

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE MEDICINA.

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO.

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8 "SAN ANGEL" I.M.S.S.

" LA DINAMICA FAMILIAR Y EL PACIENTE SENIL "

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:

DR. JOSE JESUS CRUZ.

MEXICO D.F. ENERO DE 1985.



YESIS CON  
PALA DE CRUZ



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# I N D I C E

	Page.
I. INTRODUCCION .....	1
II. MARCO TEORICO:	
A) LA FAMILIA .....	4
B) ESTUDIO DE LA DINAMICA FAMILIAR .....	11
C) EL ANCIANO .....	20
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	29
IV. HIPOTESIS .....	31
V. OBJETIVOS .....	32
VI. PROGRAMA DE TRABAJO .....	33
VII. RESULTADOS:	
A) RESUMENES DE FAMILIAS ESTUDIADAS .....	34
B) ANALISIS DE RESULTADOS .....	114
VIII. CONCLUSIONES .....	119
IX. BIBLIOGRAFIA .....	121

## I. INTRODUCCION.

Algunos estudios series realizadas en nuestro país muestran que el viejo que vive en un estrato socioeconómico medio es el que está en mejores condiciones, aunque en realidad la condición socioeconómica e cultural no es determinante de cómo está vigilado, cuidado y como podemos nosotros ubicar dentro de una condición útil e positiva al viejo; pero sí lo importante es el cómo está ubicado, y éste depende estrictamente de esa fuente básica de la sociedad que es la familia.

Si el viejo está en medio de una familia en la cual no hay un aflojamiento emocional, hay afecto y respeto, corresponda al estrato que corresponda, e sea de un alto en donde hay todo, e un bajo e de la clase media, el viejo va a estar bien vigilado siempre que se conserve la estructura y roles de la familia. Este es lo que nos hace ver que en los estratos modestos, y en los que se ha conservado en forma tradicional la unión familiar, el viejo está mejor cuidado. En un estrato alto como que el viejo a veces pasa más bien a ser un "enfermo", e una carga para la familia, y se trata de llevarle a un asilo e a un lugar donde no va a ser realmente vigilado, ni a tener el afecto ni el cuidado familiar.

En éste cuenta mucho la tradición y el aspecto cultural de un país, y así vemos por ejemplo, algunos países en donde el viejo es representativo de la autoridad máxima de una familia, y en donde no es precisamente la familia conyugal la que predomina, sino que se amplía el círculo alrededor de un viejo e un jerarca, y podríamos decir que está estructurada en tres diferentes generaciones. En el pueblo español es bien importante la presencia del viejo, y dicen que si no tienen uno lo adoptan. Podemos recordar también lo que sucede con los pueblos orientales, los japoneses, los chinos y algunos otros, en donde el padre, el viejo, el abuelo, es la máxima autoridad, el que decide, el que gobierna sobre toda la familia. En nuestro país aún se le cuida y quiere al abuelito de la casa.

Desde el punto de vista biológico, el viejo va presentando una serie de alteraciones que le limitan en sus actividades dentro del núcleo fami-

liar e dentro de su ubicación social. Esto le causa un retraimiento al sentirse impotente de manejar ciertos estímulos, éste le va aislando un poco y va permitiéndole que se aleje de su familia, pero éste no es el solo hecho sino el viejo al sentirse un poco desplazado, ha perdido un poco de autenticidad, los hijos ya no dependen ni económicamente ni emocionalmente de él.

Ese déficit orgánico y funcional normal, evidentemente a veces no le comprende la familia ni la gente que rodea al viejo, cosa que influye en ese alejamiento que hemos mencionado, que se perciba como una persona incapaz, impotente y aislada, que pierde contacto con sus seres queridos y que se va deprimiendo.

Mientras el viejo pueda comunicarse y convivir desde el punto de vista biológico y de pensamiento, no hay que segregarlo, e en ninguna forma; más bien debe hacérselo participe de lo cotidiano, motivarlo. Lo que sucede es que a veces los familiares se desesperan un poco ante la pérdida de objetividad de pensamiento del viejo y piensan que no debe participar en determinadas cosas.

Un buen hogar y una situación familiar estable, son contribuyentes importantes para la salud. Se sabe perfectamente que muchas enfermedades se manejan mejor en la situación familiar del hogar que en una institución extraña como el hospital. Esto resulta especialmente cierto cuando se trata de pacientes ancianos, ya que el fuerte apoyo familiar constituye uno de los aspectos más valiosos de la atención en el hogar. Sin embargo, ésta atención puede ser un completo fracaso si no se evalúa y se orienta a las familias para proporcionar dicha atención.

En el anciano casi siempre hay muchas enfermedades. Esta coexistencia de problemas físicos, psicológicos, nutricionales y sociales hace que el manejo sea mucho más difícil. Los signos y síntomas se alteran con la edad lo mismo que el funcionamiento general del organismo.

En el viejo deben evaluarse la comprensión, rapidez de asimilación de la información y la memoria antes de elegir el tratamiento. Una visita al médico puede tener importante significado social para el paciente senil debido simplemente a que quizá no trate con nadie más entre las visitas. Pue

de ser necesario hacer participar a familiares y amigos para asegurarse de que el tratamiento se está llevando a cabo en forma adecuada.

El Médico Familiar necesita poder diferenciar entre la incapacidad aceptable de la vejez y las incapacidades no aceptables de las enfermedades en la vejez. Los problemas que quedan entre estas dos a menudo son muy difíciles de identificar, pero es en ellos en donde el Médico Familiar está en posición óptima para valorar y, si es necesario, hacer las modificaciones pertinentes.

Los otros factores en la atención que son particularmente importantes en los ancianos conciernen a la múltiple patología e incapacidad que se produce y que está inexplicablemente vinculada en la gente anciana. El Médico Familiar deberá ser capaz de reconocer mejor que cualquier otro, los factores médicos y sociales que se relacionan con la independencia de sus pacientes seniles, y con una profunda comprensión hacia ellos y una actitud optimista y agradable podrá influir favorablemente en la calidad de su vida.

## II. MARCO TEORICO.

### A) LA FAMILIA.

Desde que nacemos hasta nuestra muerte, invariablemente realizamos nuestras actividades dentro de conglomerados o grupos; de estos grupos resalta por su importancia la FAMILIA, considerada como el núcleo primario y fundamental para proveer la satisfacción de las necesidades básicas del individuo. Históricamente la familia ha pasado por una serie de etapas y ha demostrado ser el núcleo indispensable para el desarrollo del hombre (1).

Si bien la familia es considerada como la célula de la sociedad, dar una definición de ella no es fácil. Se le ha definido de muchas maneras pero consideramos que las definiciones que ofrecen los censos Americano y Canadiense son adecuadas y se complementan (2):

#### Definición del censo Americano:

"Una familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras por lazos sanguíneos de matrimonio o adopción".

#### Definición del censo Canadiense:

"Una familia está compuesta por un marido y una esposa, con o sin hijos, o un padre o madre con uno o más niños, que viven bajo el mismo techo".

### CLASIFICACION DE LA FAMILIA.

Para los estudios de familia que se llevan a cabo desde el punto de vista social se considera importante la siguiente clasificación, que se basa en seis puntos: (2,3)

- |                             |  |       |
|-----------------------------|--|-------|
| 1. En base a su desarrollo: | $\left\{ \begin{array}{l} \text{a) Moderna} \\ \text{b) Tradicional} \\ \text{c) Arcaica o Primitiva} \end{array} \right.$ | (30%) |
|                             |  | (60%) |
|                             |  | (10%) |

Los porcentajes enunciados son los considerados en nuestro medio.

2. En base a su demografía u origen:

- |  |       |
|--|-------|
| $\left\{ \begin{array}{l} \text{a) Urbana} \\ \text{b) Rural} \end{array} \right.$ | (60%) |
|  | (40%) |

Se considera familia rural cuando se asienta en poblaciones cuyo número de habitantes es inferior a 2500. Sin embargo hay autores que consideran que debería incluirse la familia suburbana, que sería aquella asentada en los cinturones de miseria de las grandes ciudades, y que probablemente constituirían el mayor número.

3. En base a su composición o estructura:

- a) Nuclear
- b) Extensa
- c) Extensa compuesta.

La familia nuclear es aquella constituida por padres e hijos exclusivamente. La extensa es aquella que además de lo anterior está integrada por otros parientes como abuelos, tíos, sobrinos, nietos, etc. Y en el tercer tipo puede haber además otro tipo de personas pero sin lasos de parentesco (amigos, compadres, etc.).

4. En base a su integración:

- a) Integrada
- b) Semi-integrada
- c) Desintegrada

Una familia integrada es aquella en la cual ambos cónyuges viven y cumplen con sus funciones. En la semi-integrada los cónyuges viven pero no cumplen adecuadamente sus funciones. Y la desintegrada es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges, ya sea por muerte, divorcio, separación o abandono.

5. En base al punto de vista tipológico u ocupacional:

- a) Campesina
- b) Obrera
- c) Profesionista
- d) O según características ocupacionales.

6. En base a su funcionalidad:

- a) Funcional
- b) Disfuncional

En la primera las relaciones entre sus miembros son adecuadas, cumpliendo cada uno con los roles correspondientes. En la segunda hay malas



relaciones entre los miembros de la familia, por lo regular debido a que no se llevaron a cabo los roles correspondientes a cada uno, o por invasión de los mismos.

Al clasificar a las familias en base a los puntos enunciados, el médico podrá hacer un diagnóstico grueso de las familias que atiende desde diferentes puntos de vista sociales y posiblemente generar acciones que tengan como objetivo la salud, o sea el bienestar bio-psico-social. (3)

#### LAS FUNCIONES DE LA FAMILIA.

Los problemas de ajuste que tienen las familias están relacionados con su capacidad para llenar las funciones básicas que la sociedad espera de ellas. Es importante determinar no solo si la familia cumple estas funciones sino los mecanismos para cumplirlas. Se ha considerado que existen cinco funciones básicas, las que se desglosan a continuación:

##### 1. SOCIALIZACION.

La tarea primordial de la familia es transformar en un tiempo determinado, a un niño totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo, con plena independencia para desarrollarse en la sociedad. Es importante aclarar, que según conceptos de la psicóloga Leta Datz, dentro de su función socializadora, la familia se perfila como una institución ideológica del estado con la misma fuerza e importancia que pudieran tener la iglesia, el sistema escolar, etc., ya que la familia es el vínculo entre el individuo y la sociedad, por lo que cada tipo de familia responde a la sociedad y por ende al sistema económico en que está inmersa.

Se considera a la madre como el educador primario de la familia, con la responsabilidad de socializar a sus hijos en la etapa de lactante y pre-escolar, siendo el padre como un soporte a sus acciones por lo menos en estas etapas primarias, ya que posteriormente la responsabilidad de socializar a los nuevos miembros de la familia es compartida por los profesores, clubes, la iglesia, etc.

##### 2. CUIDADO.

Cuidado significa cubrir las necesidades físicas y de salud de los

membros de la familia.

Las probabilidades de buena salud y larga vida están directamente relacionadas con el nivel socioeconómico de la familia. Las familias con un nivel socioeconómico común, tienen problemas similares.

La respuesta a las demandas de cuidado dependen no solo del acceso que tengan las familias a estos recursos sino también del nivel de conocimientos de la familia, o sea que las familias no solo necesitan conocer qué servicios son accesibles sino como usarlos.

**3. AFECTO.**

Según los académicos de la lengua, el affectus de los romanos se refería a quien estaba destinado a ejercer funciones o prestar servicios en alguna dependencia. En cuanto a la institución familiar se refiere a proporcionar ánimo, amor y cariño.

La familia necesita cubrir las necesidades afectivas de sus miembros porque la respuesta afectiva de un individuo a otro provee la recompensa básica de la vida familiar. Las necesidades afectivas de los padres son tan importantes para la salud familiar como las necesidades afectivas de los niños. Se argumenta que la madre responde más que el padre a las necesidades afectivas de la familia y aunque esta generalización es verdadera, es también verdad que los hombres tienen mayor responsabilidad afectiva.

Aunque cuidado y afecto pueden ser conceptualmente separados en la práctica no es fácil diferenciarlos. Cuidados y afecto son parte del proceso de socialización y son recompensados y castigados. Una inadecuada socialización puede resultar en deprivación, lo que da lugar a que un individuo sea menos capaz de responder afectivamente a otros.

**4. REPRODUCCION.**

Una función básica de la familia es la reproducción y el proveer de nuevos miembros a la sociedad.

El matrimonio y la familia son designados para regular y controlar el ambiente sexual y la reproducción.

**5. ESTATUS Y NIVEL SOCIOECONOMICO.**

En los estudios de estratificación social los científicos sociales es

tán conscientes de que las diferencias en niveles socioeconómicos de las familias resultan en variaciones de estilo de vida y de oportunidades.

La familia socializa a un niño dentro de una clase social y destila en él todas sus aspiraciones relevantes. El estatus también tiene relación con la tradición familiar; los hijos aseguran inmortalidad social o perpetuidad del nombre familiar y tradición. Así, el conferir estatus a un niño es pasarle derechos y tradiciones. Esto lo vemos en la práctica por la expectación que despierta en la familia el nacimiento de un hijo, sobre todo el primero, y en mayor grado los varones. La familia invierte los mayores recursos en el primer nacimiento y más en los niños que en las niñas. Uno de los problemas que resultan es que lo que esperan los padres exceda la habilidad de los hijos y que se ignoren las necesidades básicas de éstos.

Lo anterior, viene representando el funcionamiento de una familia de clase media en la cultura occidental considerada como "normal", pero existen numerosas variaciones a lo antes mencionado aunque nos sirve como marco de referencia para el estudio de familias. (2,3).

#### EL CICLO DE VIDA DE LA FAMILIA.

Al comentar las funciones de la familia utilizamos un análisis estático, pero también se puede analizar con referencia a los cambios que tiene con el tiempo. Los problemas de la familia cambian y consecuentemente las prioridades de las funciones familiares. Estas varían con el ciclo de vida de la familia en la cual se consideran cinco fases que se enumeran a continuación en forma somera.

##### 1. FASE DE MATRIMONIO.

Cuando dos personas se unen en matrimonio su preocupación inicial es prepararse para un nuevo tipo de vida. Se combinan los recursos de las dos personas, sus papeles se alternan y se asumen nuevas funciones. Uno de los principales problemas es aprender a vivir juntos y al mismo tiempo atender las necesidades básicas de la personalidad del otro; de ahí que Sánchez Aguilera le da mucha importancia a la etapa prenupcial como una etapa de exploración y de preparación para ésta fase del ciclo de vida.

Las principales áreas de atención en esta fase son: Ajuste sexual, información sobre el control de la natalidad e interacción de la personalidad. Los consejos sobre estos aspectos debieran ser ofrecidos antes del matrimonio, lo cual se lleva a cabo en nuestra sociedad aún en forma precaria. La carencia de ésta información resulta en la presencia de hijos no deseados o ilegítimos, enfermedades venéreas, miedo, sentimiento de culpa, etc. Los conceptos tradicionales del matrimonio actualmente se encuentran retados por las uniones libres, las uniones homosexuales, etc. Las personas que forman este tipo de uniones no matrimoniales necesitan igual o más ayuda por parte del Médico Familiar.

## 2. FASE DE EXPANSION.

La mayor parte de la práctica médica se otorga a las familias en esta fase, como són la educación prenatal, atención del parto, cuidado postnatal, control del niño, reconocimiento temprano y manejo adecuado de padecimientos, control de inmunizaciones, desarrollo del niño, interacción familiar, etc.

La llegada de un nuevo niño a la familia crea tensiones porque el patrón de relaciones debe ser ajustado. Es difícil el ajuste de un niño ante la llegada de un nuevo hermano por lo que es importante la forma como la familia prepare a sus hijos para recibir a nuevos hermanos.

El problema de los hijos indeseados es grande en ésta fase y se ha visto que las solicitudes de abortos provienen en mayor número de mujeres casadas y con niños. Otros problemas relacionados con el hijo indeseado son las facilidades de su cuidado para madres que trabajan, brutalidad, padecimientos emocionales o psicosemáticos, etc. Esta es probablemente una de las áreas difíciles para el Médico, ya que se encuentra éticamente limitada por intervenciones legales.

## 3. FASE DE DISPERSION.

Una vez alcanzado el ajuste a un nuevo miembro, en la fase de dispersión se fragua la independencia y autonomía de ese miembro, fenómeno que se da solamente si la pareja ha logrado realizar una adecuada socialización, para que él, por sí mismo empiece a cubrir sus necesidades de una manera satisfactoria. En ésta fase tienen gran importancia en la sociali-

sación del individuo los grupos secundarios, comenzando desde que el niño acude a los grupos escolares.

#### 4. FASE DE INDEPENDENCIA.

Es difícil ejemplificar cronológicamente el lapso que transcurre desde la fase de matrimonio hasta la fase de independencia, porque cada familia es particular, aunque generalmente pasan unos 20 o 30 años. En esta fase, la pareja debe aprender a vivir nuevamente de manera independiente, ya los hijos han formado nuevas familias, pero sin embargo los lazos de unión entre padres e hijos no se rompen, y es de procurar que las funciones de afecto, socialización, estatus, etc. no se pierdan.

#### 5. FASE DE RETIRO Y MUERTE.

Planear para el fin de la vida familiar es tan difícil como planear el principio, y es obvio que se realiza con un entusiasmo diferente. El problema puede complicarse con una temprana incapacidad física, especialmente si los recursos económicos son precarios.

El papel de los hijos que cuidan de sus padres no es claro particularmente si su propio núcleo familiar se encuentra en fase de matrimonio e de expansión. Es muy difícil para familias jóvenes el tener que utilizar limitados recursos a cuidar a sus padres y proveer sus propias necesidades. El creciente incremento en la expectativa de vida aumenta este tipo de problemas.

Es precisamente esta fase del ciclo de vida familiar la que ha inspirado este trabajo, por lo que en la tercera parte de este marco de referencia hablaremos más ampliamente de ésta fase y del anciano en particular.

(1,2,3,4).

## B) ESTUDIO DE LA DINAMICA FAMILIAR.

En forma lenta y gradual, los hospitales han venido cambiando sus actitudes y políticas hacia la familia; una etapa que apenas se inicia es aquella en la cual se trata de profundizar en el conocimiento y utilización de las recíprocas influencias familia-paciente, médico-paciente, médico-familia y familia-sociedad. El objetivo que se persigue es el de alcanzar una comprensión integral de los aspectos saludables y patológicos, tanto del propio paciente como de su familia, de la interacción entre ambos y de las relaciones dinámicas del sistema familiar con su entorno.

Meissner ha señalado que la enfermedad en el ser humano, además de tener una patología, conata de una ecología. En consecuencia, para que haya una mejor comprensión de la enfermedad es indispensable conocer sus aspectos ecológicos, tanto familiares como sociales (5).

Ya hemos mencionado anteriormente a la familia como un grupo, donde el conjunto de personas que lo forman interactúan constantemente, tienen una serie de normas, principios y roles de comportamiento social dentro del grupo familiar. (3).

La familia también puede considerarse un sistema. Aquí, la familia, que es la unidad primaria de la sociedad, es el núcleo dentro del cual se desarrollan entre sus miembros, funciones de comunicación, división de roles y transacciones múltiples; es decir, hay una interacción en un tiempo y lugar determinados. La dinámica de la familia, según Jackson, consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad. La familia es siempre algo más que el resultado de la suma de las personalidades de sus integrantes, quienes al relacionarse producen una organización en constante cambio y crecimiento; constituye un sistema abierto formado por varios subsistemas organizados por generación, sexo, intereses y funciones. Así tenemos el subsistema de los esposos como matrimonio (conyugal), de los esposos como padres (parental), de los hermanos (fraternal), etc. además de los subsistemas que incluyen a los abuelos, a otros pa--

rientes y a personas significativas. (3,5,6).

De acuerdo con el tipo de relaciones existentes en la familia se han hecho intentos por clasificarlas. Nosotras proponemos una clasificación estudiada en el curso "Introducción a la Dinámica y Terapia Familiar" impartido por el Dr. Arturo Losada García, que clasifica a las familias en 4 categorías.

**1. Familias en donde la relación es satisfactoria - estable.**

Se puede definir como una relación en la que ambas partes llegan a un acuerdo explícito, de que una o la otra controla la relación o bien áreas dentro de la relación. Se dice que una persona controla la acción cuando es la que inicia la acción, decide qué acción ha de iniciarse e establece qué áreas dentro de la relación serán controladas por la otra persona.

**2. Familias con una relación satisfactoria - inestable.**

Difiere a la anterior solo en cuanto a la duración de los períodos de inestabilidad; aparece cuando dos personas elaboran su definición de la relación durante un período en el que fuerzas internas e externas, crean frecuentes períodos inestables que se estabilizan con dificultad. Es característica de cualquier relación nueva o modificada, ya que las partes deben definirla progresivamente hasta llegar a una resolución compartida por ambos. Por ejemplo, una pareja de recién casados debe pasar por períodos inestables pero satisfactorios en su relación, hasta que se llega a un acuerdo acerca de quién está a cargo de áreas particulares de la relación.

**3. Familias con una relación insatisfactoria - estable.**

En este tipo de relación las partes han acordado no discutir jamás quién está a cargo de la relación o de áreas dentro de ella. Ninguna de las partes se atreve a manifestar insatisfacción con respecto a la relación, ni a reconocer esas señales en la otra parte. La relación se establece en el sentido de que los problemas que la podrían hacer inestable se evitan, pero es insatisfactoria porque es muy poco lo que se da o se recibe. Indudablemente que este tipo de relación es la que conocemos dentro de la dinámica familiar como complementariedad negativa, ya que aparen-

temente se podría pensar que la familia está dentro de un estado de normalidad, pero solo por un lapso variable de tiempo, pues tarde o temprano se manifestará en forma importante la relación insatisfactoria, entrando entonces a un estado de anormalidad.

#### 4. Familias con relación insatisfactoria - inestable.

No se llega a un acuerdo implícito-explicito acerca de quién controla la relación, o bien áreas dentro de ella. Se caracteriza por la necesidad de redefinir la relación en cuanto se llega a definirla, de modo que los períodos estables son breves y los inestables prolongados. Cada una de las partes tiende a tomar la conducta de la otra, como un desafío en un nivel relacional sin que ésta se discuta nunca. Ninguna de las partes puede decir "yo soy el que manda", ni afirmar "tú eres el que manda"; así las transacciones consisten en maniobras complementarias.

En el análisis anterior, vemos que indiscutiblemente los dos tipos de categorías en donde la relación familiar se establece mediante la satisfacción ya sea estable e inestable, la familia se encuentra dentro de un estado de normalidad, con complementariedad positiva. Y por lo que respecta a los dos tipos de categorías en donde la relación familiar es insatisfactoria, ya sea estable e inestable, la familia está dentro de un estado de anormalidad, con franca complementariedad negativa. (3,6).

Ahora pasaremos a otro punto importante, ya que las crisis familiares se consideran como puntos decisivos y como procesos irreversibles que se dan en todo grupo familiar. Si se afrontan exitosamente se supone que el resultado para el individuo y para el grupo familiar será alguna clase de maduración e desarrollo. Si las tensiones engendradas por ellas no son adecuadamente resueltas, se supone que pueden ser evocados viejos conflictos psíquicos o que puedan surgir otros nuevos, siendo el resultado un empeoramiento en la relación familiar. (3)

Dentro de la familia, las crisis pueden clasificarse en 4 grupos:

1. Cambios en la posición social.
2. Abandono.



### 3. Adición.

### 4. Desmoralización.

Las crisis que implican cambios en el status incluyen el empobrecimiento súbito, el desempleo prolongado, la riqueza e fama súbitas, y los desclasamientos sociales. Las crisis de abandono comprenden la muerte de un hijo e cónyuge, un abandono e el divorcio. Las crisis de adición comprenden embarazos no deseados, adopción, llegada de un padrastro o hermanastro y la expansión del medio familiar cuando llegan miembros de la familia extensa e amigos. Las crisis de desmoralización incluyen el adulterio y la delincuencia, además las toxicomanías (drogadicción, alcoholismo, etc). (2,3,4).

La exploración de la familia no es una tarea fácil. La información que obtengamos debe estar enfocada a mostrar cómo son las relaciones interpersonales en esa familia, así como la existencia e el antecedente de algún trastorno psicológico específico en alguno de sus miembros. Mucha información puede lograrse durante la entrevista con la familia, las que se aconseja sean seriadas y con duración determinada dependiendo de cada familia. También es posible obtener información importante acerca de la interacción de la familia como grupo y con otros grupos.

La familia no puede funcionar sino mediante las diferencias individuales que existen entre sus miembros, las cuales les asignan los tres roles íntimamente relacionados de padre, madre e hijo. Si estas diferencias son negadas e desatendidas, aunque sea por un solo miembro del grupo, se modifica la configuración esencial que condiciona la vida normal, creándose un estado de confusión y de caos. La familia puede ser abordada por medio de un análisis polidimensional que comprende tres niveles:

1. Un nivel psicosocial.- Se refiere a las relaciones del paciente con cada uno de los otros miembros del grupo familiar. En este sentido el abordaje del grupo se hace a través de la representación interna que el enfermo tiene de cada uno de sus familiares, es decir, lo que se denomina grupo interno. El análisis de los vínculos internos permite mejorar los vínculos externos (al curarse el enfermo a su vez "cura" al grupo externo,

a los demás, a través de sus cambios de actitudes.

2. Un nivel sociodinámico.- Se refiere al abordaje del grupo en su totalidad, y al estudio de lo que se denomina dinámica grupal.










3. Un nivel institucional.- Se refiere al abordaje de la familia como institución a través del estudio de la historia familiar, de su estructura socioeconómica y de sus relaciones intergrupales y ecológicas con otras familias, el vecindario, el barrio, el club, la iglesia, etc.

Estos tres niveles se complementan y están en una relación de dependencia recíproca siendo imposible interpretar los datos recogidos en un nivel sin apelar a aquellos que se han obtenido en los otros. (3,5,7).

A grandes rasgos hemos mencionado algunos aspectos de la Dinámica Familiar. Cuando abordamos a una familia y realizamos la entrevista los datos obtenidos se recopilan en una GUIA DE PRESENTACION, a la cual se le anexa un FAMILIOGRAMA, que es la representación esquemática de la estructura de la familia. En las siguientes páginas presentamos dicha guía que es la que utilizaremos para la presentación de los casos que estudiamos para éste trabajo.

ESTUDIO DE LA DINAMICA FAMILIAR.

**SIMBOLOGIA UTILIZADA EN LA ELABORACION DE FAMILIOGRAMAS ESTRUCTURALES.**

-  HOMBRE
-  MUJER
-  MATRIMONIO
-  UNION LIBRE
-  DIVORCIO O SEPARACION
-   PACIENTE IDENTIFICADO
-  MUERTE
-  GEMELOS
-  ABORTO
-  EMBARAZO
-  FAMILIARES BAJO EL MISMO TECHO.

**ESTUDIO DE LA DINAMICA FAMILIAR.****GUIA DE PRESENTACION DE CASOS:**

- 1. PACIENTE IDENTIFICADO.**
- 2. ANTECEDENTES FAMILIARES.**
- 3. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS Y NO PATOLOGICOS.**
- 4. PADECIMIENTO ACTUAL.**
- 5. ESTRUCTURA DE LA FAMILIA.**
- 6. EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA.**
- 7. CRISIS ANTERIORES.**
- 8. ATENCION PSICOLOGICA PREVIA.**
- 9. RELACIONES ENTRE LOS PADRES (SUBSISTEMA CONYUGAL).**
- 10. RELACIONES ENTRE PADRES E HIJOS (SUBSISTEMA PARENTAL).**
- 11. RELACIONES ENTRE HERMANOS (SUBSISTEMA FRATERNAL).**
- 12. DINAMICA DE LA FAMILIA.**
- 13. DINAMICA DE LA RELACION MEDICO - FAMILIA.**
- 14. DINAMICA DE LA RELACION FAMILIA - ENFERMEDAD.**
- 15. PROBLEMAS IDENTIFICADOS.**
- 16. PRONOSTICO.**

## ESTUDIO DE LA DINAMICA FAMILIAR.

En el estudio de la Dinámica Familiar, tomando a la familia como grupo y sistema, existen una serie de puntos que son importantes y deben esclarecerse durante la entrevista.

1. DEMANDA APARENTE.- Es por lo que la familia acude a consulta, habitualmente es un integrante del grupo familiar con algún tipo de patología dentro de alguna de las tres esferas: biológica, psicológica y social.

2. DEMANDA REAL.- Es lo que consideramos como problema principal dentro de la relación familiar, y que puede ser secundaria a un proceso patológico, o bien ser causa primaria y desencadenante de éste.

3. PORTAVOZ.- Miembro de la familia en el que se depositan las ansiedades grupales, y habitualmente presenta algún tipo de patología. Es el que manifiesta probablemente en forma inconsciente o consciente que algo pasa en la familia.

4. EMERGENTE.- Miembro de la familia que destapa la conflictiva familiar mediante asociaciones; puede ser uno o varios miembros de la familia, y éste roll es dinámico.

5. CHIVO EXPIATORIO.- Miembro de la familia que al parecer es responsable de la conflictiva familiar; éste roll también puede ser cambiante.

6. ROLES.- Aquí se verá el papel que asume cada uno de los miembros de la familia y la forma como lo desempeña, el cual puede ser adecuado e inadecuado, tomando en cuenta las características de éstos. Pueden ser: asignado, asumido y necesidad.

7. COMPLEMENTARIDAD DE ROLES.- Se estudiará si es positiva (satisfacción recíproca) o negativa (relación dominante-dominado o pasiva dependiente con insatisfacción de uno o ambos).

8. LIMITES.- Ver si éstos se conservan o hay invasión por alguno de los miembros de la familia.

9. VINCULOS.- Se refiere a la relación en cuanto a la comunicación entre los subsistemas conyugal, parental y fraternal. Los vínculos pueden ser claros (existe buena comunicación), rígidos ( existe bloqueo de la comuni-

cación por uno o ambos) y difusa ( existe invasión de roles en uno de los miembros, siendo la conducta que más se utiliza la sobreprotección).

10. CONDUCTAS DEFENSIVAS INDIVIDUALES.- Proyección, introyección, desplazamiento, negación, inhibición, etc.

11. CONDUCTAS DEFENSIVAS GRUPALES.- La aglutinación y segregación.

12. TIPO DE FAMILIA.- Esquizeide, epilepteide o hipocendriaca.

13. Con lo anterior establecer el DIAGNOSTICO de la Dinámica Familiar.

14. PRONOSTICO.

15. TRATAMIENTO TERAPEUTICO.

16. PROFILAXIS.

### C) EL ANCIANO.

El término correcto para designar a un individuo de 60 años y más es VIEJO, aunque se le llama de diversas maneras como anciano, proecto, longeva, nosotros le llamamos paciente senil, etc. (9).

De muy diversas maneras se han dividido las etapas que transcurren en la vida de un individuo, sin embargo nos parece muy apropiada la división en tres etapas que hace el Dr. Padrón Puyeu y las cuales mencionamos a continuación.

La Primera Edad, que va desde el nacimiento hasta los 30 años, la Segunda edad que comprende hasta los 60 años y que se caracteriza por ser la época de mayor creatividad, de mayor dedicación al trabajo, de grandes e importantes responsabilidades sociales, familiares, profesionales, etc., y en la cual se debiera proveer lo necesario para llegar a la Tercera Edad en una forma feliz y digna. La Tercera Edad que es de los 60 años en adelante se considera a aquella en la cual el hombre tiene una declinación en sus capacidades funcionales, físicas y mentales. (10)

Los avances logrados por la Medicina han permitido que las perspectivas de vida sean ahora mayores, además que se ha logrado abatir en forma considerable los índices de mortalidad en las edades tempranas. El promedio de duración de vida en los países desarrollados alcanza hasta los 72 a 78 años aproximadamente. En nuestro país la perspectiva de vida en 1930 era apenas de 34 años, mientras que en la actualidad es superior a los 65 años, siendo mayor en la mujer que en el hombre.

Se calcula que en nuestro país existen cerca de 4 millones de individuos mayores de 60 años, lo que constituye entre un 4-5% del total de la población. Se espera que para el año 2000 tendremos una cifra aproximada de 7 millones de ancianos en el país. (10, 11, 12) (13).

Dar una definición de la vejez sería sumamente difícil, ya que ello implica tocar toda una serie de aspectos tanto biológicos, de conducta, etc. Así vemos que dicen de algunas personas jóvenes que son unos verdaderos viejos desérticos ya sea por su comportamiento, por su actitud ante

circunstancias o problemas de la vida cotidiana, y viceversa, existen ancianos que se comportan como si fueran individuos en plena juventud. Entendidos, se considera que envejecer es un proceso individual determinado por las circunstancias propias: fisiológicas y sociales, así como por la forma de desarrollo de la personalidad. (13, 14).

Piense que para que podamos tener un panorama más o menos amplio de lo que es la vejez, una buena manera es estudiar al paciente senil como un ente bio-psico-social, por lo que analizaremos a grosso modo estos aspectos.

### 1. ASPECTOS BIOLÓGICOS EN EL ANCIANO.

La jovialidad de algunos pacientes seniles, su vivacidad, maravillan a quienes los rodean, pero pese a su temple los ancianos vigorosos y sanos llevan en su cuerpo las huellas del tiempo. El proceso de envejecimiento tiene una serie de particularidades tanto anatómicas como fisiológicas.

Todos sabemos que en el viejo la irrigación cerebral va disminuyendo lentamente en algunos, y en forma acelerada en otros. Tarde o temprano, las células nerviosas dejan de recibir nutrientes y oxígeno en cantidades adecuadas. La esclerosis y otros factores disminuyen la luz de las arterias y la isquemia produce sus efectos; con razón se ha dicho que el hombre tiene la edad de sus arterias. La isquemia cerebral es responsable de toda una gama sintomatológica que revela la patología de varias áreas encefálicas, unas motoras, otras mentales, otras sensoriales. Quizá sean estas tres las manifestaciones más patentes, más apreciables y más serias.

Entre los trastornos motores son manifiestos ciertos temblores en los dedos, de las manos, y de las otras extremidades; se altera la escritura en forma notable, siendo menos firme y legible. Hay movimientos involuntarios, las piernas empiezan a flaquear, muestran debilidad sobre todo al caminar de prisa y al subir y bajar escaleras; buscan nuevos puntos de apoyo e sustentación e incluso inventan maniobras para ello. Algunos movimientos como los del cuello por ejemplo, se vuelven limitados. Las articulaciones se ven afectadas también; éstas y el proceso de osteoporosis modifican la marcha y otros movimientos según su localización.



En la esfera mental las alteraciones se aprecian de muy diversas maneras y dependen del grado y localización de la patología. Tal vez una de las primeras alteraciones en manifestarse sean los trastornos de la memoria, los cuales en muchas ocasiones suelen presentarse antes de los 60 años. Sin embargo este problema puede agudizarse y convertirse en un trastorno realmente serio en plena vejez. Es usual que los hechos registrados en el pasado remoto se recuerden muy bien y en cambio datos recientes se olviden fácilmente.

Los órganos sensoriales pierden agudeza, ya que los trastornos de la audición son frecuentes, el cristalino se opacifica y las cataratas amenazantes disminuyen la visión. El sentido del gusto se va perdiendo por atrofia de las papilas gustativas, al igual que el olfato que va disminuyendo, y la percepción táctil se va deteriorando.

La piel presenta cambios que son muy aparentes y visibles; hay palidez, se presentan manchas, la elasticidad se pierde y toma una textura de pergamino. El cabello se adelgaza, cambia de coloración y se va cayendo.

El metabolismo basal disminuye, por lo que la regulación de la temperatura en los ancianos es más difícil y los cambios intensos en el ambiente los afectan. El aparato digestivo en general experimenta pocos cambios, aunque algunas secreciones digestivas disminuyen, la función hepática va disminuyendo. La función renal también se va perdiendo gradualmente y la excreción de algunos medicamentos es más tardada. Los músculos laríngeos se van atrofiando y las cuerdas vocales pierden tensión alterándose en consecuencia la voz.

La eficiencia respiratoria disminuye; al depositarse sustancias grasas en las arterias disminuyen su luz y se endurecen, las válvulas cardiacas también endurecen y la capacidad de trabajo del corazón disminuye; el ritmo cardiaco es más lento.

En el sistema endócrino, la glándula tiroidea se conserva suficientemente efectiva. Las cápsulas suprarrenales disminuyen su secreción después de los 20 años; las gónadas presentan cambios que inducen la involución de el aparato genital femenino, y en el hombre cambios degenerativos en los

testículos con modificación gradual de la función sexual; la hipófisis se conserva sus funciones a través de los años. Al parecer conforme la edad avanza se desarrolla una insuficiencia inmunitaria.

Así, podemos seguir enumerando aún más trastornos que se van presentando con el proceso de envejecimiento; con lo que hemos mencionado podemos deducir cuáles son los trastornos e enfermedades más frecuentes en los ancianos. En nuestro país, las principales causas de enfermedad y muerte en este grupo son las bronconeumonías y neumonías, enfermedades del corazón, tumores malignos, lesiones cerebrovasculares, cirrosis hepática, accidentes, diabetes mellitus, enteritis y otras enfermedades diarreicas, tuberculosis y bronquitis, y trastornos mentales.

Asimismo, es importante marcar que este grupo de pacientes demandan un buen porcentaje de la consulta de contacto primario, y además consumen una cantidad considerable de medicamentos, en lo cual debemos estar conscientes ya que si bien el niño requiere un especial cuidado en la prescripción de medicamentos por sus características fisiológicas, también el anciano, por lo que ya hemos enunciado, requiere un especial cuidado en la prescripción de medicamentos. (9,11,12,13,14,15,16,17,18).

## 2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN EL ANCIANO.

Con frecuencia existen en el anciano sentimientos de inutilidad y minusvalía, sobre todo cuando ya no es una persona económicamente activa. Además siente que se va quedando solo, sobre todo cuando ya no convive con sus antiguos compañeros de trabajo o diversiones, o si éstos han fallecido ya. Este sentimiento de soledad se acentúa con la pérdida del cónyuge, con quien se trascurrieron épocas y eventos diversos.

Cuando existen éstos sentimientos pueden generarse cuadros de ansiedad e depresiones neuróticas serias, que se acompañan de sentimientos de aversión y resentimiento. La depresión es un motivo común de queja en los pacientes; ésta es un desorden funcional del humor que afecta en forma global a la persona y sus manifestaciones principales ocurren en la esfera mental y las acciones en la somática. Si los síntomas son muy inten-

ses, el paciente puede intentar el suicidio.

Los viejos se sienten frecuentemente segregados y empiezan a darse cuenta de que esterban y solo son motivo de problemas para sus parientes. La convivencia con ellos es a veces muy difícil, ya sea por su estado de salud o bien porque psicológicamente las personas mayores se vuelven hipersensibles, malhumoradas, e inclusive terriblemente necias. No faltan aquellos que agreden inclusive a sus hijos o parientes que se encargan de atenderles, lo que puede crear conflictos y ser un motivo de que se le segregue del seno familiar.

Hay actividades que deja de realizar; por ejemplo, deja de ejercer su profesión u oficio, deja de planear y soñar en su futuro, deja de interesarse por logros a largo plazo, deja de cultivar relaciones personales ya que piensa que ya no se entiende con la gente; deja de cuidar su atuendo y tal vez su aseo personal, deja de salir a la calle en donde se siente cada vez más inseguro por el tránsito intenso y el trasiego de gente que no le toma en cuenta; siente que esterba, que su compañía deja de ser agradable. En ocasiones se vuelve repetitivo, se torna verborrérico y no se consume el diálogo, sino que sostiene monólogos, pues quiere hablar solo él, en desquite de lo que deja de hablar en sus largos lapsos de soledad.

Cuando el viejo percibe que ya han pasado los mejores años de su vida disminuye su ambición, el deseo de éxito y prestigio; éstos factores psicológicos se precipitan por la actitud negativa de la sociedad que le rodea. Si a este sumamos la disminución de las capacidades biológicas como consecuencia lógica de la edad avanzada, podremos comprender la psicodinamia de la patología mental del viejo.

Para un anciano es vital saberse útil, de ello depende en gran parte su equilibrio emocional y sus deseos de vivir. En esto lo que repercute directamente sobre su estado físico. Un anciano necesario es un viejo joven, porque participa activamente en la vida familiar, porque su experiencia y capacidades se aprovechan y así su vida tiene sentido.

Muchas veces si el viejo no es atendido, estimulado, motivado y además se siente inservible e inútil, puede crearse un deseo de muerte pré-

na o pensar en el suicidio. Este es un aspecto que el Médico no debe olvidar ya que ante un paciente deprimido y sin ánimo para realizar ciertas cosas, lo prioritario es hacerlo salir de su depresión. (9,10,13,14,15,17,19)

### 3. ASPECTOS SOCIALES EN EL ANCIANO.

Simmons señala cómo en las sociedades cazadoras nómadas, cuya supervivencia ha dependido en gran parte de la posibilidad de movilización rápida del grupo de un campo de casa a otro, se han llegado a adoptar métodos drásticos para eliminar del grupo a los ancianos. Es conocido el hecho de que entre los esquimales, aún hoy en día, las mujeres seniles que pertenecían al grupo han sido tradicionalmente abandonadas en refugios temporales con provisiones limitadas de alimentos, para guarecerse mientras el grupo continúa su camino, supuestamente para regresar por ellas después, cosa que nunca ocurre. En estas sociedades primitivas, el varón difícilmente llega a edades avanzadas, pero cuando el caso se presenta, puede ser eliminado por el hijo en un acto aparentemente de misericordia, que es considerado como una forma de rendir honores al padre más que como una manifestación rechazada.

Las sociedades modernas, sin llegar a tales extremos, olvidan la obligación que tienen para con sus miembros ancianos, limitándoles en sus posibilidades de trabajo, y alejándoles del núcleo familiar y social, sin impartirles el derecho que como seres humanos tienen a ser tratados en una forma respetable y digna, olvidando que en su juventud contribuyeron en forma importante al logro de muchas de las comodidades de que disfrutaban las nuevas generaciones.

En nuestra sociedad envejecer constituye una tragedia para la mayoría de los individuos de uno y otro sexo. No existe la debida preparación para las distintas etapas de la vida, ya que éstas poseen diferentes objetivos y satisfacciones, pudiendo afirmar que aquél que envejece sin una orientación técnica, asistencia médica y colaboración social, llega a una vejez llena de desengaños, con enfermedades, incapacidades, desajustes económicos y psicológicos que pueden llegar hasta la neuresis, y en algunos casos

puede revestir un aspecto de gravedad. Es triste observar que gran número de personas de edad avanzada se encuentran un punto menos que abandonadas por sus familiares, otras disfrutan de boyante situación económica, desenvolviéndose con prestancia y desenfado en las esferas sociales, políticas e en los negocios; pero también existen los que son humillados y relegados como un mueble viejo, e que en último caso son hasta maltratados de palabra y obra.

La involución senil del hombre se produce siempre en el seno de una sociedad. Para comprender la realidad y la significación de la vejez, es indispensable examinar qué lugar se asigna a los viejos y qué representación se tiene de ellos.

Con la industrialización y el despeblamiento del campo empieza la desintegración familiar, se va perdiendo la familia patriarcal. En las familias compuestas de campesinos y artesanos había una coincidencia entre la profesión y la existencia del trabajador: vivía en su lugar de trabajo, era dueño de sus medios de producción y las tareas productivas y domésticas se confundían. Las capacidades aumentaban con la experiencia y, por lo tanto, con la edad. Cuando el trabajador declinaba, existía un tipo de división del trabajo que permitía que se adaptaran las diversas tareas a la capacidad y posibilidades de cada uno y cuando el anciano se convertía en un inválido, el resto de la familia aseguraba su supervivencia. Por fortuna en nuestro país aún persiste la tendencia a tener y cuidar al abuelito en la casa, pero también a ésta edad muchos ancianos tienen que abandonar la casa en que vivieron gran parte de su vida, ya sea por condiciones económicas, por haberse deshecho su familia, e porque ésta los excluye e por marginarse ellos mismos.

El paciente senil por lo regular recibe cuidado de algún familiar, sobre todo cuando padece alguna enfermedad crónica que le imposibilita. Los encargados del cuidado del paciente senil comúnmente son los mismos hijos. Sin embargo, hay una serie de factores que se deben tomar en cuenta; el anciano puede ser una persona que exige más cuidado del que le ofrecen, e bien es una persona hostil que inclusive puede llegar a la agresión física e

verbal con los familiares que lo cuidan. Estes en ocasiones sacrifican una serie de cosas por dedicarse al cuidado del anciano, llegando a haber hijos frustrados que al sentirse ligados y obligados al cuidado de sus padres enfermos, no logran realizar una vida personal que deje satisfacciones como el formar su propia familia por ejemplo.

Los jóvenes de la actualidad generalmente pueden resolver sus problemas económicos con mayor o menor facilidad, pero cuando sobre sus hombros pesa la responsabilidad de subvenir a las necesidades de sus padres, tienen que aportar una cantidad de dinero para sufragar los gastos originados por estas necesidades. Como cada día aumenta el número de personas de edad avanzada, también es mayor el número de jóvenes con estas responsabilidades.

El viejo constituye una pesada carga para sus familiares que pronto se cansan y, no obstante que en algunas ocasiones cuentan con dinero suficiente, lo dejan en el cuarto de triques, que ese vienen siendo los asilos.

Por otra parte, cuando cesa la actividad habitual de trabajo, connota de un término de jubilación, es uno de los aspectos que evidencian en el sujeto su arribo a la senilidad; para gran cantidad de hombres esta etapa constituye un verdadero trauma. Por otro lado, cuando llega el momento de la jubilación, lo habitual es encontrarse con una pensión que por magra, no puede asegurar el disfrute de una vida siquiera modesta. De ahí la importancia de que el hombre que se encuentra en la Segunda Edad se vaya preparando en el aspecto económico para el retiro.

Los estudiosos de la economía concuerdan en que se asiste a una tendencia hacia la eliminación del trabajador de edad, no solo porque éste no puede resistir la presión de las ocupaciones del presente, sino también porque se cuenta con un número suficiente de hombres y mujeres más jóvenes para una oferta de trabajo que es limitada y que además disminuye rápidamente. Se ha visto en diversos países, el acuerdo entre ellos, que los servicios de colocaciones fijan el límite de edad de contratación entre 35 y 45 años. Sin embargo existen países como la URSS, donde se aprovecha la experiencia del viejo para la enseñanza de los jóvenes, e se los mantiene ocupados en la realización de trabajos adecuados a sus posibilidades fisi-

cas, recibiendo por ello una remuneración económica aparte de su pensión.

Debe entenderse, que el viejo requiere de una amplia seguridad emocional y social, dado que su etapa de máxima productividad le constituyó como un elemento primordial dentro de la sociedad. Así pues, el hombre debe llegar a la senilidad con un buen grado de seguridad emocional e intereses logrados en forma personal e independiente, que le permitan continuar desarrollando sus posibilidades humanas hasta su muerte.

Viendo los aspectos de la asistencia social, observaremos que en todo el país existen 82 casas para ancianos, de las cuales 22 se encuentran en la ciudad de México. La población atendida asciende a cerca de 7 mil personas, dando un promedio de 80 por asilo. El panorama es realmente desolador. De las casas mencionadas muy pocas se han fundado en los últimos decenios, y la mayoría son de fines del siglo pasado e de principios de este siglo. La marginación por discriminación y olvido no ofrece lugar a dudas.

Una cosa es evidente: la atención integral del anciano debe estar incluida dentro del sistema nacional de Seguridad Social, y mientras éste no sea universal, constituir una de los programas básicos de la asistencia social. Por otro lado, no debe limitarse a los aspectos materiales tales como la seguridad económica, la vivienda, la alimentación y la atención médica, sino que debe considerar también necesidades de carácter humano, tan importantes como el afecto, el respeto, la compañía, la comprensión y la participación en la vida social. En aquí donde la familia debe recibir orientación, una orientación que puede ser proporcionada por el Médico Familiar.

Iniciar un movimiento en favor de los ancianos y cambiar actitudes estereotipadas en relación a la vejez es actividad que no admite dilación. Los ancianos, al igual que los niños, los enfermos, los lisiados y otros, deben tener la protección de la sociedad. (9,10,11,13,15,17,19,20,21)

### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Durante mi estancia en los servicios de Hospitalización, pude darme cuenta de la cantidad enorme de pacientes seniles internados por diversos padecimientos propios del viejo. También me llamó la atención que entre la larga lista de diagnósticos emitidos, en algunos pacientes, sobre todo con algún trastorno invalidante, ocasionalmente aparecía por ahí un diagnóstico nuevo para mí: El "Síndrome del Anciano Abandonado".

Y efectivamente, pude darme cuenta que los pacientes así catalogados prácticamente no recibían una sola visita durante la estancia hospitalaria, y los esfuerzos realizados por el personal del Departamento de Trabajo Social para que acudieran los familiares a enterarse del estado de salud de sus pacientes, eran en vano. No les interesaba. Los pretextos aducidos eran varios, y algunos manifestaban abiertamente que ellos no pedían hacerse cargo del enfermo por ser una carga económica, porque las cuidades que necesitaban los pacientes no se les pedían proporcionar y no les era posible poner a una persona especialmente destinada para ello. Por eso cuando el paciente se hospitalizaba, pues ahí le dejaban, después de todo ahí está bien cuidado, ya no tiene solución su problema, lo mejor es que muera en el Hospital.

De antemano me daba cuenta que la familia del anciano abandonado no era funcional, algo pasaba ahí, pero qué es?, ¿existe una relación entre las disfunciones de la familia y el abandono del anciano?

En la Consulta Externa, también pude darme cuenta que la mayor parte de los pacientes que acuden se encuentran en los extremos de la vida. Es triste ver que el anciano en muchas ocasiones llega solo, con su pase difícil, ya con trastornos de la sensor-percepción, quedándose la duda si en verdad se lleva consigo las indicaciones que le proporciona el médico, si los medicamentos prescritos van a ser ministrados en la forma correcta. ¿Porqué no le acompaña algún familiar? Lo mismo. No tienen tiempo, no pueden por alguna otra razón, o no les interesa o no saben siquiera que el anciano se encuentra enfermo.



Nuevamente vuelve a cuestionarme el porqué no se le presta el debido cuidado al anciano, porqué se le deja solo, porqué se le hace a un lado?

Me pregunte si las relaciones familiares tienen algo que ver con ello y es lo que me motiva a realizar este modesto trabajo buscando una respuesta a mis cuestiones.

Ya he mencionado que las expectativas de vida van en aumento y que debido a eso cada vez tendremos más ancianos, grupo al que muy probablemente pasemos a engrosar filas algún día. Y si no se hace algo ahora que aún se mantiene la unidad familiar, qué podrá hacerse mañana en un mundo cada vez más deshumanizado?

Indudablemente que el Médico Familiar quien representa el contacto primario con el enfermo senil deberá ser también un educador de la familia de éste para que se le brinde una vejez digna y el respeto que merece como ser humano que es.

#### IV. HIPOTESIS .

##### HIPOTESIS GENERAL.

"Cuando la familia entra en la fase de retiro y suerte existen disfunciones en la Dinámica Familiar que pueden repercutir en la marginación del paciente senil".

##### HIPOTESIS ALTERNVA.

"Las disfunciones en la Dinámica Familiar son causa de marginación del paciente senil, por parte de la familia".

##### HIPOTESIS DE NULIDAD.

"Las disfunciones en la Dinámica Familiar no son causa de marginación del paciente senil, por parte de la familia".

**V. OBJETIVOS .**

- 1. Conocer la Dinámica Familiar de las familias en estudio.**
- 2. Identificar si existen disfunciones en la Dinámica Familiar de los grupos en estudio.**
- 3. Determinar si dichas disfunciones tienen relación con la marginación del paciente senil.**

## VI. PROGRAMA DE TRABAJO.

El estudio se lleva a cabo en el H.G.Z. 8 "San Angel", con la colaboración de los servicios de Medicina Familiar de dicha Unidad.

Las familias estudiadas se captan en la Consulta Externa de Medicina Familiar, en los turnos A/C y B/D.

Empleamos los siguientes criterios para seleccionar a las familias estudiadas:

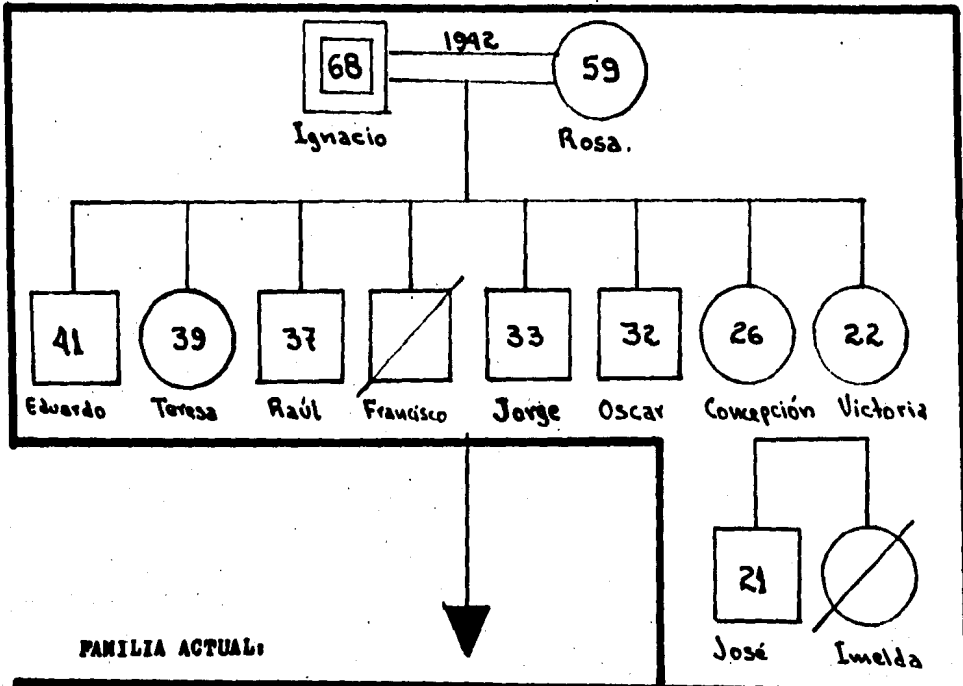
1. La muestra sometida a estudio es de derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social.
2. Se selecciona a familias que tienen algún paciente anciano con edad mayor a 60 años.
3. Se incluyen pacientes de ambos sexos.
4. Las familias estudiadas son escogidas al azar.
5. No se toma en cuenta su nivel socioeconómico.
6. No se toma en cuenta el estado civil del paciente.
7. Se selecciona a los pacientes sin importar si aún laboran o no, independientemente de la ocupación que desempeñen los que aún lo hagan.
8. No se hacemos distinción de padecimientos por los cuales acuden los pacientes a la Consulta Externa.
9. No incluimos a pacientes que vivan solos o se encuentren hospitalizados.

Con éstos criterios se seleccionan 20 familias, a las cuales realizamos varias entrevistas, preferentemente en el domicilio del paciente para tener una mejor visión del entorno y un mayor contacto con los miembros de la familia. Cuando por alguna razón esto no es posible, citamos al grupo familiar a la Unidad Médica. La entrevista se lleva a cabo siguiendo los lineamientos presentados en el marco teórico. En algunos casos grabamos la entrevista, en otros fuimos anotando los datos, esto de acuerdo a la preferencia y comodidad del paciente. La duración de las entrevistas es en promedio de una hora. Una vez estudiadas las familias las presentamos por medio de familiogramas y resúmenes de casos, y concluyendo con la información en cuadros y gráficos simples, así como análisis descriptivo.

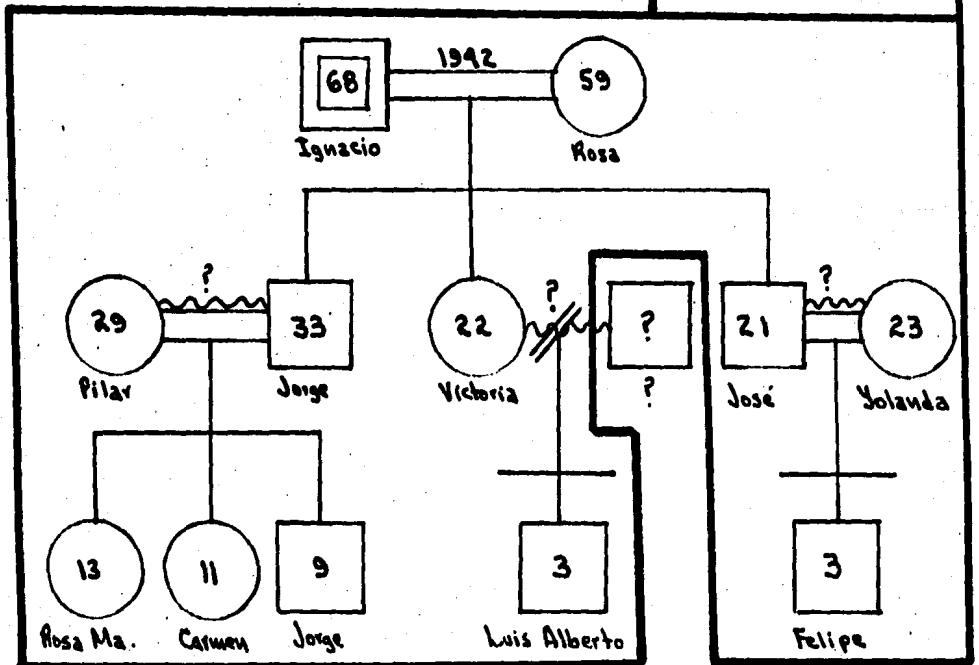
**VII. RESULTADOS.****A) RESUMENES DE FAMILIAS ESTUDIADAS.****FAMILIOGRAMAS ESTRUCTURALES.**

## CASO 1. FAMILIA VELAZQUEZ - MENDOZA. ( AGOSTO 1984 )

## FAMILIA ORIGINAL:



## FAMILIA ACTUAL:



## C A S O 1 (AGOSTO 1984)

Paciente identificado: Ignacio Herrera Velázquez.

Edad: 68 años.

Antecedentes familiares.- Padre cardiopata ya fallecido, esposa de 59 años, diabética, bajo control médico.

Antecedentes Personales No Patológicos y Patológicos.- Originario de México D.F., radicado en el mismo, con escolaridad primaria incompleta, pensionado en 1977 por cesantía en edad avanzada, habiendo labrado toda su vida como pastelero. Actualmente permanece activo como vendedor ambulante. Proviene de medio socioeconómico bajo, refiere hábitos etílico y tabáquico durante su juventud. Es portador de artritis reumatoide desde hace 8 años, actualmente bajo control. Desde hace algunos meses se le detecta Enfermedad de Parkinson.

Padecimiento actual.- Acude a la consulta externa de Medicina Familiar porque desde hace un año presenta disminución gradual de la agudeza visual, por lo cual se envía al servicio de Oftalmología donde se detecta catarata senil, estando actualmente bajo tratamiento.

Estructura de la familia.- Extensa, urbana, tradicional, obrera, integrada y funcional. La fase más importante por la que cursa la familia es la de retiro y muerte. Como la familia es extensa y si analizamos el familiograma estructural nos daremos cuenta que todas las funciones de la familia meritan atención.

Evolución histórica de la familia.- Ignacio y Rosa se conocen en 1940 y sostienen noviazgo durante dos años, sosteniendo buenas relaciones, planean su matrimonio sin existir objeciones por parte de sus familias de origen. Celebran matrimonio civil y religioso en 1942, y refieren llevarse de buena manera hasta la fecha. Procrean 10 hijos, siendo los embarazos no planeados pero sí deseados. Les sobreviven 8 hijos de los cuales tres viven con ellos con sus respectivas familias. El resto han emigrado a la provincia una vez casados. Se refiere armonía dentro del seno familiar, y refiere Ignacio que ha repartido sus propiedades entre sus hijos sin que exista inconformidad por alguno de ellos. El aporte económico de la familia se

compone de la pensión de Ignacio y sus ganancias como vendedor ambulante, y sus hijos se encargan de los pagos de servicios que se requieran en la casa, dividiendo en forma equitativa.

**Crisis familiares.**- Hay crisis al fallecer Francisca en 1948; refiere Ignacio que todos sus hijos antes de casarse han establecido uniones libres habiendo abandonado el hogar lo que ocasionaba crisis, pero resolviendo tales situaciones con la legalización de las uniones, a excepción de Victoria que queda como madre soltera pero es aceptada en el núcleo familiar. El año de 1966 es de crisis familiar por los fallecimientos de Ignacio padre del paciente y de Imelda su hija. Hay crisis en 1977 ante la pensión de Ignacio, la cual supera al mantenerse activo y aceptar la etapa de vida por la que cursa. Hay crisis ante los padecimientos que sufren Rosa e Ignacio actualmente.

**Atención psicológica previa.**- Ninguna.

**Subsistema conyugal.**- Existen buenas relaciones, cada uno cumple sus funciones, Rosa es una esposa-madre característica e Ignacio es un padre tradicional, con don de mando pero sin ser dominante. Ambos se cuidan y respetan mutuamente. En la esfera sexual sus relaciones son ya ocasionales.

**Subsistema parental.**- Hay buenas relaciones y comunicación entre padres e hijos, con cuidado y respeto mutuo, y sin invasión de roles.

**Subsistema fraternal.**- También existen buenas relaciones entre los hermanos, habiendo ayuda mutua tanto económica como en el cuidado de los hijos de ellos.

**Dinámica de la familia.**- Existe un vínculo claro entre Ignacio y Rosa cumpliendo cada uno con sus roles en forma adecuada; hay vínculo claro con sus hijos conservando los límites de los subsistemas familiares. Tienen un vínculo claro con sus nueros y nietos. Hay vínculo claro entre los hermanos, las cuñadas y sus respectivos hijos. No se aprecia rol dominante por ninguno de los miembros de la familia. En términos generales puede decirse que los hijos siguen el sistema tradicional de comportamiento de sus padres, y aunque sus matrimonios han sido producto de uniones libres, han si



de deseados y aceptados, cumplen con sus funciones de socializar a sus respectivos hijos y llevan control de la fertilidad. Se aprecia como una familia extensa funcional con relación satisfactoria estable.

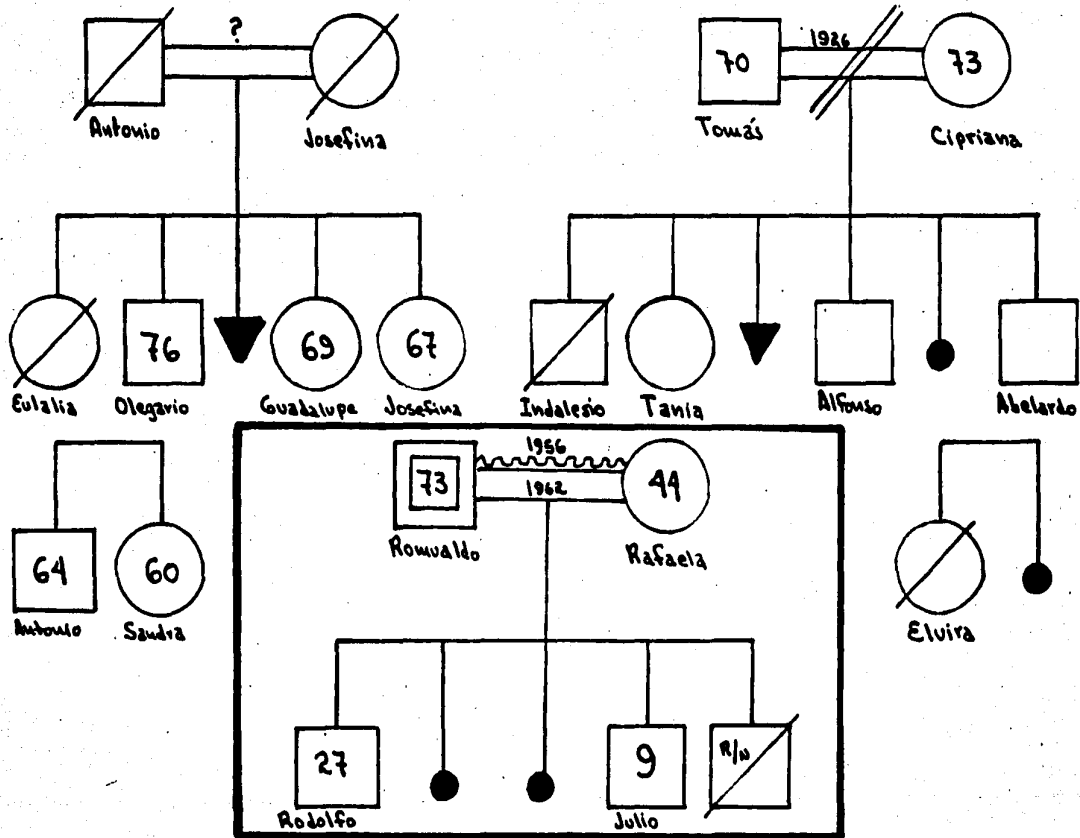
**Dinámica de la relación Médico-Familia.-** La familia acepta el estudio de Dinámica Familiar, habiendo buenas relaciones con todos ellos, habiendo una participación activa de Ignacio y el resto de los familiares lo hacen en menor grado. Se llevan a cabo 4 entrevistas en su domicilio.

La demanda real y aparente a la vez en el problema de catarata senil de Ignacio, quien funge como portavoz de su padecimiento, interviniendo su esposa e hijos como emergentes al opinar que Ignacio debe descansar y no trabajar pues sería la mejor forma de conservar su salud. No se encuentra obvia exipsterie en el estudio de dinámica de la familia.

**Dinámica de la relación familia-enfermedad.-** No se tiene un conocimiento claro del padecimiento de Ignacio ni de Rosa. Sin embargo todos los miembros de la familia se preocupan por su estado de salud, aunque por razones laborales no acuden con ellos a la consulta médica.

**Problemas identificados.-** No encontramos disfunciones familiares evidentes y pareciera que la relación familiar es satisfactoria y estable.

**Pronóstico.-** Se espera que el funcionamiento familiar continúe igual.



CASO 2. FAMILIA NEJIA - COMITA. ( ABRIL 1984 )

## C A S O 2 (ABRIL 1984)

Paciente identificado: Remualde Mejía Jaimes.

Edad: 73 años.

Antecedentes familiares.- Ambos padres y una hermana diabéticos ya fallecidos; dos hermanos y un hijo obesos.

Antecedentes Personales No Patológicos y Patológicos.- Originario de Toluca, Estado de México, radicado en México D.F. desde la infancia, con escolaridad primaria incompleta, pensionado por invalidez desde 1975, actualmente realiza labores artesanales por su cuenta, empleo que desempeñó siempre para una empresa antes de pensionarse. Previene de medio socioeconómico bajo, niega toxicomanías. Se conoce diabético desde hace unos 23 años. En 1975 sufre microangiopatía en un ortejo del pie izquierdo, y por presencia de gangrena se le amputa éste, sufre además parálisis facial que dando lagofthalmos como secuela. En 1980 sufre coma hiperosmolar requiriendo internamiento durante varios días. En 1983 sufre proceso gangrenoso en pie derecho por lo que se le realiza amputación infracalcánea. No utiliza prótesis y se ayuda de muletas y silla de ruedas para desplazarse.

Padecimiento actual.- Acude a la Consulta Externa por cuadro enteral y vómito que causa deshidratación leve, habiendo datos de confusión mental por lo que se envía al servicio de Urgencias de la Unidad, corrigiendo su estado hídrico e hiperglicemia, y egresando unas horas más tarde.

Estructura de la familia.- Nuclear, urbana, moderna, obrera, integrada y disfuncional. Las fases del ciclo familiar que predominan en la familia son la de dispersión y retiro y muerte. Ameritan atención las funciones de socialización, cuidado, afecto y estatus y nivel socioeconómico.

Evolución histórica de la familia.- Remualde y Rafaela se conocen en 1955, sostienen noviazgo durante casi un año sosteniendo buenas relaciones habiendo oposición de sus respectivas familias de erigen al matrimonio por su diferencia de edad, por lo que entablan unión libre casándose a los pocos meses por el civil. En 1957 nace su primer hijo quien es de pretérmino y decidiendo vivir en la casa de la familia de Remualde, donde Rafaela encuentra rechazo por parte de todos. A los 2 años forman su familia nuclear.

Rafaela tiene dos abortos y posteriormente se somete a tratamiento médico por no poder embarazarse. En 1962 realizan su matrimonio religioso. En 1975 nace su segundo hijo el cual también es de pretérmino. En 1979 logra nuevo embarazo, con producto de pretérmino que fallece por inmadurez; a partir de entonces declina la vida sexual de la pareja. El sustento económico depende de la pensión de Remualde, de la venta de sus trabajos artesanales, de los ingresos que deja un taxi manejado por Redelfe y en ocasiones Rafaela realiza trabajos domésticos.

**Crisis anteriores.**- Al establecer su unión libre, los nacimientos de sus hijos prematuros, la pérdida de un hijo y dos abortos; las cirugías a las que se somete Remualde que le dejan invalidez, y un aspecto importante fue el abandono de estudios por parte de Redelfe en quien se tenía depositada una serie de expectativas para el futuro. Actualmente cursan con crisis económica.

**Atención psicológica previa.**- Ninguna.

**Subsistema conyugal.**- Las relaciones entre el matrimonio son buenas en general, con tendencia de dominio por parte de Rafaela y dependencia de Remualde. Su vida sexual ya es nula.

**Subsistema parental.**- Las relaciones entre Remualde y sus hijos son buenas. Rafaela sobreprotege a Julio, y en cambio rechaza y presiona a Redelfe, a quien considera culpable de las recaídas de Remualde ya que le hace sufrir disgustos frecuentes pues no trabaja como es debido. Julio manipula a la familia.

**Subsistema fraterno.**- Redelfe tiene buenas relaciones con Julio, pero tiende a sobreprotegerlo, de lo cual abusa Julio pidiéndole con frecuencia cosas para su beneficio.

**Dinámica de la familia.**- Tiende a existir un vínculo difuso entre la pareja, con dependencia de Remualde y dominio de Rafaela. Existe vínculo difuso entre Rafaela y Julio con sobreprotección a éste; entre Rafaela y Redelfe existe vínculo rígido con rechazo mutuo. Existe tendencia al vínculo difuso entre Redelfe y Julio y entre Remualde y Julio. El único vínculo claro que se aprecia es entre Remualde y Redelfe. Cada uno de los

miembros de la familia cumple con sus roles aunque en forma inadecuada. A Rodolfo se le ha asignado el rol del padre como proveedor económico, pero no le acepta y le desempeña inadecuadamente. Rafaela invade el rol del padre ya que con frecuencia toma la autoridad del grupo familiar. No hay satisfacción en la familia, existen sentimientos de minusvalía en los adultos, y utilizan el mecanismo de aglutinación ante las crisis familiares ya que en ocasiones sienten que no pueden resolverlas. Las relaciones familiares son insatisfactorias estables.

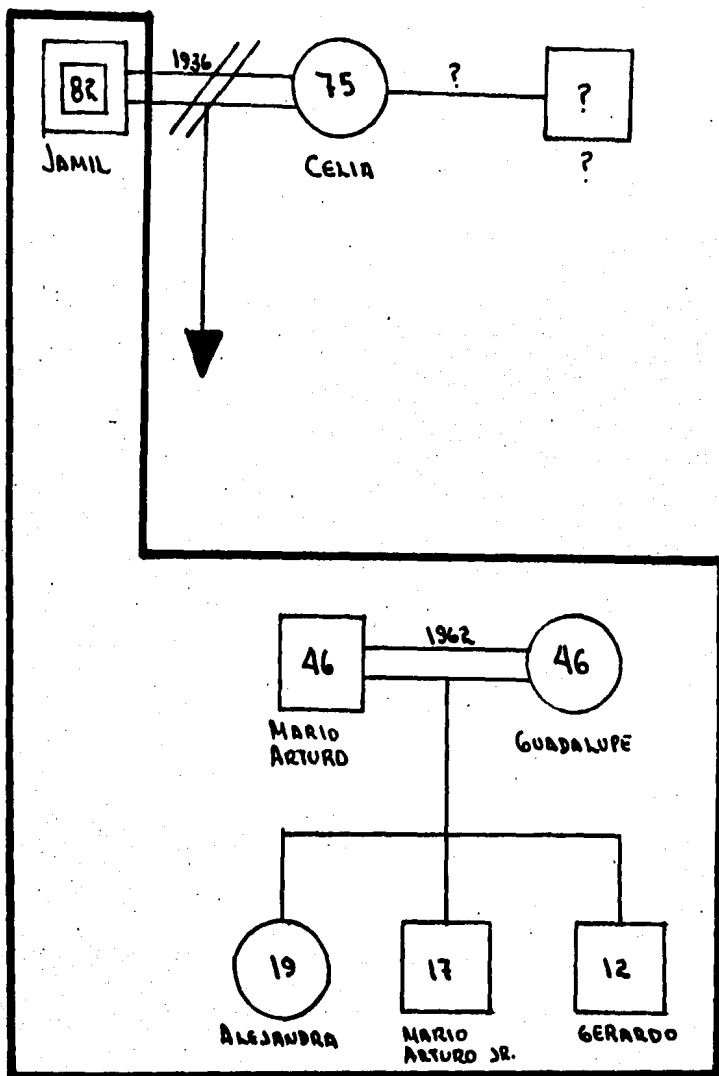
**Dinámica de la relación Médico-Familia.**- Hay buena aceptación para la entrevista, la cual se realiza en 7 ocasiones, con participación de todo el grupo familiar. La demandada aparente es la descompensación de la Diabetes Mellitus de Remualdo, la demanda real es la inestabilidad familiar por la que se cursa. Remualdo funge como portavoz, interviniendo Rafaela como emergente quien asocia el padecimiento con sus exacerbaciones a los frecuentes disgustos de Remualdo con Rodolfo, quien viene a ser el chivo expiatorio.

**Dinámica de la relación Familia-Enfermedad.**- No se tiene un concepto claro del padecimiento de Remualdo, no llevando dieta adecuada ni existe el cuidado que debe llevar un paciente diabético, de ahí las descompensaciones sufridas; sin embargo existe deseo de saber todo ello.

**Problemas identificados.**- La comunicación entre la familia es mala, de ahí la insatisfacción existente; utilizando mecanismo grupal de aglutinación. No se aprecia tendencia a marginar o abandonar a Remualdo, al que si bien no se le proporcionan los cuidados adecuados, si existe deseo de hacerlo.

**Pronóstico.**- Se considera bueno.

## CASO 3. FAMILIA AZZUPI - GONZALEZ. (ABRIL 1984)



## C A S O 3 (ABRIL 1984)

Paciente identificado: Jamil Aszufi Batá.

Edad: 82 años.

Antecedentes familiares.- Sin importancia para el caso.

Antecedentes personales No Patológicos y Patológicos.- Originario de Líbano, nacionalizado ciudadano mexicano, radicado en México D.F. desde 1934, siendo comerciante restaurantero hasta 1978 que deja de trabajar, es colaridad equivalente a secundaria, recibe atención médica como beneficiario padre. Proviene de medio socioeconómico alto, refiere hábito tabáquico desde la juventud, una cajetilla al día. Desde hace 30 años sufre acúsia de oído izquierdo por otosclerosis, intervenido en 1979 sin éxito. Sufre cuadros de bronquitis frecuentes.

Padeamiento actual.- Refiere 3 meses de evolución con disminución súbita de la agudeza visual, por lo que se canaliza a la consulta de Oftalmología donde se detecta cuadro de uveítis. Decide tratarse con particulares para comparar criterios, estando actualmente sin cambios. Sigue tratamiento especializado.

Estructura de la familia.- Extensa, urbana, moderna, profesional, semi-integrada y disfuncional. Curra actualmente en las fases de dispersión y retiro y muerte. Ameritan atención las funciones de cuidado, afecto, socialización.

Evolución histórica de la familia.- Jamil y Celia sostienen noviazgo durante un año, casándose en 1936, habiendo planeado su matrimonio. En el año de 1938 nace su único hijo. Las relaciones de la pareja son malas debido a que ella descuidaba sus funciones familiares llegando al divorcio en 1942, quedando Jamil al cuidado de su hijo Mario Arturo. Celia se casa nuevamente más tarde, viendo ocasionalmente a su hijo. Mario Arturo cursa la carrera de Ingeniero Civil, se casa con Guadalupe en 1962, no siendo aceptada por Jamil, quien se queda a vivir sólo desde entonces, pero casi a diario es visitado por su hijo. En 1979, debido a la salud de su padre, Mario Arturo decide llevarlo a vivir a su casa donde la adapta una habitación separada del resto de la casa. Mario y Guadalupe tienen 3 hijos,

los cuales dos son adolescentes y uno escolar. La pareja comienza a tener dificultades ya que la economía del hogar, manejada por Guadalupe se iba deteriorando, por lo que Mario decide que sea su padre quien maneje las finanzas de la familia, habiendo choque inmediato entre Jamil y Guadalupe, y en ocasiones llegando a la agresión verbal y amenaza de daño físico. Mario se ausenta con frecuencia del hogar, por lo que interviene poco en las discusiones. Guadalupe hace alianza con sus hijos contra Jamil. Este llega a la conclusión de que su padecimiento se debe a "brujería" de Guadalupe. Ella aduce que los problemas familiares inician a la llegada de Jamil al hogar. Mario y Guadalupe han llegado a comentar la posibilidad de divorcio. Jamil ha intentado abandonar el hogar y vivir solo nuevamente pero Mario le dice que si lo hace él abandonará todo.

**Crisis familiares.-** Por problemas internos de su país, Jamil debe abandonar. Su divorcio y la responsabilidad de cuidar a su hijo son causa de crisis. Al casarse Mario Arturo hay crisis, pues Jamil debe aprender a vivir sólo. Hay crisis por la acusación que sufre Jamil. Hay crisis con su llegada al hogar de su hijo, recibiendo rechazo. Existe crisis actual por su padecimiento visual.

**Atención psicológica previa.-** Ninguna.

**Subsistema conyugal.-** Malas relaciones de Jamil con Celia, que terminan en divorcio, debiendo asumir Jamil el papel de padre y madre a la vez. Existen malas relaciones entre Mario y Guadalupe con rechazo mutuo, existiendo la sospecha de Guadalupe de que Mario le es infiel y por ello se ausenta con frecuencia de su domicilio. Mario solo es proveedor económico no cumpliendo sus funciones; Guadalupe deja sus funciones de madre a grupos secundarios, teniendo tendencia a ser una esposa-compañera solamente, rol que no acepta Mario.

**Subsistema parental.-** Hay buenas relaciones entre Jamil y Mario, aunque éste tiende a ser dependiente emocionalmente de su padre quien también tiende a sobreproteger a su hijo, pues dice "es el único que tengo". Jamil rechaza a Guadalupe y dice que es culpable de que sus nietos ya no le quieran, pero rechaza a Mario Arturo Jr. pues dice que no es hijo de su hijo.



Mario Arturo tiene poca comunicación con sus hijos, no cumple su rol de padre adecuadamente y es imperativo y represivo. Guadalupe tiene comunicación inadecuada con sus hijos ya que utiliza la sobreprotección y en ocasiones la agresión. Sus funciones de madre la delega a grupos secundarios (clubes, escuelas, etc.).

**Subsistema fraterno.-** Las relaciones entre los hermanos son indefinidas, ya que en ocasiones forman alianzas entre sí y a veces se rechazan.

**Dinámica de la familia.-** Existe vínculo difuso entre Jamil y Mario por sobreprotección y dependencia respectivamente. Vínculo rígido entre Jamil y Guadalupe, considerando ella que Jamil invade límites. Jamil y sus nietos con vínculo rígido por rechazo de ellos, formando alianza con la madre. Vínculo rígido entre Mario y Guadalupe. Vínculos difusos de Mario y Guadalupe con sus hijos. Existe tendencia a la disgregación familiar, y nadie cumple sus roles adecuadamente. Las relaciones familiares son insatisfactorias inestables.

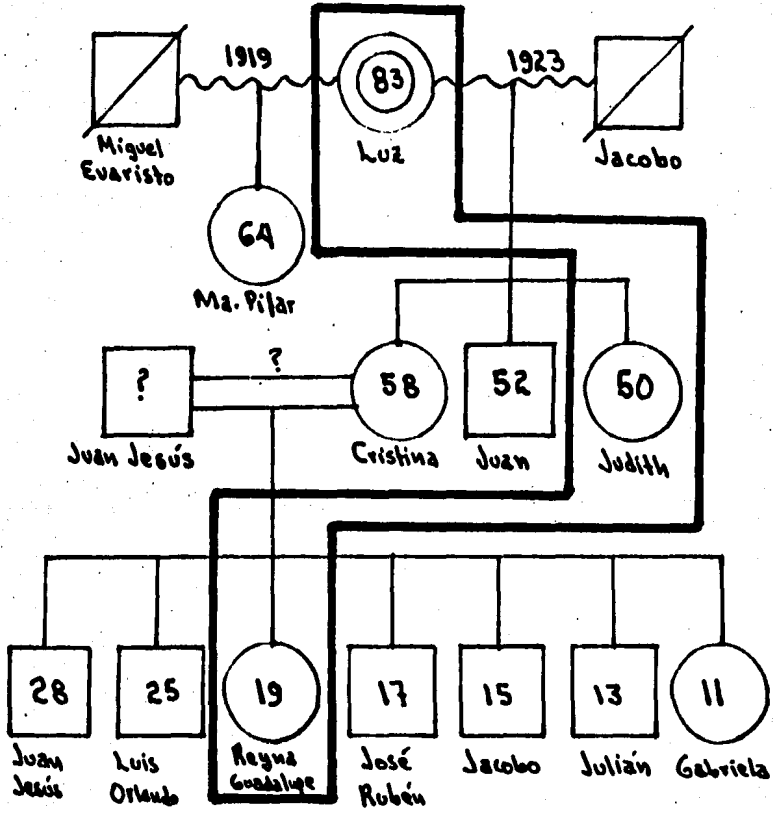
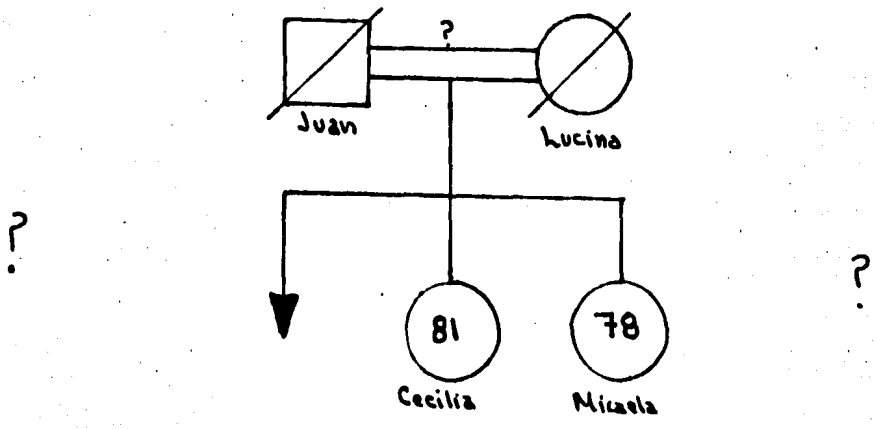
**Dinámica de la relación Médico-Familia.-** Jamil acepta la entrevista, se realiza en 7 ocasiones, teniendo por separado 3 entrevistas con Guadalupe. Mario y sus hijos participan en una ocasión pero por poco tiempo. La demanda aparente es el padecimiento visual de Jamil, la demanda real son las disfunciones familiares. Jamil y Guadalupe son portavoces de la disfunción familiar, pero se culpan mutuamente de chivos expiatorios. Los nietos fungen como emergentes al decir que estaban bien hasta que llega su abuelo. Mario tiene un rol pasivo.

**Dinámica de la Relación Familia-Enfermedad.-** Jamil está convencido de que su nuera le ha hecho "brujería", ya que ningún médico ha resuelto su problema. Su hijo no conoce a ciencia cierta el padecimiento del padre, y el resto de la familia no se interesa.

**Problemas detectados.-** Existe disfunción seria en las relaciones familiares, con tendencia a la disgregación, hay invasión de roles, no se cumplen adecuadamente las funciones familiares básicas. Existe tendencia a la marginación del anciano, que de hecho ya existe.

**Pronóstico.-** Malo.

CASO 4. FAMILIA PEREZ - QUINONES. (NOVIEMBRE 1984)



## C A S O 4 (NOVIEMBRE 1984)

Paciente identificado: Luz Quiriones Robles.

Edad: 83 años.

Antecedentes familiares.- Padre fallecido por infarto, madre por accidente en automóvil, hermana con antecedente de dos infartos, su primer pareja muere en accidente de automóvil, se segunda pareja de cirrosis alcoholo-nutricional. Una hija con pielonefritis crónica habiéndosele efectuado nefrectomía izquierda hace 7 años.

Antecedentes Personales No Patológicos y Patológicos.- Originaria y residente de México D.F., con escolaridad carrera de Contador Privado, habiéndola ejercido hasta hace 16 años, tiene servicio médico por ser beneficiaria madre. Proviene de medio socioeconómico medio-alto; niega toxicomanías. Padece hipertensión arterial sistémica y cardiopatía mixta desde hace 20 años; enfermedad articular degenerativa desde hace 10 años; padece neumonía hace 4 años y desde entonces sufre cuadros de bronquitis frecuentes.

Padecimiento actual.- Acude a la Consulta Externa por control de Hipertensión arterial y enfermedad articular degenerativa, encontrándose estable en el momento.

Estructura de la familia.- Extensa, urbana, tradicional, profesional, desintegrada, funcional; predomina la fase de retiro y muerte en el ciclo de vida familiar. Ameritan cuidado las funciones básicas de cuidado y socialización.

Evolución histórica de la familia.- Luz y Miguel tienen noviazgo durante dos años, teniendo buenas relaciones y la intención de casarse pero la familia de Miguel se opone. Pilar nace en 1920, producto de sus relaciones y a los pocos meses fallece Miguel en un accidente. Luz permanece con su familia de origen. Cuatro años más tarde entabla unión libre con Jacobo, con quien son buenas las relaciones al principio, pero el hábito alcohólico de Jacobo comienza a entorpecer sus relaciones ya que descuida sus funciones familiares; tienen 3 hijos, y deciden separarse después de 11 años de unión, aunque Jacobo visita con frecuencia a sus hijos y aporta

económicamente. Jacobo muere en 1966. Pilar, Cristina y Juan han formado sus propias familias, Judith sostiene noviazgo durante 22 años con Jesús quien muere el año pasado por Ca. gástrico. Nunca establecen una unión. Hace 6 meses, Reyna Guadalupe, hija de Pilar, se va a vivir con Lus y Judith y también reciben la visita frecuente del resto de los familiares.

**Crisis familiares.-** Cuando Lus se convierte en madre soltera y fallece Miguel; cuando se establece su unión libre con Jacobo, la cual nunca llega a legalizarse. El etilismo consuetudinario de Jacobo que propicia el divorcio, el fallecimiento de éste. Cuando llega la jubilación, los padecimientos de Lus. El fallecimiento de Jesús, novio de Judith, quien les brindaba compañía.

**Atención psicológica previa.-** Ninguna.

**Subsistema conyugal.-** Existieron malas relaciones entre Lus y Jacobo a causa del etilismo de éste, debiendo tomar Lus un rol dominante, ya que Jacobo no cumplía adecuadamente sus funciones, sin embargo deciden divorciarse o separarse pues nunca se casaron, asumiendo entonces Lus el rol de Jacobo y el suyo propio.

**Subsistema parental.-** Existen buenas relaciones de Lus con sus hijos, habiendo cumplido adecuadamente sus funciones; Jacobo también tuvo buena comunicación con sus hijos, aunque su alcoholismo no le permitía desempeñar adecuadamente sus funciones; al unirse con Lus, reconoció a Pilar como su hija.

**Subsistema fraternal.-** Existe buena comunicación entre los hermanos, con ayuda mutua siempre.

**Dinámica de la familia.-** Existió un vínculo rígido entre Lus y Jacobo con dominio de parte de ella, hasta llegar al rechazo y propiciar la separación; existe vínculo claro entre Lus y todos sus hijos, y con la nieta que vive en casa; existe vínculo claro entre Judith y Reyna. Existió vínculo claro entre Jacobo y sus hijos. Lus, Judith y Reyna cumplen con sus funciones en la familia, no se aprecia invasión de roles, los límites son precisos, y las relaciones familiares son con satisfacción y estables.

**Dinámica de la Relación Médico-Familia.-** Se acepta bien la entrevista

la cual se efectúa en tres ocasiones, habiendo interés por parte de la familia, y participando las 3 personas que la componen. Se encuentra una demanda aparente y a la vez real de un padecimiento cardiovascular, uno bronquítico, y otro osteoarticular degenerativo, en los cuales siguen los cuidados y el control que se les ha recomendado. Toda la familia es portavoz del padecimiento. No se aprecian emergentes ni un chivo expiatorio al haber estabilidad en la familia.

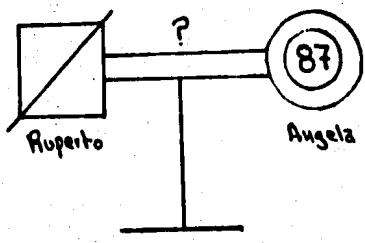
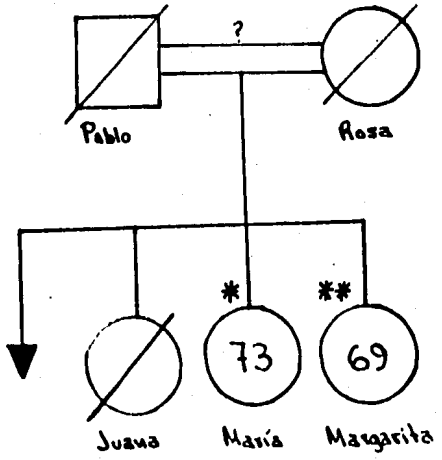
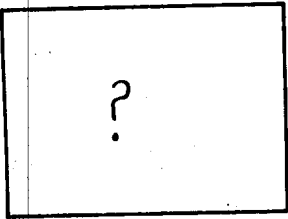
**Dinámica de la relación Familia-Enfermedad.-** Se tiene noción del padecimiento, se lleva control periódico y se siguen instrucciones médicas. Existe preocupación de toda la familia por el paciente.

**Problemas identificados.-** Ninguno.

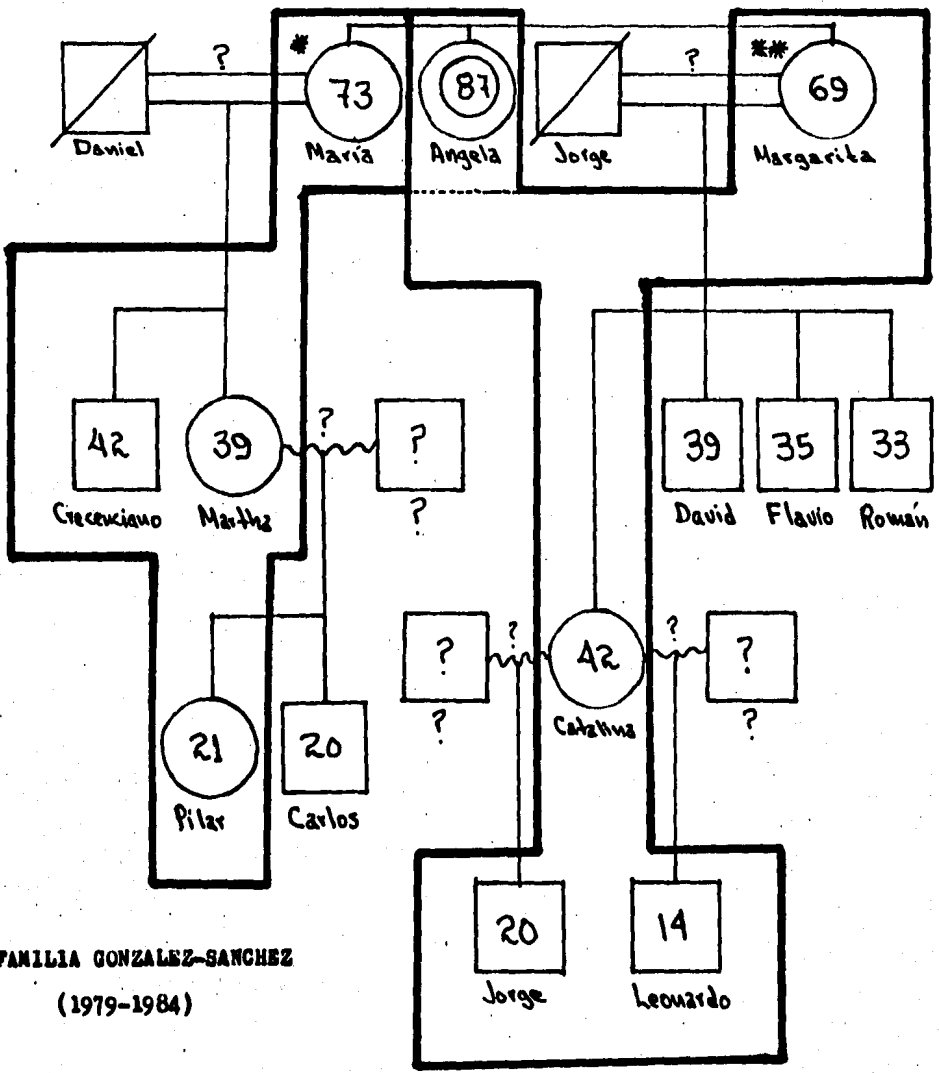
**Pronóstico.-** Bueno.

CASO 5. FAMILIA VALENCIA-SANCHEZ. (HOJA 1) (OCTUBRE 1984)

FAMILIA DE ORIGEN



CASO 5. FAMILIA VALENCIA-SANCHEZ. (HOJA 2) (OCTUBRE 1984)  
FAMILIA ACTUAL.



FAMILIA GONZALEZ-SANCHEZ  
(1979-1984)

FAMILIA VALENCIA-SANCHEZ  
(1984)

## C A S O 5 (OCTUBRE 1984)

Paciente identificado: Angela Sánchez Vda. de Martínez.

Edad: 87 años.

Antecedentes familiares.- Una hermana fallecida por Ca. de mama, dos hermanas diabéticas, esposo fallecido se ignora la causa.

Antecedentes Personales No Patológicos y Patológicos.- Originaria y residente de México D.F., viuda desde 1979, se desconoce escolaridad, tiene pensión por viudes. Proviene de medio socioeconómico medio bajo, sufre de artritis reumatoide deformante desde hace unos 25 años. Al parecer sufrió caída hace 4 años provocando luxación o fractura de cadera derecha sin haber recibido tratamiento quirúrgico. Hace 2 años se refiere enfermedad ácido-péptica. Es portadora de catarata senil desde hace 10 años. Hace dos meses sufre caída de su cama con fractura de antebrazo derecho, con aparato de yeso hasta el momento. Actualmente con datos de síndrome orgánico cerebral.

Padecimiento actual.- Acude acompañada de su sobrina Catalina a la GE por tener 8 días de evolución con hiporexia, ataque al estado general, indiferencia al medio, sin control de esfínteres y con orina fétida. Se toma examen de orina, encontrando datos sugestivos de infección urinaria. Se encuentra además con datos de desnutrición, estado de higiene muy precario, escaras de decúbito, e insuficiencia arterial de tercio distal de miembro inferior izquierdo. Se canaliza al servicio de Urgencias, donde permanece algunas horas, siendo egresada, pero con oposición de su sobrina, quien desea se quede internada. Regresa nuevamente a los 15 días en malas condiciones y es hospitalizada.

Estructura de la familia.- Extensa, urbana, moderna, burocrata, desintegrada, disfuncional. Las fases que predominan son las de dispersión y re tiro y muerte. Ameritan cuidado las funciones básicas de cuidado, afecto, socialización y estatus y nivel socioeconómico.

Evolución histórica de la familia.- Angela se casa con Ruperto, desconocemos la fecha, no tienen descendencia al parecer por esterilidad de Angela; se desconocen relaciones entre ellos ya que tenían poco contacto



con sus familiares, y siempre vivieron solos. Ruperto muere en 1979, y Angela va a vivir a la casa de su hermana María, quedando bajo el cuidado de su sobrina Martha. En éste año Martha y Catalina llegan al acuerdo de encargarse del cuidado de Angela un mes cada una, ya que Angela no puede valerse por sí misma y representa mucha carga para Martha quien además cuida de su madre y una hija que sufre hemiplejia. Se refiere que 20 días antes de la consulta motivo de estudio, Catalina se hizo cargo del cuidado de Angela, quien además cuida de su madre Margarita, y tiene dos hijos adolescentes. Martha es el proveedor económico de la familia y trabaja en una oficina de gobierno.

**Crisis familiares.-** Para la familia de Catalina significa una crisis el hacerse cargo de Margarita y Angela, ambas enfermas.

**Atención psicológica previa.-** Ninguna.

**Subsistema conyugal.-** Se desconocen las relaciones entre Angela y Ruperto. Margarita y Jorge llevaban buenas relaciones.

**Subsistema parental.-** Margarita y Catalina con defectos de comunicación, ya que la primera es demasiado exigente con su hija, y lo hace con malas maneras. Catalina tiene buena comunicación con sus hijos, cumpliendo con sus funciones de madre; aparentemente Catalina acepta a la tía.

**Subsistema fraternal.-** Margarita acepta la llegada de Angela ya que le hará compañía, sin embargo Angela no puede valerse por sí misma y su estado mental es precario; Jorge y Leonardo tienen buena comunicación.

**Dinámica de la familia.-** Existe vínculo claro entre Margarita y Angela; existe vínculo rígido entre Catalina y Margarita, y al parecer también con Angela, ya que ambas significan carga para ella. Sostiene vínculos claros con sus hijos, quienes entre sí entablan un vínculo claro también. Jorge tiene vínculo claro con ambas ancianas a quienes atiende cuando su madre está ausente. Los miembros de la familia desempeñan sus roles pero en forma inadecuada, sobre todo Catalina quien desempeña varios roles a la vez: padre, madre, hija, jefe de familia, los cuales no puede desempeñar sola. Hay varias funciones básicas que ameritan atención.

**Dinámica de la relación Médico-Familia.-** El estudio de familia se lle

va a cabo a través de Catalina, quien se muestra con una rigidez franca, y solo se realiza la entrevista en dos ocasiones, y por el hecho de coincidir en ambas consultas, posteriormente rehuye a la entrevista. No se logra establecer contacto con la familia de Martha, a pesar de los esfuerzos realizados por Trabajo Social.

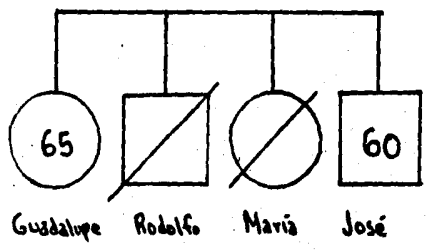
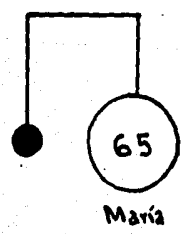
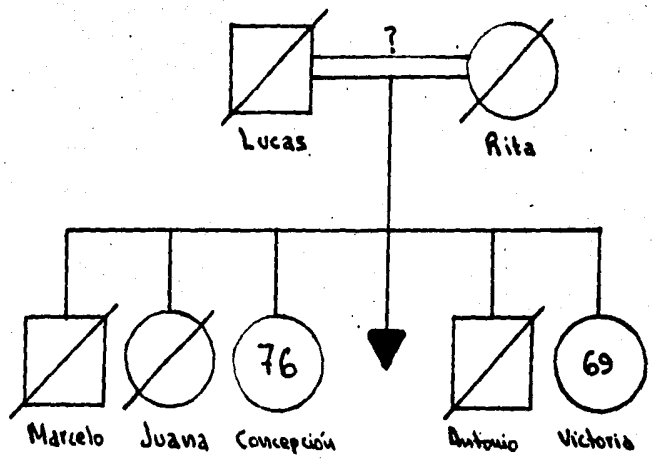
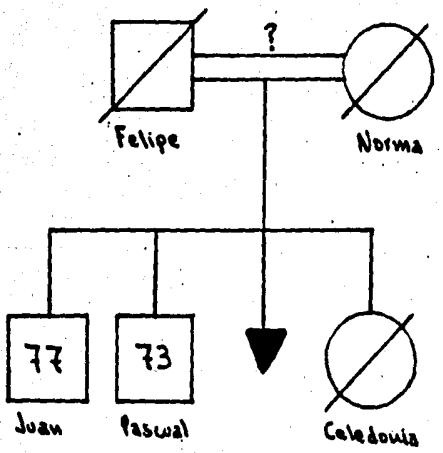
La demanda aparente es el estado de salud de Angela, y la demanda real es el hecho de que ella significa una carga para la familia de Catalina, lo cual queda de manifiesto al insistir que se hospitalice. El portavoz de la familia es Angela, y Catalina acusa de la problemática a Martha, ya que refiere que le entregaron a Angela en muy malas condiciones, pero Catalina y Martha son chivos expiatorios aunque la primera trata de ser emergente.

Dinámica de la relación Familia-Enfermedad.- Hay rechazo por parte de las familias de Martha y Catalina a la enfermedad de Angela, lo cual queda de manifiesto al querer ser familiares responsables durante la hospitalización de Angela,

Problemas identificados.- Es indudable que Angela es un anciano abandonado, ya que las condiciones precarias en que se encontraba hablan de un descuido total y falta de afecto.

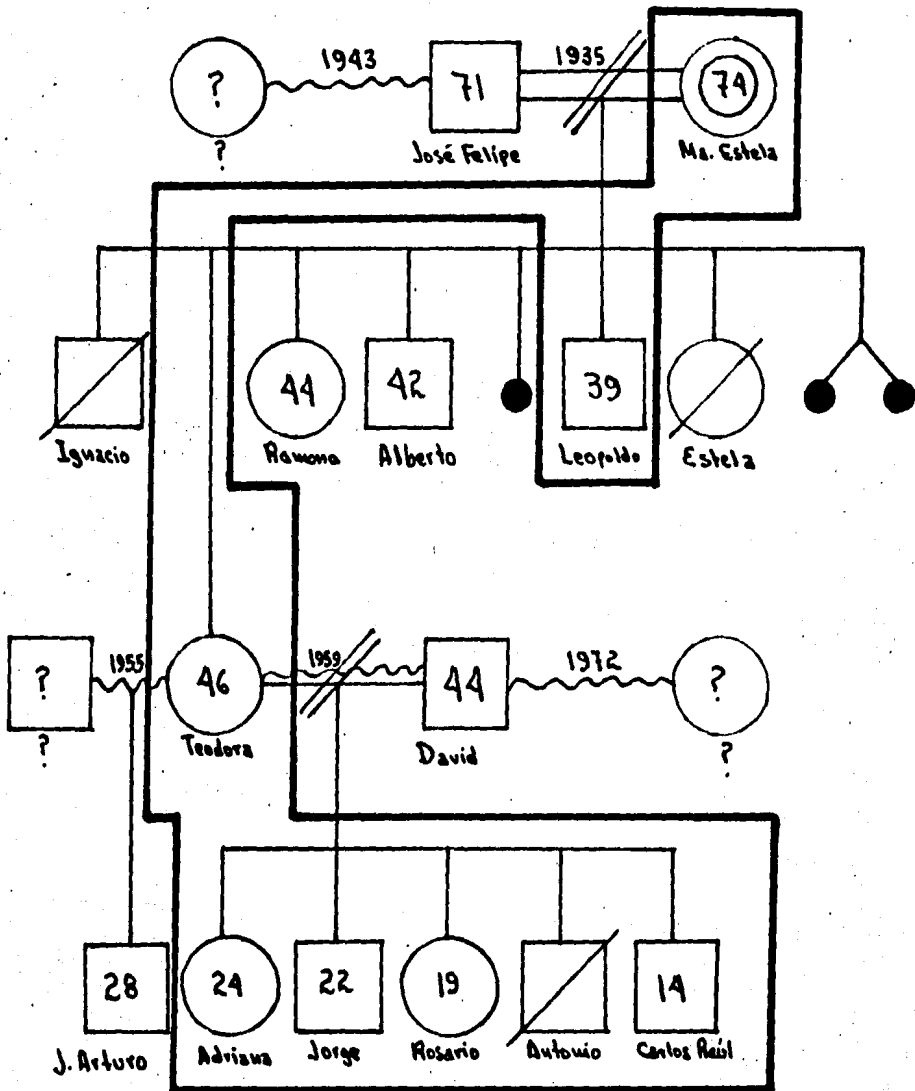
Pronóstico.- Malo.

CASO 6. FAMILIA NARCOS - NORIALES (HOJA 1) (MAYO 1984)  
 FAMILIAS DE ORIGEN.



CASO 6. FAMILIA MANGOS - MORALES (HOJA 2) (MAYO 1984)

FAMILIA ACTUAL.



## C A S O 6 (MAYO 1984)

Paciente identificado: Ma. Estela Moráles Melgoza.

Edad: 74 años.

**Antecedentes familiares.-** Ambos padres y una hermana fallecidos por EVG, tres hermanos fallecidos por cirrosis alcoholo-nutricional, dos hijos fallecidos por enfermedades infecto-contagiosas propias de la infancia, y una hermana fallecida, se ignora la causa.

**Antecedentes Personales No Patológicos y Patológicos.-** Originaria de Acámbaro Gto., radicada en el DF desde hace unos 48 años. Escolaridad nula, y recibe atención médica como beneficiaria madre. Niega toxicomanías. Se conoce hipertensa desde hace unos 6 años; padece enfermedad articular degenerativa desde hace unos 8 años.

**Padecimiento actual.-** Acude a la Consulta Externa por control de padecimientos enunciados, encontrándole con cifras tensionales muy elevadas pero sin descompensación.

**Estructura de la familia.-** Extensa, urbana, tradicional, obrera, desintegrada y disfuncional. Predominan las fases de dispersión, y retiro y muerte. Ameritan atención las funciones de cuidado, afecto, socialización y estatus y nivel socioeconómico.

**Evolución histórica de la Familia.-** Estela y José Felipe sostienen noviazgo durante dos años, siendo ella mayor cuatro años, y se casan en 1935 de mutuo acuerdo, siendo sus relaciones buenas al principio. Viven con la familia de origen de Felipe donde se encuentra Estela con rechazo de su cuñada Celedonia. Nace su primer hijo, Ignacio, y emigran a la capital donde a los pocos meses fallece Ignacio. Llegan los siguientes hijos y Felipe se aficiona a los juegos de azar y al alcohol, descuidando sus funciones, por lo que Estela debe trabajar para ayudar al sostén de la familia. Los hijos laboran también a temprana edad. Felipe se ausenta por periodos del hogar, dándose cuenta Estela que sostiene relaciones con otra mujer, lo que causa fricciones más frecuentes, siendo Felipe agresivo con su familia sobre todo cuando llega en estado de ebriedad. Teodora y Ramona establecen uniones libres, quedando la primera como madre soltera. Alberto forma su familia más tarde y abandona el hogar. Teodora se casa con David

y tienen 5 hijos, pero se separan en 1972, quedando formada la familia por Estela, Teodora, Leopoldo y los hijos de Teodora. El hijo mayor de ésta más tarde forma su propia familia. Felipe frecuenta muy ocasionalmente la casa, pero ya no sostiene ningún tipo de relaciones desde varios años atrás aunque se le acepta bien en la familia cuando llega a visitarlos. El sustento económico depende de Rafaela y Leopoldo, quien permanece soltero.

**Crisis familiares.**- Hay crisis con la pérdida de los hijos y los abortos; hay crisis con el alcoholismo y vicio por los juegos de azar de Felipe pues lesionan la economía del hogar. Hay crisis por el abandono de Felipe, hay crisis por las uniones libres de los hijos, hay crisis con la separación de David y Teodora, hay crisis porque actualmente se considera una carga a Estela, pues ya no colabora en los quehaceres de la casa, ya que se desplaza con dificultad. Existe crisis actual por la diferencia de ideologías entre padres e hijos, lo que causa discusiones muy frecuentes.

**Atención psicológica previa.**- Ninguna

**Subsistema conyugal.**- Estela y Felipe con malas relaciones, fricciones frecuentes, descuidando ambos sus funciones familiares, hasta terminar en separación. Tienen un rol dominante-dominado a favor de Felipe. Teodora y David con relaciones buenas al principio, pero posteriormente son malas, decidiendo separarse, al parecer por infidelidad de David, quien se desliga totalmente de la familia.

**Subsistema parental.**- Tanto Felipe como Estela sostienen relaciones difusas con sus hijos, llegando a la agresión física, y descuidando sus funciones familiares. Teodora sostiene también relaciones difusas con sus hijos, sobre todo en la actualidad, ya que ellos tienden a desligarse de la autoridad materna.

**Subsistema fraternal.**- Existen buenas relaciones entre Teodora y Leopoldo, ambos tratan de cumplir lo mejor que pueden sus funciones. Entre los hijos de Teodora existen alianzas en ocasiones, existen fricciones banales frecuentes, pero en general se llevan bien.

**Dinámica de la familia.**- Existió un vínculo rígido marcado entre Felipe y Estela. Actualmente vínculo rígido entre Estela y Teodora, ya que

ésta culpa a Estela de que su padre les haya abandonado, y actualmente le considera una persona inútil. Hay vínculo claro entre Leopoldo y Estela. Hay vínculos rígidos entre Estela y sus nietos ya que ellos también le rechazan porque no les puede atender como antes lo hacía. Existe vínculo claro entre Rafaela y Leopoldo, quien a veces asume el rol de padre de familia. Existen vínculos claros entre Leopoldo y sus sobrinos. Existen vínculos difusos entre Teodora y sus hijos, pues en ocasiones los sobreprotege y en muchas ocasiones también los reprende. No se encuentra invasión de roles, aunque ninguno, con excepción de Leopoldo, cumple adecuadamente el que le corresponde.

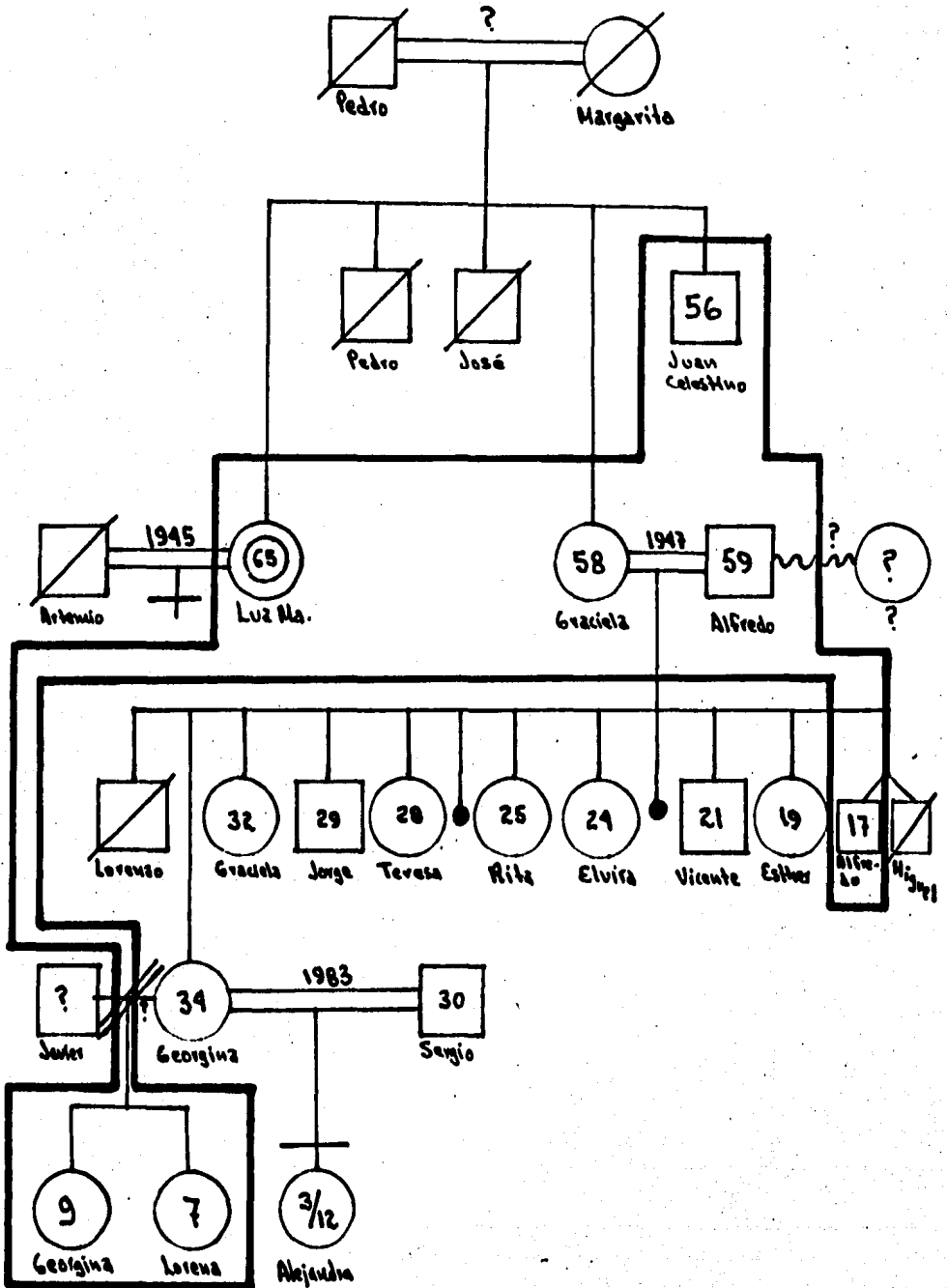
**Dinámica de la relación Médico-Familia.-** Se acepta la entrevista, aunque los nietos se muestran recelosos, la mayoría son estudiantes, y se lleva a cabo en 5 ocasiones, interviniendo en todas Estela, y por momentos intervienen Teodora y Leopoldo. La demanda aparente es el padecimiento de Estela, la demanda real es el rechazo que siente Estela por parte de su familia, existiendo sentimientos de minusvalía. Estela es el portavoz, Teodora viene a ser el chivo expiatorio, ya que es la que marca más el rechazo, y Leopoldo es el emergente, aunque tiende a tener rol pasivo. Las relaciones familiares se encuentran insatisfactorias inestables, y la familia tiende a tomar como mecanismo de defensa la disgregación.

**Dinámica de la relación Familia-Enfermedad.-** No se tiene un concepto siquiera aproximado de los padecimientos de Estela, ni se comprende el proceso de envejecimiento.

**Problemas identificados.-** Disfunciones familiares en todos los subsistemas, lo que ha originado desintegración familiar. Hay marginación del anciano y deseo de abandonarlo, pues hay deseo de Teodora de que viva con alguien de sus demás hermanos.

**Pronóstico.-** Malo.

CASO 7. FAMILIA ROSAS - ALAMOS. (JULIO 1984)





## C A S O 7 (JULIO 1984)

Paciente identificado: Luz María Alamos López.

Edad: 65 años.

**Antecedentes familiares.-** Esposo fallecido por cirrosis alcoholo-nutricional, una hermana hipertensa y con Insuficiencia venosa periférica, un hermano con crisis asmáticas y luxación traumática de cadera, además de ceguera parcial.

**Antecedentes Personales No Patológicos y Patológicos.-** Originaria de Salvatierra Gto., radicada en el D.F. desde los 25 años, viuda, con escolaridad primaria incompleta, tiene pensión por viudes, proviene de medio socioeconómico bajo, niega toxicomanías. Esterilidad primaria por hipoplasia uterina; desde hace 15 años crisis de bronquitis asmática frecuentes, desde hace 10 años sufre de enfermedad articular degenerativa, hipertensa desde hace 5 años.

**Padecimiento actual.-** Acude a la Consulta Externa para control de su hipertensión arterial y por recidiva de cuadro bronquial. Además refiere nerviosismo, cefalea y llanto fácil. Se encuentra con cifras tensionales elevadas, y broncoespasmo discreto.

**Estructura de la familia.-** Extensa, urbana, tradicional, obrera, semi-integrada y disfuncional. La familia cursa por diferentes ciclos: dispersión, se acerca el de independencia, y se ha agregado el de retiro y muerte con la llegada de la paciente. Ameritan atención las funciones básicas de cuidado, afecto, socialización.

**Evolución histórica de la familia.-** Luz y Artemio sostienen noviazgo durante poco más de un año, con buenas relaciones, aceptación de sus respectivas familias de origen, y se casan en 1945. Deciden acudir a la capital para tratamiento médico de Luz, quien no se embarazaba, y se detecta hipoplasia uterina; Artemio logra trabajo en una fábrica, por lo que deciden vivir en el D.F. Luz instala una tienda pequeña, y viven como pareja sin hijos. Artemio es alcohólico y enferma de cirrosis hepática. A causa de ello sus relaciones se entorpecen, siendo Luz dominante con su marido pero sin lograr convencerlo de que deje la bebida, hasta que Artemio muere

y Lus queda sola, debiendo vender sus propiedades para solventar gastos de funeral. Esto ocurre en 1978. Lus se va a vivir con su hermana Graciela, en donde se encuentra ya viviendo también su hermano Juan Celestino. Sin embargo dicen encontrarse a disgusto por fricciones constantes con su cuñado Alfredo, y ya planean independizarse.

**Crisis familiares.**- El no tener descendencia y no satisfacer su necesidad de ser madre, aunque actualmente compensa con el cuidado que brinda a sus sobrinas, nietas de Graciela. El alcoholismo del marido genera crisis, y posteriormente su muerte. El saberse enferma genera crisis. El hecho de vivir con la familia de su hermana genera crisis por los constantes roces con Alfredo, quien no la desea en su casa.

**Atención psicológica previa.**- Ninguna.

**Subsistema conyugal.**- Las relaciones entre Lus y Artemio fueron buenas al principio, pero el alcoholismo de Artemio rompe con estas buenas relaciones, tomando Lus un rol dominante. Las relaciones entre Graciela y Alfredo son malas ya que al parecer existe infidelidad de parte de él.

**Subsistema parental.**- De los hijos de Graciela y Alfredo solo queda Mario Alfredo, ya que los demás han formado sus propias familias; las relaciones son buenas. Tienen bajo su cuidado a las hijas de Georgina: Lorena y Georgina, con quienes hay buena comunicación, pero Lus invade el rol de abuela de Graciela, aunque ella lo acepta. Lus María sobreprotege a las sobrinas, pero existe preferencia sobre Lorena, quien manipula hasta cierto modo a la familia.

**Subsistema fraternal.**- Lus tiende a dominar a sus hermanos Celestino y Graciela, y llega a invadir el papel de Graciela como ama de casa. Ellos aceptan sin embargo la actitud de Lus. Graciela y Celestino se llevan bien. Los hijos de Graciela y Alfredo frecuentan el domicilio paterno, y sostienen entre sí buenas relaciones, y se ayudan mutuamente.

**Dinámica de la familia.**- Existe vínculo rígido marcado entre Alfredo y Lus, con rechazo mutuo; el primero considera que Lus invade funciones que no le corresponden, y la segunda considera que no cumple Alfredo sus funciones familiares adecuadamente. Alfredo sostiene vínculo rígido con

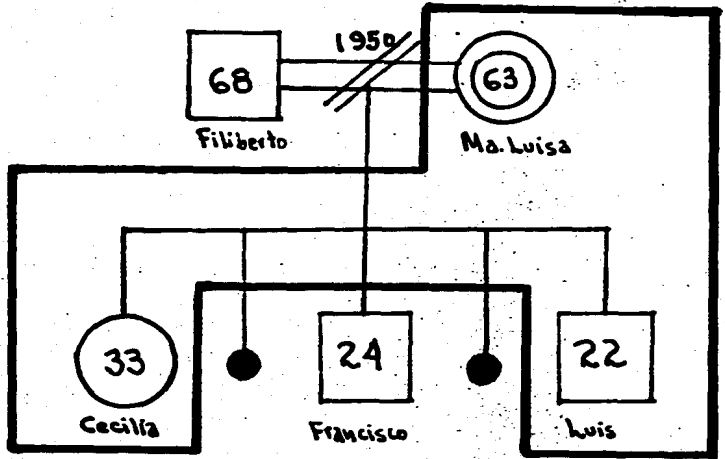
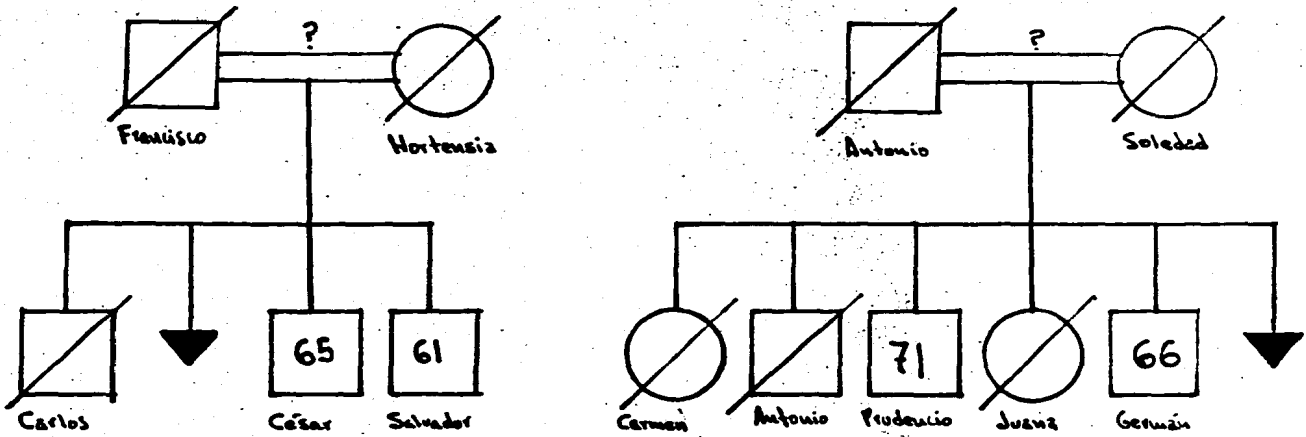
su esposa y con Celestino. Así también existe vínculo rígido entre Mario A. y Lus, al rechazar el primero la conducta de su tía. Hay vínculos difusos entre Lus y sus hermanos y sobrinas a quienes sobreprotege, y trata de dominar a la vez. El resto sostienen vínculos claros. Alfredo y su hijo Mario forman alianza, lo mismo que Lus y Celestino. Graciela tiene rol pasivo. Se aprecia invasión de roles por parte de Lus, condicionando el rechazo de Alfredo; las funciones de los miembros de la familia se cumplen inadecuadamente. Las relaciones familiares son insatisfactorias inestables.

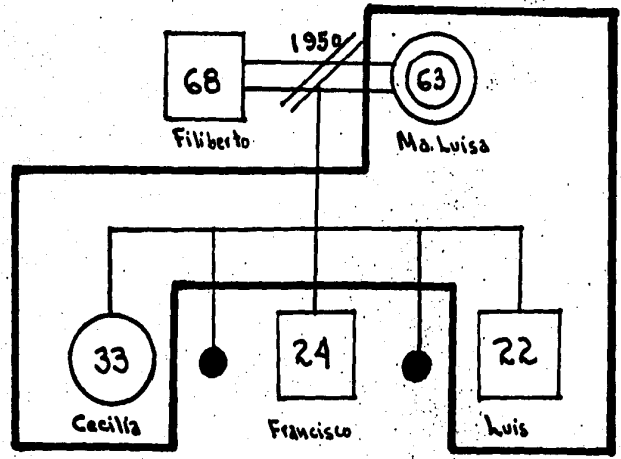
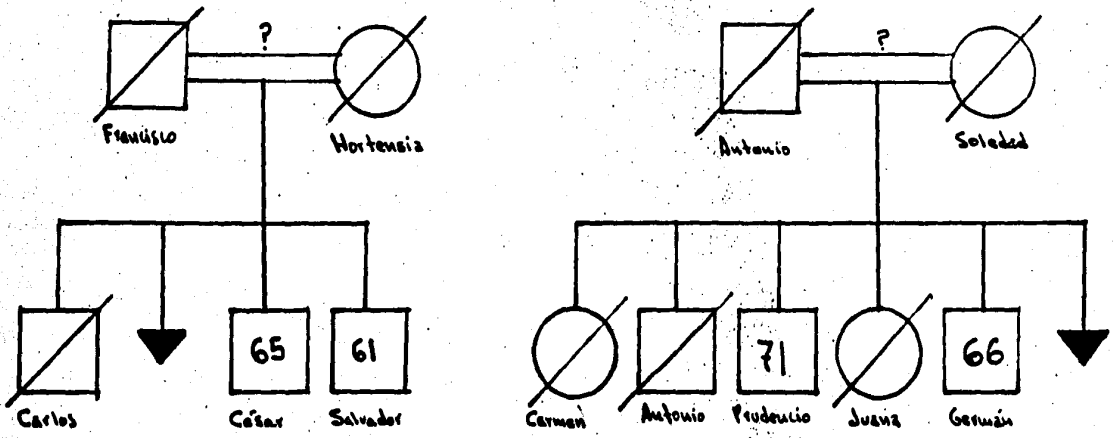
**Dinámica de la relación Médico-Familia.-** La familia acepta la entrevista que se realiza en 6 ocasiones, estando presente en todas Lus y Celestino; Graciela interviene en la mayoría. Alfredo se entrevista por separado en una sola ocasión. La demandada aparente son los padecimientos de Lus, y la demanda real son las disfunciones familiares con el consecuente rechazo de Lus María por parte de Alfredo. El portavoz es Lus María, el chivo expiatorio es Alfredo, y como emergentes intervienen Graciela y Celestino. Sin embargo Alfredo invierte los papeles, considerando que el chivo expiatorio de las disfunciones familiares es Lus María.

**Dinámica de la relación Familia-Enfermedad.-** No se tiene un concepto claro del padecimiento de Lus, e inclusive se tiende mucho a utilizar Medicina tradicional como la herbolaria.

**Problemas identificados.-** Existen disfunciones familiares desde antes de la llegada de Lus María, que se agravan cuando ésta invade roles, lo que condiciona el rechazo y marginación hacia ella. Si existen disfunciones en la familia, sí hay marginación del anciano.

**Pronóstico.-** Malo si persiste el núcleo familiar actual. Bueno si Lus y Celestino se independizan.





CASO 8. FAMILIA ROMERO-GUERRA. (BARZO 1984)

## C A S O 8 (MARZO 1984)

Paciente identificado: María Luisa Guerra Saldaña.

Edad: 63 años.

**Antecedentes familiares.**- Padre muerto por probable neumonía, madre muerta por probable Cáncer de Ovario. Una hermana fallecida por cardiopatía no especificada, otra ignora la causa, un hermano fallecido en accidente de vehículo de motor, una hija bajo tratamiento psiquiátrico por neurosis depresiva.

**Antecedentes Personales No Patológicos y Patológicos.**- Originaria y residente de México D.F., con escolaridad carrera comercial tónica, habiendo laborado como secretaria hasta el momento de su matrimonio, actualmente separada de su esposo. Es beneficiaria madre. Proviene de medio socioeconómico medio bajo, niega toxicomanías. En 1964 se realiza histerectomía por miomatosis uterina. En 1973 sufre caída de una escalera, a 3 metros de altura, sufriendo sección medular que deja paraplejía como secuela. Se refirió cuadros frecuentes de infección de vías urinarias, habiendo expulsado en dos ocasiones cálculos urinarios.

**Padecimiento actual.**- Se realiza visita a domicilio solicitada por presentar cuadro febril desde dos días atrás, dolor a nivel de meato urinario donde se encuentra instalada sonda de foley, orina turbia, no se refiere hematuria. Se encuentra con signo de Giordano positivo; se piensa en cuadro de pielonefritis. Se da tratamiento específico y se solicita interconsulta a Urología en cuanto mejore su cuadro.

**Estructura de la familia.**- Nuclear, urbana, moderna, profesional, desintegrada, disfuncional. La familia cursa por la fase de retiro y muerte. Merecen atención las funciones básicas de cuidado, afecto y estatus y nivel socioeconómico.

**Evolución histórica de la familia.**- María Luisa y Filiberto sostienen noviazgo durante aproximadamente 5 años, siendo buenas sus relaciones; ella laboraba como secretaria de una empresa y al casarse deja el empleo. Filiberto era comerciante. Se casan en 1950, con acuerdo por parte de su familia de origen respectiva. Tienen 3 hijos, los cuales habían sido planeados

y deseados. Tuvo dos abortos Ma. Luisa lo cual causa tristesa al matrimonio. Dan educación a sus hijos, siendo Cecilia sobrecargo de una compañía de aviación, Francisco deja trunca la carrera de Ingeniero mecánico al casarse y Luis estudia actualmente la carrera de Contador Privado. Filiberto y Ma. Luisa entorpecen sus relaciones al parecer por infidelidad por parte de él, llegando al divorcio en 1968. Ma. Luisa lo aduce a que ella ya no le podía dar más hijos. Sin embargo Filiberto continúa proporcionando dinero para el sostén de la familia. Actualmente el principal aporte económico corresponde a Cecilia. Esta y Luis se hacen cargo del cuidado de su madre actualmente, ya que se encuentra parapléjica por el accidente mencionado. Cecilia, por razones de trabajo se ausenta demasiado del hogar, sin embargo ella refiere que se siente comprometida con su madre y ello le ha impedido formar su propia familia, lo que posiblemente sea la causa de depresión.

**Crisis familiares.**- Los abortos de Cecilia, la histerectomía sufrida por micromatosis uterina, la separación con Filiberto, el accidente de Maria Luisa que causa paraplejía, la carga que representa Ma. Luisa para sus hijos por los cuidados que requiere. El problema psiquiátrico de Cecilia.

**Atención psicológica previa.**- Cecilia lleva dos meses bajo tratamiento psiquiátrico por neurosis depresiva, cuadro del cual no sale completamente.

**Subsistema conyugal.**- Al principio del matrimonio existía buenas relaciones entre Ma. Luisa y Filiberto, siendo éste posteriormente muy dominante con Ma. Luisa, a quien al parecer rechaza aún más después de la histerectomía, habiendo supuestamente infidelidad y separación después. Sin embargo, parece que cumplían con sus roles, aunque inadecuadamente.

**Subsistema parental.**- Ma. Luisa y Filiberto al principio cumplen sus funciones familiares con sus hijos, sin embargo al separarse, Filiberto procura seguir cumpliendo, pero solo lo hace como proveedor. Ma. Luisa se vuelve dependiente de sus hijos después del accidente sufrido.

**Subsistema fraternal.**- Hay relaciones difusas entre Cecilia y Luis ya que éste depende económicamente de Cecilia, y ésta ya rechaza éste papel

de proveedor, existiendo insatisfacción por no poder formar su propia familia al sentirse atada a su familia de origen.

**Dinámica de la familia.**- Encontramos la existencia de vínculo rígido entre Ma. Luisa y Filiberto con relación dominante-dominado a favor de él. Vínculo rígido de Cecilia con su madre y su hermano al rechazar el papel de jefe de familia que se ha asignado. Ma. Luisa y Luis con vínculo difuso con excesiva dependencia de Ma. Luisa forzada por su padecimiento invalidante y sobreprotección por parte de Luis. Se cumplen los roles familiares pero las relaciones son insatisfactorias inestables, ya que la situación familiar ha condicionado neurosis depresiva en Cecilia.

**Dinámica de la relación Médico-Familia.**- Se realizan dos entrevistas solamente, en las cuales participa Cecilia y en una sola ocasión Ma. Luisa, existiendo bastante rigidez de parte del núcleo familiar. No logro formar alianza con ninguno de ellos. La demanda aparente es el padecimiento de Ma. Luisa, y la demanda real son las disfunciones familiares que han repercutido en el estado familiar de Cecilia. Encuentro a ésta como portavoz de la disfunción familiar, Ma. Luisa y Luis como chivos expiatorios. No encuentro el rol de emergente.

**Dinámica de la Relación Familia-Enfermedad.**- Se tiene comprensión del padecimiento de Ma. Luisa, pero no lo acepta Cecilia, ya que significa una carga para ella que funge como jefe de familia.

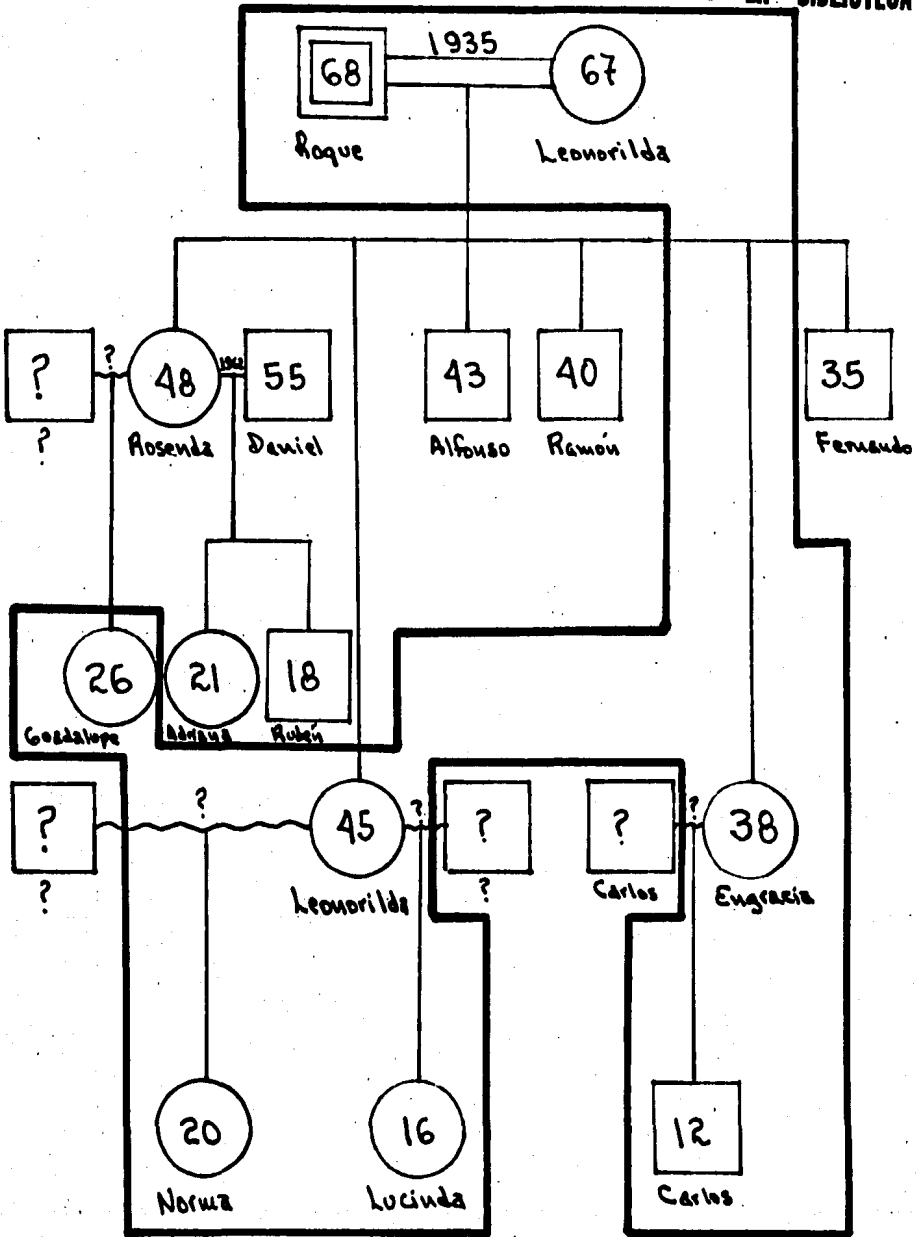
**Problemas identificados.**- Inestabilidad emocional importante en Cecilia que le ha llevado a tratamiento especializado. Hay rechazo del anciano y tendencia a la marginación de éste.

**Pronóstico.**- Reservado. Depende de la respuesta de Cecilia al manejo especializado a que está sometida, aunque existe la posibilidad de que Ma. Luisa llegue a quedar sola.



CASO 9. FAMILIA LUQUIN-JIMENEZ.

69  
ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA  
(NOVIEMBRE 1984)



## C A S O 9 (NOVIEMBRE 1984)

Paciente identificado: Roque Luquin Rubio.

Edad: 68 años.

Antecedentes familiares.- No existen antecedentes de interés para el caso.

Antecedentes Personales No Patológicos y Patológicos.- Originario de Ario de Rayón Mich., radicado en el D.F. desde los 10 años, con escolaridad primaria, ya retirado de sus labores, habiendo pertenecido al ejército hasta hace 11 años, en que es pensionado por la Secretaría de la Defensa Nacional. Es beneficiario padre en el IMSS; proviene de medio socioeconómico medio bajo, tabaquismo y etilismo positivos; no se refieren padecimientos de interés y se sabe que hace 11 años presenta cuadro psiquiátrico al parecer una esquizofrenia paranoide.

Padecimiento actual.- Se refiere que dos días antes de la consulta, que se efectúa a domicilio, sale durante la lluvia ignorando el tiempo que estuvo expuesto a la misma. Hoy inicia con fiebre no cuantificada, tos en accesos, productiva, con expectoración mucosa, y ataque al estado general. Se encuentra cuadro de faringobronquitis, dando tratamiento específico y mejorando.

Estructura de la familia.- Extensa, urbana, tradicional, obrera, semi-integrada, disfuncional. Las fases que predominan en la familia son la de dispersión y retiro y muerte. Todas las funciones básicas de la familia ameritan atención.

Evolución histórica de la familia.- Refiere Leonerilda que ella y Roque se conocen en una fiesta en 1935, durante pocos meses de novios, y casándose ese mismo año. Sus relaciones fueron distorsionadas desde el principio ya que Roque era muy dominante, frecuentemente llegaba en estado de embriaguez y era agresivo, no cumpliendo adecuadamente su rol de esposo y padre; era frecuente que Leonerilda se enterase de que andaba con diversas mujeres. El matrimonio tiene 6 hijos, los cuales son aceptados todos, sin embargo deben comenzar a trabajar a temprana edad para ayudar al gasto familiar. Leonerilda también es demasiado dominante con sus hijos. Los varones con el tiempo forman sus propias familias, pero las mujeres sostienen unión libre y solo

Requena establece matrimonio, pero su primer hija, Guadalupe, queda al cuidado de sus padres. Leonerilda hija tiene dos niñas y Engracia tiene un niño. Debido a las uniones libres, Requena se torna más rígida con sus hijas al sentir que "su honor ha sido manchado". Sin embargo, como Requena es muy desobediente, y las hijas llevan el sustento económico a casa, se les acepta. Hace aproximadamente 11 años Requena inicia con ideas delirantes, lenguaje incoherente, descuido de su persona, por lo que recibe tratamiento psiquiátrico, sin respuesta al mismo. Es pensionada y la familia le "esconde" en un cuarto de aseos y no se le permite salir de casa, y en las relaciones sociales no le mencionan para nada. Actualmente el mando de la casa lo tiene Leonerilda madre, pero Engracia le pelea por ser la principal proveedora, labera en el servicio de intendencia de una unidad del IMSS, y Leonerilda hija lo hace en una escuela también como afanadora. Guadalupe es recepcionista de un consultorio privado y también abierta. Los hijos de Leonerilda y Engracia estudian.

**Crisis familiares.**— Cada vez que alguna de las hijas entabla unión libre quedando como madres solteras. El padecimiento psiquiátrico de Requena que viene a representar una carga social y motivo de vergüenza.

**Atención psicológica previa.**— Cuando Requena es sometida a tratamiento especializado por psicosis.

**Subsistema conyugal.**— Existe defecto de comunicación entre Requena y Leonerilda con rol dominante-dominado respectivamente, no cumpliendo Requena con sus funciones de padre y esposo, y al parecer frecuente infidelidad de parte de él. Actualmente Leonerilda ejerce dominio sobre Requena. Su vida sexual es nula. De las hijas que viven en casa, Leonerilda no tiene compañera sexual, y Engracia le tiene ocasionalmente.

**Subsistema parental.**— Existen malas relaciones con las hijas, y buenas con los hijos, con tendencia a sobreprotección de éstos y dominancia sobre aquellas. Actualmente Leonerilda es dominante, aunque Engracia también trata de dominar. Las hijas rechazan al padre y le "esconden" pues es causa de vergüenza. Aceptan a la madre. Engracia y Leonerilda hija tienden a sobreproteger a sus respectivos hijos.

**Subsistema fraternal.**— A Guadalupe se le considera hermana, y tiene buen

nas relaciones con sus tías. Engracia y Leonorilda hija se rechazan mutuamente porque la primera quiere dominarle y Leonorilda no lo acepta. Entre sus hijos las relaciones son buenas.

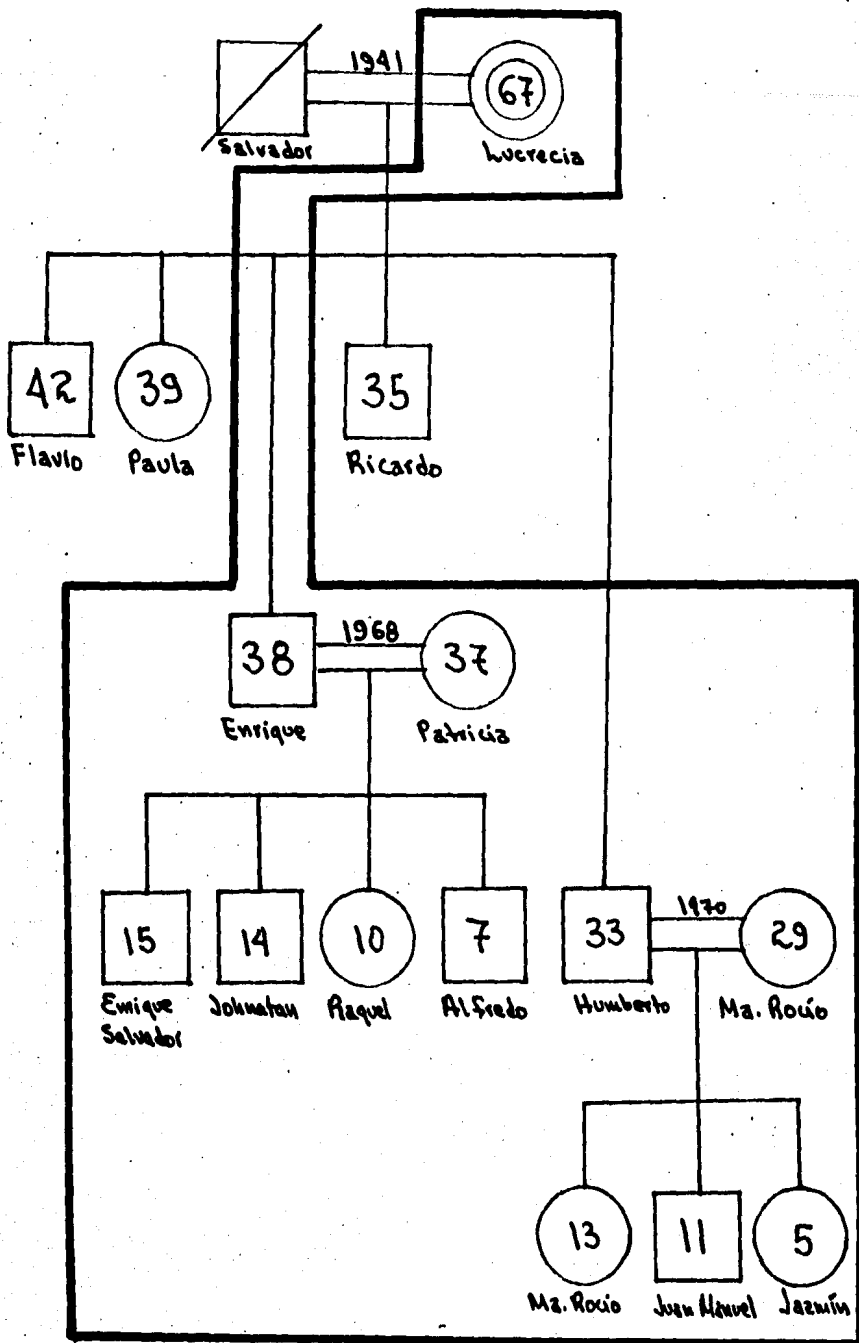
**Dinámica de la familia.**- Hay vínculo rígido entre Roque y Leonorilda madre, vínculo rígido entre Engracia y sus padres, vínculo rígido entre Leonorilda hija y sus padres, vínculo rígido entre Engracia y Leonorilda hija, ambas con vínculos difusos por sobreprotección con sus hijos, Guadalupe con un vínculo claro con todos. El resto sostienen vínculos claros. No existe satisfacción en las relaciones familiares, se aprecia frustración en Engracia y su hermana Leonorilda, Leonorilda madre es jefe de familia, Roque se encuentra relegado. Las discusiones son frecuentes, no se definen roles familiares y hay tendencia a la invasión. Tienen relaciones familiares insatisfactorias e inestables.

**Dinámica de la relación Médica-Familia.**- Existe cierta rigidez, y solo Engracia se muestra abierta, se realizan 4 entrevistas, no es posible realizarla a Roque. La demanda aparente es la bronquitis de Roque, la demanda real son las disfunciones familiares existentes y abandono de Roque en una pieza separada del resto de la casa. Roque es portavoz, los adultos del núcleo familiar vienen a ser chivos expiatorios, y a la vez actúan como emergentes ya que destapan la conflictiva familiar pero tratan de justificarse.

**Dinámica de la relación Familia-Enfermedad.**- Existe rechazo al padecimiento de Roque, porque se le considera como un estigma social.

**Problemas identificados.**- Existen disfunciones familiares, con marcada frustración en algunos de sus miembros, hay marginación y abandono del anciano en el cuarto de triques.

**Pronóstico.**- Malo. El paciente seguirá abandonado mientras no se comprenda el padecimiento que sufre, aunque tal vez inconscientemente le tratan de esa manera en venganza a la conducta que tuvo Roque con ellos anteriormente.



## C A S O 10 (SEPTIEMBRE 1984)

Paciente identificado: Lucrecia Mejía García.

Edad: 67 años.

Antecedentes familiares.- Solo se refiere de importancia el fallecimiento del esposo por muerte violenta.

Antecedentes Personales No Patológicos y Patológicos.- Originaria de Querétaro Qro., reside en el D.F. desde los 12 años, con escolaridad primaria incompleta, viuda, dedicada a las labores del hogar. Es beneficiaria madre; proviene de medio socioeconómico bajo, niega toxicomanías. Se conoce diabética desde hace 13 años, hipertensa desde hace 7 años, estando bajo control médico.

Padecimiento actual.- Acude por control de sus padecimientos a la Consulta Externa, encontrando niveles de glicemia dentro de límites normales y cifras tensionales adecuadas. Se continúa manejo específico.

Estructura de la familia.- Extensa, urbana, tradicional, obrera, disintegrada y funcional. Las fases del ciclo familiar que predominan son las de dispersión y retiro y muerte. Todas las funciones básicas ameritan atención.

Evolución histórica de la familia.- Lucrecia y Salvador se conocen en 1938, haciéndose novios al poco tiempo, llevando buenas relaciones. Se casan de mutuo acuerdo y de sus respectivas familias de origen en 1941, existiendo buena comunicación entre ellos. Salvador labora como albañil. Tienen 5 hijos ninguno planeado, todos deseados y aceptados. Salvador fallece al ser golpeado en una riña de trabajo. Lucrecia se ve en la necesidad de laborar como sirvienta para proveer el sustento de sus hijos, quienes cuando crecen deben laborar a temprana edad para ayudar al gasto familiar. Flavio, Paula y Ricardo forman sus familias y salen del núcleo familiar. Enrique y Humberto también forman sus familias pero permanecen al lado de la madre. Ambos laboran como obreros, y de común acuerdo han adquirido casa propia y se dividen los gastos en forma equitativa. Han construido sus casas en forma separada sin embargo, y le han construido la suya a Lucrecia. Enrique y Patricia tienen 4 hijos, y Humberto y Rocío tienen 3 hijos.

**Crisis familiares.**- El fallecimiento de Salvador constituye una crisis familiar, que trae consigo crisis de tipo económico, sin embargo las superan en forma adecuada. Otra crisis, cuando Lucrecia se sabe diabética.

**Atención psicológica previa.**- Ninguna.

**Subsistema conyugal.**- Existen buenas relaciones entre Lucrecia y Salvador, cumpliendo ambos con sus roles y funciones. Al fallecer Salvador, Lucrecia asume el rol de padre y proveedor. Enrique y Patricia con buenas relaciones, cumplen sus funciones adecuadamente, llevan control de la fertilidad en forma definitiva por salpingoclasia de Patricia. Humberto y Rocío también con buena comunicación llevando control de la fertilidad con DIU.

**Subsistema parental.**- Existe buena comunicación entre Lucrecia y sus hijos, nueras y nietos, llevando un rol pasivo en las relaciones familiares; éstos le brindan cuidado, cariño y respeto. Ambos matrimonios con buenas relaciones con sus hijos, cumpliendo en lo mejor posible con sus funciones familiares.

**Subsistema fraternal.**- Humberto y Enrique con buena comunicación y ayuda mutua; sus hijos mantienen también buenas relaciones.

**Dinámica de la familia.**- Se aprecian solamente vínculos claros en las relaciones de los miembros de la familia, cumpliendo cada uno con sus roles y sin invadir otros, conservan límites de subsistemas, y se aprecia que las relaciones familiares son satisfactorias y estables.

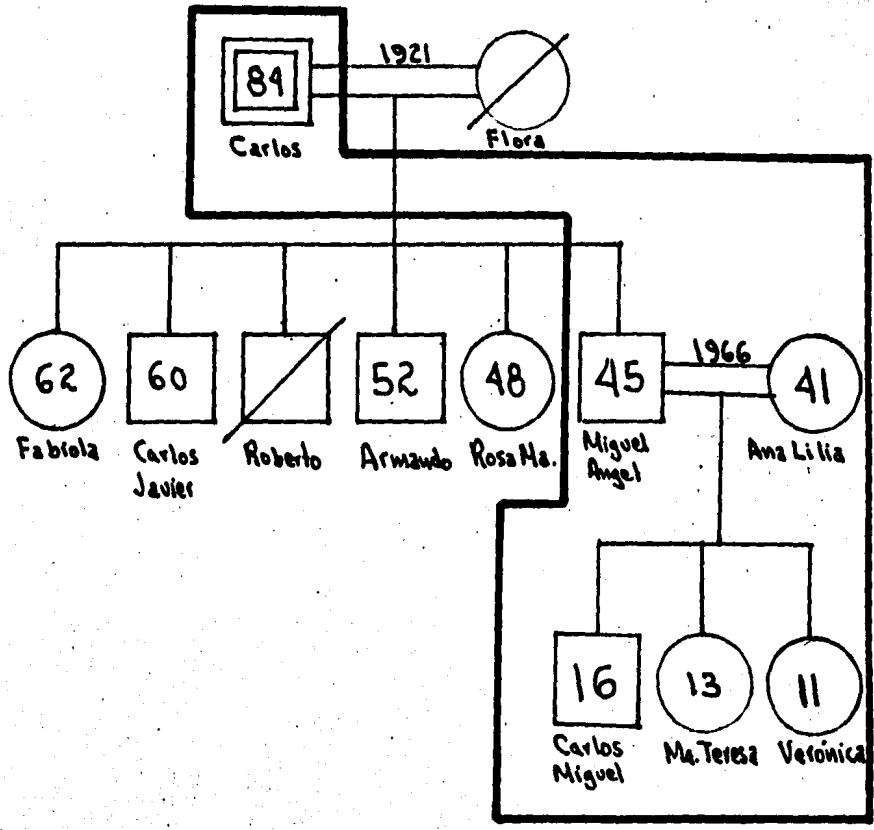
**Dinámica de la relación Médico-Familia.**- Se llevan a cabo 3 entrevistas, con buena aceptación por parte del núcleo familiar. Lucrecia participa en todas, y el resto de la familia lo hacen esporádicamente. La demanda aparente pero a la vez real son los padecimientos de Lucrecia. Ella funge como portavoz y sus familiares como emergentes. No hay chive expiatorio.

**Dinámica de la relación Familia-Enfermedad.**- No se tiene conocimiento pleno de los padecimientos de Lucrecia, pero están al tanto de la visita médica y se brindan los cuidados necesarios como dieta, toma de medicamentos, etc.

**Problemas identificados.**- No se encuentra marginación del anciano ni disfunciones familiares.

**Pronóstico.**- Buena.

CASO 11. FAMILIA MADARIAGA-ORTEGA. (DICIEMBRE 1984)





## C A S O 11 (DICIEMBRE 1984)

Paciente identificado: Carlos Madariaga Thevin.

Edad: 84 años.

Antecedentes familiares.- Un hermano falleció por infarto al miocardio, su esposa falleció por enfermedad vascular cerebral de tipo hemorrágica, un hijo falleció en accidente automovilístico.

Antecedentes Personales No Patológicos y Patológicos.- Originario de Pa chuca Hgo., reside en el D.F. desde su juventud, escolaridad primaria, laboró hasta hace 20 años como linotipista en una dependencia de gobierno, fecha en que se jubila. Es beneficiario padre, proviene de medio socioeconómico medio alto, tabaquismo positivo, actualmente 2 a 3 cigarrillos al día. Se sabe con cardiopatía aterosclerosa e hipertensiva desde hace aproximadamente 18 años, obeso desde los 40 años aproximadamente.

Padecimiento actual.- Acude a control por cardiopatía mencionada, refiere que a últimas fechas ha presentado cefalea y epistaxis ocasionales, requiriendo tapenamiento nasal anterior en una ocasión. Se encuentra con cifras tensionales moderadamente elevadas, sin datos de falla cardíaca. Se solicita valoración con Otorrinolaringología.

Estructura de la familia.- Extensa, urbana, tradicional, profesionista, desintegrada, funcional. La familia cursa por los ciclos de dispersión y retiro y muerte. Ameritan atención las funciones básicas de cuidado, afecto y socialización.

Evolución histórica de la familia.- Carlos y Flora se conocieron en el trabajo, donde él labora como linotipista y ella como almacenista. Sostienen noviazgo durante un año aproximadamente, existiendo buenas relaciones, por lo que deciden unirse en matrimonio en 1921, cumpliendo cada sus funciones, teniendo 6 hijos, no planeados, pero todos deseados. Ella era hipertensa y en 1954 sufre enfermedad vascular cerebral, al parecer por ruptura de aneurisma y fallece. Ese mismo año fallece su hijo Roberto en un accidente automovilístico a los 28 años, siendo un año de gran depresión para el núcleo familiar. Los hijos se van casando y abandonando el seno familiar quedando solamente Miguel Angel, quien en 1966 se casa con Ana Lilia y se quedan a vivir

con Carlos. Este deja de laborar en 1964. Miguel y Lilia tienen 3 hijos; el aporte económico de la casa depende en parte de Carlos, pero la mayor parte proviene de Miguel quien es contador privado y labora en la empresa de Teléfonos de México. El resto de los hijos de Carlos le visitan con frecuencia.

**Crisis familiares.**- El año de 1954 se constituye en una verdadera crisis familiar por la pérdida de Flora y Roberto. Cuando los hijos van dejando el hogar existe crisis. El momento de la jubilación constituye una crisis para Carlos. El padecimiento de Carlos causa mucha preocupación en el seno de la familia.

**Atención psicológica previa.**- Ninguna.

**Subsistema conyugal.**- Existieron buenas relaciones entre Carlos y Flora cumpliendo ambos adecuadamente sus funciones y roles familiares. Miguel y Ana Lilia sostienen buenas relaciones, cumpliendo ambos sus roles y funciones. Llevan control definitivo de la fertilidad, ya que en 1977 Miguel se realiza deferenteclasia.

**Subsistema parental.**- Hay buenas relaciones y comunicación entre Carlos y la familia de Miguel, conservando los límites de los roles familiares. Hay cuidados de parte de éstos hacia Carlos.

**Subsistema fraterno.**- Miguel y sus hermanos que visitan frecuentemente la casa sostienen buenas relaciones, se ayudan en lo posible. Los hijos de Miguel y Lilia se llevan bien, cumpliendo sus roles familiares.

**Dinámica de la familia.**- Podemos observar que existe vínculo claro entre los seis integrantes de la familia, se conservan los límites de los subsistemas, no existe invasión de roles, las funciones básicas de la familia se cumplen en forma adecuada, siendo las relaciones familiares satisfactorias y estables.

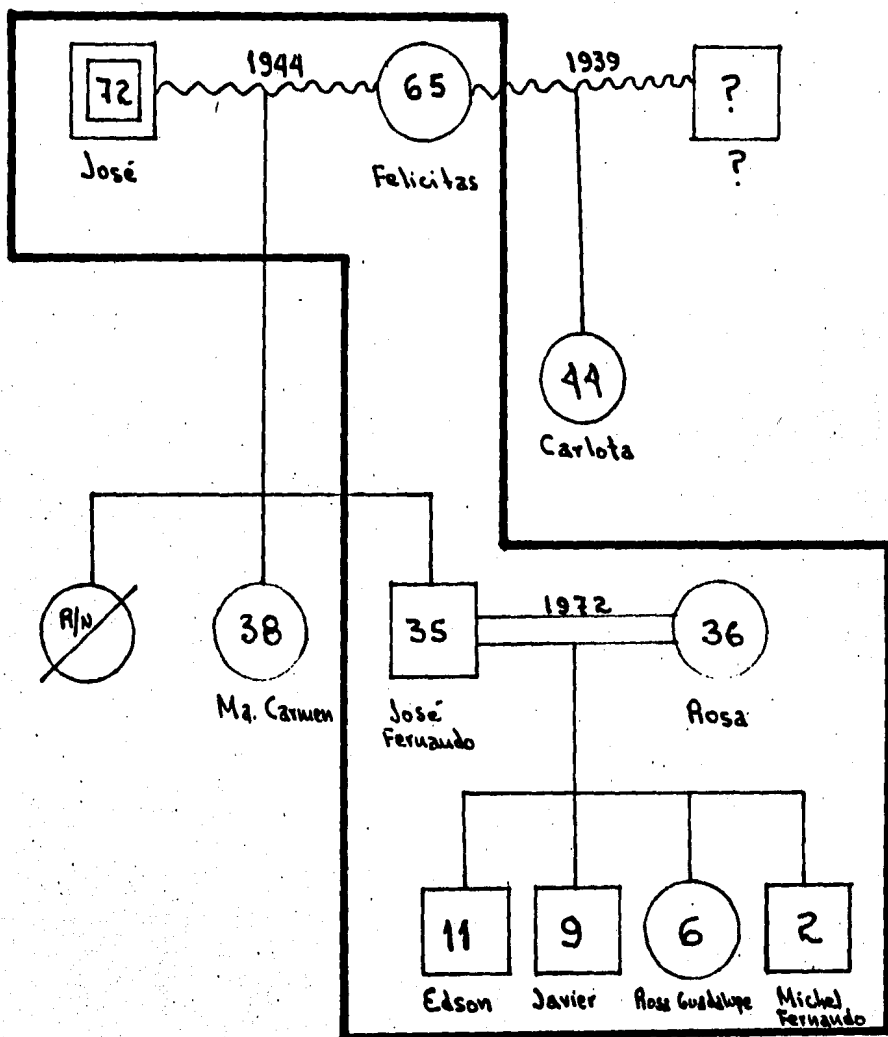
**Dinámica de la relación Médico-Familia.**- Se acepta de buena manera la entrevista, la cual se lleva a cabo en 3 ocasiones, participando Carlos en todas, y Miguel y Lilia en una sola ocasión. Los nietos no participan. La demanda real y aparente a la vez es el padecimiento de Carlos, quien funge como portavoz, siendo emergentes su hijo y su nuera. No se encuentra chive expiatorie en la dinámica de la familia.

**Dinámica de la relación Familia-Enfermedad.-** Se aprecia cuidado al anciano, procurando que tenga la dieta adecuada y prescrita por el médico, que tome sus medicamentos a sus horas, y que tenga los cuidados necesarios. Solo hay una queja, y es que no se ha logrado que Carlos deje de fumar definitivamente.

**Problemas identificados.-** No encontramos disfunciones familiares ni marginación del paciente senil.

**Pronóstico.-** Buena.

## CASO 12. FAMILIA DE LA CRUZ - GARNICA. (MAYO 1984)



## C A S O 12 (MAYO 1984)

Paciente identificado.- José De la Cruz Mancilla.

Edad: 72 años.

Antecedentes familiares.- Un hijo recién nacido al parecer fallece por padecimiento respiratorio no especificado. Resto sin interés.

Antecedentes Personales No Patológicos y Patológicos.- Originario de Aguascalientes Ags., radicado en el D.F. desde los 23 años, habiendo labrado siempre como repartidor de una panificadora, pensionado desde 1974 por cesantía en edad avanzada, escolaridad primaria incompleta. Proviene de medio socioeconómico bajo, tabaquismo y etilismo moderados. Refiere antecedente de traumatismos diversos pero solo en una ocasión al caer de una camioneta se fractura clavícula izquierda. Neumonía hace 5 años, siendo tratado y habiendo sanado.

Padecimiento actual.- Acude a la Consulta Externa refiriendo una evolución de 3 años con la aparición de una tumoración en primer orotejo izquierdo, que apareció posterior a un "pisotón", y que ha ido aumentando paulatinamente de tamaño, siendo actualmente de 2x3 cm. ulcerada y con secreción purulenta, poco dolorosa. Se diagnostica como granuloma y se envía al servicio de Dermatología para su manejo.

Estructura de la familia.- Extensa, urbana, tradicional, obrera, integrada y funcional. Se encuentran en fases de dispersión y retiro y muerte. Todas las funciones básicas de la familia ameritan atención.

Evolución histórica de la familia.- José y Felicitas se conocen en 1943, Felicitas tenía una hija producto de una unión libre; en 1944 establecen unión libre debido a que Felicitas se encuentra embarazada; el producto de ese embarazo fallece a los pocos días de nacido. Posteriormente tienen dos hijos, los cuales fueron planeados y deseados. Ignoran el motivo de que no hayan tenido más hijos ya que nunca llevaron control de la fertilidad. En 1958 José va a presidio acusado de un robo en su trabajo y que no cometió, siendo liberado 6 meses más tarde cuando se comprueba su inocencia y se le reinstala en su trabajo. Carlota y Carmen se casan y forman sus propias familias. Fernando se casa en 1972 con Rosa a quien lleva

a vivir con su familia. Tienen cuatro hijos, y actualmente llevan control de la fertilidad. En 1974 es pensionado José, decidiendo instalar con el monto de la pensión un expendio de pan que maneja con su esposa. Los ingresos familiares dependen de la pensión de José, de las ganancias que deja el expendio, y de lo que contribuye Fernando para los gastos familiares.

**Crisis familiares.-** El momento de la unión libre condicionada por el embarazo. El fallecimiento del primer hijo, cuando José es privado de su libertad por un robo que no comete, al momento de la jubilación, actualmente a causa del granuloma motivo de consulta, pues existe el temor de perder el pie.

**Atención psicológica previa.-** Ninguna.

**Subsistema conyugal.-** Existe buena comunicación entre José y Felicitas, cumpliendo cada uno con sus funciones. Fernando y Rosa también con buena comunicación y cumpliendo cada uno con sus funciones.

**Subsistema fraternal.-** Hay buenas relaciones entre los hermanos, ayudándose mutuamente inclusive en lo económico cuando existen problemas. Los hijos de Fernando se llevan bien.

**Subsistema parental.-** Tanto Felicitas como José tienen buena comunicación con sus hijos, se preocupan por sus problemas, aún casados, pero sin invadir roles. José aceptó bien a Carlota desde que se une con Felicitas. Existe aceptación de Rosa al núcleo familiar. Buenas relaciones con los nietos. Los hijos también se preocupan y están al tanto de sus padres.

**Dinámica de la Familia.-** Existe vínculo claro entre José y Felicitas, existe vínculo claro entre Fernando y Rosa, vínculo claro entre José y Felicitas con Fernando, Rosa y sus nietos. Fernando y Rosa con vínculo claro con sus hijos. Vínculo claro entre los hijos de Fernando. Se cumplen funciones familiares, no hay invasión de roles ni subsistemas. Las relaciones familiares son satisfactorias estables.

**Dinámica de la relación Médico-Familia.-** Existe buena aceptación por parte del núcleo familiar, se portan amables siempre, se realizan 5 entrevistas, interesándose todos en ellas, y todos participan; la demanda aparente pero también real es el padecimiento de José, quien funge como por-

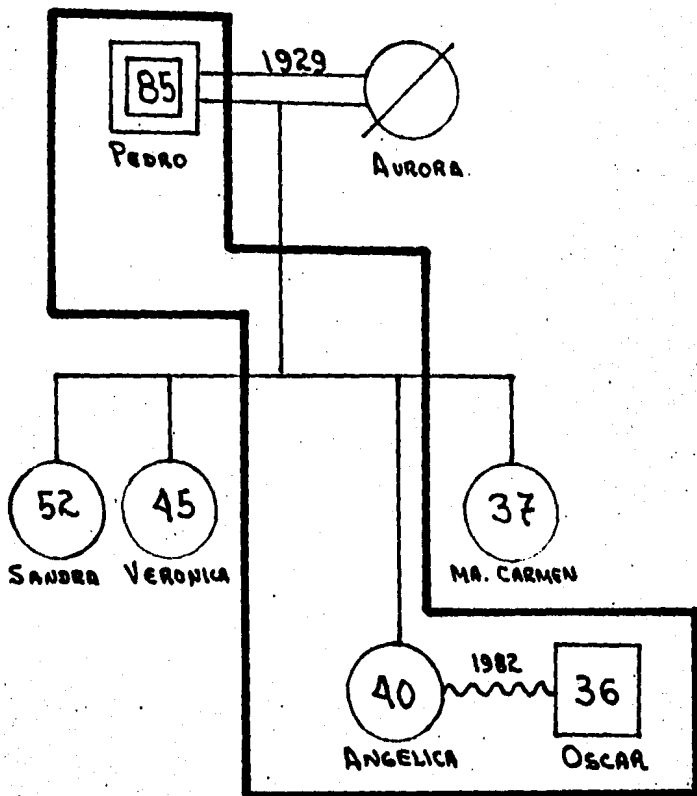
tavos de su padecimientos, siendo el resto de los familiares los emergentes y sin encontrar un roll de chivo expiatorio.

**Dinámica de la relación Familia-Enfermedad.-** No se tiene un conocimiento claro del padecimiento de José, existiendo el temor de que sea algún problema maligno, tendiendo a aglutinarse. Existe preocupación por el paciente y deseo de participación.

**Problemas identificados.-** No se identifican disfunciones familiares ni tendencia a la marginación del paciente senil.

**Pronóstico.-** Bueno.

CASO 13. FAMILIA NUNEZ-MORENO. (JUNIO 1984)





## C A S O 13 (JUNIO 1984)

Paciente identificado: Pedro Núñez Tinajero.

Edad: 85 años.

Antecedentes familiares.- Su padre fallece durante la Revolución Mexicana, su madre fallece de "muerte natural"; su esposa muere el año pasado al ser arrollada por un camión.

Antecedentes Personales No Patológicos y Patológicos.- Originario de Coahuila Gto., radicado desde 1937 en el D.F., viudo, fue seminarista hasta los 21 años, pero abandona el seminario y se dedica al comercio en pequeño. Los últimos 46 años ha laborado como jardinero en una dependencia de la SSA. Es beneficiario padre; proviene de estrato socioeconómico medio bajo, niega toxicomanías. Es portador de bronquitis crónica desde hace unos 20 años aproximadamente.

Padecimiento actual.- Acude a la consulta externa para control de su padecimiento pulmonar teniendo exacerbación manifestada por tos en accesos, húmeda, con expectoración mucosa abundante, no cianótica, se presenta al esfuerzo físico sobre todo. Campos pulmonares con crepitantes gruesos, sin ruidos de consolidación. Se toma placa de tórax que muestra únicamente retención de secreciones. Se da tratamiento, mejorando el cuadro.

Estructura de la familia.- Extensa, urbana, tradicional, obrera, desintegrada, funcional. En el ciclo de vida familiar se aprecian las fases de matrimonio y retiro y muerte. Merecen atención las funciones básicas de cuidado, afecto, reproducción y estatus y nivel socioeconómico.

Evolución histórica de la familia.- Pedro y Aurora se conocen desde la infancia, pues sus familias de origen eran vecinas, se hacen novios un año antes de casarse y de mutuo acuerdo lo hacen en 1929, viviendo inicialmente en la casa de la familia de origen de Pedro, habiendo buena aceptación hacia Aurora. En 1937 emigran a la capital donde Pedro se emplea como jardinero en una dependencia de la SSA. Tienen 4 hijas, de las cuales 3 abandonan el hogar al casarse, emigrando una de ellas hacia Estados Unidos, sin embargo reciben la visita frecuente de todas ellas. Aurora y Pedro realizan labor social como colectores de diezmos de la parroquia de la colonia, actividad que

aún realiza Pedro. En 1980 Aurera enferma de Neumonia siendo internada y mejorando. En 1982 Angélica establece unión libre con Oscar, cosa que al principio no se acepta en la familia, pero después se logra aceptación de tal relación. En 1983 Aurera es arrellada por un camión pereciendo al instante, ha biendo gran depresión en el seno familiar. Angélica y Oscar no han tenido hijos y ni llevan control de la fertilidad. El aporte económico de la familia depende de Pedro, Angélica que labera como asistente de consultorio en el IMSS, y Oscar que es comerciante.

**Crisis familiares.-** Cuando la familia emigra a la capital, cuando las hijas se van casando y abandonan el hogar, cuando Aurera es internada, el fallecimiento de Aurera.

**Atención psicológica previa.-** Ninguna.

**Subsistema conyugal.-** Pedro y Aurera sostienen buena comunicación, siendo ella una esposa madre característica, ambas cumpliendo con sus roles y funciones familiares. Angélica y Oscar sostienen buenas relaciones.

**Subsistema parental.-** Aurera y Pedro sostienen buena comunicación con sus hijas, aceptan la relación de Angélica y a Oscar se le acepta en el seno de la familia; existe preocupación por Pedro a quien se le pide que deje de trabajar debido a su avanzada edad y estado de salud.

**Subsistema fraternal.-** Existen buenas relaciones entre las hermanas y cuñados, cumpliendo sus roles y conservando límites.

**Dinámica de la familia.-** Se aprecia un vínculo claro entre los tres integrantes de la familia, con buena comunicación, no existe invasión de roles y se cumplen las funciones familiares. Se acepta en el seno de la familia la unión libre de Angélica y Oscar a pesar de que la familia es sumamente católica. Se percibe en Pedro un profundo sentimiento de soledad. Sin embargo se encuentra que las relaciones familiares son satisfactorias estables.

**Dinámica de la relación Médico-familia.-** Hay buena aceptación a la entrevista, la cual se lleva a cabo en 4 ocasiones, con la participación de todos los integrantes de la familia, y manifiestan deseo de que Pedro mejore su estado de ánimo, piden consejo de si debe seguir laborando o no, y se les menciona que la terapia ocupacional es un buen distractor para el anciano.

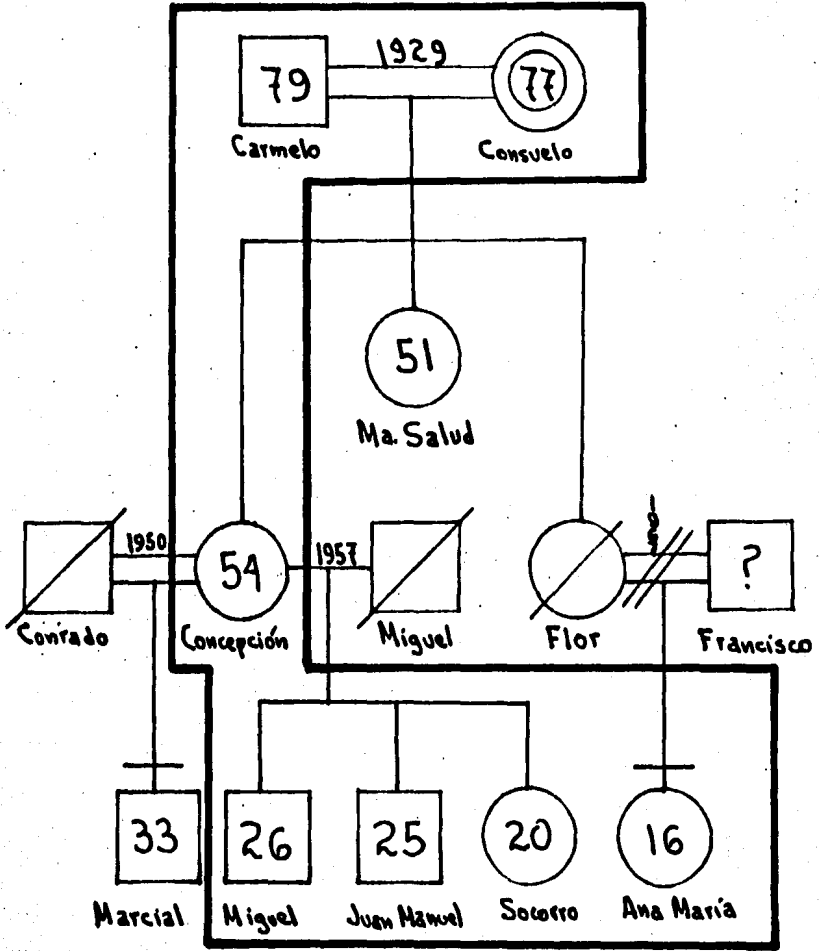
La demanda aparente en el cuadro bronquial de Pedro, la demanda real es el sentimiento de soledad de éste a raíz del fallecimiento de su esposa. El portavez en Pedro, no existe chive expiatorio, y los emergentes són Angélica y Oscar.

**Dinámica de la relación Familia-Enfermedad.**- Hay preocupación en el seno de la familia por el estado de salud de Pedro, a quien se le procura brindar las cuidados necesarios.

**Problemas identificados.**- No existen disfunciones familiares ni marginación del anciano, sin embargo se encuentra depresión en éste, aunque el hecho de que labore y realice labor social en la parroquia de su barrio son buenos distractores.

**Pronóstico.**- Buena.

CASO 14. FAMILIA ANDRADE-MONTERO (AGOSTO 1984)



## C A S O 14 (AGOSTO 1984)

Paciente identificado: Consuelo Montero Ramírez.

Edad: 77 años.

Antecedentes familiares.- Madre fallecida por cuadro gastrocentral, padre por probable enfermedad vascular cerebral de tipo oclusivo, dos hermanos fallecidos por cardiopatía no especificada, esposo hipertenso; una hija fallecida por sangrado de tubo digestivo alto, probablemente secundario a cirrosis alcohólico-nutricional.

Antecedentes Personales No Patológicos y Patológicos.- Originaria de Oaxaca Oax., reside en el D.F. desde la infancia, escolaridad nula, es beneficiaria madre por seguro voluntario, dedicada a las labores del hogar, proviene de medio socioeconómico bajo, tabaquismo intenso hasta la fecha, acostumbra ingerir pulque con los alimentos. Es portadora de artritis reumatoide deformante desde hace aproximadamente 30 años, enfermedad de Parkinson desde hace unos 15 años.

Padecimiento actual.- Acude por control de Artritis reumatoide, refiriendo dolor a nivel de pequeñas y grandes articulaciones, las cuales se pueden apreciar sin datos de flogosis, en dedos se aprecian en forma de "cuello de cisne", los "ortejos en martillo". Se continúa con medicación a base de anti-inflamatorios no esteroides.

Estructura de la familia.- Extensa, urbana, tradicional, obrera, integrada, funcional. Dentro del ciclo de vida familiar predominan las fases de dispersión y retiro y muerte. Ameritan atención las funciones básicas de socialización, cuidado y afecto.

Evolución histórica de la familia.- Consuelo y Carmelo se conocen desde la infancia, pero inician noviazgo unos meses antes de casarse, lo cual realizan en 1929, llevando ambas buenas relaciones desde el inicio, aunque con tendencia al dominio de parte de Consuelo quien es quien dictamina la última palabra. Tienen tres hijas, todas fueron deseadas, pero queda el deseo de haber tenido un hijo varón, lo cual nunca lograron ignorando el motivo de que no hubiera más hijos y que los que tuvieron fueran un poco espaciados. Concepción se casa con Conrado en 1950 y abandona el hogar,

tienen un hijo, Marcial, y posteriormente Conrado muere estando el hijo de brazos, teniendo que regresar al hogar paterno Concepción. Ma. Salud se casa y deja el hogar también. En 1957 se vuelve a casar Concepción con Mi--guel, teniendo 3 hijos, y posteriormente también Miguel fallece. Flor se une en matrimonio con Francisco en 1967, tienen una hija, y posteriormente deciden separarse, por lo que Flor aumenta su hábito alcohólico, falleciendo en 1974 de cirrosis alcohólica-nutricional con sangrado de tubo digestivo alto, quedando su hija al cuidado de su hermana Concepción y de los abuelos. Marcial ya ha formado su familia, y el sustento económico actualmente depende de Concepción quien tiene una verdulería y tienda, lo que les permite vivir en buenas condiciones.

**Crisis familiares.**- La salida de Concepción y posteriormente las muertes de sus esposos, la salida del hogar de Ma. Salud, que les visita con cierta frecuencia, el matrimonio turbulento de Flor que termina en diversión con la muerte posterior de ella a consecuencia del alcoholismo intenso, siendo éste evento el que causa fuerte depresión en el seno de la familia. Cuando Marcial se une en matrimonio y abandona el hogar.

**Atención psicológica previa.**- Ninguna.

**Subsistema conyugal.**- Las relaciones entre Consuelo y Carmelo siempre han sido buenas, cumpliendo ambas sus funciones, aunque existe la tendencia de dominio por parte de ella. Concepción tuvo buenas relaciones con ambos esposos, debiendo asumir el papel de padre a la falta de ellos y cumpliendo en forma adecuada.

**Subsistema parental.**- Existe buena comunicación entre Consuelo y Carmelo, para con sus hijas, teniendo respuesta afectiva por parte de ellas; con los nietos existe comunicación adecuada. Concepción tiene buena comunicación con sus hijos y su sobrina a quien considera como hija suya.

**Subsistema fraternal.**- Las hermanas siempre se llevaron bien, siguiendo el contacto frecuente entre Salud y Concepción. Los hijos de ésta y su sobrina sostienen entre sí buena comunicación, y cumpliendo cada uno con sus funciones. Marcial se encuentra pendiente de sus hermanos ya que visita con frecuencia el hogar.

**Dinámica de la familia.-** Se encuentra un vínculo claro entre Consuelo y Carmelo, y de éstos hacia el resto de la familia, aunque Carmelo a veces asume el rol de padre con sus nietos a quienes les hace observaciones con respecto a su conducta, pero sus nietos le respetan y obedecen. Se aprecia vínculo claro de Concepción con sus padres y con sus hijos. No se encuentra invasión de roles, se conservan los límites de los subsistemas, se cumplen las funciones familiares, fungiendo Concepción como jefe del núcleo familiar, sin que haya disputa por dicho rol. Las relaciones familiares se encuentran con satisfacción y estables.

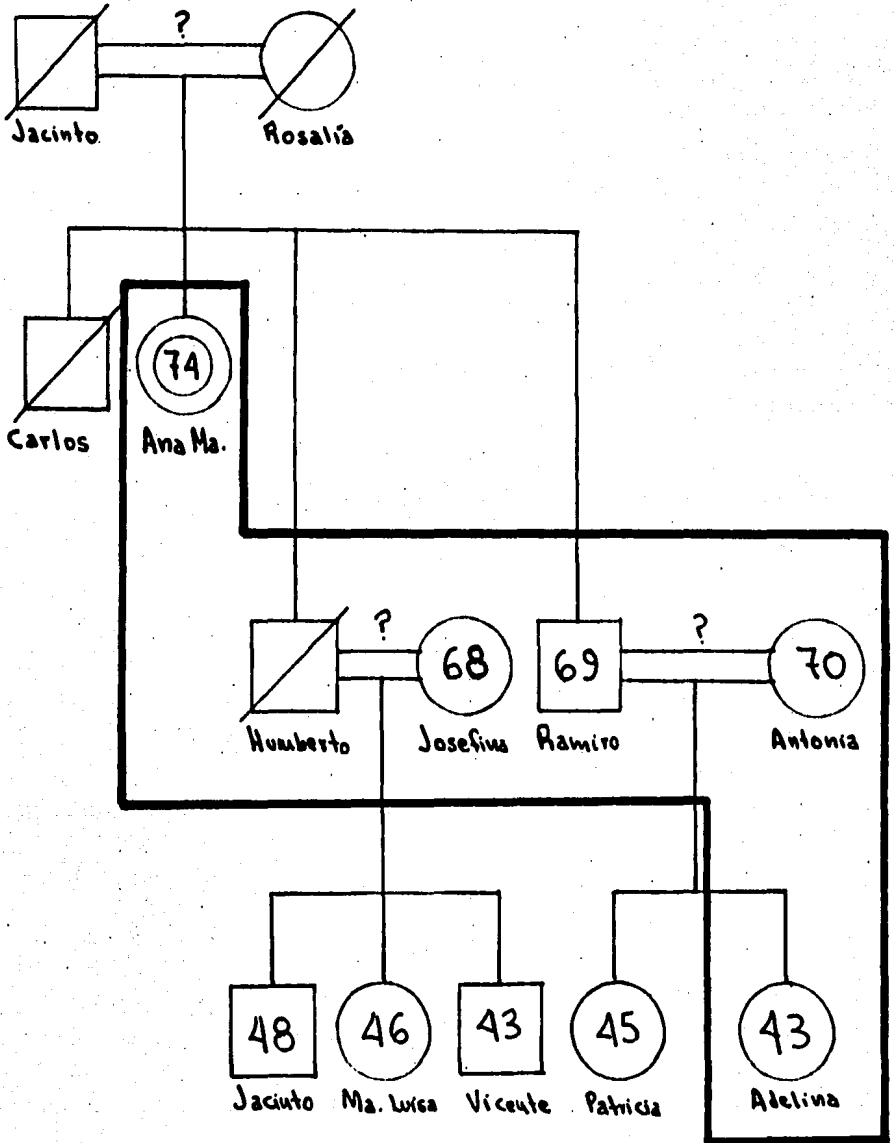
**Dinámica de la relación Médico-Familia.-** Existe buena aceptación por parte de todo el núcleo familiar a la entrevista, la cual se efectúa en 5 ocasiones, encontrando que la demanda aparente es a la vez la real y es el padecimiento articular de Consuelo. Ella funge como portavoz de su padecimiento, no se encuentra chivo expiatorio, y el resto de los familiares son emergentes.

**Dinámica de la relación Familia-Enfermedad.-** Se encuentra un concepto vago de las enfermedades de Consuelo y Carmelo, sin embargo en el núcleo de la familia se encuentra buena disposición para su atención ya que se les tiene cariño y respeto.

**Problemas identificados.-** No se encuentran disfunciones familiares, y tampoco existe marginación o abandono del anciano.

**Pronóstico.-** Buena.

CASO 15. FAMILIA OROZCO-SANCHEZ. (NOVIEMBRE 1984).





## C A S O 15 (NOVIEMBRE 1984)

Paciente identificado: Ana María Oresco Sánchez.

Edad: 74 años.

Antecedentes familiares.- Un hermano fallecido de Leucemia y que era portador de insuficiencia coronaria; un hermano fallecido de infarto al miocardio; un hermano hipertenso.

Antecedentes Personales No Patológicos y Patológicos.- Originaria de San Juan del Río Qro., radicada en el D.F. desde la infancia, soltera, laboró como secretaria para varias empresas durante toda su vida, pensionada por vejes en 1975. Previene de estrato socioeconómico medio alto, niega toxicomanías. Es portadora de Hipertensión arterial sistémica y disminución de la agudeza auditiva de varios años de evolución.

Paciente actual.- Acude por control de hipertensión arterial, refiere a últimas fechas, cefalea y acúfenos frecuentes, parestesias de extremidades inferiores, mareos y disminución de la fuerza muscular en extremidades. Se encuentra con cifras tensionales moderadamente elevadas, y se regula medicación.

Estructura de la familia.- Extensa, urbana, tradicional, burócrata, desintegrada y disfuncional. La fase del ciclo familiar que predomina es la de retiro y muerte. Ameritan atención las funciones básicas de cuidado, afecto y estatus y nivel socioeconómico.

Evolución histórica de la familia.- Ana María siempre ha permanecido en su hogar de origen al igual que sus hermanos Humberto y Ramiro, todos ellos dueños de la propiedad. Estos últimos al casarse llevan a vivir al hogar a sus esposas Josefina y Antonia; Los hijos de estos matrimonios se han ido casando y separando del hogar y solo queda Adelina, hija de Ramiro y Antonia. Ana María es pensionada por vejes en 1975, Humberto falleció en 1968, gozando Josefina pensión por viudes. Ramiro también se encuentra pensionado por vejes. Adelina labora como auxiliar de Contador en una empresa. El sustento económico de la familia se divide entre las tres pensiones recibidas y el sueldo de Adelina, aunque existen fricciones por ello con frecuencia.

Crisis familiares.- El fallecimiento de Humberto en 1968, el falleci-

miento de Carlos en 1973; cuando Ana María es pensionada se afecta emocionalmente existiendo entonces sentimiento de minusvalía. Su padecimiento le causa crisis también.

Atención psicológica previa.- Ninguna.

Subsistema conyugal.- Se refiere que las relaciones entre Humberto y Josefina fueron buenas, mientras que en las relaciones entre Ramiro y Antonia existe la tendencia de dominio de parte de ésta, pero no solo con su esposo sino con toda la familia.

Subsistema parental.- Hay buenas relaciones entre los padres de familia y sus hijos, quienes frecuentan el hogar de origen.

Subsistema fraternal.- Las relaciones entre Ana María y Humberto son buenas, en tanto que con sus cuñadas no son buenas ya que refiere rechazo de parte de ellas y su sobrina, ya que por ser la más anciana y enferma requiere de mayores cuidados, los cuales se le niegan, en tanto que en su juventud ella sí les ayudaba al cuidado de los sobrinos.

Dinámica de la familia.- Vínculo claro entre Ana María y su hermano, vínculo rígido entre Ana María y sus cuñadas y sobrina. Vínculo rígido entre Antonia y Ramiro con tendencia al dominio por parte de la primera. El resto son vínculos claros. Se encuentra alianza entre Josefina, Antonia y Adelina, formulando su rechazo hacia Ana Ma., de quien no desean hacerse cargo, e incluso formulan deseo de que vaya a vivir con otros familiares que sí le podrían brindar cuidados, a lo cual Ana Ma. se resiste, pues dice que ella se encuentra en su casa y no tienen porque correrla. Ramiro juega un rol pasivo y se le asienta a las decisiones del resto de las mujeres. Vemos que los roles familiares no se cumplen adecuadamente, y que existen sentimientos de autoestima baja como el caso de Ana Ma., de Adelina por no haberse casado, de Josefina ya que todos sus hijos han salido del hogar y depende emocionalmente de Antonia, quien trata de ser el jefe del grupo familiar. Las relaciones familiares son insatisfactorias y estables pero tienden a la inestabilidad.

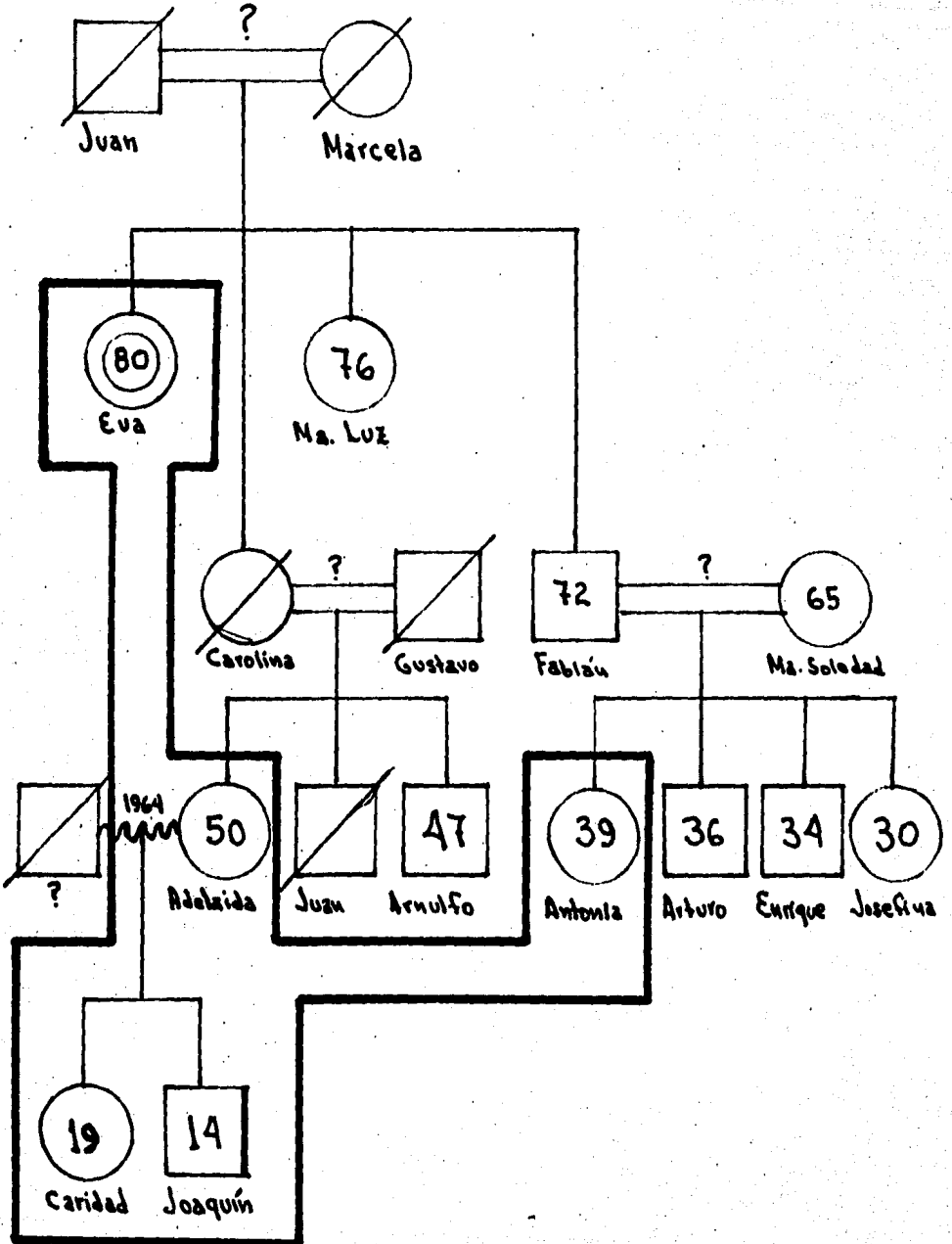
Dinámica de la relación Médico-Familia.- Se realizan 4 entrevistas en las que interviene Ana Ma., el resto de los parientes intervienen una sola

ocasión, mostrando mucha rigidez, y posteriormente aducen que no tienen tiempo de participar en la entrevista. La demanda aparente es el cuadro hipertensivo de Ana Ma., y la demanda real son las disfunciones familiares que muestran rechazo hacia a la paciente. El portavoz es Ana Ma., el rol de chivo expiatorio se lo comparten Antonia, Adelina y Josefina. No se encuentran emergentes.

**Dinámica de la relación Familia-Enfermedad.-** Se aprecia rechazo hacia la atención de Ana Ma., quien acude sola a la consulta, y existe el deseo de que se vaya con otros parientes, para que ellos se hagan cargo de su cuidado.

**Problemas identificados.-** Se aprecian disfunciones en la familia, con tendencia a la marginación y rechazo del anciano, siendo ancianos los que están propiciando éste. Seguramente existe mayor problemática pero existe hermetismo en el núcleo familiar no permitiendo indagar de manera más profunda en la dinámica de la familia.

**Pronóstico.-** Malo.



## C A S O 16 (NOVIEMBRE 1984)

Paciente identificado: Eva Ojeda González.

Edad: 80 años.

Antecedentes familiares.- Padres fallecidos de "muerte natural", una hermana fallecida por Cáncer cervico-uterino.

Antecedentes Personales No Patológicos y Patológicos.- Originaria de San Martín Texmelucan Pue., radicada en el D.F. desde los 7 años aproximadamente, soltera, habiende laborado toda su vida como mecanógrafa en 2 empresas privadas, pensionada por vejes en 1965. Previene de medio socioeconómico medio bajo, niega toxicomanías; es portadora de Enfermedad articular degenerativa desde hace varios años y disminución de la agudeza visual pero refiere que durante su juventud siempre fue sana.

Padecimiento actual.- Acude a la Consulta Externa por presentar desde varios días atrás tos húmeda, en accesos, con expectoración mucosa, dolor faríngeo y malestar general. No precisa fiebre. Se encontró con faringe hiperémica y congestiva, rudeza respiratoria, estertores gruesos aislados, no hay alveolares. Se diagnostica faringobronquitis y se da tratamiento específico y mejorando a los pocos días.

Estructura de la familia.- Extensa, urbana, tradicional, burócrata, desintegrada y funcional. Las fases del ciclo familiar que predominan son las de dispersión y retiro y muerte. ameritan atención las funciones básicas de socialización, cuidado, afecto y estatus y nivel socioeconómico.

Evolución histórica de la familia.- Eva, al morir sus padres, compra una casa en la cual vive sola, pero hace aproximadamente 14 años Antonia, su sobrina, tiene un disgusto familiar y va a vivir con ella decidiendo quedarse para siempre. Tres años más tarde, otra sobrina, Adelaida, queda viuda y también se va a vivir a la casa de Eva en compañía de sus hijos Caridad y Joaquín, estando así formada la familia en la actualidad. Eva se siente feliz porque ya no estará sola. Antonia labora como vendedera de joyas de fantasía y perfumes. Adelaida es secretaria en una empresa; sus hijos estudian. El aporte económico depende principalmente de Adelaida, pero Eva y Antonia aportan también una parte para los gastos familiares.

**Crisis familiares.-** Cuando Eva vivía sola y posteriormente su pensión, su padecimiento, cada vez que Caridad presentaba crisis convulsivas hasta hace aproximadamente 3 años.

**Atención psicológica previa.-** Hasta hace un año, Caridad estuvo bajo tratamiento psicológico y psiquiátrico pues hasta hace 3 años presentaba crisis tónico-clónicas, habiéndose encontrado relación con inestabilidad emocional por problemas escolares y con un novio que tenía entonces. Se le diagnosticó como neurosis conversiva, estando actualmente en buenas condiciones.

**Subsistema conyugal.-** No existe en la familia.

**Subsistema parental.-** Existen buenas relaciones entre Adelaida y sus hijos, aunque existe la tendencia a sobreprotegerlos. Adelaida cumple con sus funciones básicas y asume el rol de padre.

**Subsistema fraternal.-** Hay buena comunicación entre Caridad y Joaquín pero también se aprecia sobreprotección por parte de Caridad.

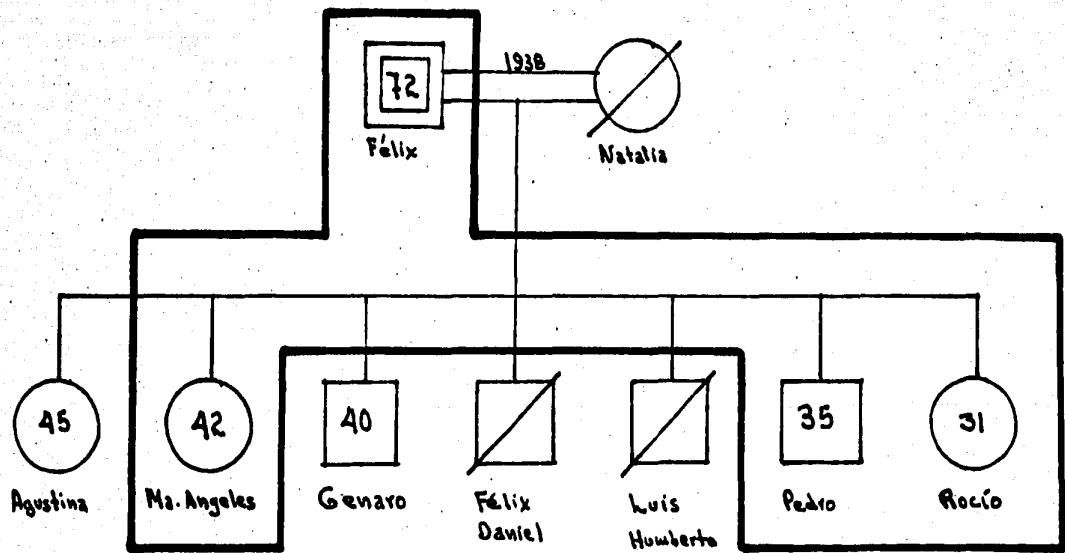
**Dinámica de la Familia.-** Se aprecia vínculo claro entre todos los integrantes de la familia, cumpliendo cada uno con el rol correspondiente, se conservan los límites de los subsistemas. Adelaida con tendencia a ser jefe de familia, ya que es quien tiene el mayor aporte económico y se encarga de las remodelaciones de la casa. Las relaciones familiares son satisfactorias y estables.

**Dinámica de la relación Médico-Familia.-** Se aprecia buena aceptación a la entrevista familiar, la cual se efectúa en 4 ocasiones, con participación de todos los miembros. Se encuentra una demanda aparente y a la vez la real, el padecimiento motivo de consulta de Eva, quien funge como portavoz, no se encuentra chivo expiatorio, y el resto de los familiares son emergentes.

**Dinámica de la relación Familia-Enfermedad.-** Hay preocupación por la enfermedad de Eva, a la cual se le brindan cuidados y cariño, además de que existe agradecimiento ya que ella les ayudó en momentos difíciles.

**Problemas identificados.-** Ninguno. las relaciones familiares son buenas y no hay tendencia a abandonar al anciano.

**Pronóstico.-** Bueno.



CASO 17. FAMILIA RANOS - SALINAS. (AGOSTO 1984)

## C A S O 17 (AGOSTO 1984)

Paciente identificado: Félix Ramos García.

Edad: 72 años.

**Antecedentes familiares.-** Esposa fallecida por descompensación de Diabetes Mellitus. Una hija padeció tuberculosis pulmonar. Un hijo fallece ahogado, un hijo fallece por infarto al miocardio, una hija sufre de crisis convulsivas al parecer de tipo Grand Mal.

**Antecedentes personales No Patológicos y Patológicos.-** Originario de Ciudad Hidalgo Mich., radicado en el D.F. desde los 18 años, con escolaridad primaria incompleta, ha laborado como campesino, y por casi 50 años como velador en una dependencia del DDF, actualmente jubilado. Es beneficiario padre. Proviene de medio socioeconómico medio bajo, niega toxicomanías. Refiere haber padecido en su juventud cuadros de otitis crónicas, y actualmente se encuentra con oteosclerosis bilateral, con la consecuente hipoacusia. Fractura de pierna derecha en la juventud.

**Padecimiento actual.-** Acude a la Consulta Externa refiriendo varios días de evolución con dolor a nivel a cara posterior de tórax, al parecer de origen muscular, que se exacerba con los movimientos, sin datos respiratorios agregados. Se maneja con relajantes musculares mejorando su cuadro.

**Estructura de la familia.-** Nuclear, urbana, tradicional, burocrata, desintegrada, disfuncional. La familia cursa por la fase de retiro y muerte como la más importante; las funciones básicas que ameritan atención son las de cuidado, afecto, y estatus y nivel socioeconómico.

**Evolución histórica de la familia.-** Félix y Natalia sostienen noviazgo durante 2 años, llevando buenas relaciones, y con acuerdo de sus familias de origen celebran su matrimonio en 1938, viviendo en una de las entonces zonas marginadas de la ciudad. Tienen 7 hijos, sus embarazos fueron deseados, existen buenas relaciones entre ellos. Angela padece tuberculosis pulmonar a la edad de 18 años, siendo tratada por largo tiempo y sanando. Félix Daniel perece ahogado en un viaje a Acapulco. Agustina y Genaro se casan y forman sus respectivas familias, abandonando el núcleo familiar.



En 1977 Félix es jubilado, realizando desde entonces vida sedentaria en su domicilio, aunque ocasionalmente viaja a su lugar de origen. En 1980 fallece Natalia por coma diabético. En 1982 fallece Luis Humberto a causa de un infarto al miocardio. Actualmente la familia está formada por Félix, sus hijos Rocío que labora como enfermera del IMSS y que se encuentra bajo tratamiento por sufrir crisis convulsivas tipo grand mal, pero que se encuentra controlada y con 3 años de no sufrir una sola crisis. Angeles y Pedro laboran en un banco. El sustento económico se lo dividen los 3 hijos aunque discuten mucho, y todos quieren tener el mando de la familia, el cual no parece interesarle a Félix que pasa largas ratas de soledad.

**Crisis familiares.-** Las enfermedades de Angeles y Rocío, el fallecimiento de Natalia y dos hijos, la jubilación de Félix.

**Atención psicológica previa.-** Ninguna.

**Subsistema conyugal.-** Existieren buenas relaciones y comunicación entre Félix y Natalia, cumpliendo ambos con sus roles familiares y funciones básicas.

**Subsistema parental.-** Existen buenas relaciones entre Félix y sus hijos, y aceptación de parte de ellos de atender a su padre en sus necesidades.

**Subsistema fraternal.-** En general existen buenas relaciones entre los hermanos, sin embargo existe disputa latente por el mando de la familia y Angeles y Rocío llegan a formar alianzas para ello.

**Dinámica de la familia.-** Se encuentra un vínculo claro en la comunicación entre todos los miembros de la familia, sin embargo podemos percibir que no existe una satisfacción completa en los hijos, ya que al menos Pedro y Rocío refieren haber tenido deslices amorosos y no piensan en el matrimonio pero piensan que con el tiempo pudiese llegar. Angeles es más introvertida, no tiene novio ni se interesa en ello. Todos procuran cumplir sus funciones, pero todos invaden el rol del padre al tratar de asumir la autoridad de la familia, sin embargo Félix acepta la invasión de su rol.

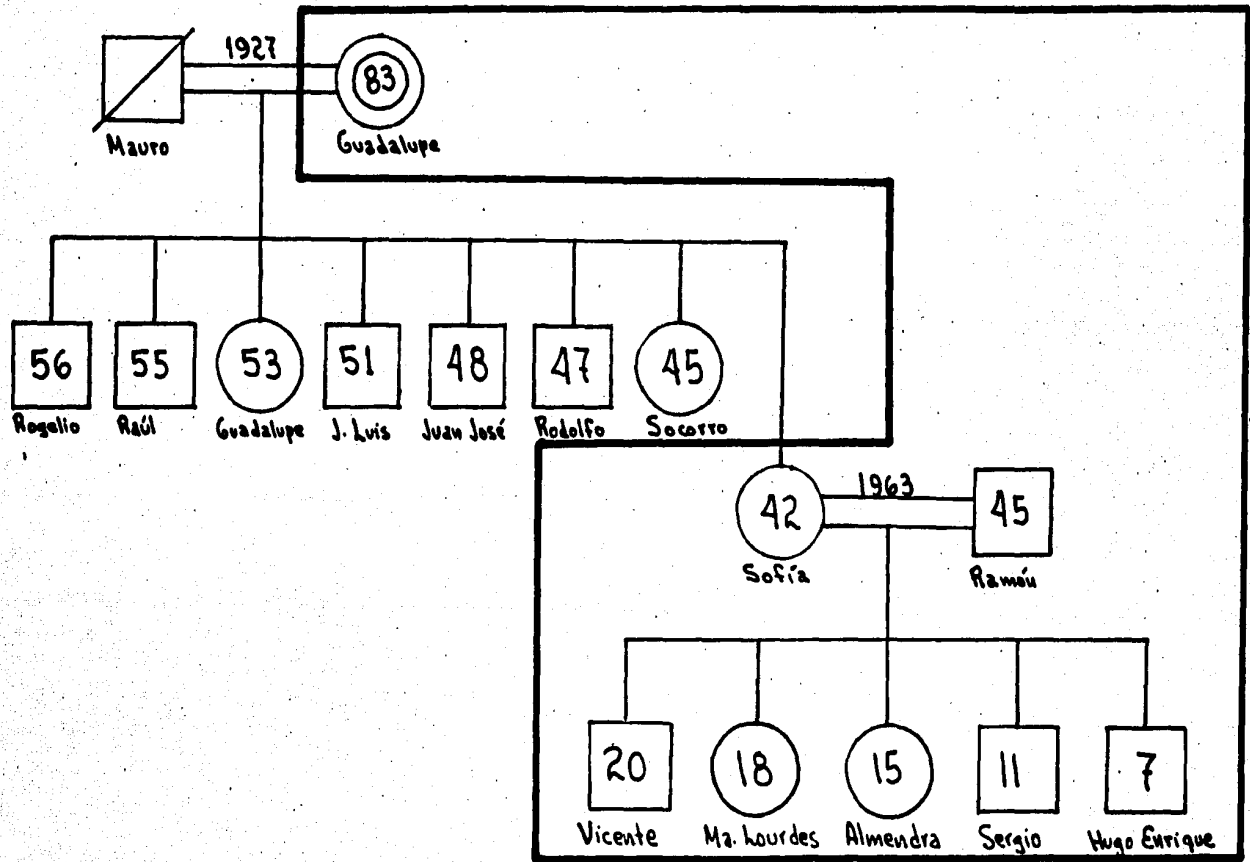
**Dinámica de la relación Médico-Familia.-** Existe buena aceptación por parte del núcleo familiar, se entrevista a la familia en cinco ocasiones,

participan todos los miembros de la familia y solo Angeles lo hace esperadamente. La demanda aparente es el padecimiento de Félix, la demanda real lo es también el padecimiento de Félix. Sin embargo durante la entrevista se aprecian algunas disfunciones familiares pero con estabilidad de la familia. Félix es el portavoz de su padecimiento, no hay chivo expiatorio, y los hijos son emergentes durante el estudio de la dinámica familiar.

**Dinámica de la relación Familia-Enfermedad.-** Existe interés y preocupación de la familia por el estado de salud de su padre, tratando de ayudar en lo posible.

**Problemas identificados.-** Encontramos unas relaciones familiares insatisfactorias en los hijos, pero con estabilidad de la familia, y sin repercutir en el trato del anciano. Me da la impresión que los hijos envejecen al lado del padre.

**Pronóstico.-** Bueno.



CASO 18. FAMILIA GARDUÑO-MARTÍNEZ (MARZO 1984)

## C A S O 18 ( MARZO 1984 )

Paciente identificado: Guadalupe Martínez Martínez.

Edad: 83 años.

Antecedentes familiares.- Esposo fallecido en un accidente hace 33 años. Resto sin importancia.

Antecedentes Personales No Patológicos y Patológicos.- Originaria de Torreón Coah., radicada en el D.F. desde los 18 años aproximadamente, escolaridad primaria incompleta, viuda, dedicada a las labores del hogar, es beneficiaria madre, proviene de medio socioeconómico bajo, niega toxicomanías. Padece artritis reumatoide deformante desde hace aproximadamente 40 años, se conoce hipertensa desde hace aproximadamente 25 años.

Padecimiento actual.- Acude por control de Artritis reumatoide e Hipertensión arterial, estando actualmente asintomática, siguiendo con tratamiento y dieta indicadas. Se encuentra estable clínicamente y se continúa mismo manejo.

Estructura de la familia.- Extensa, urbana, tradicional, obrera, integrada y funcional. Predomina en el ciclo de vida familiar las fases de dispersión y Retiro y muerte. Las funciones básicas que ameritan atención son las de socialización, cuidado, afecto y estatus y nivel socioeconómico.

Evolución histórica de la familia.- Mauro y Guadalupe se conocen dos años antes de unirse en matrimonio, llevándose bien, y casándose de mutuo acuerdo en 1927. Durante el matrimonio existe la tendencia de dominio por parte de Mauro pero sin llegar a serlo totalmente. Tienen 8 hijos, ya todos casados. Mauro laboraba como albañil. En 1951 fallece en un accidente en el sitio de trabajo, y los hijos mayores deben asumir el rol de proveedores, ayudando así a solventar la carga económica. Guadalupe se va a vivir con la familia de su hijo Regelio una vez que todos salen del hogar materno. Pero en vista de que Guadalupe casi siempre se encontraba sola y no se vale por sí misma del todo, llega al acuerdo con su madre, hermanos y esposo, Sofía, la hija menor y le lleva a vivir con su familia desde hace dos años. Sofía se encuentra casada con Ramón, desde 1963 y tienen 5 hijos, y es quien se encarga del sustento económico de la familia. Es obrero.

**Crisis familiares.-** El fallecimiento de Mauro, cuando los hijos van abandonando el hogar para formar sus propias familias, los padecimientos de Guadalupe.

**Atención psicológica previa.-** Ninguna.

**Subsistema conyugal.-** Mauro y Guadalupe siempre se llevaron bien, con cierta tendencia al dominio por parte de él. Cada uno cumplía bien con sus funciones. Al morir Mauro, Guadalupe realiza el rol de padre pero no es proveedor económico. Sofía y Ramón tienen buenas relaciones, cumplen sus roles y funciones, y llevan control de la fertilidad, ya que Sofía se ha realizado salpingeclasia.

**Subsistema parental.-** Hay buena relación entre Guadalupe y Sofía y Ramón quienes aceptan a aquella y se preocupan por su cuidado. Sofía y Ramón también sostienen buenas relaciones con sus hijos, brindándoles estudios a todos ellos.

**Subsistema fraternal.-** Hay buenas relaciones entre los hijos de Sofía y Ramón, cumpliendo cada uno con su rol y funciones.

**Dinámica de la familia.-** Se encuentra vínculo claro entre Guadalupe y el resto de sus familiares, obteniendo a cambio cuidado, respeto y cariño. Se encuentra vínculo claro entre Sofía y Ramón, y de éstos hacia sus hijos también existe vínculo claro. Entre éstos se encuentra vínculo claro. Se puede apreciar que todos los miembros de la familia cumplen con sus roles y funciones, se respetan límites de subsistemas, no hay invasión de roles y las relaciones familiares son satisfactorias y estables.

**Dinámica de la relación Médico-Familia.-** Se llevan a cabo 4 entrevistas participando en todas Guadalupe y Sofía, y el resto de los miembros lo hacen ocasionalmente, habiendo buena aceptación. Vemos que la demanda aparente y a la vez real es el control de padecimientos de Guadalupe, quien funge como portavoz. Sofía es emergente y no se encuentra chivo expiatorio.

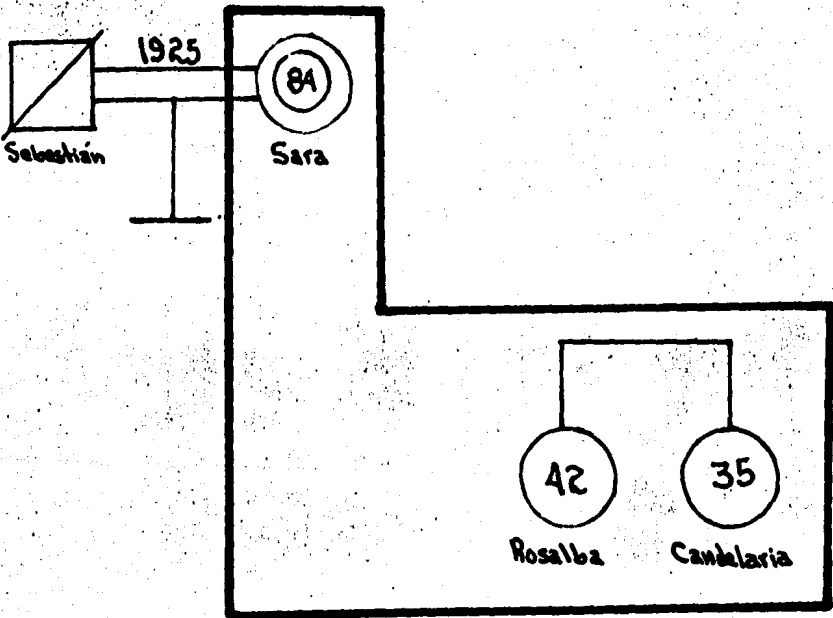
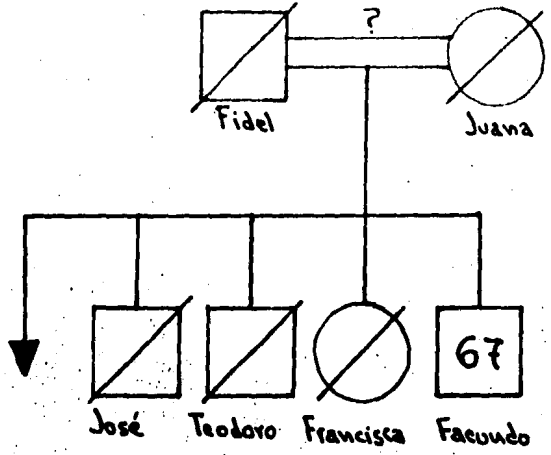
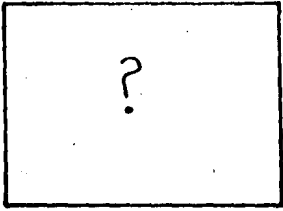
**Dinámica de la relación Familia-Enfermedad.-** Se tiene un concepto vago de las enfermedades de Guadalupe, pero existe buena disposición para su cuidado y atención.

**Problemas identificados.-** Ninguno. Podemos ver que existe aceptación

del anciano en la familia, y no existe tendencia a que llegue a marginarse. Las relaciones familiares son buenas.

**Pronóstico.- Buena.**

CASO 19. FAMILIA GARCIA-RIOS. (ABRIL 1984)



## C A S O 19. (ABRIL 1984)

Paciente identificado: Sara Ninos Viuda de García.

Edad: 84 años.

**Antecedentes familiares.**- Padres fallecidos de "muerte natural", un hermano fallecido por cardiopatía no especificada, una hermana fallecida por probable Cáncer de mama, un hermano fallecido por muerte violenta, esposo fallecido por cardiopatía ateroesclerosa y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

**Antecedentes Personales No Patológicos y Patológicos.**- Originaria de Pachuca Hgo., reside en el D.F. desde la infancia, escolaridad primaria incompleta, dedicada a las labores del hogar, goza de pensión por viudas. Proviene de medio socioeconómico bajo, niega toxicomanías. Padece de artritis reumatoide no deformante desde hace aproximadamente 30 años, cuadros de bronquitis ocasionales. Esterilidad por hipoplasia uterina.

**Padecimiento actual.**- Acude a la Consulta Externa por control de artritis, estando actualmente estable, solo refiere dolor de pequeñas articulaciones de predominio matutino. Se da medicación anti-inflamatoria de control.

**Estructura de la familia.**- Extensa compuesta, urbana, tradicional, obrera, desintegrada, disfuncional. Predomina la fase de retiro y muerte. Las funciones familiares que ameritan atención son cuidado, afecto y estatus y nivel socio-económico.

**Evolución histórica de la familia.**- Sara y Sebastián fueron novios por varios años, planeando y realizando su matrimonio en 1925, viviendo inicialmente en la casa de la familia de Sebastián donde era bien aceptada. 2 años más tarde se independizan, viviendo como pareja sin hijos, pues Sara tenía hipoplasia uterina. Sebastián laboraba en diferentes oficios; dice Sara que a pesar de sus carencias eran muy felices. Sebastián fallece en 1982 por cardiopatía y neumopatía descritas. Sara vive sola un tiempo, y sus ahijadas Rosalba y Candelaria, que viven solas también le invitan a vivir con ellas. Sin embargo Sara refiere estar a disgusto porque dice que sus ahijadas solo quieren apoderarse de sus propiedades, y debido a ello a pensado



en irse a vivir a un asilo de ancianos, cosa que está tramitando y que el pago puede hacerlo con lo que recibe de pensión.

**Crisis familiares.**- El hecho de no tener hijos causa crisis familiar pero logran adaptarse; la muerte de Sebastián quedando sola Sara; cuando cambia al domicilio de sus ahijadas; actualmente crisis emocional al no encontrar satisfacción en las relaciones con sus ahijadas.

**Atención psicológica previa.**- Ninguna

**Subsistema conyugal.**- Existió buena comunicación entre Sara y Sebastián, siendo por lo regular sus relaciones satisfactorias, cumpliendo sus funciones y sus respectivos roles.

**Subsistema parental.**- No existe en éste caso, pero si le aplicamos a las relaciones entre Sara y sus ahijadas vemos que no existe adecuada comunicación, se aprecia rechazo de Sara porque dice que la intentan robar y posteriormente la correrán a la calle, cosa que le han manifestado.

**Subsistema fraternal.**- Dice Sara que ellas se llevan bien, que forman alianza contra ellas; se ayudan mutuamente y ambas trabajan como costureras en su domicilio.

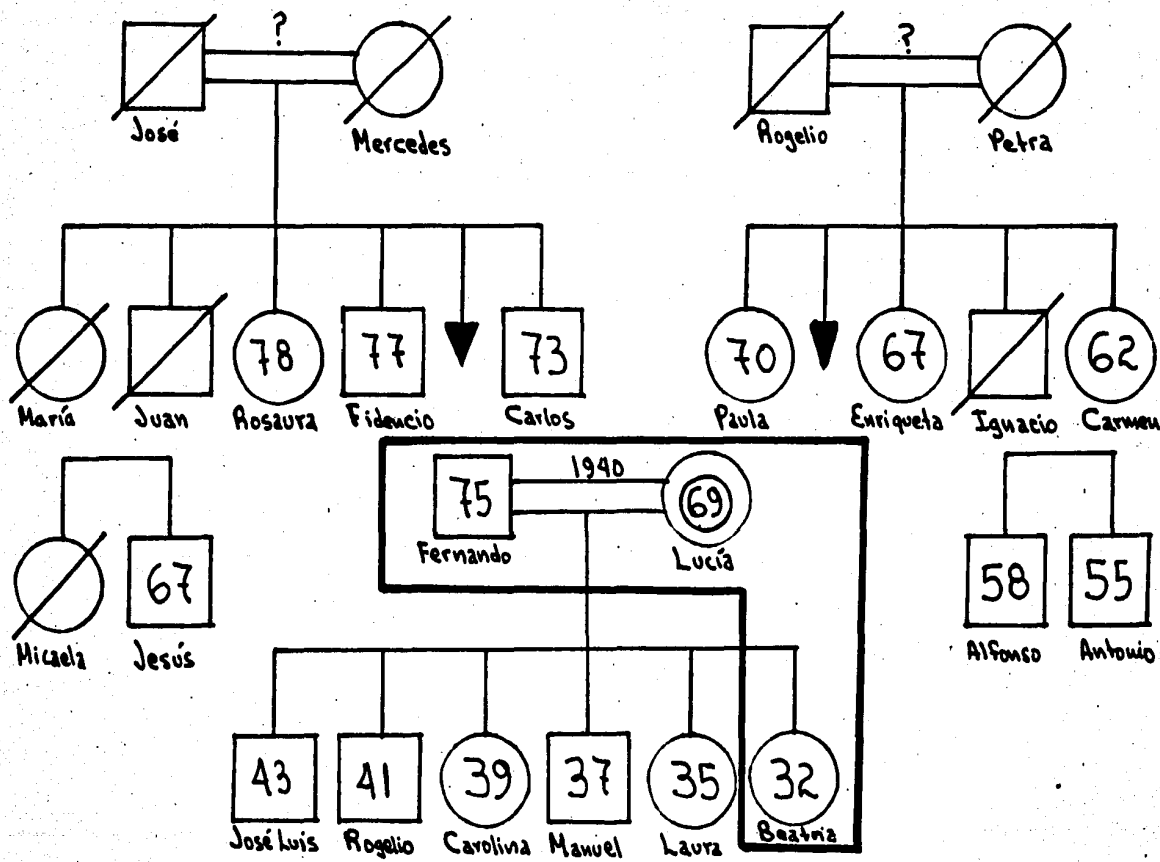
**Dinámica de la familia.**- Existió vínculo claro entre Sebastián y Sara. Actualmente se aprecia vínculo rígido entre Sara y sus ahijadas, al parecer con rechazo mutuo, pues dice Sara que le quieren correr de su casa. Al parecer vínculo claro entre Rosalba y Candelaria. Las relaciones familiares evidentemente son insatisfactorias e inestables por la tendencia a que ésta familia se desintegre y queden como eran originalmente. Existe en Sara sentimiento de soledad.

**Dinámica de la relación Médico-Familia.**- Se llevan a cabo únicamente dos entrevistas con Sara, ya que no se acepta la entrevista en el domicilio por temor a que las ahijadas se molesten. Se cita a éstas pero no acuden. Sara siente apoyo conmigo y pide consejo sobre su situación familiar, llegando inclusive al llanto. La demandada aparente es el padecimiento de Sara, la demanda real es la inestabilidad emocional y sentimiento de soledad de Sara. Ella funge como portavoz de la problemática familiar, siendo chivos expiatorios sus ahijadas. No hay emergentes.

Dinámica de la relación Familia-Enfermedad.- No existe conocimiento del padecimiento de Sara, y al parecer tampoco interés por parte de sus ahijadas.

Problemas identificados.- Existe rechazo hacia Sara aparentemente por parte de las ahijadas con tendencia a que exista nuevamente soledad.

Pronóstico.- Reservado. Sara quiere salir del núcleo familiar al que ahora pertenece, pero el sentimiento de soledad evidentemente está dado por la ausencia de su esposo, aunque pudiera mejorar si convive con otros ancianos, o pudiese acentuar al ver la soledad de éstos en las casas de asistencia.



CASO 20. FAMILIA PÉREZ-HERNÁNDEZ (ABRIL 1984).

## C A S O 20 (ABRIL 1984)

Paciente identificado: Lucía Hernández Mereno.

Edad: 69 años.

**Antecedentes familiares.**- Padre muerto ignorando la causa, madre fallecida por neumonía. Un hermano fallecido por probable Enfermedad vascular cerebral.

**Antecedentes Personales No Patológicos y Patológicos.**- Originaria y residente de México D.F., con escolaridad primaria incompleta, casada, dedicada a las labores del hogar, es beneficiaria espesa. Proviene de medio socioeconómico medio bajo, niega toxicomanías. Desde hace aproximadamente 15 años padece enfermedad articular degenerativa, hace 9 años se le realiza coelocistectomía por coelolitiasis.

**Padecimiento actual.**- Acude por presentar desde hace 3 días secreción purulenta de ambos ojos, en moderada cantidad, que se acompaña de excesos e hiperemia conjuntival. Se diagnostica como conjuntivitis probablemente bacteriana, dando tratamiento local y medidas higiénicas, mejorando el padecimiento.

**Estructura de la familia.**- Nuclear, urbana, tradicional, integrada y funcional. La familia se acerca al ciclo de Independencia, aunque ya también se encuentra en la fase de retiro y muerte. Las funciones familiares que ameritan atención son las de cuidado, afecto y estatus y nivel socioeconómico.

**Evolución histórica de la familia.**- Fernando y Lucía se conocen aproximadamente 5 años antes de casarse, llevando noviazgo con buenas relaciones, decidiendo casarse en 1940, aunque existen obstáculos por parte del padre de Lucía, debido a que Fernando no tenía un trabajo fijo. Sin embargo se casan y Fernando se estabiliza al emplearse en una fábrica, mejorando las relaciones con Hegelie. Tienen 6 hijos, de los cuales se han casado 5 y han abandonado el hogar de origen aunque lo frecuentan. Queda la hija menor, Beatriz, la cual planea casarse el año próximo. En 1972 Fernando es pensionado por cesantía en edad avanzada. El aporte económico de la familia depende actualmente de la pensión de Fernando, del sueldo de Beatriz

que es maestra, y la ayuda que aportan el resto de los hijos.

**Crisis familiares.**- La oposición de Regelia al matrimonio, la salida del hogar de cada uno de los hijos al casarse, la pensión de Fernando, la cirugía realizada a Lucía.

**Atención psicológica previa.**- Ninguna.

**Subsistema conyugal.**- Las relaciones entre Fernando y Lucía siempre han sido buenas, cumpliendo cada uno sus roles y funciones adecuadamente, y siendo Lucía una esposa-madre característica.

**Subsistema parental.**- Siempre ha existido buena comunicación con los hijos, recibiendo a cambio cariño y cuidado de parte de ellos.

**Subsistema fraternal.**- Existen buenas relaciones entre los hermanos los cuales se reúnen frecuentemente en casa de sus padres, y estando todos de acuerdo en la ayuda que les proporcionan.

**Dinámica de la familia.**- Se aprecia vínculo claro entre Lucía, Fernando y Beatris, cumpliendo cada uno sus funciones, sin invasión de roles, y sus relaciones son satisfactorias y estables. Beatris se muestra preocupada ya que al casarse sus padres quedarán solos pero éstos aceptan la situación y aceptan que alguna vez estarán solos nuevamente, pero les conforta que sus hijos les frecuentan.

**Dinámica de la relación Médico-Familia.**- Hay buena aceptación de la familia, realizando 3 entrevistas en la cual participan todos. Se encuentra que la demanda aparente y también real es la conjuntivitis de Lucía, y funge como portavoz de su padecimiento; su esposo e hija fungen como emergentes, y no hay chivo expiatorio.

**Dinámica de la relación Familia-Enfermedad.**- Los miembros de la familia se preocupan cuando existe algún problema de salud y se procuran cuidados mutuamente.

**Problemas identificados.**- Ninguno. Hay buenas relaciones familiares y no existe tendencia al abandono del anciano.

**Pronóstico.**- Bueno.

## B) ANALISIS DE RESULTADOS.

De los pacientes identificados encontramos que 8 (40%) fueron del sexo masculino, y 12 (60%) lo fueron del sexo femenino (Gráfica 1). El rango de edad osciló entre 63 y 87 años, encontrando un promedio de 75.5 años.

La estructura de las familias estudiadas se simplifica en el siguiente cuadro:

## ESTRUCTURA FAMILIAR:

EN BASE A SU:	TIPO	FRECUENCIA	POR CIENTO
COMPOSICION	NUCLEAR	4	20 %
	EXTENSA	15	75 %
	EXTENSA COMPUESTA	1	5 %
ORIGEN	RURAL	0	0 %
	URBANA	20	100 %
DESARROLLO	PRIMITIVA	0	0 %
	TRADICIONAL	16	80 %
	MODERNA	4	20 %
OCUPACION	CAMPESINA	0	0 %
	OBRAERA	11	55 %
	PROFESIONISTA	4	20 %
	OTROS	5	25 %
INTEGRACION	INTEGRADA	6	30 %
	SEMI-INTEGRADA	3	15 %
	DESINTEGRADA	11	55 %
FUNCIONALIDAD	FUNCIONAL	10	50 %
	DISFUNCIONAL	10	50 %

Cuadro 1.

Es importante destacar que la mitad de las familias estudiadas presentaban disfunciones familiares. Estas disfunciones familiares quedan clasi-

ficadas en la división propuesta en el marco teórico, y que se enuncia a continuación:

1. Familias con relación satisfactoria estable ..... 10 (50%).
2. Familias con relación satisfactoria inestable ..... 0 ( 0%).
3. Familias con relación insatisfactoria estable ..... 4 (20%).
4. Familias con relación insatisfactoria inestable ..... 6 (30%).

( Gráfica 2 )

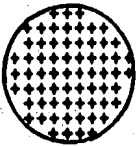
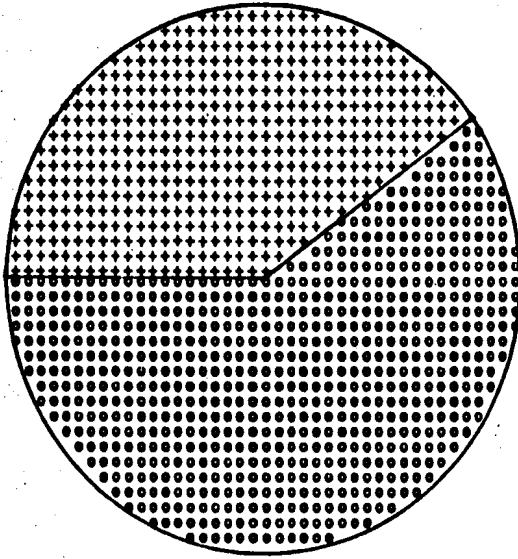
De acuerdo con los objetivos trazados nos propusimos relacionar la existencia de marginación del anciano con las disfunciones familiares. Y pudimos encontrar que en el grupo 3 de la clasificación anterior, en 2 familias existía marginación del paciente senil. En las familias clasificadas en el grupo 4, es decir, donde se encuentran las disfunciones familiares más severas pudimos encontrar que todas marginaban al paciente senil. ( Gráfica 3 ).

Del total de familias estudiadas, en 8 de ellas existía marginación del anciano, lo cual representa un 40 %, lo cual probablemente sea una cifra alarmante, aunque debemos tomar en cuenta que la muestra no es lo suficientemente grande para concluir que existe tal grado de marginación en nuestro medio. Sin embargo pensamos que el porcentaje de ancianos marginados es un poco menor pero no por ello deja de ser significativa la cifra.

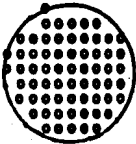
Ahora bien, una cosa importante en este modesto trabajo, es que en las familias donde las relaciones familiares eran buenas no se encontró un solo caso de marginación del anciano, lo que nos lleva a concluir que sí es importante la relación entre disfunciones familiares y marginación del paciente senil.

GRAPICA 1

DISTRIBUCION DE PACIENTES IDENTIFICADOS POR SEXO.



Pacientes del sexo masculino..... 8 (40%).

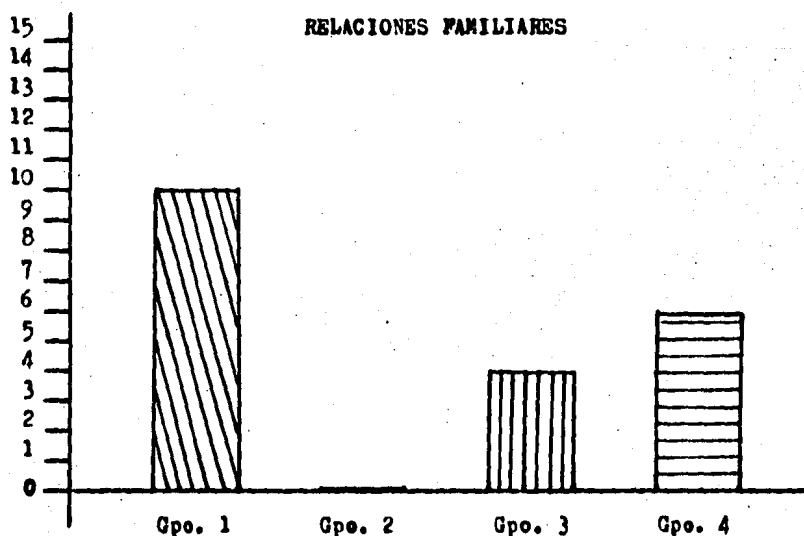


Pacientes del sexo femenino..... 12 (60%).



## G R A F I C A 2

No. de familias.



Grupo 1. Familias con relación satisfactoria estable..... 10



Grupo 2. Familias con relación satisfactoria inestable..... 0



Grupo 3. Familias con relación insatisfactoria estable..... 4

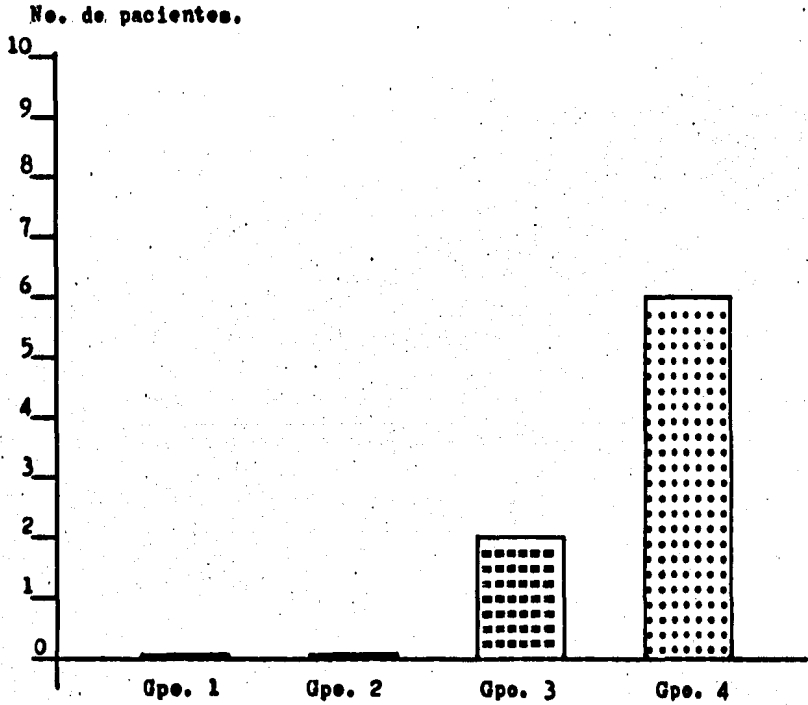


Grupo 4. Familias con relación insatisfactoria inestable..... 6

**TOTAL..... 20**

GRÁFICA 3

PACIENTES SENILES MARGINADOS POR SUS FAMILIAS.



Gpe. 1  
Pacientes seniles marginados..... 0



Gpe. 2  
Pacientes seniles marginados..... 0



Gpe. 3  
Pacientes seniles marginados..... 2



Gpe. 4  
Pacientes seniles marginados..... 6

Total de pacientes seniles marginados..... 8

## VIII. CONCLUSIONES .

Con los datos recopilados en las líneas anteriores nos podemos dar cuenta de la importancia que juega la familia en el desarrollo del individuo durante todo el ciclo familiar. El anciano, que cuando enferma se limita aún más para proporcionarse por sí mismo todas sus necesidades y cuidados, requiere del apoyo incondicional de la familia. Pero vemos que se requieren una serie de cosas para que el anciano pase una etapa de retiro y muerte feliz; así podemos mencionar que se debe educar al hombre en plena etapa productiva para que prevenga en el aspecto económico lo necesario para poder ser solvente por sí mismo, y no como casi siempre sucede, depender de una pensión raquítica y de la ayuda que le proporcionen sus familiares, casi siempre los hijos. Por otra parte, es necesario que tenga una preparación psicológica para la vejez, lo cual puede suceder si cuando se encuentra en etapa productiva busca un sentido motivador que lo lleve a realizar con deseo todo cuanto realiza, ya que las actividades que se realizan sin amor, sin motivación, sin recompensa de tipo cualitativo, van a traer frustración y amargura.

Un aspecto bien importante es el educar a la familia que tiene ancianos en su grupo, explicarles qué está sucediendo en el individuo de edad avanzada, como cuando se explica qué sucede en un lactante, aunque la comparación parezca burda. Debemos educar a la familia para que aproveche toda esa experiencia que ha acumulado el anciano con el curso de los años; debemos educarle para que lo mantenga en activo en trabajos sencillos en el hogar y hacerle sentir que es útil para nosotros; con esto el anciano seguramente pasará días más felices, le podremos aceptar más fácilmente y le proporcionaremos la seguridad emocional que tanto necesita.

¿Quién puede educar a la familia ?

Puede hacerse por medios de comunicación masiva, ya que si se realizan campañas promocionales para mantener la salud de los niños, ¿ porqué no ha de hacerse lo mismo con los ancianos ?

Se pueden fomentar las instituciones que trabajen de verdad en ello

y que no solo sean aparatos gubernamentales que hablan y dicen y sin embargo siguen habiende cada día más ancianos desamparados. Las instituciones de salud y las escuelas que forman Médicos debieran poner énfasis en la Ge rístría como se hace en otras disciplinas de la Medicina.

Y a propósito de educadores de la familia, creo que es una buena oportu nidad para el Médico Familiar para reafirmar su importancia en el primer nivel de atención médica, para realizar acciones preventivas, no solo en el niño, en el trabajador, en la mujer embarazada, sino también en el an ciano. En la medida que se logren identificar las alteraciones en la Diná mica Familiar, y se encauce a la familia a la identificación de ellas y ayudándole a encontrar el camino para la solución, mejorarán las relacio nes familiares, asimismo mejorará el cumplimiento de las funciones básic as de la familia, y el anciano formará parte de esa armonía.

No, no es fácil, pero si no se intenta menos fácil será. Vedmos en en el espejo del futuro sólo un instante, lo cual tampoco es fácil, pero una cosa sí es cierta, y es que muchos llegaremos. ¿Cómo llegaremos? Depende en buena parte de nosotros, de nuestra familia, de la sociedad.

## IX. BIBLIOGRAFIA.

1. Sánchez Aceña J. Familia y Sociedad. Cuadernos de Joaquín Mortis, 3a. edición, México 1980.
2. Alarid H.J., Irigoyen C.A. Fundamentos de Medicina Familiar. Ediciones M/F/M, 1a. edición, México 1982.
3. Lesada G. Arturo. Apuntes del Curso "Introducción a la Dinámica y Terapia Familiar" en la U.N.F. 22 INSS, 9-13 de Abril de 1984.
4. Shires D.B., Hennen B.K. Medicina Familiar Guía Práctica. Libros McGraw-Hill. 1a. edición 1983.
5. Saucedo G. Juan M., Fencerrada M. Miguel. La exploración de la familia. Aspectos médicos, psicológicos y sociales. Rev. Med. INSS (Méx) 19; 155-163. 1981.
6. Mimucha, S. Familias y Terapia Familiar. Ed. Gedisa, Colección Psicoeca mayor, 1a. ed. México 1983.
7. Pichen-Riviére, E. El Proceso Grupal. Ediciones Nueva Visión, 1a. edición, México 1983.
8. Ackerman, N. Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Ed. Paides 6a. edición, Buenos Aires, 1978.
9. Lesano C. Arturo y col. El viejo (Nosa redonda). Rev. Fac. Med. Mex. Vol. XXVI, Año 26, Núm 2, pp 73-85, 1983.
10. Padrón Puyou, F. La Tercera Edad (I parte). Rev. Solidaria del INSS, Núm. 5, pp 7-10, Dic. 1983.
11. Payne, M. El problema Gerontológico en México. Rev. Fac. Med. Méx. Vol. XXIII, Año 23, Núm. 5, pp 22-46, 1980.
12. Martin, A. Geriatria. Ed. El Manual Moderno, Serie Praxis Clínica, 1a. edición, México 1983.
13. Alvarez G. Ramón. Los Ancianos, Un Grupo Olvidado. Cac. Med. Mex. Vol. 113, Núm. 12, pp 575-80, Dic. 1977.
14. Merones C., Hugo y col. La Vejes. Rev. Solidaria del INSS Núm. 4, pp 6-11, Nov. 1983.
15. Padrón Puyou, F. La Tercera Edad (II parte). Rev. Solidaria del INSS, Núm. 6, pp 7-10, Enero 1984.

16. Escobar I. Alfonso. Aspectos Biológicos de la Senectud. Rev. Fac. Med. Mex. Vol. XXIV, Año 24, Núm. 12, pp 20-25, 1981.
17. Castro G. Numa P. Aspectos Psicobiológicos de la Senectud. Apuntes de Medicina Humanística del Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Fac. de Medicina UNAM, 1972.
18. Schneider E.L., Butler R.W. Geriatrics. JAMA Vol. 245, Núm. 21, pp 2190-1, June 1981.
19. Goldstein S.E., Blank A. The elderly: abused or abusers? Canadian Medical Association Journal. Vol. 127, pp 455-6 Sept. 1982.
20. Mann Marjerie. Health care for the elderly - a patient's point of view. Canadian Medical Association Journal Vol. 123, pp 1040-43, November, 1980.
21. Rojas B. Francisco. Medicina Preventiva en Geriatría. Anuario de Actualización en Medicina. Vol. VII, P. 24 Med. Prev., pp 603-22, INSS México, 1976.