

ASCOTAME  
Acfo  
Acofaen  
MinEducación  
MinSalud  
Icfes

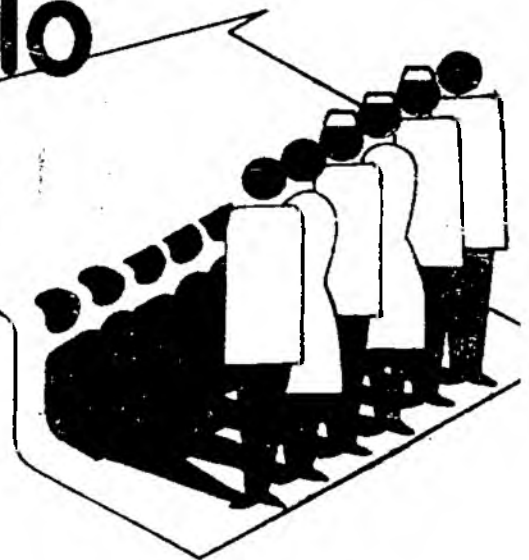
Fundación W. K. Kellog

# Programa de Desarrollo Educativo

Con enfoque en  
Atención Primaria

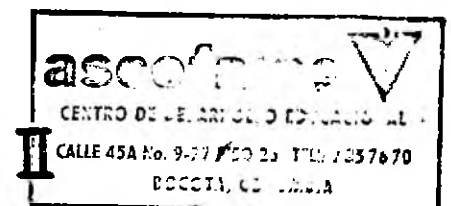
SERIE

**SALUD FAMILIAR**



614.9  
A815  
Vol. II

VOLUMEN



ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA  
ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE ENFERMERIA  
ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE ODONTOLOGIA

AS  
0031  
V.II

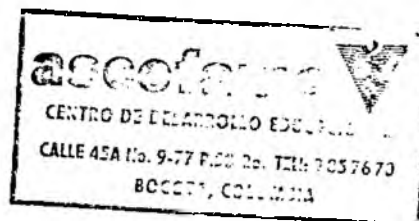
ASCOFAME  
ACFO  
ACOFAEN  
MINEDUCACION  
MINSALUD  
ICFES

FUNDACION W.K. KELLOGG

PROGRAMA DE DESARROLLO EDUCACIONAL  
ENFOQUE EN ATENCION PRIMARIA

SERIE: SALUD FAMILIAR

VOLUMEN II



Bogotá, febrero de 1988

DIRECTOR GENERAL DEL PROGRAMA  
DR. ABEL DUEÑAS PADRON  
Director Ejecutivo -ASCOFAME-

Presidenta ACOFAEN  
DRA. SILMA DE OSPINO

Director Ejecutivo ACFO  
DR. MARIO TRUJILLO

DR. HUMBERTO JANER-RUIZ  
Jefe División Educación

DR. ALFONSO MEJIA V.  
Jefe División de Salud

COORDINADORES PROGRAMA SALUD FAMILIAR

DR. DIEGO MEJIA G.  
ENF. JACQUELINE DE URIZA

COORDINADORA ACOFAEN

ENF. IRAIDIS SOTO S.

EDITORES:

Dr. Diego Mejía G.  
Enf. Jacqueline de Uriza  
Enf. Iraidis Soto S.

ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA  
ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE ENFERMERIA  
ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE ODONTOLOGIA

PROGRAMA PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD

SUB-PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR

SERIE DE DOCUMENTACION SOBRE SALUD FAMILIAR

PRESENTACION:

Este es el Volumen II de la Serie de Documentación sobre Salud Familiar, que como usted sabe hace parte de un ciclo de publicaciones que tiene como propósito motivar y dar información teórica y práctica sobre este campo.

En esta edición incluimos la ponencia presentada por la enfermera Martha Lucía Flórez de Jaimes, docente del departamento de Enfermería de la Universidad Industrial de Santander en la celebración de los 20 años de la Facultad de Salud. En este artículo se analizan las perspectivas de la Salud Familiar en general y el papel de la enfermera en el equipo de salud. El segundo artículo trata de los trastornos psicofisiológicos, autonómicos y viscerales que el autor Doctor Ramón de la Fuente, Jefe de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM en México, llama "Medicina Psicosomática". Aunque no nos gusta el término psicosomático porque, como el mismo autor lo anota, sugiere "una dicotomía entre lo psíquico y lo corporal", es una excelente revisión sobre este tema. Para finalizar, incluimos el "Proceso de Auto-evaluación permanente presentado por la licenciada Gilma C. de Ospino, profesora asociada de la Universidad Nacional de Colombia.

En el programa del Desarrollo de la Atención Primaria se considera que el proceso de autoevaluación debe confrontarse con aquellas acciones de cuidado primario y salud familiar para corregir o hacer énfasis en aquellos contenidos y prácticas cuando los evaluadores lo consideren pertinente.

Los Editores

Bogotá, Febrero de 1988

## LAS ENFERMERAS Y LA SALUD FAMILIAR

Martha Lucía Florez de Jaimes  
Docente            Departamento            de  
Enfermería  
Universidad        Industrial            de  
Santander

El crecimiento del conocimiento, debido al desarrollo tecnológico y científico ha llevado a la fragmentación del cuidado de la salud y consecuentemente a la despersonalización ya que los órganos y las enfermedades atraen más a los profesionales, que la persona misma; los modelos curativos han sido prioritarios sobre las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; los modelos de enseñanza, aprendizaje con énfasis en uno solo de los aspectos del continuum Salud-Enfermedad, establecen motivaciones equivocadas en los educandos; la actitud distante del profesional de salud y la dependencia y pasividad del usuario impiden una buena relación terapéutica; los esfuerzos aislados y desordenados de los miembros del equipo atención; la poca credibilidad y el desprestigio de los profesionales generalistas; la falta de identificación de funciones, roles y responsabilidades, en la atención del usuario; la costumbre de manejar el problema y la no intervención en el proceso Salud-Enfermedad por el desconocimiento de la historia natural de la enfermedad; la práctica de reduccionismo, y la fragmentación en los campos del conocimiento, han hecho perder el aspecto humano y valioso de la relación terapeuta-usuario.

Todo este panorama ha generado movimientos importantes a nivel mundial que buscan más lo pequeño que lo grandioso; lo personal que lo general; lo humanista que lo técnico; lo universal y no lo detallado; lo psicosocial más que lo biológico y lo individual más que lo masivo. En salud, el viraje ha sido significativo hacia estos aspectos y la salud familiar emerge en aras de prestar una atención más lógica a nuestras comunidades, abanderada en la consecución de unos servicios más humanos, continuos e integrales. El estudio de las interacciones de los miembros de la familia, entre sí y de estos con su medio ambiente ha demostrado la gran influencia de esta unidad básica de la sociedad, en la conservación de la salud, la génesis y recuperación de la enfermedad y en la perpetuación de la misma.

El estudio de la conformación de las familias, sus ciclos vitales, los riesgos a que esta expuesta, sus disfunciones, sus estilos de vida, han llevado a entender mejor los factores de salud y enfermedad; a buscar una mayor participación de la comunidad; a utilizar y optimizar los recursos disponibles, tanto materiales como humanos, por medio del trabajo interdisciplinario, mejorando así la perspectiva de la atención primaria, desde otros enfoques en la prestación de servicios.

La salud familiar ha sido concebida como una forma de servicio a la Sociedad, una forma de entrega de la ciencia y la tecnología, de una manera sencilla y práctica, una forma de ejercicio profesional comprometedor, pero gratificante; una forma de proporcionar a nuestra gente un cuidado de su salud integral con una visión del individuo y su familia desde los aspectos biológico, psicológico y social y con una calidad clínica excelente, lo cual nos dará el respaldo necesario para encarar con responsabilidad la atención de las comunidades, alcanzando su credibilidad y su confianza. Por tal razón la excelencia clínica es un requisito indispensable para la prevención, la educación sanitaria y el mantenimiento de la salud, es decir, para aproximarnos al objetivo de la salud familiar: el cuidado integral del individuo, la familia y la comunidad.

El adquirir y mantener la calidad en la prestación de servicios con enfoque de salud familiar, demanda de quienes la practican, numerosos sacrificios; significa por encima de cualquier motivación, tener un enorme respeto por los usuarios que son quienes en última instancia tiene el derecho de exigirnos esa calidad.

Hay el consenso general, que la atención primaria de la salud es la estrategia fundamental para ampliar las coberturas de atención y alcanzar la eficacia, eficiencia y efectividad necesarias, en los sistemas de salud. Pero también es necesario admitir que la incorporación del enfoque de salud familiar como apoyo a esta estrategia, es otra forma de impulsar la salud para todos, a muy corto plazo.

¿Pero cómo lograr incorporar este novedoso enfoque en la organización de los servicios de salud y cómo beneficiar más rápidamente a la población?

Algunos autores han sugerido que éste proceso tiene tres etapas principales de evolución: La etapa política, la administrativa y la académica.

Difícil es lograr un consenso político, como en nuestro país, mucho es política de partidos y en donde se pierde la visión panorámica de lo realmente trascendental y se da paso a lo trivial.

La tendencia a lo clínico y a lo superespecializado nos impide también que, en la formación del profesional de salud, la academia se estructure teniendo en cuenta las tendencias y las necesidades de nuestros pueblos.

El reto fundamental actual es identificar a los profesionales generalistas, con la salud familiar e iniciar la estructura académica necesaria para lograr el cambio de actitudes en los profesores y educandos, que los prepare y motive en el enfoque de la Salud Familiar.

En lo administrativo es necesario establecer la conexión entre los sistemas de salud y educación con la salud familiar, creando las políticas y la infraestructura necesaria para operativizar el enfoque, dentro de un contexto docente-asistencial.

Apoyando a las etapas enunciadas anteriormente deben ir otros aspectos de suma importancia como: La educación continua, obligación que debe recaer prioritariamente en las instituciones formadoras y en los gremios profesionales, asociaciones, colegios o academias que reúnen a los profesionales de acuerdo con su área. Ellos confieren identidad a sus miembros y les proveen un espacio para intercambiar información lo cual asegura el mantenimiento de la calidad en la práctica profesional.

Otro aspecto fundamental, de apoyo, es la necesidad de las acciones en equipo, para realizar un trabajo de salud familiar coherente con los principios que la orientan. No se puede proporcionar una atención integral, continua y humana, sin el concurso de todas las profesiones que tengan ingerencia en el proceso Salud-Enfermedad.

¿Qué papel toca a la enfermera frente a ésta realidad que nos presentan los cambios y nuevas tendencias de la salud?

En el ambiente de la salud familiar, las enfermeras podemos desarrollar nuestras propias funciones, complementar las actividades del médico y demás profesionales de salud y corregir, con propiedad, áreas particulares de deficiencias en la atención primaria de la salud.

La experiencia ha demostrado que la calidad de la atención se mantiene cuando las enfermeras participan totalmente en las actividades de prestación de servicios.

A partir de la reunión de Alma-Ata, las enfermeras han empezado a modificar su filosofía en las formación de recursos y en la atención en salud. Han ido ganando autonomía y reconocimiento en sus actuaciones, pero al mismo tiempo han sido criticadas en la expansión de su rol. La enfermería como disciplina y práctica ha enfatizado casi siempre en la salud. La mayoría de los teóricos de la enfermería, Nightingale, Drem, Roper, Rogers, entre otras han identificado el objeto de la enfermería como la restauración, el mantenimiento y la promoción de la salud. Sin embargo algunos de nuestros profesionales olvidan en repetidas oportunidades esta orientación y centran su atención solamente en el enfermo. El cuidado primario es el área natural de las enfermeras en su trabajo y ante él está el reto de nuestro desempeño en la actualidad.

La relación entre enfermería y el modelo holístico de cuidado es casi obvia: ambos consideran al hombre en sus tres dimensiones y a la salud antes que a la enfermedad como su idea central; ambos fijan su atención en los factores

psicológicos, fisiológicos y ambientales que afectan el continuum Salud-Enfermedad.

La atención Primaria y este modelo, ofrecen pues, a la enfermera, un campo en el cual puede reforzar su identidad y una oportunidad para ejecutar su función básica: Proveer Salud.

Este cuidado primario, sin un buen análisis y comprensión de sus sistemas e interfases, verbigracia la familia, la comunidad y los grupos sociales, en los cuales el individuo vive, no tendrá ni fundamento ni objetivo.

Esto explica porque esta perspectiva implica un cambio en los sistemas de salud, los roles de sus trabajadores y las expectativas y actitudes de los usuarios. Las funciones de la Enfermera adquieren así un significado amplio.

El profesional que provee salud atendiendo a las personas y al ambiente, trabajando en equipo, aportando todas sus capacidades para valorar e intervenir el estado de los individuos, sus familias, la comunidad y el ambiente donde el individuo vive y trabaja.

El concepto de enfermera de familia no es nuevo en nuestro medio. La enfermera de salud pública ha puesto desde siempre su interés, conocimientos y responsabilidades para el cuidado de la familia más que cualquier otro profesional de salud. La práctica de la enfermería en el hogar, le ha dado grandes experiencias y realizaciones en la vigilancia de los individuos y sus familias.

La enfermera en Psiquiatría, Obstetricia y Pediatría también ha trabajado siempre en función de la familia. El rol expandido de la enfermera en esta área ha contribuido a que estas prácticas no sean nuevas en nuestra profesión. Es así como la Enfermera de Familia es aquella profesional que está preparada para hacer valoraciones e intervenciones en forma independiente y con el equipo de salud, capaz de asumir responsabilidades principales en el cuidado de individuos y familias en servicios organizados y en el hogar. Ella puede asumir la toma de decisiones en relación con las necesidades de salud de su comunidad. Su práctica está orientada a las necesidades prioritarias del usuario, en un cuidado continuo, humanitario e integral.

La enfermera de familia está en una posición privilegiada para evaluar las acciones y los recursos de la comunidad y administrarlos, en pro de una mejor prestación de servicios.

La enfermera tanto en el nivel primario como en el secundario y terciario, en el estado de salud, como en la enfermedad puede trabajar con el enfoque de familia, explorando con el usuario el grado de participación de la familia en la situación objeto de sus acciones; recogiendo datos de la familia de su usuario;

entrando en contacto con la familia, evaluando las habilidades, recursos y decisiones familiares; analizando el ciclo vital en que se encuentra la familia de su consultante y los riesgos a que ella está expuesta, entre otras cosas. Con frecuencia la enfermera es capaz de anticiparse a los problemas debido a su particular empatía y conocimiento previo de los usuarios de los servicios.

Es así como el papel de la enfermera de familia es de vital importancia en el diagnóstico, intervención y educación de los usuarios, además de la administración de servicios y en la investigación. La educación de los usuarios es una función primordial de la enfermera, ya sea como ejecutora de la misma o como coordinadora de su desarrollo, a través del equipo de salud, en la consulta familiar. El rol de la enfermera en salud familiar se extiende más allá de los conocimientos recibidos - en el pregrado; sin embargo, la mayoría de sus actividades dependen de su capacitación básica. Cuando la enfermera se decida a trabajar con este enfoque debe hacer énfasis en los siguientes aspectos:

- Cordialidad y habilidad en las relaciones interpersonales.
- Capacidad para operar en el contexto de equipo.
- Habilidad para la clínica.
- Hacer uso de una filosofía que subraye la atención preventiva y la promoción en forma particular.
- Experiencia en el trabajo con comunidad.
- Habilidad para enfrentar las crisis.
- Experiencia en la enseñanza.
- Conocimiento previo de su comunidad.

El trabajo con enfoque de salud familiar exige mucho compromiso y es física y emocionalmente estresante pero gratifica y hace sentir que enfermería puede proyectarse en la comunidad y obtener repercusiones sociales insospechadas.

En resumen, la enfermera de familia es parte integral de la medicina moderna; el proporcionar educación en salud, la buena comunicación con sus usuarios y la investigación se constituyen en elementos esenciales de la enfermera en salud familiar.

La enfermera de familia rescatando la esencia indeleble de su profesión estará para asumir este difícil pero gratificante papel. Todo ello mejorará y alargará, sin duda, la vida de los seres humanos quienes en lo profundo de su ser seguirán necesitando siempre de alguien que esté preparado para cuidarlo, confortarlo y guiarlo hacia la consecución de su bienestar.

¿Quién mejor que las Enfermeras de Familia?

# MEDICINA PSICOSOMÁTICA

(Trastornos psicofisiológicos, autonómicos y viscerales)

Dr. Ramón de la Fuente  
Jefe Del Departamento de  
Psicología Médica  
Universidad Nacional  
Autónoma de México

## INTRODUCCION

En las últimas décadas ha sido activamente explorada la hipótesis de que el carácter, los conflictos y las frustraciones de las personas, al igual que las tensiones a las que se ven sujetas, influyen en sus enfermedades. El conjunto de teorías, conocimientos establecidos y criterios derivados, constituye el campo de la medicina psicosomática.

La medicina psicosomática postula como principio que la mente y el cuerpo no son dos instancias diferentes, sino simplemente dos niveles de integración del organismo o si se prefiere, las dos caras de un fenómeno global.

Lipowski (36) define los objetivos de la Medicina Psicosomática como: observar, describir y formular hipótesis que expliquen las relaciones entre los estados, procesos y eventos psicológicos y los eventos biológicos que ocurren en una persona.

Aunque el término "Medicina Psicosomática" es relativamente nuevo, la influencia perturbadora de emociones adversas sobre la salud o las enfermedades fue reconocida desde antiguo. Sin embargo, el concepto medieval de la mente como fuerza mística determinó que su estudio fuera dejado en manos de los teólogos y los filósofos, en tanto que los médicos se limitaron al estudio de los aspectos anatómo-fisiológicos de las enfermedades haciendo a un lado la observación de que los acontecimientos de la vida y las emociones influyen en el origen, evolución y desenlace de los mismos.

El punto de vista de que la mente influye poderosamente sobre el cuerpo recibió un gran impulso hacia el final del siglo XIX, cuando J.P. Charcot demostró que experiencias psicológicas penosas eran capaces de perturbar funciones del organismo y que mediante la influencia personal del médico se hacía posible volverlas a la normalidad. Los hallazgos de Charcot ejercieron gran influencia sobre Freud, quien siguió el hilo de esos hallazgos iniciales hasta sus últimas consecuencias.

Freud (19) dedujo de sus observaciones clínicas que ciertas enfermedades están íntimamente ligadas con la historia personal de quienes las sufren y postuló que experiencias infantiles emocionalmente cargadas, influyen decisivamente en las funciones

conceptos de Franz Alexander, (3) psicoanalista de Chicago, quien propuso como concepto central la existencia de una relación causal entre conflictos inconscientes específicos no resueltos y desórdenes somáticos específicos.

Sólo algunos de los conceptos y observaciones psicoanalíticas han conservado valor y son usados para el estudio de quejas somáticas que no están basadas en patología demostrable, sin embargo, como explicaciones etiológicas de los grandes desórdenes llamados psicósomáticos, han sido descartados por dos razones: no demostraron su validez y no condujeron a tratamientos eficaces.

La corriente psicofisiológica se inició a partir de los trabajos de Cannon (7) acerca de la fisiología de las emociones y de los estudios de Pavlov sobre reflejos condicionados como una forma principal de aprendizaje. El representante más destacado de esa corriente fue H. Wolf quien con sus colaboradores en la Universidad de Cornell, llevó a cabo investigaciones por 30 años, hasta su muerte en 1962 Wolf (55) aplicó la teoría del stress psicológico a las causas de enfermedades somáticas, sus observaciones acerca de cambios viscerales suscitados por estados de perturbación emocional conservan valor y han influido en las investigaciones subsecuentes. En tanto que Alexander aceptó la primacía de los conflictos psicológicos inconscientes en la patogénesis de varios desórdenes somáticos, Wolf fijó su atención en estados psicológicos conscientes.

Hay dos formas de abordar el campo de la Medicina Psicósomática, la primera es limitándola a ciertas enfermedades tales como la úlcera péptica, la colitis muco-membranosa, el asma bronquial, la hipertensión arterial, el hipertiroidismo, la artritis reumatoide, ciertas dermatitis y algunas más de curso crónico o recurrente, de etiología obscura, en relación con las cuales de mucho tiempo atrás, se ha pensado que los factores psicológicos juegan un papel importante; la otra es pensando que en algún grado todas las enfermedades son psicósomáticas y que designar con este nombre a algunas es erróneo porque implica que hay otras que no lo son.

El término "psicósomático" no es satisfactorio, puesto que expresa una dicotomía entre lo psíquico y lo corporal que se trata de superar. En 1952, la Asociación Psiquiátrica Americana (5) prefirió referirse a "trastornos psicofisiológicos, autonómicos y viscerales", y desde 1968, la Organización Mundial de la Salud los denominó "trastornos somáticos de origen psíquico presumible", en el capítulo V (56) de la edición de 1978 del Manual y Glosario de la Clasificación internacional de las enfermedades, los describe en los términos siguientes: "Una variedad de síntomas físicos o de tipos de trastornos fisiológicos de origen mental, sin gran daño tisular y que generalmente se expresan por la vía del sistema nervioso autónomo".

No obstante las controversias a que se hará referencia más adelante, hay acuerdo entre los estudiosos del problema, en

considerar que las emociones negativas, bien sea por si mismas o asociadas a otros factores, ya sea actuando directamente o en forma indirecta, son capaces de contribuir en forma importante en trastornos fisiológicos que eventualmente producen cambios estructurales en los órganos y sistemas.

Se piensa que la angustia, la pena, y sus concomitantes fisiológicos tienen influencia en la iniciación, el mantenimiento o la exacerbación de diversos padecimientos. Aunque el conocimiento de los mecanismos biológicos que influyen en esos procesos es aún fragmentario, los datos bioquímicos, endocrinológicos, etc., son cada vez más esclarecedores.

Hoy en día la medicina psicosomática es un campo activo de observación y experimentación que ha logrado aclarar ciertos hechos relacionados con la influencia de las emociones displacenteras sobre el funcionamiento del organismo.

En las últimas décadas, el campo de la medicina psicosomática se ha depurado y ampliado para incluir investigaciones básicas y clínicas acerca de los mecanismos intermedios entre los estados psicológicos y las disfunciones viscerales y ha explorado el papel de las situaciones sociales y culturales, estableciendo la cadena que va desde el ambiente humano y las situaciones adversas de la vida hasta las funciones celulares.

Algunos aspectos de las emociones.

Conviene revisar algunos datos acerca de las emociones, dado el papel central que se les atribuye en los desórdenes corporales. ¿Qué son las emociones? Son estados subjetivos, respuestas conductuales y patrones de cambios fisiológicos, hormonales y químicos que ocurren en la totalidad del organismo, mediados por el sistema nervioso y el sistema endocrino. Algunas emociones como el gozo, la ternura, la alegría, etc., son placenteras y suaves y en general promueven el buen funcionamiento orgánico, en cambio las que están biológicamente relacionadas con las reacciones primarias de fuga y ataque, tales como el miedo, la angustia, la cólera, la hostilidad, etc., son displacenteras junto a estas emociones, otras, como el desaliento, la impotencia y la desesperanza, son capaces de alterar la función de un sistema o de un órgano, cuando se vuelven reiteradas o persistentes.

Los estudios de Malmö (40) indican que en las situaciones de excitación emocional, hay un patrón general de reacción -el "alertamiento general del organismo" - y algunas pautas localizadas: el primero incluye hiperactividad del sistema simpático como una totalidad y los cambios correspondientes en las vísceras, en tanto que el parasimpático en forma hiperactiva pero sectorizada.

En los estados emocionales las respuestas son bifásicas y consisten en el aumento o disminución simultánea de todas las funciones del órgano. Se dice que son bifásicas porque a la

reacción inicial sigue un cambio compensador en la dirección opuesta; por ejemplo, en el desvanecimiento vasovagal, hay una primera fase que se caracteriza por la rapidez del pulso y la elevación de la presión arterial -especialmente la diastólica-, y una segunda fase de bradicardia e hipotensión arterial.

Puede presentarse una disociación en la reacción visceral; por ejemplo, la ocurrencia simultánea de cambios circulatorios y respiratorios tales como el ascenso de la presión arterial y el aumento del ritmo respiratorio. Por hiperactividad simpática y la disminución de la frecuencia de los latidos cardíacos por hiperactividad parasimpática.

Wenger (54) ha demostrado que en los organismos hay un balance autonómico que sigue una curva de distribución normal y por lo tanto casos extremos de predominio simpático o parasimpático; la mayor parte caen entre esos extremos.

Los individuos mantienen el patrón de reacciones fisiológicas a través de los años. Esta especificidad individual de respuestas fisiológicas, se evidencia en el hecho de que bajo situaciones de tensión psicológica, los síntomas tienden a expresarse a través de uno u otro sistema: por ejemplo, el sistema circulatorio (taquicardia, palpitaciones, dolor precordial), o bien el muscular, (tensión muscular, cefalea tensional), etc.

Cannon (6) había observado que a nivel fisiológico, la diferencia entre dos emociones como el miedo y la cólera no es tan clara como la diferencia en el estado subjetivo. No es probable que las discrepancias en la experiencia subjetiva de distintas emociones dependan principalmente de diferencias en los patrones autonómicos, más bien, es de pensarse que se deban al efecto de la situación total sobre el sistema nervioso central.

No hay una pauta fisiológica específica para cada calidad de afecto, aunque algunas emociones tienen correlatos somáticos propios y distintivos; por ejemplo, el disgusto se asocia con la náusea, la vergüenza con el sonrojo, la relajación de esfínteres con el pánico, el miedo con las palpitaciones, etc. La riqueza de matices subjetivos en los estados afectivos, tiene que ver más bien con el desarrollo psicológico.

En las emociones violentas, Engel (14,15) y Kaufman (32) distinguen dos tipos de patrones básicos. Uno es el patrón de fuga-ataque y el otro, el de retirada-conservación.

El patrón biológico primario de fuga-ataque que corresponde a las emociones de miedo, angustia y cólera - al igual que sus cambios fisiológicos, son bien conocidos desde Cannon, (6) consiste en una activación general del organismo con predominio simpático. Las diferencias fisiológicas entre el miedo, la angustia y la cólera son discretas; una de estas diferencias es que en la angustia y en la cólera la secreción, la vascularización y la actividad motora del estómago tienden a aumentar, en tanto que en el miedo disminuyen a menudo en forma marcada; la relajación de

los esfínteres ocurre en el miedo extremo y ocurre en la cólera.

Las emociones de impotencia y desesperanza(13) están asociadas con un patrón biológico primario de retirada-conservación, cuyos cambios fisiológicos han sido menos estudiados. Implica conservar la energía y no actuar activamente en relación con el ambiente, hay una reducción de la movilidad, del tono muscular de la actividad del eje pituitaria-suprarrenal y la actividad motora del tracto digestivo.

Las disfunciones somáticas o viscerales más directamente relacionadas con estados emocionales displacenteros son reacciones simples y síntomas aislados como náusea, desequilibrio, cefalea, diarrea, etc., clínicamente desarticulados, que no pueden identificarse con cuadros nosológicos completos; son funcionales en cuanto a que son reversibles y no están relacionadas con alteraciones estructurales establecidas; pueden ser vistas como fragmentos de los patrones fisiológicos que normalmente acompañan a las emociones violentas. En ausencia de una conciencia clara del estado subjetivo de la emoción, puede inferirse que en cierto modo son equivalentes fisiológicos de ella.

El problema de la especificidad.

No hay dudas en cuanto a que las emociones afectan la función de los órganos y es posible que eventualmente en combinación con otros factores, puedan conducir a alteraciones estructurales. Un problema que se plantea de inmediato, es cómo explicar que una persona sea afectada en un órgano o sistema y que otra lo sea en otro. ¿Por qué bajo una tensión emocional violenta o sostenida, un individuo vomita y otro sufre cefalea? En último término ¿Por qué una persona sufre úlcera péptica y otra sufre artritis reumatoide? La selección del órgano o del sistema que son afectados es un problema que se ha planteado en las últimas décadas. Las respuestas varían entre dos polos: una de ellas es que hay una relación causal entre el componente psicológico -el cual puede ser formulado de maneras diferentes-, y el órgano y la enfermedad; otra respuesta es que diversas situaciones psicológicas cuyo elemento común es generar stress, participan debilitando defensas del individuo y causando desórdenes y enfermedades en forma inespecífica, un tercer postulado es que algunas circunstancias que producen stress, suscitan respuestas viscerales específicas para cada persona, es decir, que hay personas que reaccionan con el estómago, o bien con el sistema circulatorio, la piel o la nariz; según predisposiciones individuales.

Es más fácil examinar las distintas posturas acerca de la relación que existe entre eventos psicológicos y ciertas disfunciones corporales, si no se pierde de vista que las diferencias radican principalmente en el "factor psicológico" que se toma como punto central de interés. Las tensiones generadas por circunstancias adversas de la vida, los rasgos del carácter, ciertas constelaciones conflictivas inconscientes o conscientes,

etc., forman parte de lo que se denomina "factor psicológico". Durante los primeros tiempos del auge psicossomático, algunos autores propusieron relacionar síntomas y enfermedades con formas típicas de relación del sujeto con sus padres durante la infancia.

Ferenczi, (16) Jelliffe (31) y Deutsch, (9) fueron de los primeros psicoanalistas que se ocuparon de las causas psicológicas de desórdenes somáticos, tomaron como modelo para entender estos trastornos viscerales el de la conversión histérica y propusieron la hipótesis de que los trastornos viscerales psicogenéticos son expresiones simbólicas de impulsiones instintuales reprimidas. En su formulación original, este punto de vista fue pronto abandonado.

Sin embargo, posteriormente, J. Ruesh (47) apuntó en una dirección similar, aunque no idéntica, al postular que el enfermo psicossomático "comunica, en forma regresiva", haciendo uso de un lenguaje corporal, porque no le es posible comunicar mediante símbolos verbales. Este concepto del lenguaje del cuerpo, sigue siendo utilizado por algunos autores.

Otro enfoque que como el anterior, sólo tiene interés histórico, es el de F. Dumber, (10,11) pionera de la medicina psicossomática, quien intentó relacionar la propensión específica a sufrir una clase de padecimiento psicossomático -como la úlcera péptica o el asma-, con una constelación de rasgos de la personalidad. La correlación encontrada entre estos conjuntos de rasgos que llamó "perfiles psicológicos" y las diversas enfermedades, fue mayor que la meramente casual, pero no suficiente para construir con ella una explicación válida. F. Dumber intentó hacerlo basada en resultantes finales de procesos demasiado distantes entre sí. Actualmente se considera que no es posible asociar a una clase de enfermedad psicossomática dada, una configuración de rasgos de personalidad.

F. Alexander, (4) otro de los pioneros de la Medicina Psicossomática, sostuvo el punto de vista de que para sufrir ciertas enfermedades, es necesaria la presencia de un conflicto psicológico específico, es decir, una persona es vulnerable a una clase de padecimientos porque sufre un conflicto que es inconsciente, cuya activación por circunstancias externas, genera cargas emocionales específicas con sus concomitantes fisiológicos. Su hipótesis es que para comprender el origen de los síntomas, es necesario conocer ese conflicto psicológico y la configuración dinámica que lo activa; por ejemplo, un brote de úlcera péptica ocurre cuando la situación hace que pierda eficacia la actitud autosuficiente con la que el sujeto pretende defenderse de sus tendencias dependientes, las cuales generalmente reprime. Siguiendo este patrón explicativo, la urticaria sería el resultado de la supresión del llanto, el asma, de la supresión del grito demandante de amor, etc.

Alexander propuso distinguir entre dos clases de síntomas somáticos de causa psicogenética: síntomas que son expresión

directa de emociones que rebasan los límites de la tolerancia fisiológica y síntomas que obedecen a mecanismos más complicados como la conversión y la comunicación simbólica. Distinguir entre ambas clases de síntomas tiene consecuencias prácticas en el manejo psicoterapéutico de los enfermos. Los primeros síntomas, -ataques de náusea, de desequilibrio, etc.-, son la expresión directa de un estado emocional; los segundos, los síntomas histéricos conversivos obedecen a un mecanismo psicológico que fue descrito inicialmente por Freud en el "caso de Dora": la descarga de una emoción causada por un conflicto interno reprimido, a través del sistema nervioso de la vida de relación; el síntoma contiene tanto el impulso como la defensa y expresa simbólicamente el conflicto que le origina. Los síntomas histéricos ocurren únicamente en territorios inervados por su sistema nervioso de la relación (anestias, algias, parálisis, etc.), o en la esfera psíquica (disociación, amnesias, fugas, etc.) La explicación que da el psicoanálisis es que estos síntomas son causados por la exclusión del campo de la conciencia de contenidos psicológicos, cuya presencia dentro de este campo sería peligrosa y produciría angustia intolerable; el síntoma expresaría simbólicamente esos contenidos psicológicos reprimidos.

Alexander (3) explica que los síntomas histéricos pueden expresar significados simbólicamente, porque el sistema nervioso de la vida de relación tiene las conexiones cerebrales que la hacen posible, en tanto que el sistema nervioso vegetativo inerva las vísceras y carece de dichas conexiones. Un ejemplo que puede ser ilustrativo en la ceguera histérica que expresa simbólicamente un contenido como el "no querer ver" una situación de la vida que resulta intolerable, en cambio, una colitis espástica, ni comunica ni expresa nada; no es la defensa ante un impulso, es simplemente un aspecto del patrón fisiológico de un estado recurrente o persistente de tensión. Otro ejemplo es el de la cefalea tensional, los músculos de la cabeza y del cuello duelen porque están sujetos a una contracción excesiva y sostenida debido a que la persona mantiene una actitud permanente de vigilancia en este caso, el síntoma tampoco expresa ni comunica nada especial.

La distinción entre estas dos clases de síntomas no es siempre clara, porque como hace notar el propio Alexander el organismo funciona como una totalidad y es el individuo quien se encarga de hacer las distinciones. Por ejemplo: el estómago, dotado de inervación voluntaria y de inervación vegetativa, puede ser el asiento de ambos tipos de síntomas. En un caso, el vómito psicogénico es parte de la pauta fisiológica de un estado de angustia, y en otro expresa simbólicamente, mediante un síntoma conversivo, el repudio de una situación intolerable.

A veces desde el principio y otras al cabo del tiempo el síntoma tiende a consolidarse y a organizarse como un cuadro nosológico bien delineado. Los siguientes cuadros constituyen entidades clínicas agrupadas usualmente bajo la denominación de padecimientos psicósomáticos: úlcera péptica, colon irritable,

asma bronquial, hipertensión arterial, dermatitis, etc.

Otro concepto aportado por F. Alexander al campo de la medicina psicosomática, es la distinción entre dos modalidades principales de reacción, ante situaciones de tensión sostenida y excesiva. En un caso se trata de una respuesta activa, sobrecompensadora, que se acompaña de hiperactividad simpática. En su opinión, este tipo de reacción defensiva está relacionado con un grupo de padecimientos como la jaqueca hemicránea, la hipertensión arterial, la artritis reumatoide, etc; la segunda modalidad, consiste en una respuesta pasiva, de abandono, que se acompaña de hiperactividad parasimpática y que se relaciona con otro grupo de padecimientos: úlcera péptica, colitis ulcerosa y asma.

Alexander advierte que la división de los síntomas según la participación en ellos de una u otra división del sistema simpático representa tan sólo una etapa inicial, es decir, no explica por qué cuando las tendencias agresivas inconscientes son reprimidas, conducen en ciertos casos a una hipertensión crónica y en otros a un trastorno del metabolismo de los hidratos de carbono. Tampoco se sabe por qué las tendencias regresivas y pasivas conducen en unas ocasiones a la aparición de síntomas gástricos, en otras diarrea, y en otras el asma.

A esta hipótesis propuesta por Alexander se le ha objetado el no tomar en cuenta los mecanismos reguladores que operan en el sistema nervioso vegetativo y que tienden a compensar los cambios que ocurren en una u otra dirección. Tampoco se ha demostrado la prevalencia de un patrón vegetativo en estos padecimientos ni que éste pueda dar lugar a una lesión orgánica.

Las investigaciones de F. Alexander se vieron complementados por otras. Thaler, Reisser y Myrsky (53) mostraron en la década de los 50s. que el aumento del nivel pepsinógeno en el suero está genéticamente determinado y puede ser usado como un indicador de vulnerabilidad para el desarrollo de la úlcera péptica bajo condiciones de stress no específica, como es el entrenamiento básico en el ejército americano. Aquellos sujetos que desarrollaron úlcera péptica tenían una configuración de personalidad como la descrita por Alexander, además, y sin excepción, tenían constitucionalmente un nivel elevado de pepsinógeno en el suero. El stress del entrenamiento básico activó el conflicto específico mencionado por Alexander y produjo la úlcera. Es claro que factores constitucionales predisponentes están presentes en otras enfermedades como son la hipertensión o la enfermedad coronaria.

Si nos hemos referido con algún detalle a las teorías de Franz Alexander, es porque su influencia en el campo de la medicina psicosomática fue muy importante hasta los años 50. A partir de entonces, al no confirmarse en forma satisfactoria la mayor parte de sus observaciones ni conducir a resultados terapéuticos, se ha abandonado la hipótesis de que una constelación psicodinámica sea causa suficiente o necesaria en la patogenia de cualquier trastorno de los definidos como psicosomáticos.

Algo que continúa sosteniéndose es que pacientes que sufren uno de los padecimientos denominados psicósomáticos, por ejemplo, úlcera duodenal, se parecen psicológicamente entre sí, más que pacientes que sufren otras de las enfermedades específicas. George Engel (12) escribe, que si a un clínico experimentado se le dice que un paciente sufre colitis ulcerativa, él puede, sin haberlo visto, describir su personalidad en forma sorprendentemente correcta, pero si se le hace una descripción detallada de la personalidad de otro sujeto, no le es posible predecir con ninguna confianza, qué enfermedad sufre, si es que sufre alguna. Las diferencias psicológicas entre personas que sufren distintos padecimientos, como por ejemplo, quienes sufren colitis mucomembranosa y quienes padecen úlcera péptica, son en realidad notables.

Por otra parte, si bien es un hecho que el conflicto entre necesidad de dependencia y necesidad de autosuficiencia ocurre con frecuencia en personas que padecen úlcera péptica, este mismo conflicto está presente en personas que sufren otras enfermedades psicósomáticas y también en muchos individuos sanos.

Aunque ciertos rasgos del carácter, ciertos conflictos internos y ciertas situaciones, hacen más probable que una persona sufra una enfermedad psicósomática, es conveniente aclarar que se necesita la participación de otros factores. Alexander (4) aceptó la posibilidad de que la constitución determine tanto la vulnerabilidad del órgano como los patrones psicológicos característicos.

Al dar explicaciones hipotéticas acerca del problema de la especificidad, dice Grinker (22) no debe perderse de vista que el desarrollo psicológico y el fisiológico son procesos que ocurren simultáneamente en el mismo organismo. Las experiencias psicológicas, son también experiencias viscerales. El aparato digestivo está íntimamente implicado y participa en las experiencias del desarrollo de la personalidad de un individuo; esto hace posible que los problemas psicológicos en el curso de la vida, participen causalmente en las disfunciones. El mismo principio es válido para otros aparatos o sistemas.

Grinker y Shutz señalan que durante la crisis de la vida que se asocia con la precipitación y la agravación de un desorden psicósomático, hay una regresión de las funciones del ego.

Lipowski (37,38) sugiere que el concepto de especificidad que se utilizó en el campo de la medicina psicósomática debe descartarse.

El marco teórico en que se desarrollaron las investigaciones de Harold Wolff (55) y de sus colaboradores puede formularse en términos de que ciertos desórdenes viscerales son parte de la reacción fisiológica ante amenazas, es decir, respuestas corporales individualizadas, ya sea defensivas u ofensivas, que dependen tanto de la situación actual como de las experiencias pasadas del sujeto.

A diferencia del método de Alexander, de observar y escuchar, el de Wolff, fue experimentar. Su método consistió en discutir con los pacientes temas conflictivos o exponerlos a estímulos apropiados para elucidar afectos tales como cólera o angustia y explorar los efectos de estos estados emocionales en cada órgano accesible a observación o registro, en seres humanos no anestesiados. Los cambios funcionales en los órganos: hiperacidez gástrica, taquicardia, aumento de la presión arterial, etc., fueron semejantes a los encontrados en los estados patológicos correspondientes. Wolff postuló una variedad de patrones biológicos de defensa u ofensa que cada individuo tiende a poner en juego ante tensiones diferentes, aún cuando es posible que diferentes estados emocionales le produzcan respuestas fisiológicas diferentes (reactores nasales, vasculares, cutáneos, etc.); sin embargo, estos cambios no pueden ser inducidos con la regularidad y el control experimental riguroso que serían necesarios para construir hipótesis etiológicas y patogénicas específicas.

Wolff(55) documentó experimentalmente la hipótesis de que los individuos tienden a responder ante una variedad de estímulos, con patrones fisiológicos característicos, que están asociados con desórdenes fisiológicos específicos; por ejemplo, ante los problemas de su vida cotidiana, una persona reacciona con tensión creciente en la musculatura de la nuca, en tanto que otro lo hace con aumento de su secreción gástrica. Algunos organismos presentan más de un tipo de reacción, pero en todo caso, hay una individualización de las respuestas, es decir, que las respuestas fisiológicas son características de un individuo porque representan la vulnerabilidad de un órgano o sistema, y los eventos desafortunados de la vida actúan como condiciones generales que aumentan la posibilidad de que la persona enferme.

La etiopatogenia de los desórdenes psicósomáticos y las fases de la enfermedad.

Cuando se elaboran hipótesis patogénicas debe considerarse que en la historia natural de cualquier enfermedad hay tres fases: la fase preclínica, la fase de precipitación, y la fase clínica.

La fase preclínica antecede a la aparición de las manifestaciones clínicas. En esta etapa las causas son predisponentes e incluyen dos clases de factores: factores genéticos y experiencias tempranas; ambos constituyen una capacidad programada que es específica para cada enfermedad. La información transmitida en los genes es causa necesaria, pero no suficiente para causar una enfermedad si el patrón de transmisión es de penetración incompleta. En estos casos, otros factores tales como las experiencias tempranas contribuyen a la determinación de la predisposición constitucional.

La experimentación con animales de laboratorio que maduran en un tiempo breve ha permitido observar los efectos de estímulos tempranos. Levine(35) ha estudiado la influencia a largo plazo

en patrones de conducta sexual y agresiva de la administración de hormonas sexuales durante periodos críticos del desarrollo temprano. Por su parte Ader y Friedman (21) han demostrado que criar a ratas en condiciones de hacinamiento influye en la susceptibilidad o resistencia, cuando adultos, ante diversos agentes patogénicos como son algunos microorganismos y virus. Los datos apuntan en dirección de que la manipulación experimental temprana afecta la resistencia del huésped.

Investigaciones en la última parte de 1950 de 60 y 70 probaron la importancia de factores constitucionales y también del ambiente psicosocial en el desarrollo de algunas enfermedades somáticas. Por ejemplo, Henry y sus colaboradores (24,25) concibieron un ambiente psicosocial en el cual los ratones casi invariablemente desarrollaron hipertensión y otro en el cual razas de ratones presentaron carcinoma del pecho; el ambiente generador de hipertensión arterial consistió en un sistema de jaula en el cual los animales estuvieron bajo constante amenaza de su dominio, teniendo que competir por el alimento en su forma territorial; el ambiente cancerígeno implicó una situación de apareamiento forzado en el cual los ratones fueron conservados en un estado constante de preparación para la reproducción. Esto resultó en una desorganización de la estructura social y un 100% de incidencia de cáncer mamario en el stock susceptible de sujetos femeninos.

Hofer y sus colaboradores (28) han estudiado la maduración de los mecanismos fisiológicos que regulan la frecuencia y el ritmo del corazón en ratas, demostrando que la maduración de los sistemas simpático y vago es sincrónica y ocurre probablemente en periodos críticos, durante los cuales pueden establecerse patrones de respuesta patológica como es la bradicardia que ocurre en los roedores adultos bajo la amenaza de un ataque severo. Combinando estudios longitudinales del desarrollo con técnicas de cruzamiento selectivo, ha sido posible evidenciar la interacción de factores genéticos y experiencias que determinan la predisposición o susceptibilidad específica de un órgano o sistema. Henry y sus colaboradores (23) han demostrado la influencia de diferentes condiciones de crianza y experiencia temprana en la susceptibilidad de los ratones para desarrollar hipertensión y cambios suprarrenales, en situaciones de stress.

Los sistemas neurovegetativos responsables de la regulación de funciones viscerales importantes, tales como la frecuencia del corazón y la resistencia periférica, pueden ser particularmente susceptibles al acondicionamiento autonómico o aprendizaje visceral, durante algunos periodos críticos en el desarrollo o estadios en la maduración. Este condicionamiento puede ser activado más tarde en condiciones apropiadas, maxime que hay posibilidades de un reforzamiento reiterado a través de las transacciones entre el niño y su madre y ulteriormente entre el niño y otros miembros de su familia.

En la segunda fase, la de iniciación de las manifestaciones clínicas, las causas que precipitan la enfermedad actúan

solamente por periodos de tiempo relativamente cortos y no son las mismas que la predispusieron. En esta fase se pasa de los factores específicos a los no específicos; por ejemplo, los efectos de la stress psiconeuroendocrina; la resistencia del huésped a través de mecanismos inmunes y de la interferencia con la sincronización de ritmos circadianos, ultradianos y de temporada, etc.; si las defensas fallan bajo la stress, la actividad endocrinas e inmunológicas pueden, hacer a la persona menos resistente a la infección y producir un trastorno clínico más fácilmente, si se expone a algún germen. Estas reacciones no específicas y sus efectos parecen ser universales.

Se podría especular que la exposición del cerebro a cambios vigorosos y continuos en las catecolaminas y hormonas circulantes (17) lograrían afectar patrones neurofisiológicos de regulación central en forma tal, que ciertos circuitos patogénicos programados pero inactivos pudieran volverse activos e inducir así la alteración de funciones viscerales. Cambios psiconeuroendocrinos universales no específicos pueden provocar la activación de patrones patogénicos específicos en personas predispuestas.

La teoría de la conducta del tipo "A" como causa de la enfermedad coronaria ha despertado interés. Esta teoría fue propuesta por los cardiólogos Meyer Friedman y Ray Rosenman, (20) quienes enfocaron los rasgos conductuales de sus pacientes y caracterizaron a la conducta del tipo "A" como una combinación de "Prisa", agresividad y competitividad que expone a las arterias a la acción de sustancias producidas por un hipotálamo sobreestimulado. Sin embargo, la idea de dividir a la conducta en "A" y "B" no se ajusta a una gran cantidad de datos que señalan la heterogeneidad de la personalidad. Se trata de una fórmula reduccionista que deja a un lado otras variables patogénicas. Un estudio prospectivo de la enfermedad coronaria que se inició en 1962, ha mostrado que la enfermedad coronaria ocurre rara vez, excepto entre hombres que tienen alguna combinación de hiperlipidemia, anormalidades del metabolismo de los carbohidratos, hipertensión, que fuman cigarrillos, tienen una historia familiar de esta enfermedad y en muchos casos, tienen arterioesclerosis en otros vasos.

Es posible que en la fase clínica entren en juego tantos mecanismos específicos como no específicos, ya sea separadamente o en combinación, influyendo en el curso de las exacerbaciones y de las complicaciones del estado patológico.

Los factores patogénicos en esta fase de la enfermedad, influyen en su curso, remisiones y exacerbaciones. Es de pensarse, que se trata de factores diferentes de los implicados en las dos fases anteriores. Por ejemplo; una vez que una enfermedad se ha establecido, el individuo adquiere advertencia de ella, tiene conciencia de las alteraciones patológicas y de las sensaciones relacionadas y las incorpora a la imagen que tiene de si mismo, quedando sujetas a elaboración simbólica e incorporación en estructuras psicológicas conflictuales preexistentes. El

punto es que los datos causales relevantes, tanto médicos como psicológicos, difieren según la fase de la historia natural de la enfermedad. Por lo tanto, no es lógico asumir que el análisis de las circunstancias y mecanismos implicados en la precipitación o en el curso de una enfermedad ayuden a comprender el mecanismo implicado en la predisposición.

#### Stress Psicosocial.

Tanto Alexander como Wolff, limitaron su atención en el campo psicológico a problemas predominantemente intrapsíquicos y transacciones interpersonales y en el campo fisiológico a mecanismos autonómicos periféricos, es decir, que sus formulaciones fueron incompletas.

Algunos de los conceptos de Alexander han conservado su valor; lo mismo puede decirse de su contemporáneo Harold Wolff quien llevó cuestiones psiquiátricas al laboratorio de investigación y promovió el uso combinado del método experimental y los métodos clínicos.

El método stress se refiere a la experiencia de un organismo que confronta una situación persistente en tensión. El conocimiento de las consecuencias de estas tensiones se iniciaron con los experimentos de Cannon, quien estudió las reacciones neurovegetativas a las amenazas.

Años después, Selye (51) demostró experimentalmente que ante una variedad de factores que causan stress --factores traumáticos, tóxicos, infecciosos o emocionales--, los organismos reaccionan de una manera general e inespecífica. Esta reacción, que tiende a aumentar la resistencia del organismo ante el agente ofensor, fue designada por Selye "Síndrome general de adaptación". Animales sometidos a stress, presentan en una primera fase, denominada "de alarma", hipertrofia de la corteza suprarrenal, atrofia aguda del tejido timo-linfático y ulceraciones gástricas e intestinales.

Esta reacción depende de mecanismos cerebrales, neuroendocrinos y diencefalo-hipofisarios. Si el stress continúa, le sigue a la reacción de alarma una fase adaptativa y compensatoria, a la que Selye denominó "fase de defensa", durante ella, la resistencia del organismo llega a su máximo. Esta fase depende de mecanismos diencefalo-hipofisarios y también corticosuprarrenales. Si la stress se mantiene, la capacidad de adaptación del organismo es sobrepasada, y se sigue una fase de agotamiento o descompensación. La puesta en juego de mecanismos de adaptación, puede ocasionar "enfermedades de adaptación". El organismo puede llegar a lesiones por exceso de sus propias defensas.

El término stress psicosocial se refiere a las situaciones sociales y estados psicológicos, tales como conflictos, frustraciones, pérdidas, amenazas, que pueden activar emociones y producir cambios fisiológicos. Esta forma de stress actúa a través de la actividad simbólica de las emociones que suscita, pudiendo ser tan dañina como las temperaturas extremas, los

micro-organismos patogénicos y los traumatismos físicos; los efectos sobre la salud dependen de la capacidad de la persona para contener con la situación stressante y del apoyo social con que cuente.

Para que un estímulo psicológico, dice Lazarus, (34) sea stressante, necesita ser experimentado por el individuo como una amenaza grave a su bienestar. Es entonces cuando se ponen en juego mecanismos encaminados a reducirlo e eliminarlo. Un conjunto de experiencias afectivas, manifestaciones motoras y reacciones fisiológicas son intentos defensivos del individuo en una condición de stress.

Los trabajos epidemiológicos de Hinkle, Holmes (29) y Masuda, (30,42) Rahe y otros, intentan establecer las relaciones entre cambios de la vida que suscitan stress psicosocial y morbilidad general; esa relación existe; aparentemente los cambios de la vida actúan minando la resistencia del huésped a las enfermedades. Se postulan varios factores intermedios con son la experiencia previa del sujeto, sus defensas psicológicas, la forma de contener con el cambio, el grado de la activación fisiológica que le suscita y la ausencia o presencia del papel protector de los apoyos sociales.

Varios estudios indican que es más probable que una enfermedad se inicie después de que una persona ha experimentado un cambio adverso en su vida. Si este cambio le exigió grandes esfuerzos para adaptarse a él. Sin embargo, los estudios epidemiológicos solamente indican correlaciones estadísticas y necesitan ser complementados por la investigación clínica. Además de eventos dramáticos de breve duración, se estudian situaciones frustrantes de larga duración, tales como una mala relación marital o una situación ocupacional poco motivante.

Los estudios acerca de la mortalidad y morbilidad en el duelo, han puesto de manifiesto los efectos no específicos de la stress psicosocial sobre la salud. En una comunidad de Gales, Rees y Lutkins (46) estudiaron durante un año a los deudos a partir de la muerte de un ser querido en esas personas, la tasa de muerte fue siete veces mayor que la de quienes sirvieron de control. Las investigaciones de Parkes (43) y sus colaboradores (44) mostraron que la mayoría de las muertes de viudas en los seis primeros meses del duelo tenían relación con la enfermedad coronaria, si se encontraban en la edad en que es más frecuente este padecimiento.

Los estudios de Engel y Schamle (50) demostraron que la pérdida de un "objeto psicológico" -persona, objeto, salud, posición valiosa- o la amenaza simbólica de su pérdida en la fantasía, preceden al desarrollo de diversos tipos de enfermedades. Parece un hecho establecido que la pérdida y los estados afectivos asociados pueden tener una relación patogénica importante con desórdenes somáticos, incluyendo algunos que son mortales. Estos estados afectivos y psicológicos incluyen los que Engel y Smilling (13) designaron como estados de impotencia y

desesperanza, asociados con actitudes de "darse por vencido". Engel propone, además de la fuga y el ataque, agregar una respuesta fundamental al stress o al peligro, la respuesta de "retirada-conservación".

En animales de experimentación sometidos a stress psicossocial, (33) se ha demostrado que alteraciones en la función endocrina influyen en la resistencia a una variedad de organismos patogénicos y afectan la viabilidad y el crecimiento de tejido neoplásico implantado en ellos. También hay evidencia de que mecanismos neurofisiológicos centrales activados en respuesta al mismo stress, influyen en las reacciones inmunológicas, incluyendo la sensibilidad de los tejidos a la histamina y los niveles de anticuerpos circulantes.

En resumen, el concepto de stress psicológico permite considerar una variedad de influencias sobre el hombre que afectan desfavorablemente su salud. El concepto de stress psicossocial tiene un carácter multifacético que permite incluir a diversos estímulos internos o externos que actúan a un nivel psicológico como agentes generadores de stress en un momento particular. Así como también la forma en que la persona responde a ellos, subjetivamente, en su fisiología y en su conducta explícita.

#### Depresión y cancer.

En los últimos años hay advertencia creciente de que la depresión puede manifestarse somáticamente por diversos desórdenes psicofisiológicos en combinaciones de síntomas y síndromes como "equivalentes depresivos". Aunque quienes sufren estas afecciones no se quejan de estar deprimidos, la evaluación psiquiátrica cuidadosa permite establecer que se trata de un desorden depresivo del humor en el cual esta alteración es poco aparente. Las "depresiones enmascaradas" dan cuenta de una fracción importante de quejas que motivan la consulta al médico y al cirujano. La mayoría de las veces, el diagnóstico puede ser confirmado por la respuestas favorable al tratamiento, mediante los fármacos antidepressivos, los cuales hasta cierto punto son instrumentos útiles para el diagnóstico.

López Ibor (39) plantea la relación de la medicina psicossomática con los desórdenes depresivos en los términos siguientes: "El enfoque de la llamada medicina psicossomática requiere, en su totalidad, una revisión radical. Todos estarían de acuerdo en que desde la Segunda Guerra Mundial esta rama de la medicina ha adquirido una importancia tremenda y que en algunos lugares se ha convertido en una disciplina en su propio derecho. Esto es ir demasiado lejos, porque la gran mayoría de los pacientes en esta categoría son realmente casos psiquiátricos, en tanto que sufren de una depresión enmascarada o equivalentes depresivos".

También el cáncer está siendo investigado desde el punto de vista psicossomático. Los estudios clínicos han enfocado dos variables psicológicas; las características de la personalidad y los antecedentes emocionales de las personas que sufren cáncer.

Estudios psicológicos de pacientes con cáncer en el pecho y los pulmones muestran una tendencia marcada a reprimir o suprimir la expresión de ciertas emociones, especialmente la cólera, hay otros estudios en los cuales la interrogante ha sido si existe o no relación entre el principio del cáncer y la pérdida reciente de un objeto psicológico. Hasta ahora los resultados han sido contradictorios sin embargo, el conocimiento de los mecanismos de inmunidad permiten admitir la hipótesis de que eventos cognitivos y sus correlatos emocionales pueden modificar, fortalecer o inhibir las defensas inmunológicas del cuerpo. A esta inhibición inmunológica se atribuye un papel en la génesis de ciertas neoplasias.(1) La mayor parte de las enfermedades crónicas, tienen una fase preclínica prolongada y por esta razón conviene estudiar variables de la personalidad; patrones de conducta constantes, situaciones crónicas y condiciones sociales, como posibles guías hacia la etiología.

También tienen interés los estudios de Riley,(45) en animales, quien encontró que la stress provocada en ratones que llevan el virus oncogénico de Pittner, reduce el tiempo de latencia para desarrollar carcinoma de la mama. Después de 400 días, 92% de los ratos sujetos a manipulación efusiva y otras formas de stress han desarrollado tumores, comparados solamente con el 7% de los animales que no han sido perturbados. Riley sugiere que la stress causa un aumento de la actividad de la corteza suprarrenal y como consecuencia una deficiencia de células T y la alteración del sistema de defensas, aunados al aumento de la susceptibilidad individual a) cáncer.

Mecanismo Psiconeuroendocrinos.

Las vías fisiológicas mediadoras entre factores sociales y psicológicos por una parte y cambios fisiológicos y fisiopatológicos por otra, ha sido objeto de investigación animal y de experimentación clínica con sujetos humanos. Algunos de estos mecanismos mediadores, neurofisiológicos, neuroendocrinos e inmunológicos, son ya en parte conocidos y llevan implícita una explicación de la intervención del sistema nervioso entre eventos psicosociales, funciones mentales y respuestas fisiológicas.

Un aspecto de estos estudios que reviste especial interés se refiere a la psicoendocrinología de las emociones. Mason (41) ha llevado a cabo ensayos concurrentes de cerca de 10 respuestas hormonales a una variedad de estímulos psicosociales. Tomando en cuenta el estado emocional del sujeto, las defensas psicológicas, la historia de su desarrollo y la situación psicosocial actual, es posible predecir el patrón de respuestas hormonales a un estímulo dado. Los niveles de cortisol, adrenalina, noradrenalina, tiroxina, insulina, hormona de crecimiento y testosterona, responden en forma relativamente específica a los estímulos que despiertan emociones. Mason concluye que las influencias psicológicas alteran profundamente el balance hormonal en el cuerpo, tanto a corto como a largo plazo y afectan por lo tanto a todos los procesos metabólicos.

Por otra parte, se ha comprobado que en respuesta al stress, ya sea inducido o cotidiano, se altera la secreción de catecolaminas. Los estudios de Frankenhaeuser (17) y sus colaboradores muestran que hay un incremento en los niveles de catecolaminas en la sangre como respuesta tanto a situaciones placenteras como displacenteras, y tanto a la subestimulación como a la sobre-estimulación. Aumentos repetidos y reiterados en la secreción de adrenalina y noradrenalina ocasionados por las situaciones adversas de la vida, los eventos desafortunados, y también por situaciones menos dramáticas como el ruido, la aglomeración, los estímulos apetitivos provistos por los medios de comunicación masiva, el tráfico pesado y el cambio de vehículos para ir al trabajo, pueden contribuir a la prevalencia elevada de desórdenes psicofisiológicos y afectivos. En general estímulos nuevos y discrepantes tienden a despertar emociones intensas y prolongadas, potencialmente nocivas.

Las investigaciones psicofisiológicas de este tipo no se han limitado al laboratorio. Taggart (52) ha realizado estudios en personas que hablan en público y ha demostrado que tienen cambios en el electrocardiograma y niveles crecientes de noradrenalina, triglicéridos y los ácidos grasos en plasma. Este es un ejemplo entre otros, de los estudios recientes acerca de las respuestas psicofisiológicas a los estímulos psicosociales. El uso de registros telemétricos permite la monitorización en humanos de varios índices fisiológicos en el curso de sus actividades cotidianas. Algo se conoce ya de las consecuencias psicofisiológicas que provocan situaciones stressantes comunes, un eslabón en la cadena de eventos que va desde los acontecimientos psicosociales a los desórdenes corporales.

Una manera de enfocar el problema es examinar la relación entre la eficacia de las defensas del ego y la activación del sistema simpático adrenal y del eje pituitaria suprarrenal, durante la stress. Sachar y sus colaboradores (48) estudiaron esta relación en pacientes esquizofrénicos en estado de excitación aguda. Esto opera también en una variedad de condiciones tanto agudas como crónicas y tiene un significado teórico importante, ya que permite avanzar en la comprensión de cómo es que fenómenos intrapsíquicos pueden interponerse entre vectores psicosociales, por una parte, y alteraciones de la fisiología por otra. Si las defensas del ego son efectivas, protegen contra una activación endocrina excesiva y cuando las defensas del ego no son eficaces, puede ocurrir una activación endocrina intensa. Los efectos patogénicos de los esteroides adrenales no sólo influyen en el metabolismo del tejido periférico sino también, en formas menos obvias, en las funciones del sistema nervioso central.

Henry Acerrot y sus colaboradores han demostrado que el peso de las glándulas suprarrenales y el contenido de las enzimas biosintéticas de la norepinefrina en el tejido suprarrenal aumentan en respuesta a stress psicosocial intensa, la cual conduce a los animales de experimentación a desarrollar hipertensión sostenida y patología renal. También las enzimas implicadas en la síntesis y en el metabolismo de las

Para la medicina psicosomática, la principal implicación de hallazgos recientes relacionados con ritmos biológicos es que estados psicológicos y fisiológicos cambiantes o alternantes en forma rítmica deben ser tomados en consideración al investigar la patogénesis y el tratamiento de las enfermedades.

El nivel de actividad del sistema endocrino y del sistema nervioso autónomo cambian en asociación con los ritmos biológicos, no sólo los ritmos circadianos, sino también ritmos de mayor duración, como es el ciclo de la ovulación en las hembras y otros más cortos como el ritmo REM de 90 minutos en el sueño. Se conoce que frecuentemente, ritmos diferentes se encuentran en alguna forma sincronizados entre sí; el potencial patológico de la desincronización entre estos ritmos, comienza apenas a ser estudiado. Un número de investigadores incluyendo a Sachar, Roffwarg y Hellman (49) han demostrado que hay cambios en los patrones endocrinos durante el día; un ejemplo es el aumento de la variabilidad de algunas funciones autonómicas durante los periodos REM. Friedman y Fisher y Kripke han encontrado evidencia de que el ritmo ultradiano de 90', no está confinado al sueño sino que se presenta durante la vigilia. Estos periodos del sueño y del estado vigil, pueden estar ligados a fluctuaciones en los niveles de conciencia y a cambios en patrones de regulación fisiológica homeostática.

Tendencias actuales en la medicina psicosomática.

En las primeras décadas de este siglo, ocurrió que las áreas oscuras en el campo de la medicina psicosomática, se llenaron con especulaciones y fantasías. La tendencia actual es hacer de la medicina psicosomática una disciplina en la que solo encuentren cabida hechos demostrados y teorías susceptibles de ser confirmadas mediante la investigación. Las observaciones clínicas se han visto notablemente reforzadas por la investigación psicofisiológica, bioquímica y genética.

Debido principalmente a las dificultades para su validación, se ha perdido el interés en los conceptos psicoanalíticos que intentaron establecer relaciones etiológicas entre constelaciones psicodinámicas específicas y padecimientos psicosomáticos. Conceptos como el de los "perfiles psicológicos" propuestos por F. Dumber, (11) no han pasado la prueba del tiempo, en tanto que algo queda de los de F. Alexander relativos a la frecuencia elevada de patrones psicodinámicos típicos en cada enfermedad. Por el contrario, ha aumentado el interés en la descripción fenomenológica de la conducta en situaciones experimentales definidas, así como la experimentación en animales.

Hoy en día el término medicina psicosomática ya no se refiere a un grupo de enfermedades, sino principalmente a un modo de abordar los problemas de la medicina. Es ante todo un conjunto de actitudes y un marco teórico para ver los problemas médicos, comprenderlos e intentar su resolución.

reconocer este hecho resultò a menudo una limitante en la investigación de otros factores distintos a los psicodinàmicos tales como los psicosociales, genéticos, inmunológicos, infecciosos o traumáticos, que puedan contribuir en la patogènesis de una enfermedad.

Actualmente, la psicoterapia para los pacientes con una enfermedad psicodinàmica solo està indicada si los problemas psicológicos en su propio derecho constituyen una razón válida. Es de esperarse que en estos casos en los que conflictos psicológicos estàn activando patrones fisiopatológicos, la psicoterapia provoque una mejoría de la condición somática como consecuencia de la reducción de los conflictos psicológicos.

Sobre la base de una orientación teòrica determinada, los instrumentos de investigación que se utilizan y el lugar en que es llevada a cabo la investigación y la pràctica, hay 3 clases de investigaciones: las psicodinàmicas, la psicofisiológicas y las psicosociales. Estas dos últimas son accesibles al diseño experimental en una forma en la cual no lo es el àrea psicodinàmica. Las dos primeras estàn primariamente entre las dimensiones conductual y somática y entre el individuo y su ambiente.

Se ha establecido una relación positiva entre eventos stressantes, evaluados mediante escalas y una variedad de enfermedades agudas y crónicas, sin embargo, estos métodos plantean algunos problemas. La identificación de eventos y cambios en la vida no necesariamente nos informan de las experiencias individuales y en muchas ocasiones no queda claro el grado de impacto y su poder patogénico; sin embargo, es difícil no reconocer su participación como factores desencadenantes.

Las investigaciones experimentales más recientes han conducido a cambiar el modelo conceptual lineal de las enfermedades psicosomáticas a un modelo no lineal, de campo interaccional o de sistemas. Este modelo plantea intercambios entre datos genéticos y el ambiente, postula expresiones fenotípicas y una relación de estimulación recíproca en ambas esferas: la somática y la psico-conductual; de acuerdo con el, la constitución de cada individuo incluye la dotación genética y las experiencias tempranas siendo influido su desarrollo por múltiples factores biológicos y psicosociales en un ambiente bio-psico-social.

El modelo psicogenético se ha diluido en modelos multifactoriales que representan interacciones en varios niveles del organismo y del ambiente social.

El enfoque de sistemas generales implica que múltiples subsistemas, tales como la constitución y la personalidad determinan el estado del sistema individual a través de una interacción constante, mutua y de retroinformación. El individuo a su vez es un subsistema de la sociedad, que està en constante intercambio con otros individuos y grupos. Este enfoque enfatiza la interacción y la retroinformación entre los síntomas

somáticos, la conducta y el miedo socio-cultural.

Este modelo permite entender y evaluar todos los factores importantes que puedan contribuir a la patogénesis de una enfermedad y a perpetuarla, más que aislar una causa simple o una serie de eventos causales lineales.

Las controversias en cuanto al significado y la magnitud de determinantes psicológicos y biológicos en los desórdenes mentales, pueden ser aclaradas hoy con ayuda de los análisis multifactoriales.

Las primeras contribuciones al campo fueron hechas por clínicos: Psiquiatras, Psicoanalistas y Psicofisiólogos experimentales. Mucha de la investigación reciente se dirige al estudio de los mecanismos neurales mediante los cuales el cerebro regula y coordina funciones fisiológicas. Estas investigaciones han sido posibles por los avances técnicos y metodológicos en la neurofisiología, la endocrinología, la ciencia de la computación y también en las ciencias sociales y conductuales.

Dr. Ramón de la Fuente  
Jefe del Depto. de Psicología Médica  
Psiquiatría y Salud Mental

#### REFERENCIAS

1. Ader R: Psychosomati and psychoimmunologic research. Psychosom. Med., 42 (3) 307-321, may, 1980.
2. Ader R. Cohen N; Behaviorally conditioned immunosuppression. Psychosom. Med. 37: 333, 1975.
3. Alexander, F: Psychosomatic Medicine. Its principles and application. Norton, N.Y. 1950.
4. Alexander F, French T M, Pollock G H: Psychosomatic Specifity. Vol. 1: Experimental study and results. University of Chicago Press. Chicago, 1968.
5. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 2. American Psychiatric Association, Washington D.C., 1968.
6. Cannon W B: Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. Ed. 2. Appeton. New York, 1929.
7. Cannon W B: The wisdom of the human body. Norton, New York, 1947.
8. Charcot J M: Oeuvres Completes, Lecrosnier & Babe, Paris,

1890.

9. Deutsch F: Psychosomatic Concept in Psychoanalysis. International Univ. Press. New York, 1953.
10. Dumber H F: Synopsis of Psychosomatic diagnosis and treatment. Mosby, St. Louis, 1948.
11. Dumber H F: Emotions and Bodily Changes. Columbia Univ. Press. New York, 1954.
12. Engel G L: Psychological development in Health and Disease. Ed. Saunders. Philadelphia, 1962.
13. Engel GL: A psychological setting of somatic disease; The giving-up given up complex. Proceedings of the Royal Society of Medicine, 60: 553-555, 1967.
14. Engel G.L: Emotional stress and sudden death. Can traumatic experience kill you? maybe according to and authority on psychosomatic illness. Psychology Today 114-118 153-154, Nov., 1977.
15. Engel G L: Psychologic stress, vasodepressor (vasovagal) syncope, and sudden death. Annals of Int. Med., 89: 403-414, 1978.
16. Ferenczi S: The Therapy and technique of Psychoanalysis. Ernest Jones, Ed. The Hogarth Press, Ltd. London, 1950.
17. Frankenhaeuser M: The role of peripheral catecholamines in adaptation to understimulation and overstimulation. In Psychopathology of human adaptation. G. Serban (Ed.) p. 173. Plenum Publishing Corp. New York, 1976.
18. Freud S: Fragment of an analysis of a case of hysteria. In standard edition of the Complete Psychological Works, Vol. 7 Hogarth Press. London, 1953.
19. Freud S: The Psycho-Analytic View of Psychogenic Disturbance of Vision (1910), Standard Ed. Complete Psychol. Works, Vol. 11; Hogarth 1957.
20. Friedman M, Rosenman R H: Association of specific overt behaviour pattern with blood and cardiovascular findings: Blood cholesterol level blood clotting time, incidence of arcus senilis and clinical coronary artery disease. J.A.M.A. 169: 1286, 1950.
21. Friedman S B, Ader R: Parameters relevant to the experimental production of stress in the mouse. Psychosom Me., 27: 27-30, 1965.
22. Grinker R R: Psychosomatic Research. Norton. New York, 1953.

23. Henry J P, Meehan JP, Stephens P M: The use of psychosocial stimuli to induce prolonged systolic hypertension in mice. *Psychosom. Med.* 29 (5), 1967.
24. Henry J P, Ely D L, Stephens P M: The role of psychosocial stimulation in the pathogenesis of hypertension. *Verh Dtsch Ges Inn Med.*, 80: 107, 1974.
25. Henry J P, Stephens P M, Watson M C: Force breeding, social disorder and mammary tumor formation in CBS/USC mouse colonies. A Pilot Study. *Psychosom. Med.* 37: 277, 1975.
26. Hofer M A: Studies on how early maternal separation produce behavioral change in young rats. *Psychosom. Med.* 37: 245, 1975.
27. Hofer M A: The principles of autonomic function in the life of man and animals. In Arieti S. *American Handbook of Psychiatry Vol. 4 USA Basic Book* p. 528-552. Second edition 1978-1979.
28. Hofer M A, Reiser M F: The development of cardiac rate regulation in preweanling rats. *Psychom. Med.* 31 (5): 372, 1969.
29. Holmes T H: Life situations, emotions and disease. *Psychosomatic* 19 (12): 747-754, December 1978.
30. Holmes T H, Masuda M: Psychosomatic syndrome: when mothers in law or other disasters visit, a person can develop a bad, bad cold or worse. *Psychology today* 106: 71-72 april, 1972
31. Jelliffe S E: *Sketches in Psychosomatic Medicine.* N.M. Pub. Co., New York and Washington, 1939.
32. Kaufman I C, Roseblum L: The reaction to separation in infant monkeys: anaclitic depression and conservation withdrawal. *Psychosom. Med.*, 29: 649, 1967.
33. La Barba R C: Experimental and environmental factors in cancer. A review of research with animals. *Psychosom. Med.* 32 (3): 259, 1970.
34. Lazarus R S: *Psychological Stress and the Coping Process.* New York McGraw-Hill Book Co, 1966.
35. Levine S: *Hormones and behavior.* Academic Press, New York, 1972.
36. Lipowski Z.J: Review of Consultation Psychiatry and Psychosomatic Medicine. *Psychosom Med.* 330 (4): 395-422, Jul-Aug., 1968.

37. Lipowski Z J: Psychosomatic Medicine in a changing society: some current trends in theory and research. Compr. Psychiat., 14: 203, 1973.
38. Lipowski Z J: Introduction current trends in Psychosomatic Medicine Int'l J. Psychiatry Medicine, 5 (4): 303-308, 1974.
39. López Ibor J J: Las neurosis como Enfermedades del Animo. Ed. Gredos Madrid, 1966.
40. Malmö R B: Physiological Concomitants of Emotion. In Comprehensive Textbook of Psychiatry. Freedman y Kaplan (eds) p. 1044-1048, The Williams & Wilkins Co. Baltimore. 1967.
41. Mason J W: Clinical psychophysiology Psychoendocrine mechanism. In Arieti S. American Handbook of Psychiatry Vol 4. USA Basic Book p. 553-582, Second Edition 1978-1979.
42. Masuda M, Holmes T H: Life events: perceptions and frequencies. Psychosom. Med. 40 (3): 236-261, 1978.
43. Parkes C M: Effects of bereavement on physical and mental health: A study of the medical records of widows. Brit. Med. J. 2: 274, 1964.
44. Parkes C M, Benjamin Fitzgerald R G: Broken heart: a statistical study of increased mortality among widowers. Br. Med. J. 740-743, 1969.
45. Riley V: Mouse mammary tumors: alteration of incidence as apparent function of stress. Science 189: 456-467, August, 1975.
46. Rees W D, Lutkins S G: Mortality of bereavement. Br. Med. J., 4:13, 1967.
47. Ruesch J, Bateson G: Communications; the social matrix of Psychiatry. Norton, New York, 1951.
48. Sachar E. J: Psychiatric disturbances associated with endocrine disorders. In American Handbook of Psychiatry. M.F. Reiser (ed) vol. 4 p. 299. Basic Books. New York, 1975.
49. Sachar E J, Hellman L, Roffwarg H P, Halperns F, Fukushima D, Gallaher T F: Disrupted 24-h patterns of cortisol secretion in psychotic depression. Arch. Gen. Psychiat. 28:19, 1973.
50. Schmale A H, Engel G L: The giving up-given up complex illustrated on film. Arch. Gen. Psychiat., 17: 135, 1967.

51. Sekye H: Story of the adaptation Syndrome, Acta Inc., Montreal, 1952.
52. Taggart F, Carruthers M, Somerville W: electrocardiogram, plasma catecholamines and lipids, and their modification by oxprenolol when speaking before an audience. Lancet 2:341-346, August, 1973.
53. Weiner H, Thaler M, Reisser M F, Mirsky I A: Etiology of Duodenal Ulcer: I Relation of specific psychological characteristic to rate of gastric secretion. Psychosom. Med., 19 (1), 1957.
54. Wenger M A, Clemens T L, Coleman D R, Cullen T D, Engel B T: Autonomic response specificity Phychosom. Med. 23:185-193, 1961.
55. Wolff H G: Life stress and bodily disease. A formulation. Res. Nerv. Ment. Dis. 29:1059, 1950.
56. World Health Organization: Glossary of mental disorders and guide the classification for use in conjunction with the International Classification of Diseases. 9th revision, Geneva, 1978.

## LA COMUNICACION EN LA PAREJA

Dr. Javier Vicenzo  
Universidad Nacional  
Autónoma de México

"Se en mi como la eterna tristeza  
del viento del desierto, y no  
como son las cosas transitorias  
con la alegría de las flores".  
E.Pound.

La comunicación en la pareja es un tema central en la vida del hombre, y por lo tanto no es sorprendente que su abordaje sea difícil, aunque se delimite el campo desde donde vamos a introducirnos con la mirada. En este caso, el título y una serie de presentaciones que se relacionan con la práctica psicoterapéutica actual, facilitan el encuadre y el enunciado de una serie de postulados iniciales que permitan el deslizamiento a otros niveles de análisis.

- 1) La definición de pareja como un par de seres que viven juntos una relación amorosa, aun cuando demasiado general, es inútil en tanto incluye a parejas de distinto y del mismo sexo.
- 2) La pareja como institución ha ido transformándose rápidamente en las últimas décadas, lo que se evidencia, separaciones y divorcios que cuestionan permanentemente el asunto de la pareja para toda la vida.
- 3) Aun cuando los medios de comunicación masiva, que influye obviamente en la velocidad cada vez mayor de los cambios culturales, se encargan de repetir mensajes románticos alrededor del matrimonio, la maternidad, etc, es cada vez más importante el número de hombres y mujeres que viven solos o postergan la decisión de constituir una pareja para "Mas adelante".
- 4) La existencia de diversas formas de union libre como respuesta de la clase media intelectual frente a esta situación, no es exclusiva de esta clase ya que, aunque por otras razones, ha venido practicándose por las familias campesinas desde hace mucho tiempo atrás.
- 5) La serie de ritos y ceremonias alrededor de la

por la presencia del otro y viceversa.

Con este preàmbulo, podemos comenzar a considerar un esquema que nos acerque al problema de la comunicaci3n en la pareja.

De acuerdo con Gregory Bateson, cuando se juntan dos grupos de distintas culturas, como cuando dos familias concurren a una boda, pueden ocurrir tres tipos de fen3menos diferentes (es importante considerar al matrimonio como el contacto entre dos grupos familiares y no s3lo como la uni3n entre dos personas):

- a) Fusión completa
- b) Eliminaci3n de uno o ambos grupos.
- c) Diferenciaci3n progresiva por medio de un proceso de equilibraci3n dinàmica.

El anàlisis de los dos primeros, aunque interesante por su frecuencia y dramatismo si se consideran las situaciones de simbiosis y crímenes pasionales respectivamente, resulta innecesario para los prop3sitos de esta comunicaci3n.

Nos detendremos, por lo tanto en los procesos de equilibraci3n que conducen a una diferenciaci3n progresiva en las interacciones de pareja.

Hay casos en que las relaciones son principalmente simètricas y otras, de tipo complementario.

A las relaciones simètricas pertenecen aquellos casos en que ambos individuos responden con la misma conducta pero, agregàndole un poquito mäs. Un ejemplo claro de este tipo de interacci3n se presenta cuando, como Laing describe en "Nudos".

Juan dice: " Lo malo contigo es que tienes envidia".

Juana responde: "lo malo contigo es que pienses eso".

ò

Juana dice: "al menos podemos ser amigos".

Juan responde: "Desde luego. En ningun momento he dejado de ser amigo tuyo".

La diferenciación complementaria se refiere a los fenómenos que ocurren cuando las conductas de ambos miembros son fundamentalmente diferentes y se complementan. El sistema Yin/Yang del pensamiento chino es un ejemplo acabado de este equilibrio. Lao Tse en el Tao Te King habla de esto cuando dice:

"Es el vacío que hay entre los radios de una rueda lo que hace que la rueda pueda utilizarse, es el vacío que hay en el interior de las vasijas lo que hace que las vasijas puedan utilizarse.

Es solo en el vacío.

Donde se haya lo que es verdaderamente esencial.

La patología de las parejas se produce cuando se rigidizan las reglas que configuran la interacción dando resultado, por ejemplo, a escaladas simétricas (discusiones que van subiendo de tono, hasta llegar al enfrentamiento) que conducen a extrema rivalidad, hostilidad y generalmente la ruptura del sistema.

La complementariedad rígida, por otra parte produce una progresiva distorsión de la personalidad de los miembros que reduce el repertorio de conductas posibles, ya que solo se permite la expresión de aquellos que complementan la identidad del otro.

La muerte simbólica de uno y otro se refleja en la imagen de la pareja, común en la clínica, que sólo armoniza cuando uno está enfermo y el otro lo cuida.

Se entiende que una relación saludable contenga elementos de ambos tipos y es posible que una pequeña cantidad de conductas simétricas sirvan para balancear relaciones predominantemente complementarias y viceversa.

No es un misterio, entonces, que la tarea del terapeuta consista en identificar el tipo de interacción predominante, con el objeto de promover conductas recíprocas\* que proporcionen un equilibrio más dinámico.

No es posible continuar, sin manifestar como una advertencia que no es tarea del terapeuta mantener una pareja o destruirla; éste solo pretende agregar ingredientes que ayuden a desarrollar una mayor variedad de comportamientos, lo que no necesariamente concuerda con su viabilidad. El lenguaje de equilibrio y balance, por otra parte, por su connotación ideológica confunde nuevamente al proyectar una imagen del terapeuta como presdigitador que conducirá finalmente a la armonía.

Un paso más adelante y la pregunta que surge, luego de ilustrar algunos aspectos que se relacionan con el "Como" se da la comunicación en la pragmática de la pareja, tiene que ver con el poder y el amor; palabras enorme y que menciono a riesgo de parecer místicas y vacías, solo para aproximarse al "por qué" de la pareja.

En lo que se refiere al poder, que está siempre detrás de las configuraciones simétricas, complementarias o recíprocas, vale la afirmación de Bateson, en el sentido que, como metáfora es peligrosa porque quien la usa mucho se corrompe.

¿Qué pienso del amor? dice R.Barthes; "quería saber lo que es, pero estando dentro lo veo en existencia, no en esencia; estoy en el mal lugar del amor, que es su lugar deslumbrante; el lugar

más sombrío - dice un proverbio chino - está siempre bajo la lámpara."

El lenguaje metafórico de la poesía es útil, más que nada, como para tocar lo inasible; el ritmo y los pasos que sigue la pareja en su danza por la vida; propongo las variables del amor y el poder como su contexto.

Una palabra más sobre las funciones procreativas de la pareja, ya que obviamente se vinculan con su razón de ser. Es importante que no se piense que la pareja existe independiente de los hijos, de tal forma que, incluso, no se debería realizar terapia de pareja si se quisiera ser estrictamente sistémico. En efecto, los bailes que las parejas ejecutan son más explicables cuando se observan en el contexto de la familia, ya que constituyen actos de balance más complejos. Se presenta, con mayor frecuencia cada vez, la situación en que el primer objetivo terapéutico consiste en la transformación de una pareja en una familia para empezar a intervenir más efectivamente.

La tentación de terminar con W. Blake es muy grande, especialmente cuando es el contrapunto ideal del verso introductorio:

"Aquel que se une por sí mismo a una alegría  
la vida alada destruye.  
pero aquel que la besa en su vuelo no más  
vive siempre en la salida del sol."

ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE ENFERMERIA  
ACOFAN

PROCESO DE AUTO-EVALUACION PERMANENTE

Por: Lic. Gilma C de Ospino  
Profesor Asociado  
Universidad Nacional de Colombia

INTRODUCCION.

De la planeación y control académico depende en gran parte el buen éxito del proceso educativo.

La importancia de estas dos funciones radica en el carácter que les confiere su relación con la adecuación del proceso educativo a la realidad y en el medio en que se desarrollan.

Uno de los aspectos más evidentes de la crisis de la educación en la época actual es la dificultad de las estructuras educativas para seguir el acelerado ritmo de los cambios y especialmente la dificultad para mantenerse en correspondencia con las necesidades sociales que debe satisfacer.

La doble función de planeación y control es una actividad integrada y dinámica.

Planeación

Operación

Control

Las flechas que unen las tres fases de este proceso, constituyen el lazo de comunicación.

Como parte de la introducción, vale la pena formularse los siguientes cuestionamientos.

- Es benéfico dedicar tiempo a las experiencias educativas incluidas en el currículo.

- Reflejar las experiencias educativas, tendencias e ideas en el campo del conocimiento y del comportamiento profesional de

enfermería?

- Bajo las condiciones actuales de enseñanza - aprendizaje el programa es susceptible de éxito?
- El estudiante logrará las competencias deseadas?
- El estudiante desarrollará actitudes y valores deseados?
- Habrá medios económicos para obtener los objetivos deseados?
- Qué otras prácticas deben incluirse?

## CONCEPTOS BASICOS EN AUTO-EVALUACION

### DEFINICION:

Autoevaluación permanente: Es el proceso mediante el cual pueden obtener pruebas relacionadas con el logro de los objetivos específicos del programa de formación y el propósito fundamental es tomar decisiones y hacer los cambios pertinentes.

Es una situación pedagógica o de desempeño, la autoevaluación implica la reunión sistemática de pruebas para determinar si se están produciendo determinados cambios en el desempeño así como para determinar el grado de cambio del proceso educativo (contenidos, experiencias, metodologías, etc.)

Estos implican dos aspectos importantes:

- a. Apreciar el comportamiento del proceso educativo en función del cambio de comportamiento, ejemplo. Si se está evaluando un proyecto para mejorar la atención a las familias, se debe evaluar el mejoramiento de la atención de las familias.
- b. En cualquier momento la evaluación debe constar de más de una apreciación para constatar que se ha producido el cambio.

La evaluación es un enjuiciamiento analítico entre lo planteado y lo realizado. La evaluación precisa el grado de éxito o fracaso de una acción comparando sus resultados con lo que se espera de ella.

## PASOS PARA CUMPLIR CON UN PROCESO DE AUTOEVALUACION PERMANENTES.

### 1. Definición de los objetivos del programa:

a. Medir el grado de idoneidad, efectividad y eficiencia del proyecto. Ej: (Salud Familiar), (Integración docente-asistencial)

- Idoneidad: capacidad que tiene el proyecto para resolver el problema original.

- Efectividad: capacidad que tienen las actividades y tareas del proyecto para alcanzar los objetivos.

- Eficiencia: es el índice de productividad del proyecto o sea la relación existente entre los bienes y servicios finales y los insumos requeridos para su producción.

b. Facilitar el proceso de toma de decisiones. Esta puede ser de diferente índole; continuar o discontinuar el proyecto, mejorar sus prácticas y procedimientos, modificar la estrategia en desarrollo, establecer programas semejantes en condiciones semejantes, aceptar un enfoque o teoría sobre el proyecto en ejecución y otros.

## 2. Selección adecuada de experiencias:

Esto conlleva a identificar las situaciones que le brindará al estudiante la oportunidad de expresar el comportamiento que implican los objetivos, es decir una situación de evaluación, es aquella que le permite a los individuos manifestar el tipo de comportamiento que se trata de evaluar estableciendo niveles de calidad y cantidad, estos factores hacen relación con la calidad de exposición - experiencias - investigaciones, etc. Compete además la determinación de los mecanismos y procedimientos necesarios para efectuar la medición y evaluación entre lo previsto y los resultados o situación real,

Situación Prevista	Evaluación	Situación Real
-----------------------	------------	-------------------

de tal manera que permita ver la relación entre los insumos y los productos en términos de eficiencia y productividad. Desde luego el conjunto de mecanismos y procedimientos de control deberán diseñarse para cada caso en particular ya que dependerá de las características de cada facultad o programa.

## 3. Definición de medios y obtención de la información:

Estos medios lo constituyen instrumentos que son de uso común en nuestras facultades (instrumentos de evaluación de estudiantes en aspectos teóricos y prácticos. Instrumentos para evaluar asignaturas, evaluación de docentes, de campos de práctica, trabajos de los estudiantes, investigaciones, registros de actividades realizadas en los campos de práctica. Encuestas, kardex de estudiantes, etc.)

La autoevaluación es un proceso continuo y su materia prima es la información.

El proceso de información: implica los siguientes aspectos:

- Procesamiento: implica establecer criterios para validar esa información, procesarla y sintetizarla.
- Transmisión: llevar la información a las personas que deben conocerla oportunamente.
- Archivo: Guardar la información en forma ordenada de tal manera que se facilite su manejo y consulta cuando se desee.

La información constituye uno de los bienes administrativos mas importantes, el esfuerzo por obtenerla y registrarla, es de gran valor para la institución, la información como tal tiene una duración determinada y su vigencia es precaria de ahí para que sea útil debe manejarse en el momento preciso.

#### 4. Análisis e interpretación de la información.

Con el objeto de identificar el logro de los objetivos, los puntos fuertes y débiles y la identificación de los aspectos que necesitan ayuda. Este proceso debe presentarse de tal manera que reduzca al mínimo la subjetividad.

#### 5. Definir la audiencia:

Esto es identificar el grupo o grupos a quienes mas interesan los resultados para efecto de hacer cambios positivos en el proceso de formación.

#### 6. Formular conclusiones y sugerencias:

Estas deben ser llevada a organismos decisorios que puedan tomar las medidas necesarias para llevar a cabo las reformas.

Todo esto implica que la planificación de la educación o de programas de atención es un proceso continuo. A medida que surgen nuevas tecnologías y se producen adelantos, estos procesos se debe someter a prueba, se evalúan los resultados, se identifican las insuficiencias, y se proponen posibles mejoras. En consecuencia se vuelve a planificar, a crear y a evaluar. Con esta forma de ciclo continuo es posible mejorar constantemente los programas. De esta manera se podrá contar con programas educativos y de atención en salud mas efectivos.

Para que el sistema educativo funcione permanentemente es necesario la congruencia de sus elementos: estudiantes - docentes, administración, conocimiento, las instalaciones físicas, el equipo didáctico y otras de naturaleza genérica como son el dinero y el tiempo.

Esta congruencia se puede lograr mediante una combinación educativa. La combinación educativa óptima es la que permite conjugar el logro de los objetivos en términos de productos y beneficios al programa y a la sociedad con una mayor economía de recursos, esto implica la selección de contenidos acordes a la formación que se esté dando (pregrado) con una adecuada técnica de enseñanza para producir un egresado o producto acorde a la realidad.

No hay una combinación educativa óptima aplicable a todas las circunstancias; cada programa requiere su elaboración específica de acuerdo con los objetivos, valores y las condiciones particulares de cada programa.

Básicamente para llegar a una combinación educativa se requiere:

- Especificar o clarificar los objetivos en términos cuantitativos y cualitativos (incluso los de naturaleza intangible).
- Determinación y cuantificación de los elementos que intervienen el proceso de E-A. Estos son números de estudiantes, duración del programa o de los semestres académicos.
- Establecer los factores susceptibles de modificación como son los niveles de calidad, dosificación y ordenamiento de los elementos de la E.A., número de horas de instrucción según temas o prácticas, materiales didácticos.

La posibilidad de alcanzar una mejor solución radica en los elementos que pueden ser adicionados, modificados y dosificados en diferentes formas.

Un programa educativo eficiente será aquel que logre el cumplimiento de los objetivos con el mínimo de recursos y con los niveles de calidad predeterminados.

Por tanto la evaluación debe ser un proceso continuo cuyos resultados sirven de información para que en el proceso de planeación, investigación y diseño académico se ajusten aquellos aspectos que inciden en una baja eficiencia; también la información permite determinar deficiencias en la operación o desarrollo del proceso educativo. Es fundamental valorar las deficiencias de tipo académico, localizar sus causas y ubicarlas decididamente en relación al proceso de enseñanza aprendizaje.

## ESTRUCTURA Y EVALUACION

Dentro de los tipos de evaluación están: la evaluación interna (auto-evaluación), externa y mixta, según la procedencia de los evaluadores y se ha discutido cual de estos tipos es el mejor.

Aparentemente ninguno de ellos tiene monopolio de las ventajas. La opción de algunos de estos tipos deberá estar en estrecha relación con factores tales como:

a. Grado de confianza de directivas y administradores: Estos deben confiar plenamente en la capacidad profesional de las personas que ejecutan la evaluación. Si las directivas y administradores de la institución o programa tienen ese grado de confianza con sus evaluadores es natural que se recurra a ellos. En el caso contrario sería recomendable recurrir a los servicios de evaluadores externos para que ellos realicen solos, o en asocio con evaluadores internos, las evaluaciones necesarias.

b. Grado de objetividad. Para lograr un grado máximo de objetividad se requiere proteger a la evaluación de la posibilidad de que los evaluadores pongan empeño en demostrar de que todo "marcha bien". (Esta circunstancia se resuelve mejor recurriendo a evaluadores externos), por fortuna, se encuentran en el interior de las instituciones profesionales suficientemente serios como para no caer en ese tipo de distorsiones.

c. Grado de comprensión del proyecto. En toda institución y proyecto existen una serie de circunstancias que sólo son conocidas por quienes viven más intensamente la situación. Cuando estas circunstancias especiales tienen un condicionamiento demasiado fuerte en los resultados del proyecto, será conveniente recurrir a evaluadores internos, quienes están en condiciones de valorar efectivamente esos factores.

d. Potencialidad de utilización. La utilización de los resultados requiere frecuentemente que los evaluadores desempeñen un papel activo en la inserción de esos resultados en la política general de la institución. El personal interno, que está dispuesto a hacer recomendaciones sobre la base de los resultados y de defenderlas en las reuniones internas de la institución, quizá esté mejor situado para conseguir que se les preste atención, pero a veces son los de fuera, gracias a su prestigio o autoridad, los que son capaces de convencer a quienes corresponde que se preste atención a los resultados de la evaluación.

e. Grado de autonomía. El evaluador interno generalmente da por sentados los supuestos fundamentales y los esquemas de organización del proyecto y realiza la evaluación dentro del marco existente. El evaluador de fuera quizá pueda ejercer mayor autonomía y ver las cosas con una perspectiva más amplia. Esta mayor autonomía facilitaría un proceso de retroalimentación

menos propenso a poner soluciones de remiendo y más centrado en una reestructuración fundamental del proyecto.

Los cinco factores anteriormente descritos deberán ser tenido en cuenta para la decisión en torno a la procedencia de los evaluadores del proyecto.

#### UBICACION DE LOS EVALUADORES EN LA ESTRUCTURA INSTITUCIONAL.

Cualquiera que sea la decisión sobre la procedencia de los evaluadores, éstos deberán ocupar un lugar en la estructura de la institución ejecutora del proyecto a evaluar: Se puede concebir como la situación más normal aquella en que el evaluador rinde informes a la persona con autoridad que le encomendó el trabajo de evaluación.

La ubicación de los evaluadores dentro de la estructura institucional debe estar indudablemente condicionada por el interés de los usuarios de la evaluación. Normalmente en una institución estos usuarios pueden estar situados en alguna de estas tres categorías:

1. Los directivos superiores, a quienes corresponde adoptar las políticas institucionales. Su interés en los resultados de una evaluación podría estar centrado en el deseo de ampliar, reducir o cambiar un proyecto.
2. Los directivos medios y administradores, a quienes corresponde tomar decisiones sobre los insumos que se utilizan en la ejecución de las actividades institucionales. Su interés en la evaluación podría nacer de la intención de introducir modificaciones en la utilización de los insumos.
3. Los técnicos y ejecutores del proyecto, a quienes corresponde sugerir decisiones metodológicas, técnicas y operativas y ejecutar las decisiones adoptadas. Su interés en los resultados podría basarse en su deseo de mejorar las condiciones técnico-metodológicas del proyecto.

La evaluación debería, entonces, estar situada en el nivel de estructura institucional acorde con el usuario e interés. Si la evaluación está prevista para introducir modificaciones de política general, los evaluadores deberían estar situados en el nivel superior de la estructura y responder ante los directivos superiores. Si la intención es introducir cambios en torno a la cantidad y la calidad de los insumos utilizados en la ejecución de un proyecto, entonces los evaluadores deberían estar situados en un nivel medio de la estructura y responden ante los directivos y administradores de nivel intermedio. Finalmente, si la evaluación es para introducir modificaciones técnico-metodológicas en la ejecución de un proyecto, en ese caso los

evaluadores bien podrían estar situados en el nivel operativo de la institución.

El problema de la ubicación estructural se hace más complejo cuando una evaluación está prevista para satisfacer múltiples intereses. En este caso, lo más corriente y conveniente es rendir informes al nivel superior de la institución, como una manera de lograr una mayor autoridad y autonomía para el desempeño de la función evaluativa. Toda evaluación requiere de un máximo de autonomía para poder informar objetivamente sobre sus resultados.

#### UTILIZACION DE LOS RESULTADOS DE LA EVALUACION.

Con frecuencia se diseñan y ejecutan buenos programas de componentes evaluativos pero los administradores y directivos no utilizan sus resultados porque? Hay varias causas limitantes así:

1. El evaluador no percibe su papel en el proceso de utilización de resultados.
2. Las organizaciones tienen resistencia al cambio.
3. Falta planear cuidadosamente la diseminación de resultados.
4. Hay lagunas entre los resultados obtenidos y un claro curso de acción futura.
5. Existe la tendencia para hacer mucho énfasis en lo negativo y no en los aspectos positivos.

En conclusión se considera que la auto-evaluación es una forma de adquirir y procesar las pruebas para mejorar la institución educativa, y para conocer el progreso de las instituciones. Se trata de un medio para el control de calidad en el que se puede determinar en cada paso, el estado del proceso y si este es eficaz o no.

#### FUENTES

Mario Espinoza Vergara  
Evaluación de Proyecto Sociales. D. José (Costa Rica)  
Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes, Imprenta Nacional  
1980.

Carol H. Wliss. Evaluation Research: Methods of assesing  
Program Effectiveness. Engle clifo. New Jersey 1972.

Fenwci w. English (ed). Fundamental Curriculum Decisions.  
Alejandria. Virginia A.S.C.D., 1983.

Organización Mundial de la Salud. Preparación de indicadores  
para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud

para todos en el año 2.000. Ginebra OMS. 1981.

Renovación educativa.

## PRIMER CONGRESO COLOMBIANO DE SALUD FAMILIAR

### C A F A M

1 - 2 y 3 de octubre de 1.987 - Bogotá D.E.

Centro de Convenciones Gonzalo Jiménez de Quesada

**PROPOSITO:** Este Congreso persigue difundir entre los profesionales y técnicos de salud que trabajan en las diferentes instituciones del sector, la teoría y práctica de la Salud Familiar, haciendo especial énfasis en su importancia para mejorar la calidad de la atención.

**PARTICIPANTES:** Los participantes en este Congreso serán: médicos, odontólogos, enfermeras, nutricionistas, psicólogos, trabajadores sociales y demás profesionales.

**FECHA Y LUGAR:** El Congreso se llevará a cabo durante los días 1, 2 y 3 de octubre del presente año, en el Centro de Convenciones y Exposiciones Gonzalo Jiménez de Quesada, en la ciudad de Bogotá.

**Informes e inscripciones:** Subdirección de Salud - CAFAM - Calle 51 No. 15-48 - Piso 6.

Teléfonos: 2553081 - 2357823 Bogotá D.E.

### INFORME DEL SEMINARIO TALLER SOBRE SALUD FAMILIAR

El Seminario-Taller sobre Salud Familiar fué realizado en Bucaramanga los días 11 - 12 y 13 de Mayo del presente año en las instalaciones de la Universidad Industrial de Santander.

Estuvo coordinado por la profesora Martha Lucía Flórez de Jaimes, docente del Departamento de Enfermería quien realizó el año pasado un curso de post-grado en Salud Familiar, en la Ciudad de México. Recibió un decisivo apoyo técnico y logístico del Proyecto de Desarrollo para la Atención Primaria de la Salud, dirigido a nivel nacional por las Asociaciones ASCOFAME - ACOFAEN Y ACFD.

Contó con la importante colaboración de los Doctores Julio León Trejos del CES de Medellín, Diego Mejía de la Universidad del Valle y de la Licenciada Clara de Ortiz, Dr. Douglas Quintero, Dr. Rodolfo Rey N. y la enfermera Martha Lucía Florez de Jaimes de la Universidad Industrial de Santander.

El grupo de asistentes estuvo formado por cuarenta profesionales de Medicina, Enfermería, Odontología, Trabajo Social y Nutrición y Dietética representantes de la Universidad Industrial de Santander, el Servicio Seccional de Salud, la Escuela de Auxiliares de Enfermería y el Centro de Salud San Rafael, esta última institución en donde se está desarrollando un cambio de la atención tradicional a una atención con enfoque de Salud Familiar.

El Seminario-Taller pretendía analizar los fundamentos teóricos y filosóficos que sustentan a la Salud Familiar como una estrategia de prestación de servicios a la comunidad y determinar las estrategias para la operativización del enfoque en la práctica clínica.

Para el cumplimiento de estos objetivos se trataron temas que tuvieron que ver con algunas generalidades de familia, las bases conceptuales y de la Salud Familiar y las estrategias para implementar el enfoque dentro de los currículos y en la práctica clínica.

Los objetivos propuestos se lograron plenamente gracias a la participación conjunta de los ponentes y asistente. La motivación por el enfoque se hizo manifiesta sobre todo cuando se vió con ejercicios reales que en la práctica en cualquiera de los niveles, puede aplicarse. Importantes clínicos, que normalmente se han desempeñado con su especialidad, en instituciones de nivel terciario, permanecieron durante toda la actividad y sus aportes fueron constantes en el desarrollo del Seminario.

Se espera en este momento coyuntural para la Facultad de Salud de la Universidad Industrial de Santander, en donde se está planeando la reforma curricular de la Carrera de Medicina, la Salud Familiar se constituye en uno de los ejes integradores del nuevo currículo y los docentes y demás profesionales hagan de él, una forma diaria e indispensable en la ejecución de sus actividades profesionales.

MARTHA LUCIA FLOREZ DE JAIMES  
Profesora Asistente  
Departamento de Enfermería  
Universidad Industrial de Santander.