



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE  
MEXICO Y MUNICIPIOS

HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL ISSEMYM  
ESTADO DE MEXICO

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y AUTOESTIMA EN  
MÉDICOS FAMILIARES DE LA UNIDAD MEDICA  
FAMILIAR CHIMALHUCAN ISSEMYM**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DR. EDGAR GABRIEL PARRA DELGADILLO**

CIUDAD NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MEXICO 2013.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y AUTOESTIMA EN  
MÉDICOS FAMILIARES DE LA UNIDAD MEDICA  
FAMILIAR CHIMAHUACAN ISSEMYM**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DR. PARRA DELGADILLO EDGAR GABRIEL**

**AUTORIZACIONES:**

**DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR EN  
HOSPITAL REGIONAL ISSEMYM NEZAHUALCOYOTL

**DR OSCAR BARRERA TENAHUA.**  
ASESOR METODOLÓGICA DE TESIS

**M.E. CLAUDIO MANUEL CRUZ FIERRO**  
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO**  
JEFA EL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION E INOVACION EDUCATIVA EN  
SALUD



**ISSEMYM**  
DIRECCION DE EDUCACION  
E INVESTIGACION EN SALUD

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y AUTOESTIMA EN MÉDICOS  
FAMILIARES DE LA UNIDAD MEDICA FAMILIAR  
CHIMALHUACAN ISSEMYM.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

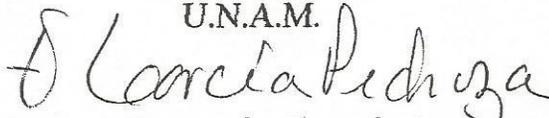
**DR. EDGAR GABRIEL PARRA DELGADILLO**

**AUTORIZACIONES**



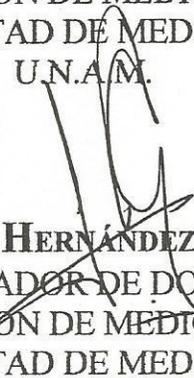
**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA  
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA**

**U.N.A.M.**



**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA**

**U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA**

**U.N.A.M.**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y AUTOESTIMA EN  
MÉDICOS FAMILIARES DE LA UNIDAD MEDICA  
FAMILIAR CHIMALHUCAN ISSEMYM**

## INDICE GENERAL

Marco teórico.....	1
Síntesis histórica.....	1
Concepto de familia.....	1
Epidemiología.....	4
La familia como sistema.....	5
Tipología familiar.....	7
La familia funcional.....	9
La familia disfuncional.....	12
Diferencias entre la familia funcional y disfuncional según el ciclo de la familia.....	17
La familia como unidad de cuidado.....	18
Las funciones básicas de la familia.....	20
Ciclo vital de la familia.....	23
La estructura familiar.....	24
Modelos de funcionalidad familiar.....	27
Modelo sistémico de familia Bavers.....	27
Modelo de funcionamiento familiar McMaster.....	28
Modelo del ambiente familiar de Moss.....	28
Modelo circunflejo marital y familiar.....	30
Modelo de respuesta, adaptación y ajuste familiar.....	32
Modelo de factores de riesgo.....	33
Principios ideales para un buen funcionamiento familiar.....	34
Teoría estructural de funcionamiento familiar.....	34
Teoría explicativa del funcionamiento familiar.....	35
Teoría interaccional de la comunicación.....	37
Análisis familiar.....	38
La autoestima.....	40
Tipos de definiciones de autoestima.....	43
Definición del estado actual del conocimiento.....	44
Estructura fundamental de la autoestima.....	48
Los componentes básicos de autoestima.....	48
Las cualidades vividas de autoestima.....	49
Las dinámicas de la autoestima.....	49
La estructura de la autoestima.....	50

Factores relacionados con la familia de origen que afectan al desarrollo de la autoestima.....	52
Actitudes parenterales.....	52
Factores sociales que afectan el desarrollo de la autoestima.....	54
Generó y autoestima.....	56
Factores raciales, étnicos y económicos que afectan la autoestima.....	57
Relación entre la autoestima y éxito.....	57
Aceptación versus rechazo.....	58
Virtudes versus culpa.....	59
Influencias versus falta de poder.....	59
Logros versus fracasos.....	60
Variabilidad relativa de la autoestima y éxito.....	60
Características de la personalidad asociadas a autoestima.....	61
Características negativas de la autoestima baja.....	63
Autoestima media y vulnerabilidad.....	64
La consecuencias de la autoestima.....	65
Instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar Faces III.....	66
Evaluación del modelo y de los instrumentos Faces.....	75
Características del instrumento.....	76
Características de aplicación.....	77
Estudios comparativos.....	78
Inventario de Coopersmith.....	81
Descripción del inventario de autoestima.....	81
Descripción de la prueba de autoestima.....	82
Normas de corrección.....	84
Planteamiento del problema.....	85
Justificación.....	87
Objetivos.....	89
Objetivos General.....	89
Objetivos Específico.....	89
Material y método.....	90
Tipo de estudio.....	90
Población, lugar y tiempo de estudio.....	90
Tipo de muestra y tamaño de la muestra.....	90
Criterios de inclusión.....	90

Criterios de exclusión.....	90
Criterios de eliminación .....	90
Variables definición conceptual y operativa de las variables.....	91
Propósito de la investigación.....	92
Grupo de investigación.....	92
Instrumentos para recolección de datos.....	92
Método de recolección de datos.....	94
Recursos humanos.....	94
Recurso materiales.....	94
Recursos financieros.....	95
Análisis de la información .....	95
Consideraciones éticas.....	96
Declaración de Helsinki.....	97
Resultados.....	103
Discusión.....	108
Conclusión.....	111
Referencias bibliográficas.....	114
Anexos.....	121
Anexo 1 consentimiento informado.....	122
Anexo 2 cuestionario de datos Faces III versión español (México).....	124
Anexo 3 cuestionario de autoestima Coopersmish.....	127

## **1.- MARCO TEORICO.**

### **1.1 SINTESIS HISTORICA.**

Desde épocas antiguas, la práctica médica a estado ligada a la relación médico-paciente, lo que obliga a los profesionales a desarrollar habilidades de tipo social, como la empatía. El núcleo familiar ó la familia de origen, representa el agente más importante en el proceso de socialización debido al tiempo e intensidad de sus relaciones. Diversos estudios han identificado que en la población médica existen diferencias por género y el tipo de núcleo familiar proveniente, en relación con el desarrollo de la empatía, esta última en una relación estrecha con autoestima de cada persona, y ambas reflejadas en una adecuada relación médico-paciente. Es así, como a lo largo de la historia, a la familia se le ha designado diferentes definiciones y se le ha identificado como a una organización social tan antigua como la propia humanidad, que simultáneamente con la evolución histórica, ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época. <sup>(1)</sup>

### **1.2 CONCEPTO DE FAMILIA**

La palabra "familia" proviene de la raíz latina famulus, que significa sirviente ó esclavo doméstico. En un principio, la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre. En la estructura original romana la familia era regida por el Pater, quien condensaba todos los poderes, incluidos el de la vida y la muerte, no sólo sobre sus esclavos sino también sobre sus hijos. <sup>(1)</sup>

Al paso del tiempo, con la evolución que ha experimentado el grupo familiar y conforme a diferentes enfoques científicos, han ido surgiendo diferentes definiciones, cada una de las cuales tiene diferentes niveles de aplicación, Así por ejemplo la Organización Mundial de la Salud señala que por familia se entiende, "a

los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial."<sup>(1)</sup>

Una segunda definición es la otorgada por, el Diccionario de la Lengua Española quien la define como: "al grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Número de criados de uno, aunque no vivan dentro de su casa. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje." En esta definición, en la cual están reunidas tres acepciones de lo que se debe entender por familia, se esboza ya, una cierta jerarquización y distribución del poder dentro del seno familiar. Por su parte los sociólogos como un grupo social primario de la sociedad de la cual forma parte y a la que pertenece el individuo, dotando a este de características materiales, genéticas, educativas y afectivas. <sup>(1)</sup>

Según los demógrafos, la familia puede definirse por el grado de parentesco dado por el matrimonio consanguíneo o adopción; entonces todas las personas que viven bajo el mismo hogar constituyen una familia. <sup>(1)</sup>

Para el psiquiatra y pediatra argentino Salvador Minuchin, creador de la terapia familiar estructural, la familia es como "el grupo en el cual el individuo desarrolla sus sentimientos de identidad y de independencia, el primero de ellos fundamentalmente influido por el hecho de sentirse miembro de una familia, y el segundo por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación con grupos extra familiares."<sup>(2)</sup>

Ackerman, N. Al referirse a la familia, la define como "la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud."<sup>(3)</sup>

Según, Horwitz “la familia es una unidad de atención médica, que incluye a todas las personas que conviven en una misma unidad residencial entre las cuales existen lazos de dependencia y obligaciones recíprocas, y que por lo general, están ligadas por lazos de parentescos.”<sup>(4)</sup>

El connotado Lyman C. Wynne psiquiatra investigador en el campo de terapia familiar refería que la familia era un sistema social único y primario en permanente interacción con los demás sistemas sociales primitivo y secundario. En ella encontramos los gérmenes patógenos que podemos detectar a la luz de los conocimientos del psicodinamismo del grupo familiar<sup>(5)</sup>.

Otra de las definiciones destacadas es en donde a la familia se le reconoce como, cualquier grupo de personas unidas por los vínculos del matrimonio, sanguíneos, adopción o cualquier relación sexual expresiva, en que las personas comparten un compromiso en una relación íntima y personal, los miembros consideran su identidad como apegada de modo importante al grupo y el grupo tiene una identidad propia.<sup>(6)</sup>

Para la Organización Panamericana de la Salud: “La familia es el entorno donde se establecen por primera vez el comportamiento y las decisiones atinentes a la salud, y donde se originan la cultura, los valores y las normas de la sociedad. La familia es no solo la unidad básica de la organización social, sino la más accesible para llevar a la práctica las intervenciones preventivas y terapéuticas. Constantemente, hay una interacción dinámica entre la salud y las características familiares; la estructura y la función de la familia repercuten en la salud y, a su vez, la salud repercute en la estructura y la función de la familia”.<sup>(7)</sup>

Estas definiciones son solo por citar algunas de las más relevantes, entre muchas, que se han desarrollado a lo largo de la evolución histórica, hasta nuestros días.

Por lo anterior, es difícil, dar una definición única de familia, lo que podemos decir, es que la familia es el primer grupo al que pertenecemos, esculpida por valores, afectos, sentimientos y pensamientos a través de la historia del mismo hombre, porque se debe admitir que en todas las formas culturales, la familia fue y es el pilar de la sociedad, por tal motivo causa efecto dentro y fuera de la misma.<sup>(7)</sup>

### **1.3 EPIDEMIOLOGIA**

Hace algunos años, los investigadores dan pruebas de que los factores psicológicos, conductuales y ambientales influyen en las distintas esferas de la salud del individuo. Específicamente, el estrés constituye un importante factor de riesgo de alteración de la salud física y mental. El estrés puede alterar la salud precipitando la aparición de un trastorno, afectando el curso de una enfermedad, generando nuevas fuentes de estrés, produciendo malestar físico y psíquico, y reduciendo el bienestar y la calidad de vida. Además del estrés, existen otras variables psicosociales asociadas al estado de salud, se ha encontrado una correlación entre el estrés y determinadas variables sociodemográficas y psicosociales, como la escolaridad, el apoyo social y la autoestima.<sup>(8)</sup>

En México, se halló una correlación negativa significativa entre el estrés y la autoestima (coeficiente de correlación  $[r] = -0,28$ ) y entre el estrés y el apoyo social ( $r = -0,20$ ), y una correlación negativa débil entre el estrés y la escolaridad ( $r = -0,13$ ). En cuanto a las diferencias relacionadas con el sexo, algunas investigaciones indican que las mujeres pueden ser psicológicamente más susceptibles a los efectos estresantes cotidianos que los hombres. Asimismo, se ha encontrado que los roles sociales femeninos están asociados con mayor grado de estrés que los masculinos.<sup>(8)</sup>

El objetivo valorar el efecto del estrés, el apoyo social y la autoestima respecto de la salud mental y física del individuo mediante ecuaciones estructurales,

integrando modelos parciales estimados anteriormente, lo que permite simplificar los efectos entre las variables. La muestra estuvo conformada por 283 mujeres en México. Las encuestas se realizaron en los domicilios, utilizando cuestionarios de autoevaluación para valorar cada una de las variables incluidas en el modelo. Cada participante respondió a los cuestionarios en una sola entrevista. <sup>(8)</sup>

Al final, se concluye que el apoyo social y la autoestima son predictores del estrés; la edad y el estrés, predictores de la salud física; y el estrés, la autoestima y la salud física, predictores de la salud mental. <sup>(8)</sup>

#### **1.4 LA FAMILIA COMO SISTEMA**

A partir de la década del 60, se le dio uno de los enfoques utilizados en la familia parte de la teoría general de los sistemas. Este enfoque considera que el sistema es un conjunto de elementos de interacción dinámica, donde cada elemento cumple una función con respecto al todo, pero éste no es reducible en sus partes, y su función es más que la simple suma de ellos<sup>(9)</sup>.

De tal manera que a la familia, se le es vista con enfoque sistémico, es decir, “vive” en una macro-estructura, que incluye elementos de naturaleza ecológica, representados por el ecosistema en su concepción más amplia, así como la cultura y elementos de índole socioeconómico, en correspondencia con la formación económico-social a que pertenezca, de la cual, además, constituye la célula fundamental de la sociedad, que puede y debe complementarse con otras instituciones, pero jamás podrá ser sustituida por ellas. A la familia, vista desde ese ángulo, se le plantean por tanto variadas exigencias. <sup>(10)</sup> Primeramente, al ser considerada célula social, se le otorga la cualidad de unidad mínima de la sociedad, pero a la vez se le da valor como sistema social y se reconoce su complejidad como organismo vivo. Por otra parte se reconoce la importancia de la familia como institución, siendo imposible ser reemplazada por ninguna otra, dado su papel rector en el proceso de socialización de los individuos, proceso

cambiante a través del tiempo y en las distintas sociedades. Su carácter institucional la ubica en una estrecha relación con la sociedad, no sólo por constituir el mejor espacio de vínculo e intermediación entre el individuo y el sistema social, sino como espacio privilegiado para la acción de políticas sociales y económicas. <sup>(10)</sup>

Ahora bien desde un entorno más cercano al individuo (...) algunos autores la denominan microestructura, e incluyen elementos como: la presencia, calidad y facilidad de acceso a instituciones educacionales, de salud, culturales, deportivas, de cultura física, la cantidad y calidad del transporte, el acceso a una alimentación adecuada, así como el clima y el ingreso familiar, poniendo entonces a la familia en el plano de asegurador por excelencia, del acceso de los individuos a las facilidades sociales, para lo cual deberá poner en funcionamiento sus propias potencialidades como grupo humano. Es también en este plano individual, en donde, los componentes biológicos, psicológicos de los miembros de la familia, presentan una homeostasis; el resultado de dicha regulación podrá constatarse en el estilo de vida, (...) como expresión de las regularidades de los estilos de vida de los sujetos pertenecientes a la familia. <sup>(10)</sup>

Por lo tanto, se hace evidente que para analizar a la familia, es necesario combinar las interrelaciones de indicadores a nivel macro y microsociales, así como sus características grupales, donde no pueden quedar excluidas las de sus miembros como individualidades. Por eso su estudio se torna complejo e involucra a muchas ramas del saber humano, haciéndolo necesariamente interdisciplinario, holístico e integrador según las tendencias actuales en el estudio de las ciencias humanas. <sup>(10)</sup>

Entonces, considerando todos estos elementos y apreciando además las coyunturas históricas concretas de la sociedad, deberemos de tener a la familia; como sistema de intercambio y con ello tener presente que no escapara a la influencia de los cambios mundiales, ni a los problemas que tiene la familia como

institución a nivel internacional. <sup>(10)</sup> De tal manera que ante los problemas económicos y de interacción familiar que pueden generar conflictos severos en los hogares y en la crianza de los niños, la familia puede responder de manera resiliente, sin embargo otros pueden enfermar o desencadenar una crisis de funcionamiento, ó en definitiva, retardar su desarrollo individual y/o grupal. <sup>(10)</sup>

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: la Composición (nuclear, extensa o compuesta), el Desarrollo (tradicional o moderna), la Demografía (urbana, suburbana o rural), la Ocupación (campesino, empleado o profesionista), la Integración (integrada, semiintegrada o desintegrada), pero hay otras características que son indispensables conocer ya que como lo enfatiza Virginia Satir, son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar, lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga a conocer la Jerarquía, entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser, autoritaria, indiferente negligente, indulgente permisiva ó reciproca con autoridad, los límites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos y la Comunicación que no es más que la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser, directa, enmascarada o desplazada . <sup>(10)</sup>

## **1.5 TIPOLOGIA FAMILIAR**

Es la disposición de los miembros que componen el sistema familiar; existen diversos tipos de familia documentados según, su estructura, desarrollo, ocupación y base demográfica, pero para el presente proyecto seleccionamos la tipología de Arias y Montero que la presentan en su escrito de fundamentos y

principios de medicina familiar, según su conformación, se definen los siguientes tipos de familia: <sup>(11)</sup>.

□ Familia nuclear: es la que conforma la pareja con o sin hijos. Se caracteriza por los lazos de parentesco legítimo y por el hecho de vivir juntos bajo el mismo techo. <sup>(12)</sup>

□ Familia uniparental: Conformada por uno de los padres e hijo o hijos. Familia de un solo padre, ya sea por la soltería de la madre o como consecuencia de complicaciones en el desarrollo familiar, como el fallecimiento, separación o divorcio de la pareja. <sup>(12)</sup>

□ Familia extensa ó de tres generaciones: es una familia nuclear que va a vivir con la familia de origen de alguno de los cónyuges o que nunca salió del seno familiar y permaneció allí después de realizar su unión conyugal. <sup>(12)</sup>

□ Familia reconstituida ó recompuesta: Es aquella donde uno de los padres ha tenido uno o varios vínculos afectivos para conformar nuevo hogar. <sup>(12)</sup>

□ Familia huésped ó solidaria: Es aquella donde se acoge y protege un ser humano <sup>(11)</sup>

□ Familia fantasma: Es aquella donde uno de los padres ha debido ausentarse del hogar, ya sea por razones laborales ó por necesidad de traslado debido a carencia económica. <sup>(11)</sup>

□ Familia extensa compuesta: son los tipos de familias que integran, a otros miembros sin nexos consanguíneos ni de filiación (sirvientes, compadres, ahijados, amigos, huéspedes, etc.). <sup>(12)</sup>

El buen ó mal funcionamiento de la familia, es un factor determinante en la conservación de la salud ó en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla ó deje de cumplir eficazmente sus funciones,

se habla de familia funcional o disfuncional. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. <sup>(13)</sup> Una familia funcional es lo suficientemente flexible para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que puede conservar la homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas. En cambio, en una disfuncional, la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición de psicopatología cuando las crisis amenazan romper el equilibrio. La familia funcional no difiere de la disfuncional por la ausencia de problemas, lo que las hace diferentes es el manejo que hacen de sus conflictos, no la ausencia o presencia de ellos. <sup>(13)</sup>

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. <sup>(14)</sup>

## **1.6 LA FAMILIA FUNCIONAL**

Funcional se refiere a la utilidad de un patrón organizacional ó conductual para lograr un objetivo. <sup>(15)</sup> Los estudiosos de la familia han buscado las características de lo que en un principio se llamó la “familia ideal”; sin embargo, pronto encontraron que había tantos “ideales” como estudiosos de la familia. Entonces pensaron asignarle el término “familia perfecta”, pero no encontraron ninguna. “Familia sana” sonaba bien; lo difícil fue definir el concepto de salud, y aunque alguien dijo que es la ausencia de enfermedad, con respecto a las relaciones familiares no servía de mucho. Posteriormente se pusieron de acuerdo en el término “familia funcional”, pues les ayuda a una mejor comprensión de cómo son la mayoría de las familias. Con ello expresan en dos palabras que el sistema familiar cumple, mínimamente, para que sus miembros puedan desarrollarse de

manera física, emocional, intelectual y socialmente. <sup>(15)</sup> ¿Pero en qué se parecen las familias funcionales? Un primer aspecto (...) se refiere a la capacidad que tienen para satisfacer, aunque sea en los rangos mínimos las necesidades materiales de alimentación, techo, salud, educación y diversión. El clima emocional ordinario de la familia suele ser distorsionado; esto es que los miembros de estas familias se sienten a gusto en casa y en su habitación. <sup>(15)</sup> Es decir en este contexto familiar, se procura a sus miembros una sensación de pertenencia y aceptación que contribuye a desarrollar la identidad personal y la autonomía de las personas que lo conforman. Sus vínculos emocionales son generalmente estables y sólidos, sobre todo en el caso de necesitarse para enfrentar una dificultad ó amenaza y, al mismo tiempo, les permiten la libertad e independencia necesarias para que cada uno busque su propio camino. La mayoría de sus intercambios comunicativos son claros y directos, y el manejo de las emociones es pertinente a la situación vivida. En caso de disgustos y discrepancias, aunque a veces es difícil, encuentran la posibilidad para poder hablarlos. Y un aspecto interesante de la mayoría de las llamadas familias “funcionales”, es que tienen sentido del humor: suelen hacerse bromas y muchas veces conviven divertidos. <sup>(15)</sup>

Cualquier familia enfrenta problemas, aunque sea funcional. Lo que hace la diferencia es la forma como enfrentan y buscan las soluciones. Todos los miembros de la familia y del grupo como sistema requieren tiempo para comprender las dificultades: así ensayan diversas tácticas de ensayo-error, hasta encontrar sus soluciones particulares, y de esta manera contribuyen al buen desarrollo de todos una vez que se ha superado la crisis. Son estas crisis paranormativas, las que la familia enfrenta y supera, y ayudan a sus miembros a crecer y, a la larga, tienen un efecto positivo: los chicos aprenden a no ser personas extremadamente rígidas, pues no se resisten al cambio y buscan alternativas. A diferencias de las familias disfuncionales, cuya principal dificultad es que niegan ó no resuelven sus problemas y así éstos aumentan y empeoran <sup>(15)</sup>

Los roles tradicionales, que son las pautas de convivencia, tienen que ver con lo que se debe hacer o no en cada familia; en la mayoría de las funcionales son claros y convincentes para todos, cada uno cumple la parte que le corresponde para que no se sobrecargue a alguien ni por edad ó por sexo, como por ejemplo las labores del hogar a la madre. <sup>(15)</sup>

Las relaciones afectivas entre todas las personas pertenecientes a la familia se da de manera horizontal y con cierto margen de consenso; sin embargo, se debe guardar la jerarquía entre las personas de autoridad y los hijos. Las relaciones a nivel intergeneracional son verticales, especialmente cuando los padres deben imponer ciertas reglas como la obligación de ir a la escuela. En una familia funcional no todo puede ser democrático. Muchas familias dejan de ser funcionales cuando se invierte la jerarquía; por ejemplo cuando la madre pide autorización al hijo, y cuando la jerarquía se confunde con el autoritarismo. <sup>(15)</sup> Algo que caracteriza a las familias funcionales es que, están predispuestas al cambio, y así logran nuevos equilibrios. Son capaces de enfrentar las vicisitudes que pasan a lo largo de la vida, cuando por el proceso de madurez tanto de los padres como de los hijos se les plantean nuevos retos y problemas. Son sensibles a las necesidades de los miembros de la familia y a las experiencias nuevas que enfrentan al crecer. Logrando con ello, el contacto afectivo y cálido entre todos sus miembros; pero al mismo tiempo son capaces de permitir que cada uno tenga sus propios espacios, sus actividades personales y su vida social independiente. Cada familia pasa por procesos de equilibrio y cambio; por eso requiere adaptar y modificar aquello que, hasta ese momento, le había funcionado. Las personas que conviven tienen que revisar frecuentemente si su sistema de jerarquía, sus roles y reglas, son claros para todos y están adaptados a las necesidades del momento de su vida. <sup>(15)</sup>

Para la Terapeuta e investigadora; María del Pilar Martínez Navarro, la funcionalidad de una familia será vista desde la perspectiva emocional de lo saludable ó tendiente a ello. Las características de funcionalidad tendrán que ver

para esta investigadora con: la estructura familiar (familia completa ó incompleta; bienestar, formas de intercambio afectivo, maneras de resolver problemas, enseñanzas de reglas, disciplina, valores, límites. Podría decir que según esta investigadora las familias funcionales son las que cumplen en mayor o menor grado, las obligaciones que tienen cada miembro del sistema. <sup>(16)</sup>

Ackerman Nora, investigador en funcionalidad familiar; en sus escritos describe siete requisitos para que las familias puedan ser funcionales: <sup>(3)</sup>

- \*Proveer de alimento, abrigo y necesidades materiales que preservan la vida.
- \*Ser la matriz de las relaciones interpersonales, aprenden los lazos afectivos.
- \*Promover la identidad personal ligada a la identidad familiar.
- \*Ser el vínculo de identidad y seguridad para enfrentar experiencias nuevas.
- \*Promover la identidad sexual, lo cual prepara el camino para su realidad futura.
- \*Promover la identidad social que ayude a aceptar su responsabilidad.
- \*Fomentar el aprendizaje, la creatividad y la iniciativa individual.

## **1.7 LA FAMILIA DISFUNCIONAL.**

Es aquella donde hay planteamientos no claros, ni verdaderos sobre el origen de la familia. Algunos creen que no importa el origen y descalifican de esta manera este punto. Otros prefieren creer que su origen es una consecuencia de la evolución de los mamíferos superiores; y así unos y otros buscan en la ciencia y en lo que dice la gente su guía para comprender a la familia, sus dinámicas y sus maneras de crecimiento y restauración. Por lo tanto la confusión y el error son sus guías y las metas son las que cada quien se plantea. <sup>(15)</sup>

En ella se busca constantemente la separación de sus miembros, la fragmentación de la unidad familiar y la competencia entre unos y otros. Los padres y los hijos se mantienen en un creciente antagonismo, desarrollando variados y destructivos mecanismos de defensa y una lucha constante por el

poder y la autoridad, donde el egoísmo es la regla para el crecimiento, la intimidad y la individualización. En estas familias la diferencia entre los sexos es cosa de otro tiempo y pueden unirse hombres con hombres y mujeres con mujeres, para las relaciones de intimidad sexual y la formación de familias. <sup>(15)</sup>

Lo biopsicosocial-cultural, es el componente básico de la familia, a lo que condiciona el resto de las relaciones en su seno: amor recíproco, vínculos sociales, morales, afectivos, físicos, y las tradiciones únicas que cada familia tiene y que le dan un sello especial y particular. En cuanto a lo espiritual, es consecuencia de los factores anteriores y por lo tanto está sujeto a ellos y no a Dios; la noción de Dios, es de algo sin poder, ni trascendencia en sus vidas. <sup>(15)</sup>

En el seno de la familia la originalidad e individualidad del ser humano, se moldea de acuerdo a la opinión de los padres, la sociedad ó de la que cada miembro de la familia decida, donde muchas veces el criterio es la mayoría de edad de cada hijo, para hacer de su vida y de la familia, lo que le plazca. La participación de Dios en este proceso es nula ó de acuerdo a lo que a cada quien entiende, según su propia y personal opinión, la cual tiene rango de soberanía por sobre todas las cosas. Las estrategias de crianza son rígidas; donde hay que ajustarse a las reglas que en forma autoritaria, decide la persona que trae el dinero al hogar, o quien tradicionalmente ejerce la autoridad. No se tiene un criterio basado en el desarrollo y necesidades genuinas y reales de cada uno de los miembros de la familia. <sup>(15)</sup> El respeto es condicionado, (...) las expresiones de unos a otros en cuanto al afecto, cariño, amor, reconocimiento y la admiración, son estereotipadas, ó no se practican, o son filtradas por la autoridad en la familia, de acuerdo a sus prejuicios personales e historias de crianza particulares, y los tabúes hacia ciertas expresiones rompen el proceso de simpatía y cercanía entre los miembros de la familia. Las ideas y opiniones son excesivamente criticadas, ridiculizadas ó totalmente descalificadas, y por lo tanto, no se usan ó se utilizan solamente aquellas cuyo fracaso es evidente, con lo cual el que las propone queda a merced del escarnio de los demás miembros de la familia. Solamente

tienen valor aquellas ideas y opiniones, que provienen de quien detenta la autoridad y el poder.<sup>(15)</sup> Las obligaciones, derechos y privilegios, se ejercitan solamente en beneficio de cada uno, sin tomar en cuenta a los demás. Esto hace de la familia disfuncional una comunidad de egoísmos, de competencia, donde cada uno da al otro, solamente lo que le sobra, o lo que está obsoleto para el donante. El tiempo para dar algo a otro es el tiempo del que da, no del que necesita. De esa manera en esta familia unos pueden tener en demasía, y otros, pueden no tener nada. El amor en acción está ausente y el egoísmo tiene su reino en estos hogares. Lo bueno de cada uno no se comparte, ni se estimula y muchas veces tampoco se disfruta. El ambiente no es acogedor. Los miembros de la familia desean estar fuera de su núcleo, y el regreso al mismo es triste, defensivo y amenazador. La autoridad y los límites son utilizados para ejercer la autoridad y el dominio, los unos sobre los otros; y el rendirse cuenta se vive como un control y una codependencia. Cada uno se considera dueño y señor del tiempo, los afectos, las actividades, el dinero, los objetos valiosos y la misma vida, de lo cual puede disponer a su antojo y conveniencia personales, sin importar como beneficie o perjudique a los demás. La honestidad y la franqueza brilla por su ausencia en el contexto de estas familias. La imagen que proyectan es generalmente ficticia, y está basada en el miedo, al qué dirán los otros de cada uno de ellos y de la familia como totalidad.<sup>(15)</sup>

Hay falsa alegría, rabia o miedo cada vez que uno de los miembros de la familia expresa sanamente su independencia, autonomía e intimidad. Lo cual sería valorado por los otros miembros disfuncionales de la familia, de acuerdo a las consecuencias favorables a ellos, que tenga la persona que expresa los mencionados sentimientos de independencia, intimidad y/o autonomía. La falta de misericordia y de perdón son notas distintivas de las familias disfuncionales, lo cual hace que la salud emocional, social y espiritual sea muy pobre, acentuándose con los errores de sus miembros. Hay mucho miedo en ellos, de ser juzgados por las otras familias y por la comunidad.<sup>(15)</sup>

No se promueve, no se estimula, ni se da soporte al desarrollo de los talentos, capacidades y dones de cada uno ni se reconoce que los mismos son dados por dios para compartirlo con los demás y para el propio éxito personal. El agradecimiento genuino al dador no está presente o escasea en estos medios disfuncionales. Lo destructivo que surge en el seno de la familia, no se olvida, y se continúa viviendo sin misericordia, ni amor, donde las actitudes y comportamientos vengativos y amenazantes, frutos del odio y de la falta de perdón, están presentes frecuentemente en contexto familiar. Las cosas malas no se olvidan y se recuerdan frecuentemente.<sup>(15)</sup>

Los problemas y crisis de los miembros, no se plantean libremente, por los miedos y amenazas que genera el ambiente de una familia disfuncional. Cada uno tiene que solucionar sus propios problemas. Generalmente no se respeta la privacidad y confidencialidad que cada uno requiere de sus asuntos personales. Hay un desequilibrio entre lo privado y lo público en el seno de la familia, por la inconsistencia de estas familias, publicarán lo que no debe publicarse y mantendrán en secreto lo que se debe publicar. La inseguridad y desconfianza, daña la salud emocional en el seno de la familia disfuncional. Esto quiere decir que hay malestar y no hay deseo de estar juntos todos los miembros de la familia, y hay una falta de reconocimiento a la verdad de que todos tienen necesidades individuales, por lo que necesitan un grado variable de privacidad.<sup>(15)</sup>

Los miembros de la familia no muestran un compromiso real y verdadero por el cuidado y soporte mutuo de la familia como una unidad, enfrentando las situaciones de distinta naturaleza, en forma aislada. No hay respeto, ni consideración, por: las diferencias individuales, la autonomía de cada uno, las necesidades de unos y de otros no son aceptadas ni atendidas, no se estimula el desarrollo y el bienestar de los miembros de cada generación: ni de los más jóvenes ó de los más viejos. Las parejas no practican el respeto y apoyo mutuo; ni comparten equitativamente el poder y las responsabilidades. Los niños, ancianos, enfermos crónicos y otros miembros vulnerables de la familia, no tienen una

atención acorde a su situación particular de edad, sexo, y condiciones de salud, en lo que respecta a afecto, cuidado, atención, protección y socialización de ellos. <sup>(15)</sup>

Hay una marcada y crónica carencia de recursos adecuados para la seguridad económica básica y para el soporte psicológico, social y espiritual. Para estos aspectos la familia se descalifica constantemente, y también descalifica a las amistades, iglesias, organizaciones de crecimiento espiritual y emocional, escuelas y otros recursos de la comunidad. <sup>(15)</sup>

La organización familiar es inestable y está caracterizada por patrones destructivos de comportamiento y actitudes tales como: la crítica destructiva constante, la sobreprotección, el servilismo, la rebeldía y la venganza. Todo lo cual dificulta la sana expresión emocional (las emociones y sentimientos se expresan en forma inconsistente y falsa). <sup>(15)</sup>

La comunicación está caracterizada por ser: Cerrada, con reglas y expectativas rígidas, inconsistentes y/o confusas, Interacción desagradable y forzada, la sensibilidad y receptividad en las necesidades de comunicación son descalificadas y criticadas excesivamente. <sup>(15)</sup>

La estructura familiar es rígida, esto quiere decir que es inflexible en el conocimiento y compromiso por el cambio, que originan las demandas internas y externas, enfrenta fallidamente el estrés y los problemas que se presenten y evade los retos que traen consigo las transiciones de los ciclos de la vida. <sup>(15)</sup> Tiene uno ó más sistemas de creencias, que son inefectivos para entender y atender con eficacia a todos los miembros de la familia. En general estos sistemas de creencias tienen como base el individualismo. <sup>(15)</sup> Mas adelante en la Tabla 1.8 se muestran las diferencias entre ambos tipos de familias.

## 1.8 DIFERENCIAS ENTRE FAMILIA FUNCIONAL Y DISFUNCIONAL SEGÚN EL CICLO DE LA FAMILIA.

ETAPA	FASE	PERIODOS	FUNCIONAL	DISFUNCIONAL
Constitutiva	Preliminar o de encuentro	Noviazgo	Libre elección de la pareja	Influencias en la elección de pareja
	Recién casados sin hijos	Matrimonio	Complementariedad Adecuación Lealtad a la familia de procreación Negociación	Suplementariedad Nula adecuación Lealtad a la familia de origen Sin negociación
Procreativa	Expansión	Nacimiento y crianza de los hijos Nacimiento del primer hijo. Prescolares Hijos escolares Adolescentes	Rol de padres	Incapacidad para asumir el rol de padres
	Consolidación y apertura		Límites claros con familias de origen	Límites difusos o rígidos con familias de origen
Dispersión	Desprendimiento	Separación de los hijos	Socialización Secundaria Reajuste de roles Límites claros	Socialización secundaria inadecuada Mal ajuste de roles Límites rígidos o difusos
Final	Independencia	Cónyuges solos	Aprender a ser independientes nuevamente como pareja.	Favorece la dependencia de y para los hijos.
	Disolución	Jubilación Retiro	Facilitar la independencia de los hijos. Renegociar funciones en el	No aceptación del cambio de rol

		Vejez de la pareja	subsistema conyugal Nuevas relaciones con los hijos, nietos, familia residual.	No adecuación de funciones en el subsistema conyugal
		Viudez	Aceptación de pérdida de habilidades	Inadecuadas relaciones con los hijos, nietos, familia residual No aceptación de la pérdida de habilidades.

### 1.9 LA FAMILIA COMO UNIDAD DE CUIDADO.

En toda familia se presenta una dinámica compleja que rige sus patrones de convivencia y funcionamiento. Si esta dinámica resulta adecuada y flexible, o sea, funcional, contribuirá a la armonía familiar y proporcionará a sus miembros la posibilidad de desarrollar sólidos sentimientos de identidad, seguridad y bienestar como ya se enfatizó anteriormente. <sup>(7)</sup>

La familia como contexto social primario en el que ocurre y se resuelve el proceso salud enfermedad, ha sido y es motivo de preocupación desde las más diversas disciplinas. Son muchos los estudios sobre las relaciones existentes entre las características familiares y el desarrollo biopsicosocial de cada uno de sus integrantes (fecundidad, desnutrición, morbimortalidad infantil, enfermedades mentales, psicosomáticas, utilización de los servicios de salud, etc.) La persona ha dejado de ser vista como un ser meramente biológico y han cobrado interés factores psicológicos y sociales, mucho de los cuales se generan en el seno familiar y afectan de alguna forma la salud de sus integrantes. La aparición de enfermedades no están determinadas solo por factores genéticos. <sup>(7)</sup>

Los patrones de conducta familiares, sociales y ambientales son contribuyentes importantes que aumentarán o disminuirán la vulnerabilidad del individuo a padecerlas. La alta prevalencia de problemas como los accidentes, adicciones,

patologías crónicas, obesidad etc., están determinados principalmente por los estilos de vida, las pautas y creencias, que se generan en el seno familiar. <sup>(7)</sup>

Muchas son las investigaciones que han demostrado la influencia de la familia en el proceso de salud-enfermedad de sus integrantes, como por ejemplo, la influencia de la familia sobre los factores de riesgo cardiovascular y la prevención de enfermedades coronarias y la trascendencia del funcionamiento familiar sobre el curso de los problemas crónicos etc.). <sup>(17)</sup>

Para el estudio y atención al individuo dentro de un sistema familiar se requiere del concurso de varias disciplinas, como la medicina familiar, la antropología, la sociología y la psicología, a fin de brindar una atención integral y holística a ese individuo inmerso en su familia. <sup>(17)</sup>

Susan Mc Daniel en su libro “Orientación Familiar en Atención Primaria”, señala las siguientes premisas que fundamentan la atención familiar: “La familia es la fuente principal de creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud”: En el seno de la familia se transmiten pautas, costumbres y hábitos de vida que determinan la concepción de salud y enfermedad en sus integrantes. El conocimiento de estas concepciones y el involucramiento de los integrantes facilitan los cambios de conductas y formas de vida. <sup>(18)</sup>.

“La tensión que sufre la familia en las etapas de transición del ciclo vital puede manifestarse a través de síntomas de sus miembros”, el paso de una etapa a otra del ciclo vital es definido, por numerosos autores como un momento de gran crisis, entendiéndose como tal, una situación de cambio. En cada etapa se presentan problemas comunes a las familias en un mismo contexto cultural, a los cuales deberán adaptarse a fin de poder enfrentar las situaciones de mayor complejidad que se presentarán en la etapa subsiguiente. La falta de adaptación puede manifestarse a través de diversos síntomas en sus integrantes. <sup>(18)</sup>

“Los síntomas somáticos pueden cumplir una función de adaptación en el interior de la familia y ser mantenidos por los patrones de conducta familiar”: Los síntomas, en ocasiones son un barómetro de la tensión familiar, pudiendo funcionar como un problema ó una solución al sistema. Por ejemplo, un bajo rendimiento escolar en niños relacionados con situaciones de estrés familiar, como problemas relacionales entre los padres, puede favorecer una situación de encuentro de la pareja ó aumentar y profundizar la crisis. <sup>(18)</sup>.

“La familia es un recurso valioso y una fuente de apoyo para el adecuado tratamiento de la enfermedad”. La contención y el acompañamiento de la familia en los problemas de salud, especialmente los crónicos y degenerativos han demostrado mejorar los resultados y la calidad de vida; en contraposición, la falta de este recurso se asocia a peores indicadores de salud, como así lo demuestra el aumento de la morbimortalidad en personas sin familia. <sup>(18)</sup>.

De lo anterior se destaca la importancia de la familia, la cual desarrolla funciones y a estas las entendemos como las tareas y actividades que deben de realizar todos sus miembros de acuerdo con la posición y papel que desempeñan en la unidad familiar, para que les permita alcanzar los objetivos sociales, culturales, educativos, económicos y especialmente los psicobiológicos que caracterizan a ésta peculiar organización grupal que denominamos familia. La familia cumple funciones que otros grupos vitales no pueden llevar a cabo tan eficazmente <sup>(18)</sup>

### **1.10 Las funciones básicas de la familia.**

Para el desarrollo y enmarque de las áreas del funcionamiento familiar el sistema precisa de una serie de vías ó instrumentos, que le permitan conseguir y mantener el equilibrio. Estos medios son los que denominamos funciones básicas de la familia, desde el punto de vista de Horton y Hunt (1984), <sup>(19)</sup> se pueden englobar de la siguiente manera: <sup>(18)</sup>

1. **Comunicación:** Función básica, en donde, la familia utiliza mensajes verbales y no verbales para transmitir a su círculo exterior que se llama sociedad. Recordemos que la comunicación es la función primordial para que se produzcan los cambios necesarios que equilibran las otras funciones. Es también importante tener en cuenta que las familias están cambiando constantemente y que precisamente cuando ellas pierden la capacidad de adaptarse a los cambios se altera su función y se transforman en familias disfuncionales. <sup>(20)</sup> La congruencia de la comunicación tanto digital como analógica, es básica para el desarrollo y equilibrio emocional de sus miembros. <sup>(18)</sup>

2. **Afectividad:** La expresión del cariño supone el instrumento de intercambio entre los miembros que la conforman y los otros sistemas familiares, es lo que se imprime en cada una de las situaciones que vive y siente el sistema familiar sean en crisis ó en situaciones placenteras. <sup>(18)</sup>

3. **Apoyo.** La ayuda emocional, económica ó afectiva suele taponar y resolver desequilibrios y momentos conflictivos de crisis individual ó familiar. <sup>(18)</sup>

4. **Adaptabilidad:** Las fases de crisis ó cambio del ciclo vital, las relaciones externas a la familia como el entorno social, educativo y laboral someten a la familia a cambios que requieren una capacidad de adaptación de respuesta. <sup>(18)</sup>

5. **Autonomía:** Si recordamos nuevamente la función psicobiológica con la adquisición del sentido de identidad y equilibrio emocional de sus miembros, todos ellos precisan cierto grado de autonomía que favorezca su crecimiento y maduración. Es el difícil equilibrio entre dependencia e independencia tanto dentro del grupo familiar como del entorno social. <sup>(18)</sup>

6. **Reglas y Normas:** Son reglas no escritas pero que todos los miembros conocen y que les permiten mantener con orden y armonía la conducta de los miembros. Estas normas permiten identificar los papeles y función de cada uno de

los miembros. Le permite a cada individuo de ese sistema obtener un rol de género que es, una construcción sociocultural que dicta los comportamientos, valores y símbolos a partir de diferencias biológicas. <sup>(18)</sup>.

7. **Socialización:** Proceso mediante el cual los individuos pertenecientes a una sociedad ó cultura, aprenden e interiorizan un repertorio de normas, valores formas de percibir la realidad. <sup>(21)</sup> Es la familia, la escuela, la religión, los medios de difusión social, los partidos políticos y el trabajo, son los encargados de ofrecer esta socialización de género a cada individuo. <sup>(18)</sup> La familia constituye el grupo primario del niño, y es en su seno donde tiene principio el desarrollo de su personalidad. Para cuando es lo bastante mayor para ingresar en grupos primarios fuera de la familia, los cimientos básicos de su personalidad están firmemente puestos. <sup>(19)</sup>

8. **Status:** Al ingresar en una familia, un individuo hereda una serie de status. La familia también sirve de base para la adquisición de status, como por ejemplo el blanco, urbano, católico, de clase media, etc. El status de clase de una familia de un niño, determina, en gran parte, las oportunidades que dispondrá en su vida, así como la expectativa a través de las cuales los demás pueden estimularse o desalentarse. Este status puede cambiarse. <sup>(19)</sup>

9. **Protección:** en todas las sociedades, la familia ofrece a sus miembros un cierto grado de protección económica, material y psicológica, indispensable en el crecimiento de los individuos. En muchas ocasiones, un ataque contra uno de sus miembros, se considera dirigido a toda la familia. <sup>(19)</sup>

10. **Económica:** La familia constituye en muchas sociedades, la unidad económica básica. Facilitando de esta manera que sus miembros satisfagan sus necesidades vitales como la alimentación, abrigo, vivienda, estudios, etc<sup>(19)</sup>

Conociendo estas funciones básicas se hace más fácil definir el funcionamiento normal de las familias. Cada familia establece un equilibrio entre estas funciones, para satisfacer las necesidades, dentro y fuera de ella a sus miembros. Cuando alguna de estas funciones se resalta de forma excesiva ó inadecuada en un momento dado, puede provocar disconformidad e insatisfacción en las necesidades de los componentes de la familia. <sup>(18)</sup> Es por ello que en la medida de lo posible, la familia acorde a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad. <sup>(20)</sup>

### **1.11 CICLO VITAL DE LA FAMILIA**

La familia es una institución que se encuentra en constante cambio y evolución, por lo que los objetivos y funciones mencionados tienden a adecuarse al marco histórico-social dentro del cual se desenvuelve. Sin embargo, algunos autores hablan de una cierta estabilidad en el denominado ciclo vital de la familia, que marca su rumbo evolutivo. Con algunas pequeñas variaciones en general se han planteado las siguientes etapas del ciclo vital familiar: <sup>(21)</sup>

1. Formación ó constitución
2. Expansión ó extensión (nacimiento de los hijos, distintas etapas y tareas de atención a los mismos: preescolar, escolar, adolescente, etc.).
3. Contracción (los hijos constituyen su propia familia, etapa del nido vacío, etc.).
4. Disolución (muerte de uno de los cónyuges).

La manera en que la familia aborda las distintas etapas del ciclo vital, los eventos ó tareas de desarrollo que se presentan en cada una de ellas, estará muy en correspondencia con sus recursos, mecanismos de afrontamiento, estilos de funcionamiento familiar, y puede provocar ó no estados transitorios de crisis, con

un mayor ó menor riesgo de surgimiento de trastornos emocionales en uno ó más de sus miembros. <sup>(21)</sup>.

Finalmente se puede decir que, un funcionamiento familiar saludable implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia. Al hablar de dinámica familiar, se debe referir al establecimiento de determinadas pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar, las cuales se encuentran matizadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí y en relación con el grupo en su conjunto. <sup>(21)</sup>.

## 1.12 LA ESTRUCTURA FAMILIAR

Por otro lado a la estructura se le refiere, a cómo una familia se organiza; es decir, “los roles y patrones que proporcionan un marco en el que se definen las funciones de la familia”. Mientras que a el proceso, se le define como las acciones de la familia y las actividades que implican el “control, regulación y comunicación”. <sup>(22)</sup>. Otra definición de la estructura es aquel conjunto de demanda funciones y organizan la manera de interactuar de cada uno de los miembros de una familia, las cuales son complementarias, reguladoras y constituyen las pautas transaccionales, a través de las cuales, una familia funciona, de acuerdo con los siguientes parámetros de la estructura dinámica e interacción de la familia <sup>(23)</sup>

Los **límites o fronteras** (relación autonomía-pertenencia), son reglas que definen quien puede participar y cómo debería hacerlo dentro de un sistema o subsistema. <sup>(23)</sup> Son fronteras imaginarias que se separan a los individuos y a los subsistemas, regulando su relación con los demás en términos de permisividad, dependencia emocional, derechos y autonomía, facilitando el desarrollo de la identidad personal de cada uno de los miembros. <sup>(23)</sup> Los límites definen los derechos de cada persona y de cada subsistema en la convivencia grupal. La flexibilidad y adaptabilidad es la capacidad para facilitar un equilibrio entre

estabilidad y cambio. Se requiere de flexibilidad para respetar las diferencias individuales y facilitar la adaptación del sistema ante las demandas de cambio. <sup>(23)</sup>

**La jerarquía ó autoridad** es el grado de autoridad, que tiene un miembro sobre la conducta de los demás componentes del sistema. En la familia se establecen diferentes niveles de autoridad que varían de acuerdo a las etapas del ciclo familiar, las características de personalidad de sus miembros, la dinámica de las relaciones conyugales, el orden al nacimiento, cada individuo pertenece a varios subsistemas y en ellos adopta diversos niveles de autoridad. <sup>(23)</sup>

**Los roles** son lo que equivale a las expectativas de conducta que son dirigidas hacia un individuo en una situación ó contexto social dados. Las reglas familiares son el principio de la vida familiar. La familia es un sistema regido por normas, en la cual sus miembros se comportan entre si de una manera reiterada y organizada. Estas reglas familiares funcionan como si fuesen leyes implícitas “no escritas” y cuando se hacen explícitas, se transforman para definir la relación. Algunas de ellas fijan las normas en cuanto al mantenimiento de los secretos que la familia guarda, el cómo y porque se deberían preservar los mitos familiares. <sup>(23)</sup>

Las **alianzas** son la asociación a fin positiva, abierta ó encubierta, entre dos o más miembros del sistema familiar y es potencialmente neutra. Y **la coalición** es la asociación aliada entre dos o más miembros del sistema familiar, con la finalidad de oponerse a otra parte del sistema o a un miembro de la misma familia, colocándose en una posición combativa o de exclusión, en perjuicio de un tercero. <sup>(23)</sup>

Es de esta manera como, la familia se encuentra en un continuo equilibrio cambio, ya que tiene que enfrentar continuamente los dos tipos de tareas del desarrollo que son el ciclo vital familiar y el enfrentamiento **a crisis** familiares no transitorias o para normativas. <sup>(23)</sup>

La autoestima es una fuerza dentro de nosotros, comprende mas allá ese sentido de autovalía que tenemos como derecho al nacer, la autoestima es la experiencia de ser aptos para la vida y para las necesidades que comprende la misma.<sup>(24)</sup>

Según en su libro: *Principles of Psychology* , plantea el autoestima a manera de formula, en la que explica que el autoestima es igual al éxito seguido de pretensiones, y él nos explica que cuando un individuo tiene el autoestima alto sus pretensiones para alcanzar el éxito aumentan, en cambio si su autoestima disminuye sus pretensiones se vuelven realmente muy bajas, la única forma en que el individuo puede perder su autoestima es al estar rodeado de individuos que superen su pericia, en cambio si están por debajo de ella crece y va en aumento el autoestima<sup>(24)</sup>

Otra definición es que: El autoestima es la manera de darse el mérito propio e importancia para responder por sí mismo y actuar responsablemente por los demás, una manera más simple de explicar es, que el individuo debe de darse su credibilidad y así estar seguro de obtener éxito, pero si el individuo no actúa responsablemente con los demás, es posible que no alcance a tener seguridad en sí mismos para ser exitoso<sup>(24)</sup>.

Nos explica Coopersmith que el autoestima es un juicio personal que el individuo expresa en sus actitudes y es una manera de verse a uno mismo teniendo éxito, es así como se acerca más a lo que es la experiencia del autoestima.<sup>(25)</sup>

## 1.13 MODELOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

### 1.13.1 Modelo sistémico de familia de Bavers

Beavers en 1981 propuso un modelo de funcionamiento familiar basado en dos dimensiones que tratan de explicar cómo funciona la familia<sup>(22)</sup>.

Basado en un modelo transversal representa a la familia en un momento y un espacio determinado. Así mismo, el eje horizontal representa la estructura, adaptabilidad, flexibilidad y tipos de interacción dentro de la unidad familiar. Este modelo describe 13 variables que se utilizan en las escalas de evaluación familiar, las cuales cubren 5 áreas del comportamiento familiar. <sup>(22)</sup>.

1., Estructura( tres escalas que exploran el poder abierto y encubierto, la calidad de la coalición parenteral y la cercanía familiar).

2.-Mitología ( mito compartido de cualidades y capacidades de los miembros de la familia)

3.-Negociación dirigida al logro de metas (eficiencia de la familia para tomar decisiones)

4.-Formas de enfrentar la autonomía individual ( claridad en la comunicación, responsabilidad personal e interacción con los miembros de la familia)

5.- Expresión afectiva ( Evaluada como expresividad, estado de ánimo y empatía)

El eje vertical, que se refiere al estilo familiar, se presenta con dos patrones definidos de familia: <sup>(22)</sup>.

La familia centrípeta ( la cual se orienta al trabajo interno de la misma)

La familia centrifuga (la cual se orienta al trabajo externo de la misma)

### **1.13.2 Modelo de funcionamiento familiar McMaster**

Este método se encuentra basado en el enfoque sistémico de la familia en el cual esta se refiere como un sistema abierto compuesto de subsistemas y partes individuales, el que se relaciona con otros sistemas sociales, tiene una vigencia de más de 25 años. <sup>(22)</sup>

El modelo menciona seis áreas o dimensiones del funcionamiento familiar para la completa evaluación de una familia a través de la identificación y están conceptualizados y probados en diferentes trabajos clínicos de investigación y enseñanza. <sup>(22)</sup>

Las seis áreas que se identifican son las siguientes

- 1.- Resolución de problemas ( problemas instrumentales y afectivos)
- 2.-Comunicación( se refiere al intercambio de información dentro de la familia)
- 3.-Roles ( asignación de roles individuales de acuerdo con las funciones de familia)
- 4.- involucramiento afectivo ( grado en que la familia muestra interés y valora los intereses de cada miembro)
- 5.- Respuestas afectivas ( habilidad para responder con sentimientos adecuados a un estímulo afectivo tanto en calidad como cantidad)
- 6.- Control de la conducta ( patrones que adopta la familia para manejar el comportamiento en tres situaciones: las que implican peligro, las de expresar y enfrentar necesidades y las de interacción entre los miembros de la familia y fuera del sistema familiar) <sup>(22)</sup>

### **1.13.3 Modelo del ambiente familiar de Moos.**

Este modelo enfatiza la medición y descripción de las relaciones interpersonales en los miembros de la familia, relacionada con el crecimiento personal y la

organización estructural de la misma, lo cual permite hacer una discriminación entre un trastorno psiquiátrico y las que se consideran normales. <sup>(22)</sup>

Este modelo tiene 10 escalas.

Cohesión

Expresividad

Conflicto

Independencia

Orientación al logro

Orientación intelectual- cultural

Orientación recreativa

Énfasis moral-religioso

Organización

Control

Las dos primeras escalas miden: relaciones familiares

Las de conflicto, independencia, orientación al logro, orientación intelectual-cultural, orientación recreativa y énfasis religioso miden desarrollo personal en relación con la autonomía y la competitividad y finalmente las dos últimas escalas sirven para medir el mantenimiento de la estructura familiar. <sup>(22)</sup>

Como resultado de este modelo hacen los autores seis tipos de familias derivadas del mismo.

1.- Familias orientadas a la expresión de las emociones y manifestaciones franca de ira.

2.- Familias orientadas hacia la estructura las cuales dan una mayor importancia a la organización, cohesión, religión, control y aspiración de logros a la orientación intelectual-cultural, lo que resulta en familias que no son altamente conflictivas.

- 3.- Familias orientadas hacia la independencia, que son asertivas y autosuficientes.
- 4.- Familias orientadas a la obtención de logros, que son altamente competitivas y trabajadoras.
- 5.- Familias orientadas hacia la religión que presentan dos tipos específicos la ético-religiosos y al religioso no rígida estructurada.
- 6.- familias orientadas al conflicto y poco estructuradas que presentan un menor nivel de cohesión y con alto grado de desorganización.

#### **1.13.4 Modelo circunflejo marital y familiar.**

Este modelo se refiere predominantemente a dos dimensiones significativas del comportamiento familiar: la cohesión y la adaptabilidad, las cuales sirven para identificar 16 tipos de sistemas maritales y familiares, por lo que el modelo propone que un nivel moderado de cohesión y adaptabilidad aseguran un desarrollo marital y familiar funcional, por tanto con un alto soporte emocional y creativo, las familias disfuncionales se encontraran en los extremos de estas dimensiones. <sup>(22)</sup>

La dimensión de la cohesión en la familia presenta dos componentes los límites emocionales que los miembros tienen entre sí y el grado de autonomía individual que los miembros experimentan dentro de un sistema familiar. Refiriéndose a puntajes altos en los extremos para considerar el amalgamiento y los puntajes de los extremos bajos servirán para considerar a las familias disgregadas, por tanto podemos considerar de acuerdo con este modelo que de existir un grado de balance adecuado en la cohesión familiar permitirá tener una mejor conducción de la familia, lo que repercutirá en mejor funcionamiento y mayor desarrollo de la misma. <sup>(22)</sup>

La dimensión de la adaptabilidad familiar tiene relación estrecha con el concepto del sistema familiar debido a que toma como punto de partida la capacidad de

adaptarse por medio del cambio de su estructura de poder, sus roles y sus reglas interaccionales, al estrés situacional es decir situaciones de crisis. <sup>(22)</sup>

Dentro de las variables que propone el modelo a utilizar en esta dimensión encontramos la estructura de poder en la familia, los diferentes estilos de negociación que se refieren a ella, las reglas y roles, así como los procesos de retroalimentación que se utilizan para la adaptabilidad, lo cual puede referirnos un balance adecuado. <sup>(22)</sup>

Con lo anterior podemos teorizar en relación con las diferentes presentaciones de familia. <sup>(22)</sup>

Familias o parejas balanceadas en cohesión y adaptabilidad que redundan en un funcionamiento familiar adecuado, en relación con las familias que se encuentran en los extremos del modelo. <sup>(22)</sup>

Familias o parejas sin problemas serios y que tienden a poseer un balance adecuado en estas dos dimensiones. <sup>(22)</sup>

Familias o parejas sin problemas serios y que tienden a cambiar sus patrones de cohesión y adaptabilidad, de acuerdo con las situaciones de crisis o estrés a las que se enfrenten <sup>(22)</sup>

Familias con problemas serios que no tienden a cambiar sus patrones de cohesión y adaptabilidad ante situaciones nuevas de crisis o de estrés, o que bien se irán al extremo opuesto de cambiar sus patrones de conducta. <sup>(22)</sup>

Los autores de este modelo nos presentan algunas dimensiones que consideran como de mayor relevancia en la utilización de este modelo.

Cohesión, autonomía, comunicación, adaptabilidad, afectiva, control de la conducta, organización, conflicto, roles, reglas, orientación intelectual-cultural, orientación religiosa, orientación recreativa. <sup>(22)</sup>

### **1.13.5 Modelo de respuesta, adaptación y ajuste familiar.**

Este modelo incluye para su estudio predominantemente al estrés familiar, se considera como generador para la adaptación o ajuste del sistema familiar que lo conlleve a un buen funcionamiento, sobre todo cuando el estrés es considerado por la familia como algo displacentero, recordando además que las crisis son las que generan estrés en la familia. <sup>(22)</sup>

De acuerdo con McCubin y Patterson el modelo determina los estresores familiares y la magnitud en que operan dentro de ella, además de considerar a los mediadores personales, familiares y comunitarios, así como recursos y respuestas de enfrentamiento, lo que determina que procesos familiares se producen para facilitar el ajuste o adaptación familiar a través del ciclo evolutivo de la familia. <sup>(22)</sup>

El modelo presenta, además para su funcionamiento, dos momentos importantes

El enfrentamiento, el cual depende de:

- El significado que la familia le da al evento estresante.
- Los recursos con que cuenta para afrontarlo.

El afrontamiento, el cual se lleva a cabo a través de

- Acciones directas para reducir en número o la intensidad las demandas.
- Acciones directas para adquirir capacidades que no estaban disponibles mantener ciertos recursos para ser utilizados cuando sea necesario.
- Manejo de las tensiones de la vida cotidiana.
- Mantener ciertos recursos para ser utilizados cuando sea necesario.

### 1.13.6 Modelo de factores de riesgo.

Este modelo toma en cuenta los factores de riesgo como aquellos fenómenos que pueden desencadenar el buen o mal funcionamiento de la familia y que considera a cualquier condición o aspecto biológico, psicológico y/o social que este asociado a una mayor probabilidad de presentar un evento futuro que cause disfunción en la familia en cualquier momento del ciclo evolutivo de ella. <sup>(22)</sup>

Presenta como postulados básicos lo siguiente:

- Todas las personas y todas las familias, así como los grupos, tienen diferentes posibilidades de desviarse de la salud y bienestar.
- Las variaciones en la salud y el bienestar dependen del equilibrio existente entre las fuerzas, recursos y necesidades
- Los factores que determinan los niveles de salud y bienestar son múltiples e interrelacionados.
- El control de los factores de riesgo, ya sea suprimiéndolos, modificándose o disminuyéndolos limitan la posibilidad del daño. .
- El refuerzo de los factores protectores aumentan la posibilidad de una mejor salud con mayor bienestar.

Por otro lado el modelo hace mención de los recursos con que cuenta la familia para enfrentar su desarrollo y eventos vitales durante su ciclo evolutivo.

- Personales: son habilidades intelectuales, los conocimientos, rasgos de posibilidad, medios materiales con los que cuenta.
- Familiares: cohesión , adaptabilidad y flexibilidad
- Comunitarios: personas, grupos o instituciones, se consideran los servicios estatales, los grupos religiosos, empleadores.

El modelo encuentra cabida en la práctica biológica de la medicina. <sup>(22)</sup>

### **1.14 Principios ideales para el buen funcionamiento familiar.**

Framo menciona algunos principios ideales para el buen funcionamiento familiar

Cada uno de los padres debe estar bien diferenciado y hacerse desarrollado suficientemente, tener independencia emocional antes de separarse de su familia de origen. <sup>(22)</sup>

Presentar una separación clara en los límites generacionales de la familia.

Tener una visión realista de las percepciones y expectativas que los padres de ellos y de sus propios hijos <sup>(22)</sup>

Debe ser mayor la lealtad a la familia de procreación que a la familia de origen.

Lo más importante para cada cónyuge es la pareja, sin embargo para el buen desarrollo de los hijos también es importante la clara definición del subsistema filia en relación con los padres. <sup>(22)</sup>

### **1.15 TEORIA ESTRUCTURAL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**

Esta teoría considera a la familia como un sistema, el cual también tiene subsistemas que permiten la interacción de sus miembros para lograr un funcionamiento adecuado o inadecuado. <sup>(22)</sup>

Minuchin (1977, 1995) define la teoría estructural como un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia estableciendo pautas o límites que deciden como, cuando y con quien

cada miembro de la familia se relaciona con los demás regulando la conducta de cada uno de ellos. <sup>(22)</sup>

De acuerdo a Minuchin (1977) esta teoría presenta las siguientes características.

- Es relativamente fija y estable.
- Presenta un sentido de pertenencia a sus miembros
- Acepta cierto grado de flexibilidad.
- Facilita el desarrollo individual, así como los procesos de individualización. <sup>(22)</sup>

Además, la familia presenta las siguientes propiedades en su estructura.

- Una distribución de poder: a través de las normas y los roles que definen las reglas del sistema familiar.
- El poder y la naturaleza de los límites y las alianzas: para que el funcionamiento familiar sea adecuado los límites de los subsistemas deben ser claros.

Esta teoría menciona que la funcionalidad familiar se alcanza cuando los objetivos familiares o funcionales se cumplen adecuadamente y a plenitud ( seguridad económica, afectiva, social y de los modelos sexuales existentes en el grupo social) y cuando se obtiene la finalidad del grupo familiar, al general una homeostasis sin tensión, mediante una comunicación apropiada y basada en el respecto de las relaciones intrafamiliares. <sup>(22)</sup>

Esta teoría es tal vez la más utilizada en la actualidad para tratar de realizar la evaluación del sistema familiar y de la cual se apoyan varios instrumentos. <sup>(22)</sup>

## **1.16 TEORIA EXPLICATIVA DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**

Esta teoría refiere que el funcionamiento familiar no está basado en solo considerar al sistema familiar como normal o anormal, sino más bien depende de sus posibilidades, las cuales a su vez dependen de la capacidad adaptativa y de los recursos que han ido adquiriendo a lo largo de su ciclo evolutivo y por tanto la familia puede encontrarse en cuatro estadios dinámicos diferentes <sup>(22)</sup>

La familia normofuncional. Presenta equilibrio estable, sus normas de funcionamiento interno regulan las relaciones entre sus miembros, lo que garantiza su homeostasis, el sistema familiar elabora respuestas adaptativas frente a los inputs del medio externo tales como acontecimientos estresantes y modificaciones del medio interno como las transiciones entre las diferentes etapas del ciclo evolutivo de la familia. <sup>(22)</sup>

La familia en crisis familiar: el sistema familiar tiene que apelar a sus recursos, tanto internos como externos, si dispone de ellos puede efectuar los ajustes necesarios para producir una respuesta adaptativa. <sup>(22)</sup>

La familia con disfunción familiar: estas familias no puede considerarse como fisiológico, ya que las tensiones que genera el conflicto no resultado producen manifestaciones patológicas en los miembros, la intervención lógica ante una disfunción familiar es aportar los recursos que el propio sistema requiere para adaptárselo cual no siempre es posible. <sup>(22)</sup>

La familia en equilibrio patológico: en esta familia sucede que los individuos pueden desarrollar mecanismos adaptativos patológicos frente a los estímulos del medio, las familias pueden reaccionar frente a una crisis adoptando respuestas que perpetúen la situación utilizando lo que se denomina mecanismos de defensa los cuales se incorporan al funcionamiento del sistema familiar a pesar de no ser adecuados al acontecimiento vital estresante que lo provoco, lo que le permite nuevamente alcanzar un equilibrio del sistema familiar. Este estado dinámico es perjudicial para la familia ya que se ve obligada a recurrir a los mecanismos de defensa. <sup>(22)</sup>

## 1.17 TEORÍA INTERACCIONAL DE LA COMUNICACIÓN.

Tiene su fundamento en el modelo McMaster y con un desarrollo posterior por Virginia Satir en el cual se menciona que la comunicación es el foco de incubación primaria de los problemas familiares más leves o intrascendentales hasta los que expresan violencia manifiesta, se tiene como elemento principal al proceso de comunicación el cual es el medio por lo que los miembros de una familia se influyen recíprocamente ya que la comunicación permite intercambiar información, delinear los límites y resolver los problemas y situaciones comunes. <sup>(22)</sup>

Virginia Satir menciona los siguientes criterios para determinar el grado de funcionamiento familiar. <sup>(22)</sup>

- Comunicación la cual debe ser clara, directa, específica y congruente
- Individualidad la autonomía de sus miembros es primordial y se respeta, las diferencias individuales no sólo se toleran, si no se estimulan para favorecer el crecimiento de cada miembro de la familia.
- Toma de decisiones: la búsqueda de la solución más adecuada o apropiada para cada problema es más importante que la lucha por el poder
- Reacción ante la demanda de cambio: el sistema debe ser lo suficientemente flexible para cambiar cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera tal que se pueda conservar la homeostasis sin que desarrollen síntomas en alguno de sus miembros. <sup>(22)</sup>

Por otro lado Satir también menciona algunas de sus reglas de comunicación que pueden ayudar a garantizar la funcionalidad de la familia.

- Toda transición iniciada debe ser terminada
- Las preguntas deben ser formulas y respondidas con claridad
- El conflicto y la hostilidad deben ser reconocidas e interpretadas
- Se debe tener la percepción de sí mismo y de cómo es percibido por el resto de los miembros de la familia.

-Cada miembro de la familia es capaz de expresar opiniones diferentes sobre los demás, así como poder comunicar sus temores, expectativas, sus esperanzas respecto de los demás miembros de la familia.

-Se deben de admitir diferencias de opinión

-Cada miembro de la familia debe ser capaz de elegir una o varias alternativas de conducta.

-Finalmente, los mensajes utilizados deben ser enviados con claridad para poder obtener una conducta coherente con el mensaje y evitar enviar mensajes encubiertos. <sup>(22)</sup>

Por otro lado este modelo de Olson Miller y Ryder en 1978 identifican como el modelo circunflejo de la conducta, lo cual identifica las anteriores dimensiones a partir de la distribución de los puntajes que generan 16 tipos de sistemas familiares que cierto modo facilitan la mejor realización de un diagnóstico que lleve a evaluar y predecir las conductas de los 16 sistemas familiares. <sup>(15)</sup>.

## **1.18 ANALISIS FAMILIAR**

Es el conjunto de pautas transaccionales que establece de qué manera, cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo al ciclo vital por el que esté atravesando dicha familia. Es la totalidad de fuerzas tanto positivas como negativas, determinantes del buen o mal funcionamiento de éste sistema y al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar. <sup>(13)</sup>

Por lo tanto, la dinámica familiar funcional es una mezcla de 36 sentimientos, comportamiento y expectativas entre cada miembro de la familia, que le permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde además el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás. <sup>(13)</sup> Recordemos que la funcionalidad familiar es dinámica, ya que las familias no son estáticas y por lapsos ó circunstancias pueden caer en crisis, y en ese momento ser

disfuncionales en mayor o menor grado, y recuperarse posteriormente. Sin embargo algunas familias ante un problema no consiguen su homeostasis y la disfunción se vuelve irreparable o llegan a la desintegración, no obstante el mayor porcentaje de familias recuperan su funcionalidad sin ayuda técnica específica. <sup>(13)</sup>

La manera en que el sistema familiar considera la amplia gama de los sentimientos humanos es de importancia básica para su propio bienestar, por ello, explora como son los patrones familiares referentes a la expresión emotiva y al compromiso familiar y cuáles son los sentimientos expresados en la familia, permite conocer el grado de satisfacción que resulta de vivir dentro del grupo familiar. <sup>(13)</sup> Los incidentes afectan a los miembros de una familia en forma distinta en diferentes momentos, por eso, la homeostasis familiar puede funcionar adecuadamente para ellos durante algunos periodos de la vida familiar y no durante otros. El mantenimiento de éste equilibrio es un requisito indispensable para que la familia cumpla con sus funciones eficazmente. Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal, que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez. Si se considera a la familia nuclear el modelo familiar más adecuado para el desarrollo del ser humano, se podría inferir que alteraciones en su dinámica provocarían trastornos en la salud y el comportamiento de sus integrantes, especialmente en aquellos más vulnerables <sup>(26)</sup>

Se ha considerado a la dinámica familiar como un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad. En una dinámica familiar normal hay una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite el desarrollo de sus individuos. <sup>(26)</sup>

Los patrones que reflejan la influencia acumulativa de las propias capacidades, de los factores ambientales favorables o desfavorables (entorno familiar) y el grado

de ansiedad presente en la propia vida, se superponen con el transcurso del tiempo. Eventualmente los procesos evolutivos alcanzan el punto en el cual el individuo responde característicamente de un modo que se asocia a autoestima alta o baja. <sup>(27)</sup> . La autoestima es un fenómeno evolutivo, que entra en juego con el transcurso del tiempo. Se considera importante porque está vinculado al comportamiento de una persona en su espacio vital (el mundo de la experiencia y de la conducta cotidiana). La autoestima es dinámica porque desempeña un papel en el modelado de las percepciones, de la experiencia y de las conductas de la persona y porque es relativamente estable y sin embargo abierta al cambio. <sup>(27)</sup> Es así, como la familia toma una importancia fundamental, en el contexto social del individuo para el desarrollo y mantenimiento de un nivel de autoestima. <sup>(13)</sup>

## **1.19 EL AUTOESTIMA**

### **1.19.1 CONTRIBUCIÓN TEÓRICA**

Dentro de la literatura psicoanalítica, Erik H. Erikson, abordaron el tema desde diferentes ángulos psicoanalíticos y psicosociales. Según estos estudios, es la familia la que en condiciones ordinarias tiene la función más importante en la formación de la identidad. Es en esta, donde transcurren los primeros años de vida del individuo, y en ella recibe la información y los estímulos más determinantes para su estructuración biológica, y psicológica, así como para su socialización. En el desarrollo del proceso de identidad son muy importantes para el individuo las figuras de la madre y del padre, porque se identifica parcial o totalmente con ellas. <sup>(28)</sup>

Los primeros estudios de la autoestima como un concepto comenzó a nombrarse en los escritos de algunos de los más influyentes teóricos en psicología, pero los primeros esfuerzos teóricos, fueron seguidos por años de oscurantismo, en los cuales el concepto fue menospreciado como no científico. <sup>(21)</sup> Gradualmente las investigaciones se empezaron a acumular, orientadas básicamente hacia la medición de la autoestima como una entidad global. Las investigaciones para

medir la autoestima fueron criticadas, sin embargo en la presente década, se ha renovado la utilidad del concepto a través de una medición más refinada de aspectos específicos del mismo. <sup>(21)</sup>

Los primeros escritos llaman la atención a conceptos relativos a la autoestima, sin embargo, lo señalan ligando el concepto a aspectos relativos al Yo. <sup>(21)</sup> La autoestima se define como la confianza y el respeto por sí mismo, reflejando el juicio implícito de la habilidad que tenemos para enfrentar los desafíos de la vida y asumir el derecho a ser feliz. <sup>(29)</sup>

Los métodos psicológicos para representar en forma adecuada y comprender completamente el enigma de la conducta humana. Sostienen que el Yo rodea psicológicamente a todos los atributos que el individuo se puede definir como “parte de mí”, el cuerpo, las habilidades, y la reputación, aun los hijos, el hogar y las posesiones responden como si ellos mismos disminuyesen o mejorasen; Ésta parte en la que se ha definido realmente como el Yo. Así cada persona establece lo que James llama sentimiento propio en los éxitos o fallas de los que han sido escogidos que sea el más verdadero yo. <sup>(30)</sup>

Hay tres constituyentes principales del yo: el material, el social y el yo espiritual. El yo material se refiere a los objetos y pertenencias consideradas como propiedad personal o con lo que uno se identifica: cuerpo, familia, hogar, carro; Ahora, si lo material prospera el individuo se siente más grande, más sustancial. Si las personas, posesiones, son dañadas o se pierden, la persona se siente más pequeña, como si la personalidad de alguna manera, se hubiera encogido. <sup>(30)</sup>

El Yo social es igualado con la reputación de la persona o al compartir el reconocimiento. Una persona tiene varios Yo sociales; el Yo como hijo hacia sus padres, el Yo entre amigos y el Yo como estudiante o atleta y así. Aquí también las pretensiones y metas individuales dependerán de la edad y la personalidad. <sup>(30)</sup>

El Yo espiritual es el ser subjetivo o interior, el reconocimiento del individuo, que piensa el sujeto acerca de las cosas y éstos pensamientos tiene una continuidad

en el tiempo. Usualmente el Yo espiritual siente como que ese es el centro más interior del ser. James (1890) y otros escritores del periodo hablaron de dos elementos cuando se referían al yo: La porción que soy yo, el actor, el hacedor, la parte ejecutora del yo y “yo” que es el lugar de conocimiento interior, el sentido de continuidad como individuo sobre el tiempo, el observador y el evaluador de “mi”. Como el observador el yo espiritual no está expuesto a la ecuación de éxitos/preensiones, de la autoestima, es realmente el interpretador del resultado de la ecuación y, por lo tanto, el determinado del sentido de la autoestima.<sup>(24)</sup>

Adler, era considerado por sus trabajos como uno de los precursores de la psiquiatría social, enfatizando siempre el impacto de la familia y la sociedad sobre el individuo. Adler era un fenomenólogo, creyendo que cada persona construye su única opinión de la realidad a través de lo que él llamó el yo creativo. Este yo procura tener sentido de la vida a trazar algún curso hacia una meta final de perfección. El trabajo de Adler se puede dividir en 7 partes:<sup>(31)</sup>

- a) Complejo de inferioridad
- b) Complejo de superioridad
- c) Estilo de vida
- d) Self creativo
- e) Self consciente
- f) Metas ficticia
- g) Interés social.

Adler describió la esencia de lo que nosotros podemos denominar la persona de baja autoestima; como un individuo que evade el llamado a participar en las necesidades de la comunidad. La crónica evasión del interés social produce la inferioridad compleja. La persona de baja autoestima se esconde tras síntomas, temerosos de dejar de ser narcisistas. Existen rasgos comunes, de los cuales participan en mayor o menor cuantía todas ó casi todos los individuos de una

sociedad, determinada persona que tiene gran semejanza en sus medios biológicos, culturales y ambientales, tienden a luchar por metas semejantes en forma más o menos semejantes. <sup>(32)</sup>

## **1.20 TIPOS DE DEFINICIONES DE LA AUTOESTIMA**

La autoestima es importante porque: condiciona el aprendizaje, supera las dificultades personales, fundamenta la responsabilidad, apoya la creatividad, determina la autonomía personal, posibilita una relación social saludable y garantiza la proyección futura de la persona. <sup>(33)</sup>

Se le define como es estado en que el individuo tiende a sentirse valioso, con la capacidad necesaria para enfrentar con ahínco los retos de la vida, sin menoscabo de los fracasos, ya que la actitud con que se enfrentan permitirá un mayor desarrollo personal. Es la autoestima la clave más importante en la que radica el éxito ó fracaso de una persona. <sup>(29)</sup> Ya que el modo como nos sentimos con respecto a nosotros mismos afecta en forma virtual y decisiva todas nuestras experiencias, desde la manera en que actuamos en el trabajo, en el amor, ó en el sexo, hasta nuestro proceder como padres ó las posibilidades que tenemos de progresar. <sup>(29)</sup>

La autoestima es una experiencia íntima que radica en lo más profundo de nuestro ser, es lo que yo pienso y siento sobre mí, y no lo que otros piensen y sientan sobre mí. “la autoestima es la reputación que adquirimos frente a nosotros mismos”. <sup>(33)</sup> La autoestima se define como la confianza y el respeto por sí mismo, reflejando el juicio implícito de la habilidad que tenemos para enfrentar los desafíos de la vida y asumir el derecho a ser feliz. <sup>(29)</sup>

La autoestima es una parte fundamental para que el hombre alcance la plenitud y la autorrealización, productividad y creatividad de sí mismo. Por lo que se dice que la autoestima es la suma de la confianza y el respeto por sí mismo; Y refleja el juicio que cada persona hace respecto a sus habilidades para enfrentar los

desafíos de su vida, para comprender y superar los problemas, para conocer sus derechos de vivir y manifestarse el derecho de ser feliz, esto es de respetar y defender sus intereses y necesidades. <sup>(34)</sup>

### **1.21 DEFINICIÓN: ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO**

Tras detallar los factores relativos a las definiciones, se desarrolló una clasificación de las definiciones de la autoestima basándose en dos dimensiones: los procesos de evaluación y afecto. <sup>(35)</sup>

Como la mayoría de las diferencias conceptuales, la diferencia entre la evaluación y el afecto no siempre es fácil de efectuar coherente y claramente. Sin embargo el énfasis en una u otra conduce a diferentes formas de descripción, explicación y algunas veces medida. La auto-evaluación implica normalmente más mecanismos, descripciones causales, mientras que el auto-afecto tiende a licitar conceptualizaciones más “humanistas”. <sup>(35)</sup>

En la actualidad, existen cuatro formas de definir la autoestima. La más básica es el enfoque actitudinal. En éste caso las definiciones se basan en la idea de que el self puede ser tratado como un objeto de atención, como cualquier otra cosa o probabilidad. Del mismo modo que tenemos reacciones cognitivas, emocionales y conductuales hacia otros objetos, también podemos tenerlas hacia nuestro self. El segundo tipo de definición es desarrollado por los científicos sociales, comprenden la autoestima en términos de actitud, pero de un modo más sofisticado. Esta vez se define a la autoestima como la relación entre diferentes muestras de actitudes. La diferencia entre las actitudes propias hacia los sueños y logros o la diferencia entre el self real y el self ideal, es la diferencia más común que adopta ésta definición en la literatura. <sup>(35)</sup>

La tercera forma de definir la autoestima se centra en las respuestas psicológicas que la persona sostiene de su self. Estas respuestas se describen

normalmente como de naturaleza afectiva o basadas en sentimientos, es decir positivo versus negativo, o aceptación versus rechazo. Por último la autoestima puede verse como una función o componente de la personalidad. En éste caso la autoestima se considera como parte de uno mismo o sistema del self, normalmente la vinculada a la motivación y/o auto-regulación.<sup>(35)</sup>

Smelser. en vez de analizar los tipos, trata de identificar los “componentes casi universalmente aceptados”. Empieza presentando tres aspectos a considerar en la definición de autoestima: “Existe un primer componente cognitivo; la autoestima implica caracterizar algunas partes del self en términos descriptivos, poder, seguridad agencia. Implica poder preguntar qué tipo de personas es uno. En segundo lugar, existe un elemento afectivo, una valencia o grado de naturaleza positiva o negativa adherida a esas facetas identificadas, llamamos a esto alta o baja autoestima. En tercer lugar y en relación con el segundo, existe un elemento evaluador, la atribución de un valor basándose en algún modelo ideal”.<sup>(36)</sup>

Smelser, señala que las definiciones varían según se focalizan en la autoestima como algo más global ó como fenómeno más situacional. Es decir algunas definiciones ven la autoestima como algo razonablemente estable a lo largo del tiempo. Otras se refieren a la autoestima como responsiva a las influencias situacionales y contextuales, lo que implica que cambia ó fluctúa a lo largo del tiempo.<sup>(36)</sup>

El primer aspecto a señalar en la definición de James (1890) es que la autoestima se concibe como un fenómeno afectivo; es decir James sugiere que se vive como un sentimiento ó emoción. Esto significa que como cualquier estado afectivo, la autoestima es algo que experimentamos en nosotros mismos.<sup>(37)</sup>

El segundo punto a señalar con relación a la probable definición simple más citada en la literatura es que la autoestima se establece con carácter de ratio. Hay dos razones para usar tal analogía que pueden ayudarnos a entender la

autoestima. Una de las cosas que requiere un ratio es una muestra de componentes identificables que se relacionan unos con otros. La conducta es uno de ellos, porque según James, la autoestima implica un acto (de afirmación).

Actuamos de un modo que confirma ó apuesta por eso hacia lo que aspiramos. La otra variable, por supuesto, es el resultado ó consecuencia de ésta conducta, especialmente en términos de categorías de éxito ó fracaso. Otra dimensión de la autoestima captada en la definición de ratio es que los ratios fluctúan. Si como dice James la autoestima puede cambiar modificando el nivel de aspiraciones individuales (el numerador), aumentando ó reduciendo la frecuencia de los éxitos (el denominador), entonces la autoestima debe ser concebida como un fenómeno dinámico; al sintetizar la contribución de James en la definición de autoestima, podemos decir que es algo afectivo (cierto tipo de sentimiento), conductual (dependiente de los valores propios y la acción) y dinámico (abierto al cambio).<sup>(37)</sup>

El principal esfuerzo por definir y comprender la autoestima se encuentra en una serie de artículos escritos por Robert White (1963); la autoestima se concibe como derivada de un complejo marco evolutivo, caracterizado por impulsos primitivos que son modificados y convertidos en funciones superiores del self como el paso del tiempo.<sup>(37)</sup>

“Por lo tanto, la autoestima, tiene sus raíces en la experiencia de eficacia. No se construye meramente sobre lo que hacen los otros o lo que proporciona el entorno. Desde un principio se basa en lo que uno consigue obtener del medio, incluso aunque sólo sea mediante succiones más vigorosas o llantos más altamente sostenidos. En la actualidad del infante, el sentimiento de eficacia se regula mediante el éxito o fracasos de sus esfuerzos, porque carece del conocimiento de las cosas restantes que pueden afectar sobre la respuesta ambiental. A partir de éste punto la autoestima se enlaza estrechamente con los sentimientos de eficacia, y según evoluciona, con un sentimiento más acumulativo de la experiencia.”<sup>(37)</sup>

La autoestima implica el desarrollo de patrones, el establecimiento de comparaciones con ellos y la comprensión de quién es uno, como persona basada en el resultado.

Cuando tenemos en cuenta que la mayoría, sino todos los valores se adquieren muy temprano, y que todos los valores se viven en el contexto de cultura, Rosemberg (1979) abre la puerta a otra dimensión muy compleja de la autoestima, de tratarse de un fenómeno personal y psicológico, también es siempre un fenómeno que oscila. <sup>(38)</sup>

Según la definición de Coopersmith; por autoestima entendemos la evaluación que efectúa y mantiene comúnmente el individuo en referencia a sí mismo: expresa una actitud de aprobación ó desaprobación e indica la medida en que el individuo se cree capaz, significativo, con éxito y merecedor; en síntesis la autoestima es un juicio <sup>(38)</sup>

Branden, en los años sesentas introdujo una nueva definición de autoestima, más allá de la mera distinción entre los aspectos evaluadores afectivos y cognitivos de las definiciones anteriores. La auto-confianza y el auto-respeto son actitudes que podemos mantener sobre nuestro self, basados en un diagnóstico de nuestra competencia y merecimiento en una situación determinada. También pueden considerarse como predisposiciones generales más estables. Pero en vez de limitarse a éste nivel abstracto, Branden también se refiere a la autoestima como a una convicción, un término que implica dedicación y acción al mismo tiempo que sentimiento ó creencia. Esto sugiere que existe una importante dimensión motivacional en la autoestima que debemos considerar, además de las características afectivas y cognitivas que ya hemos visto. <sup>(32)</sup>

La última definición a considerar procede de un trabajo sobre autoestima en los niños. Pope, Mc Hale y Craighead (1988), emplean una definición bien establecida

de la autoestima que representa gran parte de la literatura conductual sobre éste tema durante las dos décadas pasadas. En primer lugar describen a la autoestima como una evaluación de la información contenida en el auto-concepto, y se deriva de los sentimientos que tiene el niño sobre todas las cosas que él es”.<sup>(39)</sup>

En síntesis la autoestima surge de la discrepancia entre el self percibido, o auto-concepto (una visión objetiva de sí mismo y el self ideal: lo que la persona valora o le gustaría ser). Este Tipo de “medición” se produce en muchas áreas de la vida, dependiendo del tipo de tareas e intereses a que se dedique la persona.<sup>(32)</sup>

## **1.22 ESTRUCTURA FUNDAMENTAL DE LA AUTOESTIMA**

Cada definición de la autoestima, nos dice algo importante sobre éste fenómeno vital. Esta información constituye los datos brutos que debemos procesar para lograr el descubrimiento de la estructura fundamental de la autoestima, ó aquella que da lugar a diversas posibilidades definicionales. Los datos pueden ser organizados de múltiples formas, pero sobresalen tres características claves: los componentes ó elementos básicos de la autoestima y la relación entre ellos, las cualidades de la experiencia implicada en la autoestima, el cómo se vive el fenómeno de la autoestima y las dinámicas de la autoestima, especialmente cómo es ésta razonablemente estable y al mismo tiempo abierta al cambio.<sup>(32)</sup>

## **1.23 LOS COMPONENTES BÁSICOS DE LA AUTOESTIMA:**

La competencia es el componente más conductual u observable porque implica acción, cuyos resultados pueden ser vistos y evaluados en términos de su efectividad.<sup>(32)</sup>

## **1.24 LAS CUALIDADES VIVIDAS DE AUTOESTIMA:**

Todas las definiciones incluyen algún tipo de dimensión de experiencia o proceso vivido que está implicado en la autoestima. En algunos casos los autores describen este aspecto de la autoestima en términos cognitivos, manifestando que se vive como algún tipo de evaluación cuyo resultado es positivo o negativo. En otros casos la autoestima se describe en términos afectivos, la autoestima se asemeja a un estado emocional o de sentimientos. <sup>(32)</sup>.

Existen dos factores que la definición fenomenológica debe tener en cuenta con relación a como se vive la autoestima: el factor cognitivo y afectivo. El primero implica los procesos de juicio y auto-conciencia, y el último incluye una reacción emocional con el consecuente poder motivacional. <sup>(32)</sup>.

## **1.25 LAS DINÁMICAS DE LA AUTOESTIMA:**

La autoestima es un fenómeno evolutivo que “emerge” o entra en juego con el transcurso del tiempo. Del mismo modo, la autoestima se considera importante porque está vinculada al comportamiento de una persona en su espacio vital (el mundo de la experiencia y conducta cotidiana). La autoestima es dinámica porque desempeña un papel en el modelado de las percepciones, de la experiencia y de la conducta de la persona y porque es relativamente estable y sin embargo abierta a al cambio. Por ello podemos decir, por una parte, que la persona tiene baja autoestima y por otra parte que existe la necesidad de trabajarla. <sup>(32)</sup>

Aunque la mayoría de los autores hacen hincapié en la estabilidad (autoestima global) o en el cambio, es importante mencionar dos aspectos. En primer lugar algunos de ellos señalan proceso los dinámicos. La concepción de James de la autoestima como ratio, por ejemplo, convierte la apertura al cambio en el aspecto central de la autoestima. En segundo lugar, la misma idea de fortalecer la

autoestima que es importante en todas las investigaciones y autores, requiere la posibilidad de cambio: de lo contrario no habría necesidad de fortalecer la autoestima cuando el individuo es adulto.<sup>(32)</sup>

En síntesis la autoestima implica como mínimos tres tipos de componentes esenciales o elementos constitutivos. En primer lugar la Competencia y el Merecimiento, así como la relación entre ellos que influye sobre la autoestima. En segundo lugar, una definición debe considerar la calidad vital de la autoestima tal como se integra en los procesos y situaciones de la vida real de cualquier individuo particular. Por último la dinámica de la autoestima, particularmente el modo en que puede ser relativamente estable y al mismo tiempo mantener la posibilidad de cambio. La estructura fundamental de la autoestima debe estar, por lo tanto, construida sobre la base de éstos tres hallazgos y debe manifestar su relación.<sup>(32)</sup>

## **1.26 LA ESTRUCTURA DE LA AUTOESTIMA**

Este primer paso crucial en la elaboración de una fenomenología de la autoestima muestra que ésta es el estatus vital de la competencia y merecimiento de un individuo al manejar los retos de la vida a lo largo del tiempo; la competencia está en relación con las aspiraciones y el éxito, es la acción o componente conductual de la autoestima, lo que implica que será el componente más inmediatamente observable en la vida cotidiana.<sup>(32)</sup>

El merecimiento se basa en valores, no se refiere sólo a lo bien o lo mal que hacemos las cosas y determina o refleja nuestra autoestima. El valor calidad o significado de lo que hacemos bien (o mal) también desempeña un rol vital en la creación de la autoestima. Aquí la autoestima debe considerarse como integrada por patrones y percepciones con relación a lo que es meritorio, merecedor o “bueno”.<sup>(32)</sup>

La competencia sin merecimiento no necesariamente produce autoestima, del mismo modo el merecimiento sin la competencia es posible, la autoestima se produce cuando se combinan competencia y merecimiento. Lo que suele ocurrir cuando uno es competente en algo que merece la pena o es de valor positivo para uno mismo o para los otros. <sup>(32)</sup>

La expresión “los retos de la vida a lo largo del tiempo” se usa para describir que la competencia y el merecimiento se viven justamente en la vida real porque algunas situaciones nos retan en ambas dimensiones. Hay veces cuando la propia competencia en la vida y el merecimiento para hacerlo dependen de la efectividad y significado (valor) de nuestras acciones y a lo largo del tiempo llegamos a mostrar un patrón de respuesta que crea un historial de alta o baja autoestima. <sup>(40)</sup>

Decir que la autoestima se vive como un tipo de “estatus” es descriptivo porque es una forma de captar la viveza o carácter dinámico del fenómeno, vivimos la autoestima del mismo modo que vivimos nuestros entornos culturales, historias evolutivas o identidades. Además, del mismo modo que la cultura, la historia y la identidad, nuestra autoestima se vive concretamente. Está incorporada a nuestras percepciones del aquí y ahora, experimentada a modo de sentimiento y expresada mediante palabras y acciones. El descriptor trata de captar algo de carácter dinámico de la autoestima. Por una parte el estatus implica estados del ser, por otra parte los estatus deben mantenerse, lo que implica que las personas se involucran en procesos activos que funcionan manteniendo cierto nivel estable de autoestima a lo largo del tiempo (autoestima global). Sin embargo, los estados del ser tanto físicos como psicológicos fluctúan y cambian con el tiempo. Esto puede ocurrir momentáneamente, cuando por ejemplo una situación temporal afecta sobre el estatus del propio merecimiento o competencia. Ejemplos de tales condiciones pueden ser los momentos en los que una persona gana un premio importante (fluctuación positiva) o es atrapado en una conducta vergonzosa (influencia negativa). Pero también es posible que se modifiquen los niveles de la

dinámica completa, como en el caso de crecimiento personal prolongado, o a consecuencia de alguna experiencia transformadora particularmente poderosa.<sup>(32)</sup>

### **1.27 FACTORES RELACIONADOS CON LA FAMILIA DE ORIGEN QUE AFECTAN AL DESARROLLO DE LA AUTOESTIMA**

Otras personas nos preceden en el mundo y, estas otras personas nos transmiten el merecimiento antes de que surja la competencia, el merecimiento llega un poco antes que la competencia en el desarrollo de la autoestima. Los hallazgos relativos de las influencias familiares se encuentran entre los primeros del área y hoy en día siguen siendo reconocidos.<sup>(32)</sup>

Ningún factor social es extremadamente significativo. Pero esto puede entenderse como que el desarrollo humano nunca es simple y que no existen factores familiares o progenitores-hijos que sean comunes a todos los niños con alta o baja autoestima. Algunos niños con fabulosos progenitores suelen presentar una autoestima pobre y muchos niños que presentan autoestima alta no han tenido unos progenitores especialmente motivadores.<sup>(32)</sup>

### **1.28 ACTITUDES PARENTALES:**

Se ha comprobado que ciertas actitudes parentales parecen influir sistemáticamente sobre la autoestima y se describe de la siguiente forma:

Implicación Parental: Puede ser la actitud simple más importante de los progenitores (responsables) que afecta al desarrollo de la autoestima en niños, la implicación no es suficiente: la calidad también cuenta.<sup>(32)</sup>

Aceptación Incondicional de los padres: La aceptación se usa con frecuencia para describir la voluntad de los progenitores a ver las virtudes y debilidades de un hijo,

o a ser consciente de cada niño en términos de sus potencialidades y limitaciones.  
(32)

Expectativas Claras: Las expectativas y límites claramente definidos son actitudes parentales que a menudo se asocian con el desarrollo de autoestima positiva en los niños. Establecer modelos altos (pero no imposibles), implica establecer límites claros y firmes (pero no duros ni rígidos). Hacerlo parece favorecer la autoestima de dos formas; por parte tales límites hacen saber al niño que ciertas formas de conducta son deseables o buenas y que debe esforzarse para lograrlas. (Opuestamente establecer patrones bajos o pobres puede impedir la aparición de algunos “retos vitales” necesarios para lograr merecimiento) Por otra parte, establecer y mantener límites son importantes porque no hacerlo es, a largo plazo destructivo para la autoestima (32).

Respeto: El tratamiento respetuoso hacia los hijos es otra actitud que merece ser tenida en cuenta. Frente al estilo autoritario o permisivo, el democrático o autoritario es más favorable para el desarrollo de la autoestima en niños. (32).

Coherencia Parental: Es una influencia evolutiva bastante positiva que parece relacionarse con el desarrollo de la autoestima porque refuerza otras actitudes, como ser un progenitor interesado que tiene, espera y mantiene las normas. La idea es que las actitudes prevalentes son las de implicación (pero sin ahogos), aceptación (pero no al precio de la indulgencia), firmeza pero sin rigidez, ser democrático (pero sin serlo de forma simplista) y hacerlo coherentemente (la mayor parte del tiempo). Ser valorado y tratado de éste modo parece fortalecer la autoestima (32).

Orden de Nacimiento: Ser el primero en nacer parece fortalecer levemente la posibilidad de desarrollar una autoestima positiva. Este efecto ordinal parece ser más fuerte para los hombres que para las mujeres, igualmente existen indicios de que los hijos únicos tienden a tener una autoestima mayor que los niños con

hermanos, se cree que el primero ó el único en llegar recibe más atención e interactúa más con los progenitores, que con los siguientes hermanos. <sup>(32)</sup>.

Modelado: Los progenitores que afrontan honesta y abiertamente los retos de la vida y tratan de superar las dificultades exponen así a sus hijos desde una edad temprana a una estrategia de resolución de problemas pro-autoestima. Aquellos que normalmente evitan el manejo de las dificultades revelan una ruta muy diferente para manejar los problemas y los retos de la vida. <sup>(32)</sup>

## **1.29 FACTORES SOCIALES QUE AFECTAN EL DESARROLLO DE LA AUTOESTIMA**

Además de los factores derivados de la familia, existen como mínimo otros tres factores sociales que afectan el merecimiento y parecen influir en el desarrollo de la autoestima:

***Autoestima y Valores:*** La mayoría de las personas parecen ser capaces de distinguir lo que es profundamente valioso de lo que no lo es y que ciertos valores parecen haber adquirido reconocimiento (en diferentes culturas), como es el caso de coraje, la auto-disciplina, el honor, el interés no egoísta, etc. <sup>(41)</sup>

La siguiente muestra de hallazgos se refiere al modo en que los valores de derivación social impactan sobre la autoestima. Uno es mediante lo que Rosemberg(1979) denominaba la “hipótesis de estratificación”, que es la idea de que existe una asociación entre la autoestima de un grupo social particular y el nivel de autoestima de un individuo dentro de dicho grupo. En otras palabras si un individuo pertenece a un grupo social que se considere de autoestima alta (o baja), entonces la autoestima del individuo corresponderá de forma significativa.

<sup>(41)</sup> La otra posible vinculación entre autoestima y los grupos causales primarios se denomina hipótesis de la subcultura, o la idea de que los valores a los que aspiramos están más influenciados por las personas más cercanas a nosotros

que por los valores en general. En éste caso los valores e intereses compartidos, la similitud de actitudes y valores reforzados a lo largo del tiempo y los estilos de vida comunes son instrumentales para determinar aquello que nos parece válido o no válido aspirar. Estas fuerzas parecen incluso suficientemente fuertes para eliminar otros factores como la carencia de estima que un grupo puede sostener en la sociedad en general. <sup>(41)</sup>

Los investigadores reconocen un vínculo coherente (aunque débil) entre autoestima y clase social general en la dirección esperada (Coopersmith, 1967; Mack, 1987; Rosemberg, 1965 y Schneiderman,1989), al mismo tiempo la mayoría de los mismos autores coinciden en que los factores sociales dentro de un grupo económico y social determinado son más influyentes en la determinación de la autoestima de un individuo que los valores sociales generales de la sociedad más amplia. Se han formado antes y pueden, por lo tanto tener un profundo efecto. La familia se ve como una fuente particularmente poderosa de valores relacionados con la autoestima que puede tener un impacto mayor que las fuerzas generales como aquellas asociadas a la clase social. Igualmente las aspiraciones endosadas por el propio grupo de referencia probablemente son muy activas en la determinación del modo en que uno se percibe ó se considera. Estos hallazgos parecen constituir otra paradoja de la autoestima y sólo podemos responder teniendo presentes ambas fuerzas. <sup>(41)</sup>

Aunque los valores son una parte más social de la autoestima, el individuo también influye en la relación entre autoestima y valores. Así, la segunda área con relación a la autoestima y los valores donde más sistemáticamente se han centrado los investigadores es en su representación. Los auto-valores parecen ser importantes para la autoestima en relación con la identidad propia, en la medida que impliquen ser una persona merecedora o no merecedora. <sup>(41)</sup>

La autoestima también está influida por los conflictos de valores a nivel del self (Jackson,1984; Mruk,1983). Esto sucede en situaciones donde las personas

mantienen que un auto-valor básico es importante pero éste también se opone a otra creencia profundamente sostenida. Por ejemplo un individuo puede considerar la independencia como un auto-valor que merece la pena aspirar, pero también depende de alguien para sentirse merecedor de amor como persona. El impacto de la combinación de tal conflicto de valores sobre el deseo de ser merecedor y competente crea curiosas historias de autoestima que Jackson denomina “conflictos centrales” es decir temas problemáticos de autoestima. <sup>(42)</sup>.

### 1.30 GÉNERO Y AUTOESTIMA:

Está consensuado que el género es capaz de influir en cierto grado sobre la autoestima y que ésta influencia se produce en una dirección razonablemente predecible. En términos de la estructura en general, las mujeres de nuestra sociedad parecen inclinarse hacia el componente de merecimiento de la autoestima (ser valoradas en términos de aceptación o rechazo) y los hombres tienden a inclinarse hacia la dimensión de competencia (éxito o fracaso). Hay multitud de excepciones en cualquiera de las direcciones, y aún está sin determinar si ésta es una función de la naturaleza (biología) o de la crianza (cultura y aprendizaje), aunque en este punto la evidencia sugiere que las fuerzas sociales son fundamentalmente responsables de estas diferencias <sup>(43)</sup>.

Evidentemente también debería decirse que mientras la sociedad siga siendo sexista, esto impide o desanima a las mujeres a adquirir competencia, haciéndolas así más dependientes del merecimiento o de la valoración ajena para su autoestima. Lo que también puede convertir a uno en, más vulnerable a los otros y menos seguro de sí mismo . También debemos señalar que empujar a los hombres hacia la competencia les limita a ciertas fuentes de autoestima. Puede crearles diferentes tipos de problemas de autoestima como la obligación de mostrarse excesivamente masculino o adoptar un estilo de vida que arruine la propia salud. El sexismo daña la autoestima en ambos géneros. <sup>(43)</sup>

### **1.31 FACTORES RACIALES, ÉTNICOS Y ECONÓMICOS QUE AFECTAN A LA AUTOESTIMA:**

Los factores étnicos, raciales o económicos como la discriminación o la falta de oportunidad tienen un efecto para la autoestima de varios grupos. Es decir, aunque la discriminación racial, étnica (incluido el entorno religioso) y economía pueden impactar negativamente sobre la autoestima, su influencia es mitigada por la identificación con los grupos de referencia primarios y con sus valores. En otras palabras, siempre que un individuo satisfaga los criterios de éxito dentro de su grupo subcultural ó primario, la autoestima puede existir o incluso florecer. Esta puede ser la razón por la cual muchos individuos originarios de entornos increíblemente pobres obtienen y mantienen autoestima alta. Los mismos factores parecen estar en juego en términos de pobreza o autoestima más que las fuerzas externas amplias y generales. <sup>(43)</sup>

Cuando un grupo de personas comparte aspiraciones idénticas al grupo dominante en una cultura y cuando los factores sociales discriminativos, limitan a un grupo más que a otro, para el logro de tales metas, entonces la autoestima sufre en la dirección esperada. La principal fuerza en éste caso sería el hecho de que el grupo minoritario reciba menos apoyo para el éxito y/o encuentre obstáculos adicionales que superar. Además si éste fuera el caso, el problema de la autoestima baja sería en la actualidad mucho más amplio dada la creciente conciencia de, y exposición a, los valores materiales generales de nuestra sociedad y las obvias discrepancias entre lo que cada grupo posee en términos de símbolos y motivos de éxito. <sup>(32)</sup>

### **1.32 RELACION ENTRE AUTOESTIMA Y ÉXITO**

Coopersmith fue más allá en la comprensión de la importancia del éxito cuando se identificó cuatro formas en las que éste puede ser positivo para la autoestima: Mediante el poder (la capacidad para influir y controlar a otros), el significado (la

aceptación, atención y afecto de otros), la virtud (la adherencia a las normas morales) y la competencia (una ejecución satisfactoria al cumplir las demandas para el logro).<sup>(38)</sup>

Más recientemente, Seymour Epstein (1979) señalaba que si el éxito está implicado en la autoestima, entonces la posibilidad del fracaso también debe ser activa. Así describe cuatro fuentes de autoestima en términos de estructuras dinámicas.<sup>(44)</sup>

El logro se equilibra mediante la pérdida. El poder se compensa con la falta de poder. La aceptación se empareja con la posibilidad de rechazo. Y la auto-aceptación moral también debe incluir la posibilidad de culpa. Es fácil encontrar similitudes en los hallazgos y su conexión con la estructura subyacente de la autoestima. Seymour Epstein<sup>(44)</sup>

### **1.33 ACEPTACION VERSUS RECHAZO:**

Aceptación y rechazo son expresiones opuestas del modo en que las otras personas reaccionan interpersonalmente hacia nosotros. Existen multitud de formas para estar a tono con las otras personas, por ejemplo: el respeto y la atención son formas importantes de aceptar al otro en un contexto amable, como también lo son el gusto y la admiración hacia alguien. Del mismo modo existen múltiples vías para negarnos el aprecio, como ser ignorado, minusvalorado, abusado, maltratado, o abandonado. Tales deficiencias en la atención pueden impactar negativamente sobre la autoestima. En todos estos casos estamos refiriéndonos a sucesos interpersonales relativos a la valoración ó no valoración de las otras personas, hacen de uno como ser merecedor de atención positiva. Por lo tanto la ruta aceptación (ó significado), rechazo hacia la autoestima debe ser entendida como algo basado en el componente de merecimiento de su estructura fundamental. Esta es la razón por la cual ser valorado de forma positiva

por las otras personas puede fortalecer la autoestima y ser rechazado por otros puede reducirla. <sup>(44)</sup>

### **1.34 VIRTUDES VERSUS CULPA:**

La virtud implica que existen normas de conducta superiores a la simple medición de un código de conducta relativista. Culpa puede entenderse como el fracaso en el mantenimiento de las normas como las simplemente personales ó aquellas de un grupo de referencia, aunque con cualquiera de éstas sea también suficiente. La conexión entre la propia virtud y la autoestima ha sido manifestada previamente cuando comentaba el consenso sobre la importancia de la afirmación de valores merecedores y el significado de tal acción sobre la identidad y la autoestima. Cada vez que actuamos de un modo que refleja (encarna) que ésa a la que aspiramos es buena, entonces nos encontramos a nosotros mismos como merecedores o estimados. Evidentemente cada vez que no lo hacemos también se produce la respuesta opuesta, la culpa y el reconocimiento de que hemos fracasado de una forma importante. <sup>(38)</sup>

### **1.35 INFLUENCIAS VERSUS FALTA DE PODER:**

Como poder se define la capacidad de una persona para manejar o dirigir el propio entorno. El poder sobre el propio entorno puede ser más descriptivo del modo en que realmente se vive ésta conducta, pero las otras personas también pueden ser parte del entorno. Aunque poder puede usarse para describir una forma de relacionarse con los demás, puede ser una palabra demasiado fuerte para captar aquellos aspectos más sutiles que de la interacción efectiva con los demás. Forzar a las personas a hacer lo que queremos no es el único modo de persuadirlos. <sup>(32)</sup>

La habilidad para interactuar con el entorno y/o con los otros de un modo que moldea o dirige los hechos abierta o encubiertamente es una forma de

competencia en el manejo de los retos de la vida. El éxito en ésta área no conduce a sentir que tenemos algo que decir ante los hechos (y la investigación señala que éste tipo de poder nos ayuda a manejar los sucesos de forma más efectiva). Opuestamente los repetidos fracasos tienden a engendrar un sentido de competencia interpersonal, indefensión aprehendida, falta de poder e incluso fragilidad, dependiendo de la frecuencia y gravedad de los fracasos. <sup>(32)</sup>

### **1.36 LOGROS VERSUS FRACASOS:**

Se escoge el término de logro para representar éste tipo de éxito frente al de la competencia usado por Coopersmith para evitar que el último sea confundido con la estructura subyacente de la autoestima. Existe un vínculo ordinario entre éxito, competencia y autoestima. <sup>(38)</sup>

Hay cierta muestra de logros extraordinarios que afectan a la autoestima de un modo más directo y poderoso. Alcanzar una meta que requiere el manejo efectivo de problemas u obstáculos con carga personal (biográfica) y/o que han sido históricamente problemáticos para nosotros, demostramos un nivel de competencia superior en el manejo de los retos de la vida. Estos éxitos constituyen un momento especialmente poderoso de autoestima que puede representar un logro evolutivo tan profundo como un éxito personal, incluso aunque se produzcan en la edad adulta. <sup>(32)</sup>

### **1.37 VARIABILIDAD RELATIVA A LA AUTOESTIMA Y EL EXITO:**

Los individuos pueden desarrollar niveles saludables de autoestima cosechando éxitos en una o dos áreas, particularmente si reciben la aprobación de las personas de su grupo de referencia. Los logros personales significativos y la influencia se vinculan firmemente a una característica estructural de la autoestima

(competencia) y ser valorado por las otras personas y la actuación en base a las creencias (tener virtud) tiene sus raíces en otra de merecimiento. <sup>(32)</sup>

## **1.38 CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD ASOCIADAS A LA AUTOESTIMA**

### **1.38.1 Características Positivas de la Autoestima ALTA:**

Existen pruebas razonables (sistemáticas) que confirman la existencia de un vínculo entre autoestima alta y múltiples características deseables de la personalidad. En primer lugar, la autoestima alta parece estar asociada a lo que suele referirse como afecto positivo. Mantener puntos de vista positivos sobre la competencia y el merecimiento propios es más satisfactorio que mantener perspectivas negativas o incluso neutras. Al hacerlo se enfoca a la vida en forma más espontánea y fácil. <sup>(39)</sup>

Otra característica de personalidad asociada frecuentemente con la autoestima es la derivada de la efectividad en el manejo de las diferentes tareas y retos en la vida. Las pruebas de este punto consensuado proceden de estudios que muestran un vínculo entre autoestima alta y éxito en ciertas áreas. El término auto-eficacia describe el vínculo entre autoestima y el manejo satisfactorio de los retos de la vida. <sup>(39)</sup> En tercer lugar las personas que se autoestiman mucho parecen ser más independientes, auto-dirigidas y más autónomas que sus homólogos que no lo hacen. En términos de conductas concretas ser independiente es equivalente a ser capaz de mantener posiciones impopulares ante presiones de conformidad (Bednar et al.,1989; Coopersmith, 1967), o defender los propios derechos y opiniones, es decir, ser apropiadamente asertivo. Se ha demostrado que las personas con auto-estima alta son capaces de percibir situaciones con mayor exactitud (más a realismo), que sus homólogas con auto-estima baja. Igualmente éstas también tienden a ser más abiertas al feedback negativo que podría perjudicar su ejecución o estima. Con la autoestima baja ocurre lo contrario: las

personas tienden a centrarse en el feedback negativo y pueden llegar a prescindir del feedback positivo (Wells & Marwell,1976). Igualmente la autoestima alta se asocia a la focalización en actividades relacionadas con el fortalecimiento de la autoestima frente a la auto-protección como principal interés, aunque ambas están siempre presentes. Otro factor es que los individuos con alta autoestima parecen conocerse mejor que los individuos con autoestima baja, siendo así, los primeros serían más capaces que los últimos en tolerar diferencias y presiones. <sup>(45)</sup>

Otra falacia, o mito, común es que la autoestima alta, es simplemente buena y deseable cuanto más mejor. También debería señalar que, aunque tendemos a idealizarla, hay algunas razones para creer que la autoestima puede generar también algunas limitaciones interesantes. Hay investigaciones que sugieren una relación negativa entre autoestima alta y cualidades negativas; tales individuos parecer ser menos abiertos a ver sus propios errores y limitaciones, es como si la autoestima les protegiera demasiado bien. Por ejemplo, la introspección en relación con los propios límites y debilidades puede verse perjudicada por el exceso de autoestima. <sup>(34)</sup>

Algunas pruebas sugieren que la autoestima genuinamente alta puede derivar en ciertas dificultades para las relaciones interpersonales, particularmente en términos de sensibilidad hacia las necesidades ó limitaciones de las otras personas. Puede ser que los altos grados de competencia y merecimiento interfieren, de algún modo, con las propias habilidades empáticas. Por ejemplo, disponer de autoestima alta puede dificultar la percepción de problemas ajenos en primer lugar, como sentirse herido por una pequeñez ó dudar ante algo por temor al fracaso. Así pues, cuando alguien con autoestima media o baja expresa tales problemas, un individuo con autoestima alta puede pasar por alto tales preocupaciones. <sup>(32)</sup>

Otra forma de entender las limitaciones de la autoestima alta es que cierto grado de auto-ilusión positiva o sesgo en el servicio del self puede ser también útil.

Nos ayuda a centrarnos más en las posibilidades que en los problemas y rechaza las pequeñas críticas a nuestra autoestima para que nosotros podamos adoptar los riesgos. Sin embargo en exceso puede ser también problemática: puede implicar que no veamos las cosas con realismo o que nos introduzcamos en situaciones que debiéramos haber ignorado <sup>(13)</sup>.

## **1.39 CARACTERÍSTICAS NEGATIVAS DE LA AUTOESTIMA BAJA:**

### **1.39.1 VULNERABILIDAD**

Algo importante que de la autoestima parece hacer, es liberarnos de las tribulaciones y asuntos cotidianos. Siendo así, la autoestima baja puede igualarse a una cubierta protectora fina o quebradiza, lo que significa que uno debe estar más atento a las posibles amenazas y a aquellas de naturaleza temporal. Se ha demostrado, por ejemplo, que las personas con autoestima baja son muchas veces hipersensibles al feedback negativo o a las críticas (Berdnar et al., 1989). Esta mayor disposición a percibir los significados negativos puede derivar en una distorsión perceptual; bien exceptuando las percepciones negativas o bloqueando otras percepciones como los aspectos positivos de una situación. Se ha demostrado que los individuos con autoestima baja pueden ser tan sensibles a la información negativa sobre sí mismos que habitualmente prescinden de la información positiva <sup>(35)</sup>.

La impresión general que tenemos de la vivencia de autoestima baja es que la persona sufre una condición crónica de afecto negativo, especialmente sentimientos de inferioridad, falta de merecimiento, soledad y/o inseguridad. Estos rasgos caracterizan normalmente a tales personas como ansiosas, depresivas e ineficaces. Sin embargo investigaciones recientes añaden otros datos. Es posible que las personas con autoestima baja tiendan a ser más precavidas que incapacitadas, más auto-protectoras que auto-aversivas y más conservadoras que arriesgadas, porque desean preservar la autoestima que tienen y no porque se

odian a sí mismas. En otras palabras la autoestima baja puede estar más motivada por la “protección del self” (Tice, 1993). Parte de estos nuevos trabajos sugieren incluso que la protección ante esta vulnerabilidad puede ser más frecuente que los pensamientos y sentimientos negativos sobre uno mismo. Aunque no sabemos aún cual es el fenomenológico, la autoestima baja común u ordinaria es un continuo de síntomas que oscilan de menos a más problemáticos. <sup>(38)</sup>Sin embargo, otro tipo de autoestima baja parece implicar una curiosa falta de auto-conciencia y puede incluir conductas compensatorias, incluso conductas destructivas como la agresividad. <sup>(32)</sup>

El término más comúnmente empleado para describir la experiencia de la *autoestima baja* conlleva al concepto de Vulnerabilidad; es como si la persona tuviera una herida abierta, lo que lo convierte en más susceptible a más dolencias y más cauta ante tales posibilidades. Pero existen dos formas de responder ante esto. Una persona puede retraerse ó mostrarse incluso más precavida (la autoestima baja tal y como se entiende normalmente) ó la persona puede responder con la negación, con hostilidad ó incluso con agresividad. Evidentemente esto debe ser considerado dentro del contexto evolutivo, porque todas esas fuerzas son atribuibles. Las respuestas de evitación son más efectivas ó posibles en un tipo de contexto, en personas con un tipo particular de fisiología. Las conductas compensatorias ó agresivas pueden ser más frecuentemente reforzadas en personas con diferentes fisiologías o en respuesta a diferentes contingencias ambientales, ambas a la vez. Las reglas de la teoría del aprendizaje son atribuibles a ambos casos: sea cual sea el estilo efectivo para el manejo de la vulnerabilidad, con el transcurso del tiempo se convierte en habitual porque reduce el dolor y en consecuencia se refuerza. <sup>(32)</sup>

#### **1.40 AUTOESTIMA MEDIA Y VULNERABILIDAD:**

Se ha descubierto que la autoestima media está asociada con ciertas características positivas y negativas de la personalidad. La autoestima media es

simplemente el resultado de no haber dispuesto de la suficiente exposición a los factores evolutivos que conducen a la autoestima alta, pero también haber dispuesto de la suficiente exposición para evitar tener una autoestima baja. En éste caso la autoestima media es como un punto medio del continuo de calidades que oscilan entre la autoestima baja y alta. La autoestima más alta implica tener más de esto (seguridad, autonomía, espontaneidad, etc.) y es siempre mejor. <sup>(32)</sup>

## **1.41 LAS CONSECUENCIAS DE LA AUTOESTIMA**

### **1.41.1 Autoestima, Estrés y Estilo de Respuesta:**

Desde el principio de la investigación moderna sobre la autoestima se ha subrayado la existencia de un estrecho vínculo entre autoestima y estrés, particularmente para manejar el estrés con efectividad, existe una relación entre competencia y autoestima; las habilidades de manejo (la carencia de éstas) constituyen cierta forma de competencia (incompetencia) y, por lo tanto, están vinculadas a la autoestima y viceversa. Los factores así asociados con la autoestima, como el incremento de la autonomía, una mayor apertura a las alternativas y una mayor seguridad en las propias percepciones y habilidades, nos predisponen a resultados favorables en el manejo de problemas, retos y oportunidades, desde la rutina hasta el heroísmo. Por el contrario, la autoestima baja influye sobre éstas dimensiones de la respuesta de una persona al estrés en direcciones negativas, y puede incluso acelerarlas. La competencia, sin embargo, no es suficiente. Algunas personas que son extremadamente hábiles o con mucho éxito, se comportan como si estuvieran más impulsadas o motivadas por el miedo al fracaso que por la autoestima honesta. Por lo tanto, la competencia es sólo un modo de vínculo entre la autoestima y el estrés. <sup>(35)</sup>

## **1.42 INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.**

En la actualidad contamos en nuestro medio con instrumentos de medición de la dinámica familiar, la función familiar y la función conyugal, mismos que han sido

mejorados a través de su historia y avalados actualmente para su utilización, como es el caso del instrumento para evaluar el Subsistema conyugal aplicado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desde hace 10 años para aplicación única y exclusivamente a la pareja. Entre los indicadores más utilizados para valorar la dinámica familiar, podemos señalar los siguientes: la adaptabilidad o flexibilidad, la cohesión, el clima emocional y la comunicación. Por otro lado el instrumento FACES III aplicado con éxito tanto en Europa como en México diseñado por el Olson y cuyas siglas en español significan Escalas Evolutivas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, instrumento traducido al español , validado y aplicado en el 2003 en México por el Gómez Clavelina e Irigoyen<sup>(20)</sup>

A fines de los años setentas, el interés por el estudio de las familias más allá del análisis exclusivo en el paciente, se fortaleció a tal punto que se crearon diversos instrumentos con miras a la evaluación familiar. Uno de los modelos con mayor relevancia actualmente en la comprensión de los sistemas familiares es el modelo circunflejo, desarrollado por Olson, Sprenkley Russell (1979). Los autores presentan en este modelo algunas dimensiones: cohesión, autonomía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, control de la conducta, organización, conflicto, roles, reglas, orientación intelectual-cultural, orientación religiosa, orientación recreativa<sup>(46)</sup>

Modelo Circumplejo de Olson. Para poder demostrar lo planteado por la escuela de terapia familiar, ha surgido la necesidad de estructurar instrumentos que permitan estudiar y valorar el funcionamiento familiar.<sup>(25)</sup> Este modelo intenta estructurar el confuso panorama conceptual de la familia y tratar de esclarecer la funcionalidad para conformar una tipología familiar que pudiera ser la base no solo de un contexto etiológico si no de tratamiento y pronóstico en las intervenciones realizadas a individuos pertenecientes al sistema. El modelo circunflejo, inicialmente constaba de dos dimensiones, cohesión y adaptabilidad, aunque posteriormente Olson, Russell y Sprenkle (1983) incorporaron una tercera

dimensión, la comunicación, como una dimensión facilitadora de comprensión total. Tal y como se muestra en el cuadro número 1. <sup>(47)</sup>

En donde, **la cohesión** es el vínculo emocional, que los miembros de un sistema familiar tienen entre sí; otros autores pueden definir este dominio dentro del sistema familiar como: la unión física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas. Los conceptos vinculados con la cohesión serían: lazos familiares, implicación familiar, coaliciones padres-hijos, fronteras internas y externas. La **adaptabilidad**, sería la habilidad de dicho sistema para cambiar o dicho de otro forma es habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera. Los conceptos específicos vinculados con la adaptabilidad son: liderazgo, disciplina, negociación, roles y reglas. Inicialmente, en las primeras versiones del modelo, también se incluyeron en esta dimensión la asertividad y el control. <sup>(52)</sup> La **comunicación** es la capacidad que tienen los integrantes del sistema familiar de transmitir sus experiencias de forma clara y directa. Cada una de estas dimensiones está compuesta por diferentes variables que contribuyen a su comprensión. <sup>(47)</sup>

Teniendo como respaldo teórico este modelo, se desarrolló el FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) en 1980. En un principio el modelo fue estimado en forma lineal y como resultado se pudo tipificar tres tipos de familia que eran: de rango equilibrado, de rango medio y de rango extremo. <sup>(48)</sup>

Las puntuaciones lineales altas se consideran en la gama equilibrada y representan un funcionamiento familiar saludable. Por lo tanto el FACES II y FACES III se interpretaban en un comienzo de una manera lineal utilizando un método de revisión desarrollado por Olson y Tiesel (1992). Que correspondían a la funcionalidad balanceada, de rango medio y rango extremo. <sup>(48)</sup>

En cuanto a la estimación funcional de acuerdo al modelo Circunflejo de Olson, la evaluación lineal como ya se dijo, determinó la funcionalidad de la cohesión y la adaptabilidad en tres grupos. <sup>(48)</sup>

DOMINIO	FAMILIA CON ADULTOS (rango)	FAMILIAS CON ADOLESCENTES (rango)	PAREJAS CON JÓVENES (rango)
<b>COHESIÓN (Impares)</b>			
Desligada	10 - 34	10 - 31	10 - 36
Separada	35 - 40	32 - 37	37 - 42
Conectada	41 - 45	38 - 43	43 - 46
Amalgamada	46 - 50	44 - 50	47 - 50
<b>ADAPTABILIDAD (Pares)</b>			
Rígida	10 - 19	10 - 19	10 - 21
Estructurada	20 - 24	20 - 24	22 - 26
Flexible	25 - 28	25 - 29	27 - 30
Caótica	29 - 50	30 - 50	31 - 50

CUADRO 1. FACES III

Además una versión del modelo Circunflejo se introdujo para proporcionar un nuevo marco para la interpretación curvilínea que a nivel de cohesión da una interpretación, que va desde familia apegada ó amalgamada con puntuación demasiado alto y cuando la puntuación es demasiado baja da una interpretación despegada ó desligada. En el dominio de la flexibilidad la interpretación curvilínea da: cuando es alta se denomina caótica y cuando es demasiado baja se denomina rígida, también proporciona una puntuación de niveles equilibrados y moderados para ambos dominios. <sup>(49)</sup>

En síntesis cuando evaluamos la cohesión y la adaptabilidad en forma curvilínea, implica que ambos extremos de las dimensiones son disfuncionales, siendo los niveles moderados con un buen funcionamiento familiar. Es por ello que

cada una de las dimensiones está dividida en 4 niveles. En el caso de la cohesión: familias apegadas (cohesión muy alta), familias conectadas (cohesión moderada-alta), familias separadas (cohesión moderada-baja) y familias desapegadas (cohesión baja). La adaptabilidad, por su parte, constituye los siguientes tipos de familias: familias rígidas (adaptabilidad muy baja), familias estructuradas (adaptabilidad moderada-baja), familias flexibles (adaptabilidad moderada-alta) y familias caóticas (adaptabilidad alta).<sup>(50)</sup>

La comunicación es una dimensión facilitadora, cuya relación con el funcionamiento familiar es lineal; es decir, a mejor comunicación familiar mejor funcionamiento familiar. La comunicación familiar es la tercera dimensión y facilita el movimiento en las otras dos dimensiones. Existe una escala separada para evaluar la Comunicación entre el adolescente y sus padres, desarrollada por los mismos autores (Barnes y Olson," 1982). También hay una escala de 10 ítems sobre Comunicación marital" incluida en el Inventario ENRICH. "<sup>(50)</sup>

Tipos y niveles del funcionamiento familiar de acuerdo a las dimensiones.

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR		DIMENSIONES	
Nivel	Tipo	Cohesión	Adaptabilidad
Equilibrado	Muy alta	Muy conectada	Muy flexible
Moderadamente balanceada	Alto	Conectado	Flexible
Gama media	Bajo	Separada	Estructurada
Desequilibrada	Muy bajo	Desligada	Rígida

Una vez construido el modelo los autores desarrollaron el FACES, un instrumento dirigido a analizar las dos dimensiones iniciales, cohesión y adaptabilidad. FACES I, surge en 1980 75, consta de 111 ítems. La segunda versión, FACES II, apareció en 1982 se redujo a 50 ítems, posteriormente Olson, Russell y Sprenkle usaron

ésta versión, pero tras el análisis factorial disminuyó a 30 ítems, 16 relativos a cohesión y 14 a adaptabilidad, lo que fue la versión final del FACES II. <sup>(51)</sup>

El FACES III, es la tercera versión de “The Family Adaptability and cohesion Evaluation Scales”, desarrollado en 1985 por David H. Olson, Portner y Lavee<sup>77</sup>, constituida de 20 ítems. <sup>(52)</sup>

Sus siglas en español significan Escalas Evaluativas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, instrumento traducido al español en el 2001, validado y aplicado en el 2003 en México por el Dr. Gómez Clavelina e Irigoyen. <sup>(53)</sup> Cuenta con el respaldo de 25 años de investigación y más de 700 publicaciones científicas que han permitido afinarlo tanto al modelo que lo sustenta, como los 11 instrumentos que forman el circumplex Assessment Package del que forma parte también FACES III <sup>(54)</sup>

El FACES III no mide directamente la funcionalidad familiar, sino solamente el grado de dos de las dimensiones señaladas en el modelo (cohesión y adaptabilidad). Los puntajes obtenidos mediante FACES III han propiciado la clasificación de las familias al considerar tres categorías: balanceadas, en rango medio y extremas. Hay hipótesis de que las familias extremas presentan mayor riesgo de disfunción, lo cual ha sido corroborado en la experiencia clínica de diversos investigadores <sup>(55)</sup>.

La escala FACES III en su versión al español, contiene 20 preguntas: las 10 impares evalúan la cohesión familiar y las 10 pares, la adaptabilidad familiar. Las preguntas están planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo respuesta del 1 al 5 (1 nunca, 2 casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre, 5 siempre) de tal manera que la puntuación posible para cohesión y la adaptabilidad es de 10 a 50. El valor de alfa de Cronbach es de 0.70 Se contesta en 5 minutos. <sup>(53)</sup>

La combinación de cohesión con adaptabilidad clasifica a las familias en 16 tipos: No relacionada rígida, No relacionada estructurada, No relacionada flexible, No relacionada caótica; Semi-relacionada rígida, semi-relacionada estructurada, semi-relacionada flexible, semi-relacionada caótica; Relacionada rígida, Relacionada estructurada, Relacionada flexible Relacionada caótica; Aglutinada rígida, aglutinada estructurada, aglutinada flexible, aglutinada caótica<sup>(54)</sup>.

*La cohesión* es el vínculo emocional entre los miembros de la familia y el grado de autonomía individual de los mismos. Cohesión extremadamente alta da una excesiva unión de sus miembros y una muy limitada autonomía individual, cohesión extremadamente baja.<sup>(54)</sup>

No relacionada o dispersa: Ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, poca lealtad a la familia ,se da muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros, hay falta de cercanía parento-filial, alta independencia personal ,rara vez pasan el tiempo juntos, necesidad y preferencia por espacios separados, se toman las decisiones independientemente, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales son vistos a solas, existen intereses desiguales, recreación individual<sup>(54)</sup>

Semirrelacionada ó separada: Se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una cierta tendencia hacia la independencia. Hay separación emocional, la lealtad familiar es ocasional, el involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal, los límites parento-filiales son claros, con cierta cercanía entre padres e hijos, se alienta cierta separación personal, el tiempo individual es importante pero pasan parte del tiempo juntos, se prefieren los espacios separados, compartiendo el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente siendo posibles las decisiones conjuntas, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales raramente son compartidos con la familia, los intereses son distintos, la recreación se lleva a cabo más separada que en forma compartida.<sup>(54)</sup>

Relacionada ó conectada: Hay cercanía emocional, la lealtad emocional es esperada, se enfatiza el involucramiento pero se permite la distancia personal, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, los límites entre los subsistemas son claros, con cercanía paterno-filial, la necesidad de separación es respetada pero poco valorada, el tiempo que pasan juntos es importante, el espacio privado es respetado, se prefieren las decisiones conjuntas, el interés se focaliza dentro de la familia, los amigos individuales se comparten con la familia, se prefieren los intereses comunes, se prefiere la recreación compartida más que la individual. Son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con una tendencia hacia la dependencia. <sup>(54)</sup>

Aglutinada: cercanía emocional extrema, se demanda fidelidad y lealtad hacia la familia, el involucramiento es altamente simbiótico, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común, se expresa la dependencia afectiva, hay extrema reactividad emocional, se dan coaliciones parento-filiales, hay falta de límites generacionales, falta de separación personal, la mayor parte del tiempo lo pasan juntos, se permite poco tiempo y espacio privado, las decisiones están sujetas al deseo del grupo, el interés se focaliza dentro de la familia, se prefieren los amigos de la familia más que los personales, los intereses conjuntos se dan por mandato. <sup>(54)</sup>

La adaptabilidad: Describe la capacidad del sistema marital /familiar para cambiar sus estructuras de poder (roles y reglas) en respuesta al estrés situacional o evolutivo. Adaptabilidad extremadamente alta origina caos en el interior de la familia, esto es la inexistencia de roles y reglas definidas, una adaptabilidad extremadamente baja que impide amoldarse a las crisis del ciclo familiar. Incluye conceptos tales como poder (capacidad de afirmación, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de relación de la familia. <sup>(54)</sup>

La caótica: se refiere a la ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes. Las decisiones parentales son impulsivas, hay falta de claridad en las funciones y existe alternancia e inversión en los mismos, frecuentes cambios en las reglas, que se hacen cumplir inconsistentemente. <sup>(54)</sup>

La flexible: liderazgo y roles compartidos, disciplina algo severa, y democrática negociándose sus consecuencias, El liderazgo es igualitario, permite cambios usualmente es democrática, hay acuerdo en las decisiones, se comparten los roles o funciones, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad, algunas reglas cambian. <sup>(54)</sup>

La estructurada: el liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario así como los roles en ocasiones son compartidos, donde existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan. La disciplina rara vez es severa, siendo predecibles sus consecuencias, los padres toman las decisiones, las funciones son estables pero pueden compartirse, las reglas se hacen cumplir firmemente, pocas son las que cambian. <sup>(54)</sup>

La rígida: hay liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios. Existe fuerte control parental, y su aplicación es severa, es autocrática, los padres imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos, las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambio. <sup>(54)</sup>

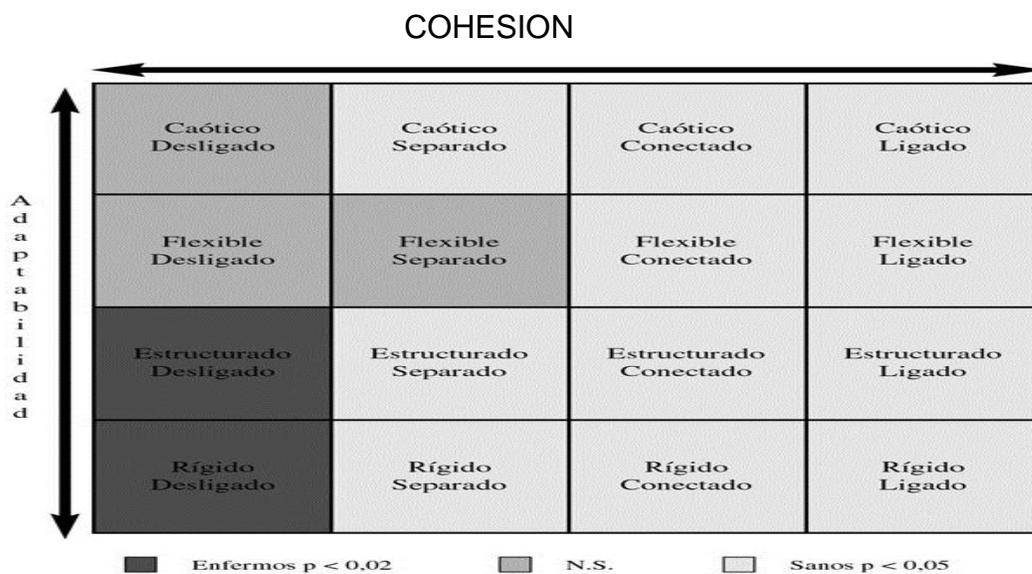
Las cuatro centrales semi-relacionada flexible, relacionada flexible, semi-relacionada estructurada y relacionada estructurada; corresponden a niveles balanceados de adaptabilidad y cohesión .Las cuatro extremas, adaptabilidad y/o cohesión excesivamente altas o bajas. <sup>(54)</sup>

La importancia de la aplicación de estos instrumentos, que emerge de esta visión general de la investigación empírica, es el fuerte apoyo a un enfoque

biopsicosocial de la prevención e intervención. Es aquí donde este tipo de herramienta se vuelve útil, el investigador tiene la capacidad de tener un contexto social de la familia cuando evalué la enfermedad y además que el funcionamiento familiar es un factor significativo en el tratamiento de problemas tanto físicos como psicológicos. <sup>(54)</sup>

Caracterización de los sistemas familiares y maritales según el nivel de cohesión y flexibilidad.

		COHESIÓN			
		Bajo	Moderado	Alto	
FLEXIBILIDAD		DESLLIGADA	SEPARADA	CONECTADA	ENMARAÑADA
Alto ↑ Moderado ↑ Bajo	CAÓTICA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo
	FLEXIBLE	Rango medio	<i>Balanceda</i>	<i>Balanceda</i>	Rango medio
	ESTRUCTURADA	Rango medio	<i>Balanceda</i>	<i>Balanceda</i>	Rango medio
	RÍGIDA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo



Puntos de corte significativo entre cuadrantes en "enfermos" / "sanos", según el modelo de Olson.

### 1.43 EVALUACIÓN DEL MODELO Y DE LOS INSTRUMENTOS FACES

El modelo circunflejo de familia y los instrumentos FACES son herramientas probadas para la investigación del funcionamiento de la familia en muchos campos de estudio. Los instrumentos FACES II y FACES III son herramientas prácticas para investigadores y profesionales que requieren de la evaluación familiar. Como instrumentos lineales, se han aplicado con éxito en múltiples disciplinas en cientos de estudios. Algunos de los mejores ejemplos de la utilidad de los FACES son las áreas de la salud física y enfermedad física y psicológica. <sup>(54)</sup>

Generalmente los investigadores que han evaluado y validado el instrumento, han tenido que agrupar todas las investigaciones, realizadas con el modelo Circunflejo en tres categorías a saber: la pareja y las relaciones familiares. La familia con problemas especiales y los sistemas familiares y de salud. <sup>(54)</sup>

Cerca de un millar de estudios empíricos se han completado con los instrumentos FACES y más de 450 se han publicado (excluyendo las tesis en distintos idiomas). Los resultados de los estudios de investigación han demostrado repetidamente que ambas de las dimensiones de la cohesión y la flexibilidad están relacionadas con la salud y el desarrollo de las familias. En general se puede afirmar que el modelo Circunflejo familiar y los instrumentos FACES han sido los dispositivos más utilizados a nivel mundial para la evaluación familiar <sup>(54)</sup>

Como ya se había aclarado anteriormente el instrumento FACES fue diseñado para comprobar la hipótesis que arrojaba el modelo Circunflejo con relación al funcionamiento familiar por David Olson, Bell Richard y Porther, constaba de 111 ítems de auto reporte, los autores para mejorar sus propiedades psicométricas diseñan el FACES II con 30 ítems y luego diseñan el FACES III con 90 ítems. Ambos instrumentos están en uso hoy en día, junto con la Escala de Evaluación

Clínica (Olson, 1993), una medida de observación basada en el modelo Circunflejo.<sup>(54)</sup>

Al comparar las puntuaciones de 1932 familias, utilizando el FACES III y la Escala de Evaluación Clínica, Olson y Thomas (1994), llegaron a la conclusión de que es mucho más fácil para las personas fuera de la familia observar el funcionamiento familiar como amalgamado ó caótico de lo que es para los miembros de la familia.

□ Estudios de validación: El instrumento FACES ha sido validado en varios estudios comparativos de los instrumentos de auto informe y se ha utilizado para validar otros instrumentos, como la Escala del Medio Ambiente Familiar, el Dispositivo de Evaluación de la Familia y los Sistemas Familiares de Prueba.<sup>(54)</sup>

□ Propiedades psicométricas: El FACES II y FACES III han sido probados y han demostrado ser instrumentos fiables y válidos. La información detallada sobre la fiabilidad y validez<sup>(54)</sup>

#### **1.44 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL INSTRUMENTO FACES III, VERSION AL ESPAÑOL MEXICO**

El cuestionario se aplica a personas mayores de 12 años, que sean miembros de familias con hijos y que sepan leer y escribir. Deberá él, entrevistado contestar como, considera que su familia reacciona en forma habitual, no de la manera en que piensa que debería reaccionar. Es de auto aplicación: el encuestador debe evitar sugerir respuestas

### 1.45 CARACTERISTICAS DE APLICACIÓN

Se les solicita a los encuestados que lean cada ítem y decidan cuán frecuentemente, Se da en su familia esa conducta. Guiándose por:

1 Casi nunca
2 De vez en cuando
3 Algunas veces
4 frecuentemente
5 Casi siempre
Suman:
ítems impares = la cohesión
ítems pares, = la adaptabilidad.

Se traslada el puntaje obtenido



### CALIFICACION DE FASES III

ITEMS NONES= COHESION. ITEMS PARES= ADAPTABILIDAD.		↓ Cohesión ↑			
		Disgregada 10 a 34	Semirrelacionada 35 a 40	Relacionada 41 a 45	Aglutinada 46 a 50
↓  Adaptabilidad	Caótica 29 a 50	Caóticamente disgregada	Caóticamente semirrelacionada	Caóticamente relacionada	Caóticamente aglutinada
	Flexible 25 a 28	Flexiblemente disgregada	Flexiblemente semirrelacionada	Flexiblemente relacionada	Flexiblemente aglutinada
↑	Estructurada 20 a 24	Estructuralmente disgregada	Estructuralmente semirrelacionada	Estructuralmente relacionada	Estructural-mente aglutinada
	Rígida 10 a 19	Rígidamente disgregada	Rígidamente semirrelacionada	Rígidamente relacionada	Rígidamente aglutinada

### 1.46 ESTUDIOS COMPARATIVOS

Aunque se ha incrementado el interés por identificar los factores que afectan a la práctica médica y que se relacionan con la socialización –como la empatía–, no se han realizado estudios que identifiquen el contexto en el que la población médica se desarrolla a lo largo de la vida. La familia es el primer agente en la vida que durante un lapso más o menos prolongado monopoliza prácticamente la socialización, sobre todo, durante la infancia. Toda la familia socializa al niño de acuerdo con su particular modo de vida, el cual está influido por la realidad social, económica e histórica de la sociedad en la que está inserta la familia. <sup>(55)</sup>

En el 2011 Sandoval Miranda y cols realizaron un estudio de funcionalidad familiar en medico residentes adscritos al Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE utilizando el instrumento de funcionamiento familiar elaborado por Atri obteniendo los siguientes resultados: Los puntajes más altos se produjeron en expresión de afecto y apoyo familiar, con 0.703; en comunicación funcional y expresión de afecto, con 0.674, y en comunicación funcional y apoyo familiar, con 0.594 Las medias de los factores de funcionamiento familiar fueron las

siguientes: en *apoyo familiar* fue de  $3.70 \pm 0.39$ ; en *enfrentamiento de los problemas* fue de  $3.49 \pm 0.51$ , y en *expresión de afecto* fue de  $3.51 \pm 0.48$ .<sup>(55)</sup>

La media total de la Escala de funcionamiento familiar fue de  $3.43 \pm 0.47$ . La media de la Escala de empatía fue de  $2.89 \pm 0.42$ .<sup>(55)</sup>

Existió una alta correlación entre el funcionamiento familiar y la empatía de  $r = 0.456$ ; los factores que más se correlacionaron fueron: *expresión de afecto*, *apoyo familiar* y *desinhibición emocional*<sup>(55)</sup>

Al comparar las medias de las variables demográficas (sexo, edad, etc.) y de las escalas de funcionamiento familiar y de empatía no hubo diferencias significativas ( $p = < 0.05$ ).<sup>(55)</sup>

Otro de los estudios realizados es la evaluación de la empatía, en donde comprendemos como concepto de empatía, a la habilidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, combinado con la capacidad de comunicar este entendimiento al paciente. No obstante, la misma se ha asociado en forma teórica o empírica con una serie de atributos como el respeto, el comportamiento pro social, el razonamiento moral, las actitudes positivas hacia la gente de edad avanzada, la ausencia de demandas o litigios por mala práctica, la habilidad para recabar la historia clínica y ejecución del examen físico, la satisfacción del paciente, la satisfacción del médico, la mejor relación terapéutica y los buenos resultados clínicos. Por otra parte, se dice que los médicos en las especialidades orientadas al paciente -p.ej. medicina familiar, medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, medicina de urgencia, psiquiatría y subespecialidades médicas correspondientes- obtienen puntajes de empatía más altos que sus contrapartes en especialidades orientadas a la tecnología, p.ej. la anestesiología, la radiología, la patología, la cirugía y las subespecialidades quirúrgicas. Así mismo, se dice que en la escuela de medicina y en la práctica médica las mujeres tienden a ser más empáticas que los hombres.<sup>(56)</sup>

La estadística descriptiva y la consistencia interna de la EEMJ (ESCALA DE EMPATIA MÉDICA), en su versión al español en estudiantes de medicina mexicanos. <sup>(56)</sup>

El análisis exploratorio de factores permitió identificar tres factores con valores exigen mayores o iguales a uno. Todos los reactivos que registraron coeficientes mayores a 0.30 y que integraron el factor 1 fueron las preguntas redactadas en forma positiva; el dominio correspondió a la toma de perspectiva. Por otra parte, siete de las diez preguntas planteadas en forma negativa cargaron en un segundo factor, con coeficientes mayores a 0.40, todas ellas correspondientes al dominio de cuidado con compasión. Por último, otras dos preguntas negativas conformaron el factor 3 con carga alta; este factor incluyó el dominio habilidad para "ponerse en los zapatos del paciente". <sup>(56)</sup>

Los problemas de la familia cambian y consecuentemente las prioridades en las funciones varían de acuerdo con las etapas por la que pase su ciclo vital. El médico no escapa a estas características. En su formación profesional, el médico busca culminar sus estudios de cuarto nivel en medio de grandes dificultades, sometiéndose a exceso de trabajo debido a esfuerzos de guardias hospitalarias que conllevan al cansancio, estrés producido por las pocas horas dedicadas a su familia, restricción de las horas de sueño, así como también problemas en la adaptación a los programas curriculares de los postgrados. Aunado a ello, existe el hecho de compartir más horas de su vida cotidiana con el paciente, con los compañeros de trabajo y menos con su núcleo familiar, todo lo cual podría traer como consecuencia, disfunción de su grupo familiar (Irigoyen 1994, La población en general ve al médico como un profesional con grandes fortalezas frente a las enfermedades, a los problemas socioeconómicos y psicoactivos; sin embargo, por lo antes expuesto, se hace necesario estudiar el complejo de causalidad que puede influir en la funcionalidad de los residentes de los diferentes postgrados del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (Mérida, Venezuela), para

poder responder adecuadamente a las expectativas de los consultantes. El ideal sería que este profesional contara en primera instancia con una familia sana, que le proporcione comodidad, amor y afecto, como elementos de soporte sólidos que le faciliten brindar una atención al individuo, familia y comunidad de mejor calidad, pero a su vez cumplir con las exigencias propias de los estudios de cuarto nivel y de esta manera finalizar la especialidad con el más alto índice académico.<sup>(57)</sup>

El 59.04% de los residentes de los diferentes postgrados de la Universidad de Los Andes (Mérida, Venezuela), cursan áreas clínicas básicas. La especialidad en Medicina de Familia ocupó el primer lugar (12.45%), seguida de Pediatría y Puericultura (11.25%) y Medicina Interna (10.44%). El 40.96% cursan especialidades quirúrgicas, Gineco Obstetricia ocupa el primer lugar (12.05%); sin embargo, debemos resaltar que ésta es una especialidad clínico-quirúrgica, que junto con Anestesiología (11.25%) y Traumatología - Ortopedia (4.82%) son de gran demanda en nuestra región (Tabla 2). Según el estado civil se apreció que predominaron los casados con un 53.41% a diferencia de los solteros con un 30.92%.<sup>(57)</sup>

#### **1.47 INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH**

La autoestima fue realizado por Coopersmith, en 1967, quien trabajó con una muestra de diez años a los que se les administró el Coopersmith Self-Esteem Inventory (S.E.I) y un cuestionario de comportamiento social. En su trabajo aisló 4 factores altamente significativos para la autoestima; éstos son:

La aceptación, preocupación y respeto recibidos por las personas, y la significación que ellos tuvieron. La historia de éxitos y la posición (status) que la persona tiene en la comunidad. La interpretación que las personas hacen de sus experiencias; como estas experiencias son modificadas por las aspiraciones y valores que ellas tienen. La manera que tienen las personas de responder a la evaluación<sup>(38)</sup>.

## **1.48 DESCRIPCIÓN DEL INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH**

El inventario de Autoestima de Coopersmith corresponde a un instrumento de medición cuantitativa de la autoestima. Este fue presentado originalmente por Stanley Coopersmith en 1959. El autor escribe el instrumento “como inventario consistente en 50 ítems referido a las percepciones del sujeto en cuatro áreas: sus pares, padres, colegio y sí mismo” (Brinkmann, 1989, pág. 64). En 1967 Coopersmith informa que la contabilidad test- retest, en un grupo de estudiantes de quinto y sexto año fue de un 0.89. Brinkmann en su investigación hizo una revisión de más de 24 investigaciones relacionadas con los temas de autoestima y/o auto concepto. En ella se encontró con 17 instrumentos diferentes para medir autoestima. “De ellos, el inventario de Autoestima de Coopersmith (S.E.I), (Coopersmith, 1959) es citado con mayor frecuencia... El S.E.I, ha sido utilizado y validado en un mayor número de investigaciones transculturales demostrando siempre buenas propiedades psicométricas.”<sup>(38)</sup>

La descripción del instrumento por parte de Prewitt- Díaz (1984) dice “El instrumento es un inventario de auto- reporte de 58 ítems, en el cual el sujeto lee una sentencia declarativa y luego decide si esa afirmación es “igual que yo” ó “distinto a mí”. El inventario está referido a la percepción en cuatro áreas: autoestima general, social, hogar y padres, académica y una escala de mentira de ocho ítems”<sup>(38)</sup>

### **1.48.1 Autoestima General:**

Corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas auto descriptivas.

### **1.48.2 Autoestima Social:**

Corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas auto descriptivas en relación con sus pares.

### 1.82.3 Autoestima Hogar y Padres:

Corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas auto descriptivas, en relación con sus familiares directos.

### 1.48.4 Autoestima Académica:

Corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas auto descriptivas, en la relación con sus con discípulos y profesores.

### 1.48.5 Autoestima (Mentira)

Indica falta de consistencia en los resultados.

## 1.49 DESCRIPCION DE LA PRUEBA

El inventario de autoestima de Coopersmith está constituido por 58 afirmaciones, con respuestas dicotómicas (si-no) que brindan información acerca de las características de la Autoestima. <sup>(38)</sup>

SUB-TEST	Preguntas de investigación (Anexo encuesta Coopersmith)
SI MISMO GENERAL	2,3,7,10,12,13,15,18,24,25,30,35,39,43,51,55
SOCIAL PARES	8,21,31,34,40,44,48
HOGAR Y PADRES	6,11,16,22,45,57
ACADEMICO	17,23,33,37,54
MENTIRAS	1,4,5,8,9,14,19,20,26,27,29,32,38,41,42,43,46,47,50,53,58

### 1.50 NORMAS DE CORRECCION:

El puntaje máximo es de 100 puntos, los puntajes se obtienen sumando el número de ítems respondidos en forma correcta y multiplicándolos por dos sin incluir el test de mentiras.

Ejemplo:

**N° de ítems x 2 = Nivel de autoestima**

**40x2=80.**

### 1.51 NORMA DE CORRECCION PARA EL INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH

<b>CATEGORIAS</b>	<b>RANGO</b>
<b>ALTO</b>	<b>75-100</b>
<b>MEDIO ALTO</b>	<b>50-74</b>
<b>MEDIO BAJO</b>	<b>25-49</b>
<b>BAJO</b>	<b>0-24</b>

## 2.0 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, como en otros países, la perspectiva existente del médico entre la población es comúnmente, como invulnerables y protegidos ante el estrés, amenazador, pero para otros ciudadanos; por lo que, en muchas ocasiones es difícil reconocer que las características de su profesión son altamente exigentes tanto intelectual como actitudinal y emocionalmente; características que conlleva a una afectación importante en el autoestima del individuo y por ende en su desempeño laboral.

Autoestima, que en ocasiones se ve afectada desde la época de formación como estudiantes, esto, por que sufren un importante estrés desde el comienzo de su entrenamiento, pues son separados de su grupo inicial que solía ser su red de apoyo: LA FAMILIA; El núcleo familiar o la familia de origen representa el agente más importante en el proceso de socialización, debido al tiempo e intensidad de sus relaciones; las cuales ayudan al desarrollo de la empatía.

Por otro lado, los programas y las exigencias desde la Facultad, como parte de su formación es una de las fases más críticas en la profesión médica, pues la tríada de largas jornadas de trabajo, falta de sueño y fatiga, es como una tradición entre los jóvenes médicos al inicio y a lo largo de su carrera; generando, miedo, incompetencia, enojo, sensación de inutilidad y culpa, manifestaciones que pueden producir respuestas negativas en el autoestima; dependiendo de los mecanismos utilizados para superar y procesar el estrés. Ello significa cambios que hacen resaltar las deficiencias del estudiante, a las cuales se les pueden agregar otros factores como problemas financieros, abuso estudiantil, exceso de tareas, la burocracia organizacional, las evaluaciones, la competencia entre los diversos integrantes del grupo, las exigencias de los médicos adscritos y los

compañeros de mayor jerarquía, situaciones de urgencia la inexperiencia y el enfrentamiento a situaciones desconocidas. A lo anterior se suma la variable angustia, creada por el contacto con el sufrimiento, la enfermedad, la muerte, del paciente, entre otros factores que pueden dar lugar a primeros signos de fatiga y desilusión cuando todavía no se ha completado la formación.

En base a lo anterior se refleja la importancia de realizar dentro del ISSEMYM, como institución que brinda servicios de salud, a un representativo número de población mexicana; En donde, prevalentemente se otorga el liderazgo en la organización del equipo de salud, así, como la toma de decisiones al médico, a quien, por los múltiples factores ya mencionado, su autoestima y su salud se ve amenazados, afectando su calidad de vida, su rendimiento, su actividad medica incluyendo la relación médico-paciente. Una relación médico paciente con una adecuada empatía, es un elemento crítico y fundamental en el arte de curar. Por lo que es conveniente conocer y plantearnos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la funcionalidad familiar y autoestima en los médicos familiares en la unidad médica familiar Chimalhuacán ISSEMYM?

### 3.0 JUSTIFICACIÓN

La autoestima y la funcionalidad familiar, dentro del personal de salud sigue siendo una entidad poco evaluada, por lo tanto, poco diagnosticada a nivel mundial, y por ende no tratado, teniendo un valor sumamente significativo para otorgar una adecuada atención a la personas en las que se ve mermada su salud, sin embargo esto no es posible cuando el que brinda el servicio de apoyo, se ve deteriorado en su autoestima. La autoestima que uno tiene de sí mismo, positiva ó negativa, se forma a través de un proceso de asimilación y reflexión mediante el cual interioriza las opiniones de las personas socialmente significativas (padres, maestros, compañeros...) y los utiliza como criterios para su propia conducta.<sup>(12)</sup>

El presente estudio está basado en evaluar el autoestima en relación a su funcionalidad familiar, y con ello valorar la influencia en el desempeño laboral que se ve reflejado en la relación médico-paciente; de la cuál se sabe, que siendo positiva habrá un mejor pronóstico en la respuesta a tratamiento. Por lo que es de vital importancia, el conocer este ámbito entre los médicos de la clínica de consulta externa ISSEMYM- Chimalhuacan; Esto, debido a que desde la etapa de formación condiciona lejanía del resto de la familia, sobrecargas de trabajo, dificultades económicas, por mencionar algunas situaciones que pueden provocar una crisis familiar e interferir de manera negativa en su desempeño laboral, por lo tanto es importante saber si los médicos, cuentan con recursos y capacidades que permitan su adaptación a las diversas problemáticas que se presentan dentro de su área laboral, ya sea con el paciente, con sus compañeros y por supuesto con su núcleo familiar. De tal forma que pueda posteriormente desarrollarse estrategias que tengan como fin dar las herramientas necesarias para confrontar problemas que aparezcan durante su desempeño laboral.

Por ello considero que una estrategia que podría beneficiar a una mejor atención por parte del personal médico, sería a través de la aplicación de los instrumentos y con su adecuada detección, brindar el tratamiento a través de sesiones personales y grupales con el servicio de psicología.

## **4.0 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL:**

Determinar el nivel la funcionalidad familiar y autoestima en los médicos de la unidad médica familiar Chimalhuacan ISSEMYM.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1. Identificar en que grupo de médicos existe mayor funcionalidad familiar.
2. Identificar el nivel de autoestima de los médicos
3. Conocer los aspectos socioculturales de los médicos participantes

## 5.0 MATERIAL Y MÉTODO:

**Diseño:** Se realizara un estudio Observacional, descriptivo y transversal.

Población, Lugar y Tiempo:

**1.-Población:** Se realizara el estudio a los 16 médicos de la unidad Médica familiar Chimalhuacan ISSEMYM.

**2.- Lugar:** Unidad Médica Familiar Chimalhuacán, ubicada en calle Yoyotli s/n municipio de Chimalhuacán. Estado De México.

**3.- Tiempo:** En el periodo de marzo 2012 a diciembre del 2012.

**4.- Tipo de muestra:** Estratificado.

**5.- Tamaño de la muestra:** Se realizara a los 16 Médicos de la Clínica de Consulta Externa Chimalhuacan Estado De México. .

### 5.1 CRITERIOS

1) **Criterios inclusión :** A.- Se aplicara a 16 médicos entre ellos generales y familiares que otorgan la consulta diaria de la unidad médica familiar Chimalhuacan-ISSEMYM

B.- La aplicación corresponde solo a los médicos de base generales y familiares que otorgan consulta médica Chimalhuacan ISSEMYM.

C.- Se tomara en cuenta la edad de los médicos para estandarizarlos por intervalos en años.

2) **Criterios de exclusión :** A.- Médicos que se negaron a participar y encuestas incompletas o mal llenadas

B.-Se estableció que los Médicos suplentes o interinos no podrán participar en este estudio.

C.- Así como médicos en periodo vacacional o con licencia no podrán participar en este estudio.

3.- **Criterios de eliminación:** Médicos que causaron baja, solicitaron licencia médica y becas para ausentarse de la unidad médica Chimalhuacan ISSEMYM

## 5.2 VARIABLES DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES

VARIABLE (índice/indicador)	TIPO	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	CALIFICACION	FUENTE (en forma genérica)	ANALISIS/ CONTROL
EDAD	CUALITATIVA	Con origen en el latín aetas, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Numérica continua	Se agrupara en intervalos de 10 años 3 grupos  20-29 años  30-39 años  40-50 años	Cuestionario de datos socio demográfico	Porcentaje
AUTOESTIMA	CUALITATIVA	Es la autovaloración de uno mismo, de la propia personalidad, de las actitudes y de las habilidades, que son los aspectos que constituyen la base de la identidad personal.	1.-Significativamente Baja  2.- Media Baja  3.- Media  4.- Media-Alta  5.-Significativamente Alta	1.- 0-10  2.- 11-15  3.- 16  4.- 17-22  5.- 23-25	Cuestionario de datos socio demográficos	Porcentaje
FACES III	CUALITATIVA	Es la tercer versión de la escala Faces desarrollada para explorar la cohesión y la adaptabilidad familiares para valorar funcionalidad de la familia	1.- Cohesión  2.-Adaptabilidad	1.- Funcional  2.-Disfuncional	Cuestionario de datos socio demográficos	Porcentaje

SEXO	CUALITATIVA	El término "sexo". se refiere al conjunto de características biológicas que definen a la especie y los humanos como hembras y machos	Nominal	1.- Masculino  2.- Femenino	Cuestionarios de datos socio demográficos	Porcentaje
------	-------------	--	---------	-----------------------------------	---	------------

### 5.3 PROPOSITO DE LA INVESTIGACION

Conocer la Funcionalidad familiar y autoestima de los médicos que otorgan la consulta médica .

### 5.4 GRUPO DE INVESTIGACIÓN.

Los 16 médicos de base de la Unidad Médica Familiar Chimalhuacan ISSEMYM

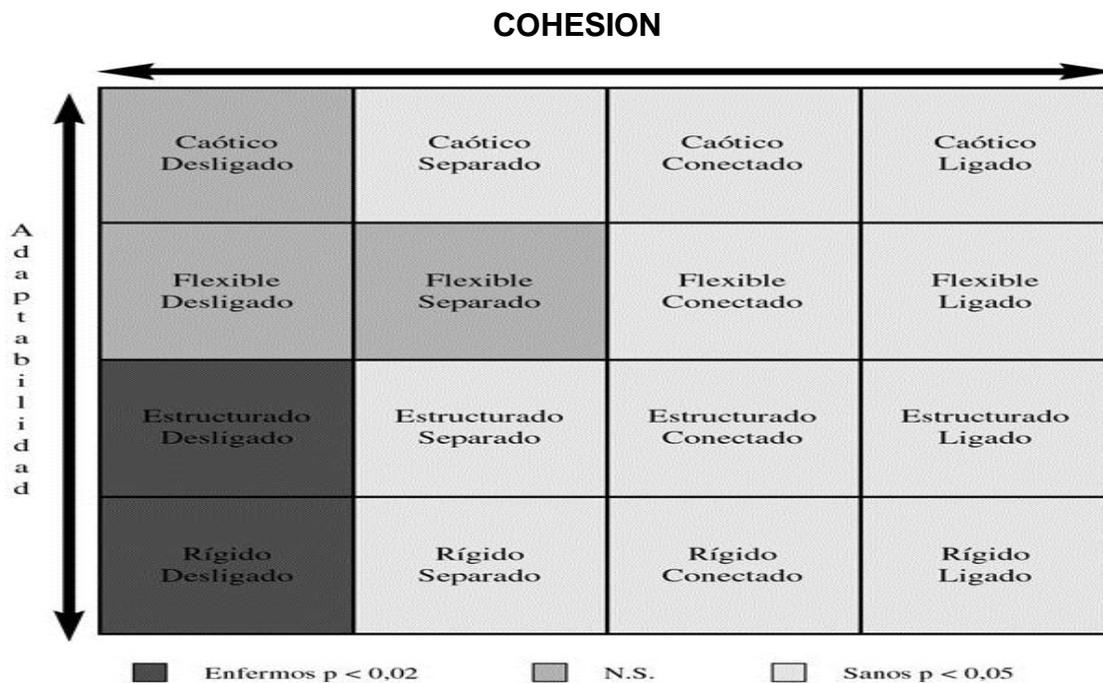
### 5.6 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se aplicó Faces III para evaluar funcionalidad familiar, además de la aplicación del instrumento de autoestima de Coopersmith el cual califica en 4 categorías de acuerdo al rango de calificación.

### 5.7 FACES III. (ANEXO 2)

CLASIFICACION DE FACES III	
CLASIFICACION DE COHESION FAMILIAR FACES III	
Cohesión	AMPLITUD DE CLASE
No relacionada	10-34
Semirelacionada	35-40
Relacionada	41-45
Aglutinada	46-50
CLASIFICACION DE ADAPTABILIDAD DE FACES III	

Adaptabilidad	AMPLITUD DE CLASE
Rígida	10-19
Estructurada	20-24
Flexible	25-28
Caótica	29-50



Puntos de corte significativo entre cuadrantes en "enfermos" / "sanos", según el modelo de Olson.

### 5.8 Autoestima de Coopersmith ( anexo 3)

CATEGORIAS	RANGO
ALTO	75-100
MEDIO ALTO	50-74
MEDIO BAJO	25-49
BAJO	0-24

## **5.9 METODO PARA CAPTAR LA INFORMACION.**

El estudio para esta investigación tuvo lugar dentro de las instalaciones de la Unidad Médica Familiar Chimalhuacán ISSEMYM el cual se informó previamente a las autoridades del instituto y posteriormente se les invito a todos los médicos a participar en el estudio de investigación de forma individualizada, en el periodo de marzo 2012 a diciembre 2012, los que aceptaron se les dio a firmar primero la hoja de consentimiento informado y posteriormente se le aplicó los cuestionarios de datos, en base a los instrumentos de autoestima Coopersmith, así como el Faces III (adaptabilidad y cohesión), para posteriormente realizar la selección de cuestionarios, de acuerdo a los criterios de inclusión , exclusión y eliminación y así poder estadificar la información en el programa de Microsoft Excel.

## **5.10 RECURSOS HUMANOS**

### **5.10.1 Para la realización de este estudio se necesitó:**

Investigador principal.

### **5.10.2 Recursos materiales**

1.-Una computadora

2.-16 copias de consentimientos informados

3.-16 copias de instrumentos Faces III versión México.

4.-16 copias de instrumentos autoestima Coopersmith

5.- 600 Hojas blancas tamaño carta

6.- Lápices, bolígrafos

7.- Instalaciones de la Unidad Médica Familiar Chimalhuacán ISSEMYM.

### **5.11 RECURSOS FINANCIEROS**

Los recursos financieros corrieron a cargo del investigador principal.

### **5.12 ANALISIS DE LA INFORMACION**

Toda vez que se obtienen los datos almacenados en el programa señalado, se procede a su análisis mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de resumen ( porcentajes). La información obtenida se presenta en tablas y graficas

### 5.13 CONSIDERACIONES ETICAS

EL presente estudio obedece a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la Asociación Médica Mundial (Declaración de Helsinki de 1964), por lo cual se solicitó a cada individuo que participó de forma voluntaria en la investigación firmaran una carta de consentimiento informado. Además el estudio cumple con los reglamentos institucionales.

**De cuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, expedida por la Secretaria de Salud en el año 1987 en su titulo segundo, capitulo 1, articulo 17, categoría 1, se considera la investigación sin riesgo, ya que es un estudio que empleo técnicas y métodos de investigación sin riesgo, ya que es un estudio que empleo técnicas y métodos de investigación documental, observacional, en el que no se realiza intervención o modificación fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en este estudio. II. DECLARACIÓN DE HELSINKI (VI)**

### 5.13.1 DECLARACIÓN DE HELSINKI (VI)

Adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29a Asamblea Médica Mundial (Tokio, 1975) y enmendada por las Asambleas Médicas Mundiales 35a (Venecia, 1983), 41a (Hong Kong, 1989), 48a. Sommerset West / África del Sur (1996) y 52a. Edimburgo / Escócia (2000).

1. La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

2. El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente" y el Código Internacional de Ética Médica afirma que. "El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente".

4. El progreso de la medicina se basa en la investigación, la cual, en último término, tiene que recurrir muchas veces a la experimentación en seres humanos.

5. En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

7. En la práctica de la medicina y de la investigación médica del presente, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costos.

8. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.

9. Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

10. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

11. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

12. Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

13. El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental. Este debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y cuando sea oportuno, aprobación, a un comité de evaluación ética especialmente designado, que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. Se sobreentiende que ese comité independiente debe actuar en conformidad con las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación experimental. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. El investigador también debe presentar al comité, para que la revise, la información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio.

14. El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.

15. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer

siempre en una persona con capacitación médica y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

16. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros. Esto no impide la participación de voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público.

17. Los médicos deben abstenerse de participar en proyectos de investigación en seres humanos a menos que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.

18. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para el individuo. Esto es especialmente importante cuando los seres humanos son voluntarios sanos.

19. La investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

20. Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

21. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del

paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

22.En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos.

23.Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si conciente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.

24.Cuando la persona sea legalmente incapaz, o inhábil física o mentalmente de otorgar consentimiento, o menor de edad, el investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal y de acuerdo con la ley vigente. Estos grupos no deben ser incluidos en la investigación a menos que ésta sea necesaria para promover la salud de la población representada y esta investigación no pueda realizarse en personas legalmente capaces.

25.Si una persona considerada incompetente por la ley, como es el caso de un menor de edad, es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la

investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante legal.

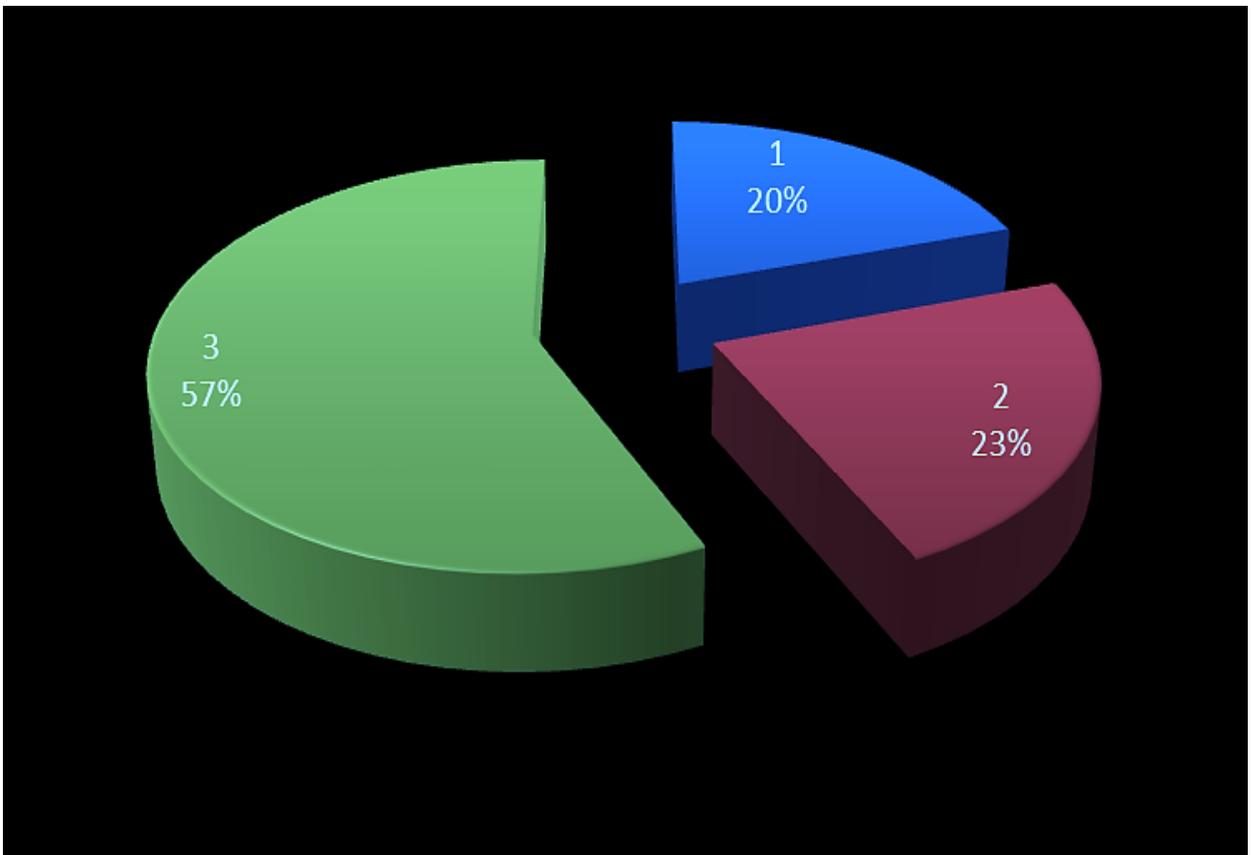
26. La investigación en individuos de los que no se puede obtener consentimiento, incluso por representante o con anterioridad, se debe realizar sólo si la condición física/mental que impide obtener el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. Las razones específicas por las que se utilizan participantes en la investigación que no pueden otorgar su consentimiento informado deben ser estipuladas en el protocolo experimental que se presenta para consideración y aprobación del comité de evaluación. El protocolo debe establecer que el consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

27. Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y cualquier posible conflicto de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

## 6.0 RESULTADOS

En el presente estudio con un total de 16 médicos las cuales son los que otorgan la unidad médica Chimalhuacan ISSEMYM, se encontró que la edad de los entrevistados de acuerdo a los intervalos de 20-29 años era del 23%, de 30-39 años es de 57% y de 40-50 años 20%. ( Grafica 1)

**GRAFICA 1 EDAD**



**FUENTE:** Cuestionarios

Los médicos que realizaron las encuestas de encontró que un 44% (7) son mujeres y 56% (8) son hombres. (Grafica 2)

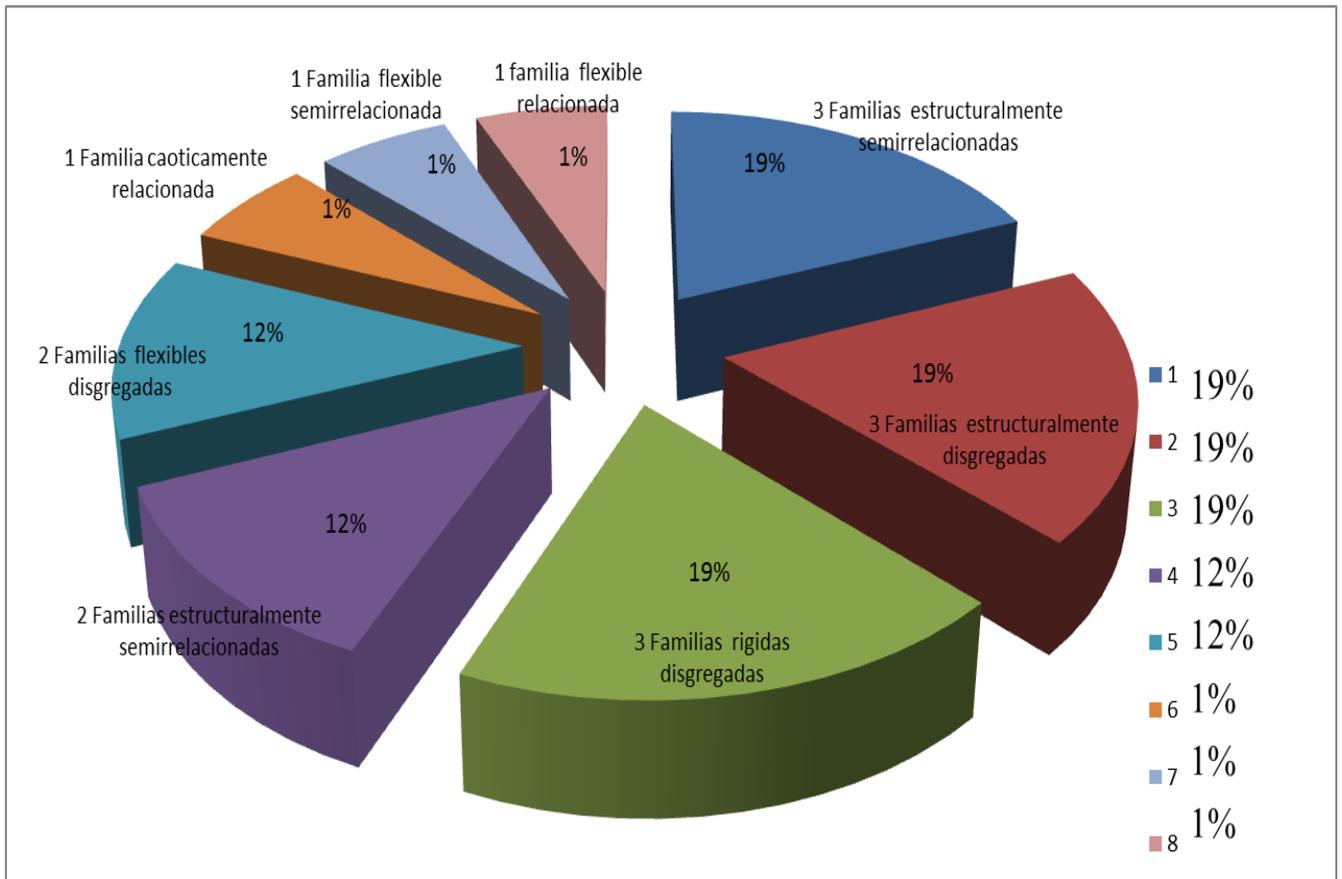
**GRAFICA 2**



Fuente: Cuestionarios

Otro de los instrumentos utilizados en el presente trabajo fue la aplicación de Faces III en los 16 médicos de la consulta externa, para analizar la funcionalidad familiar, del cual se obtuvieron los siguiente resultados: representado con el 19% a tres familias caóticamente semirrelacionadas, fig. (1), con otro 19% a tres familias estructuralmente disgregadas, fig.(2) y otro 19% a tres familias rígidas disgregadas, fig.(3). Representadas con un 12% a dos familias estructuralmente semirrelacionadas, Fig.(4), con un 12% a dos familias flexibles disgregadas, Fig. (5). con el 1% se representa a una familia caóticamente relacionada, Fig. (6), con otro 1% a una familia flexible semirrelacionada, Fig.(7), y por último con el 1% a una familia flexible relacionada. Fig. (8), todo lo anterior representado en la Grafica num. 3.

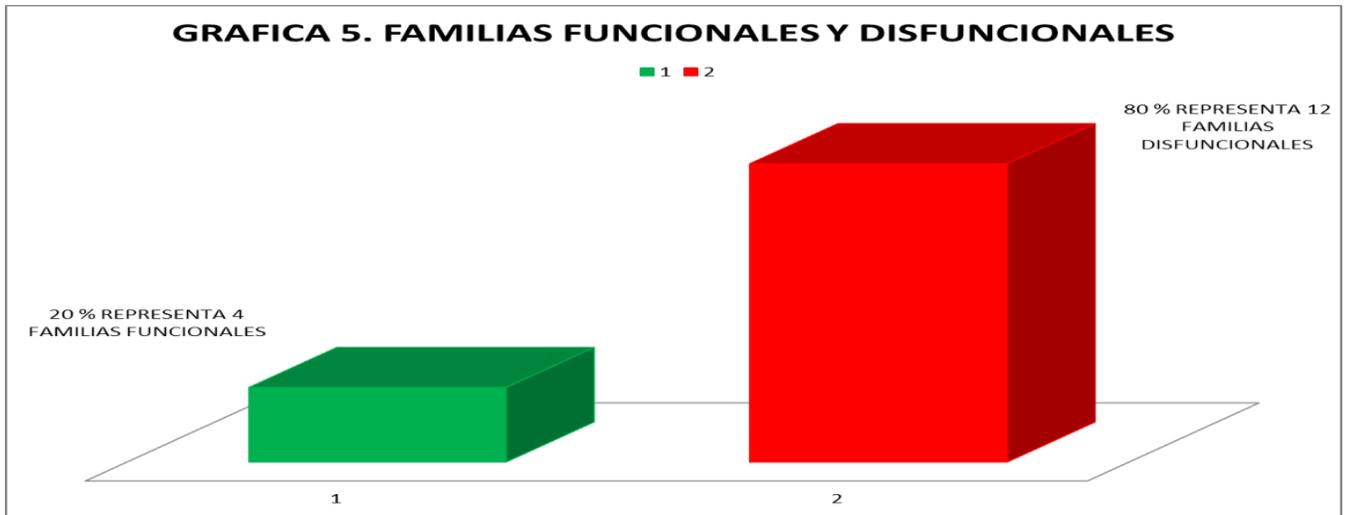
**GRAFICA 3 FACES III**



Fuente: Cuestionarios

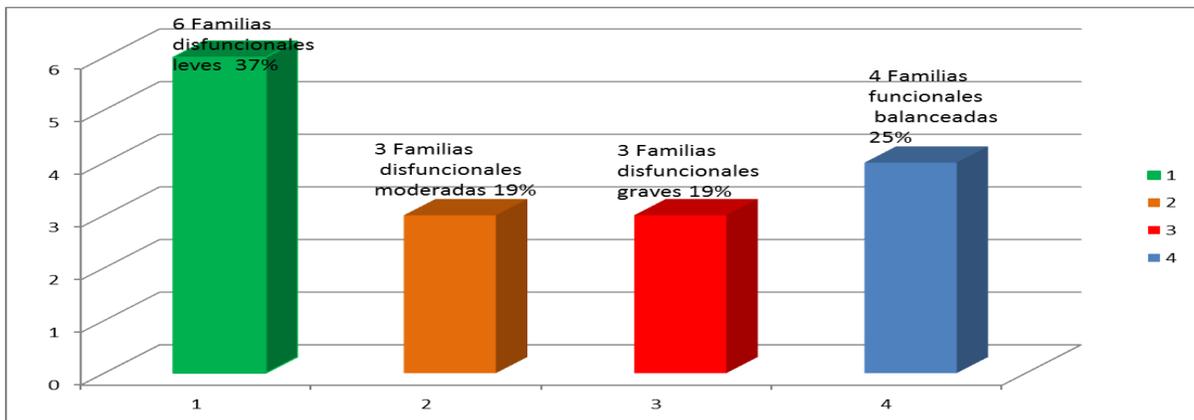
De acuerdo a lo anterior se encontró que hay 4 familias funcionales que representan el 20% y 12 familias disfuncionales lo que representa un 80%.

(grafica 4)



FUENTE: Cuestionarios FACES III

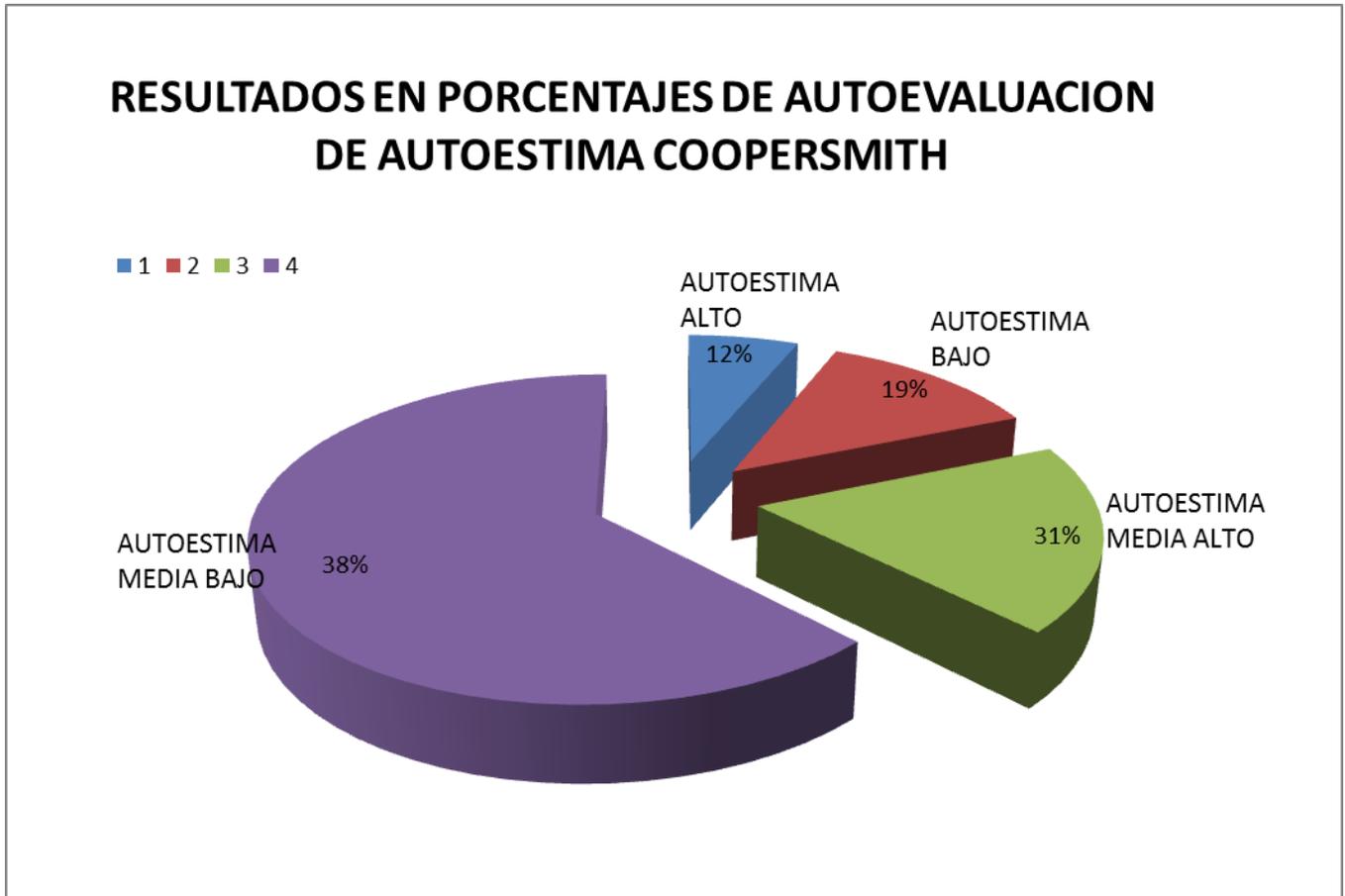
De lo anterior se observó por medio de este instrumento que hay 6 familias disfuncionales leves lo que representa un 37% Fig. (1), 3 familias disfuncionales moderadas Fig. (2) con un 19%, 3 familias disfuncionales graves Fig (3) con un 19%, y solo 4 familias funcionales balanceadas Fig. (4) un 25%, de acuerdo a al Circunflejo de Olson. Grafica 5



FUENTE: Cuestionarios Faces III

En cuanto a la evaluación de la autoestima de los médicos de consulta externa se observa que con un autoestima baja es de 19% ( 2 médicos), con un autoestima media baja el 38%( 10 médicos), con un autoestima media alta 31% ( 3 médicos) y finalmente con un autoestima alta un 12% (1 médico) Grafica 6

**GRAFICA 6**



Fuente: Encuestas realizadas autoestima 2013

## 7.0 DISCUSION

En el presente estudio se ha analizado la probable relación entre el funcionamiento familiar y la influencia que este con lleva en el desarrollo del autoestima de cada individuo; siendo evaluado en el mismo, al personal médico, de la unidad médica de consulta externa de Chimalhuacán ISEEMYM. La relevancia de ello, es debido a que, dentro de la práctica médica es la autoestima un característica vital en la personalidad del médico, para desarrollar habilidades de tipo social, como lo es la empatía; siendo esta la habilidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, combinada con la capacidad de comunicar este sentimiento al paciente.<sup>(53)</sup> lo que con lleva a una relación médico paciente más adecuada y con ello un mejor diagnóstico y tratamiento. Es en el núcleo familiar en donde se lleva a cabo este importante proceso de socialización debido a el tiempo e intensidad de sus relaciones, sobre todo durante la infancia, etapa vital para la formación de la autoestima.

Los resultados nos muestran que nos encontramos ante una población de adultos, con una edad prioritaria entre los 30 y 39 años, en cuanto al género, la mayoría es del sexo masculino representada con un 56%, y el sexo femenino con un 44%, resultados contrarios, puestos en comparación con estudios realizados por Alarcota y cols.<sup>(56)</sup> en donde las mujeres resultaron con mayor empatía que los hombres, siendo las mujeres más receptivas a las señales emocionales que los hombres, sin embargo, en este último no se relaciona la funcionalidad familiar y la autoestima respecto al género, que bien podría dar la pauta para otra variable de investigación.<sup>(57)</sup>

Como lo comenta en la literatura, algunas de las familias permiten que sus miembros se ayuden emocionalmente y físicamente unos a otros, el lograr el balance entre “la familia y uno mismo”<sup>(57)</sup> esto dependerá del desarrollo de la autoestima de cada individuo, recordando que la autoestima, es un análisis personal donde evaluamos cómo somos apreciados, valorados y aceptados por los demás y por nosotros mismos, debido a que la imagen mental de uno mismo

es el fundamento de nuestra autoestima. En el estudio presentado se obtuvo que la autoestima en los médicos de la clínica de consulta externa de Chimalhuacán predomina la autoestima media baja representada por el 38%, seguida de una autoestima media alta con un 31%, una autoestima baja del 19% y por último 12% con un autoestima alta, de acuerdo a la aplicación de la autoevaluación de Coopersmith. Como lo muestra el gráfico 4, resultados que solamente reflejan el autoestima de cada individuo, sin embargo, como ya se enfatizó, el presente estudio intenta obtener conocimiento de cómo las características del funcionamiento familiar, influyen en el desarrollo de la personalidad, específicamente del autoestima en cada médico, puesto que se relaciona que a una mayor autoestima se tienen mejores relaciones sociales, se fijan metas u objetivos en la vida y tienden a rendir más en el trabajo o en los estudios. Y son más proclives a pedir asesoramiento o consejo a amigos y familiares a la hora de necesitarlo, es decir a trabajar en equipo, que en el ámbito laboral en donde se desarrolla la práctica médica es pieza fundamental para que los resultados se han los mejores, en busca de una mejor atención y servicio al paciente. Con respecto a lo anteriormente mencionado; la funcionalidad familiar, es este estudio se obtuvo que 12 familias fueron disfuncionales y que de estas 2 médicos se encontraron con la autoestima baja y 10 con autoestima media baja, que 4 familias cursan con buena funcionalidad, y de estas, 3 médicos presentan autoestima media alta y 1 con autoestima alta. Este hallazgo concuerda con lo descrito por Sandoval Miranda y COL.<sup>(54)</sup> A mayor autoestima, mayor satisfacción personal y mejor rendimiento en el área laboral ó estudiantil.<sup>(55)</sup>

Al analizar los resultados obtenidos respecto a la cohesión en la evaluación por FACES III se encontró que más de la mitad, se encuentran que en los niveles centrales representado por el 75% (10 familias), se encuentran semirrelacionada y relacionadas, lo que refleja una existencia de apoyo físico y emocional y por lo tanto una adecuada autoestima, permitiendo un mayor grado de autonomía y de mejor desempeño social. Por otra parte se tiene un 25% (6 familias) disgregadas .

lo que refleja, sobreprotección y baja autoestima por dependencia de otros miembros de la familia. Lo cual concuerda con González Carmen, cols <sup>(57)</sup>.

Y por parte de la adaptabilidad encontramos que estructuradas corresponden al 31%, que nos habla de habilidad de resolución de los individuos ante situaciones de stress, y por otro lado se encontraron 4 familias que representan el 25% ubicados en el extremo caótico, 4 familias más semiflexibles y 3 familias rígidas; considerándose desfavorable en términos de funcionalidad, puesto que la autoestima de estos médico se desarrolló en una estructura en donde los límites entre los subsistemas son rígidos y semiflexibles, lo que concuerda con otros autores como González Carmen, cols. <sup>(57)</sup>.

Por último es importante mencionar que al aplicar en el trabajo una chi cuadrada en este caso por una dicotomía de variables cualitativas, nos arroja una  $\chi^2$  de 16 ( $p=0.0001$ ) lo cual es significativa.

## 8.0- Conclusiones.

La atención de las familias, en la práctica continua del médico familiar es de relevante importancia para una atención integral que conlleve a un diagnóstico lo más completo posible y con ello un adecuado tratamiento para el mismo. Debido a que cada vez, es más frecuente encontrar patología fuertemente asociada con las disfunciones familiares. El médico familiar es el profesional de la salud capacitado para responsabilizarse de la atención médica primaria, continua e integral del individuo y de su familia; constituyéndose así en la base y puerta de entrada al sistema de atención médica; en donde la continuidad es definida como una de las esencia de la medicina familiar que da sustento a este modelo de atención de salud, esta característica se ha identificado como un elemento crucial en la práctica de la medicina familiar; no es sólo una cuestión de duración, es una responsabilidad inquebrantable de estar disponible por cualquier problema de salud, hasta el final del evento, independientemente del curso que éste tome.

Respecto al funcionamiento de la familia, este es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Como ya se desarrolló a través de la redacción de este trabajo de investigación.

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar, la cual va a depender del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible. He aquí la importancia del conocer de qué manera es percibido la funcionalidad familiar y el autoestima, por el médico ya que uno de los rasgos distintivos de la naturaleza humana es la capacidad de ser conscientes de sí mismo, es decir, de reconocer su propio valor como persona y a partir de ello trazar sus planes vitales, sus proyectos de futuro, esto con el desarrollo de una adecuada autoestima y apoyo familiar presente.

La funcionalidad familiar en los médicos de la clínica de Consulta Externa de Chimalhuacán es del 20% son familias funcionales, y con un 80% son disfuncionales; de estas respecto a la cohesión 75% familias semirelacionada y respecto la adaptabilidad el 25% pertenecen a familias caóticas. Y los médicos provenientes de estas familias se encuentran con una autoestima baja según los resultados obtenidos por medio de la aplicación de Coopersmith.

Con estos resultados podemos deducir que dentro del ámbito profesional el personal médico tiene como objetivos: el trabajar con calidad, mientras que en el plano personal el fin es “preservar nuestra salud mental” lo más integra posible, para poder brindar la ayuda a quien lo requiera; por tanto, se propone desarrollar programas dentro de las instituciones de salud, como la creación de talleres por personal capacitado en el área mental, para el desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas ante situaciones de estrés y de manejo de emociones, mejorando el autoestima y la funcionalidad familiar y con ello permitir mejores condiciones psicosociales en sus áreas de trabajo, puesto que ello redundará en la formación de equipos de trabajo eficientes, productivos y con un desempeño constante que fomente el crecimiento personal logrando mejores resultados a mediano y largo plazo, reflejados en una mejor relación médico paciente.

El fortalecimiento de futuras investigaciones en torno al diagnóstico de las disfunciones familiares, facilitará que las acciones de orientación que debe efectuar el médico, no sólo redunden en una mayor satisfacción de los usuarios, sino que incidan en forma contundente en el tratamiento más eficaz de la problemática familiar reduciendo la frecuencia de patologías infecciosas, crónico-degenerativas y psicosomáticas.

Se espera que la realización de estas tareas, permita ratificar una de las conclusiones que emitió el grupo de expertos en Medicina Familiar convocados por la OMS en 1991: "El médico de familia posee un papel vital como agente de cambio dentro de los complejos sistemas de salud, no sólo por su papel de "primer

contacto dentro del sistema" si no, también por el de "gestor de la salud de sus pacientes".

Por lo tanto, se sugiere continuar con estudios al respecto en poblaciones más extensas e incluir otras posibles variables de personalidad e indicadores fisiológicos, que no pudieron ser abordados en la presente investigación, a fin de fomentar la calidad de vida y salud mental, no solo de los médicos familiares, si no de cualquier personal de salud, para con ello también elevar la calidad de los servicios ofrecidos a la comunidad. Sobre todo en los proveedores del servicio médico público, donde las limitaciones de recursos, la sobrecarga de pacientes y la restricción del tiempo para la evaluación integral de la que hablamos no se ha solamente una utopía, sino una realidad.

**Por último quisiera citar que “el camino para una buena funcionalidad familiar y autoestima no es recto.** Hay una curva llamada falla, un periférico llamado confusión, topes llamados amigos, luces de precaución llamada familia, y tendrás ponchaduras llamados trabajos.

Pero...si tienes una refacción llamada determinación, un motor llamado perseverancia, un seguro llamado fe, un conductor atinado, llegarás a tu destino

## 9.0 BIBLIOGRAFIA

- 1.- Asociación de Médicos de Familia “La Familia como unidad de Análisis.” cd. Juárez Chihuahua. 2007 pp. 7-18 Recuperado de:  
<http://medicosdefamilia.galeon.com/aficiones1405720.html>
- 2.- Minuchin, Salvador. Familias y Terapia Familiar. 1ª edición. Madrid, Barcelona: Editorial Crónica, 1977. pp. 28-32.
- 3.- Ackerman, Nora W. Diagnóstico y tratamiento de las Relaciones familiares. 4a Ed. Hormé, Buenos Aires. 1977. Vol.7,pp. 112-120.
- 4.- Horwitz N, Florenzano, et al. Un Enfoque Para la Atención Primaria. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1985; No.98, Vol.2 febrero. pp. 122-128.
- 5.- Ortiz, María, T. La salud familiar. *Revista Cubana Medicina General Integral*. Cuba 1999; No.4, Vol.15. p.439.
- 6.- González, E. Psicología del ciclo vital. 2ª. Edición. España. Editorial CCS. pp. 65-66.
- 7.- Organización panamericana de la salud. “Organización mundial de la salud La familia y la salud.” En la 37ª Sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo. Washington, D.C., EUA. Marzo de 2003.pp.6-37  
Disponibile en: <http://www.paho.org/spanish/gov/ce/spp/s6>
- 8.- González Ramírez, Landeros H. Rene. Escala de Cansancio Emocional, ECE, para estudiantes universitarios: propiedades psicométricas en una muestra de México. *Anales de Psicología*. Universidad de Murcia.2007; No2, Vol.23 pp. 23-32.

9.- Von, Bertalanffy. Teoría General de los Sistemas." 2ª Edición. México, D.F. Editorial Fondos de Cultura Económica, pp. 28-54.

10.- Castellón Castillo, S. y Ledesma Alonso. "El funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil. Proyecciones para su estudio en una comunidad suburbana de Sancti Spíritus. Cuba". Universidad de Sancti Spíritus, Julio 2012 ; No. 3 Vol.2 pp. 3-10.

Recuperado de : <http://www.eumed.net/rev/cccss/21/ccla.html>

11.- Arias,L.,Castellanos,J. Enfoque sistémico y la medicina familiar. 1ª ed. *Manual de Fundamentos y principios de medicina familiar*. Colombia. Ed. Ministerio de salud. pp. 15-26

12.- Huerta G. "La familia en el proceso salud-enfermedad: en México" 3ª. Edición. México. Medicina Familiar, Solar servicios editoriales, S.A de C.V; 2006. pp. 7-16.

13.-Huerta, González J. Estudio de Salud Familiar. En: Colegio Mexicano de Medicina Familiar, Programa de Actualización Continua de Medicina Familiar. 1a. ed., México: Intersistemas; 1999. pp. 5-67.

14.- Minuchin, S. Familias y Terapia familiar. 2a. ed., Madrid. Barcelona; 1979. pp. 78-138.

15.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Modelo de atención a la salud. *Revista médica del IMSS*. México. 1994. Vol. 32 supl.1 pp. 4-7.

16.-Martínez N. María. Funcionalidad y Disfuncionalidad de la Familia.2ª ed., Perspectiva de la psicoterapia familiar. México, 2007.pp.320-323. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2106/27.pdf>

17.- De la Revilla Luis “Manual de Atención Familiar Bases para la práctica familiar en la consulta.” 3ª, ed. Sevilla. Editorial: Fundesfam.1999. pp. 389-397.

18.- McDaniel, Susan, et. al. Orientación Familiar en Atención Primaria. 1a. ed., Barcelona. Ibérica, pp.119-146.

19.-Horton, Paul B. & Hunt, Chester L. Personalidad y Sociología. 2a Ed. McGraw-Hill Latinoamericana SA, Bogotá. 1985. pp. 97-122

20.- Mendoza S, Soler H, et.al. “Análisis de la dinámica familiar y funcionalidad familiar en atención primaria. Archivos en medicina familiar. *Revista de la Asociación latinoamericana de profesores de Medicina Familiar, A.C. organismo internacional*. 2006. Vol.8 No.1 enero- abril. pp. 27-32.

21.- Ferreira R. María. Sistema de interacción familiar asociada a la autoestima de menores en situación de abandono moral ó prostitución. Tesis doctoral en psicología. Universidad Mayor de San Marcos. Facultad de Psicología Unidad de Postgrado. Lima Perú. 2003. pp. 99-117.

22.- Anzures Carro, Chávez A. García, et al. Medicina Familiar. 1a ed., México editorial Corporativo intermédica S.A de C.V. México. D.F. 2008. Capítulo 10,16. pp. 227-240, 422 -423.

23.- Zaldívar P. Dionisio. Funcionamiento familiar saludable. No26.Vol.46 pp.1-4.

Disponible en:

[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/...temprana/funcionamiento\\_familiar.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/...temprana/funcionamiento_familiar.pdf)

24.- James, W. “The principles of psychology”. Cambridge, MA: *Harvard University Press*, 1980. pp. 67-70.

25.- Coopersmith, Stanley. *The Antecedents of Self-Esteem*, Consulting. *Psychologists Press*, Palo Alto, California, 1978. p.279

Recuperado de: [www.posgrado.unam.mx/publicaciones/omnia/anteriores/13-14/13.pdf](http://www.posgrado.unam.mx/publicaciones/omnia/anteriores/13-14/13.pdf)

26.- González R. JL, et. al. Dinámica familiar y otros factores asociados al retardo en el crecimiento en niños de 12 a 24 meses que acuden a una unidad de atención primaria. *Revista: Boletín de Medicina del Hospital Infantil de México*; 2007. Vol. 64 p.144.

27.- Mruck, C. *Investigación, Teoría y Práctica*. 2ª ed., Basauri: Desclée De Brouwer. 1999. pp. 335-337.

28.- Erick Homberger E. "Las ocho crisis." *Teoría psicossocial*. 1950. p.247

Recuperado de:

<http://www.elgotero.com/Archivos%20zip/Teor%C3%ADa%20Psicosocial%20.pdf>

29.- Gómez Clavelina F.J, Irigoyen Coria. Cartas al Editor. *Revista de Salud Pública México*. 1994; Vol. 36(5):pp.467-469.

30.- Bednar Richard., Wells, G. "Self-esteem: Paradoxes and innovations in clinical theory and practice" 2a edition. *American Psychological Association (APA)*; Washington D.C. 1989. pp. 1-16

31.- Adler Alfred. "Understanding human nature". 1a ed. New York: Greenburg Editorial Star Books. 1927 pp. 14-25.

32.- Mruck, C. *Investigación en autoestima, Teoría y Práctica*. 2ª Ed. Bilbao Editorial Basauri: Desclée De Brouwer. 1998 pp. 203-237

- 33.- Villegas, V. Influencia De La Autoestima, Satisfacción Con La Profesión Elegida Y La Formación Profesional En El Coeficiente Intelectual De Los Estudiantes Del Tercer Año De La Facultad De Educación.” *Tesis de Postgrado*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Educación, Lima, Perú.2002; No2, Vol.3. pp. 51-54.
- 34.- Rogers, C. “On becoming a person.” Boston: Houghton Mifflin.1961 p. 62.
- 35.- Wells, E. & Marwell, G. “Self-esteem: Its” 2a Ed. Conceptualization and measurement. Beverly Hills, CA. Editorial Sage pub. 1976. pp.134-145.
- 36.- Smelser, N. “Self-esteem and social problems” An introduction. En A.M. Mecca, *The social importance of self-esteem Berkeley: 1a Ed. University of California Press. Editorial Mecca .1989. pp. 294-326.*
- 37.- White, R. “Ego an reality in psychoanalytic theory A proposal regarding independent ego energies”. 3a Ed. *Psychological Issues*. 1963. Vol. 3, pp.125-150.
- 38.- Coopersmith Stanley. “The antecedents of self-esteem”. 2a Ed. San Francisco, CA. Freeman and col. Editorial Consulting Psychologists Press. 1967 pp. 114-122.
- 39.- Pope, A., McHale, S.M. & Craighead, E. Mejora de la autoestima. Técnicas para niños y adolescentes. 1ª Ed. New York Editorial Pergamon Press.1998. pp. 95-108.
- 40.- Mruk, C. Toward a phenomenology of self-esteem. *Studies in phenomenological psychology: 4a Ed. (Eds.)* En A. Giorgi, A. Barton, C.Maes Desquesne. 1983 . pp. 137-148.
- 41.- Rosemberg M. “Conceiving the self.” 1a Ed. New York: Editorial Basic Books. 1979. pp. 55-61.

42.- Jackson M. "Self-esteem and meaning: A life historical investigation." State University of New York. Editorial Albany; 1984. pp.18-24.

43.- Sanford, L. & Donovan. "Women and self-esteem". 3a Ed. New York: Editorial Anchor Press/Doubleday. 1984 pp. 3-7.

44.- Epstein S. "The ecological study of emotions in humans" Advances in the study of communications and affect. New York: Editorial Plenum. 1979, pp. 47-83.

45.-Branden, Nathaniel. How to rise your self-esteem. New York: Bantam. University Michigan, 1987. pp. 41-46.

46.- Martínez, A. Iraurgi, et.al. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2006. No.2, Vol., 6. pp.319-320.

47.- Olson, David. "Capturing family change: Multi-system level assessment. In: L. C. Wynne (Ed.), The state of the art in family therapy research: Controversies and recommendations Nueva York: Family Process Press. pp.75-80.

48.- Olson, David, Sprenkle, Doug y Russell, Counter Strike. "Circumplex model of marital and family systems, II: Empirical studies and clinical intervention." En J.P. Vicent (Ed.), Advances in family intervention, assessment and theory. Nueva York: Jai. pp. 129-179.

49.- Volker T, et al. "A test of the circumplex model of marital and family systems using the clinical rating scale." In: Journal of Marital and Family Therapy. 2000, Vol. 26, No.4, pp. 523–534.

50.- Fower Blaine j. et al. "A Discriminant Validity and Cross-Validity Assessment."  
En: Journal of Marital and Family Therapy.1989, Vol. 15(1), pp. 65-79.

Disponible en:

[http://www.prepareenrich.com/pe\\_main\\_site\\_content/pdf/research/study3.pdf](http://www.prepareenrich.com/pe_main_site_content/pdf/research/study3.pdf) .

51.- Olson. D, et al. Faces II." St. Paul, MN: University of Minnesota. 1982. pp. 7-15

52.- Olson, David, Portner, et al. "FACES III". St. Paul, MN: University of Minnesota.1984. pp. 12-18.

53.- Gómez-Clavelina., Irigoyen Coria A. "Versión al Español y Adaptación Transcultural de FACES III (Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales)". Archivos en Medicina Familiar. Editorial: Medicina Familiar Mexicana. 1999. Vol.1 (3) Jul-Sep. pp. 73-79.

54.- Kouneski, Edward F. "The Family Circumplex Model, Faces II, and Faces III: research and applications." 3ra Ed. University of Minnesota. 2003. p.6.

Disponible en: [http://www.facesiv.com/pdf/faces\\_and\\_circumplex.pdf](http://www.facesiv.com/pdf/faces_and_circumplex.pdf)

55.- Lourdes Gabriela Sandoval Miranda (2011) "Funcionalidad familiar y empatía en los médicos residentes del ISSEMYM" S. *Revista de Especialidades Médico – Quirúrgicas*.2011. Vol. 16 No.4 Dic. p.222.

56.- Alarcota A. González JF. "Validación de la escala de Empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos." *Revista de Salud Mental*. México.2005.Vol.28 pp.57-63.

57.- González Carmen, cols. Funcionalidad familiar, estrato socioeconómico y red de apoyo social de los residentes de posgrado de la facultad de Venezuela.2003. Vol.12 No.14, .pp.26-30

## **10.- ANEXOS**

- 1.- Consentimiento informado
- 2.- Instrumento de Faces III.
- 3.-Instrumento de Coopersmith autoestima.

ANEXOS 1

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Edo.					
México a	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>		

A quien corresponda.

Yo \_\_\_\_\_ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio. “ \_\_\_\_\_”, que se realiza en esta institución y cuyos objetivos consisten en \_\_\_\_\_

Estoy consciente de que los procedimientos, pruebas y tratamientos para lograr los objetivos mencionados consisten en \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ y que los riesgos para mi persona son. \_\_\_\_\_

Entiendo que del presente estudio se derivarán los siguientes beneficios. \_\_\_\_\_

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que yo así lo desee. También que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de mi participación en este estudio.

Así mismo, cualquier trastorno temporalmente relacionado con esta investigación podrá consultarlo con el Jefe de Enseñanza e Investigación de la unidad de atención; <NOMBRE, TELÉFONO, DOMICILIO> y con el investigador responsable <NOMBRE, TELÉFONO, DOMICILIO>. El Jefe de Enseñanza e Investigación comunicará el evento a la Dirección de Educación e Investigación de la SSDF, en donde se decidirá la necesidad de convocar al investigador principal y al Cuerpo colegiado competente, para su resolución. Cuando el trastorno se identifique como efecto de la intervención, la instancia responsable deberá atender médicamente al paciente hasta la recuperación de su salud o la estabilización y control de las secuelas así como entregar una indemnización y si existen gastos adicionales, estos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

En caso de que decidiera retirarme, la atención que como paciente recibo en esta institución no se verá afectada.

Nombre.		Firma.
(En caso necesario, datos del padre, tutor o representante legal)		
Domicilio.	Teléfono	

c. c. p. Paciente o familiar

c. c. p. Investigador (conservar en el expediente de la investigación)

## ANEXO 2 .

**FACES III (D.H. Olson, J. Portner e Y. Lavee).**

**Versión en español (México): C. Gómez y C. Irigoyen**

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado:

**Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre**

**1 2 3 4 5**

Describa su familia:

1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí

**Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre**

**1 2 3 4 5**

2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas

**Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre**

**1 2 3 4 5**

3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia

**Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre**

**1 2 3 4 5**

4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina

**Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre**

**1 2 3 4 5**

5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos

**Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre**

**1 2 3 4 5**

6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad

**Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre**

**1 2 3 4 5**

7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia

**Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre**

**1 2 3 4 5**

8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas

**Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre**

**1 2 3 4 5**

9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia

**Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre**

**1 2 3 4 5**

10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos

**Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre**

**1 2 3 4 5**

11. Nos sentimos muy unidos

**Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre**

**1 2 3 4 5**

12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones

**Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre**

**1 2 3 4 5**

13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente

**Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre**

**1 2 3 4 5**

14. En nuestra familia las reglas cambian

**Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre**

**1 2 3 4 5**

15. Con facilidad podemos planear actividades en familia

**Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre**

**1 2 3 4 5**

16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros

**Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre**

**1 2 3 4 5**

17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones

**Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre**

**1 2 3 4 5**

18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad

**Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre**

**1 2 3 4 5**

19. La unión familiar es muy importante

**Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre**

**1 2 3 4 5**

20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar

**Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre**

**1 2 3 4 5**

ITEMS NONES = COHESION. ITEMS PARES = ADAPTABILIDAD.		↓ Cohesión ↑			
		Disgregada 10 a 34	Semirrelacionada 35 a 40	Relacionada 41 a 45	Aglutinada 46 a 50
↓  Adaptabilidad	Caótica 29 a 50	Caóticamente disgregada	Caóticamente semirrelacionada	Caóticamente relacionada	Caóticamente aglutinada
	Flexible 25 a 28	Flexiblemente disgregada	Flexiblemente semirrelacionada	Flexiblemente relacionada	Flexiblemente aglutinada
↑	Estructurada 20 a 24	Estructuralmente disgregada	Estructuralmente semirrelacionada	Estructuralmente relacionada	Estructural-mente aglutinada
	Rígida 10 a 19	Rígidamente disgregada	Rígidamente semirrelacionada	Rígidamente relacionada	Rígidamente aglutinada

COHESIÓN		Bajo → Moderado → Alto			
		DESLIGADA	SEPARADA	CONECTADA	ENMARAÑADA
FLEXIBILIDAD	Alto ↑ CAÓTICA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo
	Moderado ↑ FLEXIBLE	Rango medio	<i>Balanceada</i>	<i>Balanceada</i>	Rango medio
	Moderado ↑ ESTRUCTURADA	Rango medio	<i>Balanceada</i>	<i>Balanceada</i>	Rango medio
	Bajo ↑ RÍGIDA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo

### ANEXO 3 .

#### COOPERSMITH'S SELF-ESTEEM INVENTORYIAE DE COOPERSMITH

Versión en español del Dr. Joseph O. Prewitt-Díaz Pennsylvania State University,  
1984 Adaptación para adultos (1999) : Hellmut Brinkmann Miguel Garcés

INSTRUCCIONES: Aquí hay una serie de declaraciones. Por favor responda a cada declaración del modo siguiente:- Si la declaración **describe cómo se siente usualmente** ponga una "x" en el paréntesis correspondiente en la columna debajo de la frase " **igual que yo** (columna A) en la hoja de respuestas.- Si la declaración **no describe cómo se siente usualmente** ponga una "x" en el paréntesis correspondiente en la columna debajo de la frase "**distinto a mi** (columna B) en la hoja de respuestas.- No hay respuestas correctas o incorrectas, buenas o malas. Lo que interesa es conocer qué es lo que habitualmente piensa o siente.

#### **Ejemplo:**

Me gustaría comer helados todos los días.

Si le gustaría comer helados todos los días, ponga una "x" en el paréntesis de bajo de la frase "igual que yo", frente a la palabra "ejemplo" en la hoja de respuestas. Si

**No** le gustaría comer helados todos los días, ponga una "x" en el paréntesis debajo de la frase "distinto a mí", frente a la palabra "ejemplo", en la hoja de respuestas.

MARQUE TODAS SUS RESPUESTAS EN LA HOJA DE RESPUESTASNO  
ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO

1.-Paso mucho tiempo soñando despierto(a).

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

2. Estoy seguro(a) de mí mismo(a)

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

3. Deseo frecuentemente ser otra persona

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

4. Soy simpático(a)

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

5. Mi familia y yo nos divertimos mucho juntos.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

6. Nunca me preocupo por nada.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

7. Me da “miedo” mostrar a otros mi trabajo.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

8. Desearía ser más joven.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

9. Hay muchas cosas acerca de mí mismo(a) que me gustaría cambiar si pudiera.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

10. Puedo tomar decisiones fácilmente.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

11. Mis amigos(as) lo pasan bien cuando están conmigo.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

12. Me incomodo en casa fácilmente.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

13. Siempre hago lo correcto.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

14. Me siento orgulloso(a) de mi quehacer diario.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

15. Tengo siempre que tener a alguien que me diga lo que tengo que hacer.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

16. Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cosas nuevas.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

17. Frecuentemente me arrepiento de las cosas que hago.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

18. Soy popular entre la gente.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

19. Usualmente en mi familia consideran mis sentimientos.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

20. Nunca estoy triste

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

21. Estoy haciendo el mejor trabajo que puedo.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

22. Me doy por vencido(a) fácilmente

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

23. Usualmente puedo cuidarme a mí mismo(a)

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

24. Me siento suficientemente feliz

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

25. Prefiero compartir con personas de menor nivel que yo.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

26. Mi familia espera demasiado de mí

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

27. Me gustan todas las personas que conozco.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

28. Me gusta cuando mi jefe me pide algo

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

29. Me entiendo a mí mismo(a)

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

30. Me cuesta comportarme como en realidad soy.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

31. Las cosas en mi vida están muy complicadas.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

32. Los demás casi siempre siguen mis ideas

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

33. Nadie me presta mucha atención en casa

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

34. Nunca me regañan.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

35. No estoy progresando en mi trabajo o en mis labores habituales como me gustaría.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

36. Puedo tomar decisiones y cumplirlas.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

37. No estoy conforme con mi sexo.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

38. Tengo una mala opinión de mí mismo(a).

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

39. No me gusta estar con otra gente.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

40. Muchas veces me gustaría irme de casa.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

41. Nunca soy tímido(a).

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

42. Frecuentemente me incomoda el trabajo

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

43. Frecuentemente me avergüenzo de mí mismo(a)

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

44. No soy tan bien parecido(a) como otra gente.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

45. Si tengo algo que decir, usualmente lo digo.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

46. A los demás "les da" conmigo.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

47. Mi familia me entiende

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

48. Siempre digo la verdad.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

49. Mi jefe me hace sentir que no soy gran cosa.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

50. A mí no me importa lo que me pase.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

51. Soy un fracaso.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

52. Me siento incómodo fácilmente cuando me regañan.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

53. Las otras personas son más agradables que yo.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

54. Usualmente siento que mi Familia espera más de mí.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

55. Siempre sé qué decir a otras personas.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

56. Frecuentemente me siento desilusionado(a) en el trabajo, o con los que haces diarios

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

57. Generalmente las cosas no me importan.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

58. No soy una persona confiable para que otros dependan de mí.

R= IGUAL QUE YO ( ) DISTINTO A MI ( )

Clave de corrección de la escala de Auto-estima de Coopersmith.

<b>CATEGORIAS</b>	<b>RANGO</b>
<b>ALTO</b>	<b>75-100</b>
<b>MEDIO ALTO</b>	<b>50-74</b>
<b>MEDIO BAJO</b>	<b>25-49</b>
<b>BAJO</b>	<b>0-24</b>





