



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 19 No. 2

Junio de 2016

PAUTAS RELACIONALES DE LA DISTIMIA Y SU SEMEJANZA EN EL PROCESO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE. ANÁLISIS SISTÉMICO DE UN CASO CLÍNICO

Lucía Pérez Sánchez.¹ Irene Margarita Espinosa Parra² y Raquel Rocío Hernández Pacheco³
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT

RESUMEN

La finalidad de este artículo se centra en abordar el problema médico de la artritis reumatoide como enfermedad autoinmune, pero desde un punto de vista psicológico sistémico, centrándonos principalmente en los factores relacionales familiares que pudieran estar implicados en el desarrollo y evolución de esta enfermedad. Para ello, se analiza la experiencia clínica llevada a cabo en un caso en concreto, a través del tratamiento implementado su resultado y seguimiento.

Palabras claves: artritis reumatoide, pauta relacional, distimia, psicoterapia sistémica.

GUIDELINES RELATIONAL OF DYSTHYMIA AND ITS SIMILARITY IN PROCESS OF RHEUMATOID ARTHRITIS. SYSTEMIC ANALYSIS OF A CLINICAL CASE

¹ Profesora de tiempo completo en la UAN. Área de Ciencias Sociales y Humanidades Programa Académico de Psicología. Maestra en Terapia Familiar sistémica correo electrónico: lucia@systemica.com.mx.

² Profesora de tiempo completo en la UAN. Área de Ciencias Sociales y Humanidades Programa Académico de Psicología. Maestra en Terapia Familiar sistémica.

³ Profesora de tiempo completo en la UAN. Área de Ciencias Sociales y Humanidades Programa Académico de Psicología. Maestra en Salud Pública.

ABSTRACT

The purpose of this article is focused on addressing the medical problem of rheumatoid arthritis and autoimmune disease, but from a systemic point of view psychological, focusing mainly on family relationship factors that may be involved in the development and progression of this disease. To do this, clinical experience carried out in a particular case is analyzed, through treatment implemented and monitoring its result.

Keywords: rheumatoid arthritis, relational pattern, dysthymia, systemic psychotherapy.

INTRODUCCIÓN:

Se conoce desde hace mucho tiempo la influencia de los factores psicológicos sobre la susceptibilidad y curso de muchas enfermedades, pero no ha sido hasta hace poco cuando se ha dirigido el interés hacia la influencia de los factores psicológicos sobre los mecanismos inmunológicos del organismo en ciertas enfermedades como el cáncer, enfermedades autoinmunes e infecciosas, como señala Coe (1993).

Desde el enfoque sistémico el síntoma se origina en un cambio en la vida del paciente al que se le denomina crisis, la cual requiere de un nuevo tipo de respuesta y en algunos casos reorganización en el sistema familiar para su tratamiento no necesariamente se busca el origen de las mismas sino entender el modo en que los integrantes del sistema familiar mantienen sus problemas con sus intentos desafortunados por superarlos (Ochoa, 1995).

En este trabajo se profundiza en el concepto de familia desde la teoría general de sistemas, se explican las variables que se deben valorar al trabajar con familias, y además se expone como la aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros representa un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición; finalmente se describe el tipo de evaluación familiar a través del genograma, para el diagnóstico y diseño adecuado de estrategias en la intervención familiar sistémica.

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), uno de los fines principales de cada país debe ser incrementar el nivel de salud de la población,

haciendo referencia a la familia como uno de los grupos fundamentales en el terreno de la salud (Pérez y Carmona 1982).

Así mismo mencionan que la familia en el proceso Salud-Enfermedad puede contribuir al mantenimiento de la salud en tanto es un espacio de aprendizaje; es en este grupo donde se forman hábitos, costumbres, creencias, valores y estilos de vida saludables que conducen a comportamientos protectores de salud.

Este trabajo adquiere mayor relevancia a partir de lo mencionado por Macías (1994), el cual considera que el funcionamiento familiar se debe evaluar a través de las variables: límites, roles, jerarquía modelos psicosexuales, alianza, expresión de afectos, modos y normas de salud; también plantea que los problemas de salud pueden propiciar o exacerbar un inadecuado funcionamiento familiar. Lo disfuncional puede producir síntomas de enfermedad, desencadenar crisis, agravar algún trastorno y hasta puede convertirlo en crónico y fijarlo. También puede incidir desfavorablemente en la evolución de cualquier tipo de tratamiento, y en rehabilitación. Por lo tanto es en la familia donde las personas se desarrollan; donde se aprenden hábitos, costumbres, estilos de interacción, etc. Y también es en la familia donde las personas se enferman o se curan (Polino-Lorente, 2000).

EL SISTEMA FAMILIAR EN EL PROCESO SALUD – ENFERMEDAD

La familia se constituye como un sistema de relaciones interpersonales que forma una unidad de funcionamiento, de modo tal que cualquier modificación que se introduce en una de sus partes repercute en todas las restantes. Esta unidad de funcionamiento se caracteriza por un reparto de roles y de responsabilidades. Una enfermedad de algún miembro, va a exigir a la familia la necesidad de asegurar nuevas y distintas funciones.

Por lo que para adaptarse a esta nueva situación la familia debe poner en marcha mecanismos de autorregulación que le permiten seguir funcionando; de tal manera que se producen cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente e inconsciente, y que pueden llevar al sistema en conjunto a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad; estas a su

vez se entrelazan con las características específicas de cada persona en particular, con sus condiciones sociales, religiosas, culturales, o etapas del ciclo vital por el que atraviesan todos los integrantes.

Es entonces necesario respetar las creencias, la atribución de significados que cada paciente tiene con respecto a la enfermedad, el dolor y la muerte; tal como menciona Watzlawick (1971), una comunicación apropiada facilita el encuentro con el otro, la comprensión de sus ideas, emociones y sus creencias, esto lleva a la reflexión acerca de la importancia de la familia para el individuo, para la sociedad y en especial para el proceso Salud-Enfermedad (Florenzano, 1991; 1994).

CONCEPTO SISTÉMICO DEL PROCESO SALUD – ENFERMEDAD.

Hablar de enfermedad o de anormalidad, desde la teoría sistémica es hablar de problema de rigidez en las pautas de sistemas determinados y predecibles, procesos sin variabilidad en las formas de recursión lógica, desorden en el sistema, sistemas impositivos, no consensuados, arbitrarios, de prevaecía de confusión, y de una separación o división de la mente y el cuerpo (Hoffman, 1987). El síntoma se conceptualiza básicamente en una señal de alarma ante una eminente crisis (Andolfi, 1991; Simon, Stierlin y Wynne, 2002); así mismo el síntoma refleja un intento por parte del organismo o sistema de curarse y de alcanzar un nuevo nivel de organización. Si bien los síntomas se utilizan para comprender las posibles causas de la enfermedad, en la perspectiva sistémica no se busca la supresión de éstos, sino que se dirige al restablecimiento del equilibrio energético del individuo, de manera que un funcionamiento e intercambio más adecuado del flujo de energía entre los distintos subsistemas posibilite la remisión del síntoma (Andolfi, 1991; Minuchin, 1994).

Aunque la familia resulta importante para el equilibrio del individuo, también es verdad que ésta le impide la totalidad de su expresión creativa al encontrarse ceñido a las normas y pautas propias de toda familia (Minuchin, 1994, Fishman, 1993). La familia, como todo sistema complejo, tiende a la conservación de sus características, pero a menudo sucede que este organismo conservador, más que en un equilibrio se instala en la estática, en un inmovilismo que asfixia e impide

cualquier movimiento independiente de sus miembros, lo que favorece la aparición de patologías (Barundy, 1998).

Es entonces cuando se hace preciso intervenir para liberar ese bloqueo en el flujo relacional. Sólo así la familia podrá retomar su camino evolutivo y de crecimiento, lo que desde la perspectiva sistémica se define como salud.

De esta forma se entiende que la terapia familiar sistémica no focaliza la atención en el individuo portador del síntoma, sino que su trabajo se dirige a restablecer el flujo relacional familiar de tal manera que la consecución de una estructura de funcionamiento más adecuada, sea la que devuelva la homeostasis perdida que hizo factible la génesis de uno o varios síntomas en uno o varios miembros del sistema familiar (Andolfi, 1991; Haley, 1980).

La teoría sistémica postula que la enfermedad expresada a través de la sintomatología de un miembro expresa en realidad la disfunción en la comunicación del grupo familiar, por lo que debe modificarse la forma nociva de interacción; esto se fundamenta en las formas de construir la realidad latente en cada ser humano, apela a la capacidad del sujeto de percibir o pensar la realidad desde un punto de vista particular y modificable, y a cambiar modos perjudiciales de interacciones (Watzlawick, Helmick, y Jackson, 1981).

La causalidad circular (Berger 2003), es el concepto que explica lo anterior, se distingue de la lineal en que si bien el medio influye, el individuo también actúa de forma que esta secuencia se vuelve a repetir. Con esto queremos indicar que el efecto podía pasar a actuar como causa de otra conducta y por ende manteniendo la situación presente. Esto dio paso al concepto de doble vínculo, punto medular que aporta a la concepción de patologías relacionales en la comunicación del sistema familiar (Berger, 2003; Watzlawick, Helmick, y Jackson, 1981).

El concepto del doble vínculo o también denominado de la doble coacción, está conformado siempre por una víctima y un sujeto que coacciona, la víctima para adquirir ese rol en esta interacción patológica debe poseer una serie de conductas que son complementarias al que coacciona; además, esta relación se vuelve observable a través de una comunicación no congruente o de dobles mensajes. A partir de este momento, la conducta de la persona es factible de ser analizada en

una secuencia comunicativa con otras conductas del medio familiar, que a su vez son influyentes para la misma.

Por lo que la noción de causalidad circular y secuencias en la comunicación da como resultado una pauta relacional, o lo que ya se explicaba: las conductas de un elemento del sistema influyen en las conductas de los demás. Así entonces en la perspectiva sistémica, la enfermedad es entendida como un desequilibrio que se genera cuando dentro del funcionamiento del sistema se pierde la capacidad para responder correctamente a las necesidades (internas o externas) que se le demandan.

Los síntomas de enfermedad en las personas, avisan que el sistema necesita un cambio con el objetivo de llegar a un nivel superior de complejidad (Cohen, 2009); por tanto el proceso salud enfermedad es un equilibrio entre las resistencias que llevan al sistema a la homeostasis y el necesario desequilibrio que lo estimule e impulse a niveles superiores en su desarrollo.

Las necesidades del sistema quedaran manifiestas en los individuos de acuerdo al lugar (funciones y jerarquías) que ocupan en el mismo y crean a su vez necesidades para estos individuos. La satisfacción o no de estas necesidades (psíquicas, psicológicas y sociales) está intrínsecamente ligado a la salud y enfermedad, por lo que ambos conceptos deben entenderse como un todo, y no seccionados, en una perspectiva dinámica.

Las consideraciones antes expuestas llevan a la discusión acerca de la importancia de estudiar el funcionamiento familiar, ante la percepción del diagnóstico de una enfermedad crónico – degenerativa, apreciándose, que cuando la familia pierde la capacidad funcional para dar respuesta a las necesidades de sus integrantes, ocurren alteraciones en el proceso salud-enfermedad de los miembros y en sus relaciones; y por lo tanto, en el sistema como un todo.

Florenzano (1991;1994), sistematizó el rol que tiene las familias en la salud y en la enfermedad, afirmando que la familia puede ser un factor causante o condicionante de alteraciones de la salud o inversamente como agente protector; es transmisora y gestora de creencias y valores vinculados a la salud, como agente socializador en estilos de vida, en prácticas saludables o patógenas, en

modelos de resolución de problemas, como unidad prestadora de atención y cuidado a sus miembros, en la colaboración en la adherencia de los tratamientos (pieza clave de los padecimientos crónicos), en las representaciones sociales que tenga la familia (conjunto de creencias) que le otorga un valor específico en la forma en que se conceptualiza y actúa frente a este proceso; aquí radica la importancia de conocer y estudiar las interacciones familiares y el proceso de salud enfermedad de sus miembros.

LA ENFERMEDAD COMO CRISIS FAMILIAR.

Desde que el individuo nace hasta que muere, desde que enferma hasta que se recupera requiere del apoyo de la familia; y de esta ayuda depende una evolución mejor y más rápida, porque en el seno familiar se valora la enfermedad, se toman decisiones y se coopera en el tratamiento (Latorre y Beneit, 1994), de igual modo cualquier miembro de la familia que presente una enfermedad puede desencadenar una crisis en el equilibrio familiar; este miembro enfermo se convierte en el portavoz de lo que ocurre en la dinámica familiar, y es a través de este individuo, que se sintetiza la crisis que atraviesa la familia (Navarro, 2004).

La enfermedad implicará una modificación y posterior readaptación del sistema familiar, en función del tipo de enfermedad que se padezca; para su mejor valoración sistémica de la enfermedad Minuchin (2003), menciona que en la evaluación del funcionamiento familiar es importante definir conceptos de organización tales como: roles, jerarquías, límites, adaptabilidad, cohesión y estilos de comunicación, para prever el tipo de desajuste funcional por el que atravesará la familia y así poder brindar una ayuda adecuada.

La cohesión, como dimensión que integra diversos conceptos tales como unión emocional, límites, alianzas, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y recreación; ha demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad, por ejemplo en una enfermedad crónica incapacitante se puede intensificar y prolongar las crisis normativas entre una etapa y otra del ciclo vital de la familia.

Así mismo la habilidad de una familia para adaptarse a las cambiantes circunstancias de la vida cotidiana o a las tareas que implica el desarrollo familiar se complementa con su necesidad de valores durables, tradiciones y normas de comportamiento previsibles y coherentes. La adaptabilidad es un elemento fundamental a tener en cuenta en el trabajo con familias, particularmente en las enfermedades progresivas, recurrentes o que presentan crisis médicas agudas (Revilla, 1993; López, 2003).

Por otro lado Kornblit (1984), considera la crisis familiar generada por enfermedad para su análisis y comprensión como un proceso en tres fases: desorganización, recuperación y reorganización. Se considera que la crisis inicia con la desorganización de la familia en su dinámica y funcionamiento ordinario, generalmente luego del diagnóstico, sin embargo, el grado de desorganización dependerá del tipo de enfermedad de que se trate y por tanto la incapacidad o dolor que implique en el integrante diagnosticado, así como, de la cohesión que antes del diagnóstico existía entre los miembros de la familia.

Otro factor con influencia en la fase de desorganización es el estilo de respuesta que manifieste la familia, puede ser centrífugo o centrípeto, aunque idealmente se espera una respuesta intermedia entre estos estilos pero adecuada a las condiciones especiales derivadas de la enfermedad; el estilo de respuesta centrípeto hace referencia a las familias que se vuelcan sobre el enfermo, es decir, la vida familiar se desarrolla entorno de la enfermedad; mientras el estilo de respuesta centrífugo por el contrario, implica que los miembros de la familia se deslindan de responsabilidades y el cuidado y demandas del enfermo suelen recaer directamente en una sola persona (Kornblit, 1984).

La siguiente fase de la crisis producida por enfermedad aparece una vez que la confusión inicial por el diagnóstico ha pasado y se hacen necesarias modificaciones en la vida familiar para adaptarse al proceso de enfermedad, de ahí que se le nombre fase de recuperación; algunas características del sistema familiar que favorecen el paso por esta etapa son la comunicación con otras personas para favorecer la asimilación del proceso, así como propiciar aprendizajes.

La eficacia o dificultad para adaptarse y superar esta etapa dependerá de la propia capacidad familiar para crear contextos sociales y familiares inmediatos caracterizados por la colaboración, así como, el adecuado establecimiento y mantenimiento de límites entre subsistemas familiares y del sistema en relación con la familia extensa. Por último también deberán tenerse en cuenta los recursos de apoyo con que cuenta el sistema familiar y por ende las fuentes de tensión.

La última fase denominada de reorganización hace referencia al momento en que el sistema familiar encuentra un nuevo equilibrio con roles y funciones de cada miembros y subsistema, o sea, se intenta una solución ante el proceso de enfermedad; este nuevo equilibrio puede significar consolidar la estructura previa a la enfermedad o bien crear una nueva estructura y funcionamiento.

En esta fase se corre el riesgo de que si durante las fases anteriores no se encontró soluciones satisfactorias para todos sus miembros, entonces la reorganización familiar sea disfuncional, como puede ser el caso en que el enfermo de forma permanente sea el centro de atención y el resto de integrantes quedan relegados, o bien, el paciente no participa de su propia salud aun cuando sus condiciones físicas lo permiten o también el surgimiento de problemas de salud en forma paralela en algún otro integrante de la familia, usualmente la persona asignada como cuidador.

Latorre (1994), considera como factores de riesgo en la crisis familiar por enfermedad; el grado de permeabilidad de los límites familiares, de manera que idealmente se espera que permitan recibir apoyo tanto externo como entre los propios integrantes y subsistemas familiares, pero manteniendo su propio equilibrio y autonomía familiar.

El estilo de respuesta de la familia, si bien se desequilibra el sistema familiar y surgen disfuncionales producto de la enfermedad lo cual requiere atención y compromiso por parte de sus integrantes incluyendo al enfermo, también es cierto que cada persona debe conservar su individualidad y se espera que especialmente ante este tipo de retos la familia pueda mostrar su principal razón de ser: constituirse como núcleo proveedor de protección y apoyo para todos y cada uno de sus integrantes (Linares, 2000).

Por otra parte Rolland (2000), hace referencia a las categorías clínicamente significativas para un amplio abanico de enfermedades crónicas que afectan a los individuos a lo largo de toda la vida. Lo cual nos sirve para analizar la relación entre la dinámica individual o familiar y la enfermedad crónica (Ver Fig. 1).



Fig. 1.- Tipología de la enfermedad, Rollands (2000).

Lo antes expuesto remarca la importancia de realizar una correcta evaluación familiar que ayuden a planificar estrategias de Intervención dirigidas a promover una adecuada salud familiar pero también a establecer directrices precisas de apoyo multidisciplinario al enfermo crónico y a su familia.

LA EVALUACIÓN FAMILIAR EN EL CONTEXTO DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA.

La familia es el ámbito más íntimo y uno de los más efectivos de protección de la salud y recuperación de la enfermedad y las intervenciones de promoción, prevención y recuperación de la salud requieren de una organización de los servicios que pueda responder al enfoque familiar, por ello la importancia de contar con útiles herramientas que sean confiables y viables.

La existencia de un cuerpo único e integrado de conocimientos, teorías y métodos para la evaluación familiar, es difícil determinar, difiere entre ellas la perspectiva y el aspecto explorado al que se le da énfasis; sin embargo todos comparten temáticas en común. Dentro de la convergencia teórica metodológica, esta el hecho de considerar una visión organizada y útil de la familia, partiendo de la

hipótesis que es un sistema abierto, adaptativo y autorregulado, y que involucra varios elementos a tener en cuenta a la hora de establecer una evaluación, diagnóstico y tratamiento.

Rollands (2002), menciona que existen variables determinantes para la evaluación familiar en el contexto de la enfermedad:

- Grado de incertidumbre/previsibilidad
- Visibilidad de los síntomas
- Contribución genética
- Tratamientos
- Edad al comienzo de la enfermedad
- Genograma familiar
- Creencias
- Rituales

Estas variables para las familias que padecen una enfermedad crónica se vuelven un punto de referencia para enfrentar presente y futuro.

Otro aspecto de coincidencia es la capacidad de abordar la familia y sus relaciones; poder formular hipótesis relacionales que expliquen el comportamiento del síntoma (los síntomas no solo tienen causas, también tienen funciones); proponer una tarea encaminada a introducir un cambio en el sistema familiar, de tal manera que permita conocer las características más relevantes de la configuración familiar, los vínculos afectivos, las principales interacciones, la modalidad de comunicación y expresión de las emociones entre otros datos.

Al respecto, la teoría sistémica como punto de concordancia en la evaluación familiar, aporta la concepción de la transmisión multigeneracional de las características que conforman la configuración del sistema (Bowen, 1991).

La perspectiva multigeneracional considera al menos tres generaciones para entender los procesos emocionales humanos, pone especial énfasis en la descripción de los procesos de transmisión de patrones transaccionales, comportamentales o emocionales a través de las generaciones y se ve reflejado en las dinámicas relacionales que los individuos establecen en el presente; de tal forma que resulta sumamente útil este tipo de pesquisa en lo referente a las

enfermedades crónicas, si es sabido que un amplio aspecto de su tratamiento implica la modificación de estilos de vida, que sin duda han sido aprendidos al interior de la propia familia; es decir, desde esta perspectiva, el síntoma, resulta no sólo de una historia personal, sino multigeneracional, reflejando esquemas transmitidos no conscientemente y que se anquilosan en un contexto familiar determinado (Andolfi, Angleo, Menghi y Nicolo, 1985).

Por ello dentro de las herramientas que se han desarrollado para la evaluación familiar, el genograma resulta ser el instrumento pertinente para tal objetivo, si lo que se desea explorar son estos estilos de interacción, y de comportamiento en torno a la salud y la enfermedad de una familia en particular y que se han reproducido de generación en generación.

EL GENOGRAMA FAMILIAR COMO INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN SISTÉMICO

El genograma familiar esta entre la clasificación de los mapas familiares, abarca los aspectos que por consenso teórico de la terapia familiar sistémica han sido catalogadas como las más relevantes en el adecuado funcionamiento de una familia. Se establece como una valiosa herramienta para organizar datos clínicos, ayuda a plantear hipótesis y orienta la acción estratégica del trabajo clínico; además de dar una visión de conjunto del sistema familiar.

McGoldrick (2005), describe a los genogramas familiares como descripciones gráficas de las familias a manera de árboles genealógicos, en los cuales se registra información a través de símbolos y figuras, de las relaciones de sus miembros de por lo menos tres generaciones. Los genogramas presentan una rápida visualización de las configuraciones familiares, por lo que son una rica fuente de hipótesis sobre cómo un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar.

El genograma se convierte entonces en parte importante del diagnóstico ante la enfermedad, con él evaluamos los recursos, modos de afrontamiento y capacidad de adaptación del paciente y su familia ante la enfermedad, anticipamos las dificultades en la adherencia al tratamiento y visualizamos las redes de apoyo

familiar (Ceballos, 2006). Con esta información se podrá establecer un plan de intervención sistémico familiar para lograr una mejor adaptación del sistema ante la enfermedad concretándose en calidad de vida para el paciente y su familia.

La creación de un genograma supone tres niveles: trazado de la estructura familiar, registro de la información sobre la familia y delineado de las relaciones. El primer plano en la interpretación de un genograma es la estructura familiar básica; es decir, lo que significa cada línea que conecta lo diagramado. De tal manera que permita hacer hipótesis sobre roles y relaciones familiares, así como conocer la manera en que se distribuyen los subsistemas o algunas configuraciones inusuales en la familia.

La segunda interpretación que se hace en un genograma, en relación a las transiciones que la familia está viviendo como parte del ciclo vital; este tipo de análisis ayuda a ver si los sucesos que se están experimentando corresponden a crisis normativas derivadas de la evolución de la familia en el momento de cambio de una etapa a otra y de no ser así, se puede seguir revisando a que corresponde y por qué a la familia le está costando enfrentar el cambio.

De igual forma en el genograma puede identificarse en su trazado, la repetición de pautas de generación en generación, ya que se revisan tres generaciones hacia arriba del paciente identificado y tres generaciones hacia abajo, pudiendo identificarse pautas con repetición generacionales; estas pautas pueden darse en tres formas: en lo relacional, lo estructural o lo funcional. Reconocer e identificar estas pautas, ayuda a la familia de manera preventiva o remedial, interrumpiéndolas y cortando su reproducción.

Otro aspecto que el genograma permite, es analizar la sucesión de eventos y su conexión con el funcionamiento familiar. De esta manera permite hacer conexiones sistemáticas entre coincidencias aparentes, evaluar el impacto traumático en el funcionamiento familiar y su posible vulnerabilidad ante la presencia de nuevos sucesos.

Un aspecto relevante en el análisis e interpretación del genograma, es lo que se refiere a las pautas de vinculación. Éstas se clasifican en: íntimas, fusionadas, hostiles, conflictivas, distantes, enajenadas. Con el análisis se favorece

principalmente la detección de un fenómeno conocido como triangulación (Minuchin, 2011), caracterizado por una pauta de relación rígida en la que un miembro de la familia se encuentra imposibilitado en su propia evolución, desarrollo, crecimiento, maduración e independencia.

Por último, el genograma permite la búsqueda de pautas de contraste y equilibrio en la estructura familiar, roles, funcionamiento y recursos de la familia; es decir, permite hacer hipótesis de cómo la familia puede adaptarse a los cambios y tensiones que está viviendo en el presente. En síntesis cada aspecto que se interpreta y analiza en el genograma, representa un conjunto general de hipótesis relevantes desde el punto de vista clínico, sobre las pautas familiares.

En el trabajo clínico el genograma permite una comprensión más amplia del entorno del que ha surgido el paciente y en el que se desenvuelve, así como implicaciones relacionales entre la conducta sintomática del paciente y pautas homeostáticas con los miembros de su familia de origen, reproduciendo aquellas que permiten el equilibrio familiar. En su ejecución se requiere el uso de símbolos y figuras (Ver Fig. 1) con las cuales se representan: miembros, estructura, funciones, jerarquías, roles, relaciones y sucesos importantes de la familia, lo que constituye su historia (Beltrán, 2012; Navarro, Ponce, Monroy, Trujillo, Irigoyen, Gómez, 2004).

Para la recolección de datos se solicita la siguiente información a los miembros de la familia (Garibay, 2006):

Datos de identidad de la familia: nombre, edad, ocupación y estudios de cada uno de los integrantes de la familia del enfermo que viven en el hogar actualmente, como padres, hijos o algún otro familiar; si hubo abortos, hijos adoptivos, fechas de matrimonio, separaciones o divorcios, fallecimientos y sus causas.

Datos de la familia de origen del padre: nombres y edades de los padres, fecha de matrimonio, separación, divorcio; nombre, sexo, edad de los hermanos, incluyendo abortos, muertes e hijos adoptivos; fechas y causas de muertes, educación y ocupación de todos, así como las posiciones que ocupaban dentro de la familia.

Datos de la familia de origen de la madre: nombres y edades de los padres, fecha de matrimonio, separación, divorcio; nombre, sexo, edad de los hermanos,

incluyendo abortos, muertes e hijos adoptivos; fechas y causas de muertes, educación y ocupación de todos, así como las posiciones que ocupaban dentro de la familia.

Datos complementarios: en ellos se pueden incluir su pertenencia a alguna religión o credo, los movimientos o cambios importantes de la familia, como migraciones, cambios de residencia, también personas que vivieron con la familia o que fueron importantes para la misma, incluso mascotas que desempeñaron un papel importante en la historia de la familia.

Problemas: médicos, emocionales, conductuales, laborales, con la ley o adicciones de cada uno de los miembros. En particular los problemas médicos resultarán útiles en demasía, intentando identificar con ellos la repetición de pautas a través de las generaciones y la forma en que han sido o no resueltos los problemas derivados de las enfermedades.

Vínculos: tipos de relaciones más importantes entre los miembros de la familia, si sus vínculos son íntimos, distantes, conflictivos, distanciados, sobre involucrados.

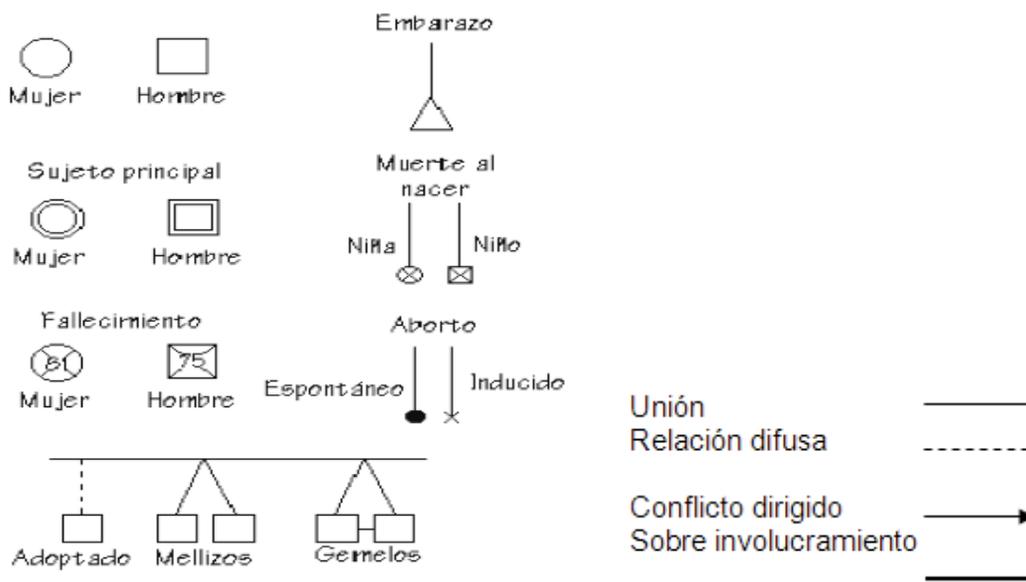


Fig. 1. Ejemplo de simbología utilizada en el genograma

El genograma resulta ser una herramienta invaluable para la evaluación y diagnóstico familiar ya que se puede considerar como estrategia de intervención y parte del proceso terapéutico a la par; debido a que en el transcurso de su construcción el individuo puede lograr la contribución de los miembros de su familia extensa para obtener detalles acerca de las funciones y papeles que ejerce cada uno; propiciando así lo denominado en ciencias sociales el efecto Rashomon, en donde se narra un mismo evento desde distintas ópticas, sin con ello restar validez o importancia; entonces cada miembro de la familia puede entender y comprender el punto de vista del otro e incluso comprenderlo.

Finalmente con el genograma se hace evidente un postulado teórico de la terapia familiar sistémica, las familias se repiten así mismas. Lo que ocurrió en una generación continuamente se repetirá en la siguiente; a esto es a lo que Bowen (1991), denomina transmisión multigeneracional de pautas familiares; basado en la hipótesis que las pautas vinculares en generaciones anteriores pueden proporcionar modelos implícitos para el funcionamiento familiar en la siguiente generación.

En el genograma se indaga estas pautas que continúan o se alteran de una generación a la otra; con el objetivo de modificarlas o fortalecerlas, según sea el beneficio que traiga al sistema familiar en particular; por ello el genograma se torna en una eficaz y eficiente instrumento de trabajo clínico en lo preventivo como en el tratamiento a familias con un miembro con enfermedad crónica.

En la evaluación familiar entonces, se tiene una perspectiva amplia de la forma en que cada integrante percibe su entorno familiar y los aspectos que consideran están presentes en su familia, de tal forma que se puede elegir, con el consentimiento de la familia en conjunto, discutir entre ellos sus coincidencias y diferencias en alguno de los temas que se crea pertinente; o incluso se puede tomar en cuenta áreas que no se habían discutido o analizado previamente y que pueden ser importantes.

Por último, la evaluación familiar también es un recurso importante y valioso en la toma de conciencia del manejo que el paciente hace de sus conflictos familiares, facilitando la aplicación de un conjunto de acciones a través de las cuales la

familia desarrolle recursos psicológicos, que de manera independiente sea capaz de hallar soluciones adaptativas ante situaciones conflictivas y de crisis, tales como son los procesos en las enfermedades crónico degenerativas.

EL SISTEMA INMUNOLÓGICO EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

El sistema inmune es de suma importancia para el cuerpo humano, pues su función es la defensa de las enfermedades, consistiendo en la identificación y eliminación de antígenos que pudiesen entrar en contacto con el organismo (Belloch y Co., 1995).

El sistema inmune está compuesto por un conjunto de células especializadas que se originan en la médula ósea, al madurar estas células se concentran en unidades totalmente móviles y por estructuras fijas. Las unidades móviles son los linfocitos, las moléculas de anticuerpo y el sistema monocito-macrofágico. Las estructuras fijas son el timo, el bazo y los ganglios linfáticos.

El linfocito es una pequeña célula redondeada de la sangre, bazo y ganglios linfáticos, capaz de reconocer sustancias extrañas mediante receptores específicos de su superficie. Esas células al diferenciarse, dan origen a precursores de linfocitos B y T.

Tradicionalmente estrés y depresión se han asociado con alteración de la función inmune y susceptibilidad aumentada a las infecciones y a las enfermedades neoplásicas. Sin embargo se ha establecido que la depresión mayor está asociada con signos de activación inmunológica y se ha sugerido que la hipersecreción de citosinas puede estar involucrada en la etiología de los desórdenes depresivos (Connor y Leonard 1998).

Para la perspectiva psicoanalítica que estudia los procesos psicosomáticos el concepto de inmunidad significaba el reconocimiento y el rechazo de lo ajeno. Esto llevaba sobrentendido el desconocimiento de lo propio. Por el contrario, actualmente se considera que el sistema inmunitario sólo puede aprender a reconocer, y reaccionar, ante lo ajeno, y atacarlo, mediante el reconocimiento simultáneo de antígenos propios. Esto equivale a afirmar que las células de un

organismo poseen, potencialmente, capacidad antigénica para el sistema inmunitario de ese organismo (Zapata, 2005, Chiozza, 2002).

Se han representado dos tipos de antígenos propios:

- a) los antígenos de histocompatibilidad.
- b) los idiotipos presentes en las moléculas de anticuerpos.

La función del sistema inmunitario es entonces el reconocimiento de lo ajeno en el *contexto de lo propio*, y la preservación de la estructura individual que define a cada organismo, bioquímicamente, como único y diferente.

Todas las células del organismo humano poseen en su superficie una configuración bioquímica específica que el sistema inmunitario reconoce propio (Zapata, 2005). Este distintivo está constituido por algo más de una docena de antígenos que en la especie humana se llaman HLA (Antígenos de leucocitos humanos). Los conocidos hasta hoy constituyen un conjunto poblacional compuesto por más de 500 especificidades. De dicha población cada individuo tiene solamente, como dijimos, algo más de una docena.

Los HLA son sintetizados de acuerdo a instrucciones contenidas en el código genético. El conjunto de genes para la herencia de los antígenos HLA —llamado Complejo Mayor de Histocompatibilidad— se encuentra en el sexto par cromosómico. La mitad de los genes que codifican la docena de antígenos HLA se heredan del padre y la otra mitad de la madre, y la transmisión de estos genes de padres a hijos tiene tres características llamativas:

1- *Codominancia*. Por su sola presencia en el ADN los genes para HLA provenientes del padre y los provenientes de la madre se expresan en su totalidad y obligatoriamente en la superficie del conjunto entero de las células del hijo.

2- *Herencia en bloque*. Los genes que provienen del padre están estrechamente asociados entre sí constituyendo un "bloque". Lo mismo ocurre con los provenientes de la madre. Dado que ambos bloques se heredan como tales y que raramente se produce un entrecruzamiento entre ellos, la asociación de los genes provenientes de cada progenitor se mantiene estable durante generaciones. De

modo que un individuo trasmite a cada uno de sus descendientes el "bloque" que recibió de su padre o el que recibió de su madre.

3- *Posibilidad de entrecruzamiento previo*. Sin embargo, esta asociación de genes en un bloque, no es "eterna". Con estos genes puede ocurrir lo mismo que ocurre con otros: el entrecruzamiento de información genética que pasa, en uno de los padres, de un bloque al otro *antes* de ser transmitida. Es lo que en biología se conoce con el nombre de *crossover*. De modo que en cada progenitor es posible una *recombinación "intrabloque"* antes de que el bloque sea transmitido al hijo. El entrecruzamiento de genes que codifican el HLA ocurre en algo menos del 2% de los casos.

Es en base a estas tres características, donde se iniciará la lectura sistémica sobre las enfermedades por autoinmunidad, específicamente sobre la Artritis reumatoide.

Para ello se explica lo que es la distimia desde el abordaje sistémico de las pautas de relación familiar, para así hacer la analogía entre ésta y la artritis reumatoide.

La causa de la AR es desconocida, al igual que las otras enfermedades autoinmunes (Sakkas, Bogdanos, Katsiari, y Platsoucas, 2014). Sin embargo, se acepta que surge de una combinación de factores genéticos, ambientales y la actividad inapropiada de la respuesta inmune que finalmente resulta en los signos clínicos de la AR (Brooks, Le Dantec, Pers, Youinou, y Renaudineau, 2010; Fattahi y Mirshafiey, 2012; Young y Co. , 2013).

La interacción entre genes de susceptibilidad a la enfermedad y el ambiente podrían ser responsables de la ruptura de la tolerancia inmunitaria a auto antígenos articulares, lo que pudiera inducir una inflamación crónica que, promueve la hiperplasia sinovial (Campos Aragón, Ortiz García y Martínez Lara, 2010). La inflamación es el principal factor de daño en la AR. En la membrana sinovial se produce la infiltración de diversas células inflamatorias lo que produce un estadio nombrado sinovitis. En el infiltrado celular se pueden encontrar células efectoras innatas, incluyendo los macrófagos, mastocitos, y células asesinas naturales (NK), que se encuentran en la membrana sinovial, mientras que los neutrófilos residen principalmente en el líquido sinovial (McInnes y Schett, 2011).

Los macrófagos actúan a través de la liberación de citocinas, la producción de prostaglandinas y enzimas que degradan la matriz extracelular, fagocitosis, y la presentación de antígeno. Mientras que la migración de células endoteliales es promovida por la activación en células sinoviales, que aumentan la expresión de moléculas de adhesión (McInnes y Schett, 2011), incluyendo las integrinas, selectinas, y los miembros de la súper familia de las inmunoglobulinas y quimiocinas (Herenius y Co, 2013; Navarro-Hernández, Vázquez-Del Mercado, Oregón-Romero, y Muñoz-Valle, 2007). Los neutrófilos contribuyen con la sinovitis ya que producen prostaglandinas, proteasas y metabolitos reactivos del oxígeno. Los mastocitos producen altos niveles de aminas vasoactivas, citocinas, quimiocinas, y proteasas. En consecuencia, la neoangiogénesis que es inducida por condiciones hipóxicas y citocinas locales, así como la insuficiencia en la linfangiogénesis, limita egreso celular. Estos son rasgos tempranos característicos de la sinovitis establecida. Estos cambios micro ambientales, combinado con una profunda reorganización arquitectónica sinovial y la activación local de fibroblastos, permite la acumulación de tejido inflamatorio sinovial en la AR (Serrano Hernández, 2009).

LAS CITOCINAS EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

En la enfermedad de AR hay una gran variedad de mediadores, tanto inflamatorios como no inflamatorios, incluidas las citocinas que contribuyen a la patogénesis de la AR (Rego-Pérez, Fernández-Moreno, Carreira-García, y Blanco, 2009).

El proceso inflamatorio está mediado esencialmente por la producción de mediadores solubles, en su mayoría citocinas, asimismo por factores de crecimiento y quimiocinas, cuya finalidad es la destrucción del cartílago y el hueso subyacente, así como diversas manifestaciones extraarticulares (Sánchez-Ramón, López-Longo, y Carreño, 2011).

En la membrana sinovial que reviste la superficie articular y las vainas tendinosas se produce una infiltración por algunas células inflamatorias, como los linfocitos (Th17), secretoras de la citocina con mayor efecto proinflamatorio, la interleucina

IL-17, parece desempeñar un papel iniciador, interaccionando con células dendríticas, macrófagos y linfocitos B (Sánchez-Ramón y Co., 2011).

Los macrófagos son células importantes en la fisiopatología y la magnitud de su infiltración se correlaciona con los síntomas, probablemente debido a la secreción de mediadores proinflamatorios claves, como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) y la IL-1, implicadas en la perpetuación de la inflamación crónica en la AR. Los fibroblastos sinoviales son inicialmente activados por el microambiente local y posteriormente adquieren un fenotipo pseudomaligno con regulación al alza de oncogenes, inhibición de la apoptosis y secreción de citocinas, quimiocinas, metaloproteinasas de la matriz y catepsinas, que median el proceso inflamatorio crónico y catalizan la destrucción articular. Además en cultivos de células mononucleares de la sinovia con AR se mostró que TNF- α y otras citocinas proinflamatorias que incluyen IL-1, IL-6, IL-8 y el factor estimulante de colonias de granulocitos y macrófagos por sus siglas en inglés GM-SCF, fueron producidas de forma espontánea y crónica (Brennan y McInnes, 2008; Sánchez-Ramón y Co., 2011).

La actividad de IL-17 incluye, inflamación crónica asociada con la destrucción de la matriz extracelular activando la producción de metaloproteinasas e inhibiendo la producción de matriz extracelular en condrocitos y osteoblastos (Zambrano-Zaragoza, Romo-Martínez, Durán-Avelar, García-Magallanes, y Vibanco-Pérez, 2014).

LA DISTIMIA Y LA ARTRITIS REUMATOIDE

La distimia en su descripción sistémica hecha por Linares (2000), refiere las siguientes características en dos áreas relacionales familiares específicas del paciente distímico:

Área relacional de la familia de origen:

- Triangulación manipulatoria, que refleja la conflictiva conyugal de los padres sobre la parentalidad. Impactando en el factor sociabilizante del futuro paciente. A esta triangulación se le agrega la PERDIDA de figuras

significativas siendo la primera de ellas el padre antagonista y posteriormente pudiera ser la perdida en términos de la pareja. La nutrición emocional es metafóricamente un ATRACÓN EMOCIONAL, pues para alentar la alianza con uno de los padres, es seducido por el que necesita la alianza del hijo, siendo igualmente no una óptima condición nutricia emocional, pues al tener a un progenitor, estará renunciando al otro. El ir y venir relacional, será entonces entre la exigencia (simbolizando por el padre antagónico) y la permisividad (simbolizado por el padre al que se le debe lealtad).

- Linares (1996), menciona que la organización de la familia de origen del distímico se basa en una pareja parental simétrica, en la que la desarmonía conyugal coexiste con una razonablemente bien conservada parentalidad. El interés inicial por el bienestar de los hijos se ve interferido por la dificultad para resolver los conflictos, lo cual conduce a la búsqueda desesperada de aliados. El hijo que queda enganchado en una coalición transgeneracional con uno de los progenitores, sufre la pérdida relacional del otro, que se retira negándole el acceso en lo que constituye la modalidad de triangulación manipuladora típica de la distimia.
- Otra de las características es que la competitividad y lealtad, castigo y recompensa, estarán muy presentes. El clima emocional es tenso y, a menudo, explosivo, con un alto nivel de explicitación de los conflictos. La irrupción de los síntomas rebaja la tensión al principio, si bien este efecto tiende a disminuir con el paso del tiempo. Los rituales, por su parte, están definidos por la división en bandos o partidos, que incluyen a “los propios” y excluyen a “los otros”. Se hacen cosas con los aliados, pero puede haber una extrema incomunicación con los antagonistas.

Área relacional de la pareja:

- La pareja del paciente distímico es elegida en términos de igualdad supeditada al juego relacional de la simetría inestable; los síntomas ayudan a restablecer siempre que se amenace este juego; ambos cónyuges

proviene de triangulaciones manipulatorias, estableciéndose entonces relaciones de confrontación con el progenitor aliado respectivo del cónyuge y de alianza con el antagonico.

- Cuando el distímico tiene una nueva pérdida (muerte del progenitor aliado, marcha de los hijos a la escuela, desempleo, etc.) es procesada de modo sintomático, la igualdad se rompe, aunque los síntomas restablecen un nuevo equilibrio que, por la precariedad que le confiere la cambiante participación de éstos, será una simetría inestable.
- El distímico expresa quejas que son percibidas por el cónyuge como exigencias, lo cual le impide atenderlas con respuestas adecuadas de apoyo solidario. Su actitud crítica es percibida por aquél, que responde con retiro y hostilidad. En una dinámica de ataque y defensa, el cónyuge responde con más de lo mismo: retiro y hostilidad.

LA TRIANGULACIÓN MANIPULATORIA Y LAS LEALTDES INVISIBLES DEL HIJO COMO COMPONENTE CARACTERÍSTICO DE LA DISTÍMIA Y DE LA ARTRITIS.

El concepto de lealtad es un tema central en la obra de Boszormeny-Nagy (2003), el cual es definido como un sentimiento de apego, apoyo o solidaridad, con un fuerte componente de compromiso que apuntala las necesidades y expectativas de la familia, así como también los pensamientos, sentimientos y motivaciones de cada miembro que la integra.

Se considera que el individuo está inserto en una red de lealtades multipersonal. Dentro del contexto de esta red estructurada, se exige que cada persona cumpla las expectativas y obligaciones del grupo.

En lo que corresponde a la dinámica familiar, se vuelve más clara en cuanto se descubre quién está vinculado a quién por una lealtad abierta o encubierta y lo que esto significa para las personas así relacionadas.

Por ello, dentro de los estudios de la familia, los síntomas de un individuo son la expresión del tipo de lealtad hacia la familia.

Dentro del sistema familiar, la lealtad puede entenderse como la expectativa de fidelidad a ciertas reglas y la amenaza de expulsión si se desobedecen. Por tanto, la estructura psíquica de un individuo es una internalización de expectativas y percepciones lealmente aceptadas, ya sea de modo tácito o velado.

La persona a quién se confía o delega estas expectativas, está ligada a la familia por la lealtad o fidelidad. Las personas delegadas prueban su lealtad cumpliendo conscientemente la misión que les han encomendado, y la realización de la misión asignada origina sentimientos de autoestima, sentido de ser, auto concepto y demás.

El conocimiento de los procesos de delegación permite entender por qué un delegado obediente y tratable se convierte de pronto en un sintomático obstinado y desafiante al sistema. Ahora bien, es importante comprender que los procesos de delegación no se producen en una cadena lineal del delegante al delegado sino que, en cambio se despliegan de manera circular. Esta característica significa que el delegado suele beneficiarse con el rol central que ocupa en la familia lo cual hace comprensible que haya resistencias para abandonar ese rol.

No obstante, la delegación en sí misma no es necesariamente patológica. La delegación se vuelve problemática cuando las exigencias no son adecuadas o no corresponden al ciclo vital por el que atraviesa la familia, como en el que se encuentra el integrante. Además, las encomiendas causan conflictos cuando el hijo delegado queda expuesto a estas disyuntivas:

Conflicto entre dos o más misiones incompatibles:

- Conflictos de lealtad: con frecuencia la exigencia de un delegante choca con la del otro. En los casos extremos, el hijo recibe de cada progenitor encomiendas conflictivas que anulan o destruyen al otro. Conflicto que se traduce en diferencias irreconciliables de valores entre los delegantes parentales y el medio social próximo; como sería el alentar la independencia, pero al mismo restringir la salida de este del sistema familiar.

Entonces se puede diferenciar dos tipos de delegados: Ver Fig. 2.

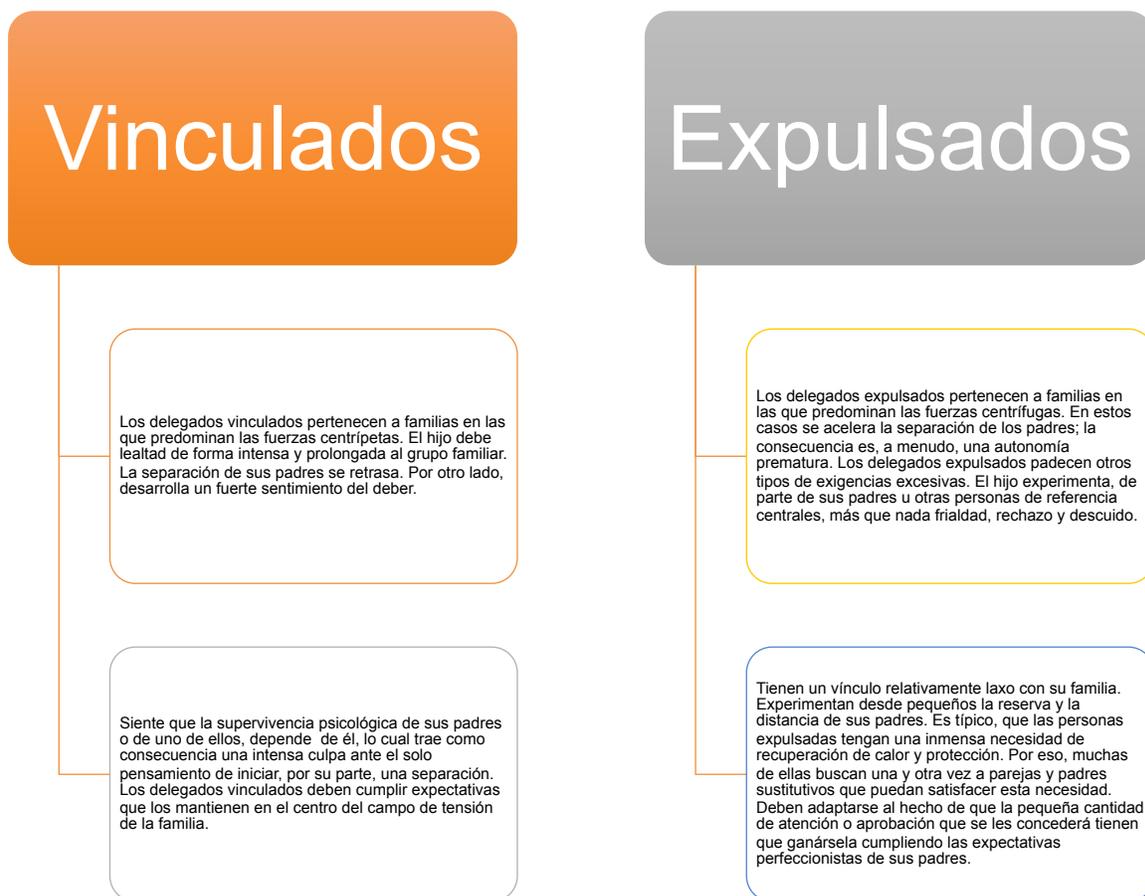


Fig. 2.- Tipo de vinculación relacional (Boszormenyi y Spark, 2003).

Por otro lado, la triangulación se refiere a la expansión de una relación diádica, agobiada de conflictos, con el fin de incluir a un tercero (en este caso, un hijo), lo cual da por resultado la homeostasis del conflicto.

El triángulo perverso, término introducido por Haley (1980), se refiere a la estructura patológica que adopta una relación entre tres personas, en la cual dos de ellas con diferentes niveles jerárquicos constituyen una coalición contra la tercera. Esta alianza adopta normalmente la forma de una trasgresión de las fronteras generacionales, en la que uno de los padres se une a un hijo formando una coalición contra el otro.

Minuchin (2003), describió las diversas modalidades de estructuras trianguladas patológicas en su concepto de tríada rígida. Esta expresión se refiere a las

configuraciones relacionales padres-hijos en las cuales el hijo es usado rígidamente para desviar o evitar los conflictos parentales.

Siguiendo a Minuchin (2003), podemos representar cuatro tipos de tríadas (Ver fig. 3):

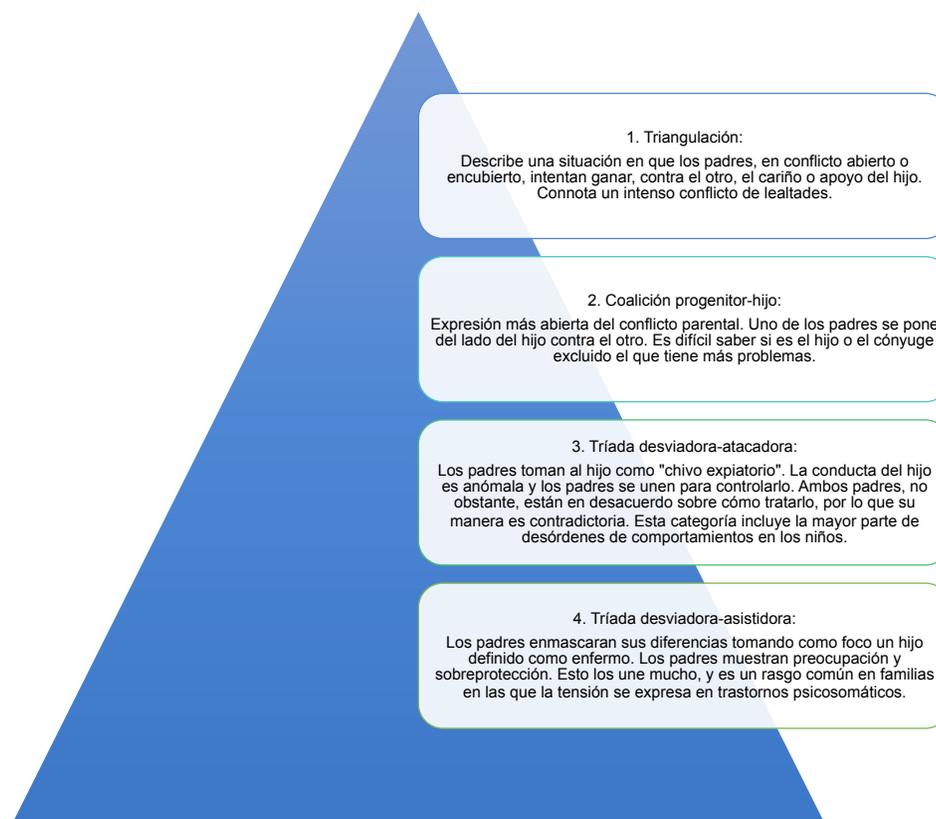


Fig. 3. Tipología de la pauta relacional denominada triangulación (Minuchin, 2003).

Por lo que de acuerdo a esto, podemos hipotetizar explicando la pauta relacional que experimenta un paciente con padecimiento artrítico:

1. Proviene de familias tendientes a reacciones centrípedas, de difícil o nula posibilidad de emancipación.
2. Aprenden a ser el centro de la tensión emocional en el escenario social: familia, hermanos, pareja, hijos, amigos, trabajo, y demás sistemas en que se vean inmersos.
3. Se distinguen por ser hijos en triangulación manipuladora, a través de la conflictiva conyugal de los padres sobre la parentalidad.

4. La conformación de la pareja estará basada en la igualdad supeditada al juego relacional de la simetría inestable, para de esta manera confirmar la lealtad que le otorga al progenitor delegante.

Lo anterior queda manifiesto en la descripción que se hará a continuación del caso clínico.

DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

Para la descripción se estructuro de la siguiente manera:

- La primera sección se refiere a las características socioeconómicas y el motivo de consulta.
- La segunda parte describe el funcionamiento familiar y la hipótesis sistémica del caso.
- La tercera describe los resultados posteriores al tratamiento.
- En la cuarta parte se describe los resultados en la fase de seguimiento.

Características socioeconómicas y motivo de consulta:

La paciente índice es empleada de dependencia de gobierno y con 10 años de antigüedad a la fecha de iniciar el tratamiento. Derechohabiente del ISSSTE, recién acaba de adquirir su casa con crédito hipotecario, sin embargo aún no realizaba la mudanza completamente. Esto es importante destacar, ya que anteriormente vivía en la casa de sus padres (Ver tabla 1).

Primera sesión.

Objetivo: Obtener información sobre el motivo de consulta. Se citó únicamente a la P.I. debido a que ella había solicitado el servicio de atención psicológica y su esposo no mostraba disponibilidad para asistir aun cuando ella argumentaba problemas de pareja, se decidió trabajar con el miembro más dispuesto al cambio. Se le describió la forma de trabajo, se habló del horario semanal de las consultas y del costo de las mismas, de la necesidad de su participación activa durante todo el tratamiento, y del enfoque con base en el cual se trabajaría.

Se exploró el inicio de la relación de pareja y su valoración de esta etapa; como

considera la P.I. que se encuentra su relación conyugal en estos momentos, su nivel de satisfacción emocional, así como las posibles dificultades, problemas específicos que se han dado y cómo se han afrontado y solucionado. Con la finalidad de recoger datos de insatisfacción pero sobre todo conocer cuáles son las soluciones intentadas y que no les han funcionado así como las situaciones extraordinarias en las que han logrado vencer sus obstáculos, y no solo centrarnos en el discurso saturado del problema actual y poder vislumbrar la meta terapéutica.

Se encontró que la pareja se encontraba en la etapa de hijos en edad escolar, según Haley (1991), esta etapa presenta complejidades mayores, ya que la familia se las tiene que ver con un sistema más amplio, tal vez más organizado y de gran importancia como es la escuela. La familia debe elaborar reglas alrededor de cómo ayudar en las tareas escolares, determinar quien debe hacerlo, sobre la hora de acostarse, el tiempo de estudio y el esparcimiento y además las actitudes frente al rendimiento escolar. Aunque la crisis es algo normativo la pareja lo veía como una amenaza ya que el sistema escolar les reflejaba parte de la problemática conyugal ante los reportes de mala conducta y agresión de uno de sus hijos, respondiendo con estrés y agresividad al no poder solucionarlo en pareja.

Refirió que siempre ha tenido problemas económicos, a pesar que su esposo tiene un empleo fijo y bien remunerado, por esta razón es que no ha logrado salir de la casa de sus padres a vivir a su propia casa: *“Mis papás siempre nos han apoyado, nos casamos muy jóvenes y sin empleo fijo, hoy ya es diferente mi esposo tiene más estabilidad y es más maduro, pero de todos modos no nos alcanza para los gastos”*

Aquí la paciente refiere que tienen problemas a la hora de organizar sus finanzas y en ocasiones les cuesta trabajo ahorrar o planificar de manera anticipada, recurriendo entonces a sus padres para resolver los emergentes, cuestión que le genera mucho estrés constantemente y conflicto continuos con su cónyuge.

Tabla 1. Características socioeconómicas.

		Características socioeconómicas de los participantes			
Variable	Resultados				
	(al momento de iniciar el tratamiento)				
	Paciente índice	Cónyuge	Familia nuclear de la P.I.	Familia de origen	
Edad	34 años	36 años	3 hijos varones 13 años. 12 años. 4 años.	Padre: 64 años Madre: 54	
Sexo	Femenino	Masculino	masculino		
Escolaridad	En el momento de iniciar el tratamiento, estaba realizando estudios de licenciatura en mercadotecnia	Nivel bachillerato	Educación básica.	Ambos padres solo tienen estudios de primaria	
Estado civil	casada	casado	solteros	casados	
Ocupación	Asistente administrativa en dependencia de gobierno.	Asistente administrativo en institución de educación superior.	Estudiantes	Comercio propio	
Tipo de residencia	Casa propia de recién adquisición.			Casa propia.	

El motivo de consulta giró alrededor de trabajo en relación a problemas en el subsistema conyugal, además de su padecimiento artrítico, pues la paciente infirió que tiene una relación.

Con relación a su padecimiento artrítico, el médico familiar al revisar el cuadro

clínico la derivó al área de reumatología, en donde inició tratamiento farmacológico desde hace cinco años, solo suspendiendo el tratamiento médico durante el periodo de embarazo de su hijo menor, y durante el cual según refiere, no tuvo ningún problema de dolor o malestar. Ha sido a partir de hace un año cuando este problema regreso, y por iniciativa propia decide además de los medicamentos tener un abordaje psicoterapéutico.

Al finalizar la primer sesión se solicitó poder incluir a las sesiones terapéuticas a la pareja, esta sería la tarea a revisar la siguiente sesión. El objetivo que conllevaba esta indicación era explorar las habilidades de comunicación, negociación y los recursos que como subsistema conyugal pudieran tener, basado en la técnica de búsqueda de lados fuertes (Minuchin y Fishman, 1984; Sánchez, 2000).

Funcionamiento familiar e hipótesis sistémica:

En la segunda sesión, no se presentó la pareja de la paciente. Se revisó la razón por al cual esto no fue posible: Menciona que se sentía muy enojada con su esposo, refirió que durante la semana tuvieron fuertes discusiones que se repetían constantemente, al indagar se podían observar interacciones cada vez más simétricas incluso en el tema de violencia que culminaba en reconciliación recurriendo en el ciclo sin fin.

Se observó una lucha de poder no solo en la pareja sino influenciada por las familias de origen desde donde cada uno defendía lo que consideraba adecuado desde su historia personal y no desde la versión de su propia familia, eso le generaba a la P.I. somatizaciones describiéndolas en términos de malestares físicos propios de la artritis, síntomas emocionales como periodos de enojo, depresión, desesperación y ante lo cual el esposo respondía alejándose, refugiándose en el trabajo, consumo de alcohol, la fiesta, los amigos y su familia de origen. *“Mi esposo no quiso venir, porque dice que la del problema soy yo y solamente yo, que para muestra la enfermedad que padezco... también me dijo que él no se siente preparado para venir... eso quiere decir que yo soy mas fuerte no...”*

Se le preguntó cómo fue que abordó el tema con su esposo, que tratará de describirnos detalle cómo se dio esta conversación, con el objetivo de iniciar la

búsqueda de pautas vinculares ya que su análisis facilita la comprensión de la complejidad de las relaciones familiares al interior del sistema familiar en el plano relacional (Selvini, 1988): *“Lo hice llegando a la casa, espere a que llegara y cuando estábamos cenando se lo pregunte... bueno primero le dije que había venido y la tarea que me había dejado, le explique que me había pedido Usted que él viniera... y allí me interrumpió y me dijo que no... mi mamá también le explico que era importante que me acompañara para que juntos pudiéramos encontrar soluciones a nuestros problemas”.*

A lo cuál se le cuestionó si este tipo de temas siempre los comentaban en la mesa cuando estaban juntos todos (mamá o suegra, papá o suegro, hijos, o más personas), implementando la técnica de enfoque y escenificación descrita por Minuchin y Fishman (1984), para resaltar o subrayar un tipo de interacción, a lo cual se contestó que si, que era cotidiano que se hiciera así. Comienza a confirmarse la hipótesis sistémica relacional del problema:

Triangulación manipulativa, rasgo distímico y pareja de relación simétrica (Linares, 2000).

Como se puede apreciar, existe límites difusos entre el subsistema conyugal y el paternal de la paciente identificada, sobre involucramiento por parte de la madre en la relación de la hija, limitado su rol de madre con sus propios hijos, la abuela tiene un posicionamiento de alta autoridad que limita ejecutar las labores de crianza de la hija como madre. Cada vez que corrige comportamientos de sus propios hijos, la abuela la descalifica asumiendo que exagera en su disciplina, y lo mismo sucede cuando el yerno lo hace, por lo que los hijos no tienen una figura clara de autoridad: *“Mi mamá siempre ha dicho que grito demasiado y que la autoridad no se gana así, sino con el ejemplo, creo tiene razón no he sido buena madre, ni tampoco mi esposo es buen padre... ella en particular nunca me grito, bueno también porque se que soy su consentida”.*

De estructura familiar rígida y tendiente a la triangulación, se da el escenario perfecto para la presencia de la distimia, la delegación de vinculación está a partir de la lealtad que la P.I. le genera a la madre, aunque ello conlleve la pérdida del padre. Por ende también la relación conyugal será conflictiva para de esta manera

reafirmar que la lealtad total esta hacia la madre.

Por su parte en lo que se explora con relación a la historia de la familia de origen del esposo, es muy similar en la interacción, el padre está ausente de su vida desde que él tenía alrededor de 8 años de edad, al ser el más pequeño de todos los hermanos estuvo sobreprotegido por los más grandes y por la propia madre, a la cual refiere la PI: *“Mi esposo también es muy cercano a su madre, creo que por eso nos entendemos, a él le toco verla como le batallaba para sacarlos adelante cuando su papá ya no estuvo con ellos... a penas cuando fue el funeral de su papá es que se atrevió a compartirme cuanto lo extrañaba, pero antes ni mencionárselo.... su mamá es su todo”*.

Este último comentario ratifica la interacción de simetría inestable de la pareja, emparejada con el tipo de vinculación con su familia de origen. Ambos cónyuges son leales a un progenitor aunque ello implica la falta nutricional emocional del otro. Esta carencia trata de solventarse entre ellos mismos, sin embargo esto no es posible pues el triángulo implica ser leal a uno y estar en disputa con el otro (Bowen, 1991; Haley, 1980).

Por lo cual el objetivo terapéutico se centró en la reestructuración de la configuración familiar a partir de las interacciones del PI, basado en el modelo estructural de Salvador Minuchin:

1. Fronteras y su demarcación clara.- Se realizaron movimientos para establecer límites entre la madre y la hija, con el objetivo de posicionar su rol de madre y no de hija con extensiones a través de los nietos.
2. Para que esto fuera posible se estableció la técnica del desequilibramiento, generando alianza con la madre (aunque ella nunca vino a sesión) se le dio la consigna a la Pi que llevará la información a la madre que era imperioso que pudiera ella tener el control de la crianza de sus hijos, para que éstos tuvieran una clara identificación de jerarquía y autoridad, y de esta manera como abuela pudiera tener el rol exclusivo de abuela cálida y cariñosa y no de gran madre absoluta, lo cual como equipo terapéutico considerábamos era bastante cansado y agobiante.
3. De la misma manera se da la consigna que todo lo que se hable en sesión

únicamente será expuesto en privado con su esposo, y es imperioso que sea en otro escenario fuera de la casa de los padres, por ejemplo la casa recién adquirida, una cafetería, incluso salir a dar una vuelta en auto solo ellos como pareja para hablar de ello.

4. Para todas y cada uno se recurrió al coro griego, en el cual se desafiaba al sistema, asumiendo que una parte del terapeuta creía que estas tareas darían resultado, pero que la otra mitad le decía que no sería posible ya que había mucho en contra para que se revelara un cambio real. Con esto se daba pie para establecer paradojas basadas en el desafío (Papp, 1988): *“Como terapeuta puedo saber que si las tareas que te estoy dejando las realizas tal y cual te las señalo, los efectos serán positivos y en poco tiempo empezarás a observar los cambios deseados, pero a la vez me genera gran duda ello, pues sé que todo cambio implica un gran esfuerzo y voluntad para que se genere, y sé que es difícil para ti en ocasiones asumir grandes responsabilidades y necesitas apoyo como siempre ha sido el de tu madre, sin embargo probaremos y esperemos esto tenga buenos resultados”*.

5. En varias ocasiones la P.I. mencionaba la posibilidad de separarse, pero no se veía la intención de llevarlo a la acción por lo que se trabajó con el uso de preguntas reflexivas (Tomm, Karl, 1988), con el objetivo de capacitar a la paciente, para que generara por sí misma nuevas percepciones y conductas que facilitará la solución de su problema. Se le preguntaba ¿Qué pasaría si decidieras separarte?, ¿A quién recurrirías?, ¿No será que realmente estas separada?, ¿En realidad tienes una pareja? ¿Se han consolidado como un matrimonio?

En este caso fueron muy útiles estas preguntas al momento de proponer ideas y nuevos significados de su persona, su pareja y su relación, reforzando la idea de que en realidad ya no tenía nada que perder porque paradójicamente nunca lo había tenido.

Se le planteo el ciclo evolutivo familiar de la ruptura con la intención de que analizara que el separarse es una decisión y no que implica una serie de cambios y no una amenaza constante para arreglar los problemas conyugales (Ver tabla 2).

Tabla. 2.- Etapas adicionales del ciclo evolutivo familiar con la ruptura Ochoa (1995).

<i>Fase</i>	<i>Problema de desarrollo</i>
Decisión de divorciarse	Aceptación de la responsabilidad en el fracaso de la unión
Planear la ruptura del sistema	División de bienes, espacios y relaciones Si hay hijos: custodia, visitas, finanzas Afrontamiento del impacto de familias extensas y redes de apoyo
Separación	Duelo por la relación-familia Reestructuración de las relaciones con ex pareja-hijos... Adaptación a vivir solo Redefinir relaciones familiares extensas Mantenimiento de relación con familia de cónyuge
Divorcio	Duelo por la unidad pareja-familia Recuperación de las esperanzas por una nueva pareja Permanecer conectado con familias extensas

RESULTADOS AL FINAL DEL TRATAMIENTO:

Al finalizar el tratamiento, la PI había realizado por completo su mudanza, aun cuando no contaba con todo las comodidades que la casa habitación de sus padres le otorgaba. La relación con sus hijos había mejorado sobre todo en lo concerniente a la comunicación y el trabajo participativo de éstos en mantener en orden la casa, ayudando en las tareas del hogar, y cuidando al hermano menor. La interacción con su cónyuge era más complementaria, inclusive organizándose en aspectos de aportaciones económicas de manera equitativa.

Con respecto al padecimiento artrítico en la última valoración que se realizaba, los índices de factor reumático habían descendido, y significativamente el dolor había disminuido, en palabra de la propia PI: *“Casi podría decir que ya no tengo nada, solo mi alimentación debo seguir vigilando, y solo si se presentara dolor tomaría el medicamento”*.

RESULTADOS EN EL PROCESO DE SEGUIMIENTO:

A los seis años de culminado el tratamiento, la configuración familiar ha tenido cambios, la somatización migro a la madre (abuela), teniendo múltiples intervenciones quirúrgicas de diferente índole y apareciendo un posible diagnóstico de fibromialgia, aún no confirmado. Sin embargo en lo que refiere la familia nuclear de la PI están en un proceso de emancipación del hijo mayor, pues ha iniciado su propia familia, el hijo segundo inicia estudios universitarios, y el más pequeño entra a la etapa de pubertad. Al respecto con estos dos hijos la relación con el padre ha mejorado intensamente, pues su vinculación e identificación es muy fuerte.

En lo que respecta al subsistema de la pareja este se ha visto fortalecido, los conflictos continúan, pero ahora se están relacionando sin conductas violentas, en su lugar habían retomado un plan de vida en pareja que contenía conductas, actitudes y emociones positivas que les permitieron hacer cosas nuevas y diferentes en pareja. La manera de abordar los problemas cambio radicalmente, estos se comentan solo entre ellos, y continúan realizando la estrategia de salir a tomar un café para hablar de ellos. Inclusive hace aproximadamente tres años decidieron pronunciar votos religiosos de su matrimonio, como manera de reafirmar su compromiso con el cambio y transformación en su familia.

Por lo que se puede concluir que el abordaje sistémico brindó un apoyo importante a esta familia en particular, aun cuando el trabajo terapéutico se llevó a cabo con un solo miembro; sobre todo porque en este tipo de intervenciones la familia es de gran importancia, ya que no focaliza el síntoma en un solo miembro, si no que hace partícipe a la familia tanto del síntoma como de su resolución.

Finalmente queda como punto a reflexionar lo ya descrito por Onnis (1990); Selvini (1988,1990); Minuchin (2011), a cerca de la familias de tipo psicossomática, y de interacción centrípeta, en la que al no tener el recurso suficiente para comunicar los problemas o conflictos que se viven, se tiende a recurrir al síntoma como medio para expresar el malestar, este es el caso en el que al solventar la problemática sintomática de la PI, el síntoma migró a la madre, donde un posible conflicto conyugal anquilosado trae consigo el escenario perfecto para que la

enfermedad vuelva a ser el centro de atención.

Este tipo de casos nos lleva a repensar la función del terapeuta sistémico y los profesionales de la salud en la que se sugiere la posibilidad de contar con un equipo interdisciplinario que nos permita tener una visión más amplia de los casos y las posibilidades de intervención.

Es importante en el trabajo con familias tener una actitud crítica, abierta, flexible para elegir el camino que se considere más pertinente dependiendo las necesidades específicas de cada caso no podemos dejar de lado la historia familiar, la cultura, el entorno, creencias que son determinantes para intervención de abordaje sistémico y poder danzar con la familia a un mismo ritmo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andolfi, M., Angelo, C., Menghi, P., Nicolo, C. (1985) *Detrás la máscara familiar*. Un modelo de psicoterapia relacional. Buenos Aires: Amorrortu.
- Andolfi, M. (1991) *Terapia Familiar. Un enfoque interaccional*. Barcelona: Paidós.
- Barudy, L. J. (1998). *El dolor invisible de la infancia: Una lectura sistémica del maltrato infantil*. Paidós: Barcelona.
- Belloch, A., Ramos, F. Y Sandani, B. (1995). *Manual De Psicopatología*. Madrid: Mcgraw Hill.
- Beltrán, L. (2012). Evaluación colaborativa como intervención en el tratamiento familiar: Estudio de caso. En *Revista de psicología GEPU*. 2(1), 164-180.
- Berger, M. (2003). *Más allá del Doble Vínculo. Comunicación y Sistemas Familiares, Teoría y Técnicas empleadas con esquizofrénicos*. Barcelona: Paidós.
- Boszormenyi, N. I. y Spark, G. M. (2003). *Lealtades invisibles*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo: diferenciación del si mismo en el sistema familiar*. Barcelona: Paidós.

- Brennan, F. M., y McInnes, I. B. (2008). Evidence that cytokines play a role in rheumatoid arthritis. *J Clin Invest*, 118(11), 3537-3545.
- Brooks, W. H., Le Dantec, C., Pers, J.-O., Youinou, P., y Renaudineau, Y. (2010). Epigenetics and autoimmunity. *Journal of Autoimmunity*, 34(3), J207-J219.
- Campos Aragón, L., Ortíz García, R., y Martínez Lara, B. (2010). *Calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide*. (Especialista Médico Familiar.), Univesidad Nacional Autónoma de México. , México, D.F.
- Ceballos, E. (2006). Dimensiones de análisis del diagnóstico en educación: El diagnóstico del contexto familiar. En *Revista Relieve*, 12(1), 33-47.
- Chiozza, L. (2002), "El significado inconsciente de las enfermedades por autoinmunidad". En: *La transformación inconsciente de la enfermedad*. <http://www.funchiozza.com/libros/transformación/capítulo6.htm>
- Coe, C.L. (1993). Psychological factors and immunity in non humans primates: a review. *Psychosomatic medicine*, 55(3), 298-30.
- Cohen, J. (2009). Salud y Enfermedad, una aproximación desde la Teoría Sistémica. *Perspectivas Psicológicas en Salud*. Montevideo: Psicolibros.
- Connor, T.J, Leonard, B.E. (1998). Depression, stress and immunological activations: the role of citokines in depressive disorders. *Life sciences*, 62(7), 583-606.
- Fattahi, M. J., y Mirshafiey, A. (2012). Prostaglandins and rheumatoid arthritis. *Arthritis*, 2012, 239310. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23193470> doi:10.1155/2012/239310
- Florenzano, R. Y Zegers, B. (1991, 1994). *Psicología Médica*. Santiago: Mediterráneo.
- Haley, J. (1980). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Herenius, M. M. J., Oliveira, A. S. F., Wijbrandts, C. A., Gerlag, D. M., Tak, P. P., y Lebre, M. C. (2013). Anti-TNF Therapy Reduces Serum Levels of Chemerin in Rheumatoid Arthritis: A New Mechanism by Which Anti-TNF Might Reduce Inflammation. *PLoS ONE*, 8(2), e57802. <http://dx.doi.org/10.1371%2Fjournal.pone.0057802> doi:10.1371/journal.pone.0057802

- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar: un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Kornblit, A. (1984). *Somática familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Latorre, P y Beneit, M. (1994). *Psicología de la Salud*. Buenos Aires: Lumen.
- Linares, J. y Campo, C. (2000) *Tras la honorable fachada*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J.L. (1996) *Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Paidós, Barcelona.
- López, L.S. y Escudero, C.V. (2003). *Familia, evaluación e intervención*. Alcalá: CCS.
- Macias, R. (1994). *Antología de la sexualidad humana II*. México: Porrúa.
- McGoldrick, M. y Gerson, R. (2008). Genogramas en la evaluación familiar. Barcelona: Gedisa.
- McInnes, I. B., y Schett, G. (2011). The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. *Journal of Medicine*, 365(23), 2205-2219.
- Minuchin, S. y Fishman, H. Ch. (1984) *Técnicas de Terapia Familiar*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S. (1982, 2003). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. Nichols, M.P. y Lee, W. (2011). *Evaluación de Familias y parejas. Del síntoma al sistema*. México: Paidós.
- Navarro, A., Ponce, E., Monroy, C., Trujillo, E., Irigoyen, A., Gómez, F. (2004). Estrategias para la elaboración de genogramas por residentes de medicina familiar. *Archivo de Medicina Familiar*, 6 (3): 78-83.
- Navarro, G. J. (2004). *Enfermedad y Familia*. Barcelona: Paidós.
- Navarro-Hernández, R. E., Vázquez-Del Mercado, M., Oregón-Romero, E., y Muñoz-Valle, J. F. (2007). Polimorfismos de nucleótido simple en moléculas de adhesión y parámetros clínicos en artritis reumatoide. Single nucleotid polymorphisms of adhesion molecules and clinical parameters in rheumatoid arthritis. *Acta bioquímica clínica latinoamericana*, 41(2) s/p.
- Ochoa de A. I. (1995) *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder

- Onnis, L. (1990). *Terapia Familiar de los trastornos psicósomáticos*. Barcelona: Paidós.
- Papp, P. (1988). *El proceso del cambio*. Barcelona: Paidós.
- Pérez, R. N. y Carmona, G. A. (1982) La familia y el nivel de salud de la comunidad. Aspectos conceptuales y Metodológicos. *Revista Cubana Administración en Salud*, 8(3):23-27.
- Polaino-Lorente, A (2000). *¿Qué puede hacer el médico por la familia del enfermo? El impacto del enfermo en la familia*. Madrid: Ediciones Rialp.
- Rego-Pérez, I., Fernández-Moreno, M., Carreira-García, V., y Blanco, F. J. (2009). Polimorfismos genéticos y farmacogenética en la artritis reumatoide. *Reumatología Clínica*, 5(6), 268-279.
- Revilla, L. (1993). *Conceptos e instrumentos de la atención familiar*. Barcelona: Doyma.
- Rolland, J. S. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad*. Barcelona: Gedisa.
- Sakkas, L. I., Bogdanos, D. P., Katsiari, C., y Platsoucas, C. D. (2014). Anticitrullinated peptides as autoantigens in rheumatoid arthritis—relevance to treatment. *Autoimmunity Reviews*, (0).
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1568997214001566>
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.autrev.2014.08.012>
- Sanchez, G. (2000). *Terapia Familiar: Modelos y Técnicas*. México: Manual Moderno.
- Sánchez-Ramón, S., López-Longo, F. J., y Carreño, L. (2011). Interleucinas en la fisiopatología de la artritis reumatoide: más allá de las citocinas proinflamatorias. *Reumatología Clínica*, 6, Supplement 3(0), 20-24.
- Selvini, P. M., Boscolo, L., Cecchin, G., y Prata, G. (1988) *Paradoja y Contra paradoja*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, P. M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós.
- Serrano Hernández, A. (2009). Células colaboradoras (TH1, TH2, TH17) y reguladoras (Treg, TH3, NKT) en la artritis reumatoide. *Reumatología Clínica*, 5, Supplement 1(0), 1-5.
- Tomm, K.(1988). Interventive Interviewing: Part III Intending to Ask lineal, circular, strategic, or reflexive question? *Family Process*. 27, (1) 111-125.

- Simon, F. B. Stierlin, H. y Wynne, L. C. (2002). *Vocabulario de Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Velasco C. M. L. Sinibaldi G. J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias)*. México: Manual Moderno.
- Watzlawick, P., Helmick, J., y Jackson, D. (1981) *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.
- Young, S. P., Kapoor, S. R., Viant, M. R., Byrne, J. J., Filer, A., Buckley, C. D., Raza, K. (2013). The impact of inflammation on metabolomic profiles in patients with arthritis. *Arthritis y Rheumatism*, n/a-n/a.
<http://dx.doi.org/10.1002/art.38021> doi:10.1002/art.38021
- Zambrano-Zaragoza, J. F., Romo-Martínez, E. J., Durán-Avelar, M. d. J., García-Magallanes, N., y Vibanco-Pérez, N. (2014). Th17 Cells in Autoimmune and Infectious Diseases. *International Journal of Inflammation*, 12, s/p.
- Zapata, M. T. (2005). Órgano sin cuerpo. *Anuario de investigación*. Universidad Autónoma Metropolitana –Xochimilco, pp. 580-590.