obesidad (como indicador de hábitos alimentarios), actividad física, utilización de servicios médicos preventivos.

En un estudio de replicación de los resultados anteriores, House, Robin y Metzner (1982), concluyen que los hombres que tenían más lazos sociales al inicio del estudio, tenían una probabilidad significativamente menor de morir durante el período de seguimiento. En este estudio, la tendencia para las mujeres era similar una vez que los factores de riesgo eran controlados. Ellos no encontraron ninguna relación entre mortalidad y satisfacción con las relaciones sociales o actividades. Un aspecto interesante que se desprende de ambas investigaciones, es el hecho que los lazos sociales parecen tener un efecto protector más marcado entre los hombres que entre las mujeres.

En un estudio reciente, Orth-Gomér y Johnson (1987), llegan a conclusiones similares. En una población de 17.433 sujetos representativos de la población sueca, el riesgo relativo de mortalidad fue 3.71 veces más alto para la población que se ubicaba en el tercio inferior en cuanto al índice de red social que ellos construyeron. En este índice, ellos incluyeron la satisfacción con la red social. Sus hallazgos son similares a los anteriores en el sentido de mostrar un efecto protector más marcado entre los hombres que entre las mujeres. Tratando de determinar si había un umbral crítico sobre el cual el efecto protector de la red social se hiciera efectivo, ellos determinaron que la población ubicada entre el 20% a 30% más bajo de su índice, estaba significativamente más expuesta a un riesgo de mortalidad más elevado.

Dentro del campo de la salud física, Álvarez (1982), estudiando las familias con niños desnutridos, concluye que una de las características de estas familias es su aislamiento social, el cual es medido por el escaso número de contactos con amigos y familiares y una baja participación en organismos comunitarios. Ella considera que lo anterior sería característica de las familias transicionales, vale decir aquellas familias de origen rural que se han trasladado a vivir a la ciudad pero que en la segunda generación muestran cierto grado de aislamiento, porque aún no se han incorporado a las nuevas pautas de la ciudad y a la vez, están más lejos de la cultura de origen.

Blumenthal y cols., (1987), estudiaron la interacción entre sostén social y personalidad tipo A o tipo B con la enfermedad coronaria. Ellos concluyen que el sostén social tiene un efecto protector sobre los efectos negativos a largo plazo de la personalidad tipo A, ya que en estos sujetos, mayores niveles de sostén social estaban asociados con menor compromiso de vasos coronarios. También encontraron que dos tipos particulares de sostén social se asociaban a estos efectos: el sostén social del grupo de pares y el familiar. Un tercer tipo, el sostén social dado por otros significativos, no tuvo efecto protector. Concluyen que sus resultados apoyan el modelo "interaccional" (sostén social/personalidad).

Strogatz y James (1986), estudiaron la relación entre apoyo social e hipertensión arterial en una comunidad rural y encontraron que el bajo nivel de sostén instrumental se asociaba con una mayor probabilidad de hipertensión arterial, pero sólo entre negros de bajos ingresos económicos. El sostén emocional no mostraba correlación con la hipertensión, si bien como lo mencionan los mismos autores, ello puede haber sido determinado por un problema de medición, ya que se

basaron en la respuesta a una sola pregunta para clasificar la población como teniendo un sostén emocional bajo o adecuado.

En un estudio realizado con una población de controladores de tráfico aéreo, DeFrank, Jenkis y Rose (1987), encuentran una relación entre sostén social e hipertensión arterial, pero no directa sino mediada a través de la ingesta de alcohol. Por otra parte, se puede concluir que este efecto no es protector sino todo lo contrario, ya que en este grupo muchas de las actividades sociales realizadas fuera del trabajo se relacionan con la ingesta de alcohol. Precisan que en otras poblaciones podría ser la falta de sostén social la que lleve a un mayor consumo de alcohol.

Finalmente, dentro aún del campo de la hipertensión arterial, James (1987), cita estudios epidemiológicos que han mostrado que la hipertensión es más frecuente en ambientes donde las relaciones humanas son restringidas.

En otro modelo, Klaus y cols. (1986), estudiaron un extenso grupo de mujeres primíparas en Guatemala y concluyeron que el sostén social dado por una mujer entrenada durante el trabajo de parto y que consistía en frotar la espalda, tomar la mano, dar explicaciones y ánimo, disminuía la frecuencia de intervenciones cesáreas, el uso de oxitocina para acelerar el curso del parto; disminuía significativamente la duración del trabajo de parto y el porcentaje de niños con complicaciones perinatales. Según sus resultados, el efecto social podría estar mediado por el estado civil, ya que dicho efecto era mayor entre mujeres solas.

Whittle, Slade y Ronald (1987), estudiaron un grupo de mujeres dismenorreicas y observaron que no había diferencia en el tamaño de la red social, medido según el número de individuos señalados por las mujeres, con respecto a un grupo control. Si hubo diferencias en el sentido de que las mujeres dismenorreicas referían menos sostén adecuado en promedio, comparado con el grupo control, diferencia que se explica fundamentalmente por una más alta presencia de sostén social negativo, definido como tal si en la mujer la relación con dicha persona evocaba sentimientos negativos. En el mismo estudio las mujeres con dismenorrea informaron menos contactos cercanos desde el punto de vista geográfico.

Por otra parte, uno de los campos más estudiados ha sido el de la relación entre sostén social y salud mental. Uno de los ejemplos clásicos es la descripción de la familia en términos de aislamiento en el caso del niño maltratado (Jaffe y cols., 1986) y del alcoholismo (McDonald y Blume, 1986).

Kazak (1986), cita un estudio de Waisbren, quien habría hallado que los padres de niños deficientes mentales tendían a ser más involucrados con el sistema de salud que los padres de niños no deficientes, pero ello contribuía más tarde a sentimientos de incertidumbre y desesperanza. En el mismo artículo, se refiere a otro trabajo en el cual se encontró que el nacimiento de un niño deficiente produjo disrupciones, las cuales incluyeron ligazón extrema al

padre o a la madre, vida social limitada, inhabilidad a tomar vacaciones, olvido de otros hijos y contactos con amigos disminuido.

Dunst, Trivette y Cross (1986), hallan que una mayor satisfacción con el sostén social afecta positivamente el bienestar físico y emocional de padres de niños deficientes, los cuales se muestran menos protectores respecto a sus hijos y, además, usan menos los servicios de la comunidad. Además, en estos casos se observa un desarrollo más acelerado en las capacidades del niño deficiente. Por otra parte, si se consideraba el sostén en términos cuantitativos, se veía que las familias con mayor sostén social muestran menos limitaciones para sus hijos, un mayor repertorio de conductas de juego padre hijo y una percepción de las conductas de los hijos como menos problemática por parte de la comunidad.

Friedrich (1979), estudiando la conducta de las madres de niños deficientes, halla que el sostén social tenía un efecto protector en el sentido de que ellas referían una menor cantidad de stress en relación a un sostén social más amplio.

Por otra parte, en una revisión sobre los factores logados al suicidio, Cross y Hirschfeld (1986), concluyen que el sostén social, definido generalmente como la existencia de un confidente, juega un rol protector respecto al suicidio. Es interesante constatar que, de acuerdo a los datos entregados por el autor, la familia de origen jugaría un rol similar ya que la mayor parte de los sujetos provienen de familias inestables o caóticas.

Briancon y cols., (1985), en su artículo de revisión, concluyen que se ha demostrado el efecto protector del sostén en relación a la salud: “a pesar de las divergencias, la existencia de un lazo entre el sostén social y el estado de salud, sobre todo mental, está por lo tanto bien documentada” (trad. nuestra). Más adelante, afirman que “la calidad de la red social está netamente ligada al estado de salud física” (trad. nuestra).

OBSERVACIONES

- En general, se considera el sostén social como positivo, a pesar de que es perfectamente dable suponer que la participación en ciertas instancias sociales, puede tener efectos negativos sobre el sujeto como lo muestra el estudios de DeFrank, Jenkis y Rose (1987).
- Las mediciones de la red social y de sostén social, se hacen tomando diferentes puntos de referencia. A veces se mide desde el individuo y otras se mide desde la familia. Ello significa que en el primer caso la familia, y más particularmente el cónyuge, pasa a ser parte de la red social y es mencionado incluso como lo más importante, mientras que en el segundo caso, la familia no es considerada como parte de la red social. Esto último no tiene mayor importancia si el objetivo es comparar una familia con otra, pero sí lo es a la hora de la conceptualización de la red social y de sostén social.

- Hay una suerte de suposición implícita en la medición de la red social y de sostén social en términos de que un mayor número de contactos o la participación en diferentes instituciones, es decir una red social más amplia, podría significar una calidad mayor del sostén social. Sin embargo, esta relación entre tamaño de la red y calidad del sostén que presta, no está demostrada.
- Parece claro que ciertas dimensiones, ya sea de la red social o de sostén social, están en relación con ciertos índices de salud, pero no con otros. En este sentido, la elección de una dimensión cualquiera debiera ser hecha en relación con el índice utilizado.
- Respecto a la estabilidad de la red social, ésta se considera baja en sujetos menores de 35 años (Orth-Gomér y Johnson, 1987). En la población mayor a esta edad sería estable para comenzar a disminuir en el período de la vejez. Por otra parte, el sostén social sería una variable más inestable en el tiempo que la red social.

2. COHESION FAMILIAR

Moos desarrolló en 1974 una escala para estudiar el ambiente familiar, la Family Environment Scale (FES). En ella, el autor describe 10 sub escalas o dimensiones que darían cuenta de las características del ambiente familiar. Entre las dimensiones que él incluye, está la cohesión familiar, definida como: “grado en el cual los miembros de la familia se sienten implicados en ella, se ayudan y se sostienen”. (Moos y Moos, 1976; Morteru, 1986). Numerosos estudios que han utilizado posteriormente esta escala y algunas otras dimensiones incluidas en ella, serán mencionados más adelante.

Minuchin (1978) propone un modelo de estudio de lo que él llama la familia psicósomática. Con este término él designa un tipo particular de familia que se caracteriza por ciertos modelos interaccionales propios. Dichos modelos interaccionales los agrupa en torno a cuatro características: “enmeshment”, rigidez, falta de resolución de conflictos y sobreprotección. Este tipo de organización estaría estrechamente relacionado al desarrollo y mantención de síntomas psicósomáticos en los niños y dicho síntoma jugaría a la vez un rol en la mantención de la homeostasis familiar.

Una de las características que él describe a propósito de estas familias, es el “enmeshment”, que se refiere a una forma extrema de proximidad o intensidad en la interacción familiar. Los conflictos pasan rápidamente a comprometer a todos los miembros de la familia y además, los límites de los subsistemas familiares son difíciles y pobremente diferenciados. Para él “enmeshment” elevado correspondería a un extremo de un continuum. En el otro extremo, se ubicaría la familia “disengaged” en que los límites son abiertamente rígidos, la comunicación es difícil y las funciones protectoras de la familia son deficientes. La diferencia entre ambos extremos

se da también en la manera de reaccionar a los eventos externos: la familia “disengaged” no movilizará sus recursos frente al stress de uno de sus miembros, mientras que en la familia “enmeshed”, el menor stress provocará intensas reacciones. Señalemos que en Minuchin, tanto la conceptualización como la operacionalización se llevan a cabo en un contexto fundamentalmente clínico.

Olson, Sprenkle y Rusell (1979), proponen un modelo para evaluar la familia basada en la medición de dos dimensiones, una de las cuales es la cohesión. Ellos se basan en una revisión de varios términos similares usados por diferentes autores, entre los cuales citan el concepto “enmeshment” de Minuchin. Para ellos, la cohesión es el lazo emocional que los miembros tienen cada uno respecto al otro y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en el sistema familiar. En un extremo de esta dimensión ellos ubican el “enmeshment”, donde se produce una sobre identificación con la familia con autonomía individual limitada y ligazón extrema. El extremo opuesto está constituido por el “disengagement”. Para estos autores, el nivel óptimo está constituido por una posición balanceada entre ambos extremos. Esta última afirmación es relativa según el contexto cultural en que se trabaje. También podría ser más funcional el hallarse en un extremo en momentos de crisis familiar.

Las nueve variables que ellos incluyen en esta dimensión, son ligazón emocional, independencia, límites, características de las coaliciones, la manera de compartir el espacio y el tiempo, el compartir las amistades, la toma de decisiones e intereses y la recreación.

Esta formulación ha evolucionado con el tiempo y, recientemente Olson (1986), propone una tercera versión de su modelo. Esta vez incluye una escala más corta, la Clínica Rating Scale (CRS), donde agrega la dimensión comunicación, en tanto que facilitadora respecto a las otras dos y señala la utilidad de realizar una evaluación clínica por un observador externo a la familia. Esta evaluación está basada en el mismo marco conceptual y en cuanto a la dimensión cohesión propone seis ítems a evaluar: los lazos emocionales, el compromiso familiar, la relación marital, las coaliciones padre-hijo, los límites internos y los límites externos. En general, una mayor separación mostrada en cada una de estas áreas se traduce en menor cohesión.

Finalmente, se puede señalar que una tercera proposición considera la cohesión como un índice que forma parte del ajuste marital (Spanier, 1976; Spanier y Thompson, 1982).

LA COHESION Y SU RELACION CON ALGUNOS INDICES DE SALUD

Minuchin (1978), describe las familias normales en términos de que la claridad de los límites de los sub-sistemas es fuerte y con más alto grado de diferenciación interpersonal en comparación a familias psicósomáticas. Estas últimas correspondían a familias en que había, ya sea un niño anorético o un niño asmático y que se caracterizaban por una mala evolución de la enfermedad, sin que hubiera factores orgánicos que explicaran esto. Dentro de estas familias, el

“enmeshement” era más alto. Resultados similares encontraron Orni, Tortolani y Cancrini (1986) estudiando un grupo de familias con niños asmáticos, en comparación a un grupo de familias normales.

En un artículo reciente, Friedman y cols., (1988), informan los resultados de un estudio realizado en mujeres que habían sido sometidas a mastectomía debido a un cáncer de mama. Estudiando el grado de ajuste a la enfermedad, ellos encuentran que aquél era mucho mayor en mujeres que informaban su familia con grados de cohesión tan altos que podrían ser clasificadas como disfuncionales según el modelo de Olson. Más aún, 34% de las mujeres deseaban que su familia fuera más cohesiva y ninguna deseaba menos cohesión. Esto sugiere que mientras grados extremos de cercanía familiar pueden ser disfuncionales para familias bajo otras circunstancias, la mujer con cáncer de mama tiene una necesidad de cercanía que va más allá de las normas establecidas para otros grupos. Los autores señalan, también, que la relación entre ajuste a la enfermedad y la cohesión familiar no parece ser una relación causal.

Gil y cols., (1987), en un estudio con niños que presentaban dermatitis atópica, aplican a las familias la FES. Los autores sometieron sus resultados a un análisis factorial y así, la variable cohesión pasa a formar parte de un solo factor junto a las variables expresividad, orientación intelectual/cultural y orientación activa/recreacional. Este factor que los autores llaman sostenedor activo, se relacionaba significativa y negativamente con todas las medidas de severidad de la enfermedad en los niños. La contribución de la dimensión cohesión, sin embargo, no es explicitada.

Enos y Handal (1986), estudiaron el ajuste psicosocial en adolescentes blancos de EE.UU., en relación a la experiencia de divorcio en los padres y a la percepción que los adolescentes tenían de su ambiente familiar, medida con la FES. Sus resultados muestran que los adolescentes de hogares intactos referían más cohesión que aquellos que provenían de hogares disueltos. La cohesión percibida por los adolescentes no se correlaciona con las medidas de ajuste o desajuste social que ellos utilizaron.

Mortreu (1986), encontró que un grupo de pacientes ulcerosos no difería de un grupo control en la dimensión cohesión, medida también según la teoría de Moos. Sus resultados estaban en concordancia con otros informados previamente en este tipo de pacientes.

Daniel y cols. (1986), estudiaron un grupo de niños que tenían por hermanos un paciente con enfermedad reumática. En base a hallazgos anteriores, ellos plantean que dichos niños estarían en riesgo de presentar problemas de salud física y emocional y su interés era medir qué variables del entorno familiar se asociaban a un mayor o menor riesgo. Sus resultados muestran que los hermanos de los pacientes presentaban menor disfunción en familias en que había una mayor cohesión, es decir, esta variable tenía un efecto protector sobre la capacidad de adaptación de los niños.

Dentro del campo de la salud mental, una menor cohesión ha sido descrita como característica de las familias de pacientes alcohólicos. (McDonald y Bleme, 1986; Olson, 1986). Por el contrario, una mayor cohesión tendría efectos positivos sobre el resultado del tratamiento en estos pacientes (Moos y Moos, 1976; Spiegel y Wissler, 1986).

Spiegel y Wissler (1986), estudiaron un grupo de 108 pacientes portadores de enfermedades mentales crónicas, tales como esquizofrenia, desordenes depresivos, desordenes maníacos bipolares, abuso de drogas y otros. Ellos midieron el tiempo que transcurría antes de una nueva re-hospitalización así como el ajuste psicosocial de los pacientes de 3 meses a un año. Sus resultados muestran que una mayor cohesión en la familia del paciente permitía predecir un mejor ajuste de él en ambos períodos de seguimiento. Concluyen que es lógico suponer que el sentimiento de tener un medio ambiente compartido y mutuamente sostenedor se asociará positivamente con un mejor ajuste psicosocial. Estos hallazgos son similares a otros que los autores habían publicado previamente y que mostraban una relación positiva entre el funcionamiento del paciente y un mayor acuerdo entre el paciente y su esposa acerca del medio ambiente familiar compartido.

Cowen y cols. (1987), estudiaron un grupo de 299 pacientes con fibrosis quística y sus familias, aplicando una serie de instrumentos para medir aspectos psicosociales del funcionamiento familiar. Sus resultados muestran que en la dimensión cohesión, medida según la conceptualización de Olson, las familias obtuvieron un puntaje muy cercano a los puntajes normales. La naturaleza transversal del estudio no permite apreciar la posibilidad de variaciones en el tiempo. A pesar de ello, los autores concluyen que el stress que significa tener un niño con fibrosis quística, no afecta la cohesión del grupo familiar, ni las otras variables que ellos estudiaron.

Alexander y Lupfer (1987), estudiaron un grupo de mujeres que habían sido objeto de relaciones incestuosas en la infancia y las compararon a un grupo de mujeres que no referían tal evento. Usando la conceptualización de Olson, ellos encuentran que las familias en que ocurría el incesto eran descritas por las mismas mujeres como menos cohesivas. Ellos asimilan esta falta de cohesión con el término “disengagement”, es decir, mayor distancia emocional entre los miembros de la familia y menos empatía. En una descripción clínica de una familia en que tanto la nuera como la madre habían sido objeto de abusos físicos por parte del padre, Olson (1986), describe a esta familia como “disengaged”, es decir, baja en cohesión.

Dunn-Geier y cols. (1986) estudiaron dos grupos de adolescentes que presentaban dolor crónico y que diferían en relación a si enfrentaban adecuadamente su situación o no. La percepción de la cohesión familiar medida a partir de Olson, no fue diferente entre ambos grupos. En base a este y otros resultados, los autores plantean que la diferencia en la actitud de los niños podría deberse más a su relación con la madre que a la percepción del ambiente familiar.

Harding y Lachenmeyer (1986), estudiaron un grupo de mujeres anoréticas, utilizando la conceptualización de Minuchin. Pero, a diferencia de la proposición de este último autor, ellos

hacen una evaluación sobre la base de un cuestionario que era contestado por las mujeres a partir de sus recuerdos, ya que el estudio fue hecho varios años después de la separación de las mujeres de sus familias. Ellos no encuentran apoyo a la teoría de Minuchin en relación a la familia anorética, pero las observaciones que hemos hecho respecto a la metodología hacen que los resultados sean poco confiables.

Finalmente, Bryne y Cunningham, (1985), en un artículo de revisión, citan trabajos en que se mostraba que la cohesión familiar estaba relacionada al ajuste de las familias al déficit mental de un niño.

OBSERVACIONES

- La conceptualización de esta dimensión no es uniforme entre los autores analizados y podría estar representando situaciones diferentes. Sin embargo, Gustafsson y cols. (1987), han estudiado una población de familias con niños ya sea asmáticos, diabéticos o normales, basándose en la conceptualización y el método de observación propuestos por Minuchin (1978), pero utilizando la Clínica Rating Scale de Olson (1986) para evaluar el comportamiento familiar. A partir de lo que ellos señalan, pareciera que la utilización de ambos métodos resulta posible.
- Por el contrario, parece haber una diferencia entre las conceptualizaciones de Minuchin (1978) y de Olson (1986) de una parte y la de Moos (1975) por otra. En efecto, mientras que para los dos primeros autores la cohesión es un continuum con dos extremos considerados disfuncionales, para Moos no habría más que un extremo disfuncional. Esta diferencia puede tener su origen en que el último autor define la cohesión solamente a partir del sentimiento de pertenencia al grupo, mientras que Minuchin y Olson incluyen también el grado de autonomía como opuesto al sentimiento de pertenencia al grupo.
- Sobre la significación dada a las evaluaciones, Olson, Sprenke y Russel (1979), señalan que los sistemas familiares más viables son aquellos que se encuentran en una situación de equilibrio. Pero, añaden, que el hecho de encontrarse en posiciones extremas puede ser funcional en tiempos de crisis. Por lo tanto, ellos subrayan el carácter dinámico de esta dimensión, es decir, que ella puede modificarse en el tiempo.
- Esto último está apoyado por el trabajo de Friedman y cols. (1988), que ya hemos citado. Por otra parte, Olson, Sprenke y Russel postulan que los modelos extremos son problemáticos a largo plazo para las familias en la sociedad estadounidense. Ello hace explícito el hecho de que el carácter de funcional o disfuncional está en relación a normas propias de esta sociedad.

3. ADAPTABILIDAD FAMILIAR

Dentro de la conceptualización de Minuchin (1978), la familia psicósomática está fuertemente comprometida con la mantención del status quo. Ella tiende a mantener fijados los mismos modelos de interacción, independientemente de los desafíos a que se ve enfrentada. Habitualmente, hay una negación de aquellos temas relacionados con el cambio, como la llegada de la adolescencia en los hijos. Estas familias experimentan gran dificultad en períodos en que el cambio y el crecimiento son necesarios; son, por lo mismo, altamente vulnerables al stress externo.

Respecto a la operacionalización de esta variable, Minuchin (1978) refiere que su medición se basa en la extensión en que los modelos de alianza son flexibles y se desarrollan en relación a tareas y tópicos funcionales u objetivos. Sin embargo, señala más adelante, una operacionalización posterior de este factor es necesaria.

Olson, Sprenke y Russel (1979), definen la adaptabilidad como la habilidad de un sistema marital/familiar para cambiar su estructura de poder, la relación de roles y sus reglas de relaciones en respuesta a stress situacional y del desarrollo. Se asume que un sistema adaptativo necesita un equilibrio entre la tendencia al cambio y la tendencia a la estabilidad. Las variables asociadas a esta dimensión serían la estructura de poder familiar, los estilos de negociación, la relación de roles, las reglas de relación y la retroalimentación. Entre las variables, también incluye la asertividad, el tipo de control al interior de la familia, el tipo o grado de disciplina. Al igual que en la dimensión cohesión, se postula que la familia puede ubicarse en un continuum con cuatro niveles posibles. Los dos centrales serían funcionales, mientras los dos extremos serían disfuncionales.

En su formulación más reciente, Olson cambia el término adaptabilidad por “cambio”. La Clínica Rating Scale (CRS), que ha sido descrita en relación a la cohesión, incorpora cinco ítems para evaluar la adaptabilidad: el liderazgo, la disciplina, la negociación, los roles y las reglas. La falta de consistencia o la presencia débil de estos ítems, se evalúa como un exceso de adaptabilidad y corresponde, según la terminología del autor, a una familia “caótica” (Olson, 1986).

Para Lewis, (1986), existiría un continuum de competencia familiar, que va desde la salud a la patología. En este continuum, él señala tres zonas: sana, disfuncional y severamente disfuncional. A cada uno de estos tipos correspondería una característica: flexible, rígida o caótica. Para él, hay una relación entre flexibilidad y recursos familiares en el sentido que las familias flexibles, en general, tendrían mayores recursos para enfrentar el stress en comparación a las familias rígidas o caóticas. Según este autor, la familia puede moverse de una zona a otra del continuum de competencia familiar como consecuencia de la acción de diferentes factores estresantes.

LA ADAPTABILIDAD Y SU RELACION CON ALGUNOS INDICES DE SALUD

Onis, Tortolani y Carcani (1986) sostienen, al igual que Minuchin, que la operacionalización de este factor es difícil de realizar. Ellos presentan, en base a un estudio de familias de niños asmáticos, un “índice de rigidez” que, siendo descriptivo, no pudo ser sometido a análisis estadísticos. Sin embargo, agregan más adelante, que las familias con niños asmáticos presentan niveles significativamente más altos de rigidez en comparación a las familias normales, lo cual está en concordancia con lo señalado por Minuchin (1978).

Cowen y cols. (1986), estudiando un grupo de niños con fibrosis quísticas y sus familias, encuentran que el nivel de adaptabilidad estaba dentro de valores normales. Estos resultados se correlacionaban, además, con los obtenidos por otro instrumento que medía el nivel general de funcionamiento familiar en términos de salud/patología.

Grolnick (1972), hace una revisión sobre la influencia de la familia en relación a la enfermedad psicosomática. Cita un trabajo antiguo, elaborado en base a material clínico, que plantea que en las familias con más rigidez de estructura, había más probabilidades de enfermedad psicosomática. Posteriormente, y sin referencia explícita al material utilizado, concluye que las familias con mayor rigidez (que no conducen al crecimiento personal) están asociadas con una probabilidad de enfermedad psicosomática aumentada y, quizás, con cronicidad de la enfermedad.

Byrne y Cunningham, (1985), en su revisión sobre el impacto de un niño deficiente sobre la familia, hacen mención a los recursos internos del sistema familiar para enfrentar el stress derivado de la presencia de un niño con tales características. Entre dichos recursos, ellos mencionan la adaptabilidad y citan trabajos en que se comprueba que las familias que enfrentan el stress exitosamente, son aquellas que se caracterizan por relación de roles flexible y poder compartido.

Friedmann y cols. (1988), en su estudio ya citado de mujeres mastectomizadas a raíz de un cáncer de mamas, encuentran que el ajuste de la mujer a su situación era independiente del nivel de adaptabilidad que ellas percibían en su familia. Otro resultado interesante, es que la gran mayoría deseaba mayores niveles de adaptabilidad; 41% deseaban llegar hasta el nivel caótico, el más alto en puntaje. Por el contrario, ninguna deseaba un nivel más bajo en esta dimensión. La diferencia entre el nivel de adaptabilidad percibido y el nivel deseado, que es llamada por ellos insatisfacción en torno a esta dimensión, se correlaciona negativamente con algunos indicadores de ajuste. La falta de relación entre el nivel de adaptabilidad percibida y el ajuste, es interpretada por los actores en términos que la adaptabilidad se refiere a conductas instrumentales, mientras que el ajuste podría estar en relación a conductas emocionales.

Dunn-Geier y cols. (1986), en su estudio de adolescentes con dolor crónico, no encuentran diferencias en el nivel de adaptabilidad percibido en sus familias, entre aquellos adolescentes que enfrentan adecuadamente el dolor y aquellos que no lo hacían.

Alexander y Lupfer (1987), en su estudio de mujeres que habían sido objeto de abusos sexuales en la infancia, plantean inicialmente la hipótesis de que las mujeres que habían sufrido este tipo de abusos por parte de miembros de la familia extendida o extraños a ella, deberían provenir de familias caracterizadas como caóticas, es decir, con altos puntajes de adaptabilidad, según la formulación de Olson. Por el contrario, las mujeres que habían sido objeto de abusos por miembros de la familia nuclear, deberían provenir de familias rígidas, es decir, con bajos puntajes en adaptabilidad. Sus resultados muestran, por el contrario, que las familias de las cuales provenían estas mujeres, tenían en general bajos puntajes de adaptabilidad, independientemente de la cercanía entre la mujer y la persona que cometía el abuso. Ellos interpretan estos resultados en el sentido de que la medición de adaptabilidad que ellos han usado, mediría una falta de respuesta a los problemas que surgen en la familia con el crecimiento de los hijos y un descuido en la toma de precauciones necesarias.

Por otra parte, Olson (1986), describe una familia en que la nuera era el objeto de violencias físicas por parte del padre. En su evaluación, él encuentra que esta familia tenía puntajes altos en la dimensión adaptabilidad, que la hacían aparecer como caótica.

Turk, Flor y Rudy (1987), en su revisión sobre la relación entre familia y dolor, citan trabajos en que se halla que la rigidez aumentada ocurre como una reacción de desadaptación a una crisis, en este caso, después de injuria a la médula espinal. Ellos ubican la rigidez dentro del concepto de familia con predisposición a desarrollar o mantener trastornos psicosomáticos en su interior.

OBSERVACIONES

- Hay diferencias en cuanto a la conceptualización de esta dimensión en los diferentes autores. Así, Olson, Sprenke y Russel (1979), proponen que la adaptabilidad sería un continuum con dos extremos disfuncionales, al igual que en el caso de la dimensión cohesión. Por el contrario, para Lewis (1986), habría también un continuum pero con un polo funcional y solamente el polo opuesto sería disfuncional. Así, mientras que para este autor la rigidez correspondería a un estado intermedio entre la flexibilidad y el nivel caótico, para Olson, Sprenkle y Russel tanto la rigidez como el nivel caótico serían extremos de disfuncionamiento.
- Es interesante observar los resultados contradictorios encontrados por Olson (1986), de una parte, y Alexander y Lupfer (1987) por otra, estudiando familias con el mismo problema. Esta diferencia puede señalarnos el carácter inespecífico de la influencia de esta dimensión sobre el funcionamiento familiar. Es decir, una alteración en un sentido o en otro no implica un cierto tipo de problemas. Es la alteración en sí misma de esta dimensión el factor que parece ser importante.
- Encontramos aquí dos maneras de operacionalizar esta dimensión: una, como variable independiente (la mayoría de los estudios) y otra como variable dependiente (los trabajos

citados por Turk, Flor y Rudy, 1987; el trabajo de Cowen y cols., 1986). Ello significa, en el primer caso, que se conceptualiza la adaptabilidad familiar como un factor que influencia la salud individual, mientras que en el segundo caso sería una alteración de la salud la que podría modificar la adaptabilidad familiar.

4. CONFLICTO FAMILIAR

Moos (1974) incluye en la FES una sub-escala destinada a medir el conflicto, definido como el grado en el cual la expresión de la cólera, la agresividad y las relaciones conflictivas son típicas de la familia (Moos y Moos, 1976; Mortreu, 1986).

Para Minuchin (1978), una de las características de la familia psicósomática es que su umbral para el conflicto es muy bajo. Ello resultaría de la combinación de las otras tres características que él considera importantes, es decir, “enmeshment”, rigidez y sobreprotección. Una hipótesis adicional es que el síntoma del niño enfermo en la familia psicósomática jugaría un rol homeostático, teniendo por función disminuir el conflicto. Ello estaría en relación con el compromiso del niño en el conflicto parental. Según él, en este tipo de familias es posible observar tres modelos de comportamiento frente al conflicto: la triangulación, la formación de coaliciones padre-hijo y el desvío. Estos tres modelos no son ellos mismos clasificaciones de la familia, ya que de hecho pueden hallarse, también, en familias normales. Sin embargo, lo que caracteriza a las familias psicósomáticas es su carácter repetitivo.

Straus (1979), presenta una escala (Conflic Tactics Scale, CTS) destinada a medir el conflicto intrafamiliar, definido por él como los medios y tácticas usados para resolver o enfrentar los conflictos de intereses al interior de una pareja. Para este autor, la ausencia de conflicto no sólo es teóricamente imposible, sino que una cantidad adecuada del mismo puede ser útil para la conservación del grupo. Dentro de su escala, él incluye tres componentes o factores: el uso de discusión racional (sub-escala de razonamiento), en segundo lugar el uso de actos verbales o no verbales destinados a herir al otro (sub-escala de agresión verbal) y, en tercer lugar, el uso de la violencia física (sub –escala de violencia). La cuantificación del conflicto se basa en la medición de la frecuencia de actos específicos incluidos en la escala. O sea, mide el aspecto comportamental del conflicto, sin considerar la repercusión o vivencia de conflicto por parte del individuo. De hecho, lo que cuenta según él no es tanto el nivel de conflicto en sí, sino la manera de resolverlo.

Encontramos una posición similar en el trabajo de Porter y O’Leary (1980). Estos autores han construido una escala destinada a medir el conflicto marital, a partir de la expresión abierta de hostilidad, por ejemplo, de las disputas, la ironía o los abusos físicos.

Snyder y Regts (1982), proponen una escala para medir lo que ellos llaman discordia marital o distres marital. Dentro de la escala, derivan dos factores o componentes. El primero es la

disarmonía conyugal, que refleja conflictos específicos y déficits percibidos en la resolución de problemas. El segundo es la disafección, que representa la experiencia de sostén o comprensión inadecuados, aislamiento afectivo y conductual y una inclinación al divorcio. De acuerdo a los resultados obtenidos en una población normal y una población de parejas en terapia, plantean que la disarmonía sería un hecho relativamente normal, que si se da en un contexto afectivo positivo no plantea problemas. Por el contrario, la insatisfacción afectiva sería más característica de una población en terapia.

Lavee, McCubbin y Olson, (1987), hablan de la resolución de conflictos que mide, según ellos, las actitudes acerca de los conflictos en la relación interpersonal y la satisfacción con la manera en que los problemas son manejados. Esta variable forma parte de una dimensión más amplia, dentro de su formulación, que ellos denominan ajuste marital, la cual sería un recurso del sistema familiar y que tomaría parte en el poder regenerativo de la familia consecutivo a un stress. En su trabajo, los autores no explicitan el aporte específico de esta variable a la dimensión global de ajuste marital.

Weingarten y Leas (1987), presentan un modelo para evaluar el conflicto al interior de una pareja. El objetivo de este instrumento está orientado, fundamentalmente, al manejo terapéutico o a la orientación de las parejas. Según ellos, el conflicto surgiría a partir de las diferencias existentes entre dos personas, diferencias que pueden ser contrarrestadas por la confrontación y la aceptación de las mismas. Dentro de su formulación, la presencia de conflicto al interior de una pareja no es necesariamente un signo de que el matrimonio anda mal, sino que puede también tener el significado positivo, en el sentido de crecimiento. Lo que caracterizaría a las parejas en mala situación, sería la manera en que ellas aprenden a manejar el conflicto.

Los autores proponen cinco niveles de conflicto, cada uno con su propia dinámica y características conductuales y psicológicas. La descripción es básicamente clínica y subjetiva y los autores no intentan llegar a una operacionalización del modelo. Es importante señalar que en el nivel cinco, el más elevado o intenso, los autores incluyen como característica la violencia física o emocional.

EL CONFLICTO Y SU RELACION CON ALGUNOS INDICES

Minuchin señala que en su estudio que las familias normales fueron capaces de estar de acuerdo y en desacuerdo más que las otras, así como también fueron capaces de considerar más alternativas. Las familias que tenían un niño con trastorno conductual, tendían a difundir el conflicto no resuelto, pero fueron capaces de expresar el conflicto directamente más que el grupo psicossomático. Este último mostraba en la situación de entrevista menos conflicto, es decir, había más evitación. Finalmente y en concordancia con su hipótesis, él encuentra que los modelos de comportamiento frente al conflicto servían para reforzar los síntomas psicossomáticos del niño al servicio de la homeostasis familiar. Onis, Tortolano y Cancrini (1986), en su estudio de

comparación entre familias con niños asmáticos y familias normales, encuentran los mismos resultados que el estudio de Minuchin.

Gil y cols. (1987), en su trabajo ya citado con familias de niños que sufrían dermatitis atópica, encuentra que el conflicto, medido por la FES, podía formar parte de un sólo factor junto con la dimensión control y orientación al éxito de la misma escala. Este factor no se correlacionaba con los síntomas de los niños ni tenía valor predictivo cuando se relacionó el stress, los síntomas y el ambiente familiar.

En su trabajo de medición de factores de riesgo de re-hospitalización en pacientes psiquiátricos, Spiegel y Wissler (1986), encontraron que la sub-escala de conflicto en FES no fue un buen predictor de re-hospitalización ; ella se asoció significativamente con el número de re-hospitalizaciones sólo a los tres meses.

Fielding y cols. (1985), señalan que el conflicto marital es un hallazgo que ha sido informado en padres de niños con enfermedad renal terminal. Ellos estudian dos grupos de niños, uno con enfermedad renal terminal sometido a diálisis y trasplante renal y otro con enfermedad renal menos grave, que no requerían tratamiento activo. Ellos señalan que durante el estudio muchos padres informaron de conflictos maritales frecuentes que ellos atribuían a la relación estrecha que se establecía entre la madre y el niño enfermo. No hubo en este estudio una medición directa del conflicto marital o familiar.

Turk, Flor y Rudy (1987), en un artículo de revisión de la relación entre dolor crónico y características familiares, citan trabajos en que el conflicto, medido según la FES, era mayor en pacientes con dolor lumbar. En estas familias, un mayor conflicto se asociaba a mayores estimaciones de dolor con componente afectivo y mayor ansiedad y depresión.

Long y cols. (1987), estudiaron a 40 adolescentes en que la mitad pertenecían a familias de divorcio reciente y la otra mitad a familias intactas. Su objetivo fue examinar la asociación de conflicto marital y divorcio reciente con la competencia social de los adolescentes. Ellos midieron el conflicto a partir de la escala de O'Leary-Porter. Sus resultados indican que los adolescentes cuyos padres manifestaban altos niveles de conflicto en su presencia, presentaban más problemas de conducta y tenían niveles más bajos de competencia social y cognitiva.

En un contexto similar, Enos y Handal (1986), estudiaron el ajuste psicosocial en 823 adolescentes blancos, en relación al conflicto marital y el divorcio de sus padres. Sus resultados muestran que el conflicto matrimonial afecta el ajuste de los adolescentes pero, en cambio, éste no es afectado por el divorcio. En los grupos que informaban altos niveles de conflicto familiar, se hallaron significativamente más síntomas psicológicos y menos satisfacción con la vida social.

Considerando una situación extrema de conflicto parental, como es la violencia familiar, Jafee y cols. (1986) compararon un grupo de niños con edad entre 6 y 11 años que provenían de familias

violentas a un grupo de niños de familias no violentas. Sus resultados muestran que los niños expuestos a la violencia familiar presentaban más trastornos de competencia social y de “internalizing behavior”. Los niños, a diferencia de las niñas presentaban también problemas de “externalizing behavior”. Los resultados muestran también, que la magnitud de los problemas era proporcional a la magnitud de la violencia, la cual fue medida en base a la sub-escala de agresión física de la CTS. También, concluyen que los niños fueron más expuestos a la violencia familiar, lo cual es un hallazgo mencionado con frecuencia en la literatura. Finalmente señalan que a partir de sus resultados, no es posible realizar inferencias de tipo causal entre violencia familiar y ajuste de los niños.

Por su parte, Hughes y Barrad (1983), estudiaron un grupo de niños que provenían de familias violentas y encontraron que los preescolares presentaban una autoestima más baja que el promedio. Entre los niños se observaban más conductas agresivas mientras que la magnitud de la violencia y el ajuste parental pueden afectar el comportamiento de los niños.

Mortreu (1986), en su estudio con pacientes ulcerosos encuentra una diferencia significativa en el nivel de conflicto percibido por el paciente en comparación a un grupo control. Si bien la esposa del paciente tuvo una percepción similar a éste y su puntaje en esta escala fue mayor que las esposas del grupo control, no se apreció una diferencia significativa con estas últimas. El autor interpreta estos hallazgos señalando que el mayor conflicto percibido por el paciente estaría en relación al carácter ambivalente de las relaciones que él establece con otra persona.

Friedmann y cols., (1988), en su estudio sobre el ajuste de mujeres con cáncer de mama y mastectomía, encuentran que el conflicto marital, medido por el concepto de disarmonía conyugal, afectaba negativamente el ajuste de las pacientes en áreas de contenido emocional, como el grado de stress psicológicos. También los autores encuentran que tanto la cohesión como la adaptabilidad familiar se correlacionaban negativamente con la disarmonía conyugal.

OBSERVACIONES

- En primer lugar, parece haber un consenso para decir que el conflicto no es necesariamente un mal signo. Algunos autores plantean incluso, que el conflicto en un cierto nivel podría tener una connotación positiva (Strauss, 1979). Lo que plantearía problemas sería más bien el nivel muy elevado de conflicto o la manera de enfrentarlo.
- Desde el punto de vista de la operacionalización, encontramos dos maneras de evaluar el conflicto: en un caso se evalúa el comportamiento, es decir, la manera de conducirse frente al conflicto; en un segundo caso, se considera el sentimiento del sujeto como indicador del conflicto. En esta última posición, encontramos solamente la proposición de Snyder y Regts (1982).

- Siempre en el plano de la operacionalización, constatamos que en la literatura analizada hay dos niveles de observación: el primero es la pareja parental y el segundo es la familia completa. Esta diferencia no parece ser banal, puesto que en el primer caso se considera al niño como una víctima pasiva del conflicto parental, como por ejemplo en los estudios sobre la adaptación psicosocial de los adolescentes frente a la existencia de conflicto parental (Long y cols., 1987; Enos y Handal, 1986; Jaffe y cols., 1986). Por el contrario, en el segundo caso cuando se considera el conflicto a nivel familiar, se supone que el niño está jugando un rol activo en relación al conflicto. Este es el caso en la formulación de Minuchin (1978).
- Finalmente, señalemos que al igual que para otras dimensiones analizadas, el conflicto es definido ya sea como variable independiente o como variable dependiente. Ello nos lleva a pensar que la relación entre el conflicto al interior de una familia y un índice de salud cualquiera, no puede ser considerada unidireccional.

5. SATISFACCION MARITAL

Otra variable que aparece mencionada con frecuencia en la literatura es la satisfacción marital. La preocupación por esta dimensión de la vida familiar es antigua, aunque al principio su estudio estaba orientado al problema de la estabilidad conyugal. Así una de las escalas frecuentemente usada hoy día es la Marital Adjustment Scale (Locke y Wallace, 1959). Para la construcción de esta escala, los autores recogieron ítems considerados representativos de una serie de instrumentos que existían a la fecha. Después, elaboraron una escala de 15 ítems, destinada a medir el ajuste marital, que ellos conceptualizan como la acomodación mutua de los esposos en un tiempo dado. De los 15 ítems que componen la escala, 4 se refieren específicamente al grado de satisfacción con la vida marital, pero pueden representar el 50% del puntaje máximo. Los otros ítems se refieren sobre todo al grado de acuerdo o desacuerdo frente a situaciones específicas de la vida conyugal.

Otros autores han utilizado una escala derivada de un trabajo de Spanier (1976). Este autor desarrolla una escala destinada a medir el ajuste marital, definido por él solamente como un proceso, más que un estado. Considerando esto, él plantea que dicho proceso puede medirse por sus resultados, es decir, el grado de diferencias problemáticas en la diada marital, las tensiones interpersonales y la ansiedad personal, la satisfacción diádica, la cohesión diádica y el consenso en materias de importancia para el funcionamiento de la pareja. Finalmente, en base a un análisis factorial él retiene cuatro factores o componentes del ajuste marital: el consenso diádico, la expresión de afecto, la cohesión diádica y la satisfacción diádica. La escala que se refiere a este último componente, es la que han utilizado algunos autores cuyos trabajos daremos a conocer en esta sección. Según el autor de la escala, más que medir la satisfacción, este componente parece medir la manera en que la pareja resuelve sus conflictos o tensiones (Spanier y Thompson, 1982).

LA SATISFACCION MARITAL Y SU RELACION CON ALGUNOS INDICES DE SALUD

Álvarez, (1982), en sus trabajos con familias con lactante desnutrido, encuentra que la satisfacción marital era significativamente más baja en madres de este grupo en comparación a las madres con lactante sano.

En un estudio con 98 madres de niños deficientes, Friedrich (1979) halla que la variable que más influenciaba la habilidad de las mujeres para hacer frente al stress de tener un niño deficiente, era el grado de satisfacción y seguridad en su relación marital. El concluye que el stress de tener un niño deficiente no tiene efectos lineales, sino que ellos son mediados por otras variables, como la satisfacción marital.

Friedrich y Friedrich (1981), compararon un grupo de familias en las cuales había un niño con espina bífida, a un grupo de familias sin niño deficiente. Ellos encontraron que había diferencias entre ambos grupos en la satisfacción marital total, pero en comparación al grupo normal, las madres de niños con espina bífida referían más satisfacción en términos de afecto en el matrimonio, mientras los padres del mismo grupo referían más satisfacción en términos del grado de consenso. Estos resultados son interpretados en el sentido de que el hecho de tener un niño deficiente no necesariamente deteriora la relación de pareja sino que puede, en algunos casos, reforzarla. Conclusiones similares se desprenden del trabajo de Walker, Thomas y Russel (1971), quienes entrevistaron en los primeros meses post-parto a los padres de 107 niños que nacieron con espina bífida, y del trabajo de Korsch y cols., (1973), en un estudio de familias con niños que fueron sometidos a trasplante renal. En otro estudio Kazak y Clarck (1986), señalan que una mejor satisfacción marital influencia positivamente la adaptación de niños sanos a la presencia de un niño deficiente en la familia. Sin embargo, otros autores afirman la posibilidad de que en estas familias la satisfacción marital puede disminuir como consecuencia del establecimiento de alianzas fuertes entre la madre y el niño deficiente, con exclusión del padre (Levy – Schiff, 1980).

En un artículo de revisión Kazak (1986), cita trabajos en los cuales se halla que ciertos factores socio familiares, tales como raza, religión y factores socioeconómicos, fueron los menos significativos predictores de discordia familiar. En cambio, variables asociadas al niño, como el hecho de ser el más joven o el primer nacido, tener un hermano menor o tener un déficit severo, permitían predecir mejor la presencia de desajuste marital. En general, la relación entre satisfacción marital y conducta de enfrentamiento exitosa por parte de los padres, frente al hecho de tener un niño deficiente, está bien documentada (Wolters, Bonekamp y Donckerwolde, 1973).

Otro modelo estudia la influencia que la satisfacción marital puede tener sobre la salud individual. Kiecott y cols., (1987), compararon un grupo de mujeres casadas con un grupo de mujeres separadas o divorciadas. Ellos encontraron que entre las mujeres casadas, una satisfacción marital menor se asociaba significativamente con una respuesta inmune más pobre en mediciones funcionales (proliferación de linfocitos en respuesta a dos mitógenos y títulos de EBV VCA). También, ellos encontraron que un menor ajuste marital era un fuerte y significativo predictor de depresión. Los autores concluyen en base a sus datos que la sola presencia de una pareja no es

equivalente a una relación de apoyo y que la calidad de las relaciones interpersonales puede tener consecuencias referidas a la salud del sujeto.

Un modelo que ha sido bien estudiado en este sentido, es el del paciente con dolor crónico y la satisfacción marital que tanto él como su pareja experimentan en su vida conyugal. Hughes y cols. (1987), estudiaron un grupo de pacientes con dolor crónico y sus cónyuges y los compararon a un grupo similar de pacientes neuróticos. Sus resultados muestran que los cónyuges de pacientes con dolor referían más ajuste marital que los cónyuges de pacientes neuróticos. También, referían menos dificultades sexuales que los pacientes. El conjunto de resultados, lleva a los autores a plantear la posibilidad de que en este grupo el paciente con dolor crónico jugaría un rol homeostático y que el cónyuge obtendría ganancias secundarias, tales como el sentimiento de ser necesario y de controlar la situación. Según ellos, el desajuste marital no sería una consecuencia de la enfermedad del cónyuge, sino que por el contrario, el síntoma se instalaría como un remedio a una situación marital inadecuada. Es importante señalar que los pacientes incorporados a este estudio correspondían a la categoría de pacientes con dolor psicógeno, por lo que las conclusiones no pueden ser extrapoladas a todo el universo de pacientes con dolor crónico.

Block (1981), estudia las cónyuges de pacientes con dolor crónico, midiendo la reacción psicofisiológica a las manifestaciones de dolor del paciente. Sus resultados sugieren que el stress impuesto a la familia por el dolor crónico puede variar con la satisfacción marital. Ellos, encuentran que las cónyuges satisfechas evidencian un incremento mayor en la conductancia cutánea que las cónyuges no satisfechas, frente a las manifestaciones dolorosas del paciente. Por el contrario, una satisfacción marital más baja se asociaba a una respuesta empática también más baja. Ellos concluyen que la mayor sensibilidad de los cónyuges se podría traducir en una mayor predisposición a desarrollar dificultades psicológicas.

Esta hipótesis fue analizada en una investigación posterior por Flor, Turk y Scholz (1987), quienes estudiaron un grupo de 58 hombres con dolor crónico y sus esposas. El objetivo de este estudio era medir el impacto del dolor crónico sobre la vida de pareja. Ellos encuentran que 67% de los pacientes indicaban un deterioro de la relación marital como consecuencia del dolor, con una reducción significativa de la satisfacción marital. Por otra parte, 51% de las esposas referían insatisfacción marital. Además, 67% de los pacientes estaban insatisfechos con su vida sexual y 77% decían haber observado un cambio en la frecuencia de actividad sexual posterior a la aparición del dolor. En este estudio se encontró un considerable acuerdo entre pacientes y esposas en cuanto al grado de satisfacción marital.

Los autores concluyen que la satisfacción marital de la esposa no estaría relacionada al dolor per se, sino a la calidad marital promedio y a su propio estado de ánimo. Además, el estado emocional de la esposa estaría mucho más relacionado con la reacción cognitiva y emocional de los pacientes frente al dolor y con la calidad de la relación marital. Por otra parte, la satisfacción marital de los pacientes estuvo asociada, principalmente, a la conducta solícita que el paciente percibía por parte de la esposa y a la satisfacción marital de la misma esposa. La satisfacción sexual del paciente variaba independientemente a la intensidad del dolor, por lo que los autores

concluyen que altos niveles de dolor pueden asociarse con funcionamiento sexual dañado, pero no necesariamente con insatisfacción marital.

Finalmente, en relación a la repercusión del dolor crónico sobre el bienestar físico de la esposa, 85% de éstas refirieron síntomas dolorosos una vez por semana al menos, en comparación a 45% de esposas de diabéticos. Los autores plantean que en este caso, el síntoma dolor no sería debido a la enfermedad crónica misma, sino que sería específico a la situación de dolor. Esta interpretación, dicen ellos, habría que asumirla con precaución, pues el dolor crónico sería más invalidante que la diabetes.

Por último, en un artículo de revisión, Payne y Norfleet (1986), señalan que un conjunto de trabajos previos permite concluir que en el caso de pacientes con dolor crónico, el hallazgo más frecuentes una menor satisfacción marital y un ajuste sexual también más pobre. Estos autores señalan que mientras algunos consideran el desajuste marital como un signo más, otros resultados indican que el desajuste sexual puede ser causado por el problema doloroso. Alternativamente, el dolor puede representar un mecanismo para evitar la conducta sexual que era de alguna manera problemática o insatisfactoria previamente a la aparición del dolor. Un tercer elemento señalado por los autores se refiere a trabajos de terapia en los cuales se ha visto que la posibilidad de éxito está influenciada por las características de personalidad del cónyuge. Así, altos niveles de hipocondriasis e histeria en el cónyuge se asocian a un peor pronóstico para el paciente. Conclusiones similares planten Hughes y cols. (1987), en su trabajo ya citado.

En relación a otro problema clínico, Arrindell y Emmelkamp (1986) realizaron un estudio a partir de 30 mujeres agorafóbicas para investigar la calidad de la relación marital de los pacientes y sus parejas, comparando estos matrimonios a tres grupos de control. Sus resultados muestran una mala calidad en la relación de pareja de pacientes psiquiátricas no agorafóbicas y sus cónyuges. Sin embargo, los datos respecto a la población agorafóbica y sus parejas les permite afirmar que este grupo no se diferencia de la población normal en cuanto a la satisfacción marital o el ajuste sexual.

OBSERVACIONES

- La calidad de la relación marital es conceptualizada, en primer lugar, como un recurso potencial que permite a la familia enfrentar satisfactoriamente las situaciones de stress a las cuales se ve confrontada (Byrne y Cunningham, 1985). Pero los únicos argumentos que hemos encontrado en la literatura en apoyo de esta concepción es el hecho de que una satisfacción marital mayor se asocia positivamente con diferentes índices de salud. Pero, ¿es esto suficiente para decir que la satisfacción marital es un recurso? Sin duda, la noción de recurso debe ser discutida.
- En segundo lugar, la satisfacción marital es considerada como una variable que puede influenciar la salud de los individuos, aunque ello no está suficientemente probado.

- Los efectos de las situaciones estresantes sobre la relación marital no serían necesariamente negativos, sino que ellos pueden incluso reforzar la relación de pareja (Kazak y Marvin, 1984; Byrne y Cunningham, 1985).
- La relación entre satisfacción marital y los índices revisados, permite comprobar que en ocasiones un deterioro en la satisfacción marital es previo a la aparición de una enfermedad, mientras en otros casos sería posterior. Así, es imposible asumir una relación de causa a efecto entre satisfacción marital y enfermedad psíquica o somática. Además, al igual que para otras dimensiones, la satisfacción marital es definida, a veces, como una variable dependiente y en otros casos como una variable independiente. Ello nos lleva a pensar que habría una relación bidireccional entre satisfacción marital y los índices de salud estudiados.

6. LOS EVENTOS DE VIDA

Otra variable mencionada frecuentemente por la literatura son los eventos de vida. En este caso, podemos constatar aspectos similares a los mencionados respecto a la red social y el sostén social en el sentido de una falta de definición precisa. Los aspectos a los que se hace mención son, en general, de un cambio en la vida del sujeto o de la familia, que requiere un esfuerzo adaptacional (Kovess, 1986). De aquí se desprende la noción de stress, íntimamente ligada a los eventos de vida.

Una de las primeras tentativas de medición fue hecha por Holmes y Rahe (1967), quienes insistían en el aspecto cuantitativo de los eventos. Estos tendrían un efecto aditivo: una mayor cantidad de eventos significa un mayor esfuerzo de adaptación y mayor stress. Volveremos más adelante sobre esta definición.

Pronto este enfoque fue modificado para introducir otros aspectos que también parecían importantes. Uno de ellos se refiere a la significación o impacto que el evento tiene sobre el sujeto o la familia. Dicha significación es medida a través de distintas variables, como la calificación, a partir de una escala, que el propio sujeto hace sobre el evento o por una calificación del grado de stress experimentado en relación a él.

Otros autores señalan que es necesario dividir los eventos de vida entre aquellos deseables y otros indeseables (Kovess, 1986). Según esta perspectiva, sólo los últimos estarían en relación con la producción de síntomas.

Por otra parte, un buen número de trabajos estudian los eventos de vida en relación a la red social y el sostén social (Briancon y cols., 1988). Parece claro que sobre todo este último jugaría un rol en el impacto que los primeros tendrán sobre la salud del sujeto. Esto quiere decir que el efecto de los eventos no sería independiente, sino que al contrario, estaría mediado por la acción de otras variables.

En la literatura, encontramos también autores que subrayan el hecho de que es importante considerar el contexto de la persona, la significación cultural de un evento determinado, la etapa de la vida en que se presenta, (Rabkin y Struening, 1976; Briancon y cols., 1985; Le Roux, 1986), su relación con otros eventos similares que el sujeto haya experimentado (Kovees, 1986) y finalmente, la existencia de eventos de naturaleza crónica.

En un estudio reciente, Briancon y cols., (1988), retienen cinco dimensiones de los eventos: la anticipación, las expectativas positivas y negativas, el esfuerzo de adaptación para asumir el evento, el sostén recibido al menos de un miembro de la familia y la capacidad de enfrentamiento, que es un juicio global de la persona sobre su aptitud para controlar el evento.

LOS EVENTOS Y SU RELACION CON ALGUNOS INDICES DE SALUD

Beautrois y cols., (1982), realizaron un estudio prospectivo durante tres años en un total de 1.082 niños de 1 a 4 años de edad. Ellos midieron los eventos de vida en base a una versión modificada de la escala de Holmes y Rahe y encontraron que los eventos de vida estaban asociados con riesgos aumentados de infecciones respiratorias, accidentes, quemaduras, intoxicaciones accidentales y de hospitalizaciones por causas aparentemente ligadas al medio ambiente familiar. Los hijos de mujeres que informaron 12 o más eventos de vida durante el período de tres años mostraban tasas de hospitalización 6 veces más altas que los niños de madres que habían experimentado 3 o menos eventos de vida. También, la tasa de atención médica era el doble para los primeros. Los resultados no eran modificados al considerar las variables demográficas tales como la edad maternal, el origen étnico de la madre, su nivel de educación, el tipo de familia donde se ubicaba el niño al nacer y al año de edad, así como el tamaño familiar. La consideración del nivel socioeconómico tampoco modificó los resultados.

Gil y cols. (1987), estudiaron 44 niños con dermatitis atópica que habían sido remitidos a su servicio por ser resistentes a los tratamientos médicos habituales. Ellos midieron los eventos de vida a través del cuestionario de Caddington, diferenciando los aspectos cuantitativos y cualitativos de los eventos estresantes y separando los eventos relacionados a la enfermedad de aquellos otros independientes de la misma. Sus resultados muestran una correlación positiva de la cantidad de problemas o eventos estresantes referidos a la enfermedad con la intensidad del stress producido por ellos. En cambio, no hubo ninguna relación con los eventos estresantes en general, distintos a los propios de la enfermedad. Desde el punto de vista metodológico, es interesante señalar que en este estudio, hubo una diferencia significativa en cuanto al stress relacionado con la enfermedad según el informante: los niños mayores, que respondían directamente el cuestionario, referían más stress que los menores, cuyos cuestionarios fueron contestados por los padres.

Lavee, McCubbin y Olson, (1987), estudiaron los efectos de los eventos de vida sobre el bienestar familiar. Ellos encontraron que este es afectado negativamente por aquellos, pero a través de una variable que ellos denominan tensión familiar y que actuaría como factor mediador. Intentan

explicar esta relación de manera causal pero sus datos son insuficientes como para asumir tal explicación.

En otro estudio, se comparó un grupo de niños que sufrían de dolor abdominal recurrente con un grupo de niños con trastorno conductual y un tercer grupo de niños sanos. Los autores concluyen que el primer y segundo grupo referían más eventos de vida y más stress que los niños sanos. Además, los eventos de vida en los niños de los dos primeros grupos diferían cualitativamente, ya que aquellos con dolor abdominal recurrente referían más eventos ligados a la salud y a la muerte, mientras que aquellos con trastornos conductuales presentaban una frecuencia más alta de eventos estresantes de naturaleza interpersonal o psicosocial (Hodges y cols., 1984).

Es un estudio con pacientes ulcerosos duodenales, Gilligan y cols. (1987), encuentran que la aparición o la recaída de la enfermedad se asocia con las dificultades crónicas que al mismo tiempo representan una mayor amenaza para el sujeto. Esta asociación estaba en relación con el estado civil, ya que los sujetos viudos, separados o divorciados, presentaban más episodios de úlcera, los cuales fueron explicados por una mayor frecuencia de dificultades crónicas. Por el contrario, ellos no encuentran relación entre enfermedad ulcerosa y eventos de vida reciente. Por otra parte, Feldman y cols. (1986), estudiaron una población similar y encontraron que los pacientes ulcerosos, comparados a dos grupos control diferentes, no referían una mayor frecuencia de eventos de vida, pero sí referían más eventos negativos y una percepción de los mismos más negativa en relación a los otros grupos. Los autores relacionaron estos resultados con variables de personalidad de los sujetos y con una menor disponibilidad de sostén social en los pacientes ulcerosos.

Terra y cols., (1986), estudiaron un grupo de 100 mujeres con diagnóstico de cáncer de seno y lo compararon con un grupo similar de mujeres sanas. Ellos no encontraron diferencias significativas en la cantidad de eventos que habían ocurrido en los 5 años previos en ambos grupos, pero las mujeres con cáncer referían un aumento de los eventos de carácter negativo en los dos años que precedían el diagnóstico, respecto a los cuales informaban, además, un mayor impacto. Ellos no excluyen que esto último haya estado influenciado por un trasfondo depresivo en las mujeres con cáncer.

Un amplio número de trabajos se ha dedicado a estudiar el efecto de la presencia de un niño deficiente o enfermo crónico sobre la familia. Si bien no hay mención explícita a esta situación en tanto que evento de vida, se la puede considerar como tal, a partir de su significación y su presencia en todas las escalas que miden la ocurrencia de eventos. En este sector de la literatura, el acento es puesto sobre la noción de stress familiar, que será analizada más adelante. Lo que nos interesa señalar aquí, es que habría una cierta relación entre las características del evento (tipo y gravedad de la deficiencia o enfermedad, por ejemplo), (Byrne y Cunningham, 1985; Kazak y Clarck, 1986), la percepción del mismo, (Byrne y Cunningham, 1985; Cohen 1986), los recursos que posee la familia para enfrentar el evento, (Byrne y Cunningham, 1985; Kazak y Clarck, 1986); la etapa del ciclo de vida de la familia en que se presenta, (Byrne y Cunningham, 1985; Mölsa y Mölsa 1985), y la importancia de las modificaciones producidas por el evento.

OBSERVACIONES

- La percepción de los eventos de vida y más especialmente su impacto sobre el sujeto, podría estar modificado por su estado emocional, por ejemplo, en el caso de personas depresivas (Power, 1987; Terra y cols., 1986), la personalidad (Feldman y cols. 1986), el contexto de la persona (Briancon y cols., 1985).
- El efecto de los eventos de vida parece estar mediado por otro tipo de variables, como el sostén social.
- El efecto de los eventos no es específico, es decir, puede asociarse con distintas manifestaciones. Por otra parte, no parecen estar ligados con cualquier tipo de índices, sino más específicamente con aquellos relacionados al stress.
- La acción de los eventos de vida no sería etiológica en relación a la enfermedad, sino más bien desencadenante (Amiel-Lebigre, 1986).
- La percepción de un evento como estresante puede estar en relación con el contexto cultural del sujeto (Le Roux, 1986), si bien algunos autores señalan una similitud entre los países industrializados (Baratta, Perego y Zimmermann-Tansella, 1987).

SEGUNDA PARTE

INTRODUCCIÓN

En esta segunda parte, trataremos de hacer una síntesis de los elementos mencionados en la primera. En primer lugar, revisaremos la noción de familia que se desprende de la literatura revisada. En segundo lugar, revisaremos los índices de salud utilizados en las diferentes investigaciones para ver cuáles aspectos son puestos en relación con la familia. Finalmente, trataremos de relacionar ambas nociones a partir del estudio de las funciones familiares y del stress familiar.

LA NOCIÓN DE FAMILIA

Si bien la mayor parte de los autores analizados no hace mención a una definición precisa de la familia, es posible obtener algunos elementos para construir tal definición. Resulta claro que la familia es conceptualizada como una unidad social con características particulares. La idea de unidad implica la existencia de una definición espacial y temporal de la familia. Intentaremos desarrollar la definición espacial en base a lo que llamaremos las nociones morfológicas y funcionales de la familia, mientras que para la definición temporal, revisaremos algunos aspectos del ciclo de vida familiar.

1.1 La familia desde el punto de vista morfológico

Resulta evidente que la casi totalidad de los autores estudiados trabaja en base a la noción de familia nuclear, es decir, aquella compuesta por ambos padres y uno o más hijos. Esto puede explicarse por una valoración explícita de este tipo de familia al interior de la sociedad estadounidense, de donde proviene la mayor parte de trabajos analizados. Esta perspectiva, sin embargo, es criticable por dos razones. La primera, es la extensión de este tipo de familia en dicha sociedad y, la segunda, en relación a la anterior, es la correspondencia de dicha definición con la noción de familia en la población general. Ilustraremos ambas ideas utilizando los resultados de dos trabajos.

El primer trabajo fue realizado en una población urbana de EE.UU. (Kellam, Ensminger y Turner, 1977). Analizando la composición de 1391 familias, ellos encontraron que sólo un 34,7% correspondía al modelo de familia nuclear, mientras que un 37% estaba formado alrededor de la madre sola. Comparando ambos tipos de familias, se pudo ver que los hijos de familias donde la madre estaba sola, presentaban una mayor frecuencia de desajuste social, en comparación a las familias biparentales. Esta mayor frecuencia de trastornos de adaptación social, no parece deberse a la ausencia del padre, ya que en el caso de familias en que un segundo adulto, por ejemplo la abuela, acompañaba a la madre, la frecuencia de trastornos era similar a la de las familias biparentales. Ello significa que el estudio solamente de la familia nuclear no permite comprender lo que sucede en otro grupo importante de la población. Además, la simple

comparación de familia biparental versus familia monoparental, no considera la posibilidad de otros tipos de estructuras, organizadas en base a la presencia de otros adultos, que pueden tener valor desde el punto de vista de su funcionamiento.

El segundo trabajo, fue realizado por Reeb y cols. (1986). Ellos entrevistaron a un grupo de mujeres embarazadas y compararon la definición de familia obtenida al considerar las personas que vivían juntas con la noción de familia entregada por las propias mujeres ante la pregunta ¿quién forma parte de su familia? En el primer caso, se obtuvo un promedio de 2,8 personas por familia, mientras que en el segundo, las mujeres informaron un promedio de 4,6 personas como formando parte de su familia. Ello significa que para estas mujeres la noción de familia no corresponde a su definición censal y que la familia extendida tiene importancia para ellas, ya que la mayoría de las familias percibidas incluía algún miembro de otra generación. Además, la familia definida por las propias mujeres se correlacionaba mejor con una serie de medidas de funcionamiento psicosocial en comparación a la familia definida por el conjunto de personas viviendo en la misma casa.

Por lo tanto, creemos que la definición de familia en este tipo de estudio, debe buscarse en la consideración de todos los adultos que viven juntos y en la percepción que las personas tienen acerca de los componentes de su familia.

1.2. La familia desde el punto de vista funcional

1.2.1 La cohesión familiar. Una primera variable o dimensión sobre la cual parece haber acuerdo en cuanto a su importancia, es la que aparece mencionada con el nombre de cohesión familiar. Esta denominación no es utilizada por todos los autores, pero hemos escogido este nombre porque parece ser el que suscita mayor consenso.

Con este nombre se hace referencia a aquella dimensión que tiene que ver con lo que para muchos es un proceso fundamental de la familia, a saber la definición de la distancia interpersonal y del sentido de pertenencia. Dicho proceso se iniciaría desde las primeras etapas de la vida familiar, en el momento mismo en que se constituye la pareja. En este momento, ambos participantes buscarían un punto de máxima cercanía, dada la necesidad de identificación mutua que caracteriza el inicio de toda relación de pareja. Posteriormente, esta motivación inicial daría lugar al surgimiento de un sentimiento diferente, de individualización y separación. Finalmente, ambos sentimientos persisten durante el desarrollo de la vida de pareja y ésta deberá llegar al establecimiento de un equilibrio, que satisfaga al mismo tiempo la necesidad de pertenencia al grupo familiar y que permita la autonomía de los individuos.

Ambos conceptos se hallan explícitamente señalados en la definición de Olson, Sprenkle y Russel (1979) y en la de Lewis (1986) y pueden, también, ser derivados a partir de la noción de Minuchin (1978). No es el caso en la formulación de Spanier (1976), quien, en su medición, hace referencia sobre todo al compartir actividades, es decir, a la proximidad. Igual cosa sucede con la formulación de Moos (1975), quien no hace referencia a la autonomía. Para él, la cohesión

consiste sólo en su aspecto de cercanía y pertenencia. La autonomía forma parte de otra noción, la de independencia, que él ubica en torno a otras dimensiones: las de crecimiento personal.

De todas las escalas, las más frecuentemente usadas son aquellas de Olson, Sprenkle y Russel (1979) y la de Moos (1975). Al comparar ambas, ya hemos señalado una diferencia en el sentido de la conceptualización. Esta diferencia cobra importancia por cuanto, según la formulación de Olson (1986), la cohesión sería una dimensión lineal, con ambos extremos considerados como disfuncionales. En este sentido, hay acuerdo con la definición de Minuchin (1978). En la proposición de Moos (1975), y en la de Lewis (1986), en cambio, se trata de una dimensión lineal con un solo extremo considerado disfuncional.

Un aspecto importante a señalar, común a ambas escalas, es que la noción de normalidad es derivada estadísticamente. Si comparamos las escalas de Olson, Sprenkle y Russel (1979), y la de Moos (1975) con la de Minuchin (1978), podemos ver que la operacionalización de esta última es más difícil y subjetiva y, por lo tanto, los estudios que la utilizan no son fácilmente comparables. Además, es frecuente observar una discusión respecto al valor comparativo de ambos sistemas de medición, en el sentido de que las evaluaciones clínicas no siempre dan los mismos resultados que las evaluaciones en base a cuestionarios. Ello puede ser interpretado de dos maneras: primero, las evaluaciones clínicas no medirían una percepción general del ambiente familiar, sino que darían cuenta fundamentalmente de la situación de observación. La segunda interpretación, es que las percepciones que tienen los miembros de la familia puede ser diferente de aquellas que tienen observadores externos. Otro aspecto en relación con lo anterior, es que la percepción que los diferentes miembros de la familia tienen respecto a ésta no es siempre coincidente. La utilización de cuestionarios, por lo tanto, debería considerar la posibilidad de utilizar diferentes informantes.

1.2.2 La adaptabilidad familiar: Una segunda variable mencionada con frecuencia se refiere al establecimiento de normas en relación a la conducta de los miembros de la familia, la definición de roles o el establecimiento de una jerarquía familiar. Estas normas incluyen, también, reglas en relación a la mantención y cambio de la estructura familiar. De acuerdo a la literatura consultada, no es tanto el contenido mismo de dichas normas lo que importa, sino la flexibilidad en su manejo.

La noción de adaptabilidad familiar proviene de la observación de que todo sistema está sometido a dos tendencias distintas: unas que lo llevan al cambio y otras que tienden a la mantención del sistema. En general, se considera que la situación óptima consiste en un equilibrio adecuado entre estas dos tendencias. Es la hipótesis de Olson, Sprenkle y Russel (1979) para quienes la adaptabilidad constituye una dimensión en la cual ambos extremos son considerados disfuncionales. Para los demás autores, la conceptualización es más bien lineal, con un extremo representado por las familias “normales” y el otro por las familias disfuncionales, rígidas o caóticas. (Lewis, 1986; Minuchin, 1978; Moos, 1975). Respecto a esta dimensión, es importante señalar que al igual que la anterior, su formulación es fundamentalmente de base empírica, salvo en los casos de Minuchin y de Lewis.

Una formulación diferente se encuentra en Moos (1975). Para este autor, este aspecto de la estructura familiar estaría definido por dos dimensiones diferentes: la de organización y la de control. La primera mide la importancia del orden y la organización en la vida familiar, mientras la segunda se refiere a la existencia de una jerarquía y rigidez al interior de la familia. Para él, la justificación de dos dimensiones separadas tiene una base empírica, pero conceptualmente las une como dimensiones de mantención del sistema.

Olson, Sprenkle y Russel (1979), proponen que la adaptabilidad puede variar de acuerdo al stress situacional y siguiendo las modificaciones del ciclo de vida familiar. Es decir, que en situaciones particularmente estresantes, el grupo familiar puede hacerse rígido como parte de una respuesta adaptativa. Igual idea se encuentra en Lewis (1986). Es importante recalcar que aquí se señala explícitamente el carácter dinámico de esta propiedad de la vida familiar. Es decir, se trata de un proceso que puede presentarse de maneras diferentes en las distintas etapas de la vida familiar.

Sin embargo, la pregunta que surge es, ¿no se trata precisamente de estudiar y medir este proceso de adaptación?. Es decir, esta rigidez momentánea, ¿no sería más bien una manifestación de adaptabilidad y no una deficiencia de la misma?. Pensamos que, a veces, los términos de rigidez o flexibilidad pueden ser más adecuados puesto que aquello que se desea evaluar no es un proceso, sino un estado, una situación en el tiempo. La variación de este estado, el proceso, puede ser interpretado como una mayor o menor adaptabilidad.

En resumen, lo que podemos concluir provisoriamente respecto a esta segunda dimensión, es que la familia, estando sometida a diferentes tipo de tensiones, necesita tener la posibilidad de adaptarse a ellas. Esta capacidad de adaptación es, generalmente, formulada en términos positivos. Su relación con la salud sería positiva en el sentido de que una mayor adaptabilidad favorecería la salud de los miembros de la familia, salvo en la formulación de Olson, para quien la adaptabilidad excesiva es signo de disfunción familiar.

1.2.3 El Conflicto familiar. Las dos dimensiones anteriores tienen en común el hecho de que ponen en contacto dos personas cuyas expectativas y deseos respecto a la vida familiar pueden ser, de hecho a menudo son los, diferentes. Para mayor parte de los autores, es esta diferencia de intereses la que se encuentra a la base de una tercera dimensión de la vida familiar: el conflicto familiar. Debido a ello el conflicto sería, por lo tanto, inevitable y en efecto es la idea que se encuentra en casi todos los autores. Más aún, para algunos de ellos (Strauss, 1979; Weingarten y Leas, 1987), el conflicto tiene un carácter positivo en la medida que estimula el desarrollo y crecimiento de la pareja. Lo que interesa, por lo tanto, no es la presencia o ausencia del conflicto, sino la magnitud del mismo.

En relación a la evaluación de esta variable, vemos dos posiciones. La primera subraya el comportamiento que la familia adopta frente al surgimiento del conflicto. Esta posición se halla ejemplificada por Minuchin (1978), Straus (1979) y Moos (1975). Lo que interesa a estos autores, es la descripción y la frecuencia de comportamientos asociados al conflicto. Ciertos autores

(Straus, 1979; Porter y O'Leary, 1980; Weingarten y Leas, 1987), proponen una clasificación de los comportamientos que reflejaría, según ellos, diferentes niveles de conflicto. Minuchin (1978), por su parte, si bien describe diferentes tipos de comportamiento frente al conflicto, no intenta clasificarlos según el nivel de intensidad.

Una segunda posición respecto a la evaluación del conflicto, consiste en describir la presencia de problemas específicos al interior de la pareja, problemas que serían una fuente de conflicto, así como a identificar las deficiencias en la manera de resolver tales problemas (Snyder y Regts, 1982).

Constatamos que para el conjunto de proposiciones, excepto aquella de Minuchin (1978), los autores se orientan a determinar la "cantidad de conflicto" con la suposición implícita de que un conflicto mayor tendría mayores consecuencias sobre la salud de los miembros de la familia. Esta posición varía levemente en Snyder y Regts (1982), para quienes la importancia del conflicto no tiene un valor en sí, sino que al interior de un contexto.

Finalmente, señalemos que esta dimensión de la vida familiar es conceptualizada frecuentemente como un factor que podría afectar negativamente la salud de las personas. Pero una idea subyacente en ciertos trabajos es que el conflicto, al menos un cierto nivel del mismo, sería un índice de mal funcionamiento familiar. Nos preguntamos, entonces, si el conflicto representa verdaderamente una dimensión constitutiva de la estructura familiar o bien si él debería ser conceptualizado como un índice de la calidad del funcionamiento familiar.

1.2.4 Red Social y Sostén Social. Un cuarto proceso o variable que caracteriza la vida familiar está constituido por el establecimiento de lazos entre el grupo familiar y su entorno. Esta dimensión se refiere al proceso de inserción social de la familia, el punto de pasaje entre aquello que sería estrictamente intrafamiliar y una dimensión más amplia del entorno humano. Creemos que es aquí donde debe ubicarse el estudio de la red social.

En primer lugar, es necesario señalar que en la literatura el concepto de red social y sostén social se refiere a dos niveles diferentes de análisis. Por una parte, se habla de la red social y del sostén a partir del individuo, mientras que un cierto número de autores hablan de la red y sostén en relación a la familia. Esto significa que mientras el primer enfoque considera la familia como parte de la red social, el segundo sólo considera la red exterior a la familia. Creemos que ambos enfoques no se excluyen necesariamente sino que más bien se complementan.

En segundo lugar, parece claro que los conceptos de red social y sostén social representan dos cosas distintas, aunque relacionadas entre sí. Para la mayor parte de los autores, la red social está constituida por los lazos que tiene el individuo o la familia con su entorno. Es, por lo tanto, un concepto estructural. El sostén social, en cambio, representa una función de dicha red en relación a la persona o la familia. La relación que se establece entre ambos no está claramente definida. Para algunos, habría una relación entre tamaño de la red y calidad del sostén, mientras que para otros esta relación no es tan clara. Otros aspectos de la red social como la densidad, la congruencia, estaría también relacionados con la calidad del sostén que presta.

Es interesante señalar el hecho de que la estructura de la red social, hecha a partir del individuo, podría bien representar un estudio de la estructura familiar. Es decir, la percepción que una persona tiene de su entorno, lo cual comprende su entorno familiar, incluye la percepción que dicha persona tiene de su familia.

1.2.5 Satisfacción marital. En relación a los cuatro procesos o variables que acabamos de enunciar, aparece un quinto, la satisfacción marital. Este es, quizás, el más confuso y menos bien definido de todos. Tal como mencionamos en la primera parte, la casi totalidad de los trabajos revisados, se basa en la utilización de dos cuestionarios: el de Locke y Wallace (1959) y el de Spanier (1976). Sin embargo, en el primer caso, el autor no habla de satisfacción marital. Un análisis de las preguntas que forman parte del cuestionario, permite comprobar que sólo 4 de los 15 ítems se refieren específicamente a la satisfacción con la relación marital. Los restantes hacen referencia sobre todo a situaciones tales como el compartir actividades y al grado de acuerdo en torno a una serie de materias o la manera de resolver los problemas. Pero las investigaciones reseñadas en la primera parte, no hacen mención a este hecho, aunque se podría decir que satisfacción marital y ajuste marital representan dos cosas diferentes.

Por otra parte, Spanier (1976), señala que el ajuste marital sería un proceso susceptible de ser evaluado por sus resultados: la cohesión, la satisfacción diádica, el grado de consenso y la expresión afectiva. Por lo tanto, desde el punto de vista del creador del instrumento, la satisfacción marital no sería sino una manifestación de un proceso más global, el ajuste marital. Esta definición es importante porque, en efecto, podemos concordar con los autores señalados en el sentido de que al hablar de ajuste marital, se hace mención a un proceso vivido al interior de la relación de pareja. Hablar de satisfacción, por el contrario, hace pensar en la evaluación de un proceso subyacente.

Finalmente, en relación a la validez empírica del cuestionario de Spanier, queremos mencionar el trabajo de Sharpley y Croos (1982), quienes, en un estudio de replicación de la investigación de Spanier, encontraron que la clasificación de los respondientes entre satisfechos con su relación marital, podía hacerse utilizando sólo una de las 32 preguntas contenidas en el cuestionario. Además, sometiendo las respuestas al mismo tratamiento estadístico que utilizó Spanier no encontraron los cuatro factores señalados por él.

Por estas razones, es difícil la interpretación de los trabajos que utilizan estos instrumentos, ya que sus resultados pueden ser explicados en términos de ajuste, como evaluación global del proceso de consolidación de la pareja, o en términos más precisos, como el caso del trabajo de Kazak y Clark (1986) en que sus resultados se relacionan especialmente con el factor expresión afectiva de la escala de Spanier. De todas maneras, es claro que tanto el ajuste marital como la satisfacción marital se sitúan en una relación positiva con respecto a la salud de los individuos.

1.2.6 Los eventos de vida. En la perspectiva que acabamos de desarrollar, los eventos de vida, tal como aparecen tratados en la literatura, representarían fenómenos más o menos

previsibles, frente a los cuales la familia, como grupo debe reaccionar. El origen de estos fenómenos puede ser interior a la familia o exterior a ella. En ambos casos, se trata de situaciones que exigen de la familia un esfuerzo de adaptación. Se podría pensar que la relación de eventos de vida y familia es, por lo tanto, unidireccional, con los primeros afectando la segunda, de manera positiva o negativa. Sin embargo, creemos que esta visión no explica en su totalidad la relación existente entre eventos y familia.

Si consideramos algunas formulaciones sobre la relación entre eventos de vida y la salud mental de la población general, podemos ver que los eventos no sólo tendrían la posibilidad de desencadenar episodios de enfermedad mental, sino que esta última facilitaría, por su parte, la ocurrencia de cierto tipo de eventos, al menos de aquellos que dependen más de la voluntad del sujeto. Aplicado al estudio de la familia, de manera paralela, podríamos decir que ciertos tipos de familia, en razón de su estructura particular, estarían más expuestos a la ocurrencia de cierto tipo de eventos. Es decir, la relación entre eventos de vida y estructura familiar sería bidireccional, con los primeros afectando la segunda, pero a su vez esta última favoreciendo o no la ocurrencia de eventos.

En resumen, dentro de la literatura revisada, la familia aparece como una unidad social definida espacialmente (noción morfológica) y sometida a proceso de tipo histórico, (noción funcional). Las variables o dimensiones que hemos señalados deberían, por lo tanto, ser comprendidas en una perspectiva histórica, aunque la mayor parte de las veces su estudio se haga en una perspectiva transversal.

Por otra parte, creemos que estas dimensiones de la estructura familiar están interrelacionadas entre sí y se influyen mutuamente, aunque no existen bastantes trabajos que pongan en evidencia la relación entre lo que hemos llamado las características morfológicas y las características funcionales.

Finalmente, queremos subrayar que en la medida que la revisión realizada hasta aquí no ha pretendido ser exhaustiva, es preciso tener presente la posibilidad de incorporar otras variables o dimensiones en el estudio de la estructura familiar, ya sea desde el punto de vista morfológico o funcional.

1.2 La noción de ciclo de vida familiar.

Resulta evidente, en lo que hemos dicho hasta aquí sobre la estructura familiar, que una noción subyacente es la de ciclo de vida. En efecto, las referencias a este tema son numerosas en la literatura.

Por ciclo de vida se entiende generalmente “la sucesión de momentos que marcan las operaciones de una unidad de vida familiar desde su formación hasta su disolución” (Cuisenier, 1977). (Trad. nuestra).

En el contexto del tema que nos ocupa, hay por lo menos tres razones para hablar del ciclo de vida:

En primer lugar, la familia estaría sometida a proceso que la hacen variar a lo largo de su historia. Así por ejemplo, Hill (1977), habla de la interdependencia de los diversos componentes de una familia como una variable que puede cambiar, comenzando por ser débil al inicio del matrimonio, variando después con el tiempo. Enseguida, él señala que “si se considera a la familia como un sistema que mantiene límites, se puede constatar que él es parcialmente cerrado, semi-autónomo, y una vez que está sometida a problemas internos, parece excluir al resto del mundo de sus asuntos” (op. cit. p. 35, trad. nuestra). En un artículo más reciente, Orth-Gomér y Johnson, (1987), se refieren a la red social como una característica cuya estabilidad sería débil en los sujetos de menos de 35 años. En la población de más edad sería estable, para comenzar a disminuir en la vejez. Ellos señalan, también, que el sostén social sería una variable más inestable en el tiempo que la red social.

Por lo tanto, si queremos evaluar la estructura familiar y su relación con la salud de sus miembros, será necesario tener en cuenta el hecho de que esta estructura puede variar según la etapa del ciclo de vida en que se encuentra la familiar.

Una segunda razón para ocuparse del ciclo de vida familiar, proviene de la idea de que el pasaje de una fase a la otra implica la posibilidad de una crisis del sistema familiar. Esta idea se basa en la presunción de que dicho pasaje significa una exigencia de cambio de los roles familiares, lo cual a menudo da lugar a un stress (Lavee, McCubbin y Olson, 1987). Volveremos después sobre esta noción de stress.

Una tercera razón, sería que a cada fase del ciclo correspondería un conjunto de actitudes, de hábitos y creencias, las cuales permitirían predecir la situación de cada familia según la fase en que se encuentra. Esta idea es expresada por Goode (1977), quien dice: “Se trataría de considerar cada estado del ciclo de vida como una variable y de analizar las actitudes y los modelos de valor que le corresponden” (trad. nuestra).

En resumen, si bien la noción de ciclo de vida es de utilización corriente en la literatura analizada, se está lejos de un consenso en cuanto al su valor. Así, uno de los problemas es que la noción de ciclo de vida familiar se funda en el grupo matrimonial y, a partir de este hecho, se ignora toda una serie de constelaciones familiares, tal como lo hemos mostrado antes (Kellam, Ensminger y Turner, 1977; Reeb y cols., 1986). Por otra parte, se ignora el caso de parejas sin hijos, o de parejas que inician su cohabitación con hijos (Troost, 1977).

Ello no quiere decir que se trata de un concepto inútil. Pensamos que la noción de desarrollo familiar, que se encuentra en el transcurso del ciclo de vida familiar, es una noción completamente válida y que vale la pena incorporarla en los análisis del tema que nos ocupa. Además, este proceso de desarrollo familiar parece estar sometido a particularidades que lo hacen variar de una cultura a otra.

Por lo tanto, más que preocuparse de las fases que atraviesa una familia, parece más interesante dedicarse al proceso de desarrollo mismo, de las leyes que lo determinan, de las características del pasaje de una fase a la otra, de las características de la vida familiar al interior de estructuras distintas a la familia nuclear. La determinación de las fases, en efecto, está fijada por el interés del estudio (Cuisenier, 1977).

2 LOS ÍNDICES DE SALUD

El objetivo de esta sección es sistematizar la información reunida en la primera parte para ver cuáles son los aspectos relacionados con la salud individual que aparecen tratados en la literatura revisada y, al mismo tiempo, señalar algunos elementos de relación con el ambiente familiar.

Tipos de índices utilizados

La observación de los índices o parámetros utilizados en las investigaciones señaladas, nos permite ver que ellas cubren una gama amplia de aspectos o procesos. Clasificaremos estas investigaciones en cinco grandes categorías, según los índices de salud utilizados.

- En primer lugar, están las investigaciones que utilizan la mortalidad como índice (Berkman y Syme, 1979; Berkman, 1986; House, Robbins y Metzner, 1982; Orth-Gomér y Johnson, 1987). En dichas investigaciones se estudia fundamentalmente la acción de la red social y del sostén social, encontrándose que, en general, ellos tienen un efecto protector en el sentido de disminuir el riesgo de mortalidad en las poblaciones estudiadas.
- En segundo lugar, podemos mencionar los estudios que utilizan como parámetro distintos índices relacionados a la salud mental de los sujetos. Aquí encontramos, por ejemplo, índices como tasa de enfermedad mental en grandes poblaciones (Bebbington, 1987; Segraves, 1980; Rushing, 1979), calidad de la reinserción social en pacientes que han sido hospitalizados por alguna enfermedad psiquiátrica (Spiegel y Wissler, 1986); Jaffe y cols., 1986; Long y cols., 1987) suicidio (Adam, 1986; Cross y Hirschfeld, 1986), violencia física (Jaffe y cols., 1986) o sexual (Alexander y Lupfer, 1987). Las variables familiares en relación con estos índices son variadas y prácticamente todas aquellas señaladas en la primera parte han sido investigadas en relación a este grupo de índices.
- En tercer lugar, están las investigaciones que utilizan como parámetro alguna situación en relación a trastornos psicossomáticos o situaciones que son afectadas por variables psicológicas. Ejemplo de esto son los estudios que se refieren a la enfermedad ulcerosa (Feldman y cols, 1986; Gilligan y cols., 1987), la hipertensión arterial (De Frank, Jenkis y Rose, 1987; Strogatz y James, 1986), la evolución sintomática de niños con dermatitis atópica (Gil y cols, 1987), asma bronquial (Onnis, Tortolani y Cancrini, 1986; Minuchin, 1978), o diabetes mellitus (Minuchin, 1978), el dolor crónico (al menos aquel de origen psicógeno) (Turk, Flor y Rudy, 1987). También podemos concluir en este grupo los

estudios en relación a alteraciones de la circulación coronaria, ya que el resultado de tales alteraciones será, a largo plazo, el riesgo de infarto al miocardio, considerando por algunos autores como una enfermedad con componentes psicósomáticos (Blumenthal y cols., 1987; Cohen y Matthews, 1987; Seeman y Syme, 1987). En este grupo se pueden considerar, también, los trabajos sobre la influencia del stress en el curso del parto (Nuckolls, Cassel y Kaplan, 1972; Klaus y cols., 1986), y los estudios sobre la dismenorrea (Whittle, Slade y Ronalds, 1987). Las variables familiares que son puestas en relación con estos índices corresponden, en general a todas aquellas citadas en la primera parte.

- Otro tipo de estudios hacen referencia al proceso de adaptación frente a la existencia de la enfermedad. Ejemplo de ello son los estudios sobre adaptación al cáncer de mama (Friedman y cols., 1988), adaptación de adolescentes a la presencia de un hermano enfermo crónico en la familia (Daniels y cols., 1986), adaptación del cónyuge de pacientes con dolor crónico (Dunn-Geier y cols., 1986), ajuste de la familia a la presencia de un niño portador de una enfermedad crónica (Cowen y cols., 1986). Las variables familiares asociadas con este proceso adaptativo son, principalmente, pero no exclusivamente, variables que reflejan la estructura interna de la familia. Otros estudios hacen referencia al sostén social, encontrando que éste tendría un efecto positivo, pero dentro de la literatura analizada son los menos frecuentes.
- Un quinto y último grupo de trabajos, hace referencia al proceso de enfrentamiento de la enfermedad (Dunst, Trivette y Cross, 1986; Fielding y cols., 1985; Byrne y Cunningham, 1985). Si bien dicho proceso podría considerarse como similar, sino igual, a lo que hemos señalado como adaptación, creemos que es diferente porque involucra una actitud mucho más activa de la parte del paciente o del grupo familiar. Tanto las variables que dicen relación con la estructura interna de la familia como el sostén social y la red social, han sido relacionadas con este proceso.

¿Qué tienen en común los diferentes índices de salud señalados?. En primer lugar, ellos se refieren todos a procesos multideterminados. Es decir, se trata de situaciones más bien inespecíficas, en las que un conjunto amplio de factores distintos entre sí pueden producir un resultado similar. En segundo lugar, la mayoría, sino todas, corresponden a situaciones de larga evolución. Dentro de la categorización médica, representan problemas de tipo crónico. En tercer lugar, obviamente, son situaciones o fenómenos cuya evolución, tal como ella es descrita en la literatura médica, están altamente ligados al contexto social en que se desarrollan.

De lo anterior, se desprende que la relación entre el ambiente familiar y los índices de salud analizados, no puede ser comprendida como una relación causal. De hecho, ésta es la opinión de la casi totalidad de los autores analizados.

Por otra parte, su evolución de tipo crónica, así como el hecho de que una misma variable es considerada a veces como la variable dependiente, mientras en otras es la variable independiente, lleva a pensar que la relación que se establece entre la familia y los índices presentados es una relación bidireccional, es decir, ambos se afectan mutuamente.

Finalmente, por su mismo carácter inespecífico, se comprende que cada variable o dimensión del ambiente familiar está en relación con ciertos índices, pero no con todos. Dicho de otra manera, cada elemento de la vida familiar puede afectar algunos, pero no todos los aspectos de la salud de sus miembros.

Quisiéramos señalar una limitación surgida de esta revisión y es que, salvo para los estudios sobre el proceso de adaptación o de afrontamiento de la enfermedad, todos los demás, es decir la gran mayoría, utilizan como índice de salud un estado mórbido. Pensamos que en el establecimiento de una relación entre familia y salud individual, será necesario iniciar un proceso de reflexión para ampliar esta concepción e ir más allá de la enfermedad, incorporando otros indicadores.

Es en base a las premisas recién mencionadas que entendemos la acción de la familia como una acción “contextual”. Por lo tanto, la utilización de términos tales como “familia normal” o “familia patológica” resulta muy discutible. Ello significaría “patologizar” un contexto, lo cual nos parece tan injustificado como la intención de “patologizar” una sociedad. Lo que interesa en este campo no es la definición de contextos “normales” o “enfermos”, sino la comprensión de los mecanismos a través de los cuales determinados contextos pueden favorecer o dificultar un proceso particular, esto es, el proceso individual que se desarrolla en torno a la salud y la patología.

Por lo tanto, la noción de “normalidad familiar” nos parece una noción relativa, en el sentido que ella debe ser analizada en función de índices particulares. Su utilidad aparece especialmente en estudios epidemiológicos de grandes poblaciones, con el fin de pesquisar grupos de riesgo y de identificar aquellas variables que aparecen relacionadas con determinados tipos de índices. Pero, frente a cada caso particular, será importante tener en cuenta que no basta la presencia de un contexto desfavorable para la alteración de la salud de un sujeto, sino que se requerirá, además, la presencia de otros factores. Lo mismo puede ayudar a comprender porqué frente a la presencia de ciertos factores patógenos, el individuo permanecerá sano. Posiblemente ello sea el resultado de un ambiente familiar favorable.

Hasta aquí hemos señalado que existe una relación entre familia y ciertos indicadores de salud individual, pero no hemos dilucidado el problema de fondo de esta relación. En efecto, la mayor parte de los estudios señalados en la primera parte utilizan como metodología de estudio los modelos de correlación. En último término, ello significa solamente que las variables familiares y los índices utilizados están en relación uno con otro. Pero, ¿cómo se establece dicha relación?. Por otra parte, ya hemos señalado que es necesario entender esta relación como bidireccional. ¿Qué elementos, aparte de los ya señalados, nos permiten afirmar la existencia de esta bidireccionalidad?. A nuestro juicio, hay dos fenómenos que permiten estudiar estos aspectos. En primer lugar, el análisis de las funciones familiares y, en segundo lugar, el stress familiar.

3. LAS FUNCIONES FAMILIARES

En la revisión que hemos hecho, frecuentemente los autores hacen referencia a diversas funciones o tareas familiares, las cuales no son explícitamente estudiadas, Creemos, sin embargo, que su explicitación puede ayudar a comprender la relación que se establece entre la familia y la salud de sus miembros.

Para analizar las funciones que cumple la familia en el campo de la salud individual, las presentaremos de dos maneras:

3.1 En primer lugar, se puede hablar de funciones instrumentales y de funciones afectivas. En el primer caso, no referiremos fundamentalmente a tareas tales como la transmisión de hábitos y actitudes que tienen impacto sobre la salud de las personas (Dunst, Trivette y Cross, 1986; Nater y cols., 1985), la entrega de cuidados en el curso de la terapia (Black y cols., 1985; Cowen y cols., 1986; Daniels y cols., 1986; Fielding y cols., 1985; Mc Cormick, Stemmler y Athreva, 1986; Mc Cubbin y cols., 1983; Spielgel y Wissler, 1986) o bien el entrenamiento en habilidades específicas, como el aprendizaje de técnicas de reanimación (Dracup y cols., 1986).

Por funciones afectivas, entendemos aquellas que se refieren a las acciones en relación al desarrollo psicoafectivo del niño (Levy-Shiff, 1986; Lewis, 1986), el otorgamiento de sostén emocional a los miembros de la familia (De Franck, Jenkins y Rose, 1987; Dunst, Trivette y Cross, 1986; Lewis, 1986), la influencia en la mantención o extinción de comportamiento asociados a una enfermedad, como es el caso de las conductas asociadas al dolor (Block, 1981; Dun-Geier y cols., 1986; Hughes y cols., 1987), o su participación en el proceso de enfrentamiento a situaciones estresantes (Cohen y Matthews, 1987; Kazak y Clark, 1986). Esta última función se asemeja a la que hemos denominado como aporte de sostén emocional, pero creemos que se diferencia en el sentido de que es más específica y menos global que esta última. Además, como veremos en la sección siguiente, existe una literatura abundante sobre la conducta de enfrentamiento al stress que justifica su estudio por separado.

3.2 Una segunda manera de comprender las funciones familiares es poniéndolas en relación al proceso salud-enfermedad. Si consideramos este proceso desde una perspectiva temporal, podemos ver que la familia actúa a diferentes momentos con acciones particulares. Así, las acciones instrumentales que hemos señalado como transmisión de hábitos y actitudes y las acciones afectivas en relación al desarrollo psico-afectivo del niño pueden ser consideradas como funciones de tipo preventivas. Una vez que la enfermedad está instalada, las acciones instrumentales que dicen relación con la participación del grupo familiar en acciones terapéuticas así como el aporte de sostén emocional, la influencia sobre conductas asociadas a la enfermedad, entre las acciones afectivas, pueden ser consideradas como acciones que modificarán el curso de la enfermedad.

Un ejemplo de asignación de labores terapéuticas a la familia, con el fin de modificar el pronóstico de una enfermedad, se halla en el trabajo de Dracup y cols. (1986). En él, los autores se refieren a una experiencia de entrenamiento en técnicas de reanimación cardiorespiratoria a familiares de

pacientes que presentaban un riesgo de muerte por enfermedad cardíaca. El estudio estuvo dirigido a evaluar el efecto de dicho entrenamiento sobre los familiares y los pacientes. Sus resultados muestran que en el caso de los pacientes éstos referían más ansiedad y depresión, en comparación a un grupo control, cuando algún miembro de su familiar era entrenado en técnicas de reanimación o era educado en relación a factores de riesgo asociados a su enfermedad. Por otra parte, el ajuste psicosocial de los pacientes era afectado negativamente. También, los miembros de la familia que participaban en el entrenamiento o eran educados en torno a la enfermedad que presentaba el paciente experimentaban más depresión y ansiedad que los familiares del grupo control.

Lo anterior significa que la participación de los familiares en actividades terapéuticas no es una labor que se realice sin alguna repercusión sobre el grupo familiar. Los datos de este estudio permiten sospechar que la dinámica interna de la familia se modificó como consecuencia de su participación, en el sentido de aumentar el sentido de responsabilidad de la familia y el sentimiento de dependencia de los pacientes. En conclusión, la incorporación de la familia en labores de terapia, no sólo debe considerar los aspectos de entrega de información, sino que además debiera evaluar el efecto que tiene sobre la familia una experiencia de este tipo.

3.3 Finalmente, queremos señalar otra función no incluida entre las anteriores. Ella se refiere a la participación de la familia en la definición de lo que es la salud y la enfermedad. En algunas sociedades, especialmente las tradicionales, sería el grupo familiar el encargado de “diagnosticar” una enfermedad y definir la acción de seguir. Sin embargo, una situación similar se puede observar en las sociedades industrializadas. Algunos autores señalan, por ejemplo, que 70 a 90% de todos los episodios de enfermedad son manejados fuera del sistema formal de salud y que el auto-tratamiento al interior del grupo familiar proporciona una cantidad apreciable de cuidados en salud durante la vida del sujeto (Turk, Flor et Rudy, 1987).

De Wals y cols. (1984), estudiando la mortalidad por enfermedad meningocócica en Bélgica, encontraron que uno de los factores asociados con riesgo aumentado de mortalidad estaba constituido por el retraso en la evaluación de la gravedad de la situación por parte de la familia, particularmente entre las de bajo nivel socioeconómico. Ellos sugieren que una medida importante para mejorar el pronóstico de este tipo de enfermedad es la educación de la madre, especialmente las más jóvenes y que pertenecen a bajo nivel socioeconómico, para permitirle reconocer los signos de gravedad de la enfermedad.

Una situación similar se refiere al rol de la familia en la elaboración de una representación de la salud (von Allmen et cols., 1988). Estos autores se refieren a dos orientaciones en la definición de una representación a la salud. La primera estaría formada por la dicotomía reflexiva-instrumental y la segunda, por la dicotomía endógena relacional. Es interesante constatar en el trabajo de estos autores que estas orientaciones se relacionan con ciertas dimensiones de la familia y más exactamente con su inserción social. Así, la orientación relacional se correlaciona con un modo de funcionamiento que los autores llaman meta-doméstico y que enfatiza la relación con otros

grupos sociales. Por el contrario, las familias con una orientación endógena recuerdan el caso de familias descritas como aisladas en relación a las características en su red social. Los autores avanzan la hipótesis según la cual la orientación reflexiva-instrumental se caracterizaría, también por cierto tipo de funcionamiento familiar. Entre sus conclusiones, los autores señalan que “la familia, según nosotros, imprime su marca a sus miembros y orienta sus maneras de ver, particularmente en el dominio de la salud” (trad. nuestra).

Por otra parte, un elemento que se encuentra en el trasfondo de las consideraciones anteriores es el hecho de la existencia de un saber familiar. En efecto, pensamos que las diferentes funciones señaladas, y especialmente las instrumentales, se llevan a cabo a partir de un conjunto de creencias, normas y valores que actúan como un saber no establecido formalmente, pero no por eso menos importante que un saber formal. Schultheis y Luscher (1987), se refieren a la existencia de un saber familiar, constitutivo de un “folk model”, en oposición al saber científico, constitutivo de un “expert model”, especialmente en el campo de la puericultura, donde el saber se trasmite dentro del contexto familiar y de madre a hija. Otra área donde dicho modelo podría ser encontrado es en la transmisión del saber sexual y del saber técnico relativo al control de las consecuencias biológicas del comportamiento sexual (Schultheis y Luscher, 1987, pp. 242-243).

Entre el saber científico y el saber familiar, existe a veces una discrepancia, incluso una oposición, en el sentido de que muchas veces el saber familiar es despreciado y considerado como completamente inadecuado por los detentores del saber científico. Pero, por otra parte, se puede dar otro tipo de interrelación, en el sentido de que la familia tomaría la información proveniente del saber científico para confirmar y reforzar sus propias creencias y valores, es decir, como refuerzo social de su propio saber-hacer.

Queremos subrayar la total ausencia en la literatura analizada de trabajos referidos a este saber familiar a pesar de que podría constituir como lo hemos señalado, un elemento importante para entender las funciones que cumple la familia en relación a la salud familiar. Dicha ausencia podría explicarse por la tendencia a estudiar los defectos y fallas de la familia respecto a un saber establecido, más que sus recursos y potencialidades. Un estudio orientado a reconocer y activar los recursos propios de la familia debiera, por lo tanto, considerar dicho saber familiar.

A nuestro juicio, otra razón para dedicar más importancia a este saber es que él podría representar, junto a otras creencias y valores (Lewis, 1986), y junto a las dimensiones afectivas, un elemento alrededor del cual se constituye la estructura familiar. Es decir, puede llegar a ser parte de la identidad del grupo familiar, por lo que cualquier intento de modificación de dicho saber debiera justificar su legitimidad. Una de las condiciones de legitimación propuesta por Schultheis y Luscher, (1987) es la consideración de las consecuencias que la utilización de un saber extraño al grupo familiar puede tener sobre el funcionamiento de éste, un ejemplo de lo cual se halla en el trabajo de Dracup y cols. ya citado (Dracup y cols., 1986).

En conclusión, creemos que está establecido el rol de la familia en relación a la salud de sus miembros, rol que se llevaría a cabo a través de distintas funciones, algunas de las cuales hemos

enumerado en los párrafos anteriores. La pregunta que nos podemos hacer es ¿de qué manera la estructura familiar se relaciona con las funciones antes señaladas? Un estudio entre los citados (Von Allmen y cols., 1988) se refiere explícitamente a este punto y plantea conclusiones interesantes que merecen ser estudiadas en profundidad.

Pensamos que otro punto que debe ser profundizado en la relación entre estructura familia y recursos familiares. Ya nos hemos referido a uno de dichos recursos, el saber familiar, y en la próxima sección volveremos sobre este concepto.

4. EL STRESS FAMILIAR

4.1. La noción de stress

Si bien este es un tema mencionado con frecuencia en la literatura revisada, es también frecuente que la noción de stress no sea definida explícitamente, sino que la mayor parte de los autores asume una definición operacional.

En general, hay tres nociones que son mantenidas por la mayor parte de los autores: (McCubbin, 1979; McCubbin y cols., 1988).

- La existencia de eventos de vida u ocurrencias de magnitud suficiente como para llevar a un cambio en el sistema familiar.
- Una función de la respuesta de la familia estresada. En este caso se considera el residuo de tensiones, problemas o conflictos que permanecen sin ser resueltos o manejados.
- El término de crisis, usado con frecuencia, se refiere a la incapacidad o desorganización en la familia donde los recursos son inadecuados.

Como puede apreciarse, existe un claro paralelo entre la noción de stress tal como él es definido a nivel individual y la noción de stress familiar. Esto se refleja, también, en los métodos utilizados más frecuentemente para la evaluación del stress, que como veremos provienen en gran parte de conceptualizaciones realizadas a nivel individual.

En general, se considera que el stress como un proceso desencadenado por la ocurrencia de un evento que modifica o cambia el contexto social del sujeto y que implica, por lo tanto, un esfuerzo de adaptación por parte del individuo, o de la familia (Rabkin y Struening, 1976; Beckman, 1983). De lo anterior, se desprenden dos puntos de referencia para evaluar la magnitud del stress: la evaluación de los eventos que inducen el stress y la evaluación de los efectos producidos por ellos. Como veremos más adelante, la adopción de uno u otro punto de referencia no es indiferente puesto que el resultado no será necesariamente el mismo.

Uno de los primeros métodos para evaluar el stress es la Escala de Readaptación Social, elaborada por Holmes y Rahe (Holmes y Rahe, 1967). A partir del análisis de casos, ellos elaboraron una lista

de 43 eventos que, frecuentemente, precedían la aparición de una enfermedad. A continuación, solicitaron a un grupo de 400 personas que le asignaran a cada evento un puntaje, según el grado de ajuste o adaptación requerido. Este puntaje podía ser una cifra entre 0 y 1000. Los autores le asignaban al matrimonio una cifra a priori de 500. A partir de sus resultados, elaboraron una escala con puntajes para cada evento que reflejarían la cantidad de ajuste requerido, suponiéndose que dicho ajuste refleja la magnitud de evento estresante. Estas magnitudes, a su vez, son sumatorias, es decir, a mayor número de eventos, mayor cantidad de ajuste requerido, o sea, mayor stress. Esto ha llevado a algunos autores a utilizar solamente el número de eventos estresantes como indicativos del stress familiar (Beautrais y cols., 1982).

Este cuestionario ha sido utilizado en el estudio de familias con niños deficientes (Beckman, 1983; Wikler, 1986), o en el estudio de mujeres embarazadas (Nuckolls, Cassel y Kaplan, 1972).

Por otra parte, Coddington (1972, a y b), utilizó la conceptualización de Holmes y Rahe para construir un instrumento similar destinado al uso en la población infantil. Partiendo de los mismos postulados de base, él elaboró una lista de 43 eventos que, a su juicio, eran de ocurrencia frecuente en la infancia y los sometió al juicio de profesores, pediatras y profesionales de salud mental que trabajaban con niños. Los puntajes asignados por estos “expertos”, representa una evaluación de la cantidad de ajuste que cada evento requiere por parte de los niños.

Si bien hay numerosas observaciones que pueden hacerse a este trabajo, queremos señalar una que nos parece importante en el contexto de la presente discusión. Examinando el orden de los eventos dentro de la lista, es decir su importancia relativa respecto a cada uno de los otros eventos, Coddington no halló diferencias significativas entre los tres grupos de expertos. Sin embargo, al analizar el puntaje dado a cada evento, halló que habían diferencias significativas en 71 a 144 casos, que se explicaban por una diferente valoración que hacían los profesores, por una parte, y los profesionales de salud mental y pediatras, por otra. Ello lleva a plantearse dudas acerca de la validez de considerar como válido el juicio de “expertos” para evaluar el impacto que un evento puede tener sobre los niños.

Este instrumento ha sido utilizado en el estudio de situaciones con componente psicosomático como por ejemplo en niños con dermatitis atópica (Gil y cols., 1987) o con dolor abdominal (Hodges y cols., 1984).

Un segundo método muy utilizado para medir el stress es la Escala de Recursos y Stress (QRS) de Holroyd (Holroyd, 1974). En este caso, el stress es evaluado a partir de los problemas encontrados a nivel familiar, los cuales serían secundarios al evento estresante. Este cuestionario fue desarrollado específicamente para la evaluación del stress en familias con niños deficientes, y es en esta literatura que se le encuentra con frecuencia (Wilton y Renaut, 1986; Friedrich, 1979; Friedrich y Friedrich, 1981; Beckmen, 1983, 1983; Wikler, 1986), pero posteriormente ha sido utilizado en el estudio de familias con niños portadores de otras enfermedades crónicas (Dunst, Trivette y Cross, 1986; Holroyd y Guthrie, 1986).

Beckman (1983), estudió las características del niño que podían influenciar el grado de stress de la madre y encontró que ciertas características se asociaban con el nivel de stress medio según el QRS, pero no se asociaban con el nivel medio según la formulación de Holmes y Rahe. Por otra parte, Wikler (1986) encontró resultados similares estudiando la correlación entre stress familiar y etapas de transición en familias con niños deficientes. Ambos autores llegan a la conclusión de que los dos instrumentos miden situaciones diferentes en la vida familiar.

Otros autores han utilizado metodologías mixtas, fundamentalmente clínicas en que se evalúa la cantidad de eventos estresantes y la repercusión que ellos tienen sobre el sujeto. Esta repercusión puede ser evaluada por el sujeto mismo o por un observador externo (Mölsä y Mölsä, 1985; Gilligan y cols., 1987; Cohen y Anderson, 1986).

4.2 Los eventos

Hemos señalado que en base a la conceptualización del stress se derivan dos aspectos importantes. El primero de ellos es el estudio de los eventos y a él nos referimos a continuación.

Una de las definiciones habitualmente es la de Hill, quien propuso un modelo para el estudio del stress familiar que ha sido muy utilizado en la literatura sociológica. Uno de los componentes de dicho modelo es el factor A, “el evento y las exigencias relacionadas con él” (cit. en McCubbin y cols., 1980; Walker, 1985). De aquí se deriva, posiblemente, la concepción según la cual el evento está estrechamente relacionado a las exigencias y modificaciones que genera. De hecho, la mayor parte de las investigaciones no diferencia un evento de lo que es la respuesta a él, en parte porque los estudios son transversales y no se considera la dimensión temporal (McCubbin y cols., 1980; Walker, 1985). Ello explica, también, porque el stress es definido como una interrelación entre el evento y la percepción del mismo, como en la formulación de Holmes y Rahe (1967). En cambio, ya hemos visto que en la formulación de Holroyd (1974) lo que cuenta son las consecuencias del evento. Estos dos aspectos, que podrían estar íntimamente ligados, parecen referirse más bien a dos cosas diferentes, como ya hemos mencionado.

Dentro del estudio de los eventos, un aspecto importante es la discusión acerca de la importancia del número de ellos, versus la importancia de la significación de los mismos. En lo que se refiere a la significación, numerosos estudios se han dedicado a estudiar el nivel de stress en relación a ciertas características del evento, particularmente en el caso de familias con niños deficientes. Entre las características señaladas podemos citar la edad del niño (Wilton, 1986; Kazak y Marvin, 1984; Friedrich, 1981), el tipo de déficit, (Kazak, 1986), el temperamento del niño, su reactividad, la presencia o ausencia de modelos conductuales repetitivos, la demanda de cuidados y la tasa de progresos (Beckman, 1983).

En otras situaciones, también se hace referencia a las características del evento para explicar el nivel de stress familiar, como en el caso del botulismo (Cohen y Anderson, 1986), Hodges y cols., (1984) encuentran en su estudio que los niños con dolor abdominal referían más eventos ligados a la enfermedad y a la muerte que un grupo de niños con trastornos conductuales y un grupo de

niños sanos. En cambio, en el grupo con trastornos conductuales había más presencia de eventos de naturaleza psicosocial, como divorcio y problemas de comunicación parental.

Otros autores se refieren a la importancia de considerar la significación del evento. Para Kovess (1986), por ejemplo, la significación del evento varía de acuerdo al grupo social, el sexo y la edad. Opiniones similares son expresadas por Le Roux (1986). Para Amiel-Lebigre (1986, a y b), no es el número de eventos lo que interesa sino su impacto, la manera de vivirlos. Además, para este autor, los efectos de un evento no son determinados por las características del mismo, sino por la personalidad del sujeto, y su relación con la aparición de enfermedad no sería de tipo causal, sino precipitante.

Algunos estudios, sin embargo, encuentran que hay una relación entre número de eventos y aparición de enfermedades (Beautrais y cols., 1982). Por otra parte, algunos estudios que han investigado tanto el número de eventos como su significación encuentran que esta última tiene más valor predictivo, pero la cantidad de eventos no está exenta de valor. Además, es posible pensar que la acumulación de eventos tiene en sí misma un significado, es un evento con significación propia.

La importancia dedicada al estudio del evento deriva de una concepción de fondo. Ya hemos mencionado las relaciones con la teoría del stress individual. En dicha teoría, se asume que el organismo está en una situación de homeostasis, sobre la cual viene a actuar un evento. El stress representa la reacción del organismo para recuperar el equilibrio. Esta conceptualización se halla, también, presente de manera implícita en el estudio del stress familiar. Así, se considera que el evento es algo que viene a interrumpir el ciclo de vida normal de la familia (Mölsa y Mölsa, 1985). Esta concepción de la familia como un sistema que tiende a la homeostasis no es aceptada por todos los autores.

Walker, (1985), propone lo que él llama una concepción contextual, en la cual el stress y los eventos forman parte de la historia de una familia, la cual normalmente está enfrentando situaciones de stress y cambio. En esta conceptualización, el evento no tiene importancia; lo que interesa es el estudio de la familia y sus características. En efecto, de acuerdo a lo que hemos señalado recién, podemos concordar con este último autor en el sentido de que uno de los puntos débiles de la teoría de Hill es la necesidad de identificar un evento en el origen de la crisis familiar. Esta identificación no siempre es fácil y las más de las veces resulta insuficiente, en el sentido de que el evento no necesariamente es un hecho único y definido en el tiempo, sino que puede muy bien significar un proceso, en el sentido de una acumulación de eventos. Esto nos lleva a pensar que el evento es en sí mismo inseparable de la reacción que produce, pero en el sentido que dicha reacción puede, a su vez, constituir parte del evento, o un nuevo evento. Ello nos lleva a pensar que el evento es en sí inseparable de la reacción que provoca, en la medida que esta reacción puede, a su vez, ser parte del evento o constituir uno nuevo. El stress, en cambio, es también respuesta con intenciones adaptativas, es decir, se refiere a un proceso que engloba y a su vez determina el curso del evento, en el sentido que puede terminar con él o prolongarlo.

Analizaremos esta relación entre los eventos y las modificaciones que produce en el próximo punto.

4.3 Modificaciones inducidas por el evento

Un segundo punto que se deriva de la definición de stress dice relación con las modificaciones producidas a nivel familiar. Estas modificaciones son consideradas como indicadores del nivel de stress, como por ejemplo en la formulación de Holroyd (1974). Sin embargo, como veremos a continuación, dichas modificaciones podrían formar también parte del proceso de adaptación a la situación de stress.

Señalaremos en primer lugar las recepciones del stress a nivel individual, luego a nivel familiar y finalmente veremos la relación de dichas modificaciones con el proceso de enfrentamiento.

4.3.1. Modificaciones a nivel individual

Una de las situaciones más estudiadas ha sido la repercusión que se observa después del nacimiento de un niño deficiente. En un estudio descriptivo (Mölsä y Mölsä, 1985), los autores encontraron que la respuesta inicial fue la negación, la aparición de conductas negativas, la depresión, sentimientos de culpa, rechazo y aislamiento. Este estudio consideró a todos los miembros de la familia y los resultados muestran que la adaptación fue más rápida en los hermanos y abuelos que en los padres.

Un punto interesante a señalar es que los efectos sobre los hermanos no son necesariamente negativos si bien en el corto plazo esto puede ser la realidad más frecuente. En estudios que consideran la situación a largo plazo, es posible observar efectos negativos en términos de stress y daño psicológico, derivado del hecho de tener que cuidar al niño, realizar labores extrañas en la casa y debilitamiento de los lazos con la madre. Sin embargo, también es posible observar efectos positivos, como una mayor capacidad de adaptación y desarrollo de sentimientos altruistas (Byrne y Cunningham, 1985).

Otros estudios han encontrado que una mayor cantidad de stress familiar se asociaba a mayor morbilidad en los niños, los cuales estaban más expuestas a presentar diversos tipos de enfermedades (Beautrais y cols., 1982). En el caso de los padres, se ha visto que ellos experimentan ansiedad y depresión después del nacimiento de un niño deficiente (Kazak y Marvin, 1984). Queremos aprovechar de señalar que esto es un buen ejemplo de cómo las consecuencias de un evento pueden a su vez transformarse en un nuevo evento.

Por último, algunos autores señalan que estos efectos del stress sobre los individuos no son lineales, sino que están mediados por una serie de variables intermedias, una de las cuales es el sostén social, el cual podría disminuir la frecuencia de problemas físicos y psicológicos en padres de niños deficientes (Dunst, Trivette y Cross, 1986). Volveremos más adelante sobre la importancia de estas variables mediadoras.

4.3.2. Modificaciones a nivel familiar

Si consideramos las repercusiones del evento estresante sobre la familia vemos que numerosos cambios se operan en ella. Mölsä y Mölsä (1985) encontraron que posteriormente al nacimiento de un niño deficiente, la relación entre éste niño y la madre fue fortalecida, mientras que la relación entre la madre y los otros hermanos se debilitó. Por otra parte, la relación del padre con los hermanos fue más cercana que aquella con el niño deficiente. Esto apunta a la idea de que un evento como el nacimiento de un niño deficiente lleva a una redefinición de roles al interior de la familia, con la madre asumiendo de manera más marcada un rol de cuidado del niño enfermo y el padre acentuaría su rol instrumental (Kazak y Marvin, 1984; Kazak, 1986).

La reproducción sobre la relación marital ha recibido atención particular. Friedrich (1981) señala que el nacimiento de un niño deficiente disminuye la satisfacción marital, mientras en otro estudio (Kazak y Marvin, 1984) se aprecia un aumento de la satisfacción marital. Esta divergencia podría explicarse por la utilización de distintos instrumentos para medir la satisfacción marital.

4.3.3. Modificaciones y afrontamiento

A pesar de las divergencias existe acuerdo en el sentido que la aparición de un evento puede llevar a modificaciones más o menos permanentes de la estructura familiar. Algunas de estas modificaciones, como una mayor diferenciación de roles, podrían considerarse como deficitarias, pero por otro lado ellas pueden representar una respuesta adaptativa de la familia, con distintos eventos produciendo distintos tipos de respuesta familiar (Kazak, 1986).

La diferencia en la respuesta puede entenderse también a partir de la idea de que un mayor impacto del evento puede requerir un mayor esfuerzo de enfrentamiento, el cual se dirigirá a mantener la integridad y estabilidad familiar, así como a la mantención de relaciones de sostén mutuo entre los miembros de la familia (McCubbin, 1979).

Es decir, las modificaciones producidas en la familia no son solamente un efecto pasivo producido por el evento, sino que además pueden representar una respuesta activa de la familia en su enfrentamiento al mismo. Lo anterior nos lleva a considerar la noción de enfrentamiento.

4.4. El proceso de enfrentamiento

El enfrentamiento (coping de los anglosajones) es ampliamente definido como estrategias para manejar el stress (McCubbin, 1979). Más explícitamente, se habla del enfrentamiento como las conductas, cogniciones o percepciones dirigidas a la resolución o mitigación de eventos de vida potencialmente estresantes (Byrne y Cunningam, 1985). Por lo tanto, se desprende de lo anterior que el enfrentamiento no es un proceso unitario sino multidimensional y que su estudio requiere la observación en el curso del tiempo, pues diferentes estrategias pueden ser usadas a diferentes momentos. Sin embargo, algunos autores se limitan a estudiar el enfrentamiento a partir de las consecuencias producidas por el evento, medidas según la escala de Holroyd (Friedrich, 1981). En

este caso, la suposición implícita es que una disminución del stress es el resultado de un enfrentamiento exitoso.

El estudio del proceso de enfrentamiento ha comenzado a recibir atención hace algunos años solamente (McCubbin y cols., 1980). Su estudio se ha basado en el análisis de las estrategias y recursos que la familia moviliza en vistas a enfrentar el o los eventos que la afectan. Dedicaremos la próxima sesión a la revisión, precisamente, de los recursos familiares.

4.5. Los recursos familiares.

La concepción de recursos no se halla definida de manera explícita en la literatura, a pesar de ser un tema abordado con frecuencia. Para entenderlos, seguiremos la clasificación propuesta por algunos autores que los dividen en recursos individuales y recursos familiares.

4.5.1. Recursos individuales.

Para Rabkin y Struening (1976), la percepción que el sujeto tiene el evento estresante estará influenciada en el parte por su sensibilidad biológica y psicológica, por su inteligencia, sus habilidades verbales, el tipo de personalidad, las defensas psicológicas y el sentido de manejo de la realidad.

En un estudio de pacientes ulcerosos, Feldman (1986) encontró que dichos pacientes diferían de los controles en factores de personalidad, habilidad de enfrentamiento (fuerza del ego) y en sostén social. El autor concluye que ello podría influenciar la percepción que los pacientes ulcerosos tienen de los eventos en el sentido de percibirlos de manera más negativa.

Se desprende de lo anterior que hay una superposición entre la noción de recursos y de variables mediadoras. Es decir que para algunos autores el sostén social es una variable mediadora y para otros es un recurso. Sea como sea, tenemos la impresión que no existe mayor diferencia entre ambos términos, por lo que seguiremos usando el de recursos.

Para Walker (1985) los recursos individuales son la autoeficacia, el sostén social percibido, la oportunidad para ventilar sentimientos, la habilidad para hallar significación en el resultado de la situación estresante y la experiencia previa con el stress. El añade que el análisis de los recursos individuales puede permitir una mejor comprensión de los procesos de enfrentamiento a nivel individual.

Señalemos por último que Byrne y Cunningham (1985) consideran como recursos potenciales la salud y energía de los miembros de la familia, su habilidad para resolver problemas, su percepción y definición de la situación.

4.5.2. Recursos familiares

Entre los recursos propios de la familia, podemos mencionar en primer lugar la satisfacción marital. En efecto, numerosos autores se refieren a ella como un recurso para enfrentar el stress

(Kazak y Marvin, 1984; Walker, 1985; Kazak, 1986; Friedrich, 1981; Dunst, Trivette y Cross, 1986). El efecto de esta característica sería la de tampón, frente al nacimiento de un niño deficiente, por ejemplo (Kazak, 1986).

Para Dunst, Trivette y Cross, (1986), el nivel socioeconómico afecta la satisfacción marital en el sentido que las familias más pobres presentan un nivel de satisfacción menor.

No está claro, sin embargo, si la satisfacción marital representa verdaderamente un recurso. Si bien está demostrado que la relación entre interacción marital positiva y conducta de enfrentamiento parental exitosa con un niño deficiente (Kazak, 1986 soc), ello no implica necesariamente que la satisfacción marital sea un recurso. Volveremos más adelante sobre éste punto a propósito de otras variables.

Un segundo recurso señalado es la cohesión familiar (Olson, Sprenkle y Russel, 1979; Walker, 1985; McCubbin y cols., 1980). La hipótesis en este caso es que un mayor grado de cohesión es un recurso favorable en el sentido que favorece un enfrentamiento adecuado del stress.

Un tercer recurso, estaría constituido por la adaptabilidad familiar (Olson, Sprenkle y Russel, 1979; McCubbin, 1980; Walker, 1985). Al igual que en el caso anterior, se considera que un grado adecuado de adaptabilidad permitirá a la familia un enfrentamiento conveniente de los eventos estresantes.

La observación que hicimos en relación a la satisfacción marital, respecto a si es o no un recurso, puede ser aplicada a las dos últimas variables. En efecto, si bien se ha demostrado que existe una relación entre dichas características y el proceso de enfrentamiento, ello no basta para afirmar que sean recursos del sistema familiar. La relación puede bien explicarse de otra manera. Por ejemplo, las tres características mencionadas pueden ser consideradas como dimensiones que facilitan la movilización y utilización adecuada de los recursos que tiene cada individuo al interior de la familia y de otros que sean propios a ella. Así, una relación marital que sea satisfactoria puede permitir a cada uno de los cónyuges poner al servicio de las tareas familiares sus propios recursos. Lo mismo puede ocurrir si el nivel de cohesión y adaptabilidad son adecuados; ambos pueden actuar precisamente sobre el nivel de satisfacción que cada uno de los cónyuges experimenta al interior de la relación.

¿Cuáles podrían ser considerados, entonces, como recursos de la familia para enfrentar el stress? Creemos que ellos están representados básicamente por la noción de sostén social y el saber familiar.

El primero de ellos, el sostén social, aparece mencionado como recurso por varios autores (Byrne y Cunningham, 1985; Briancon y cols., 1985; Nuckolls, Cassel y Kaplan, 1972; Kazak y Marvin, 1984; Walker, 1985; Kazak, 1986; Friedrich, 1981; Dunst, Trivette y Cross, 1986; McCubbin, 1979). Ya hemos señalado, en la primera parte de este trabajo, sus aspectos conceptuales, por lo que no quisiéramos volver aquí sobre este punto. Señalaremos sí dos aspectos de importancia en el

contexto de la presente discusión. El primero se refiere a la observación de que la relación entre sostén social y enfrentamiento no siempre es una relación positiva. Algunos autores señalan, por ejemplo, la posibilidad de que una red social más densa constituya una fuente de stress adicional para la familia (Byrne y Cunningham, 1985; Kazak y Marvin, 1984; Walker, 1985). También, ciertos grupos sociales podrían interferir con un proceso de enfrentamiento adecuado por la entrega de información errónea (Briancon y cols., 1985).

Un segundo aspecto se refiere a la relación entre la familia y el sostén otorgado por organizaciones de salud formales. Ellas, no siempre son la fuente más importante de sostén informado por las familias (Byrne y Cunningham, 1985) y, a veces, constituyen una fuente de desorientación y desesperanza (Kazak, 1986). Por lo tanto, la relación entre sostén social y enfrentamiento del stress por parte de la familia, resulta compleja, aunque en términos generales y en estudios a gran escala, su efecto protector parece demostrado, como es el caso de los resultados que consideran la mortalidad como índice de salud.

El saber familiar puede ser considerado como un segundo recurso de importancia para la familia. Ya nos hemos referido a él con anterioridad y en este momento quisiéramos recalcar solamente que, en general, se le ha dado poca importancia a este factor. Sin embargo, su influencia puede manifestarse en el caso de dos familias con niño deficiente, por ejemplo. Aquí, las creencias y percepciones de la familia acerca del déficit pueden ser centrales en las estrategias de enfrentamiento (Byrne y Cunningham, 1985). Ello dice relación con un fenómeno considerado como central en el proceso de enfrentamiento, cual es la definición familiar del evento (Byrne y Cunningham, 1985; Walker, 1985; McCubbin y cols., 1980).

La incorporación del saber como recurso permite, además, explicar la relación que algunos autores plantean entre conducta de enfrentamiento y edad de los padres (Alvarez, 1982), en el sentido de que los padres más jóvenes, especialmente adolescentes, no estarían suficientemente preparados, desde el punto de vista de sus conocimientos, para responder a las exigencias de la crianza de un hijo.

A título de conclusión parcial, podemos señalar que el stress constituye pues un fenómeno complejo, que debe ser estudiado en consideración de su desarrollo temporal. Numerosos elementos aparecen como parte de este fenómeno, siendo los más sobresalientes el evento que desencadena el stress (si se acepta la visión clásica), las modificaciones inducidas por dicho evento en la familia, la respuesta de ésta en el sentido de disminuir o controlar los efectos producidos y los recursos con que cuenta la familia para realizar dicha tarea. El resultado final de todo este proceso puede ser ya sea la vuelta a un estado similar al que existía redefinición de roles, por ejemplo. A su vez, la intensidad de dicho proceso puede tener como consecuencia la aparición de un estado sintomático en uno o más de los miembros de la familia. Además, la familia no reaccionaría pasivamente frente al stress, sino que tendría por función administrar los recursos de sus miembros para hacer frente al mismo (Byrne y Cunningham, 1985), a la vez que aparece como una estructura que tiene como función medir la reacción de stress de sus miembros (Cohen y Anderson, 1986).

Siendo un fenómeno tan complejo, es necesario considerar si es válido intentar medir el stress a partir de uno sólo de sus componentes, antes de determinar si dicho factor es o no representativo del proceso global. Mientras no hay una respuesta a la anterior, creemos que es conveniente estudiar el stress en la multiplicidad de sus elementos, es decir, el evento, la respuesta, las modificaciones que induce sobre la familia y los recursos con que ésta cuenta para enfrentar el stress. Sólo así podremos comprender más fácilmente los resultados de este proceso.

IV. CONCLUSIONES

No queremos retomar aquí los resultados de las investigaciones informadas en el transcurso del presente trabajo. Pero queremos subrayar algunos aspectos que nos parecen importantes y ligados a las preguntas que nos hemos formulado al inicio de este trabajo.

En primer lugar, la relación entre familia y salud parece bien establecida. En efecto, constatamos que numerosos estudios, que se preocupan de situaciones muy diferentes, sobre bases metodológicas también diferentes y con orientaciones teóricas muy variadas, llegan a conclusiones similares que podemos resumir citando a Manciaux: “la familia aparece a la vez como una unidad de salud – todo daño, innato o adquirido, a la salud física, mental, social de uno de sus miembros, repercute sobre los otros – y como sistema de cuidados: ya sea que se trate de tratamiento (de una enfermedad crónica, por ejemplo), de prevención, de educación a la salud, la familia posee buenas dimensiones operativas, y debe ser movilizada como tal, aunque uno de sus miembros (a menudo la mujer en las sociedades occidentales, el padre en el mundo musulmán, etc.) juegue al respecto un rol preponderante”. (Manciaux, 1987, p. 17, trad. nuestra).

En lo que se refiere a la relación entre familia y salud individual, no parece inadecuado hablar en términos de causa-efecto. Hemos dicho que es necesario considerar la familia como la acción de un contexto. Ello es coherente con la idea de que la salud y la enfermedad son el resultado de la interrelación de un agente, con un huésped, ubicado este último en un contexto. En este trabajo, hemos podido estudiar este contexto, o más bien una parte de él: la familia en tanto la parte más próxima al sujeto. Y hemos podido definir este contexto sobre la base de ciertas dimensiones o variables que permiten su estudio y su descripción.

La descripción de la familia en la literatura analizada se basa, principalmente, en algunas dimensiones o variables. Está claro que hace falta una reflexión más a fondo sobre la significación conceptual de estas dimensiones o variables. Si bien existe acuerdo en cuanto a su importancia, no existe el mismo acuerdo en cuanto a sus definiciones.

Las características más mencionadas hacen referencia a una estructura y a un modo de funcionamiento familiar, tanto hacia el interior de la familia como hacia el exterior de la misma. Ciertas características familiares, como el hecho de ser monoparental o biparental, o la talla de la familia, no reciben mucho interés en la literatura analizada. Ello puede explicarse por el hecho de que la influencia de estas características sería mediatizada por otras, que explican mejor el modo de funcionamiento familiar y su relación con la salud, tales como la cohesión, la adaptabilidad y el conflicto. Ello no quiere decir que la estructura parental o la talla familiar sean indiferentes, sino que acaso su acción sobre la salud del sujeto es más débil que la de la estructura familiar definida en torno al otro conjunto de dimensiones. Pero más que ubicar todas estas variables en términos de exclusión, lo que queremos subrayar es la importancia de considerarlas en términos de complementariedad y de diferenciarlas adecuadamente a la hora del análisis.

Junto a la estructura familiar, hemos creído identificar otro rasgo que nos parece importante para comprender la relación entre familia y salud: aquel de los recursos familiares. Nos parece que, efectivamente, más allá de factores sociales como el ingreso, el nivel de educación formal o el grupo cultural de pertenencia, hay otros elementos que pueden ser considerados como recursos. Al respecto, hemos señalado dos que nos parecen de particular importancia: el sostén social, en relación a la inserción de la familia en su comunidad, y el saber familiar. Ambos merecen un estudio más a fondo.

En concordancia con lo que hemos señalado en los párrafos precedentes, creemos que es preferible definir la familia en términos de riesgo, más que en términos de normalidad o patología, es decir, según la probabilidad que tienen los miembros de una familia de ver alterado su estado de salud. Así, en base a lo que hemos dicho antes, pensamos que una familia “en riesgo” puede ser aquella:

- en la cual ciertos episodios de enfermedad son más frecuentes.
- En la cual existe una persona con una enfermedad crónica, especialmente si se trata de una persona deficiente, o si se trata de una enfermedad psicosomática.
- en la cual se constata una separación con el medio social, es decir, una familia aislada.
- en la cual los recursos son insuficientes, al menos en el sentido que hemos definido aquí.
- en la cual la estructura hace difícil la movilización de los recursos internos o la utilización de los recursos externos.
- finalmente, aquella que se encuentra en ciertas etapas críticas de su desarrollo, lo que la hace más vulnerable a los eventos de vida, o que está sometida a una cantidad elevada de tales eventos.

En resumen, la noción de familia “en riesgo” surge a partir de tres tipos de indicadores: el nivel de salud individual de sus miembros, las características estructurales de la familia y su historia y el nivel de recursos que la familia posee.

El rol de la familia en relación a la salud de sus miembros aparece muy amplio, pero tenemos la impresión de que no se trata de una acción de alcance infinito. En efecto, tal acción parece producirse en torno a circunstancias bien definidas. Ello significa, por una parte, que ciertas características de la familia pueden estar en relación con algunos índices de salud pero no con todos. Por otra parte, significa que una modificación cualquiera de la salud no puede ser atribuida sin más a la acción del medio familiar.

Lo último nos lleva a considerar el problema de los indicadores de salud. A partir de la literatura analizada, nos parece que es importante llegar a la construcción de un índice de salud que tenga en cuenta la diversidad de procesos que están en juego. O quizás sería más adecuado utilizar varios indicadores y ver cómo cada uno se relaciona a cada dimensión o variable de la familia. Es claro, por otra parte, que tales indicadores no pueden limitarse a la consideración de estados mórbidos. En efecto, es necesario ampliar la concepción de salud para considerar fenómenos tales como la adaptación social y psicológica, por ejemplo.

Dentro del mismo orden de ideas, pensamos que es necesario realizar una reflexión para precisar lo que sería un indicador de salud y lo que sería una característica de la familia. El nivel de conflicto, por ejemplo, podría muy bien ser considerado como indicador de salud, en tanto se halla conceptualmente ligado a la agresividad y por esta vía a la personalidad del sujeto. Pero hemos visto que es considerado esencialmente como una dimensión de la estructura familiar. Diferenciar lo que sería un indicador de salud de lo que sería una dimensión de la vida familiar, no significa diferenciar causa y efecto. Ello obedece solamente a la necesidad de una clarificación conceptual.

Por otra parte, tal como ya lo hemos dicho, la relación entre familia y salud debe ser comprendida como una relación bidireccional. Ello significa que ciertos rasgos de la vida familiar, la cohesión por ejemplo, pueden ser influenciados por la situación de salud de las personas que componen la familia, pero ellos pueden también originar modificaciones de la salud individual.

Finalmente, en lo que se refiere al alcance transcultural de estos datos, pensamos que es necesario una reflexión más a fondo para determinar el valor exacto de los conceptos que hemos utilizado hasta aquí. Por ejemplo, en la literatura se aprecia que la cohesión es una dimensión fuertemente marcada por un contenido cultural muy preciso. En efecto, la importancia de la definición de una distancia interpersonal al interior de la familia y su determinación a partir de dos necesidades opuestas, la de pertenencia y la de independencia, surge de la importancia dada en la sociedad occidental a estas dos necesidades. Es probable que dicho proceso pueda encontrarse, también, al interior de otras culturas, pero su importancia, así como el objetivo a alcanzar, pueden ser muy diferentes.

Otro aspecto donde las diferencias transculturales aparecen claramente, es el de los recursos. Hemos señalado el saber familiar como un recurso importante para comprender la relación de la familia con la salud. Pero este recurso será tanto más importante en cuanto la acción de la familia será más marcada. En las sociedades en que el rol de la familia está debilitado por la intervención de un sistema formal de salud, la importancia del saber familiar puede ser más débil.

Lo que queremos destacar es que si bien los mismos factores pueden encontrarse al interior de sociedades muy diferentes, lo que puede cambiar de una sociedad a otra es la importancia y el contenido cultural de cada factor.

En resumen, hemos comenzado esta reflexión en torno a algunas preguntas sobre la relación entre familia y salud. Está claro que no hemos llegado a formular respuestas definitivas, lo cual no era el objetivo de nuestro trabajo. Pero sí llegamos a la formulación de nuevas preguntas, o bien a una formulación más adecuada de las preguntas iniciales. Estas interrogantes, en forma de hipótesis, deberán ser probadas a continuación.

V. BIBLIOGRAFÍA

- Adam K. 1986. Early Family Influences on Suicidal Behavior. *Ann Ny Acad Sci*, 487:63-76.
- Albers L.M., Doane J.A. et Mintz J. 1986. Social Competence and Family Environment: 15-year Follow-up of Disturbed Adolescents. *Fam Proc.* 25: 379-389.
- Alexander P.C. et Lupfer S.L. 1987. Family Characteristics and Long-Term Consequences Associated with Sexual Abuse. *Archives of Sexual Behavior*, 16(3):235-245.
- Alvarez, M. De la L. 1982. Deprivación y familia. Ed. Universitaria, Santiago, Chile.
- Amiel-Lebigre F. 1983. Événements existentiels et psychopathologie. *L'Encéphale*, IX, 9 B-16 B.
- Amiel-Lebigre F. 1986 (a). L'événement, un facteur ou un marqueur de risque? *Acta psychiat. Belg*, 86:425-430.
- Amiel-Lebigre F. 1986 (b). Événement de la vie et détermination de populations 'a risque de trouble mental. *Psychosomatique*, 6:35-40.
- Arrindel S.A. et Emmelkamp P.M.G. 1986. Marital Adjustment, Intimacy and Needs in Female Agoraphobics and their Partners: A Controlled Study. *Br J. Psychiatry*, 149: 592-602.
- Baratta S., Perego P. et Zimmermann-Tansella C. 1987. Transcultural differences in the perception of life events. *Acta psychiat. scand.*75:509-515.
- Beautrais A.L. et al. 1982. Life events and childhood Morbidity. A Prospective Study. *Pediatrics*, 70:935-940
- Bebbington P. 1987. Marital Status and depression: A study of English national admission statistics. *Acta psychiatr scan*, 75:640-650.
- Beckman P.M. 1983. Influence of selected Child Characteristics on Stress in Families of Handicapped Infants. *Am J of mental Deficiency*, 88 (2): 150-156.
- Beckman L.F. et Syme, S.L. 1979. Social networks, Host resistance, and Mortality: a nine-year Follow-up study of Alameda County Residents. *Am J. Epidemiology*, 109 (2): 1986-204.
- Beckman L.F. 1986. Social networks, Support, and Health: Taking the next step forward. *Am J Epidemiology*, 123 (4): 559-562.
- Bilbro t.L. et Dreyer A.S. 1981. A Methodological Study of a Measure of Family Cohesion. *Fam Proc.* 20:419-427.
- Black M.M. et al. 1985. Individual and Family Factors Associated With Risk of Institutionalization of Mentally Retarded Adults. *Am J Mental Deficiency*. 90(3): 271-276.
- Block A.R. 1981, An Investigation of the Response of the Spouse to Chronic pain Behavior. *Psychosomatic Medicine*, 43(5): 514-422.
- Bloom J.R. 1982. Social Support, Accommodation to Stress and Adjustment to Breast Cancer. *Soc Sci Med*, 16: 1329-1338
- Blumenthal J.A. et al. 1987. Social Support, Type A Behavior, and Coronary Artery Disease. *Psychosomatic Medicine*, 49:331-340.
- Briancon S. Et al. 1985. Isolement, support social, événements de vie et état de santé. *Rev. Epidém. Et Santé Publ*, 33:48-65.
- Briancon s. Et al. 1988. Soutien social, événements de vie et santé familiale. *Sci soc et Santé*, VI(1): 107-118.
- Byrne E.A. et Cunningham C.C. 1985. The effects of Mentally Handicapped Children on Families-A Conceptual Review. *J Child Psychol Psychiat*, 26(6): 847-864.

- Célérier M.-C. 1986. Meladies auto-inmunes, événements de la vie et personnalités psycho-pathologiques. *Psychosomatique*, 6: 27-34.
- Cochrane R. Et Robertson A. 1973. The life events inventory: a measure of the relative severity of psycho-social stressors. *J of Psychosomatic Research*. 17: 135-139.
- Coddington R.D. 1972. The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children. *J Psychosomatic Research*. 16:7-18.
- Coddington R.D. 1972. The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children – li A study of a normal population. *J Psychosomatic Research*, 16: 205-213.
- Cohen R.E. et Anderson D.L. 1986. Botulism: emotional impact on patient and family. *J Psychosomatic Research*, 30(3):321-326.
- Cohen S. et Matthews K.A. 1987. Social Support, Type a Behavior, and Coronary Artery Disease. *Psychosomatic medicina*, 49:325-330.
- Cooke D.M. 1986. Psychosocial variables and the life event/anxiety-depression link. *Acta psychiatr scand*, 74:281-291.
- Cowen L. Et al. 1986. Psychologic Adjustment of the Family with a member Who has Cystic Fibrosis. *Pediatrics*, 77: 745-753.
- Cross C.K. et Hirschfeld R.M.A. 1986. Psychocial. Factors and Suicidal Behavior. Life Events, Early Loss, and Personality. *Ann- Ny Acad Sci*, 487: 77-89.
- Cuisenier J. 1977. Le cycle de vie familiale: origine et champ de l'interrogation. En: *Le cycle de la vie familiale dans les sociétés européennes*, pp. 1-5 Ed. Par Jean Cuisenier, Mouton, Parin.
- Daniels D. et al. 1986. Psychosocial functioning of siblings of children with rheumatic disease. *J Pediatr*, 109: 379-383.
- De Franck r.S., Jenkins C.D. et rose r.M. 1987. A Longitudinal Investigation of the Relationships among Alcohol consumption, Psychosocial Factors, and Blood Pressure. *Psychosomatic Medicine* 49(3): 236-249.
- De Wals P. et al. 1984. Mortality in meningococcal disease in Belgium. *Journal of Infection*, 8: 264-273.
- Dracup K. Et al. 1986. Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) Training. Consequences for Family Members of High-Risk Cardiac Patients. *Arch Intern Med*, 146: 1757-1761.
- Dunn-Geier b.J. et al. 1986. Adolescent Chronic Pain: the Ability to Cope. *Pain*, 26: 23-32.
- Dunst C.J., Trivette C.M. et Cross A.H. 1986. Mediating Influences of Social Support: Personal, Family, and Child Outcomes. *Am J mental Deficiency*, 90 (4). 403-417.
- Engels G.L. 1977. The need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 8 april 1977, 196(4286): 129-136.
- Enos D.m. et Handal P.J. 1986. The relation of Parental Marital Status and Perceived Family conflict to Adjustments in White Adolescents. *J of Consulting and Clinical Psychology*, 54(6):820-824
- Feldman M. Et al. 1986. Life Events Stress and Psychosocial Factors in men With Peptic Ulcer Disease. *Gastroenterology*, 91: 1370-1379.
- Fielding D. et al. 1985. Children with End-Stage Renal Failure; Psychological Effects on Patients, Siblings and Parents. *J of Psychosomatic Research*, 29(5): 457-465.
- Flor h., Turk D. et Scholz b. 1987. Impact of Chronic Pain on the Spouse: Marital, Emotional and Physical Consequences. *J of Psychosomatic Research*, 31(1): 63-71.
- Flor H., Turk D.C. et Rudy T. 1987. Pain and families. II. Assessment and treatment. *Pain*, 30:29-45.
- Friedman L.C. et al. 1988. Women With Breast Cancer: Perception of Family Functioning and Adjustments to illness. *Psychosomatic Medicine*, 50:529-540.

- Friedrich W.N. et Friedrich S.L. 1981. Psychosocial Assets of Parents of Handicapped and Non handicapped children. *Am J of mental Deficiency*, 85(5):551-553.
- Gehring T.M. et Wyler I.L. 1986, Family-System-Test (FAST): A Three Dimensional approach to investigate Family Relationships. *Chile Psychiatry and Human Development*, 16(4): 235-248.
- Gil K. M. Et al; 1987. The relation of stress and family environment to atopic dermatitis symptoms in children. *J of Psychosomatic Research*, 31(6): 673-684.
- Gilligan I. Et al. 1987. Life events and chronic difficulties in duodenal ulcer: a case control study. *J of Psychosomatic Research* 31 (1): 117-123.
- Goldstein M.J. 1985. Family Factors that Antedate the Onset of Schizophrenia and Related Disorders: The Results of a Fifteen Year Prospective Longitudinal Study. *Acta psychiatr scan (suppl) n° 319, vol 71: 7-18.*
- Goode W. 1977. Family cycle and theory construcción. En: *Le cycle de la vie familiale dans les sociétés européennes*, pp. 59-74. Ed. Por Jean Cuisiener, Mouton, París.
- Gove W.R. 1979. Sex Marital Status, and Psyciatric Treatments: A Research Note. *Social Forces*, 58 81): 89-93.
- Greenspan S.I. 1982. Developmental Morbidity in Infants in Multi-Risk-Factor Families: Clinical Perspectives. *Public Health Reports*, 97 (1): 16-23.
- Grolnick L. 1972. A Family Perspective of psychosomatic Factors in illness: A Review of the Literatur. *Fam Proc.* 11:457-486.
- Gustafsson P.A. et al. 1987. Asthma and Family interaction. *Archives of Disease in Childhood*, 62: 258-263.
- Harding T.P. et Lazchenmeyer j.R. 1986. Family interaction patterns and locus of control as predictors of the presence and severity of anorexia nervosa. *J of Clinical Psychology*, 440-448.
- Hill R. 1977. Social theory and family development. En: *Le cycle de la vie familiale dans les sociétés européennes*, pp. 9-38. Ed. Par Jean Cuisiener, Mouton, París.
- Hodges k. Et al. 1984. Life events occurring in families of children with recurrent abdominal pain. *J of Psychosomatic Research*, 28(3): 185-188.
- Holmes T.H. et Rahe R.H. 1967. The social readjustment rating scale. *J of Psychosomatic Research*, 1: 213-218.
- Holroyd J. 1974. The Questionnaire of Resources and Stress: An Instrument to Measure Family response to a handicapped Family Member. *J Community Psychology*, 1974 (2): 92-94.
- Holroyd J. et Guthrie D. 1986. Family Stress with Chronic Childhood illness: Cystic Fibrosis, Neuromuscular Disease, and Renal Disease. *J of Clinical Psychology*, 42(4): 552-561.
- House J.S., Robbins C, et Metzner H.L., 1982. The Association of Social Relationships and Activities with Mortality: Prospective Evidence from the Tecumseh Community health Study. *Am J Epidemiology*, 116:123-140.
- Hughes A.M. et al. 1987. Psychogenic Pain: A study of marital adjustment. *Acta psychiatr scan*, 75: 166-170.
- Hughes H.M. et Barard S.J. 1983. Psychological Functioning of Children in a battered women's shelter: a preliminary investigation. *Am J Ortopsychniatry*, 53(3): 525-531.
- Jaffe P. et al. 1986. Family Violence and Child Adjustment: A Comparative Analysis of Girls and Boys Behavioural Symptoms. *Am J Psychiatry*, 143:74-77.
- James S.A. 1987. Psychosocial precursors of hypertension: a review of the epidemiological evidence. *Circulation*, 76 (suppl I), 1-60, I-66.

- Kazak A.E. 1986. Families with Physically Handicapped Children: social Ecology and Family Systems. *Fam Proc.* 25:265-281.
- Kazak A.E. et Clark M.W. 1986. Stress in Families of children with Myelomeningocele. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 28:220-228.
- Kazak A.E. et Marvin R.S. 1984. Differences and Adaptation: Strees and Social Networks in Families with a handicapped Child. *Family Relations*, 33: 67-77
- Kellam S.G., Ensminger M.E. et Turner R.J. 1977. Family Structure and the mental Health of Children. *Arch Gen Psychiatry*, 34: 1012-1022.
- Kiecolt-Glaser J.K. et al. 1987. Marital Quality, Marital Disruption, and Immune Function. *Psychosomatic medicine*, 49(1): 13-34.
- Klaus m.H. et al. 1986. Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. *Br me J*, 293: 585-587.
- Koenigsberg H.W. et Handley R. 1986. Expressed Emotion: From Predictive index to Clinical Construct. *Am J Psychiatry*, 143: 1361-1373.
- Korsch B.M. et al. 1973. Kidney transplantation in children: Psychosocial follow-up study on child and family. *The Journal of Paediatrics*, 83(3): 399.408.
- Kovess, V.1986. Les évènements de la vie et la santé. *Psychosomatics*, 5: 85-93.
- Krell R. Et Rabkin L. 1979. The Effects of Sibling Death on the Surviving Child: A Family Perspective. *Fam proc.* 18:471-477.
- Lavee Y., McCubbing h.I. et Olson D.H. 1987. The Effect of Stressful Life Events and Transitions on Family Functioning and well-being. *J Mar Fam*, 49:857-873.
- Le Roux, C. 1986. Approche sociologique des évènements de vie *Psychosomatique* 6, 15-18.
- Levy-Shiff, R. 1986. Mother-Father-Child Interactions in Families with Mentally Retarded Young Child. *Am J of mental Deficiency*, 91(2): 141-149.
- Lewis j.M. 1986. Family Structure and Stress. *Fam Proc.* 25: 235-247.
- Litman T.J. et Venters m. 1979. Research on health Care and the Family: A Methodological Overview. *Soc. Sci & Med.* 13 A: 379-385.
- Locke H. J. et Wallace K.M. 1959. Short Marital-Adjustment and Prediction Tests: Their Reliability and Validity. *Marriage and Family Livings*, august 1959: 251-255.
- Long N. Et al. 1987. Self Perceived and independently Observed Competence of Young Adolescents as a Function of Parental Marital Conflict and Recent Divorce. *J Abnormal Child Psychology*, 15(1): 15-27.
- MacDonald D.I. et Blume S.B. 1986. Children of Alcoholics. *Am J Disease of Children.* 140:750-754.
- Manciaux M., Lebovici S., Jeameret O,, Sand E.A. et Tomkiewicz S. Eds. 1987. L'enfant et sa santé. Doin Ed., Paris.
- Martin P. 1975. Marital Breakdown in Families of Patients with Spina Bifida Cystic. *Develop Med Child Neurol*, 17: 757-764.
- McCormick M.C., Stemmler M.M. et Athreya B.H. 1986. The impact of Childhood Rheumatic Diseases on the Family. *Arthritis and Rheumatism*, 29(7): 872-879.
- McCubbin H.I. 1979. Integrating Coping Behavior in Family Stress Theory. *J Mar Fam*, 41: 237-244.
- McCubbin H.I. et al. 1980. Family Stress and Coping: A Decade Review. *J Mar Fam*, 42: 855-871.
- McCubbin H.I. et al. 1983. CHIP-Coping health Inventory for Parents: an Assessment of Parental Coping Patterns in the Care of the Chronically Ill Child. *J Mar Fam*, 45:359-370.

- McFarlane a.C. et Brooks P.M. 1987. Psychological Predictors of Disease Course in Rheumatoid Arthritis. *J of Psychosomatic Research*, 31 (6): 757-764.
- Minuchin S., Rosman B. et Baker I., 1978. *Psychosomatic Families*. Cambridge, Mass, Harvard University Press.
- Mölsä p.K. et Mölsä S.A..I. 1985. The Mentally handicapped Child and Family Crisis. *J of mental Deficiency Research*, 29:309-314.
- Moos R.H. et Moos B.S. 1975. Families. En *Evaluating correctional and Community settings*, pp. 263-287. Ed par Rudolf H. Moos. John Whilet & Sons, NY.

- Moos R. H. et Moos B.S. 1976. A Typology of Family Social Environments. *Fam Proc*, 15: 357-370.
- Mortreu B. 1986. Perspectives familiales dans l'approche psychosomatique de la maladie ulcereuse duodenale. *Memoire Faculté de Psychologie*. UCL.
- Nater B. et al. 1985. Influence du milieu familial sur L'évolution de la consommation de tabac dans 2 villes d'intervention e 2 villes témoins suisses. *Rev.Epidém.et Santé publ*. 33:..90-96.
- Nuckolls K.B., Cassel J. et Kaplan B.H. 1972. Psychosocial Assets, Life Crisis and the Prognosis of Pregnancy. *Am J Epidemiology*, 95:431-441.
- Olson D.H., Sprenkle D.H. et Russell c.S. 1979. Circumplex Model of marital and Family Systems: I. Cohesion and Adaptability Dimensions, family types and Clinical Applications. *Fam Proc*. 18(1):3-28.
- Olson D.H. 1986. Circumplex Model VII: Validation Studies and FACES III. *Fam Proc*, 25:337351.
- Onnis L., Tortolani D. et Cancrini L., 1986. Systemic Research on Chronicity Factors in Infantile Asthma. *Fam Proc*, 25:107-122.
- Orth-Gomér K. Et Johnson j.V. 1987. Social Network Interaction and Mortality. A Six Year Follow-up Study of a Random Sample of the Swedish Population. *J Chron Dis*. 40(10):949-957.
- Parker G. Et Barnett B 1988. Perceptions of Parenting in Childhood and Social Support in Adulthood. *Am J Psychiatry*, 145(4):479-482.
- Payne B. et Norfleet M.A. 1986. Chronic Pain and the Family: A review. *Pain*, 26: 1-22.
- Porter B. et O'Leary D.K. 1980. Marital Discord and Childhood Behavior Problems . *J of Abnormal Child Psychology*, 8(3): 287-295.
- Power M.J. 1987. The perception of life events in depressed inpatients and hospitalized controls. *J of Clinical Psychology*, 43(2):206-211.
- Quintin A. Et Steichen R. 1979. Psychologie des conflits conjugaux: Similitude et complémentarité. *Cahiers de Sciences familiales et Sexologiques*, 2:77-151.
- Rabkin J.G. et Struening E.L. 1976. Life Events, Stress, and Illness. *Science*. 194:1013-1020.
- Reeb K.G. et al. 1986. Defining Family in Family Medicine: Perceived Family vs Household Structure in a urban Black Population. *J of Family Practice*. 23(84):352-355.
- Rodgers R.H. 1977. The family life cycle concept: past, present, an future. En: *Le cycle de la vie familiale dans les sociétés européennes*, pp. 39-57. Ed. Por Jean Cuisinier, Mouton, Paris.
- Rushing W.A. 1979. Marital Status and Mental Disorder: Evidence in Favor of a Behavioral Model. *Social Forces*, 58(2):540-556.

- Sawyer M., Crettenden A. Et Toogood I. 1986. Psychological Adjustments of Families of Children and Adolescents Treated for Leukemia. *Am J Pediatric Hematology/Oncology*, 8(3):200-207.
- Schulteis F. Et Luscher K. 1987. Familles et savoirs. *L'année sociologique*, 37:239-263.
- Seeman T.E. et Syme S.L. 1987. Social Networks and Coronary Artery Disease: A Comparison of the Structure and Function of social Relations as Predictors of Disease. *Psychosomatic medicine*, 49:341-354.
- Segreves R.T. 1980.- Marriage and mental health. *J of Sex & Marital Therapy*, 6(3): 187-198.
- Sharpley C.F. et Cross D.G.1982. a Psychometric Evaluation of the Spanier Dyadic Adjustments Scale. *J Mar Fam*, 44:739-741.
- Snyder D.K. et Regts J.M. 1982. Factor Scales for Assessing Marital Disharmony and Disaffection. *J of Consulting and Clinical Psychology*, 50(5):736-743.
- Spanier G.B.1976. Measuring Dyadic Adjustments: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. *J Mar Fam*, 38:15-28.
- Spanier G.B. et Thompson L. 1982. A Confirmatory Analysis of the Dyadic Adjustments Scale. *J Mar Fam*, 44: 731-738.
- Spiegel D. et Wissler T. 1986. Family Environment As a Predictor of Psychiatric Rehospitalization. *Am J Psychiatry*, 143:56-60.
- Strachan A.M. et al. 1986. Emotional Attitudes and Direct Communication in the Families of Schizophrenics: A Cross-National Replication. *Br J Psychiatry*, 149:279-287.
- Straus M.A. 1979. Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The conflict Tactics (CT) Scales. *J.Mar Fam*, 41:75-88.
- Strogatz D.S. et James S.A. 1986. Social Support and Hypertension among blacks and whites in a rural, southern community. *Am J Epidemiology*. 124:949-956.
- Terra J.L. et.al. 1986. Evénements de la vie et cancer du sein. *Acta psychiat. belg.*, 86:496-501.
- Trost J. 1977. The family life cycle. A problématique concept. En: *Le cycle de la vie familiale dans les sociétés européennes*, pp. 467-481. Ed por Jean Cuisiener, Mouton, Paris.
- Tousingnat M. 1988. Soutien social et santé mentale: une revue de la littérature. *Sciences Sociales et Santé*, VI(1): 77-106.
- Turk D.C., Flor h. et Rudy T. 1987. Pain and families. I. Etiology, maintenance, and psychosocial impact. *Pain*, 30:3-27.
- Von Allmen M. Et al. 1988. Les représentations de la santé dans la famille: une analyse exploratoire. *Revue internationale d'action communautaire*, 18/58: 67-79.
- Walker A.J. 1985. Reconceptualizing Family Stress. *J Mar Fam*, 47:827-837.
- Walker J.H. Thomas M. et Russell I.T. 1971. Spina Bifida-and the Parents. *Develop. Med. Child Neurol*. 13:462-476.
- Weingarten H. et Leas S. 1987. Levels of Marital Conflict Model: A guide to Assessment and Intervention in Troubled Marriages. *Am J Orthopsychiat*, 57(3): 407-417.
- Wikler L. 1986. Periodic Stress of Families of Older Mentally Retarded Children: An Exploratory Study. *Am J of Mental Deficiency*, 90(6): 703-706.
- Wilton k. Et Renaut J. 1986. Stress levels in families with intellectually handicapped preschool children and families with non handicapped preschool children. *J Mental Deficiency Research*. 30:163-169.
- Wolters W.H., Bonekamp A.L. et Donckerwolcke R. 1973. Experiences in the development of a haemodialysis centre for children. *J of Psychosomatic Research*, 17:271-276.

