



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

**Trayectoria de la dinámica familiar y su
influencia en la salud de un integrante con
enfermedad crónica: Caso diabetes mellitus e
hipertensión.**

T E S I S

**Que para obtener el título de:
Licenciada en Trabajo Social**

**Presenta:
Ana Guadalupe Cárdenas Pérez**

**Directora de Tesis:
Mtra. Elia Lázaro Jiménez**



Ciudad Universitaria. Cd. Méx. febrero 2018



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.

Para mis papás, por el esfuerzo y dedicación para ayudarme a lograr lo que me apasiona, sobre todo, por enseñarme la importancia de la familia.

Papá, este esfuerzo es un regalo por todos los sacrificios que has hecho para darme lo mejor y lo que necesito, por educarme junto a mi mamá con los mejores valores y enseñanzas, por sus consejos y lecciones de vida.

Para Jime, por ser la más valiente y demostrarme que a la vida se le sonríe pese a las adversidades.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México y la Escuela Nacional de Trabajo Social, por formarme en una profesional con los mejores conocimientos y por cada experiencia vivida durante 5 años.

A mi papá, no puedo imaginar este logro sin tu ayuda y esfuerzo, gracias a ti es que puedo cumplir cualquier meta que me propongo, por estar presente en cada parte no solo de mi vida si no en cada momento, ofreciéndome lo mejor y buscando siempre lo mejor para mí, gracias por tu ayuda, amor, tolerancia, pero sobre todo tu gran esfuerzo.

A mi mamá, no encuentro palabras que describan lo agradecida que estoy, porque que tus esfuerzos han sido impresionantes e invaluable algunas veces he imaginado que sobrenaturales, gracias por enseñarme que aunque las cosas pueden llegar a salir mal, con tu amor y compañía soy capaz de lograr hasta lo inalcanzable.

A mis hermanas Rosa Martha por tu esfuerzo y tolerancia conmigo, por siempre cuidar de mí y acompañarme cada mañana para salir y demostrar de lo que soy capaz, a Mimi por tu escucha incondicional, por transmitirme ánimo en momentos de tristeza, pero sobre todo por ayudarme a que este proceso fuera lo más divertido posible.

A mi Tía Rosa, por transmitirme la profesión y enseñarme que hacer algo por los demás es de las mejores satisfacciones que puedes tener en la vida.

A mi tíos Ismael, Memo y Tina por apoyarme y brindarme incondicionalmente los recursos para seguir adelante.

A mis primos Luis y Carmen, por su tiempo y dedicación para ayudarme en momentos de desesperación, por desvelarse conmigo y facilitarme todo tipo de recursos para obtener los mejores resultados.

A Carlos por todo tu apoyo a pesar de las adversidades, por darme cada día la mejor palabra de aliento y ánimo para iniciar con más ganas.

A mi asesora Mtra. Elia Lázaro por su profesionalismo y apoyo en todo el proceso, por transmitir su calidad humana y siempre devolverme la tranquilidad en momentos de preocupación.

A mis amigos del Instituto Harvard por su escucha y apoyo en la búsqueda de recursos para la realización de mi tesis, pero sobre todo su excelente amistad.

A mis amigas Monse, Lili, Diana y Bri, por su comprensión y ayuda durante 5 años, ofreciéndome los mejores momentos y lecciones de vida.

A las familias por abrirme las puertas de su casa y brindarme su confianza, compartir su experiencia y enseñarme que aún en la enfermedad la vida es demasiado agradecida con quienes nunca se rinden.

A la vida y mi familia en general porque cada día me enseñan que se puede empezar de nuevo sin importar la cantidad de errores que se presenten.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN-----	6
Apartado 1. MARCO REFERENCIAL-----	9
CAPÍTULO I. Trabajo Social y Familia-----	10
1.1 Trayectoria de vida-----	13
CAPÍTULO II. Familia y Dinámica familiar-----	16
2.1 La familia como sistema-----	19
2.2 Tipos de familia-----	21
2.3 Familias en México-----	24
2.3.1 Vida Cotidiana-----	29
2.4 Dinámica familiar-----	32
2.4.1 Componentes de la dinámica familiar-----	34
CAPÍTULO III. Introducción a la Salud- Enfermedad -----	44
3.1 Clasificación de las enfermedades -----	47
3.2 La salud- enfermedad como un proceso social-----	49
3.2.1 Determinantes sociales de la salud-----	51
CAPÍTULO IV. Generalidades de las Enfermedades Crónicas-----	54
4.1 Hipertensión arterial-----	58
4.2 Diabetes mellitus -----	61
CAPÍTULO V. La familia ante la enfermedad crónica -----	65
5.1 Ciclo de la familia con enfermedad crónica -----	68
5.2 Diabetes e hipertensión arterial en la familia-----	70

Apartado 2. INVESTIGACIÓN-----	75
CAPÍTULO VI. Problema de Investigación-----	76
6.1 Planteamiento del problema -----	76
6.2 Justificación-----	77
6.3 Preguntas de investigación -----	79
6.4 Objetivos: General y Específicos-----	79
6.5 Premisas-----	79
CAPÍTULO VII. Marco metodológico -----	80
7.1 Tipo de Investigación -----	80
7.2 Método -----	81
7.3 Teoría -----	83
7.4 Muestra-----	85
7.4.1 Descripción general de la muestra -----	86
7.5 Técnicas -----	90
7.6 Instrumentos-----	90
7.7 Tiempo -----	90
7.8 Espacio -----	90
CAPÍTULO VIII. Trabajo de campo-----	91
8.1 Contexto del espacio-----	91
8.2 Aplicación de entrevistas-----	93
CAPÍTULO IX. Presentación de Resultados-----	95
9.1 Recolección de información -----	95
9.2 Análisis de la información-----	96
DISCUSIÓN-----	139
CONCLUSIONES -----	141
REFERENCIAS-----	145
ANEXOS-----	152

ÍNDICE DE TABLAS E IMÁGENES

Apartado 1. MARCO REFERENCIAL

TABLA 1: Clasificación de enfermedades-----	48
TABLA 2: Factores de riesgo-----	55
TABLA 3: Causas de muerte en México-----	56
IMAGEN 1: Determinantes sociales de la salud-----	52

Apartado 2: INVESTIGACIÓN

TABLA 4: Familia 1-----	87
TABLA 5: Familia 2-----	88
TABLA 6: Familia 3-----	89
TABLA 7: Recolección de información-----	95
TABLA 8: Cambios generales en la dinámica familiar -----	123
TABLA 9: Constantes -----	125
TABLA 10: Apego-----	131
TABLA 11: Convivencia -----	132
TABLA 12: Hábitos alimenticios -----	133
TABLA 13: Comunicación -----	134
TABLA 14: Recursos/ Apoyos-----	136
IMAGEN 2: Familiograma 1 -----	87
IMAGEN 3: Familiograma 2-----	88
IMAGEN 4: Familiograma 3-----	89
IMAGEN 5: Dinámica familiar ante la enfermedad crónica -----	138

INTRODUCCIÓN

Hablar de familia implica siempre en todo sentido señalar un amplio contexto desarrollado por diversas disciplinas. Retomando la idea de Aylwin quien plantea que al ser la familia una de las instituciones que más contribuye y da pie a la formación de la libertad y de la conciencia moral, así como la reproducción de conductas de cada individuo, se concibe la necesaria participación del Trabajo Social como una de las profesiones que genera un cambio social desde la acción con familia (Aylwin & Solar, 2011).

Dentro de los diversos escenarios que involucra el análisis de familia se retoma de manera importante cuando en ella se presenta un fenómeno como la enfermedad, considerando que “la eclosión de la enfermedad en la familia genera una serie de desajustes en la manera de convivir y funcionar por parte de sus miembros, lo que conlleva a un procesamiento de la información relacionada con la enfermedad a la cual se le añaden valores, costumbres, y definiciones tanto del significado de la enfermedad en sí misma, como de las necesidades que tiene la familia para enfrentarla” (Fernández, 2004).

El interés de relacionar a la familia con la enfermedad es debido a la experiencia que se obtuvo durante prácticas en hospitales, puesto que sin duda alguna desde la profesión el contacto con la familia es muy frecuente, de modo que su experiencia brinda posicionarse y cuestionar ¿Cómo es que vive cada familia la enfermedad? y más aún ¿En qué aspecto de la familia tiene mayor participación la enfermedad?

La presente investigación direcciona estas interrogantes para enfatizar en la familia y la enfermedad, sin embargo, se prioriza de manera substancial la dinámica familiar ante la enfermedad crónica, involucrando particularmente los elementos que la integran.

El estudio describe la trayectoria de la dinámica familiar ante la enfermedad crónica, es decir, ese paso que en la dinámica familiar vive una serie de cambios y comportamientos debido a una situación de enfermedad. Teniendo como objetivo el referir y describir cuáles son estos cambios y de qué manera se manifiestan, a su

vez, identificando qué elementos de la dinámica familiar sufre mayor modificación a fin de que estos manifiesten una influencia en la salud del enfermo.

Para responder estos cuestionamientos se plantearon una serie de capítulos en dos apartados, el primero compuesto por el marco referencial en el que se abordan temas relacionados con la investigación, y el segundo contiene los elementos metodológicos de la investigación.

El capítulo I hace referencia de una manera general a la relación del Trabajo Social con la familia, ligado a esto, se da un acercamiento de lo que se entiende por trayectoria evidentemente vista desde y como un elemento importante de la profesión.

Para profundizar en la familia el capítulo II se exponen los elementos que integran su estudio, la relación con la actualidad, desde las primeras concepciones hasta la tipología y su dinámica dentro del enfoque de Trabajo Social.

En el capítulo III se desarrolla un panorama general de lo que se entiende por salud-enfermedad contemplando características y elementos particulares, retomando para tal investigación como un proceso social, el cual brinda una serie de determinantes, mismos que se hacen presentes dentro de este proceso.

Como parte fundamental del objetivo de la investigación, el capítulo IV permite conocer la situación actual de las enfermedades crónicas en el país, proporcionando cifras y contextualizando acerca de la prevalencia de estas enfermedades, destacando dos: diabetes mellitus e hipertensión arterial, las cuales se describen de una forma detallada contemplando sus elementos particulares.

En el capítulo V se muestra la relación que existe entre la familia y la enfermedad crónica, describiendo las situaciones que de primer momento se manifiestan dentro de la familia, así como el ciclo por el que atraviesa ante el conocimiento de la enfermedad.

El apartado dos como se mencionó anteriormente contiene los capítulos que hacen referencia al desarrollo de la investigación, así en el capítulo VI se plantea el problema y la justificación, dando paso a las interrogantes con las que se parte para llegar a los objetivos.

En el capítulo VII se presentan los elementos que sustentan metodológicamente la investigación, destacando de primer momento el tipo de investigación realizada, el método y teoría en que se apoya, así como la descripción de la muestra seleccionada y las técnicas e instrumentos utilizados.

El capítulo VIII contextualiza a los lectores sobre la forma en que se llevó a cabo el trabajo de campo describiendo el contexto y la forma en que se desarrolló la investigación.

Finalmente en el capítulo IX se describe los resultados obtenidos en la investigación, iniciando con la forma en que fue recolectada y categorizada la información del trabajo de campo para el análisis de tal información, el cual, en todo momento parte y manifiesta la experiencia y relatos de los propios actores.

Apartado 1

MARCO REFERENCIAL

CAPÍTULO I. Trabajo Social y Familia

Históricamente el Trabajo Social, ha tenido un largo recorrido de construcción como en todas las ciencias sociales, en este camino el abordaje con familia y su profundización ha sido objeto principal de investigación desde sus inicios, pese a sus grandes transformaciones, evolución y diversidad de enfoques que actualmente surgen y que se encuentran en constante construcción, no olvidemos que Trabajo Social inicialmente logró focalizar investigaciones e intervenciones de una manera particular.

“El Trabajo Social ha tenido desde sus orígenes como profesión un fuerte compromiso con la familia. Reynolds (1942) afirma que ninguna otra profesión se ha centrado tan consistentemente como el Trabajo Social en los problemas cotidianos de la vida familiar. Ninguna otra profesión desarrolló tan tempranamente una clara visión acerca de las diversas formas como el ambiente físico y social podía ayudar o dificultar el funcionamiento de la familia. Finalmente el Trabajo Social fue la primera profesión que se acercó a las familias en el lugar donde ellas vivían, conociéndolas al interior de sus hogares y esto le permitió desarrollar una comprensión compleja de las familias en su contexto social, que no es atribuible a otros profesionales” (Reynolds, 1942 citado en Aylwin & Solar, 2011).

Resulta importante para tal investigación mencionar en este capítulo los elementos particulares que hace al Trabajo Social abordar el tema con familia, así como las situaciones principales que demandan la participación del profesional, enfatizando en uno de los elementos esenciales para dicha investigación como es la trayectoria vista desde Trabajo Social hablando de familia.

Indudablemente hablar de Trabajo Social es hacer referencia a los principales autores que dedicaron sus estudios para hablar de familia, tal es el caso de Natalio Kisnerman, “en su libro Atención Individualizada y Familiar toma, a la familia como soporte para la resolución de un problema individual” (Jong, 1995) o bien algunos más como: Virginia Satir, Ana María Campanini, Marianne Walters, , Amaya Ituarte Telleache, Ralph E. Anderson e Irl Carter (Donoso & Saldias, 1998).

Así mismo, es fundamental mencionar a una de las pioneras en profundizar y focalizar intervenciones con familia, Mary Richmond quien en sus estudios, prioriza

la oportunidad que en la profesión se presenta el conocer de una manera interna a la familia y su entorno.

“En el año 1917, Mary Richmond, en su libro Diagnóstico Social, sugiere el tratamiento de familias completas y previene acerca de los riesgos de aislar a las familias de su contexto natural. Desarrolla el concepto de ‘cohesión familiar’ indicando que el grado de vinculación emocional entre los miembros de una familia es un determinante crítico de las capacidades de ésta para sobrevivir. También reconoce que las familias existen en un particular contexto social que las influencia interactivamente y a su vez es influenciado por ellas” (Quintero, V. 2004 citado en Guerrini, M. 2009).

Retomando esta idea, se observa la prioridad que desde un inicio se ha tenido al hablar de familia desde Trabajo Social, tomando como punto importante para tal investigación el no olvidar o apartar los elementos que la rodean en dada una situación o problemática social, con el fin no solo de comprender, si no de conocer situaciones ajenas a lo estudiado que permiten entender de una manera más amplia diversos contextos que evidentemente recaen de primer momento en la familia.

“Entre las diversas profesiones que se ocupan de la familia en el mundo, Trabajo Social presenta características que la distinguen y caracterizan su forma de aproximación a este fenómeno. Entre estas características se destacan tres. La primera se relaciona con la experiencia y conocimiento acumulado en el trabajado de terreno con familias, la segunda se relaciona con el contexto social desde el cual la profesión se ubica para acercarse a la familia, la tercera característica tiene que ver con la visión de la familia como una totalidad y la profunda valoración que la profesión desarrollo tempranamente por la familia y la importancia de los lazos familiares para el bienestar y desarrollo humano” (Aylwin & Solar, 2011).

Dentro del estudio con familia es importante no dejar de lado que necesariamente el Trabajo Social toma como apoyo otras disciplinas las cuales sirven como base o bien se complementan para su abordaje como lo son: la Terapia Familiar, el Psicoanálisis, los Derechos humanos, la Psiquiatría, entre otros, pero que sin lugar a duda, cada uno marca como prioridad distintos elementos, o métodos particulares para la obtención de fines deseados.

“De modo que, la intervención del Trabajador Social en el campo de familias es multifacética, se da a nivel directo e indirecto y, por esencia, no está ceñida estrictamente a determinados parámetros establecidos rígidamente, sino que ésta abierta la creatividad y a la colaboración de otras disciplinas en la búsqueda de respuestas a los complejos problemas que enfrenta la familia en nuestra sociedad” (Aylwin & Solar, 2011).

Además del apoyo de diversas disciplinas existe también una pluralidad de métodos que se adaptan a cuales sean los fines deseados, mismos que el Trabajo Social con familia a la fecha ha ido enriqueciendo teorías y metodologías que permiten a cada profesional emplear conocimientos en los distintos fenómenos sociales, pero sobre todo en situaciones particulares que demandan su participación.

Por lo tanto, se plantea la idea de que todas las familias sea cual sea su posición y composición son distintas entre sí por elementos que pueden o no ser visibles, de ahí la rigurosidad del profesional por determinar e incidir de manera idónea.

Ante esto, las autoras (Aylwin & Solar, 2011) en una detallada recopilación de los inicios del Trabajo Social con familias, contemplan los elementos fundamentales para su estudio, plantean una serie de situaciones en las que comúnmente la profesión tiende a participar.

“En la práctica del Trabajo Social con familias, las funciones profesionales se combinan de modo que en el esfuerzo por enfrentar los problemas, hecho con las familias, se vaya desarrollando en ellas un proceso de educación familiar y social. La integración de las dos dimensiones: enfrentamiento de problemas y la dimensión de educación social, es un elemento especial en el Trabajo Social. (...) Visualizamos que al Trabajador Social le corresponde prestar servicios a las familias básicamente en tres tipos de situaciones que se dan con frecuencia combinadas” (Aylwin & Solar, 2011).

Los cuales se enumeran a continuación:

1. *“Cuando las familias están experimentando dificultades en su funcionamiento o en su dinámica interna. Problemas típicos que se presentan al trabajador social en este aspecto son dificultades en la relación conyugal y en la relación padres- hijos (...)”.*

2. *“Cuando las familias están experimentando dificultades en relación con las instituciones y organismos que les proporcionan o deberían proporcionarles apoyo y servicios. La intervención del trabajador social es demandada por las familias cuando ellas no encuentran respuesta adecuada de estas instituciones para la satisfacción de sus necesidades. (...) A su vez, esas instituciones demandan al trabajador social una intervención orientada a lograr que las familias utilicen adecuadamente los servicios que se les están ofreciendo”.*

3. *“Cuando el medio o contexto social no está ofreciendo a las familias un ambiente adecuado para el desarrollo de sus miembros. Aquí se presentan múltiples problemas en relación a los cuales se solicita la intervención profesional. En el contexto de cada comunidad o población (...) En el contexto municipal (...) y finalmente en el contexto de las políticas sociales”.*

De lo anteriormente expuesto se observa que el intervenir con familias desde el Trabajo Social resulta enfocarse en un contexto con diversos parámetros, es decir no resulta favorable incidir en las familias de una forma aislada o separada de la cotidianidad o bien de los elementos que la rodean, de ahí cuando las autoras mencionan que cada situación puede darse de una forma combinada.

Así pues, se considera a modo de síntesis, después de tales consideraciones por parte de los autores, que la importancia para la investigación con familias recae en conocer a estas desde su núcleo interno, es decir conocer de primer momento elementos particulares que dan pie a otros fenómenos sociales, en tal investigación se plantean aquellos que involucran desde su dinámica interna, así como la trayectoria que se formula y construye dentro de las familias.

1.1 Trayectoria de vida.

De primer momento es interesante conocer y comprender desde algunas miradas el término de trayectoria, para este trabajo resulta fundamental puesto que la investigación está dada en la descripción de la trayectoria que se presenta en la dinámica familiar desde el propio relato de los sujetos, quienes pertenecen al mismo

núcleo, específicamente, aquella trayectoria que se ve manifestada ante la presencia de enfermedad.

Inicialmente para referir el término de trayectoria se contempla la definición que la Real Academia Española (RAE,) señala, principalmente dada en 3 aspectos:

1. “Línea descrita en el espacio por un cuerpo que se mueve, y, más comúnmente, la que sigue un proyectil”.
2. “Curso que, a lo largo del tiempo, sigue el comportamiento o el ser de una persona, de un grupo social o de una institución”.
3. Curva descrita en el plano o en el espacio por un punto móvil de acuerdo con una ley determinada” (RAE, 2018).

Es perceptible que tal concepto se moldea según el objetivo, ya que puede ser aplicado tanto en ciencias como la física o sociales, en la investigación se retoma el segundo término que menciona la RAE, el cual enfatiza en las acciones que desarrolla un sujeto en una situación dada, además, se observa de primer momento que la trayectoria recae y va de la mano con la vida de las personas.

Particularmente se aborda la importancia que ha tenido el concepto de trayectoria dentro de las ciencias sociales, “La trayectoria da cuenta de los cambios que ocurren en las posiciones que los sujetos ocupan en la estructura social” (García, 2016).

Otro ejemplo es de (P. Bourdieu, 1977) quien lo plantea como: “Serie de las posiciones sucesivamente ocupadas por un mismo agente (o un mismo grupo) en un espacio en sí mismo en movimiento y sometido a incesantes transformaciones” (Bourdieu, 1977 citado en Lera, y otros, 2007).

En efecto, retomando las afirmaciones de los autores, la trayectoria ha sido estudiada no como un proceso biológico, sino como aquellas experiencias vividas y significados ocurridos dentro de un entorno, los cuales son manifestados en un momento determinado de la vida.

Partiendo con esta idea las autoras (Lera, y otros, 2007) mencionan al respecto que “Las trayectorias de vida han cobrado significativa importancia en el campo de las ciencias sociales, debido a la posibilidad que este concepto ofrece para lograr una

mayor comprensión de las transformaciones de la sociedad en general y de los procesos singulares, particulares de los sujetos” (2007).

Conviene destacar dentro de las afirmaciones de los autores mencionados, que la trayectoria de vida describe y construye situaciones desde una mirada exhaustiva que aportan y rescatan elementos que están en constante evolución, particularmente se enfatiza en aquellas trayectorias de vida que surgen a partir de una situación específica que tiene que ver con la vida de los sujetos, como trabajo, economía, seguridad o salud.

Considerando que dentro de la trayectoria de vida ante una situación como las que se ejemplificaron, surge una serie de cambios y transformaciones, mismos que como en todo fenómeno social, no existe generalidad en sus efectos y suelen darse de manera distinta, García, E, menciona una serie de elementos a considerar en cada trayectoria. “En el caso de la trayectoria importan el grupo social de origen, el nivel de educación alcanzado, el tipo de trabajo al que se accede por él y la valoración social del mismo, porque las trayectorias se ven influidas por las oportunidades y límites de cada clase social. (García, 2016)

En este sentido, se refiere el escenario que se contempla en tal investigación que es la presencia de enfermedad en el núcleo familiar, dicha trayectoria tendrá cambios y transformaciones importantes, específicamente en la dinámica de esta, ya que las conductas que ocurren en la condición social de cada sujeto serán distintas, por ejemplo ante el surgimiento de una enfermedad, el hecho de pasar de ser miembro de una familia con responsabilidades personales a participar en cuidados y responsabilidades colectivas.

Finalmente planteada la trayectoria de vida como una secuencia de experiencias y transformaciones vividas así como significados en un grupo como lo es la familia y su dinámica, estos dos elementos constan de diversos enfoques y aspectos a analizar, mismos que serán retomados en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO II. Familia y Dinámica familiar

Familia o bien familias (hablando de la diversidad de estas), es uno de los conceptos que comúnmente se usan dentro de distintas disciplinas, sobre todo y con mayor frecuencia dentro de las ciencias sociales, sin embargo cada una posee concepción de acuerdo a sus elementos característicos.

En tal investigación es de suma importancia entender y partir desde qué significado se está dado el concepto de familia, ligado a la pluralidad de estas que existen, así mismo, las situaciones particulares que involucran hablar de este término, enfatizando en su dinámica y los elementos que la componen, de tal forma que en el capítulo se contempla un acercamiento de estos elementos.

Hablar de familia es uno de los paradigmas que distintas disciplinas y autores han abordado, con el objetivo de retomar y analizar su participación e importancia desde distintos enfoques, los cuales, corresponden a un contexto determinado, sin embargo, para el Trabajo Social Familiar y para tal investigación implica enfocarse en “un sistema natural, es decir la familia en su totalidad” (Caparros, M. 1992).

Tales enfoques se ven reflejados particularmente en bases teóricas que las disciplinas retoman para poder partir al análisis de familia. En este sentido, Bermúdez, C. y Eduardo, Brik. (2010) lo mencionan de la siguiente manera contemplando tres bases fundamentales:

Bases biológicas

“Esta se aprecia en las características biológicas entre el vínculo de la madre y el hijo construyéndose en éste el primer parentesco de la especie (...).”

Bases económicas

“Según las ideas marxistas de Engels el surgimiento de la familia está vinculado a una serie de circunstancias económicas. El autor hace un análisis desde el comunismo primitivo¹ en donde no se tienen en cuenta las relaciones de parentesco, pasando también por la conformación de la familia como

¹ Por comunismo primitivo se entiende, en la teoría marxista una etapa del desarrollo de las formaciones económico-sociales, caracterizada por el bajo nivel de desarrollo de las fuerzas productivas, la propiedad colectiva de los rudimentarios instrumentos de producción y la distribución igualitaria de los productos. (Laso, 1991)

matriarcal² destacando la participación del hombre por proveer a la familia con ayuda del trabajo dejando a la madre al cuidado de los hijos, hasta llegar a la idea de Weber en un concepto de conformación de la familia como solidaridad para la subsistencia en donde la economía no busca las ganancias, sino cubrir las necesidades básicas de alimentación, residencia y vestimenta”.

Bases sociológicas y psicológicas

“La familia representa la forma más arcaica de organización social. Su estructura ha estado basada en el parentesco, la intimidad, la protección, la educación, el intercambio de bienes y la convivencia residencial o en la comunidad en donde se legitiman y se regulan ciertas prácticas entre sus miembros, especialmente, en el ejercicio de la sexualidad. Todo esto responde a que la función que cumple la familia es enseñar las formas necesarias y básicas para que cada individuo se inserte en la sociedad y conozca, entre otros aspectos, sus normas, sus valores y su organización”.

A lo largo de la historia, estas bases teóricas han sido retomadas por autores de distintas disciplinas, quienes con el fin de enfatizar, según los fines deseados, han puesto una serie de modificaciones en tal término, con el objetivo de comprender y dar a conocer la evolución histórica que como todo fenómeno está en constante transformación. Para fines de la investigación se inicia aludiendo algunas definiciones de autores que dirigen sus conceptos de familia justamente en la última de las bases teóricas ya mencionadas, con el fin de generar una idea mediante un análisis desde un enfoque social.

Uno de los pioneros en definir y analizar a la familia, Lewis Henry Morgan (1871), realiza un análisis exhaustivo en cada uno de los comportamientos y situaciones que involucran a la familia, la define como “Un elemento activo; nunca permanece estacionada, si no que pasa de una forma inferior a una superior a medida que la sociedad evoluciona de un grado más bajo a otro más alto” (Morgan, 1871 citado en Engels, 2011).

² Hay un predominio de la autoridad materna. El parentesco se vincula con la madre, que es el centro de la vida familiar y cuya tarea es el cuidado de los niños y la obtención de frutos y raíces para la subsistencia. (Melongo, 2008)

Se puede observar que desde los inicios por describir a la familia, tales definiciones están relacionadas a la par de los constantes fenómenos evolutivos, es decir, de primera instancia noto la relación que existe entre la familia y el contexto en el que se encuentra inmersa, como si una fuera efecto de la otra.

Siguiendo con los inicios de la Familia para Sara Duhalt Montero (1992) “la familia es la más antigua de las instituciones humanas y constituye un elemento clave para la comprensión y funcionamiento de la sociedad, a través de ella, la comunidad no sólo se provee de sus miembros, sino que se encarga de prepararlos para que cumplan satisfactoriamente el papel social que les corresponde” (Montero. S, 1992).

Desde una concepción tradicional, se puede observar que “la familia ha sido el lugar primordial donde se comparten y gestionan los riesgos sociales de sus miembros” (Carbonell, citado en Gómez y Villa, 2013).

En este sentido se identifica la presencia que tiene el reconocimiento de la participación de los miembros del núcleo familiar, para la familia misma y dentro de la sociedad. Misma que en la actualidad se ha evidenciado por instituciones que centran sus funciones y objetivos en la familia, a continuación refiero dos de ellas, OMS (Organización Mundial de la Salud) y DIF (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia).

La OMS define familia como "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" (2014).

Mientras que para el DIF la familia “Es el primer grupo al que pertenece una persona, ahí se nace, se crece, se vive y se muere como persona. Es la institución natural, para el espacio educativo y es un ámbito de encuentros y una fuente de virtudes” (2006).

Ante las postulaciones de estos autores que centran su objetivo en el análisis de la familia es evidente que la participación de esta es fundamental para cualquier actuación dentro de la sociedad en la que se encuentre inmersa, no solo como parte de esta, si no como elemento importante de su evolución y trayectoria, no olvidando

que tales autores retoman de manera importante la participación que tiene los integrantes de cada familia, pues son quienes juegan un papel clave dentro de un contexto o situación social.

Dada una aproximación ante las afirmaciones que los autores mencionados refieren sobre familia, para fines de la investigación se retomará el concepto de familia según Carmen Díaz y Carmen Pérez (2007) quienes, desde un enfoque de Trabajo Social consideran que “la familia es un sistema humano en crisis, es decir, en cambio constante, que influye permanentemente y de forma recíproca en sus miembros. Es un grupo natural, que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Éstas constituyen la estructura familiar que, a su vez, rigen el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca” (Díaz & Pérez, 2007)

De esta forma se refiere que la familia en tal investigación es vista por su estructura y funcionamiento, los cuales delimitan acciones e interacciones mismas que se ven transformadas ante la presencia de situaciones ajenas a la cotidianidad.

2.1 La familia como sistema

Es conocido saber que uno de los pioneros en profundizar en el término de sistema fue Bertalanffy en su destacada “Teoría General de Sistemas” dada a conocer en 1947. La cual inicialmente fue aplicada en las matemáticas, posterior a ella en diversas disciplinas dentro de la ciencia que con el paso del tiempo tuvo cabida en cualquiera que fuera considerado un sistema en general.

Él comienza por definir a un sistema como “Conjunto de elementos interrelacionados” (Bertalanffy, 1976) término muy general que puede adecuarse según lo que convenga a cada autor que desee basarse en ella.

Uno de ellos fue Niklas Luhmann, con su “teoría de sistemas familiares”, para tal investigación referimos dicha teoría ya que su análisis prioriza a la familia como parte de un sistema. “Los sistemas están estructuralmente orientados al entorno, y sin él, no podrían existir; por lo tanto, no se trata de un contacto ocasional ni tampoco de una manera de adopción. Los sistemas se constituyen y se sostienen

mediante la creación y conservación de la diferencia con el entorno, y utilizan sus límites para regular dicha diferencia” (Luhmann, 1991).

Es perceptible la idea de Luhmann al mencionar que un sistema necesita de otro para relacionarse, como si estuvieran envueltas en pequeñas partes que a su vez se hacen una sola y se ven influenciados entre sí por el entorno.

Luhmann formula en los estudios de familia referente a la teoría de sistemas, la existencia de tres tipos de sistema en una familia, el vivo, el psíquico y el social, al igual que él, se puede definir éste último como prioritario y fundamental al hablar de familia, ya que estudios demuestran que en éste perpetúa la comunicación como eje principal.

Según la autora Eguzki Urteaga quién hace un completo análisis de la teoría de sistemas familiares, establece que “En la teoría sistémica luhmanniana, la comunicación produce y reproduce la sociedad. La comunicación constituye una operación sistemática e ineluctablemente de carácter social que implica, al menos, dos socios cuyas acciones solo pueden ser constituidas por la comunicación” (Urteaga, 2009) Considerados como interacción y organización.

Además de los elementos que tal autor considera elementales al hablar de familia o bien que involucran su estudio, existen también, una serie de características que son parte fundamental al referir a la familia como sistema, puesto que “un sistema quiere decir que hay un objeto de investigación con tales características” (Luhmann, 1991).

En ese sentido, María Escartin Caparros (1992) menciona que la familia como sistema cumple estas cuatro características:

1. *Totalidad: puesto que es una combinación de partes que se relacionan entre sí en constante interacción. Pero hay que observarla en su totalidad y no aisladamente, como formando una red de interacciones, con toda su complejidad. Por ejemplo, como el juego del ajedrez.*
2. *Circularidad: esto es, en la teoría de sistemas, a los comportamientos no se les puede describir en relación causa-efecto $A=B$, sino en relación circular $A\leftrightarrow B$. Es decir, cada forma concreta de comportamiento está afectando a las*

respuestas de los otros y cada comportamiento es contemplado encajando con los otros.

3. *Capacidad auto correctiva u homeóstasis. Como todo sistema, en la familia existe la tendencia a mantener la estabilidad, a la ausencia de cambio, en un sentido morfostático; tiene que ver con los límites.*
4. *Capacidad de transformación, esto es, una característica que se refiere a la morfogénesis y tiene que ver con el tiempo.*

Tales características como mencionan los autores, son fundamentales para entender a la familia como un sistema que no es aislado. De tal forma que inicialmente se observa los distintos elementos que se presentan al hacer referencia a la familia, agregando en el siguiente tema la variedad de tipos de esta, como otro de los componentes importantes para su estudio.

2.2 Tipos de Familia

Como se ha mencionado anteriormente la familia ha sido parte de un proceso de transformación ante los diversos cambios evolutivos, por tal motivo, es indudable que en cada contexto (económico, cultural o social) en el que se encuentre inmensa, la formación de esta surgirá modificaciones principalmente en su composición, la cual genera diferentes grupos familiares, categorizándolos como tipos.

Cuando se habla de tipos de familia, cada autor involucra distintos elementos que resaltan aspectos particulares para el fin deseado. Actualmente en México diversas instituciones han realizado investigaciones al respecto, con el fin de rescatar los tipos de familia existentes, tal es el caso de instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) el cual en su larga tipología de familias retoma distintas categorías, como la composición o lugar de residencia, otro ejemplo es el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) quien enumera una tipología de familias según su composición dada estadísticamente.

Para fines de la investigación se retoman dos tipologías diferentes, por un lado (Varela, Vera & Ávila 2014) colaboradoras de la investigación “Género dinámicas y competencias familiares” (Dubravka & Morna, 2014) citan a Estévez y Jiménez,

quienes en 2013 analizan los tipos de familias que han sido retomados desde tiempo atrás y que a la fecha se siguen manifestando en los contextos familiares, denominándola como “Tipología Familiar Actual”.

Esta clasificación es referida en la investigación principalmente por la categorización que se hace de acuerdo a sus integrantes, es decir, a su estructura, en el sentido de diferenciar y nombrar a los actores que las integran.

- *Familias nucleares*: Están compuestas por dos cónyuges unidos en matrimonio y sus hijos.
- *Familias nucleares simples*: Formadas por una pareja sin hijos.
- *Familias en cohabitación*: Convivencia de una pareja unida por lazos afectivos, pero sin el vínculo legal del matrimonio (parejas de hecho o unión libre).
- *Hogares unipersonales*: Hogares formados por una sola persona mujer o varón, ya sea joven (normalmente soltero), adulta (generalmente separados o divorciados), anciana (frecuentemente viudas).
- *Familias monoparentales*: Está constituida por un padre o una madre que no vive en pareja y vive al menos con un hijo (...). Puede vivir o no con otras personas (abuelos, hermanos, amigos).
- *Familias reconstruidas*: Se trata de la unión familiar que después de una separación, divorcio o muerte del cónyuge, se rehace con la madre o padre que tiene a su cargo los hijos y el nuevo cónyuge (y sus hijos si los hubiere).
- *Familias con hijos adoptivos*: Son familias, con hijos naturales³ o sin ellos, que han adoptado a uno o más hijos. Pueden ser familias de cualquiera de los tipos anteriores.
- *Familias biparentales*: Están constituidas por parejas del mismo sexo: dos hombres o dos mujeres. La pareja puede vivir sola, con hijos propios o adoptados o concebidos a partir de métodos de fecundación artificial.
- *Familias polinucleares*: Se forman de padres o madres de familias que deben atender económicamente, además de su actual hogar, algún hogar

³ Son hijos nacidos fuera del matrimonio. (Castro, 2003)

monoparental dejado tras el divorcio o la separación, o a hijos tenidos fuera del matrimonio.

- *Familias extensas*: Son las familias que abarcan tres o más generaciones y están formadas por padres e hijos, los abuelos, los primos y tíos. Subsisten especialmente en ámbitos rurales, aunque van perdiendo progresivamente relevancia social en los contextos urbanos.
- *Familias extensas amplias o familias compuestas*: Están integradas por una pareja o uno de los miembros de ésta con uno o más hijos, y por otros miembros parientes o no parientes.
- *Familias translocales*: Son familias en las que uno o varios de sus miembros residen en otro lugar y cuya creciente visibilidad del mundo actual se ha visto unida a los recientes procesos migratorios, y en los que las dinámicas de vida familiar se sostienen en la distancia gracias a los nuevos medios de comunicación.

Por otro lado, se considera también la tipología realizada por Minuchin y Fishman (1996) quienes en su tipología de familias consideran elementos alejados a una tipología de acuerdo a su estructura como la anterior, en este caso muestran elementos que tiene que ver con el funcionamiento de las familias, categorizándola de la siguiente manera:

- *Familias de pas de deux.*: Está compuesta únicamente por dos personas, ya sea por progenitor e hijo o bien pareja anciana cuyos hijos han dejado el hogar.
- *Familias de tres generaciones*: Conocidas como la familia extensa con varias generaciones que viven en íntima relación.
- *Familias con soporte*: Aquellas familias grandes las cuales procrearon muchos hijos.
- *Familias acordeón*: Uno de los progenitores permanece alejado por lapsos prolongados.
- *Familias cambiantes*: Familias que cambian constantemente de domicilio por situaciones económicas, culturales o laborales.
- *Familias huéspedes*: Cuando la estancia de un miembro de la familia es temporal.

- *Familias con madrastras o padrastros:* Cuando un padre o madre adoptiva se agrega a la unidad familiar.
- *Familias con un fantasma:* La familia que ha sufrido muerte o deserción.
- *Familias descontroladas:* Aquellas en las que uno de sus miembros presenta síntomas en el área de control. Que puede ser: Descalificación de los cónyuges, incapacidad de los padres para mantener el control con los hijos, la organización jerárquica de la familia, deficiencias en las funciones ejecutivas de los padres, proximidad entre miembros de la familia.
- *Familias psicósomáticas:* La familia parece funcionar óptimamente cuando alguien está enfermo, el cual incluye una excesiva insistencia en los cuidados tiernos.

Ante la diversidad de tipos de familias que existen actualmente, genera una difícil tarea puntualizar y generalizar todos los tipos existentes, por tal motivo, en tal investigación se retoman las dos tipologías mencionadas por los autores, ya que se pretende evidenciar por un lado, el tipo de familia de acuerdo a su estructura contemplando los sujetos que la integran, y por otro, factores que involucran su funcionamiento, ya que estos dos elementos son parte de su dinámica interna.

2.3 Familias en México

Hacer referencia a las familias mexicanas involucra en tal sentido, una serie de características propias de cada una, desde las funciones que las identifican hasta los fenómenos en los que se encuentran inmersas, se considera que cada miembro de familia posee elementos que se adaptan a las necesidades y circunstancias que involucran principalmente su entorno cotidiano, de modo que si al referir a las familias en su totalidad, de igual forma poseerán características que las hace participes de un contexto.

“La historia de la familia mexicana registra, en su manifestación predominante, la formación típica de una cultura propia de familias mestizas crecientes. Esta conformación mixta aparece, por un lado, debido a la imposición política, cultural-

religiosa y sexual de los españoles y criollos, sobre los indígenas; y por el otro, a la persistencia de una cultura indígena, sobreviviente de manera un tanto sumergida dentro del sentir de nuevas familias mestizadas” (Leñero, L. 1994).

Tal acontecimiento manifiesta, en cierto punto, las interrogantes de expertos para entender y justificar la pluralidad de familias que actualmente se presentan en el contexto mexicano.

Leticia Solís Potón en la presentación del libro “La familia en la Ciudad de México” menciona aspectos similares al decir que: “la familia actual en la Ciudad de México es el resultado de una larga y accidentada evolución” (Solís, 1997).

Al hablar de las familias mexicanas se abre un abanico de opciones en el sentido de enumerar todas aquellas que caracterizan su forma y funcionamiento. De forma general se recapitula desde la llegada de los hijos al núcleo familiar, el hecho de incorporarse a una religión y realizar el rito correspondiente por la llegada y reconocimiento del nuevo miembro, posterior a esto viene la educación de los padres mediante una religión ya establecida y una cultura en la que implica costumbres y tradiciones, sumado a los valores, mismos que son reproducidos durante el periodo de vida y formación de la familia y de sus integrantes, marcando una significativa interpretación en acciones y funciones realizadas en distintos ámbitos.

Por tal motivo, tales características se ven ejecutadas en las llamadas funciones de la familia, que Nicolás Caparros (1973) las clasifica de la siguiente manera.

Funciones para con el individuo: Aspectos relacionados con la estructura interna de este, como los roles y la importancia relativa en el seno del grupo.

Funciones para consigo misma: Mantenerse como tal en ese espacio, promover las condiciones ambientales idóneas para el surgimiento de otras familias semejantes.

Funciones para con la sociedad: La sociedad utiliza a la familia y la familia, a su vez a la sociedad. La perpetuación de las normas sociales se realiza mediante la acción directa de la familia (...) La familia utiliza, a su vez, a la sociedad para hacer perdurables las normas, promover su supervivencia bajo

la forma actual y perpetuar el individualismo y la competitividad de sus miembros.

Otra importante clasificación de las funciones de la familia es aquella que enfatiza en aspectos directamente relacionados con el bienestar de sus integrantes. Como ejemplo (Dubravka & Morna, 2014) citan a Nye (1976), quien clasifica así las funciones de la familia.

- Funciones de administración, orden y limpieza, atención y cuidado del hogar.
- Función de proveedor de recursos materiales y personales a sus integrantes.
- Función de cuidado de los hijos y promoción de la salud tanto física como psicológica.
- Función de socialización de los hijos y promoción de su desarrollo psicológico y social.
- Función de parentesco/afinidad y desarrollo del sentido de identidad a través de la comunicación y el apoyo mutuo.
- Función terapéutica de asistencia y afecto cuando algún miembro de la familia tiene algún tipo de problema.
- Función recreativa y de organización y puesta en marcha de actividades de tiempo libre.
- Función sexual y de expresión de afectos y gratificaciones sexuales.

Como bien se sabe estas funciones son adaptadas por las familias para fines convenientes a su desarrollo, llevándolas a cabo de acuerdo a la ideología y cultura de cada una, no olvidando que en el contexto mexicano poseen características diferentes, mismas que las hace actuar de manera distinta a otras.

En este sentido Luis Leñero menciona que la pluralidad de las familias mexicanas se da, de acuerdo a la ubicación en la que se encuentren.

“La ubicación en una localidad rural o urbana marca quizá una caracterización más precisa de la diferencia de vida familiar. Sobre todo cuando la distancia del desarrollo socioeconómico y cultural abre una brecha que marca entre lo rural (...) y lo urbano (...)” (Leñero, 1994).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015) diferencia las poblaciones rurales y urbanas de la siguiente manera:

Rural: Aquella que tiene como límite cuantitativo el de 2 500 habitantes.

Urbana: Aquella que cuenta con 2 500 o más habitantes.

La Encuesta Inter- censal realizada por el INEGI en 2015 contabiliza que el 22% de la población mexicana vive en comunidades rurales, mientras que el 77% vive en urbanas.

Las condiciones de vida familiar entre estas dos poblaciones marcan una brecha significativamente diferente, puesto que las características de desarrollo y convivencia en su mayoría no son las mismas.

Héctor García Manzanedo (1968), menciona algunas particularidades de las familias rurales:

- El derecho del individuo para trabajar y obtener los recursos necesarios para su subsistencia y la de su familia.
- La interacción social más extensa y frecuente tiene lugar con miembros de su propio grupo.
- Los patrones de autoridad siguen un estricto orden de sexo y edad.
- El proceso de aprendizaje tiene lugar en contacto directo con los padres, tíos, abuelos y con miembros de su misma generación, hermanos y primos. Si existe una escuela en la localidad, la adquisición de habilidades es incidental a todo el proceso de adquisición de la cultura en el seno familiar.
- La resistencia a la adopción de métodos y técnicas diferentes a las tradicionales en agricultura, podría deberse al escaso margen de seguridad que el campesino goza, y el temor de que en el cambio resulten pérdidas materiales, en el caso de las medidas que tiende a proteger y restaurar la salud el conflicto es de mayor extensión y profundidad.
- Los conceptos culturales de salud y enfermedad están ligados a los valores de tipo ético, moral y religioso.

Por otro lado haciendo el contraste con las familias urbanas, las características principales en las que se encuentran inmersas, según (Palomares , 2008) son:

- Su actividad se centra en los sectores secundarios y terciarios: comercial, industrial, administrativo.
- Existen mayores posibilidades de empleo, numerosos servicios sociales y mayores ofertas culturales y de ocio.
- Poseen una periferia cada vez más urbanizada, lo que ha facilitado la creación de amplias vías de comunicación y el desarrollo del transporte público. La red de transportes está diversificada.
- El acceso a la vivienda constituye, en algunas zonas, una dificultad por su encarecimiento.
- Se consumen grandes cantidades de agua, alimentos y energía, afectando a la disminución de los recursos naturales.
- La relación con la comunidad es ocasional.
- La población tiene poco contacto con la naturaleza.
- Son más frecuentes las casas de varias alturas, bloques, rascacielos, zonas residenciales de chalés y de viviendas unifamiliares que alojan a numerosas familias.
- Reducción de la natalidad y del núcleo familiar.
- Acceso de la población a niveles de formación superiores, al existir un mayor abanico de ofertas culturales y educativas.
- Posibilidad de recibir asistencia sanitaria especializada.

En esta última categoría se encuentra un fenómeno ligado a las poblaciones urbanas en donde las familias mexicanas actuales han sido testigos y actores mismos, como parte de un proceso de búsqueda de mejores alternativas de vida, principalmente familias provenientes de comunidades rurales a urbanas, se habla de la llamada urbanización.

“La urbanización es un proceso complejo que se manifiesta a través de dos grandes fenómenos: el primero y más patente de ellos corresponde a la creciente concentración de la población urbana, que opera a través del crecimiento de las localidades urbanas existentes y del surgimiento de nuevas localidades urbanas. El

segundo, más difícil de definir, consiste en la evolución de la forma de vida de la población, de un tipo tradicional-rural a otro moderno-urbano” (Unikel, 1968).

De esta forma es entendible que tal concentración de personas origine ciertas modificaciones en las características ya mencionadas. Retomando a Mario Bronfman (2000) analiza una serie de acontecimientos que se generan principalmente en las comunidades urbanizadas de México, las cuales se resumen de la siguiente manera:

- Las grandes cantidades de asentamientos resultan inaccesibles a los servicios, dificultan la extensión de la infraestructura urbana y complica la provisión de transporte.
- Viviendas hacinadas y miserables, altamente riesgosas para la salud física y mental de quienes las habitan.
- Contaminación atmosférica, el transporte insuficiente, el déficit de viviendas y los problemas de dotación de agua.

Dichas características tanto de las familias urbanas como rurales, son parte del proceso de la pluralidad de acontecimientos y fenómenos ya sean sociales, económicos, políticos o culturales, que prevalecen en su entorno, que a su vez son efectos causales de la cotidianidad en la que se encuentran inmersas. De modo que en las familias mexicanas, como ya se ha mencionado, dentro de su pluralidad existen diversos fenómenos y situaciones que surgen además de las características expuestas, también por la forma en que viven cada una de ellas.

2.3.1 Vida Cotidiana

Es importante retomar que la familia cotidianamente está inmersa en fenómenos y situaciones que de alguna forma influyen y marcan tendencias sobre todo en el desarrollo y conducta, como son los estilos de vida, Eva Giberti (2005) menciona que: “los estilos de vida evidencian la articulación de los respectivos efectos entre la sociedad, la cultura, las relaciones y los vínculos intrafamiliares: la modificación de las funciones, responsabilidades y ocupaciones de cada miembro de la familia, acordes con los diferentes estilos de vida, es notoria” (Giberti, 2005).

Tales modificaciones se ven reflejadas principalmente en situaciones dadas en determinados fenómenos, en donde la familia se desarrolla. Retomando a esta misma autora (Giberti, 2005), quien hace una recopilación titulada “La familia, a pesar de todo” describe una serie de fenómenos y situaciones en las que en algún momento las familias son parte de éstas, en relación a distintos fenómenos teniendo intervención principalmente en las relaciones familiares.

- Los cambios culturales, sociales y económicos, sustentados políticamente, pusieron en evidencia la significativa relación indiscutible de los procesos de modernización.
- La influencia de los medios de comunicación como quiebre en relación a las ideas y las prácticas tradicionales. Nuevos lenguajes de comunicación en donde se excluyen unos de otros.
- La migración, la cual coadyuvó a la desintegración de organizaciones familiares.

“La migración viene desde tiempos remotos en donde en periodos de guerra las familias tenían que trasladarse junto con esposos e hijos al lugar donde tuviera que pelear” (González, 1997).

- La separación y el divorcio implican una modificación en las relaciones vinculares y la creación de una nueva área de comunicación, además del histórico espacio vincular- ahora modificado que se había establecido entre los miembros de la pareja y que ya contenían pactos y acuerdos voluntarios; son estos los que se quiebran al establecerse la separación.
- Violencia ligada a influencias televisivas o como medio de dominación ejerciendo poder reproduciéndolo en los núcleos familiares.
- La recesión y el desempleo.
- Discriminación por sexo o religión.

En otras situaciones que modificaron la cotidianidad familiar positivamente se encuentran:

- Los lenguajes propios de las artes, la música, la plástica, la escritura y el teatro, retroalimentaron no solo sus expresiones verbales de los miembros de la familia, sino de sus elecciones culturales.

- Los roles tradicionales de la mujer se modificaron en lo que respecta al trabajo doméstico y aumentaron los hogares con jefatura a cargo de las mujeres.
- Temas inquietantes en relaciones familiares como la donación de órganos, la prolongación artificial de la vida, el derecho de los pacientes que se denomina como consentimiento asistido.

Muchos de los cambios actuales han sido influenciados por fenómenos culturales, económicos, políticos y sociales, mismos que van generando romper con la cotidianidad que se venían presentando en las familias, en este sentido se enumeran algunos de los cambios presentados en los últimos años, los cuales han tenido gran relevancia en las familias mexicanas.

- Cambio en la jefatura de los hogares
- La incorporación de la mujer en ámbito laboral
- Integrantes con preferencias de género diversas
- Presencia de una enfermedad en alguno de los integrantes

Como se puede observar, los cambios que se han mencionado son parte importante de la evolución que sufren las familias, ya que van acompañados de los fenómenos que existen y modifican a la sociedad. Para la investigación es importante comprender que cada una de estas situaciones, sobre todo las que tiene mayor relevancia en las familias, traerán consigo un serie de cambios que influye sobre todo en la parte interna, es decir, en la dinámica de esta, por tal motivo en el siguiente tema se detallan los elementos que integran la dinámica familiar.

2.4 Dinámica familiar

Analizar la dinámica familiar permite conocer a profundidad los nuevos mecanismos de conductas y comportamientos, es decir, las formas en que los integrantes responden ante los fenómenos que surgen dentro de los grupos familiares. En la

actualidad, como respuesta de los cambios evolutivos constantes, las primeras conductas que se efectúan son manifestadas dentro de la dinámica de las familias.

De este modo se hace referencia que “las relaciones de cooperación, intercambio, poder y conflicto que existen en las familias se denomina dinámica familiar” (Torres, Ortega, Garrido, & Reyes , 2008).

Retomando estas ideas, surgen dos elementos importantes manifestados en la dinámica de las familias las conductas entendidas como “el estímulo y temperamento del cuerpo, la capacidad mental de procesar información se explica por las consecuencias satisfactorias o insatisfactorias que se ha tenido en experiencias” (García & García, 2005) y los comportamientos de los integrantes haciendo referencia a los “estímulos de respuesta generados de manera instintiva es decir, un proceso estrictamente físico, registrable y verificable, que consiste, precisamente, en ser la actividad por la que un ser vivo mantiene y desarrolla su vida en relación con su ambiente, respondiendo a él y modificándolo” (Galarsi, Medina, Ledezma, & Zanin, 2011).

Es decir, entendiendo las conductas en la dinámica familiar como la forma de percibir los cambios ocurridos ante una situación, reflejando comportamientos que direccionan el actuar de los integrantes como estilo de respuesta ante un fenómeno ajeno a su cotidianidad.

Partir de la dinámica familiar para la comprensión de los fenómenos que involucran la familia resulta una importante aportación de información ya que es en la “dinámica familiar desde donde se ejercen acciones de control, ayuda, disciplinamiento, transmisión de pautas culturales, construcción de significados de pertenencia e identidad” (Carballeda, A. citado en Felicitas, 2011), lo cual facilita entender y direccionar situaciones desde una visión detallada.

En el caso de la investigación hacer énfasis en la dinámica familiar como elemento fundamental para el estudio de familias es debido a que “el estudio de la dinámica familiar surge como una crítica a los supuestos de unidad, interés común y armonía que tradicionalmente se ha dicho acerca de las familias; ya que al asomarse a cada una encontramos diferencias, desigualdades y conflictos; Por ello es necesario evidenciar qué pasa realmente al interior de las familias y postular una

representación que se asemeje a la realidad” (Torres, Ortega, Garrido & Reyes, 2008).

Dentro de la importancia por analizar la dinámica familiar se da a conocer que en México existe la Encuesta Nacional sobre la dinámica de las Familias en México (ENDIFAM), según La Base de Datos para el Análisis Social / México (2005).

“La ENDIFAM es una encuesta desarrollada por la Unidad de Estudios de la Opinión del Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM para el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). “Su objetivo principal es conocer las transformaciones que han tenido lugar en el ámbito familiar. Permite generar información sobre la estructura y dinámica de la familia. Entre los temas que trata se encuentran la formación y disolución de uniones, las relaciones intra y extra familiares, y las conformaciones de la familia extendida” (Social, 2005).

De esta forma se puede percibir que en el ámbito de la familia hay un interés por evidenciar los acontecimientos que día a día surgen dentro de esta, es importante destacar que dicha encuesta centra sus estudios principalmente en dos aspectos: uno es en la conformación de las familias, es decir, las características de sus integrantes y el otro es contabilizar las familias que presentan situaciones como violencia, divorcio, entre otros, y que con del tiempo provocan una modificación estadísticamente hablando, dejando de lado aquellas conductas y comportamientos internos de las familias que surgen precisamente como consecuencia de tales situaciones.

Es por eso que referir la dinámica familiar, brinda un panorama amplio de las situaciones que involucran su estudio, así como los fenómenos que se dese investigar, es importante tomar en cuenta los elementos que la conforman, de modo que el análisis referente a la familia brinde información no solo estadísticamente hablando, en tal investigación se parte de una situación en específico como es la enfermedad en las familias, por tal motivo la forma en que la dinámica familiar es analizada es necesario contemplar cada uno de sus elementos.

2.4.1 Componentes de la dinámica familiar

Dentro del análisis que se hace sobre la conformación de los elementos de la dinámica familiar existe una serie de componentes que proporcionan información

acerca de las familias a estudiar, todo esto con el fin de recabar datos de una forma detallada, permitiendo mostrar situaciones relevantes que conlleven el estudio de las mismas. Para fines de la investigación se retomarán los siguientes:

- Estructura Familiar
- Funcionamiento Familiar
- Ciclo Vital Familiar

La estructura familiar “es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transaccionales repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema” (Minuchin y Fishman, 1993).

Estos mismos autores hacen referencia que en cada estructura familiar se identifican sistemas y subsistemas denominados de la siguiente manera:

Sistemas:

- Sistema Genérico: Implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar.
- Sistema Idiosincrásico: Implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia.

Subsistemas:

- Subsistema Conyugal: Constituye cuando adultos de sexo indiferente se unen con la intención expresa de constituir una familia. Posee tareas o funciones específicas vitales para el funcionamiento de la familia. Las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua. El subsistema conyugal puede convertirse en un refugio ante el estrés externo y en la matriz para el contacto con otros sistemas sociales (...) pero las parejas también pueden estimularse mutuamente los rasgos negativos.
- Subsistema parental: Cuando nace el primer hijo se alcanza un buen nivel de formación familiar. En una familia intacta el subsistema

conyugal debe diferenciarse entonces para desempeñar las tareas de socializar con un hijo sin renunciar al mutuo apoyo que caracteriza el subsistema conyugal. Se debe trazar un límite que permita el acceso al niño a ambos padres y, al mismo tiempo, que lo excluya de las relaciones conyugales.

- Subsistema fraterno: Es el primer laboratorio social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales (...) En el mundo fraterno, los niños pueden aprender a negociar, cooperar, competir. Aprenden a lograr amigos y aliados, a salvar la apariencia cuando ceden y a lograr reconocimiento por sus habilidades (...) Cuando aprenden formas alternativas de relación, incorporan las nuevas experiencias al mundo fraterno.

Pese a esta definición y estructuración de sistemas Minuchin y Fishman consideran que “aunque exista una estructura de sistemas, la familia debe ser capaz de adaptarse a cual sea la situación presentada así como el poder tener la flexibilidad de movilizarlas cuando esta la requiera” (1993).

En esta misma categoría en la que se habla sobre subsistemas que conforman la estructura familiar, Minuchin y Fishman plantean que dentro de los subsistemas existen **límites** los cuales: “están constituidos por las reglas que definen quienes participan y de qué manera” (1993). Dichos límites están encargados de proteger la diferencia entre los subsistemas que se originan dentro de la familia, estos se representarán dentro de los siguientes tipos:

- Límite claro: Permite el intercambio de información, y resistencia a las reglas establecidas por los padres.
- Límite difuso: Pautas de comunicación inestables y no se toleran ni acatan las normas familiares.
- Límite rígido: Poco interés en comunicarse.

Tales límites tienen la importancia de evidenciar lo que acontece en los subsistemas del núcleo familiar, de esta forma brindará una idea de las oportunidades o problemáticas que se presenten.

Para fines de esta investigación se retoman los límites planteados por Minuchin y Fishman para entender los subsistemas familiares, sin embargo, se considera también los planteados por las autoras (Díaz & Pérez, 2007) para una información más completa al referir la familia en su totalidad, contemplando factores tanto internos como externos.

En palabras de Carmen Díaz y Ma. Del Carmen Pérez quienes abordan a la estructura familiar desde una perspectiva de Trabajo Social comparten la idea de Minuchin y Fichman, al clasificar a la familia por subsistemas, sin embargo, plantean una categoría haciendo referencia a los **límites** en el sentido de que estos no solo se ejecutan dentro de los subsistemas, sino de igual forma fuera.

“Los límites deben ser claros y flexibles. Es necesario que sean conocidos por todos los miembros de la unidad familiar, y deben flexibilizarse a medida que se produzca la evolución de sus miembros, puesto que si no se permitieran aparecerían las primeras disfuncionalidades en el grupo familiar” (Díaz & Pérez, 2007).

- Límites físicos: Se refieren a la presencia de los miembros de la familia, son aquellas fronteras que se establecen en las diferentes partes del hogar familiar y que marcan una territorialidad de los diferentes subsistemas.
- Límites psicológicos: Son aquellos que marcan los espacios reservados para el desarrollo de la personalidad de cada uno de los miembros de la familia: En ellos se encuentran las manifestaciones de control y sentimiento. Dentro de este tipo de límite de encuentran también los límites de ego: establece la línea que separa las diferencias individuales de cada miembro de la familia, de manera que le permita desarrollar su autonomía sin interferencias por parte del resto. Y límite generacional: marca la diferencia y el respeto entre las generaciones (...). Estos límites están condicionados y generados por el sistema de valores y creencias de las familias, y suelen ser muy flexibles a lo largo de la vida del grupo familiar.
- Límites de familia y comunidad: Es el que establece la familia con respecto al resto de la sociedad y que busca mantener el sistema familiar sin excesivas influencias externas al mismo.

Otro elemento importante dentro de la estructura familiar es la **Territorialidad**, retomando a las mismas autoras mencionan que “La territorialidad que se aprecia en el sentido físico es el hogar, el que proporciona un sentimiento de pertenencia (mi casa), un referente, mientras que en el sentido conductual ese sentimiento lo proporciona el espacio donde interactúan los sentimientos (...) por lo tanto, la territorialidad es la que aporta el sentido del grupo y de pertenencia a los miembros de la familia” (Díaz & Pérez, 2007).

Para hacer referencia en cuanto a **Jerarquías**, otro de los elementos de la estructura familiar, Mario Bronfman menciona que las jerarquías se distinguen a partir de las diferencias en la atribución y manejo de poder:

- Claras y Confusas: “Cuando las jerarquías son estables y coherentes se le denominan claras, si no lo son se consideran confusas” (Bronfman, 2001).

Como último elemento de la estructura familiar se encuentran las alianzas. “Cuando las **alianzas** se dan contra un tercero se les llama **coaliciones** y cuando estas son duraderas las llamamos **estereotipadas**. Ello se agrava si la coalición es entre los miembros de diferentes generaciones y, más aún, si son encubiertas, se les llama **cambiantes**” (Bronfman, 2001).

Si bien cada autor selecciona los elementos que contemple importantes para hacer referencia a la estructura familiar, en el caso de esta investigación se retomarán los ya mencionados puesto que se considera, son los elementos que justifican y aportan información a detalle principalmente de cómo está estructurada la familia en cuanto a su composición entre los miembros.

Así mismo, dentro de la dinámica familiar además de la estructura familiar se contempla el funcionamiento de la misma puesto que en este se manifiestan gran parte de las conductas y comportamientos de cada integrante con el resto de la familia.

Funcionamiento familiar

“Cuando hablamos de funcionalidad, nos referimos a la manera en que la familia se organiza, se planifica, fija objetivos, gracias a sus capacidades de adaptación y

cognición, para imaginar soluciones a los problemas concretos que se les plantean o para mantener las funciones que les corresponden a través de los roles y tareas que cumple cada uno” (Delage, 2010).

Se hace énfasis que en el funcionamiento familiar tiene ejercicio todos aquellos acontecimientos cotidianos en los que la familia se desempeña de cierta forma, evidentemente cada una con características diferentes.

Al igual que la estructura familiar, el funcionamiento cuenta con una serie de elementos, los cuales forman parte fundamental cuando se hace referencia o se quiere estudiar alguna situación dentro de la dinámica familiar.

En esta ocasión, los que a continuación se retoman son aquellos planteados por las autoras (Díaz & Pérez, 2007) quienes describen detalladamente las características principales así como los diferentes tipos de cada elemento del funcionamiento familiar.

Comunicación: Es todo tipo de intercambio de los seres vivos con el medio ambiente, todo en la vida es comunicación y es imposible no comunicarse. La naturaleza de la familia es comunicacional ya que todos los elementos que la conforman están interconectados y se relacionan entre sí a través de la comunicación. Cada familia posee su propio estilo de comunicación y éste responde a las necesidades y características de los componentes de la misma, generándose líneas de comunicación concretas para la retroalimentación.

Cada uno de los componentes del grupo familiar puede tener su propio estilo comunicacional.

- **Apelador o conciliador:** es aquel en donde las personas que lo desarrollan intentan evitar que la otra parte se enoje, se trata de agradar de disculparse y mostrarse de acuerdo con la otra persona. Este estilo intenta evitar el conflicto, así como el juicio de la otra persona que lo desarrolla, fundamentalmente se busca la aprobación de los demás.
- **Culpador o recriminador:** es aquel que intenta culpar a la otra persona para ubicarse en una situación de poder superior, sintiéndose más fuerte y con el control de la comunicación. La actitud predominante es de

intentar rebajar o minimizar al resto de los miembros de la familia y sus argumentos, es una forma de tiranía.

- Distractor o impertinente: es aquel donde la persona que lo desarrolla hace y dice cosas que no corresponden con la ocasión, y en donde el receptor desconoce el tema de conversación, y las respuestas que puedan ofrecer se encuentra fuera de contexto en relación a lo que dicen los demás.
- Suprarrazonador: es aquel que se usa para intentar establecer límites en torno al nivel intelectual de los sujetos que desarrollan el proceso de comunicación. Se trata de intelectualizar el mensaje y superrazonarlo, para intentar imponer su argumento a través de las palabras grandilocuentes.
- Abierta, fluida, asertiva y retroalimentada: dónde se van a desarrollar los mensajes congruentes, dónde las personas que los desarrollan no sienten amenazada su autoestima, e intentan suavizar los desacuerdos y las rupturas, se caracteriza porque no ataca a las personas y manifiestan sus desacuerdos de manera funcional y directa a través de mensajes sencillos, directos y completos.

Los roles: Prescriben acciones y atributos a cada uno de los miembros, así que de ellos va a depender las funciones o tareas a desarrollar por cada miembro para contribuir al logro de los objetivos comunes y el funcionamiento familiar adecuado.

Los roles cambian y se modifican durante el curso de vida familiar, debido a la dinámica del crecimiento de los miembros, que conlleva a la acomodación de roles y las acciones derivadas de ellos, en función de la etapa vital en la que se encuentren cada uno de los integrantes del grupo familiar.

Lo roles que se aprenden los primeros años de vida son fundamentalmente roles de género, estos deben ser considerados como el conjunto de acciones y expectativas sociales sobre los comportamientos que se consideran apropiados para varones y mujeres.

Pueden encontrarse dentro de estas categorías:

- Roles instrumentales o explícitos: Son aquellos que definen las tareas o acciones básicas de funcionamiento cotidiano de ambos sexos.
- Roles implícitos o emocionales: Son aquellos que definen la conducta con base en el perfil psicológico que deben poseer los hombres y las mujeres.

Contemplados como los siguientes tipos:

- Tradicionales: Madre, padre, hermanos, abuelos, sobrinos, primos.
- Idiosincrásicos: Hijo parental, chivo expiatorio, reconciliador, responsable, héroe, mártir.
- Instrumentales: Proveedor, protector, orientador, educador, administrador.
- Emocionales o Afectivos.
- Modelos o patrones de conducta.

Las reglas o normas: Son un conjunto de prescripciones de conducta que definen las relaciones y organizan las formas de estructurar en las familias. Las reglas se imponen a través de sanciones positivas y negativas ya que éstas aseguran el cumplimiento de los mismos.

Las reglas deben estar acordes con el momento evolutivo en el que se encuentre la familia en su totalidad, y los miembros en particular, por tanto deben ser flexibles y explícitas para que se conviertan en un instrumento de control adecuado.

- Explícitas: Aquellas que son marcadas de manera clara en el funcionamiento de la familia, donde todos los miembros las conocen y las desarrollan para evitar ser sancionado por el resto de grupo.
- Implícitas: Aquellas que no han sido manifestadas claramente pero que se deducen del funcionamiento familiar cotidiano.
- Secretas: Aquellas que desarrolla la familia en situaciones familiares de crisis o de conflicto que pueden resultar penosas y vergonzosas, por ello se mantiene en secreto para evitar que trasciendan el espacio íntimo de la familia.

- **Metarreglas:** Son prescripciones que sin llegar a ser reglas claras o secretas se establecen en la forma de interrelacionarse de la familia, están relacionadas con los valores familiares y los patrones de comportamiento.

Sistema de creencias: Es una combinación de suposiciones, actitudes, expectativas y convencimientos, heredados de las familias de origen, o bien tiene que ver con acontecimientos significativos en la vida de la unidad familiar (...) también reciben influencias de los valores morales y culturales de la sociedad en la que se inserta la misma.

- **Racionales:** Aquellas que están acorde a con los valores normalizados culturalmente y que responden a factores de riesgo o situaciones que se pueden dar en la dinámica de la cotidianidad de la familia, desde un punto de vista lógico.
- **Irracionales:** Aquellas que se encuentran fuera de toda lógica tanto desde el punto de vista de la dinámica cotidiana, como de las posibilidades reales de que sucedan las situaciones sobre las que se sustentan, por lo tanto bloquean nuestros entendimientos y dan lugar a la formación de “mitos” en la familia.
- **Mitos:** creencias u opiniones bien sistematizadas y compartidas por todos los miembros de grupo familiar.

Ciclo vital familiar: “La familia pasa por un ciclo donde despliega sus funciones: nacer, crecer, reproducirse y morir, las cuales pueden encontrarse dentro de un marco de salud y morbilidad o bien adquirir ciertas características de enfermedad o patología” (Estrada, 2014).

“El significado e importancia del ciclo vital de la familia es que permite analizar en cada momento concreto de la estructura interna de un grupo familiar, el cumplimiento de tareas asignadas a cada uno de sus miembros” (Díaz & Pérez, 2007).

Se retoman estas definiciones para entender que la familia durante su evolución atraviesa por una serie de etapas, las cuales son consecutivamente a su desarrollo,

lo que genera tener una idea clara y fundamentada de distintas actuaciones y comportamientos.

Se retoman en esta investigación las etapas planteadas por Lauro Estrada (2014), quien fundamenta en el sentido de proporcionar un instrumento que brinde información que se presente sobre todo en un contexto de salud- enfermedad, brindando dos ventajas primordiales para trabajar con el instrumento planteado.

1. El concepto de ciclo vital ofrece un instrumento de organización y sistematización invaluable para el pensamiento clínico que permite llegar con menos tropiezos al diagnóstico.
2. Brinda, además, la oportunidad de revisar casos clínicos que suelen dar pauta para reconocer fenómenos similares en otras familias y que indican también las vías que conducen a la intervención terapéutica oportuna.

El desprendimiento: Cuando el joven abandona el hogar paterno y sale en busca de un compañero fuera de su familia. Si el proceso resulta doloroso para el joven, no lo es menos para los padres.

El encuentro: Aprender el rol del cónyuge no es de ninguna manera tarea sencilla. Presupone, entre otras cosas, haber renunciado ya a las ganancias emocionales que proporcionan las etapas anteriores al pretendiente e hijo, y tener la disponibilidad física y emocional para seguir aventurándose en el quehacer del vivir y de formar una nueva familia.

En ésta nueva etapa se trata principalmente de lograr dos puntos: primero, cambiar todos aquellos mecanismos que hasta entonces proveyeron seguridad emocional. Y segundo, integrar un sistema de seguridad emocional interno que incluya a uno mismo y al nuevo compañero.

La adolescencia: Todos los eventos que en forma natural afectan a la familia, el advenimiento de la adolescencia es tal vez el que más pone a prueba la flexibilidad del sistema. (...) Es de mucha importancia que el adolescente logre madurez en su desarrollo y que sus padres igualmente lo logren para que se pueda llegar al momento del desprendimiento y los jóvenes puedan separarse y formar nuevas parejas.

El Reencuentro: Esta fase es generalmente conocida como la del “nido vacío”. Fue Mc Iver (1937) quien popularizó este término. Se debe a que para estas fechas casi siempre los hijos ya se han ido a formar otras familias, lo cual formula algunos cambios. Es necesario explorar nuevos cambios y horizontes y a la vez aunque resulte paradójico, independizarse de hijos y nietos con el objeto de nuevamente formar una pareja.

La Vejez: La vejez, con sus grandes complejidades llenas de misterio y amenaza, no es todavía asequible a la mirada de frente del investigador; la muerte, el más grande de los imponderables, se encuentra a sólo unos pasos de ella. Sin embargo, el viejo está tan vivo como cualquiera y siente y se entristece por el acervo rechazo del que es víctima. Por lo general, tomar un rol crítico o de consejo para el viejo resulta menos difícil aceptarlo como parte de uno mismo, una parte desconocida pero cierta. Una familia sin viejos es una familia sin complemento histórico, una familia mutilada.

Con estos elementos mencionados en resumen entendemos que la dinámica familiar conformada como “Sistema Familiar está compuesto por premisas derivadas de sus reglas de organización” (Kornblit Analía 1996). Principalmente se verán modificadas ante la presencia de un fenómeno ajeno a su cotidianidad, como puede ser la enfermedad, que si bien las actividades realizadas son marcadas con una secuencia en la que cada integrante tiene perfectamente conocimiento de su funcionalidad, estas llegan a ser modificadas en tal grado.

En resumen, este capítulo aporta a la investigación una mirada general de los principales aspectos que involucran el estudio con familias, desde tener una aproximación al concepto hasta las situaciones comunes que prevalecen y en las que se encuentran inmersas, marcando de manera muy particular la dinámica familiar y los elementos que la integran, ya que al relacionarlo con un fenómeno como la enfermedad, se parte a describir cómo es que cada uno de estos elementos tienden a manifestar conductas.

CAPÍTULO III. Introducción a la Salud – Enfermedad

En tal investigación además de priorizar elementos de las familias como lo es la dinámica familiar, es importante conocer de igual manera una de las situaciones fundamentales que surgen en la familia como es la enfermedad, de forma que resulta importante partir desde donde se está entendiendo el concepto de enfermedad, particularmente el objetivo de este capítulo es hacer énfasis en la enfermedad como un proceso social, lo cual marca una aproximación de tal investigación al tener dirección y carácter social.

Hablar de estos dos términos, salud y enfermedad, en la actualidad llega a ser un debate extenso entre los distintos profesionistas, ya que sin lugar a duda los avances médicos y sociales se han encargado de englobar cada una de las características que define y dan respuesta aproximada, para que de forma general se conozca ante la población.

Antes los avances realizados por definir salud- enfermedad se puede entender que: “El polo de la enfermedad requiere conceptualmente el polo de la salud, en la medida en que ambos se definen complementariamente, en términos del sistema” (Kornblit, 1996).

En tal sentido, se hace referencia que al presentarse este fenómeno como es la salud- enfermedad en la población, va de la mano con las distintas transformaciones de la sociedad, pues es que cada una brinda un significado de acuerdo a las características de su entorno, o bien, como lo menciona Vergara (2007) “En este momentos nos encontramos ante un cambio paulatino, donde los conceptos de “salud” y “enfermedad” pueden tomar un giro mediante la construcción de nuevas posiciones desde el lenguaje de las sociedad, pues se concibe el lenguaje con el centro del proceso de conocer, actuar y vivir.” (Vergara, M. 2007)

A continuación se mencionan algunos autores que definen el concepto de salud:

“Hablar de la salud en cualquiera de sus dimensiones es algo que suscita gran interés en todos los seres humanos, sin excepción alguna. La razón fundamental estriba en que todas las sociedades consideran la salud como elemento esencial e imprescindible para la vida. En este sentido, conocer, comprender y comprometerse para mantener y mejorar la salud, implica un análisis de todos los factores y

acontecimientos que condicionan el proceso de Salud-Enfermedad” (González, 2010).

“La salud no es un "estado" sino una condición dinámica y cambiante, incluso en periodos muy breves, por lo que una persona puede sentirse muy bien en un momento del día, pero en otro no” (López, 2013).

Retomando estas dos afirmaciones ya que lejos de definir un concepto meramente médico- biológico se resalta la importancia de identificar los aspectos que se relacionan con acontecimientos de la vida e interacción de los individuos con la sociedad. En el caso de la salud, es muy común que las definiciones se encuentren en esta línea, ya que de primer momento se buscan comprender los acontecimientos externos que rodean a las personas, es decir, la salud como un todo que produce y reproduce los factores y acontecimientos de la vida.

Cosa que no pasa de igual manera con la enfermedad, puesto que en esta se contempla como tal una afectación específica proveniente de la salud. “La enfermedad es la expresión del funcionamiento incorrecto de los sistemas, órganos y tejidos. Sin embargo, resulta difícil establecer con precisión en qué momento una parte del cuerpo ha dejado de funcionar correctamente y, todavía más difícil, saber cuánto tiempo pasará antes de que tal falla sea perceptible” (López, 2013).

En tal concepto se retoma y concuerda con la definición del autor, puesto que el funcionamiento incorrecto de cada individuo es tomado de forma distinta en cada integrante, de modo que sus afecciones y representaciones de acuerdo a la enfermedad giran en ese sentido. De esta forma, para tener una aproximación general de estos dos conceptos y que se complementen entre sí, se retoman a la OMS ya que como organización que se dedica al estudio de la salud y enfermedad las define de la siguiente manera:

Salud: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2014).

Enfermedad: “Una alteración del estado de salud, es decir, la pérdida transitoria o permanente del bienestar físico, psíquico o social” (OMS, 2014).

Existen múltiples ramas que interviene en el estudio de la enfermedad, dentro de las generalidades, se sabe que la Patología es la encargada para estudiar a la enfermedad con apoyo de otras ciencias derivadas de éstas.

Una de ellas es la Etiología encargada de las causas que generan en una persona la presencia de enfermedad, en este sentido (Bermúdez S. , 1968) clasifica las causas de la siguiente manera:

- Causas mecánicas: Aquellas causas de caídas de personas sobre plano duro, de caídas de objetos sobre un individuo, o por agentes traumatizantes: instrumentos cortantes, punzantes, o punzo cortantes, por balas, fragmentos de metralla (...).
- Causas Físicas: Están relacionadas con agentes físicos, el calor, el frío, la luz y otras radiaciones, como los rayos X. las que desprenden del radium de otros cuerpos radioactivos, la electricidad, las variaciones de la presión atmosférica.
- Causas químicas: Se dividen en tóxicos y cáusticos. El número de tóxicos, capaces de producir envenenamiento, en muy grandes se les encuentra tanto en sólidos como entre los líquidos, gases y vapores (...) Los cáusticos producen más bien efectos locales, análogos a las quemaduras, sea sobre la piel o las mucosas superficiales, o en el esófago o el estómago, el intestino en el caso de que sean ingeridos.
- Causas biológicas: Son todos casos en los que la enfermedad o el trastorno no son debidos simplemente en un factor físico o químico si no a ciertos elementos relacionados con la vida misma (...) microorganismos patógenos y a los parásitos productores de enfermedades.

Se hace mención de las causas como referencia de las aproximaciones existentes que dan respuesta de manera general a la presencia de enfermedad, puesto que gran parte de los conceptos tienden a referir o tomar como base los acontecimientos que involucran la vida cotidiana.

Una vez que se conoce la aproximación de salud- enfermedad, es importante mencionar, para fines de la investigación, que la pluralidad de enfermedades que rodea a la población constan de diversas características que por ningún motivo

pueden generalizarse, por tal motivo es importante referir la clasificación que diversos autores refieren en cuanto a enfermedades, ya que dentro de una de estas se contemplan las enfermedades que se retoman en la investigación.

3.1 Clasificación de las enfermedades

Diversos autores profundizan en clasificaciones de enfermedades de acuerdo a los fines deseados, a continuación se refieren algunos de ellos con el fin de identificar los distintos elementos que son considerados para su clasificación.

“Las enfermedades pueden (no siempre) clasificarse basados en diversos aspectos. Así una enfermedad puede ser primaria o secundaria según la forma de comienzo; bacteriana, viral, micótica, etc., según el agente biológico causal; aguda, *crónica* o subaguda según la evolución. Pueden también dar lugar a clasificaciones las alteraciones morfológicas (infarto anémico, infarto hemorrágico), la edad en que ocurre la enfermedad y otros aspectos similares” (Beratarrechea, 2010).

“La clasificación de los tipos de enfermedades son varias y principalmente estos dependen desde el punto de vista en que se esté considerando la enfermedad, desde una perspectiva que direcciona la tipología existente o a considerar” (Bermúdez, 1968).

En este sentido para hacer referencia a una clasificación general se retoma aquella que hace la OMS en su CIE- 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) (OMS,2003) “puesto que la familia de clasificación que realiza la OMS pertenece a la familia de clasificaciones económicas y sociales de la ONU (Organización de las Naciones Unidas)” (Gómez A, 2015).

La CIE- 10 es la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición, elaborada por la OMS. A cada enfermedad se le asigna un código específico y, para reportes epidemiológicos, es sumamente importante incluir tanto el nombre de la enfermedad como el código correspondiente. La CIE- 10 es una gigantesca base de datos que facilita el procesamiento de información epidemiológica a nivel internacional.

Dicha clasificación es enlistada de la siguiente manera:

TABLA 1: Clasificación de enfermedades	
I.	Ciertas Enfermedades infecciosas y parasitarias.
II.	Neoplasias.
III.	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad.
IV.	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.
V.	Trastornos mentales y del comportamiento.
VI.	Enfermedades del sistema nervioso.
VII.	Enfermedades del ojo y sus anexos.
VIII.	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides.
IX.	Enfermedades del sistema circulatorio.
X.	Enfermedades del sistema respiratorio.
XI.	Enfermedades del aparato digestivo.
XII.	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo.
XIII.	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo.
XIV.	Enfermedades del aparato genitourinario.
XV.	Embarazo, parto y puerperio.
XVI.	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.
XVII.	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.
XVIII.	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte.
XIX.	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa.
XX.	Causas externas de morbilidad y de mortalidad.
XXI.	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud.

Fuente: Elaboración propia, con base en OMS, CIE-10 2003

Otra clasificación es la que realizan (Kasper, y otros, 2005) quienes mencionan una clasificación que contempla la duración:

- Aguda: corta duración menos de 2 semanas
- Sub agudas: 3 o 4 semanas
- Crónicas: larga duración más allá de un mes

Es importante hacer énfasis en estas últimas dos categorías, puesto que por un lado el CIE-10 permite en la investigación conocer en que categoría se encuentran las enfermedades que se retoman, lo cual facilita comprender las estadísticas, puesto que se basan y están dadas según esta categoría, por otro lado la clasificación por duración enfatiza en aquellas enfermedades que han perdurado, lo que ocasiona una serie de manifestaciones tanto en la persona con enfermedad como en su entorno cotidiano.

3.2 La Salud - enfermedad como un proceso social

Dentro de los elementos que se han retomado para hacer referencia a la salud-enfermedad se ha direccionado aspectos que involucren su análisis dentro de un enfoque social, sin embargo, es importante mencionar y enfatizar en que tal investigación la salud- enfermedad es retomada con un enfoque social específicamente con lo que establece la siguiente autora.

Esta corriente es analizada por Laurell, Asa Cristina, quien mediante un análisis publicado en la “Revista Latinoamericana de Salud” en 1981, destaca los principales aspectos para retomar y nombrar al proceso salud-enfermedad como un proceso social, evidentemente con una serie de características mismas que se mencionan a continuación:

“A finales de los sesenta surge como resultado de la crisis social, política y económica, así como de la medicina misma, una corriente de pensamiento médico crítico que cuestiona el carácter puramente biológico de la enfermedad y de la práctica médica dominante y propone que el proceso salud-enfermedad puede ser analizado con éxito como un hecho social” (Laurell, 1981).

Dicha autora considera dos aspectos relevantes para considerar este proceso: historicidad y carácter social:

- Se muestra cómo la historicidad del proceso salud-enfermedad se revela en los cambios que se dan a través del tiempo en el perfil epidemiológico y que no se explican por los cambios biológicos ocurridos en la población ni por la evolución de la práctica médica.

- Así mismo, el carácter social se verifica en la comparación de los perfiles epidemiológicos de países que tienen distinto nivel de desarrollo de fuerzas productivas y relaciones sociales de producción.
- Finalmente, se demuestra el hecho de que las diferentes clases sociales de una misma sociedad se enferman y mueren de modo distinto.

Otro aspecto importante para entender a la enfermedad como proceso social es con apoyo de la Epidemiología, quien enfatiza en identificar la prevalencia e incidencia que determinará indicadores sociales.

“La prevalencia de una enfermedad es el número de casos de la misma, en una población y en un momento dado, mientras que su incidencia es el número de casos nuevos que se producen durante un periodo determinado en una población especificada” (FacMed, 2015).

Sin embargo, para determinar que el proceso salud-enfermedad puede ser analizado como un proceso social, deben considerarse ciertas características:

- Demostrar que efectivamente la enfermedad tiene un carácter histórico y social.
- Definir el objeto de estudio que permita profundizar en la comprensión del proceso salud-enfermedad como un proceso social.
- Formular los planteamientos respecto a la enfermedad refiriéndose al modo de conceptualizar la causalidad o, mejor dicho, la determinación.

Todo esto resulta necesario según la autora Laurell, porque, “plantearse el estudio del proceso salud-enfermedad como un proceso social no se refiere solamente a una exploración de su carácter, sino que plantea de inmediato el problema de su articulación con otros procesos sociales, lo que nos remite inevitablemente al problema de sus determinaciones” (1981).

Retomando la idea de la autora, tales determinaciones que menciona son precisamente una de las características esenciales al contemplar a la salud-enfermedad como un proceso social, en ese sentido el tema siguiente se analizan las particularidades de los determinantes sociales de la salud (DSS).

3.2.1 Determinantes Sociales de la salud.

Según la OMS “Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas” (OMS, 2018).

Así mismo la OMS expone que los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas.

Dicha organización proporcionó un informe elaborado en Marzo del 2005 titulado “*Acción Sobre Los Factores Sociales Determinantes De La Salud: Aprender De Las Experiencias Anteriores*” el cual, hace referencia que “durante los tres años de actividad, la Comisión ha centrado su atención en hacer visibles, comprender y reconocer la importancia de los cambios que permitan las relaciones sociales y los factores que influyen sobre la salud” (CDSS, 2005).

Como parte del estudio realizado la CDSS proporciona tres recomendaciones eje, sobre las actuaciones de los Determinantes Sociales, enumerándolas de la siguiente manera.

- Mejorar las condiciones de vida.
- Luchar contra la distribución desigual de poder, el dinero y los recursos.
- Medir y analizar el problema y evaluar los efectos de las intervenciones.

Además de tales recomendaciones, la CDSS plantea también un esquema elaborado con los resultados de estudios previos, sobre aquellos determinantes sociales que influyen en la salud de las personas. Dicho esquema fue representado de la siguiente manera:

IMAGEN 1: Determinantes sociales de la salud



Fuente :Adaptación de CDSS. (2008) Informe final de la comisión OMS sobre determinantes sociales de la salud

En el esquema que la OMS proporciona de los determinantes sociales de la salud, se puede entender que estos van de lo general a lo particular, empezando y mostrando de una forma amplia los elementos externos que involucran las condiciones en las que cada individuo está expuesto, pasando específicamente por alguna de estas, hasta llegar y no siendo menos importantes los aspectos que tiene que ver con los elementos biológicos de cada persona.

Posterior a los resultados previos del análisis, la OMS menciona que “ahora entendemos que la buena salud no se basa únicamente en las intervenciones médicas, sino también con las condiciones de vida y las opciones personales (...) los determinantes de salud son propiedades basadas en el estilo de vida afectadas por amplias fuerzas sociales, económicas y políticas que influyen la calidad de la salud personal” (2016). Puntualizando en los siguientes:

- enseñanza
- empleo
- nivel de ingresos y la distribución
- vivienda
- desarrollo infantil
- seguridad alimentaria y la nutrición
- raza
- género
- estrés.

“Se ha demostrado que dichos factores tienen asociaciones marcadas con los riesgos para diferentes enfermedades, la esperanza de vida y la morbilidad de por vida” (OMS, 2016).

Finalmente en este capítulo, se ha mencionado como es que se retoma la salud-enfermedad como proceso social, para la investigación resulta importante puesto que al involucrar a la familia y a la persona con enfermedad conviene destacar que dentro de estos dos actores tales determinantes de la salud son evidenciados o no en el caso particular de las enfermedades crónicas, estas últimas también categorizadas de acuerdo a una clasificación que involucra su duración mismas que en el siguiente capítulo se retoman a profundidad.

CAPÍTULO IV. Generalidades de las Enfermedades crónicas

Hablar de enfermedades crónicas, así como se ha mencionado a la familia y salud-enfermedad es abrir una serie de consideraciones que de forma extensa se requieren emplear elementos característicos de cada una, en tal investigación estas enfermedades son contempladas como uno de los elementos fundamentales, por tal motivo es importante conocer que aspectos conlleva su estudio, de manera muy general hacer referencia a las enfermedades crónicas según la OMS es decir que:

“Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes” (OMS, Enfermedades Crónicas, 2018).

Ante la diversidad de escenarios en los que se presenta una situación de enfermedad, es muy común que en múltiples ocasiones, (que dependen de la población, institución o contexto) se hace referencia a las enfermedades crónicas (EC) con diferentes nombres, los siguientes autores lo mencionan de esta manera:

“Algunas veces el término “enfermedades no comunicables” se utiliza con el fin de diferenciarlas de aquellas enfermedades infecciosas o “comunicables”; y también se puede llamar “enfermedades relacionadas con el estilo de vida o el comportamiento”. Por otro lado, otro modo de definir enfermedad crónica es referirse a aquella que dura más de tres meses y no se autolimita” (Beratarrechea, 2010).

En este sentido la OMS hace referencia a las enfermedades crónicas de una manera común entre la población, denominadas como enfermedades no transmisibles (ENT), las cuales, “Tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales” (OMS, 2018).

Así mismo, menciona que los principales tipos de ENT son las enfermedades cardiovasculares (como los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.

Tales definiciones muestran características similares, las cuales coinciden en la duración y periodo en el que se desarrolla la enfermedad, del mismo modo se analiza con estos los distintos factores que dan pie ante el surgimiento de una enfermedad crónica como son:

TABLA 2: Factores de riesgo	
Factores de riesgo comportamentales modificables	Factores de riesgo metabólicos
<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de tabaco, • Inactividad física, • Dietas malsanas • Uso nocivo del alcohol 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la tensión arterial • Sobrepeso y la obesidad • Hiperglucemia (concentraciones elevadas de glucosa en la sangre) • Hiperlipidemia (concentraciones elevadas de grasas en la sangre)

Fuente: Elaboración propia con base en OMS. (Junio de 2018). Enfermedades no transmisibles. Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

En términos de muertes atribuibles, menciona la OMS “el principal factor de riesgo metabólico es el aumento de la presión arterial (al que se atribuyen el 19% de las muertes a nivel mundial), seguido por el sobrepeso y la obesidad y el aumento de la glucosa sanguínea”. (OMS, 2018)

Hablando de manera estadística la OMS (2018) establece que:

- Las enfermedades no transmisibles (ENT) matan a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo.
- Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes por ENT (17,9 millones cada año), seguidas del cáncer (9,0 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones).

Sin duda uno de los grandes impactos a nivel mundial respecto a la salud son aquellos que se generan dentro de las enfermedades crónicas. “Las enfermedades crónicas rebasan los marcos institucionales sanitarios y abarcan la vida cotidiana

de la persona así como sus redes sociales.” (Roca Perara (2007) citado en (Ledón, 2011).

Ahora bien, al hablar específicamente de México la prevalencia de enfermedades crónicas ha tenido una enorme relevancia, siendo así, que dentro de las tres principales causas de muerte en la población, se encuentran enfermedades contempladas dentro de la categoría de enfermedades crónicas. El INEGI (2017) lo grafica de la siguiente manera:

TABLA 3: Causas de muerte en México	
Causa de defunción	Porcentaje respecto al total
Total	100.0
Enfermedades del sistema circulatorio	25.5
• Enfermedades isquémicas del corazón	13.4
• Enfermedades cerebrovasculares	5.2
• Enfermedades hipertensivas	3.5
• Otras	3.4
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	17.5
• Diabetes mellitus	15.0
• Desnutrición	1.1
• Otras	1.4
Tumores (neoplasias)	13.0
• Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	1.0
• Tumor maligno de la próstata	1.0
• Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	1.0
• Tumor maligno de la mama	1.0
• Tumor maligno del estómago	0.9
• Otro	8.1
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	10.4
Enfermedades del sistema digestivo	9.6
Enfermedades del sistema respiratorio	8.5
Otras causas	15.5

Fuente: Elaboración propia, con base en INEGI, 2017 “Estadísticas a propósito del día de muertos” (2 de Noviembre)

“Las defunciones que tienen un mayor peso relativo se agrupan en las enfermedades del sistema circulatorio (25.5%), enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (17.5%) y en los tumores malignos (13 por ciento)” (INEGI, 2017).

Por otro lado, aspectos contrarios a estadísticas sobre enfermedades crónicas es importante mencionar que existen una serie de situaciones que se ven modificadas o alteradas ante la presencia de enfermedad crónica, las cuales se involucran tanto de manera interna como externa en la vida de los individuos con enfermedad, Roca Perara (2007) citado en (Ledón, 2011) menciona como los más relevantes los siguientes:

- Relaciones interpersonales amplias: Aquellas interacciones que trascienden las esferas de vida más íntimas y sistemáticas para el sujeto, como pueden ser la familia y la pareja. Este apartado lo podemos encontrar al interactuar con pacientes con el mismo diagnóstico.
- Ocupaciones: Consideramos dentro del área ocupacional tanto las actividades laborales, estudiantiles, como aquellas labores no remuneradas tales como el trabajo doméstico. Es común encontrar que como resultado de los múltiples cambios físicos y psicológicos asociados al proceso de enfermedad, se produzcan cambios en el desempeño de las labores. Muchas personas se ven expuestas a interrumpir sus ocupaciones laborales durante períodos más o menos prolongados, incluso permanentes, lo que conduce a inestabilidades económicas que también pueden tener efectos sobre el proceso de atención de salud.
- Pareja y Sexualidad: Está bien documentado que las dificultades sexuales a menudo acompañan a las enfermedades crónicas (fallo renal crónico, hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer). Su influencia puede ser "directa" sobre la función sexual, pero también "indirecta", a través de la modificación de los patrones de interacción, de la autoimagen, del sentido de autonomía, y de la producción de manifestaciones físicas como la fatiga y el dolor.
- Familia: La familia constituye uno de los espacios de vida más profundamente impactados a partir de la aparición de una enfermedad crónica y a la vez, uno de los espacios que mayor potencial sostiene para revertir positivamente la situación de salud. La familia es la primera red de apoyo social del individuo y ejerce una función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. Los sujetos suelen referirse a la

familia como la fuente de apoyo (material, pero sobre todo emocional) por excelencia.

Este último apartado contemplado dentro de la investigación de suma importancia, pues como ya lo menciona la autora, la participación de la familia es detonante en el proceso de la enfermedad crónica.

Ahora bien, una vez que se conocen las estadísticas referidas por el INEGI, en donde toma como referencia la clasificación del CIE-10 es perceptible que el mayor porcentaje de muertes atribuibles en los últimos años son contempladas dentro de las enfermedades crónicas, de modo que para tal investigación es importante situarse en las dos primeras categorías: enfermedades del sistema circulatorio y enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas, contemplado específicamente dos de ellas: enfermedades hipertensivas y diabetes, las cuales se analizan de manera detallada en el siguiente tema.

4.1 Hipertensión arterial

Haciendo referencia al CIE-10 se conoce que la Hipertensión arterial está contemplada dentro de la categoría de enfermedades del sistema circulatorio, misma que de forma general retomo que:

“Las enfermedades del sistema circulatorio son un conjunto de trastornos que afectan al corazón y a los vasos sanguíneos. Entre las enfermedades del sistema circulatorio más frecuentes se encuentran la aterosclerosis, la hipertensión, y el infarto de miocardio” (Biología, 2018).

La OMS hacer referencia a estas enfermedades como cardiovasculares las cuales son consideradas “como un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos” (OMS, 2018) Se clasifican en:

- **hipertensión arterial (presión alta)**
- cardiopatía coronaria (infarto de miocardio)
- enfermedad cerebrovascular (apoplejía)
- enfermedad vascular periférica
- insuficiencia cardíaca

- cardiopatía reumática
- cardiopatía congénita
- miocardiopatías.

Uno de los fenómenos más relevantes en las personas con enfermedades cardiovasculares, menciona la OMS, “son los ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares (ACV) los cuales, suelen tener su causa en la presencia de una combinación factores de riesgo”, (OMS, 2018)

En este sentido la Fundación Española del Corazón (2015) menciona que las principales causas que dan pie a las enfermedades del sistema circulatorio están contempladas como:

- Edad avanzada
- Se da más en los hombres, aunque la frecuencia en las mujeres se iguala a partir de la menopausia
- Antecedentes de cardiopatía isquémica prematura en la familia
- Aumento de las cifras de colesterol total, sobre todo del LDL (malo)⁴
- Disminución de los valores de colesterol HDL (bueno)⁵
- Tabaquismo
- *Hipertensión arterial*
- *Diabetes mellitus*
- Obesidad
- Sedentarismo
- El haber presentado previamente la enfermedad (los pacientes que ya han presentado angina o infarto tienen más riesgo que los que no los han presentado)

Una vez teniendo como base algunas consideraciones que involucran la categoría de enfermedades del sistema circulatorio es importante para la investigación

⁴ LDL significa lipoproteínas de baja densidad en inglés. Se llama colesterol "malo" porque un nivel alto de LDL lleva a una acumulación de colesterol en las arterias. (Brandan, 2006)

⁵ HDL significa lipoproteínas de alta densidad en inglés. Se le llama colesterol "bueno" porque transporta el colesterol de otras partes de su cuerpo a su hígado. Su hígado luego elimina el colesterol de su cuerpo. (Brandan, 2006)

retomar específicamente una de estas, según las estadísticas del (INEGI, 2007) en la misma categoría, la tercera de estas enfermedades corresponde a la hipertensión arterial, de modo en la investigación se contemplan elementos importantes que refieren a esta enfermedad.

Según el Manual de medicina Harrison, la hipertensión arterial es considerada como “aumento crónico de la presión arterial” (Kasper, y otros, 2005).

Para la Secretaría de Salud “La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos (arterias) como resultado de la función de “bombeo” que tiene el corazón, el volumen sanguíneo, la resistencia de las arterias al flujo y el diámetro de la luz arterial” (SSA, 2011).

En un estudio realizado por la Secretaria de Salud en 2011, denominado “Hipertensión arterial: Guía para pacientes” contempla aspectos relevantes como los siguientes:

La hipertensión arterial es una enfermedad que puede evolucionar sin manifestar ningún síntoma o ser éstos leves, por lo que se le conoce también como “el asesino silencioso” (SSA, 2011).

Los factores de riesgo para desarrollar hipertensión arterial según esta misma fuente son:

- Exceso de peso
- Falta de actividad física
- Consumo excesivo de sal y alcohol
- Ingesta insuficiente de potasio
- Tabaquismo
- Estrés
- Presión arterial fronteriza (130-139/85-89 mm de Hg),
- **Antecedentes familiares de hipertensión**
- Tener más de 60 años de edad

Algunos de los síntomas que se manifiestan ante la presencia de hipertensión arterial son:

- dolor de cabeza
- visión borrosa
- mareo
- zumbido de oídos
- nerviosismo y cansancio

En otras personas, la elevación de la presión arterial no produce síntomas, pero sí aumenta el trabajo del corazón, lo debilita al paso del tiempo y aumenta el riesgo de alguna complicación.

El tratamiento tiene como propósito evitar el avance de la enfermedad, prevenir las complicaciones, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta causa. El plan de manejo debe incluir el establecimiento de las metas del tratamiento no farmacológico, en alimentación sana y actividad física, así como manejo con medicamento (farmacológico).

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012, se estima que en México hay 22.4 millones de adultos de 20 años o más que padecen esta patología, de los cuales 11.2 millones tienen diagnóstico médico.

4.2 Diabetes Mellitus

Nuevamente se inicia haciendo referencia el CIE-10 ya que en las estadísticas del (INEGI, 2017) quienes retoman esta clasificación, refieren en la segunda categoría contemplada como enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas, a la enfermedad de diabetes mellitus.

La categoría de enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas, “se incluye un amplio grupo de trastornos, tanto congénitos como adquiridos, causados por una alteración de las enzimas o las hormonas que intervienen en el metabolismo, o por enfermedades de las glándulas endócrinas o de los órganos que intervienen en el metabolismo” (CMC, 2018).

Dentro de esta categoría, los tipos de enfermedades más comunes son la obesidad, desnutrición y diabetes, este último considerado como el más importante al hablar de enfermedades endocrinas pues es directamente relacionado como la misma.

Según la OMS, la diabetes “es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre)” (OMS, 2018).

- La diabetes de tipo 1 (anteriormente denominada diabetes insulino dependiente o juvenil) se caracteriza por la ausencia de síntesis de insulina.
- La diabetes de tipo 2 (llamada anteriormente diabetes no insulino dependiente o del adulto) tiene su origen en la incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina, lo que a menudo es consecuencia del exceso de peso o la inactividad física.
- La diabetes gestacional corresponde a una hiperglicemia que se detecta por primera vez durante el embarazo. (OMS, 2018).

Tanta es la prevalencia de ésta enfermedad que un informe sobre la salud de los mexicanos establece que “De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, la tasa de mortalidad por diabetes de México es una de las más altas del continente” (SSA, 2015).

Entre las causas más comunes que generan el presentar un cuadro diabético es:

- sobrepeso
- obesidad
- inactividad física
- genes
- antecedentes familiares
- resistencia a la insulina (NIH, 2016).

Referente a los síntomas más frecuentes que se presentan en la enfermedad, la American Diabetes Association (ADA, 2015) establece que “a menudo no se diagnostica la diabetes porque muchos de sus síntomas parecen inofensivos. Estudios recientes indican que la detección temprana y el tratamiento de los síntomas de la diabetes pueden disminuir la posibilidad de tener complicaciones de diabetes” (ADA, 2015).

Diabetes tipo 1

- Constante necesidad de orinar
- Sed inusual
- Hambre extrema
- Pérdida inusual de peso
- Fatiga e irritabilidad extremas

Diabetes tipo 2

- Cualquiera de los síntomas de la diabetes tipo 1
- Infecciones frecuentes
- Visión borrosa
- Cortes/moretos que tardan en sanar
- Hormigueo o entumecimiento en las manos o los pies
- Infecciones recurrentes de la piel, encías o vejiga

La diabetes mellitus, según el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2017) aumenta el riesgo de cardiopatías y accidentes cerebrovasculares (como embolia). Además, a largo plazo puede ocasionar:

- Ceguera (debido a las lesiones en los vasos sanguíneos de los ojos)
- Insuficiencia renal (por el daño al tejido de los riñones)
- Impotencia sexual (por el daño al sistema nervioso)
- Amputaciones (por las lesiones que ocasiona en los pies)

México ocupa el segundo lugar dentro de las principales causas de mortalidad y registra un incremento de más de 75 mil muertes al año; además cada año se registran más de 400,000 casos nuevos (SSA, 2014).

Como resultado de los planteamientos de los autores e instituciones mencionadas, es como se aprecian las principales características enfatizando en factores de riesgo, síntomas y consecuencias de presentar una enfermedad crónica como lo es diabetes mellitus e hipertensión arterial, se puede observar en primera instancia, que dichas características tiene similitudes entre sí, las cuales son repetidas y en situaciones diversas una detonante de la otra.

Esto resulta importante ya que una vez que se conocen los elementos que involucran la presencia de estas enfermedades en una persona, se agregan dos actores importantes como es la familia y su dinámica, en tal investigación se contemplan estos tres elementos con el fin de conocer y describir cómo es que la familia vive la enfermedad y manifiesta conductas específicamente en su dinámica.

CAPÍTULO V. La familia ante la enfermedad crónica

En este capítulo contemplado como el último del apartado del marco referencial, se plantean dos de los elementos fundamentales para la investigación, como es la familia y la enfermedad crónica, cabe destacar que estos dos conceptos ya se han retomado con anterioridad de una forma separada y con el fin de conocer solo su concepción, en esta ocasión, el objetivo del capítulo es conocer de acuerdo a diversos autores la relación que existe entre la familia y la enfermedad crónica, y a su vez de forma específica la familia ante la diabetes mellitus e hipertensión arterial, con el objetivo de abrir un panorama y dar una proximidad de cómo es que la familia vive la enfermedad crónica en uno de sus integrantes.

Inicialmente para referir y conocer la situación de la familia ante la enfermedad crónica es pertinente conocer e identificar cómo es que la enfermedad en su forma general tiene presencia en la familia.

“La relación entre la familia y la salud- enfermedad forma parte de un proceso bidireccional en términos de que la primera incide sobre la salud- enfermedad de los integrantes y viceversa, que la enfermedad de uno de sus miembros afecta al resto de la familia” Campell, (1986) citado en (Mercado, 1993).

En este sentido el autor (Mercado, 1993) refiere iniciar con tres ejes ordenadores y con un previo análisis de procesos económicos políticos y sociodemográficos es que se tendrá la finalidad de contextualizar las relaciones actuales entre familia- grupo doméstico y proceso salud- enfermedad.

- La familia- grupo doméstico como unidad de descripción y análisis del proceso de salud- enfermedad.

Asume que la familia- grupo domestico constituye el grupo social, institución y unidad de análisis que establece en forma estructural el mayor número y tipo de relaciones con aspectos significativos del proceso salud- enfermedad.

- La familia- grupo doméstico como unidad explicativa de dichos procesos.

Es considerada como uno de los núcleos explicativos de la patología social que afecta a la familia o alguno de sus componentes.

- La familia- grupo doméstico como unidad de acción respecto de procesos de salud- enfermedad.

Como la unidad básica de las actividades de auto atención en todos sus pasos, toma de decisiones, trabajo en tareas preventivas, instrumento de acción comunitario, es decir uno de los principales recursos para la atención médica.

Ante este último “el sector salud de México atribuye generalmente a la familia el uso considerado negativo de la automedicación, el mantenimiento de tabúes alimentarios, la resistencia a determinadas acciones implementadas por el servicio de salud” (Mercado, 1993) ya que, a manera de justificación “la familia es la fuente de apoyo por excelencia” (Ledón, 2011).

Dentro de la importancia por puntualizar en la familia ante la enfermedad, sobre todo en el aspecto de la evolución y bienestar del enfermo es debido a que “Es difícil que la medicina cure al enfermo si en la familia no hay salud” (Pérez, E. 2004).

Ahora bien, hablando particularmente de la forma en que las enfermedades específicamente aquellas enfermedades crónicas tienen participación en la familia, es decir que “la aparición de una enfermedad crónica o terminal en uno de los miembros de la familia, constituye un cambio radical en el interior de ésta y también un cambio en su entorno” (Robles, Eustace, & Fernández, 1987).

Tales autores plantean dos parámetros que influyen sobre el curso de la enfermedad crónica los cuales son:

- Flexibilidad: La acomodación que hace viable la existencia de cualquier sistema viviente. La flexibilidad posibilita la diferenciación en distintos niveles; permite la diversidad de interacción y el intercambio de opiniones en donde emergen soluciones nuevas y más útiles.
- Rigidez: El estancamiento, la incapacidad para evolucionar a etapas superiores de desarrollo.

Por tal motivo al hacer énfasis en la familia mencionan que lo esencial es poder distinguir la flexibilidad y la rigidez de una familia, ya que la familia flexible tiene mayores posibilidades de adaptarse a una situación de enfermedad, por catastrófica que sea.

En las enfermedades crónicas intervienen una serie de procesos que afectan por igual al individuo enfermo, en tanto totalidad psicofísica, y al entorno familiar, sobre todo en aquellos que generan cambios bruscos en el sentido de provoca una inestabilidad.

Dentro de los hechos principales que afectan dentro del sistema familiar, se encuentra un momento que indiscutiblemente las familias atraviesan en situaciones de tensión, manifestada como crisis “la crisis como resultado de la definición que la familia haga al hecho, el grado de desorganización que el impacto de la enfermedad produce en la familia” (Kornblit, 1996).

Esta misma autora cita a (Burr, 1973) y retoma la idea al considerar que ante la presencia de situaciones dadas en un núcleo familiar como la enfermedad (entre otros), son factor ante la presencia de “hechos tensionantes” y de “vulnerabilidad familiar” mismos que son determinantes al “monto de la crisis” experimentada en el sistema familiar, lo cuales pueden originarse en dos sentidos:

- Normativos o evolutivos: Se refieren a transiciones esperables a lo largo del ciclo vital familiar.
- No- normativos o externos: clasificados en: separación determinada por conflictos bélicos y retorno, desastres naturales y enfermedad aguda e incapacidad crónica.

Tale hechos tensionantes o situaciones de crisis van de la mano y a su vez son manifestados de acuerdo con el estilo de respuesta que la familia proporcione ante la enfermedad crónica, hablar del estilo de respuesta según la autora a “grosso modo puede identificarse en cuanto al estilo que una familia desarrolla frente a la emergencia de una enfermedad crónica” (Kornblit, 1996) planteando en este sentido dos estilos opuestos, los cuales considera que son la respuesta, (tomándolo como un supuesto) de la familia ante la enfermedad crónica.

- La tendencia centrípeta: Toda la familia gira alrededor del enfermo, que se convierte en el centro de las interacciones, absorbiendo la energía, monopolizando la atención del resto de su grupo familiar y restando posibilidades de desarrollo y crecimiento a cada uno de los integrantes de su grupo familiar.

- La tendencia centrífuga: Expresa conductas evitativas en torno a la situación de la enfermedad por parte de los miembros del grupo familiar, enfatizando en general por la dedicación de uno de ellos al enfermo. La actitud sobreprotectora se verifica en general como respuesta de un miembro de la familia condicionando la evitación por parte de los restantes del grupo.

Otro aspecto importante que se genera dentro del núcleo familiar ante la presencia de una enfermedad crónica es el aspecto de los recursos familiares. “En los entornos con pocos recursos, los costos de la atención sanitaria para las ENT pueden agotar rápidamente los recursos de las familias. Los costos desorbitados de las ENT, a menudo prolongado y oneroso tratamiento y la desaparición del sostén de familia, están empujando cada año a millones de personas a la pobreza y sofocando el desarrollo” (OMS: Enfermedades no transmisibles, 2018).

Si bien se ha retomado la idea de distintos autores para conocer de manera general los aspectos importantes y más comunes que se generan dentro de la familia como totalidad ante la presencia de enfermedad crónica, como último de estos se refiere el ciclo por el que atraviesa la familia con enfermedad crónica.

5.1 Ciclo de la familia con enfermedad crónica

El modelo planteado por Hill en 1949 y retomado por Kornblit, 1996 plantea los siguientes momentos en los que la familia atraviesa de una manera más o menos típica ante la presencia de una enfermedad crónica.

- Un periodo de desorganización: El impacto de la enfermedad hace que en una primera fase se rompa la estructura del funcionamiento familiar. Otra posibilidad es que esta etapa trate de ser omitida por el núcleo familiar, por la incapacidad para tolerar la desestructuración consecutiva de la crisis. Ante esto plantea que una reorganización familiar precoz es un indicador que lleva a estar alertas en cuanto a por qué vías puede expresarse una crisis que resultó truncada en sus manifestaciones.

En esta fase la autora cita a Bateson (1993), haciendo referencia a su postulado que denominó a propósito del alcoholismo al “tocar fondo” como paso previo a toda

posibilidad de cambio. Dicho tocar fondo equivale a lograr aceptar la situación de disminución para poder después arbitrar los medios necesarios para paliarla. En este sentido regresando al eje fundamental de la fase, la reorganización precoz por el contrario parte de la negación más que de la aceptación y, en consecuencia no podrá lograr el nivel de eficacia en el manejo de la enfermedad que es posible alcanzar a partir del “tocar fondo”.

En esta etapa existe otra posibilidad de riesgo, que consiste en que el periodo de desorganización llegue a niveles tan profundos que sea difícil después para la familia rescatarse a sí misma de la situación.

Siguiendo con los momentos del modelo planteado por Hill en 1949 y retomado por Kornblit, 1996, refiere como segundo:

- El punto de recuperación: En este momento la familia, o por lo menos uno de los miembros, requiere más información acerca de la enfermedad por parte del especialista, o la busca por su cuenta. También puede surgir a través de la reconexión con figuras anteriormente significativas, o de la búsqueda de personas que hayan pasado por experiencias semejantes. Es en este momento cuando es más posible una mayor asimilación del aprendizaje sobre el manejo de la enfermedad.
- La fase de reorganización: El grupo familiar consolida su estructura anterior, por ejemplo en lo referente a la división de tareas, o puede provocar que se arribe a una nueva distribución de papeles, con un recambio en cuanto al proceso de adjudicación y asunción de roles. La familia encuentra su rumbo más efectivo. Los aspectos a tomar en cuenta en esta fase como factor de riesgo serían en no restarle posibilidades de desarrollo y crecimiento al enfermo pues se vuelve centro de atención, y ocasiona que uno de los miembros de la familia sea quien controle la evolución de la enfermedad evitando que el mismo enfermo se haga cargo de sus cuidados, efectos colaterales derivados por una fase de reorganización precoz.

Si bien estas tres fases son de forma muy general las transformaciones de los momentos que sufren las familias ante la enfermedad crónica en uno de sus integrantes y ante los planteamientos de los autores por describir los elementos que se presentan con mayor frecuencia, se retoma que cada uno de estos pueden darse de forma distinta en cada familia, si bien brindan un acercamiento de lo que ocurre al interior de estas, cada uno tendrá manifestaciones distintas de acuerdo al tipo de familia en el que se dé un caso de enfermedad crónica.

De tal forma que al mencionar específicamente la enfermedad hipertensiva y diabetes mellitus, como el caso de la investigación, estas suelen tener elementos específicos que manifiestan conductas en cada familia, el siguiente tema se retoman autores que hablan de estos elementos.

5.2 La familia ante la diabetes mellitus e hipertensión arterial.

Hacer referencia sobre los efectos y conductas generadas en la familia con hipertensión arterial y diabetes mellitus, o bien, la familia ante una enfermedad crónica como ya se mencionó, suelen relacionarse entre sí, puesto que los cuidados y estilos de respuesta corresponden a una serie de mecanismos semejantes realizados entre las enfermedades, tanto por la familia como el enfermo, a fin de un mejoramiento y mejor calidad de vida.

De tal forma que “la familia es considerada, sin duda, la fuente principal de creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud. Las tensiones que sufre a través de su ciclo evolutivo pueden manifestarse en forma de síntomas, los cuales pueden ser la expresión de procesos adaptativos del individuo y ser mantenidos por las conductas familiares” (Minuchin citado en: Kanán, Rivera, Rodríguez, López, J y otros 2010).

Se inicia retomando algunos estudios que se han realizado en torno a la hipertensión arterial y la familia ya que muchos de los efectos ligados a la enfermedad tienen origen en comportamientos y situaciones dadas en el núcleo familiar.

En este contexto la primera de las conductas generadas dentro del núcleo familiar es referente a que “el paciente con enfermedad crónica percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia, y a menos que el ambiente familiar se modifique para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de apego” (Marín & Rodríguez, 2001).

Dichos autores en su estudio realizado sobre “Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial” (Marín & Rodríguez, 2001) enfatizan como aspecto primordial la presencia del apego familiar ante el conocimiento de la enfermedad, sin embargo, tales resultados recaen solo en las necesidades familiares que el enfermo con hipertensión arterial requiere para su mejoramiento, dejando de lado mecanismos que son modificados ante la presencia de enfermedad que involucra cambios en todos los integrantes de la familia.

En este sentido, con el objetivo de retomar a la familia como eje principal ante la enfermedad hipertensiva (Hernández , Mena , Rivero, & Serrano, 1996) realizan estudios referente a la participación de la familia en la hipertensión arterial, centran su objetivo en conocer a partir de la experiencia del enfermo los factores de riesgo que pueden influir en salud del resto de los integrantes de la familia, con el fin no solo de evitar la enfermedad en un integrante más, si no mejorar la calidad de vida de quien ya presenta el diagnóstico.

“Es importante la identificación de personas en la familia con alto riesgo de padecer esta enfermedad con el fin de elaborar y poner en práctica acciones de promoción y de prevención primaria de la enfermedad.” (Hernández , Mena , Rivero, & Serrano, 1996) Obteniendo como resultado la mejoría de hábitos alimenticios principalmente en la ingesta de sal en los alimentos.

Referente a la funcionalidad de la familia en la enfermedad hipertensiva los autores (González & otros, 2004) mencionan que “las disfunciones familiares ejercen una influencia negativa en el desarrollo y control de las enfermedades cardiovasculares”. Trief (2000) y colaboradores refieren que “cuando es buena la cohesión familiar es más adecuado el control de las cifras de tensión arterial”.

Dando una proximidad de las manifestaciones que involucran la dinámica de la familia ante la enfermedad hipertensiva se encuentra que “se ve reflejada en la

manera como se empieza a organizar la relación en la etapa de ciclo actual y ante la solicitud de acompañamiento; lo que posibilita la disminución en el presente y el futuro del sufrimiento, y la emergencia de bienestar expresado no solamente como una percepción psíquica sino como la posibilidad que tienen los miembros de la familia de ser narrados desde la capacidad que tienen para conseguir cambios en los relatos que se han transmitido de generación en generación en relación con la dificultad para expresar afecto y a la normalidad de las relaciones conflictivas en la vida de la familia” (Higuera, Rojas, & Garzón, 2015).

Como se puede observar, dichas investigaciones centran objetivos en la familia con hipertensión arterial, tomando como dirección al enfermo y su bienestar, así como los elementos que pueden generar al resto de la familia presentar la misma enfermedad, dejando un tanto de lado la forma en que viven la enfermedad desde su dinámica y cada uno de los elementos que la integran.

Por otro lado, en tal investigación se retoma además de la enfermedad hipertensiva a la diabetes mellitus, sin olvidar la participación de la familia como objetivo principal, de modo que al referir investigaciones sobre este tema, la variedad de estas es mayor que en la enfermedad hipertensiva.

Para hablar de familia y diabetes mellitus, la Asociación Mexicana de Diabetes AC, (AMD, 2016) desarrolla un informe con las consideraciones relevantes que ligan estos dos actores.

“Cuando una persona vive con diabetes, el apoyo familiar es muy importante, la diabetes es una oportunidad para que toda la familia tenga un estilo de vida más saludable, mejoren sus hábitos, hagan ejercicio y cuiden de su salud. Es también una oportunidad para estar más cercanos, fortalecerse y respaldarse” (AMD, 2016).

Sin embargo, menciona la AMD, una persona que vive con diabetes puede llegar a cansarse si su familia está todo el tiempo interviniendo en lo que hace, lo que come y la manera en que se cuida. Esto puede hacerlo sentir perseguido o regañado. A su vez, la familia también se cansa, se preocupa y se estresa.

Retomando esta idea, se considera hacer énfasis en describir y evidenciar la importante participación que tiene el cuidado primario que a su vez tiene a su cargo

a una persona con enfermedad crónica, en este caso contemplando a las enfermedades hipertensivas y diabetes mellitus.

Se denominan cuidadores primarios informales (CPI) o familiares, al conjunto de personas (en el 85% de los casos, son las mujeres quienes se ocupan), que dedican una importante parte de su día a cuidar de personas con alguna enfermedad o discapacidad (AMD, 2016).

Son usualmente parientes o amigos y las características son las siguientes:

- No son remunerados financieramente por sus servicios
- Implica una dedicación importante de tiempo y energía
- Suelen dar más de lo que reciben
- Es una actividad que normalmente no se ha previsto y para la que no se ha sido previamente entrenado

Además de la predominante participación que juega el rol del cuidador primario dentro de la vida de una persona con diabetes e hipertensión arterial la familia es un factor clave que sin duda alguna, hace frente y representa una intervención importante en la enfermedad.

En este sentido, la Asociación Diabetes Madrid (ADM, 2017) menciona que “La actitud de la familia y de las personas que rodean a la persona con diabetes a partir de ese momento es crucial para el establecimiento de pautas saludables para el manejo exitoso de la diabetes en un futuro”.

Especialmente la ADM hace énfasis en la aceptación de la enfermedad y por consiguiente la adaptación a ella, pues ésta supone un proceso que depende en gran medida de la actitud positiva con que se afronte el problema.

Brannon y Feist (2001) citado por Vinaccia y Orozco (2005), afirman que “las enfermedades crónicas, no solo alteran al paciente por el proceso de adaptación que implica, sino que pueden producir dificultades económicas, cambiar la visión que la persona tiene de sí misma, y afectar las relaciones con los miembros de la familia y amigos” (Ledón, 2011).

Autores como (Veladez, Alfaro, & Aldrete, 1993) en una investigación referente a conocer la influencia de la familia en el enfermo diabético, recalcan

considerablemente el papel que juega la familia sobre el control de una enfermedad crónica, así como las características que asocian a ambos sujetos.

“Las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores: del tipo de familia, la cultura y la educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento, lo que influye en el enfermo. Las actitudes de los parientes acerca del dolor, invalidez, regímenes terapéuticos, o de una enfermedad como la diabetes, pueden establecer la reacción del paciente a sus síntomas o complicaciones”. (Veladez, Alfaro, & Aldrete, 1993)

Tal como lo mencionan los autores, la familia es considerada como un elemento fundamental en la evolución de la salud del enfermo, misma que desde sus distintas particularidades (como se mencionó en capítulos anteriores) manifiesta una participación importante, este capítulo brindó una proximidad de los cambios principales y fases que de forma muy general sufren transformaciones en las familias ante la enfermedad crónica, o bien aquellos factores característicos de las familias ante la enfermedad en uno de sus integrantes.

Sin embargo ante las ideas que los autores brindan sobre la situación de las familias con la enfermedad, la inquietud por saber cómo es que se manifiestan las conductas de cada miembro de la familia (entendiéndolas como respuesta de los cambios originados) dentro de los elementos que integran la dinámica familiar, sigue quedando inconcluso.

De tal forma, en el siguiente apartado se da a conocer el problema que se plantea en dicha investigación, desde qué interrogantes se parten para la realización de la investigación, además de los elementos que dan soporte y sustentan la investigación enfatizando en todo momento en la familia ante la enfermedad crónica específicamente la diabetes mellitus e hipertensión arterial.

Apartado 2

INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO VI. Problema de investigación

6.1 Planteamiento del problema

Como pilar fundamental del actuar del Trabajo Social se encuentra al sujeto, mismo que posee una serie de escenarios los cuales involucran la participación del profesionista; en esta ocasión se recalca con mayor énfasis en aquellos en los que el sujeto está inmerso cotidianamente como lo es la familia, ligado a un fenómeno como la salud- enfermedad.

Así pues, el indagar en dos de los escenarios de gran relevancia para el Trabajo Social, la salud y la familia, entendiendo a la familia como “un sistema natural” (Caparros, 1992) y en el primero en que el individuo desarrolla capacidades y habilidades, permite la profundización de un análisis minucioso de las actuaciones que ligan a estos dos escenarios.

La inquietud de esta investigación surge ante el conocimiento de las estadísticas más recientes de mortalidad en México (INEGI, 2017), atribuyendo a enfermedades crónicas como la diabetes mellitus e hipertensión arterial las primeras tres causas de muerte en el país, por tal motivo, las interrogantes iniciales que surgen ante esta problemática son en relación en que si los avances científicos y biológicos que profundizan estos diagnósticos no han obtenido los resultados favorables ¿De qué otra forma se puede hacer frente a una de las principales causas de muerte en México?, ¿Cuáles son los escenarios que involucra esta problemática que aún no han sido abordados? Y más aún, identificar el aporte de Trabajo Social en familias ante una enfermedad que día a día entra a los hogares y familias mexicanas.

Ante estas dos enfermedades crónicas: diabetes mellitus e hipertensión arterial mucho se ha hablado y realizado investigaciones que centran su objetivo en ellas, como (Palma, 2007) quién describen el origen de la enfermedad o bien, (Hernández, Gutiérrez, & Reynoso, 2013) analizan la magnitud de la prevalencia en el país, (Calderín & Colaboradores, 2005) se enfocan en describir la relación que existe con antecedentes familiares y herencia ante la enfermedad, o como (Ordúñez, Pérez, & Hospedales, 2010) en proporcionar información sobre los cuidados que requiere una persona con enfermedad hipertensiva o diabetes mellitus.

Sin embargo, el problema radica en la necesidad de profundizar, ¿Qué pasa con la Familia? ¿Cómo los integrantes de la familia responden ante una situación de enfermedad?, es decir ante el estado del arte que direcciona a la familia con enfermedad crónica (como ya se mencionó), existe una falta de evidencia desde la propia experiencia de las familias que viven la enfermedad crónica, sobre todo, la descripción de modificaciones que se originan en la dinámica familiar, que es donde la totalidad de los integrantes tienen participación y que sin lugar a duda tienden a manifestar conductas de respuesta y más aún, sí en que estas conductas influyen en la salud y mejoría de la persona con enfermedad.

6.2 Justificación

Dentro de las Ciencias Sociales hablar de familia, implica abrir un abanico de opciones que involucran el análisis de tal término, desde su origen hasta la relación con otras disciplinas y problemáticas, al realizar una búsqueda de investigaciones referente a la familia y la enfermedad, los resultados que se obtienen se dirigen al análisis de distintas manifestaciones que la familia presenta ante la enfermedad, tal es el caso de estudios e investigaciones realizados por la Facultad de Estudios Superiores-Iztacala, pues en los recientes estudios publicados en su “Revista electrónica de Psicología Iztacala” (Vargas, 2018) abordan como temática principal a la familia en el ámbito de la salud, recalcando la importancia y participación que tiene ésta ante un diagnóstico de enfermedad crónica.

No obstante, tales investigaciones enfocan sus objetivos con perspectivas diferentes que, aunque toman como pauta principal el funcionamiento familiar, el objetivo es distinto. Como es el caso de: (Pérez, Mercado & Espinosa, 2011) que abordan como tema principal “La percepción familiar ante la enfermedad crónica degenerativa”, o bien (Reyes & colaboradores, 2010) con otra investigación similar “Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas”.

Sin embargo, tales investigaciones no retoman la dinámica familiar, contemplando cada uno de los elementos que la integran, tanto su estructura como funcionamiento, para analizar ciertas modificaciones que se generan ante el surgimiento de la enfermedad.

Aunado a esto, no se ha logrado un enfoque desde la perspectiva de Trabajo Social, pues llevar a cabo un análisis desde la vivencia de cada uno de los miembros de la familia involucrada desde su cotidianidad, abre un panorama explícito de la problemática, así como el contemplar la enfermedad como un proceso social que involucra actuaciones originadas dentro de la vida cotidiana y que impactan en lo social. De otro modo, solo se describe la perspectiva psicológica de los miembros, dejando un análisis parcializado.

Es así como surge la necesidad de profundizar en el tema, mediante la recuperación de voces de los actores que permiten identificar y describir la trayectoria de la familia, ligada a las actuaciones y conductas de los integrantes específicamente dentro su dinámica familiar, que se manifiestan por la presencia de una enfermedad crónica en uno de los integrantes, a partir de la vivencia y mediante la realización de entrevistas, enfatizando en describir cada uno de los elementos de la dinámica familiar desde el conocimiento de la enfermedad hasta el momento, permitiendo identificar como es ese paso es decir esa trayectoria que manifiesta una serie de cambios y conductas, específicamente que permita visualizar que elemento de la dinámica familiar sufre con mayor frecuencia modificaciones ante la enfermedad.

Tal investigación propone, además de describir la trayectoria de la dinámica familiar, se espera identificar también, cómo se ve reflejada o bien, la influencia que tiene en la salud del enfermo. De esta forma se exhibe la importante participación que tiene la familia como sistema principal ante la solución de problemáticas, así mismo, recae la importancia que tiene la investigación del Trabajador Social como actor y portador de voces que muestra y describe la experiencia de cada familia ante una situación, pues sus acciones al tener gran relevancia inciden en otras disciplinas.

6.3 Preguntas de investigación

¿Cuáles son los elementos de la dinámica familiar que mayormente sufren cambios a partir de la enfermedad crónica?

¿Cuáles son los cambios que se presentan en la dinámica familiar?

¿Cómo es que la dinámica familiar presenta modificaciones ante la enfermedad en uno de sus integrantes?

¿De qué forma la dinámica familiar influye en la salud de unos de sus integrantes?

6.4 Objetivos

General

Describir los elementos de la dinámica familiar ante la presencia de enfermedad crónica en uno de los integrantes durante el proceso salud- enfermedad, así como evidenciar la influencia de estos en la salud del enfermo.

Específicos

- Identificar cuáles son los elementos de la dinámica familiar que sufren cambios ante la enfermedad crónica.
- Describir cómo es que la dinámica familiar sufre cambios en cada uno de sus elementos
- Describir la forma en que influye la dinámica familiar en la salud del integrante con enfermedad crónica

6.5 Premisas

Ante la diversidad de tipos de familias, la enfermedad en una integrante mujer manifestará los mismos efectos dentro de su dinámica.

Cualquier situación salud-enfermedad impacta en la familia por lo tanto los comportamientos de la dinámica familiar serán detonantes en la evolución positiva de la enfermedad.

CAPÍTULO VII Marco metodológico

7.1 Tipo de Investigación

La investigación que se presenta es de tipo cualitativa ya que según Galeano, (2004) “el proceso metodológico cualitativo propone la comprensión de la realidad desde las múltiples perspectivas lógicas y visiones de los actores sociales que construyen e interpretan la realidad. No se busca la verdad o la moralidad sino la comprensión detallada de múltiples y diversas lógicas y perspectivas de los actores sociales”.

Por otra parte los autores: Laza, Pulido & Castiblanco (2012) mencionan al respecto de la investigación cualitativa que “La investigación cualitativa capta la realidad social a través de los ojos de los seres humanos, mediante un enfoque que permite la amplitud, flexibilidad y profundidad”.

En tal investigación la idea principal es captar las voces de los sujetos como evidencia de la realidad en la que viven, en este caso tomar como elemento fundamental a la familia y la descripción a partir de sus relatos de las actuaciones que se generan en su dinámica debido a la presencia de enfermedad, permite una investigación la cual brinda un acercamiento de las problemáticas y necesidades reales.

Así mismo, tal investigación se apoya del enfoque fenomenológico ya que según Gómez, Gil & Jiménez (1996) “La investigación fenomenológica es la descripción de los significados vividos existenciales. La fenomenología procura explicar los significados en los que estamos inmersos en nuestra vida cotidiana, y no las relaciones estadísticas a partir de una serie de variables, el predominio de tales o cuales opiniones sociales, o la frecuencia de algunos comportamientos”.

En tal investigación este enfoque permite indagar y describir los cambios dentro de la dinámica familiar y los significados que brindan ante la enfermedad crónica, si bien es conocida la existencia de escalas de medición de dinámica familiar que proporcionan el grado de funcionalidad, comunicación, apego, entre otros, en la familia, para la investigación resulta importante apoyarse de la fenomenología ya que facilita la descripción de cómo es que se generan cambios o bien cómo es que se manifiesta cada uno dentro de la dinámica familiar ante la enfermedad crónica,

fuera de valoraciones o porcentajes lo que se pretende conocer es de qué forma es que se manifiestan.

La fenomenología que retomo en la que postula Husserl (1970) como fenomenología descriptiva “Husserl consideró la fenomenología trascendental o descriptiva como "la ciencia de la esencia de la conciencia" y centró la definición en el concepto de intencionalidad y el significado de las experiencias vividas desde el punto de vista de la primera persona. Afirmó que el significado de las experiencias vividas puede ser descifrado sólo a través de las transacciones uno a uno entre el investigador y los objetos de investigación. Estas transacciones deben involucrar una atenta escucha, interacción y observación para crear representación de la realidad más sofisticada que la definida en previos entendimientos” (Laso, 1991).

De esta forma con el apoyo de la entrevista semiestructurada y la trayectoria de vida, donde se destacan desde la propia voz y experiencia de vida aquellos cambios y eventos representativos que han modificado la dinámica familiar a partir la enfermedad en uno de los integrantes de la familia, se obtienen relatos que facilitan captar las relaciones, momentos y significados que dan los sujetos a la realidad social en la que se encuentran.

7.2 Método

El método se considera en tal investigación es el método de casos puesto que “el método de estudio de caso es una herramienta valiosa de investigación, y su mayor fortaleza radica en que a través del mismo se mide y registra la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado” (Martínez, 2006).

En este sentido para la investigación permite involucrarse en estudios del fenómeno dentro del contexto de la vida real, es decir la enfermedad en la familia. Este método permite el estudio de particularidades de un caso determinado de modo que accede a comprender las actividades y circunstancias importantes que desarrollan en su cotidianidad.

Dentro de las formas en que se pueden clasificar los casos para su uso como un método de investigación. Yin (1994) citado en Castro (2010) menciona los siguientes:

- Descriptivos, cuyo objetivo es analizar cómo ocurre un fenómeno organizativo dentro de su contexto real.
- Exploratorios, que buscan familiarizarse con un fenómeno o una situación sobre la que no existe un marco teórico bien definido.
- Ilustrativos, que de una u otra manera, ponen de manifiesto las prácticas de gestión de las empresas más competitivas.
- Explicativos, que tratan de desarrollar o depurar teorías, por lo que revelan las causas y los procesos de un determinado fenómeno organizativo.

En la investigación resulta importante enfocarse el método de casos descriptivos, ya que por el tipo de investigación que es cualitativo con enfoque fenomenológico se busca describir los elementos de la realidad de los sujetos específicamente las conductas desarrolladas en un fenómeno como la enfermedad.

Aunado a este método, la ejecución de los casos está apoyada de la trayectoria de vida, puesto que permite conocer desde distintas perspectivas de los sujetos involucrados y específicamente en un momento que transcurre la realidad que presentan, logrando una mayor comprensión de los procesos que particularmente perpetúan en su entorno de vida.

“Las trayectorias pueden construirse en una de las fuentes esenciales para investigar la realidad. Incluir la lectura detenida de biografías, relatos de vida, plasmados en aquellos registros escritos que reflejan una trayectoria humana o que dan noticia de la visión que los sujetos poseen de la realidad y de su propia experiencia, ofrece elementos que contribuyen a una mayor comprensión del entramado del sujeto con los social” (Lera, y otros, 2007)

En dicha investigación se refiere la trayectoria desde la conformación de relatos de vida que enfatizan y hablan al respeto de la dinámica familiar, puesto que “el relato de vida no solo aporta una mirada a través del tiempo; también permite que quien narra recomponga, a partir de sus recuerdos, los procesos, los hitos, las trayectorias y las transformaciones más significativas” (Márquez, 2001).

De modo que si “los relatos de vida nos posibilitan una aproximación cualitativa a los itinerarios y trayectos de sus protagonistas; pero, por sobre todo, a los significados y, por tanto, a la lógica que el narrador otorga e imprime a su propia

vida” (Márquez, 2001) para la investigación es pertinente el apoyo de estos para describir la trayectoria que se presenta en la dinámica familia, partiendo en la descripción de los elementos por parte de los integrantes de la familia.

7.3 Teoría

Como parte de toda investigación cualitativa con enfoque fenomenológico es de suma importancia plantearse teorías que apoyen a modo resumir y conceptualizar los resultados obtenidos en la investigación, es este caso se retoma como elemento importante la teoría fundamentada.

La teoría fundamentada “tiene por objetivo comprender la realidad a partir de la percepción o significado que cierto contexto u objeto tiene para la persona, generando conocimientos, aumentando la comprensión y proporcionando un guía significativo para la acción” (Carvalho & otros, 2009).

Esta teoría es retomada principalmente como apoyo en la investigación puesto que “el investigador produce una explicación general o teoría respecto a un fenómeno, proceso, acción o interacciones que se aplican a un contexto concreto y desde la perspectiva de diversos participantes” (Taylor y Francis, 2013; Torrance, 2011; Sullivan, 2009; y Haig, 2006, Citado en Sanpieri, 2016).

Resulta importante retomar esta teoría puesto que, con apoyo de la investigación cualitativa, los resultados obtenidos serán categorizados de acuerdo a la importancia y prioridad que los sujetos manifiesten a partir de su realidad, es decir si se habla de describir los cambios que se generan en la dinámica familiar, tal teoría tendrá participación importante en el apoyo de resumir y categorizar aquellos que están mayormente presentes.

Dichas categorías serán contempladas de acuerdo a las fases que mencionan los autores, (Carvalho & otros, 2009) “en esa teoría, el análisis de los datos se procesa en tres etapas interdependientes, donde el cumplimiento de una, no necesariamente implica impedimento de retornar a la primera, una vez que el movimiento es circular. Esas tres etapas son así denominadas: codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva.

- *Codificación abierta: Consiste en la primera etapa del proceso de análisis de los datos, realizada manualmente, mediante lecturas de las entrevistas, sometiéndolas al proceso de codificación, línea por línea, en la cual son manifestadas palabras o frases que expresan la esencia del discurso de los declarantes. Se trata de una lectura tentativa, a partir de las palabras, frases, párrafos y/o gestos, provenientes de las entrevistas, el investigador examina, reflexiona, compara y conceptualiza.*
- *Codificación axial: En la segunda etapa una vez realizada la codificación abierta, los códigos provenientes de esa son reagrupados de nuevas formas, originándose los códigos conceptuales. El objetivo es reorganizar los códigos, en nivel mayor de abstracción. Así, nuevas combinaciones son nuevamente establecidas de modo a formar las subcategorías que, por su vez, serán organizadas componiendo categorías de tal forma que se inicia la formación de conexiones, primando por explicaciones precisas de los hechos de la escena social.*

En esta fase hago un paréntesis para mencionar algunos aspectos que menciona el autor (Sampieri, 2016), puesto que plantea que dadas estas subcategorías contempladas en la codificación axila, pueden considerarse elementos o bien categorizar de acuerdo a distintas condiciones, como pueden ser:

- Condiciones causales (categorías que influyen o afectan a la categoría central).
- Acciones e interacciones (categorías que resultan de la categoría eje y las condiciones contextuales e intervinientes, así como de las estrategias).
- Consecuencias (categorías resultantes de las acciones e interacciones y del empleo de las estrategias).
- Estrategias (categorías de implementación de acciones que influyen en la categoría central y las acciones, interacciones y consecuencias).
- Condiciones contextuales (categorías que forman parte del ambiente o situación y que enmarcan a la categoría eje, que pueden influir en cualquier categoría incluyendo la principal).

- Condiciones intervinientes (categorías que también influyen a otras y que mediatizan la relación entre las condiciones causales, las estrategias, la categoría central, las acciones e interacciones y las consecuencias).

Siguiendo con las estepas que (Carvalho & otros, 2009) la última de estas es la denominada codificación selectiva:

- Codificación selectiva: Consiste en la tercera etapa, teniendo por objetivo refinar e integrar categorías, desvelando una categoría que se considere como central, contenida en todas las demás, la cual consistirá en la teoría del estudio. En esa, todo el potencial de abstracción es empleado en el ámbito teórico de los datos investigados/codificados, haciendo surgir la teoría de la investigación.

Contemplando estas tres etapas de la teoría fundamentada es como se efectúa la investigación, ya que mediante la realización de la investigación y según los resultados que arroja las entrevistas se parte a categorizar aquellos elementos de la dinámica familiar que mayormente se vieron influenciados dentro de la familia según la experiencia y propia voz de los sujetos, categorizando uno de estos como el eje central y aquellos que lo rodean, de este modo, el resultado de la investigación está dado de acuerdo a la formulación de un modelo que evidencia los elementos de la dinámica familiar que a partir de su trayectoria ante la enfermedad presentaron mayores cambios.

Finalmente estas categorías explican el fenómeno investigado mostrando y describiendo como es que esta dinámica familiar manifiesta una influencia en la salud del integrante enfermo.

7.4 Muestra

Universo de trabajo

Familias que cuenten con una integrante mujer con enfermedad crónica (diabetes mellitus o hipertensión arterial).

Criterios:

- Familias que actualmente viven en el Municipio de Acolman, Estado de México.
- Una persona con enfermedad crónica.
- Un integrante del mismo núcleo familiar.
- Tiempo del diagnóstico mayor de 1 año.
- Edad: persona con enfermedad crónica de 30 a 60 años, familiar mayor de 18 años.

7.4.1 Descripción general de la muestra

Las familias fueron referidas por conocidos a quienes se les pidió que estas cumplieran los criterios establecidos, con el fin de brindar una mayor credibilidad y confianza en las familias para poder expresarse y compartir su realidad con la mayor autenticidad posible. Se consideraron en la investigación solo mujeres con enfermedad crónica para encontrar similitud en los relatos de la dinámica familiar. Se explicó los fines de la investigación tanto a la persona con enfermedad como al integrante, en donde únicamente su participación constaba en narrar su experiencia dentro de su núcleo familiar ante la enfermedad.

Un total de tres familias entrevistadas, dos de ellas con una integrante mujer con diagnóstico de hipertensión arterial, una más con diabetes mellitus tipo 2, las tres consideradas en la edad adulta. Dos familias de tipo extensa y otra monoparental.

A continuación se describe de manera detallada los aspectos principales de cada familia, cabe destacar que los nombres han sido modificados con el fin de mantener la confidencialidad de los datos.

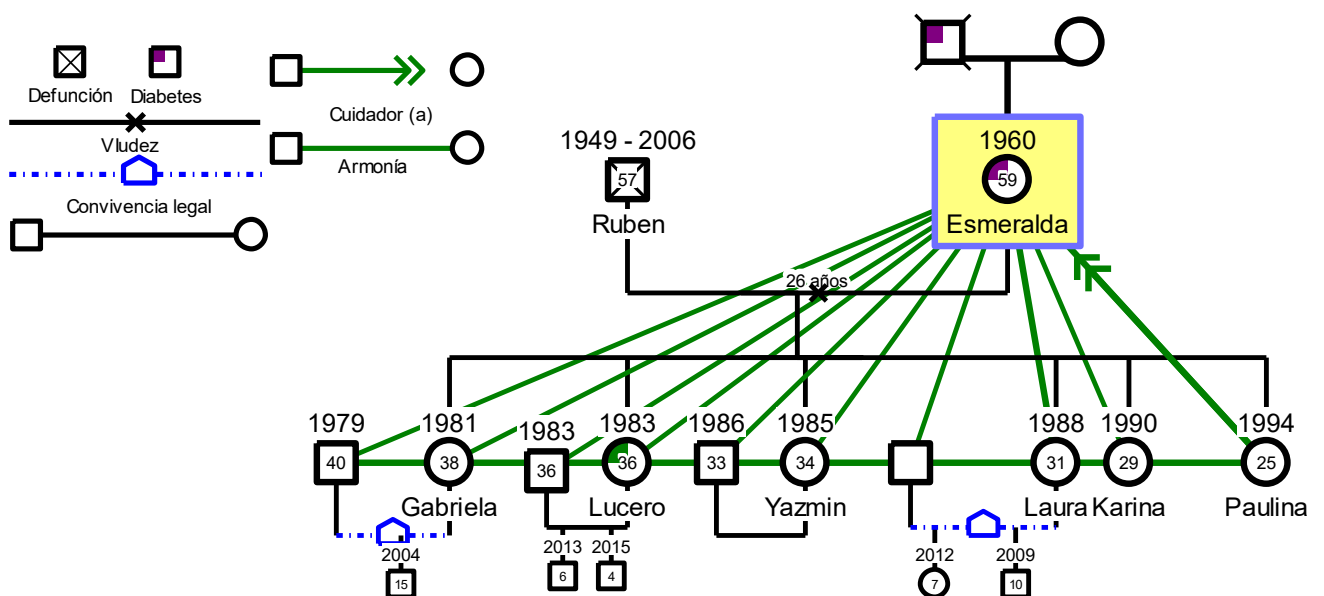
TABLA 4: Familia 1

Persona con enfermedad		Familiar	
Nombre	Esmeralda	Nombre	Paulina
Edad	59 años	Edad	25 años
Estado civil	Viuda	Estado civil	Soltera
Escolaridad	Primaria	Escolaridad	Licenciada en Admón.
Ocupación	Ama de casa	Ocupación	Empleada
Dx	Diabetes mellitus tipo 2	-	----
Tiempo	12 años	-	----
Tipo de familia	Monoparental, con soporte y fantasma	Ciclo Vital familiar	Desprendimiento de los hijos

Observaciones: Actualmente vive con sus dos hijas menores Paulina y Laura, se refiere la familia de tipo fantasma ya que presentan la pérdida del padre de familia desde hace 13 años, por tal motivo las hijas y madre han tenido que tomar roles diversos, sin embargo la figura del padre sigue siendo respetada ideológicamente y muy presente entre las hijas, pues continúan festejando fechas alusivas a esta pérdida.

Fuente: Elaboración propia

IMAGEN 2: Familiograma 1



Fuente: Elaboración propia

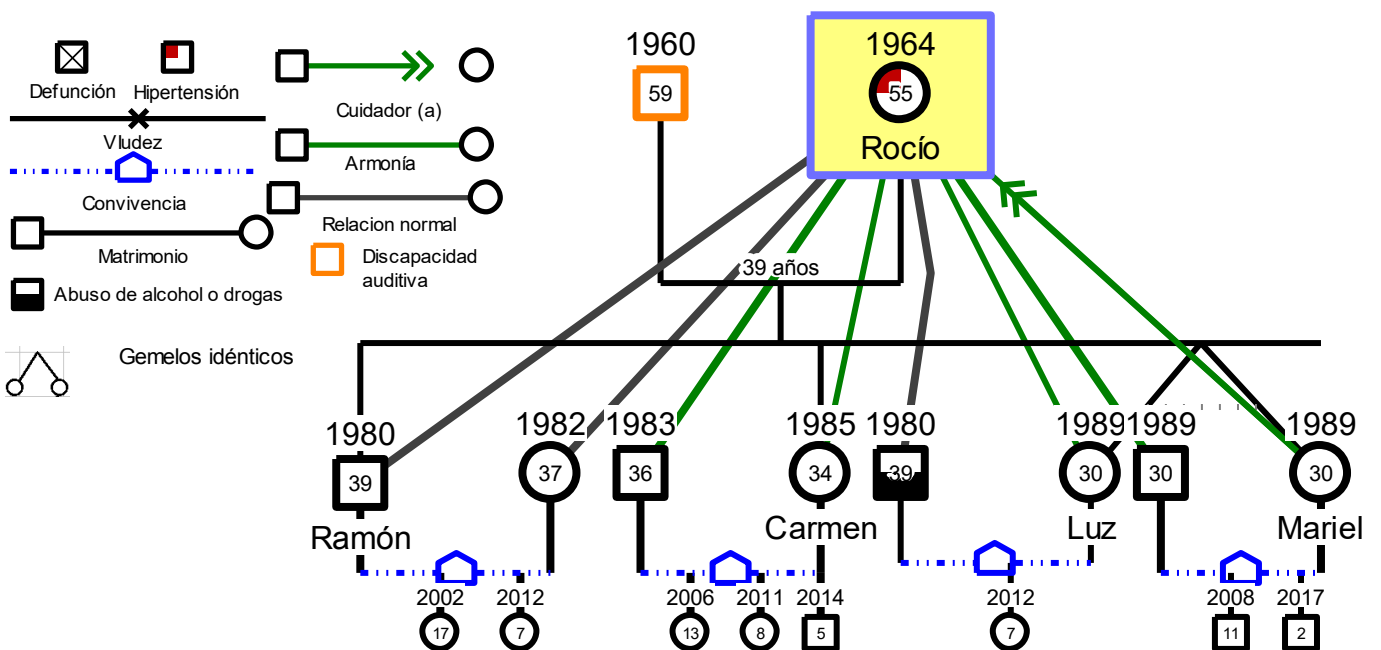
TABLA 5: Familia 2

Persona con enfermedad		Familiar	
Nombre	Rocío	Nombre	Mariel
Edad	55 años	Edad	30 años
Estado civil	Casada	Estado civil	Casada
Escolaridad	Primaria	Escolaridad	Secundaria
Ocupación	Ama de casa	Ocupación	Ama de casa
Dx	Hipertensión arterial	-	----
Tiempo	3 años	-	----
Tipo de familia	Extensa y con soporte	Ciclo Vital familiar	Desprendimiento de los hijos

Observaciones: Actualmente vive con su esposo, e hija menor Mariel, su esposo con quien procreó dos hijos, cabe destacar que el padre de familia y esposo de la entrevistada es una persona sorda desde su nacimiento, motivo que ha originado una pérdida del habla, siendo así que parte de la responsabilidad de los hijos y del hogar recae sobre la madre.

Fuente: Elaboración propia

IMAGEN 3: Familiograma 2



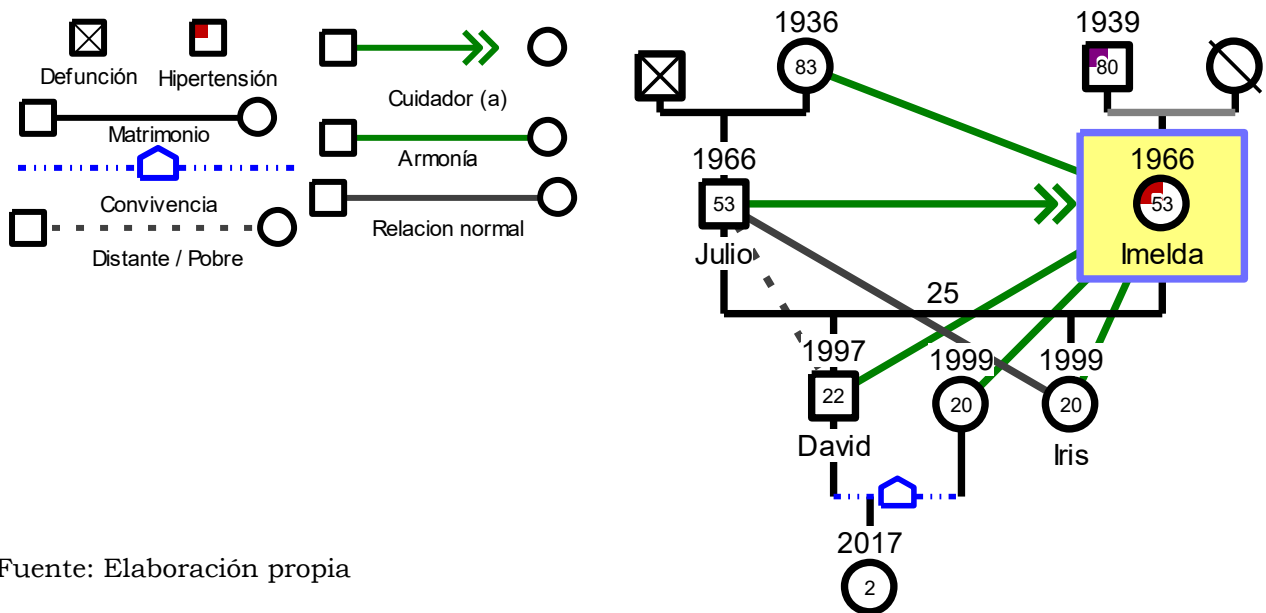
Fuente: Elaboración propia

Tabla 6: Familia 3			
Persona con enfermedad		Familiar	
Nombre	Imelda	Nombre	Iris
Edad	53 años	Edad	20 años
Estado civil	Casada	Estado civil	Soltera
Escolaridad	Lic. en Medicina	Escolaridad	Media superior
Ocupación	Médico general en un hospital psiquiátrico	Ocupación	Estudiante
Dx	Hipertensión arterial y Síndrome de Wolff Parkinson White ⁶	-	----
Tiempo	4 años	-	----
Tipo de familia	Extensa	Ciclo Vital familiar	Adolescencia

Observaciones: Actualmente vive con su esposo y sus dos hijos, Iris y David, su esposa y su hija, como último integrante de la familia su suegra.

Fuente: Elaboración propia

IMAGEN 4: Familiograma 3



Fuente: Elaboración propia

⁶ Síndrome caracterizado por una vía eléctrica adicional en el corazón que provoca un latido acelerado.

7.5 Técnicas

- Entrevista semiestructurada
- Relatos de vida
- Análisis
- Visita domiciliaria

7.6 Instrumentos

- Guía de entrevista
- Cuaderno de notas
- Grabadora de audio
- Lecturas
- Cronograma

7.7 Tiempo

- Marzo a Octubre de 2018

7.8 Espacio

- Acolman, Estado de México
- Localidades: Tepexpan y Acolman

8.1 Contexto del espacio

Las familias entrevistadas son habitantes del municipio de Acolman, Estado de México pertenecientes a las localidades de Tepexpan y Acolman.

El Municipio de Acolman es considerado como un espacio semiurbano, “su población se compone de 50.08% (68,392 personas) del género masculino y 49.92% (68,166) del género femenino, de las cuales la población considerada como joven representa el 55% de la población de Acolman. Las personas de 30 a 50 años significan el 29% de la población total” (Plataforma electoral municipal, 2016-2018).

“La población de 30-59 años, totaliza una cifra de 58, 958 habitantes, es decir el 38.65%, ambos sectores de población de 15-19 y de 20-24 son los que permiten determinar el potencial de la fuerza de trabajo disponible en el municipio y la demanda potencial de empleos, vivienda, bienes y servicios. Por otro lado, la población de la tercera edad de 60 y más años, según los datos reportados solo constituyen el 7.72%, es decir un total de 11785 personas, y que representan el segmento de población en edad de retiro de la actividad productiva y por consiguiente para jubilación” (Zacarias, 2018).

Cuenta con todos los servicios básicos, casi la totalidad de las familias tiene acceso a vivienda propia, agua potable, alumbrado público, pavimentación de calle, sistema de telefonía, televisión por cable e internet, así como a lugares de recreación y educativos como parques, centro de convivencia social, escuelas básicas, media superior y superior, centros de salud rurales y clínicas de especialidades del sector privado.

Dentro de los programas que proporciona el gobierno federal y estatal, los cuales brindan apoyo a los diferentes sectores de la población, 37,149 habitantes son beneficiarios de estos, entre los principales se encuentra: “Oportunidades, Programa de abasto social de leche (LICONSA), Programa de pensión para adultos mayores, Programa de apoyo alimentario, Madres y Padres trabajadores del programa estancias infantiles, entre otros” (Plataforma electoral municipal, 2016-2018).

“En cuanto a la infraestructura para la atención de la salud para la población de Acolman de acuerdo con datos del IGCEM (Instituto de Información e Investigación Geográfica, Estadística y Catastral del Estado de México), se tiene que existen 17

unidades médicas y 166 médicos en la demarcación. De modo que en el municipio hay 8 mil 33 habitantes por cada unidad médica, mientras que se tiene un médico por cada 780 habitantes, y una cama por cada 173 habitantes” (Plataforma electoral municipal, 2016-2018).

De acuerdo a las instituciones que dan cobertura a la salud de la población el municipio cuenta con un total de 120,669 habitantes que presentan condiciones de derechohabiencia, un poco más del 79% de la población total, donde 45,374 se encuentran asegurados por el IMSS; 1,557 están asegurados por Pemex, Defensa o Marina; el ISSSTE tiene registrados a 7,380 habitantes; mientras que un total de 76,920 pertenecen al seguro popular principalmente (Zacarías, 2018).

El municipio cuenta con una unidad básica de rehabilitación e integración social (UBRIS), una estancia infantil que pertenece al Sistema Municipal para el desarrollo Integral de la Familia (DIF) de Acolman, así como un centro de control canino.

Sin embargo el constante crecimiento poblacional satura la capacidad de respuesta de los centros comunitarios de salud lo que ocasiona mayor incidencia y prevalencia de enfermedades previsibles crónicas degenerativas entre la población en general y enfermedades comunes, existe también un alta incidencia de embarazos en mujeres adolescentes y embarazos no deseados, así como incrementos de riesgos de violencia intrafamiliar, sexual y de género. (Zacarías, 2018).

Referente a las condiciones socioeconómicas en el municipio se encuentra que “una persona se considera en situación de pobreza multidimensional cuando sus ingresos son insuficientes para adquirir los bienes y servicios para satisfacer sus necesidades y presenta carencia en al menos uno de los siguientes indicadores: rezago educativo, acceso a los servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación. En el municipio de Acolman, el 39.17% de la población se encuentra en situación de pobreza, conformada por el 5.32% en pobreza extrema y el 33.85% en situación de pobreza moderada (Zacarías, 2018).

8.2 Aplicación de entrevistas

La ejecución de las entrevistas fue llevada a cabo mediante la realización de visita domiciliaria a un total de tres mujeres con enfermedad crónica y tres integrantes de

familia, contemplando un total de tres visitas domiciliarias. El primer paso fue contactar a las familias de estudio con apoyo de las referencias de los conocidos, se dio un primer encuentro con el fin de corroborar que cada familia cumpliera con los criterios de la muestra establecidos.

Una vez que estos fueron ratificados mediante una serie de preguntas que respondían a los criterios establecidos⁷, se dio pie a establecer día y hora del encuentro en donde se llevó a cabo la entrevista, enfatizando en la participación tanto de la persona con enfermedad y con al menos un integrante de la familia que estuviera relacionado de manera directa con la integrante con enfermedad crónica.

Como apoyo fundamental para la entrevistas se utilizó como instrumento la guía de entrevista, cada integrante de la familia tuvo conocimiento del objetivo de la entrevista, sin embargo desconocían la estructura de esta, se recalcó la confidencialidad de los datos e información proporcionada, todas las familias manifestaron su aceptación quedando como evidencia grabado en audio.

Dichas entrevistas fueron realizadas en el domicilio de cada familia con la presencia tanto de la persona con enfermedad como del integrante de la familia, el cual vive y conoce los aspectos de la vida cotidiana la enferma y de los demás integrantes, el horario fue establecido de acuerdo al que convenía principalmente a los integrantes de las familias, con el fin de no interrumpir actividades cotidianas, el horario establecido en todas fue a las 6: 00 p.m. del día Domingo.

Se dio inicio a la entrevista explicando a los entrevistado el objetivo de tal visita, enfatizando que en el momento de proporcionar respuestas acerca de la dinámica familiar estos las direccionaran con relatos de lo que sucedía antes de la enfermedad y después de su conocimiento, con el fin de identificar las modificaciones ocurridas, los entrevistados mostraron de primer momento un desconociendo por no saber de qué forma responder, el cual se ve manifestado en la descripción de preguntas iniciales, posteriormente la entrevista tomó fluidez pues se contemplaron preguntas a modo de charla de tal forma que los entrevistados no notaran la estructura en cuanto a las preguntas y se limitaran solo a responder elementos particulares.

⁷ Ver anexo 1 (los datos generales fueron los que se cuestionaron en el primer encuentro).

Como se puede observar en la guía de entrevista⁸ algunas de las preguntas son dirigidas específicamente a la persona con enfermedad hipertensiva o diabetes, el resto de estas fueron respondidas de acuerdo a como ellos preferían, cabe destacar que en algunos casos, principalmente cuando se referiría a cuestiones de percepción de la enfermedad, contestaba tanto el integrante con enfermedad crónica como el familiar, las respuestas de estos no se contradijeron en ningún caso, por el contrario rectificaban la información.

El ambiente facilitó la realización de las entrevistas ya que al estar presentes los dos sujetos estos confirmaban o bien rectificaban las respuestas, ya que la trayectoria de esta ha sido larga y los elementos a considerar involucran a la familia en su totalidad.

La duración de las entrevistas fue de 40 a 60 minutos, al finalizar la entrevista se agradeció la participación de los entrevistados, enfatizando en la confidencialidad y mayor utilidad de sus relatos para la investigación, con apoyo del instrumento y grabadora de voz se recolectó la información que se plantea en el siguiente análisis.

CAPÍTULO IX. Presentación de resultados

9.1 Recolección de información

⁸ Ver anexo 1

La presente recolección de información es el resultado del instrumento aplicado y la entrevista realizada a cada familia y persona con enfermedad, cabe destacar que con el fin de priorizar y direccionar a los sujetos entrevistados a narrar su experiencia en cuanto a la trayectoria de su dinámica familiar se tomaron en cuenta dos ejes:

- Lo que ocurría antes del conocimiento de la enfermedad
- Lo que pasó después de conocer la enfermedad

A partir de estos dos ejes cada integrante proporcionó información detallada que evidenció un cambio o modificación a partir del conocimiento de la enfermedad el cual presentó una transformación en su núcleo familiar. En este aspecto se identificaron elementos de la dinámica familiar que no representaron un cambio, ante la presencia de enfermedad, es decir, relatos que en las familias no evidenciaron un cambio o no lo consideraban como un detonante para la modificación de su entorno ante la presencia de enfermedad, esto facilitó la delimitación de apartados para la recolección de información.

Dicha información fue recolectada y a su vez sintetizada en tres apartados, como se muestra en la siguiente tabla, contemplan una serie de consideraciones y elementos que permiten recolectar información que manifiesta semejanzas en las entrevistas realizadas, tal como se muestra a continuación.

TABLA 7: Recolección de información	
Historicidad de la enfermedad	
Se aprecia el acercamiento o conocimiento que ha tenido la familia sobre la enfermedad, enfatizando en la descripción a partir de la experiencia vivida, memorias o relatos. Vislumbrando las formas en que la familia explica las causas de enfermedad en uno de sus integrantes. La importancia radica en dar un acercamiento de cómo la familia entiende la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> • Concepción inicial de la enfermedad. • Qué tanto se aleja de la realidad. • Práctica referente a la enfermedad.

9.2 Análisis de la información

Dinámica familiar ante la enfermedad hipertensiva y diabetes

Como aspecto primordial en esta categoría se contempla los elementos considerados dentro de la dinámica familiar, partiendo desde la vivencia y postura de cada miembro de familia ante una enfermedad crónica, la forma de comunicar inquietudes, acciones y expresar afectos y sentimientos, la organización en cada uno de ellos con apoyo de los recursos existentes. Enfatizando en los relatos, pues son parte de la propia experiencia vivida en cada uno los integrantes de la familia.

- Contemplar como eje fundamental los elementos de la dinámica familiar, retomando la tipología de cada uno.
- Evidenciar los relatos sobre las conductas y sus modificaciones así como la forma en que se ven reflejados o no.
- Describir la forma en que es representado el ciclo de la familia con enfermedad crónica.
- Describir la postura del paciente y su familia ante la enfermedad crónica a partir de conocer la historicidad y su dinámica.

Elementos que influyen en la salud del enfermo

Finalmente en esta categoría se demuestra los elementos de la dinámica familiar que manifestaron mayor presencia de conductas y modificaciones a partir del análisis realizado referente a la dinámica familiar, con el fin de retomarlos para evidenciar la influencia que tiene la dinámica familiar en la salud de integrante con enfermedad hipertensiva y diabetes.

- Describir de qué forma los elementos de la dinámica familiar manifiestan una modificación que a su vez tiene influencia en la salud del integrante con enfermedad hipertensiva y diabetes
- Señalar en quién marcan mayor influencia cada uno de estos elementos.

Fuente: Elaboración propia

Con el fin de integrar y describir cómo se manifiesta la trayectoria en la dinámica familiar y su influencia ante la enfermedad crónica como lo es diabetes mellitus e hipertensión arterial, se presenta la información en tres apartados. Inicio con la historicidad de la enfermedad que cada familia manifiesta ante el fenómeno, posteriormente retomo los elementos de la dinámica familiar para evidenciar en cuál de ellos es que sufre mayores modificaciones ante la enfermedad, finalizando en retomar los que estuvieron mayormente presentes y considerarlos como los que marcan una influencia en la salud del enfermo, describiendo de qué forma son manifestados.

Es importante mencionar que cada uno de estos apartados se describe retomando la voz de los sujetos que narran su experiencia y relatos de vida. Para referir cuando habla la persona con enfermedad se resalta el nombre, cuando habla el familiar el formato queda igual. A continuación describo cada uno de estos.

• Historicidad de la enfermedad en la familia

Inicialmente ante cualquier situación dada, es de suma importancia conocer cómo el sujeto entiende los fenómenos que ocurre a su alrededor. En esa ocasión se habla

de un acontecimiento ligado a la salud- enfermedad de las personas. Tal significado impacta directamente sobre sus actuaciones, la forma en que vive, busca soluciones y expresa su realidad.

Se retoma la idea de entender que la enfermedad contempla de forma paralela a la salud, es así, que las expresiones de quienes presentan una enfermedad “pueden tomar un giro mediante la construcción de nuevas posiciones desde el lenguaje de las sociedades” (Vergara, M. 2007).

Dichas concepciones muestran qué tan alejado o errónea es la idea que se tiene según la realidad en la que se encuentran los sujetos. Ante los avances científicos y médicos que buscan vislumbrar los nuevos hallazgos y realidades de la salud-enfermedad, es entendible que tal información no ha tenido el alcance deseado, por tal motivo cada ser humano parte de un conocimiento particular.

¿Qué piensa cuando le dicen la palabra enfermedad?

Esmeralda F1: “Uno nunca se espera estar enferma”.

Rocío F2: “...es evidente cuanto más avanzas en cuestión de edad te vas degenerado y si hay una enfermedad más...”.

Imelda F3: “Mmm pues con enfermedad, aquí la situación es que tanto su papá como yo somos médicos, no podemos dar otro valor, enfermedad es enfermedad”.

Como veremos a lo largo del análisis, gran parte de la diversidad de percepciones e ideas que tienen las personas, están dadas principalmente, por el conocimiento e ideología, o bien, el grado académico del sujeto en cuestión, (como es el caso de la Familia 3).

En este sentido, para hacer referencia a la enfermedad, es muy común que los entrevistados partan de aquellos elementos de la vida cotidiana que pueden causar efectos en la salud, en este caso se evidencia la participación que tienen los determinantes sociales de la salud, pues es en estos donde los sujetos se apoyan como origen de su enfermedad, principalmente “basados en el estilo de vida” (OMS, 2016) de ésta forma se contribuye a la creación de significados.

¿Con qué relacionó la enfermedad?

Esmeralda F1: “...en todas enfermedades que se me han presentado son por otro tipo de cosas diferentes, no se el trabajo, el clima, el estrés....”.

Rocío F2: *“Pues yo creo que yo pensé, se está acabando lo poco que me queda, ya lo que pude haber hecho ya lo hice. Ya trabajé mi cuerpo, mi cuerpo tiene presión, era lógico”.*

Imelda F3: *“Lo relacioné con mi estilo de vida, mucho estrés a lo mejor...”.*

Al hacer referencia a esta interrogante los entrevistados muestran pausas en las cuales retroceden el tiempo para recordar las primeras concepciones de la enfermedad, manifestando en este momento ya una aceptación pues sus respuestas direccionan y dan cuenta de elementos que no se alejan de la realidad.

En relación al significado que los sujetos dan a la enfermedad como se puede observar en los relatos de los entrevistados, trae consigo un fenómeno importante afín, el cual es la forma en que de primer momento justifican su causa, misma que se puede encontrar en dos aspectos importantes, por un lado existe la influencia de una cultura e ideología y por el otro una religión en las que ambas marcan un estándar que direcciona la respuesta de la familia ante la enfermedad, que si bien, no todas estas pueden ser correctas, la familia busca de alguna manera la explicación a una situación que se ha presentado, este tipo de respuestas regularmente surgen en un primer momento cuando no se tiene conocimiento de la enfermedad o bien ésta se encuentra iniciando.

¿Cuál piensa que fue el origen de su enfermedad?

Esmeralda F1: *“... fijate que yo siempre le pedí a dios “no me mandes la enfermedad de mi papá” y ve, me la mandó...”.*

Rocío F2: *“Yo digo que es hereditario porque mi abuela materna murió del corazón y la paterna ella seguido sufrió de que le daban infartos, entonces dije, algo me va a tocar”.*

Dichos percepciones establecen una posición de la familia ante la enfermedad puesto que los entrevistados reflejan gesticulaciones de tristeza y miedo pues el haber experimentado la enfermedad de una forma cercana genera una idea de efectos futuros en su enfermedad.

Sin embargo cada una de estas creencias y percepciones traen consigo todo un rito sobre cómo llevar la enfermedad o como tratarla, respetando siempre las condiciones que ésta conlleva, pues al ser un fenómeno que pone en riesgo un tanto la vida de la persona, se trata que la mayor parte de la familia se involucre y de solución mediante esta.

Esto se evidencia y corrobora cuando la autora Kornblit, (1996) menciona que el acervo cultural de la enfermedad está determinado histórica y culturalmente, ella hace énfasis en la existencia de factores hereditarios, pues estos recaerán de primer momento como reales o supuestos ante la enfermedad.

Ante esta diversidad de ideas, donde finalmente cada una establece un significado y acciones particulares, es entendible que cada percepción direcciona las actuaciones futuras de los sujetos, en este sentido, es posible decir que la forma en cómo se presentó una enfermedad y cómo es concebida dependerán en gran medida las acciones tomadas.

Es considerable aquí la importancia de conocer en primer lugar el origen y acervo cultural que una familia tiene acerca de la enfermedad, muchas de estas consideradas dentro del núcleo familiar como irrompible o contrario a esto, se identifica un grado de flexibilidad. De esta forma se contempla que tan alejado se encuentra de la realidad el significado que dan a la enfermedad, considerando en cierta medida, la experiencia que tiene la familia en los servicios de salud, pues combinado con la creencia de la enfermedad, marcarán un escenario de actuación.

Al referir particularmente a la enfermedad diabetes mellitus, y de cómo los integrantes de las familias percibe de primer momento la enfermedad, se parte de que los sujetos en la mayoría de los casos ya presenta un conocimiento acerca de la enfermedad, no es desconocida o nueva dentro de la población y más aún en la familia, existen diversos tipos de información que se han ido repitiendo, debido al alto índice de población con este diagnóstico, los sujetos han ido construyendo toda una concepción, además de considerar que gran parte de las medidas tomadas ha sido una reproducción de lo ya vivido o bien de experiencias semejantes a una enfermedad como la diabetes mellitus.

¿Qué fue lo primero que pensaste de la enfermedad de tu mamá?

Paulina F1: Pues uno más de la familia.

¿Ya tenías familiares con antecedentes?

Paulina F1: Si, mi abuelito, tíos.

Esmeralda F1: Mi papá, un hermano, una hermana

Paulina F1: Pues ya era como que iba a ser parte de, la enfermedad la sentíamos parte de nosotros.

Se considera que la historicidad que ha tenido la enfermedad diabetes mellitus en la población refleja perfectamente las estadísticas de mortalidad en México⁹ puesto que en los núcleos familiares la enfermedad en la mayoría de los casos ha estado presente en generaciones anteriores, de modo que se vuelve una enfermedad conocida en la población.

Por otro lado, al referir la enfermedad de hipertensión arterial, y de cómo los sujetos perciben y dan respuesta al surgimiento de la enfermedad se encuentra que este no es ajeno al que se manifiesta en la diabetes mellitus, si bien se tenía un conocimiento acerca de la enfermedad, (regularmente relacionada como causa de la diabetes), como tal, los enfermos no la esperaban dentro de su proceso de vida o como parte de éste.

¿Usted se esperaba su enfermedad?

Rocío F2: *La verdad no, o sea si sabía que soy hija de un diabético pues dije algo me va a tocar pero no ésta, no ahorita o no tan de repente.*

Imelda F3: *La que tengo no, pero si esperaba que tuviera alguna enfermedad, más porque mi papá es diabético.*

Como se observa el significado inicial que se da al surgimiento de la enfermedad va muy relacionado con antecedentes familiares principalmente, lo que resulta importante conocer puesto que se podrá dar cuenta de cómo este va cambiando de acuerdo al tiempo y a la trayectoria vivida.

Es perceptible aquí que las definiciones al momento de conocer la historicidad que los entrevistados le dan a la enfermedad, no están tan alejadas de la realidad, incluso van muy relacionado con los determinantes sociales de la salud¹⁰, lo que apoya a dicha investigación en considerar en la actualidad a la enfermedad como un proceso social, así mismo, se puede notar que el conocimiento de la enfermedad hipertensiva y diabetes dentro de la población muy comúnmente está ligado a estilos de vida y antecedentes familiares los cuales son repetidos por generaciones así como las prácticas referente a la enfermedad.

⁹ Ver Tabla 3

¹⁰ Ver Imagen 1

- **Dinámica familiar ante la enfermedad hipertensiva y diabetes**

Dada la complejidad en cuanto a la configuración de la dinámica familiar, es pertinente saber en primer lugar, cómo es que las familias se conciben a sí mismas, tradicionalmente se tiene un concepto el cual ha sido heredado entre generaciones, sin embargo es importante no olvidar que esta ha tenido una serie de transformaciones las cuales evidentemente recae en el significado. En este apartado se busca describir con precisión retomando las voces de los sujetos, sobre la trayectoria la dinámica familiar contemplando cada uno de sus elementos ante la presencia de enfermedad crónica.

Las familias constantemente han sufrido cambios conceptuales y estructurales, sin embargo, al conocer las tres bases fundamentales para referirse a ellas, ya sea económicas, biológicas y sociales y psicológicas, se identifica que ante la presencia de enfermedad crónica en uno de sus integrantes, estos tienden a direccionar sus respuestas retomando la última de éstas, sociales y psicológicas, puesto que ante este tipo de situación, uno de los factores detonantes ya sea por parte del sujeto con enfermedad o por el resto de la familia, será la unión y el apego a sus integrantes como a continuación se manifiesta, considerándose como una totalidad, en la que se juegan distintas actuaciones, que se resumen en significados principalmente de tipo emocionales.

Inicialmente se habla de cómo es que los entrevistados se conciben como familia puesto que en el elemento de la dinámica familiar contemplado como **territorialidad** parte en considerar a la familia como ese espacio físico del hogar en que va relacionado con un sentido de pertenencia, es decir aquel lugar en el que se brinda convivencia y apoyo mutuo.

¿Qué entiende por familia?

Esmeralda F1: *Que entiendo yo por familia, pues la unión de familia, que tengo unida a mi familia o que puedo decir más.*

Rocío F2: *(lo piensa unos segundos no responde).*

Mariel F2: *Pues mamá, papá y hermanos. Unión familiar (responde la hija ante el silencio de su madre por no saber que responder).*

Imelda F3: *Familia, ya me la pusiste difícil, porque bueno siempre hablamos de familia, es la integración un conjunto de integrantes de personas que comparten un lugar, ideas.*

Dentro de estas afirmaciones se analiza que en las familias entrevistadas es perceptible la dificultad que les genera explicar fenómenos y elementos en los que se encuentran inmersos, es decir muy pocas veces están acostumbrados a dar cuenta de su experiencia o bien relatar acciones en las que normalmente se encuentran inmersos.

¿Crees que a partir de la enfermedad esta idea cambió?

Paulina F1: Pues sí cambió un poco en el aspecto de saber si mi mamá se siente bien o igual entre mis hermanas vernos más unidas y convivir para que ella estuviera bien.

Mariel F2: No tanto, nosotros siempre hemos sido familia. (Se refiere a la composición estructural, dada en integrantes con un determinado parentesco).

Iris F3: Creo que desde el diagnóstico, porque así antes yo no evitaba por ejemplo a mi mamá hacerla enojar o no trataba de cuidarla en algunos aspectos y desde que me enteré pues ya trato de cuidarla.

Es muy común que la idea o conocimiento que se tiene sobre un concepto cambie dependiendo los factores y trayectoria vivida. En este sentido referimos la concepción de familia puesto que al existir una dolencia o complicación en la salud, recae directamente sobre éste escenario, ya que las expresiones y significados que se den, describen en gran medida la necesidad insatisfecha, o bien, el beneficio recibido por parte del núcleo familiar, mucho depende estas dos opciones del tipo de familia del que se esté hablando, evidentemente el apoyo es en mayor proporción en aquellas familias con soporte o extensas, sin olvidar las actividades que desarrollen sus miembros.

Tal es el caso de la familia 1, al ser una familia con soporte, la unión y el apego está presente, sobre todo en la enfermedad; por otro lado, en la familia 2 a pesar de ser considerada también como una familia con soporte no acontece lo mismo, el sujeto con enfermedad no puede expresar el significado de familia ligado a que entre los integrantes han priorizado actividades personales de acuerdo a sus necesidades, las cuales los mantienen alejados de su núcleo familiar primario.

Esta definición se relaciona también a cómo los integrantes expresan y conciben la función que tiene la familia, esto en la mayoría de los casos haciendo referencia al parentesco y afinidad, tal como lo menciona (Dubravka & Morna, 2014), así como en aquel sistema en el que se expresa comunicación y apoyo mutuo.

Tal concepto evoluciona al ritmo que en la familia se presentan diferentes escenarios, de esta forma se entiende que al existir una enfermedad como diabetes e hipertensión el apego que se presenta dentro de la familia aumenta, llegando a ser importante y a su vez un factor clave en la evolución positiva de la enfermedad, evidentemente con apoyo de los elementos que se juegan dentro de su dinámica.

¿Qué importancia le da a la familia, ante la enfermedad?

Paulina F1: Pues la importancia es mucha y este a parte vernos unidas pues somos seis mujeres no, vernos unidas vernos conviviendo bien eso es lo que la fortalece a ella.

Esmeralda F1: *Solo pienso en mis hijas, que las amo, no podría llevar mi enfermedad sin su apoyo y comprensión que es lo más importante (interrumpe a su hija para manifestar la importancia que le dan, ambas se quedan viendo y corroboran lo dicho con una mirada expresando cariño y afirmación)*

Roció: F2 *Es importante porque me ayudan y están al pendiente, a sus posibilidades verdad, no puedo exigirles pero si está en ellas apoyarme a mí me da gusto.*

Imelda F3: *Toda, es todo para mí, el saber que tienes a alguien que esta incondicionalmente para ti, te hace sentir protegida.*

Con base en esto, es pertinente identificar que las formas y lugar de convivencia entre los miembros de la familia es detonante al referir el significado que le dan, esto a partir del conocimiento del diagnóstico, en este caso la modificación se evidenció por igual, ya sea en diabetes o hipertensión.

¿Qué significado le da a las convivencias en el hogar?

Esmeralda F1: *Sí mira, cuando yo estoy en tu casa y van mis hijas a verme que hacemos una comida yo lo disfruto, lo vivo, me da mucha emoción y todo ver a mis nietos porque tengo puras hijas porque eso para mí es mi hogar mi fortaleza para mí*

Roció F2: *Es una cosa bonita porque estamos reunidos, es aprovechar el tiempo que están conmigo y estamos justos conviviendo, es algo bonito.*

Imelda F3: *Es una situación importante es convivencia es estar en un lugar donde me da seguridad*

Un aspecto importante al referir la convivencia en la familia, es involucrar los lugares destinados a la ejecución de estas, la vista domiciliaria aportó en el sentido de percibir como es que el hogar estructuralmente¹¹ facilita lugares que propicien dicha convivencia, entre mayores divisiones existan en los espacios de la casa la relación permeará en el sentido de poner barreras para la convivencia, contrario a

¹¹ Ver anexo 2.

esto si existe una relación y visibilidad en donde se note la presencia de los integrantes en cada espacio de la casa, se podrá involucrar y percibir las actividades representando una convivencia fluida.

¿En qué parte del hogar tienen mayor convivencia todos los miembros de la familia?

Esmeralda F1: Yo digo que cuando acabamos de comer, que hacemos la sobre mesa y pues estamos ahí platicando de cómo nos fue en el día y así de los planes que tenemos.

Roció F2: Cuando acabamos de comer que nos vamos ahí al pastito y estamos platicando o en el comedor también, casi siempre es cuando vienen mis hijos que hacemos una comida aprovechamos para convivir y platicar.

Imelda F3: Creo que es cuando terminan nuestras actividades, regularmente los fines de semana ya que cada quien tiene horarios distintos y responsabilidades, al final de la semana nos ponemos a ver la televisión o una película, es el momento en que mis hijos y nosotros nos juntamos y platicamos.

A partir de la enfermedad, ¿siguen siendo estos?

Paulina F1: Fíjate que no, sabemos que mi mamá tiene por así decirlo un vicio por la comida, alomejor no tanto de comer pero si de preparar comida y darnos nuestros gustos y todo eso, lo prepara para no comer ella pero cuando estamos ahí, se le antoja, a veces no siempre, y entonces come, por eso cuando vienen mis hermanas tratamos de alejarnos de la cocina, un poco, no tanto porque ellas vienen a comer siempre pero si reducir el estar en la cocina que es donde hay comida.

Rocio F2: A veces, te digo que ya mejor nos salimos al pastito a que me de aire y estar relajados un ratito, vemos jugar que a los niños y ya después nos metemos.

Iris F3: Creo que sí, a veces, como sobrina ya empieza a caminar nos salimos al jardín pero muy pocas veces, casi siempre es en la sala.

Es importante evidenciar que en el caso de las familias entrevistadas los espacios que se destinan a la convivencia son en aquellos en donde existen la presencia de alimentos, es decir la convivencia está relacionada en lugares donde hay fácil acceso a los alimentos, aspecto que tiene consideraciones específicas referente a los cuidados en la enfermedad crónica.

Se puede analizar, que uno de los principales factores que se manifiestan en la familia, es justamente esa necesidad de apego y convivencia familiar, evidentemente solicitada por el sujeto con diabetes e hipertensión, de esta forma, la familia marca ciertos lugares y escenarios estableciendo características que facilitan la convivencia y sobre todo comunicación entre los miembros de la familia, el autor Ledón, (2011) menciona al respecto de estos relatos, que la familia se vuelve la

fuente de apoyo por excelencia ante la enfermedad, de modo que se ve reflejado al resaltar la importancia de la familia por parte de la persona con enfermedad.

Teniendo como punto de partida la forma en que los sujetos se conciben como familia, se puede hacer notoria la importante participación que juega esta ante la enfermedad, pero sobre todo las características que integran los elementos de la dinámica familiar.

Dentro de la **estructura familiar** uno de los elementos principales que se encuentran son los **subsistemas**, dados en tres categorías: Conyugal, parental y fraterno. En el caso de las familias de estudio, tales subsistemas no manifestaron ningún cambio, es decir dentro del ciclo vital en el que se encuentran las familias, los subsistemas mantuvieron las mismas conductas.

Sin embargo ante la presencia de enfermedad hipertensiva y diabetes mellitus, se observó que en el caso de las familias, que el subsistema fraterno estuvo mayormente marcado y con participación constante dentro de la familia, puesto que la unión entre los hermanos fue fundamental ante la enfermedad de modo que se mostraron lazos fuertes de organización y cooperación, evidentemente manifestados como apoyo ante la enfermedad crónica.

Esto se relaciona con lo que plantean los autores Robles, Eustace & Fernández (1987) al decir que la enfermedad manifiesta dos parámetros importantes flexibilidad y rigidez, en el caso de familias que no manifiestan cambios en los subsistemas, se entiende que está dado de acuerdo a una flexibilidad de la familia para adaptarse a cambios como la enfermedad.

De igual forma esto depende en gran medida de los límites dentro de cada subsistema, así como la forma de emplearlos. En el caso del caso de las familias de estudio se encuentra que cada una por ser diferente, el resultado evidentemente consta de ciertas características no ajenas a la realidad.

¿Qué entiende por límite?

Esmeralda F1: *O sea que hay límite que no puedes hacer lo que quieres, tiene que haber un límite para todos, no puede hacer lo que ella quiere si estoy yo, o sea hay límites.*

Rocío F2: *Qué entiendo por límite que no, no se pase alguien, como una barrera y hasta aquí llegaste nada más.*

Iris F3: Una barrera o un algo que no se puede hacer.

En esta circunstancia los límites entre los subsistemas son muy notorios es decir, son perceptibles puesto que se manifiesta el reconocimiento por parte de los miembros de la familia, al responder estas cuestiones se nota la seguridad en cada uno, es decir siguen siendo presente aun cuando se cuenta con enfermedad hipertensiva o diabetes, particularmente están dados de acuerdo a la etapa de vida en el que se encuentren.

¿Qué límites crees que han existido en tu familia?

Paulina F1: Tengo límites presentes aunque igual como ya tenemos la edad suficiente para tomar decisiones pero siempre marcando como el estándar que nos marca ella, es decir hasta acá puedes llegar y hasta acá no.

Rocío F2: *Pues por ejemplo que te puedo decir que si alguien de mis hijos se quiere propasar, sabes qué pues no.*

Imelda F3: *Sí, hay ciertas horas para llegar a la casa, por ejemplo, ciertas reglas por ejemplo tener orden en la casa.*

De esta forma, se analiza que conceptualmente los límites entre subsistemas están marcados y reconocidos, por lo cual, no sufren alguna modificación, sin embargo, el tipo de límite está dado por la forma de ejecutar o expresarlo, fenómeno que presenta un cambio dentro de las familias, muy comúnmente ligado al tipo de familia y evidentemente al subsistema del que se esté hablando.

Sin embargo se ve que nuevamente uno de los detonantes que genera un cambio, es la convivencia y apego familiar, tal es el caso de la Familia 1 como ya se sabe los niveles de apego son constantes dentro del núcleo familiar, de esta forma, se evidencian límites claros entre los subsistemas, por tal motivo se sabe que ante la enfermedad, éstos seguirán el patrón que se venía manejando dentro del núcleo familiar, ligado a los distintos escenarios que se presentan. Cosa que no pasa en las familias 2 y 3 puesto que en la propia concepción de límite, se observa claramente la rigidez que se maneja entre los subsistemas.

Paulina F1: Sí, antes se veía menos porque finalmente estábamos más chicas y es más marcado él, no se la educación o los límites, ... un factor importante que jugó nuestra familia fue criarnos sin un papá tanto las menores como mayores, ese factor nos enseñó que todas tenemos que estar ahí todas tenemos que servir a nuestro fin común y estar unidas y ni modo, a darle, es que te digo siempre fuimos de esa mentalidad abierta de no ir marcando como que todo tiene que ser recto o así no siempre va tener su matiz.

Por otra parte, al referir los **límites** de forma general dentro de la familia con diabetes e hipertensión, es decir, aquellos que involucran de la misma forma a todas las partes, se conoce que en primer lugar la familia hace referencia a límite por la forma en que es llevada la enfermedad o bien aquellos elementos que marcan una aceptación o prohibición referente al diagnóstico presentado.

¿Qué límites existen de acuerdo a la enfermedad de tu mamá?

Paulina F1: La comida definitivo, todas aprendimos a moderar, todas aprendimos a vivir, con pues con la enfermedad y a tomar como si fuera nuestra también, porque fue como así; no se puede tomar refresco, todas no podemos tomar, en casa siempre tomamos agua simple, ya en una fiesta o fines de semana si se hace algo más pues vamos, nos damos el gusto de tomar refresco o agua de sabor o un dulce pues nos damos ese gusto. Pero sí, esos son nuestros límites, la comida, tenerla más controlada.

Mariel F2: Sí, por ejemplo; si antes todo el día no descansaba, ahora se para, tiende su cama y desayuna y se tiene que acostar, o si no se va a acostar, así sentada tiene que descansar.

Iris F3: Alimentación, ya no comer tanta sal en las comidas, ni azúcar ni tanta grasa.

Es evidente aquí la relación que hacen los miembros de la familia en cuanto a límites con hábitos alimenticios o actividades diarias, si se habla que los integrantes refieren límite como prohibición o aquella barrera, es entendible que se relacione con las formas en que es llevada a cabo la alimentación y vida cotidiana, esto ligado al bienestar y la salud del familiar con diabetes o hipertensión.

Estas características responden a los postulados que hace la AMD, (2016) puesto que los familiares refieren que la enfermedad ha sido parte de la vida cotidiana, incluso llegar a considerar los mismos cuidados de forma general en todos los integrantes, de modo que facilita tener una oportunidad importante para que toda la familia tenga un estilo de vida más saludable.

Justamente es en este elemento donde se identifica una modificación detonante ante la enfermedad hipertensiva o diabetes, si bien el apego y convivencia familiar se han manifestado ante el diagnóstico, de igual forma se hace énfasis en los hábitos alimenticios como uno más, el cual se visualiza en este componente de la dinámica familiar, ya que marca una modificación dentro de esta, dada después del conocimiento de la enfermedad.

Además del apego y convivencia entre los miembros se hace notoria la participación y modificación en donde todos los miembros sufren un cambio en cuanto a hábitos alimenticios, puesto que se marca una condición general entre la familia.

Ahora bien, tomando otro de los elementos de la dinámica familiar, al hablar de **jerarquías** dentro de una familia con diabetes e hipertensión, estas no sufren alguna modificación, puesto que regularmente se hace uso de este elemento cuando se tiene la necesidad de tomar decisiones que impliquen una elevada importancia referente al diagnóstico.

En este caso es muy común que las familias hagan referencia a jerarquías como autoridad, es decir, aquellas personas que fungen en la familia como una figura la cual, es quien aprueba y decide las diversas situaciones que se presentan. Es muy común que ésta autoridad se dé bajo cada subsistema existente así como al tipo de familia que se trate.

Al cuestionar a los integrantes de la familia sobre las jerarquías existentes en el hogar, todas estas fueron referidas a la figura contemplada dentro del subsistema conyugal, es decir, los padres, de modo que esta no sufrió modificación alguna ante la enfermedad.

A partir del conocimiento de la enfermedad ¿con qué persona acuden primero?

Paulina F1: Sí, igual con ella, yo creo el diagnóstico no permeó en ese aspecto (...) sí me refiero a las situaciones cotidianas que pasan en la casa, con ella siempre acudimos primero,

Mariel F2: Ante cualquier cosa es ella (refiriéndose a su madre), así se ha manejado siempre

Imelda F3: *Su papá.*

Dentro de este aspecto se analiza que dichas jerarquías entre los miembros de la familia son claras debido a que la enfermedad no incapacita a la persona en el sentido de tomar decisiones o bien hacer uso excesivo de esta autoridad, lo cual permite que aun cuando se presenta una enfermedad crónica como diabetes e hipertensión, éstas seguirán siendo claras.

Sin embargo, es notorio que si bien no existe un cambio relevante en las jerarquías de los integrantes de las familias entrevistadas, surge la existencia de un personaje denominado cuidador primario, mismo que es fundamental en cualquier caso de

enfermedad, el cual no sustituye la jerarquía de autoridad dado en un núcleo familiar, pero sí representa una figura importante por parte del resto de la familia, principalmente cuando se hace referencia a la enfermedad.

En relación a las jerarquías establecidas en las familias, está muy ligado a otro de los elementos de la dinámica familiar contemplado dentro de la estructura, conocido como las **alianzas** que se generan entre los miembros de la familia.

Dichas alianzas juegan un papel fundamental en la trayectoria de la dinámica familiar, ya que ante la presencia de enfermedad son modificadas, convirtiéndose en estereotipadas, puesto que a partir del conocimiento de la enfermedad se ejecutan de manera constante en distintos integrantes donde el objetivo es diferente.

¿Quiénes son las personas que manifiestan mayores alianzas o relación entre ellos ante la enfermedad?

Paulina F1: Ahora pues es casi siempre yo con mi mamá, como soy la más chica y pues paso más tiempo con ella estamos más en comunicación.

Mariel F2: Pues si estamos todos mitad y mitad, pero casi siempre mi hermana gemela la sigue mucho.

Imelda F3: *Principalmente yo con mi esposo.*

Se puede decir que dichas alianzas son estereotipadas puesto que de acuerdo a la duración del diagnóstico así requiere que sean, se conoce también que éstas no llegan a convertirse en coaliciones, muy probable por que la jerarquía no se ve afectada, causa por la cual existe presente una autoridad quien establece orden.

Dichas alianzas se van a ver influenciadas con mayor presencia en aquellas familias con soporte, puesto que existe una mayor opción entre los miembros de familia, así como una variedad de puntos de vista. Principalmente esta alianza se va a dar entre hermanos, es decir aquellos que son cercanos a la persona con enfermedad hipertensiva o diabetes y los que no son muy frecuentes en cuanto a visitas.

¿Hay alguna persona que regularmente no esté de acuerdo con lo establecido referente a la enfermedad?

Paulina F1: En la casa pasa, que como estamos mi hermana y yo con ella toda la semana, cuando es fin de semana o una fiesta o algo así que nos reunimos, mi hermana Laura es la que empieza como a cumplirle algún capricho o así que, pues come esto y ya toda la semana te cuidas, entonces mi hermana y yo que vivimos con ella si es como que estar ahí al pendiente y pues unimos para saber qué come o no cuando no estamos en casa.

Mariel F2: Mi hermano, porque él quiere hacer siempre lo que él dice, él quiere como ahorita que ella se enfermó él quiere a fuerza quiere que se atienda en Puebla, todo quiere que sea en Puebla, pero mi mamá no quiere, yo le digo que aquí hay doctores, que no es necesario ir hasta Puebla, entonces como somos todas mis hermanas y mi mamá contra él pues no se hace.

En el caso de una familia que se encuentre en el ciclo vital adolescencia, por ejemplo, sucede que ante la enfermedad, principalmente en uno de los padres, las alianzas estarán dadas además de entre el subsistema conyugal, también entre los hijos, respetando las jerarquías de cada uno y considerando al mayor como un elemento importante ante el resto de los hijos.

Imelda F3: *Con David, a él si le he dicho, en caso de que pase esto en mi enfermedad o que en la familia se compliquen situaciones, tienes que hacer esto.*

Dentro de la trayectoria referente a las alianzas en una familia, se puede ver que estas sufren un cambio importante, pero no drástico, de acuerdo a la forma en que se da entre los integrantes de la familia, puesto que están dadas entre las personas que tienen mayor conocimiento de la enfermedad o bien aquellas que están en comunicación constante con el integrante diabético o hipertenso, sin embargo, el objetivo sigue siendo el mismo, respetando aquel acuerdo el cual se ve influenciado por un propósito en común.

Ahora bien, dentro de estas alianzas surge otro de los elementos importante de la dinámica familiar, el cual está contemplado dentro del apartado de **funcionamiento familiar**, es decir aquellos elementos se hacen “para mantener las funciones de la familia” (Delage, 2010). En primer lugar se refiere la **comunicación**.

Ante la enfermedad hipertensiva o diabetes, la comunicación toma un papel importante dentro de la dinámica, pues es uno, o bien, el elemento principal que muestra resultados. Tal como lo menciona Luhmann, al considerar la comunicación como eje principal al hablar y analizar la familia “En la teoría sistémica luhmanniana, la comunicación produce y reproduce la sociedad” (Urteaga, 2009).

Considerado también como otro de los elementos que se suman a la lista, los cuales mayormente sufren cambios a partir del conocimiento de la enfermedad o bien representan una importancia ante ésta. Apego, convivencia, hábitos alimenticios y comunicación.

La comunicación se observa desde cómo la gente se está enterando de su enfermedad, y si alguien dentro del núcleo familiar lo percibe también, pues de esta forma se hace notar el cambio que se ha generado antes y después de la enfermedad.

Es importante mencionar y analizar que si algún integrante en la familia percibe cambios ajenos al comportamiento regular de la persona con enfermedad antes de su conocimiento, es posible que exista un grado de comunicación frecuente o bien comportamientos que den pie a la identificación de una importante comunicación.

¿Cómo se enteró de su enfermedad?

Esmeralda F1: *Pues así sintoma que yo tuviera que ya tenía la diabetes o eso, no en realidad no tuve ningún ningún síntoma ningún cambio, nada más de que yo tenía muchas hemorragias y eso de la menopausia y ya fui al doctor y ya te hacen un chequeo general y entonces ya salió que ya estaba altísima de la azúcar ya tenía 360 de azúcar.*

Rocío F2: *Porque me dio el dolor, cansancio, me dio mucho dolor de cabeza y mucho frío y fui al médico y me dijo que tenían que hacerme estudios porque mi presión no estaba normal (...).*

Imelda F3: *Por la presión tuve síntomas, me cansaba me sentía agotada.*

¿Alguien de la familia notó que algo extraño pasaba en su salud?

Esmeralda F1: *Notar antes que yo, no, no.*

Rocío F2: *No pues no, yo sentí.*

Imelda F3: *No nadie, fue por mis síntomas.*

Es perceptible aquí la identificación de aquellos síntomas que refieren a cada diagnóstico, Sí bien es una enfermedad que puede o no comunicar alguno, aun es desconocido por los miembros de la familia, hasta por el mismo sujeto con enfermedad.

Sin embargo se da el caso también, que no es perceptible la enfermedad de primera mano por parte de un integrante de la familia, pero sí existe una comunicación directa con alguno de éstos cuando se tiene la sospecha de enfermedad, es decir, aquella persona que se encarga de corroborar la enfermedad y dar las primeras soluciones.

¿Qué hicieron ante los síntomas?

Rocío F2: *Le hable a ella (refiriéndose a Mariel F2) y ella le habló a un médico amigo de nosotros y ya le dijo que fuera al doctor porque no era normal y luego ya le habló a otro doctor igual conocido y él dijo lo mismo que necesitaba acudir lo más pronto que se pudiera al doctor.*

Ahora bien, es importante mencionar como es que se da a conocer la enfermedad en la familia pues es un mecanismo importante que permite profundizar e identificar quienes son las personas, hasta cierto punto claves, que muestran un interés o bien son parte fundamental del círculo familiar ante la enfermedad

¿Quién comunico la enfermedad?

Esmeralda F1: *Mmm Yo, yo fui quien les dijo.*

Rocío F2: *Ella, creo (señala a Mariel, esta lo afirma con su cabeza)*

Imelda F3: *Eso si no se, supongo que mi esposo*

Al referir esta interrogante, las entrevistadas, tomaron unos segundos para responder, se percibe que antes de la enfermedad crónica estas eran las encargadas de dar cuenta a los demás integrantes de la familia, a partir de la enfermedad esto se modifica y surge un duda que se responde entre titubeos.

¿Cómo lo comunicaste?

Esmeralda F1: *Te digo que como mi papá tenía esa enfermedad, ellas ya la sentían presente, por así decirlo, yo lo sentía, de hecho se dieron cuenta cuando yo estaba comiendo bien y tomando medicamento y también cuando pues iba a mis consultas, ahí fue cuando ahí les dije, por la situación que había pasado mi papá y que ellas habían visto todo, no quería que se preocuparan, pero afortunadamente lo tomaron bien luego luego empezaron a salir las alternativas.*

Mariel F2: *Pues les hablé para que vinieran a la casa y ya pues les dije que estaba enferma que le habían dicho que estaba mal de la presión, les hablé y si vinieron todos y pues ya les dije lo que el doctor nos había dicho que era un riesgo si no se atendía.*

Iris F3: *A mí me lo comunicó más David, él me explico lo que tenía mi mamá de una forma que fuera fácil para mi entender, me dijo las consecuencias que podía tener su enfermedad y pues las formas que podíamos evitar que algo más sucediera. Pero a él primero se lo dijo mi papá y obvio mi abuelita ya sabía también, yo creo que a ella fue la primera a la que le dijo mi papá y luego a nosotros.*

Como se puede observar las formas de comunicación entre los miembros de la familia son muy ligadas a las jerarquías y roles entre los integrantes, ya establecidos previamente al diagnóstico.

Un factor importante que surge sin lugar a duda en esta trayectoria, es que dentro de las personas que comunican la enfermedad con el resto de la familia o bien brindan soluciones, se identifica las nuevas figuras de liderazgo específicamente referente al diagnóstico, que a su vez surgirán alianzas o como ya se mencionó este asume el papel del cuidador primario.

Ahora bien, al hacer referencia a la comunicación de una forma detallada, se encuentra que evidentemente se genera un cambio, puesto que de forma general se sabe que antes del diagnóstico no se tiene la necesidad o el hábito de informar constantemente actitudes o cambios con cada integrante. Para especificarlo se plantean las siguientes variantes:

Por un lado la comunicación involucra las formas en que los sujetos con enfermedad ya sea diabetes e hipertensión dan a conocer o comunican sus necesidades reales a los miembros de la familia, así como inquietudes e inconformidades evidentemente referentes al diagnóstico.

¿En algún momento se les dijo a los integrantes de la familia que tenían que dejar de hacer ciertas cosas para el beneficio de la enfermedad?

Esmeralda F1: *Fíjate que ellas pensaban que yo me molestaba que comieran así que galletas o pastel enfrente de mí, créeme yo no les puse en esa disyuntiva de: no pueden comer, porque, o sea yo les digo coman o sea coman y disfrútenlo ahorita que ustedes pueden, yo no puedo y no se me antoja, eso es lo mejor que no se me antoja. O también trato de hacer otras cosas en ese momento para que no se incomoden que las vea comer.*

Iris F3: *Sabemos que a mi mamá le molesta que le ocultemos cosas que nos pasan, sobre todo si son importantes, antes le contábamos todo lo que fuera y ahora es el temor a que se ponga mal, entonces; como sabemos que por su enfermedad no puede recibir noticias fuertes tratamos de todos buscar la mejor manera para contarle, también ella sabe que no se tiene que alterar.*

Por otro lado, cuando el integrante con enfermedad puede no comunicar sentimientos y expresiones que surgen o están presentes en su diagnóstico, pero que por medio de actitudes son pieza clave para que los miembros de la familia puedan conocer aquellas inquietudes o inconformidades.

En cuanto a comunicación, ¿notaste algunos comportamientos en tu mamá que antes no sucedían?

Mariel F2: *A veces veía que mi mamá se guardaba cosas porque la veía seria y me di cuenta que era cuando venían mis tías o vecinas y que preguntaban que de su enfermedad, mi mamá se enojaba que les diéramos detalles o por así decirlo que la acusáramos, pero ella no me lo decía, por eso ya después platique con mis hermanos y quedamos en no dar tantas explicaciones y también en no estar recordándole lo que tiene o no que hacer enfrente de la gente, más que nada por el carácter de mi mamá, al final de cuentas si sus hijos sabíamos que se había sentido bien eso era lo importante, solo saber entre nosotros porque después lo único que hacían era llenarla de información de su enfermedad y hacerla que se complicara más.*

Cuando las entrevistadas narran esta experiencia, se hace notorio que efectivamente existe una trayectoria que parte de un proceso de descubrimiento, evidentemente para llegar a estas actitudes pasaron determinadas situaciones, en las cuales la observación de las integrantes de la familia ante las distintas conductas y comportamientos que manifestaron las integrantes con enfermedad, se pudieron llegar a estas conclusiones.

Contemplando estas dos variantes es que se considera a la comunicación como uno de elementos de la dinámica familiar que sufre mayores cambios ante la enfermedad, la trayectoria que se genera en la familia va acompañada de aprendizajes que surgen en el curso y evolución de la enfermedad los cuales es de suma importancia ser captados por lo integrantes de la familia, ya que como se puede observar muchas de las inquietudes son comunicadas de diferentes formas.

Otro de los aspectos importantes en este elemento de la dinámica familiar tiene que ver con que las familias toman como apoyo primordial la comunicación para llegar a la organización entre los miembros de la familia. Es decir, cuando dentro de los integrantes surge la figura del apelador o conciliador que busca integrar a los miembros de la familia respetando su aprobación para distribuir las distintas actividades, las cuales, cotidianamente son realizadas por el sujeto con enfermedad, pero que ante la presencia del diagnóstico tiene que ser remplazadas.

¿Cómo fue la organización en la familia?

Mariel F2: Cuando supimos de la enfermedad fue pues ayudarnos y ayudarla entre todos los hijos, bueno los más cercanos y los que podíamos, a sus cosas, por ejemplo; ella lo que no puede hacer ahora nosotros nos acomodamos, hablando entre nosotros y decir; bueno si tú no vas a ir tal día por tus hijos o tus cosas, te llevas la ropa y yo me voy a la comida. Y sí, a nadie nos molestó eso porque pues sabemos que tenemos que organizarnos de alguna manera.

Paulina F1: Siempre que viene alguna de mis hermanas a visitarla yo trato de hablarles antes para decirles: Sabes que, si vienes trae fruta o comida que no tenga tanta grasa y sal no sé, ensaladas y eso. Así evitamos que mi mamá haga de comer y se mal pase con nosotras también. Obviamente con el pretexto de que queremos que estemos juntas platicando conviviendo que es finalmente lo que más le gusta a ella y ella no se canse haciendo de comer.

Se puede observar que la comunicación entre los miembros de la familia ante la enfermedad representa un elemento de suma importancia para su evolución y bienestar, sin embargo, el cambio suele ser drástico pero sin llegar al punto de

generar inestabilidad o conflicto que cause una destrucción entre los integrantes de la familia, puesto que la enfermedad no requiere discutir aspectos importantes que involucren decisiones que se alejen de la vida cotidiana, o bien caigan en subjetividad de los mismo integrantes, se observa que los cambios en cuanto a comunicación se ven reflejados sobre todo en las actitudes cotidianas de los integrantes y en su organización.

A partir de la comunicación se observa que los roles detonan acciones y elementos que dan pie a generar una dinámica entre la familia desde del conocimiento de la enfermedad. Se sabe que históricamente “los roles cambian y se modifican durante el curso de vida familiar” (Díaz & Pérez, 2007) de esta forma, al presentar una enfermedad crónica no es la excepción.

Durante la trayectoria de la enfermedad los **roles** de género no representan un cambio total ante la presencia de diabetes mellitus o hipertensión, es decir, de acuerdo a la etapa de vida en la que se encuentra y el rol que el enfermo ha asumido desde los inicios no cambia, puesto que la enfermedad no representa una restricción para realizar las acciones que en cada uno implica.

¿Considera que la enfermedad permeo en el rol que representa en su familia?

Esmeralda F1. *No, Yo sin ningún, ningún problema puedo hacer las cosas que como mamá me corresponde, tener la casa limpia, hacer de comer, velar por mis hijas o sea esas cosas que a una como mamá le tocan.*

Rocío F2: *Pues yo la hago de todo porque ya vez que mi esposo no habla ni oye por lo tanto a mí me toca todo, aun con mi enfermedad (...)*

Imelda F3: *no, yo tengo uno muy importante soy de todo, como mamá todóloga (...) Realmente sigo con mi vida cotidiana, trabajo, estoy al cuidado de mis hijos, de mi esposo, las actividades del hogar, evidentemente con restricciones y cuidado pero sigo con mi papel de madre.*

Esto sucede de igual forma con el resto de la familia, los roles de género considerados en cada uno de los integrantes suelen conservarse y permanecer aun cuando se tiene el conocimiento de enfermedad crónica.

¿Notas algún cambio en el rol que desempeñas, a partir de la enfermedad?

Mariel F2: *Todo sigue igual, yo tengo mi familia mi esposo y mis hijos, sí le ayudo a mi mamá con el que hacer y las cosas de la casa pero eso no me quita responsabilidad como ama de casa y me tengo que dar tiempo para hacer mis cosas.*

Iris F3: *Pues yo puedo ver que cada uno sigue teniendo el papel que le corresponde (...) mi mamá siempre es la que nos ayuda en todo, tiene la mayor confianza de todos, mi papá,*

él nos da permisos y acudimos ante cualquier cosa, mi hermano él tiene más mi confianza y siempre me cuida, solo es que contribuimos un poco más para el beneficio de mi mamá.

Ahora bien, al hacer referencia a los roles explícitos, es decir aquellos que están dados entre los miembros de la familia en donde cada uno conoce las actividades a desarrollar se puede notar que presentan pequeñas modificaciones, con el fin de hacer una repartición de funciones las cuales disminuyen las actividades realizadas por el integrante con diabetes mellitus e hipertensión

¿Hubo alguien que hizo repartición de tareas? ¿Se sumaron tareas a las que comúnmente tú realizabas?

Mariel F2: Sí dejó algunas responsabilidades, a mí, yo me encargo de que la comida esté lista, de prepararle jugo a mi papá especialmente para lo que él tiene, a las 10 tiene que estar la comida caliente para almorzar.

Iris F3: Sí claro, mi papá delega responsabilidades con todos, nos comenta y dice que es lo que se tiene que hacer para cooperar con actividades de toda la casa más con las que le podemos ayudar a mi mamá.

En el caso de la familia 1, dichos roles no presentan las mismas modificaciones, puesto que el resto de los integrantes realiza actividades que le permiten estar alejados del hogar, sin embargo, también reconocen la importancia de repartir funciones con el fin de disminuir actividades referentes al rol del miembro con enfermedad.

Paulina F1: Claro, antes pues mi mamá hacía todas las actividades correspondientes a lo que hace una mamá en casa, ya sabes, la comida, la ropa, los cuidados, aseo y todo eso, que realmente aportamos pero solo los fines de semana que podemos porque sabemos que ella está al frente de eso, ahora pues ya que trabajamos y que no podemos estar al 100% como quisiéramos, tratamos de pagar a una persona que nos ayuden con el quehacer no, ya que sabemos que mi mamá por su salud es mejor que no lo haga, y como te darás cuenta el aspecto de hacer la comida ese no se lo podemos quitar, y está bien porque le gusta pero sí sabemos que el trabajo debe de ser menos para que ella esté bien.

De acuerdo a estos ejemplos, se identifica que estructuralmente cada uno de los roles sigue establecido y reconocido por los integrantes, sin embargo, los cambios surgen a partir de las funciones y actividades que realizan, es decir, dentro de las tareas y acciones que cada miembro tiene establecida, se suman aquellas que se creen pertinentes para disminuir la carga al miembro con enfermedad crónica.

Por otro lado, al hacer referencia a los roles implícitos o emocionales principalmente aparece el rol del cuidador primario, el cual dentro de la trayectoria se encuentra que surge y está dado por las siguientes características:

En el caso de familias que se encuentran en el ciclo vital: Adolescencia, este es representado frecuentemente por la pareja de quien presenta diabetes mellitus o hipertensión, en familias con soporte y extensas regularmente este rol lo asume una mujer muy comúnmente la menor dentro de los hijos o aquella que tiene mayor accesibilidad a la vida cotidiana de la persona con enfermedad crónica.

¿Quién es la persona que está a cargo de los aspectos relacionado a la enfermedad?

Iris F3: Mi papá, siempre ha sido el que nos platica de la enfermedad de mi mamá de cómo ha ido avanzando o los cuidados, como él fue el que la llevó con los médicos, nosotros preferimos preguntarle a él.

Paulina F1: Como en la casa solo quedamos mi hermana y yo solteras y las dos trabajamos creo que yo soy la que estoy más al pendiente de ella, de su comida, las consultas la acompaño, igual siento que ella prefiere que yo la acompañe como soy la más chica de las seis, ahorita pasamos más tiempo juntas y siempre he creído que ella me cuenta más sus cosas a mí (Esmeralda F1 se ríe y la abraza).

Rocío F2: *Ella es la que está más al pendiente pues como vive ahí conmigo y es la más chica se prestó para que me apoyara con las cosas que no puedo hacer tanto por mi enfermedad (...) se refiere a Mariel F2.*

Otra característica que se puede notar, es que el rol del cuidador primario es asumido por la persona que brindó las primeras soluciones ante el conocimiento de la enfermedad, es decir, aquella que acompaña el proceso de información, de esta forma al ser la primera del resto de los integrantes que se involucra en el proceso, los miembros de la familia asumen y reconocen ese rol.

¿Cómo fue la búsqueda de información o su organización referente a la enfermedad?

Paulina F1: Mmm creo que nunca nos pusimos a pensar eso, más bien fue como que mis hermanas obviaron que Karina y yo que somos las que vivimos con ella, nosotras estamos más al pendiente de su comida, así ellas nos preguntan de su salud y lo que dicen los médicos y todo eso pero sí, casi es entre las dos, pero como te digo siento que tengo más su confianza y yo soy la que estoy más ahí.

Mariel F2: Sí, desde un principio supe que mis hermanos iban a dejarme esa responsabilidad, y que no me pesa, es mi mamá, vivimos con ella pero sí mis hermanos siempre cuando vienen me preguntan y de cierto modo a veces como que me piden permiso y ya digo si mi mamá puede o no comer o salir o saber de algo.

Iris F3: Yo creo que mi papá sabía que a él le correspondía, mi hermano y yo no sabemos cómo llevar eso y bueno él es médico nosotros aceptamos que fuera el quién llevara la

enfermedad de mi mamá, (...) sí, también mi abuela y David se involucran a veces pero más más es mi papá siempre.

Es perceptible que el rol del cuidador primario tiene una importante actuación ya que es esencial que el enfermo y el resto de los integrantes lo reconozcan y acepten, de esta forma su participación tendrá gran relevancia en la evolución del diagnóstico. La ADM (2017) menciona al respecto que la actitud de la familia sobre el cuidador primario es crucial para el establecimiento de pautas saludables para el manejo exitoso del enfermo.

Además del cuidador primario surge otro de los roles que también se identifica dentro de la trayectoria de la dinámica familiar ante la enfermedad, este puede considerarse de cierto modo opuesto al del cuidador primario, ya que gran parte de sus acciones tienen efectos no favorables en las funciones realizadas por este, es decir, el integrante que desarrolla el rol referente a modelos y patrones de conducta.

¿Hubo alguna persona que tomó de otro modo la organización que se plantearon?

Mariel F2: Pues normal todos lo tomamos como lo que era, solo mi hermano dijo que por qué no se iba a Puebla que allá había especialistas del corazón, fíjate que él siempre quería que hiciéramos todo lo que él quería, como es el único hombre yo creo que por eso, pero mis hermanas y yo siempre lo hacíamos y lo hacemos por votación y por lo que mi mamá decida, y él se tenía que aguantar, y la forma de llevarnos la contra era que cuando visitaba a mi mamá, que le traía un dulce de Puebla o un mole y ya vez que mi mamá no puede comer eso, pues era el echarnos a pelear y echar a perder el trabajo de cómo estamos cuidando a mi mamá, (...) llevarnos la contra.

En este caso, el rol se caracteriza por tener conductas alejadas al beneficio del enfermo, realizando acciones que representan una falta de responsabilidad y cooperación en la organización, regularmente tales acciones son respaldadas por el sentimiento de estar alejado de la cotidianidad o con el fin de desprestigiar el rol del cuidador primario.

En este sentido se identifica que tales acciones realizadas por los distintos roles, constan y están dadas por ciertas **normas y reglas** que la familia establece referente a su funcionamiento a lo largo de su trayectoria, consideradas como otro elemento de la dinámica familiar, mismas que ante el surgimiento de la enfermedad se describe que presentan una serie importante de modificaciones.

¿Consideras que en tu casa existen reglas?

Paulina F1: Claro, en la casa hay reglas generales, hora de llegada, aseo, comida como ya te he mencionado y ante todo respetarnos entre hermanas y respetarla a ella.

Mariel F2: De regla en la casa es bañarse, de regla, eso siempre ha sido desde chiquitas (...) también podría ser que mantener limpio, los trastes, la cocina, creo que es lo que más está presente mantener limpia la casa.

Iris F3. Mmm como mantener la casa limpia, avisar en donde estamos, pedir permiso y respetar a mis papás.

Al referir las reglas y normas explícitas se observa que están representadas de acuerdo a las conocidas reglas universales que desarrollan el funcionamiento dentro de un núcleo familiar, referente a las reglas implícitas se ven presentes sobre todo cuando los integrantes refieren elementos que integran valores, como respeto y tolerancia entre los miembros de familia pero sobre todo con el enfermo.

Así mismo, dichas reglas se ven reflejadas en momentos que no involucra establecerlas claramente, puesto que ante cada situación presentada dentro de la dinámica familiar, los integrantes toman estos elementos y marcan pautas para establecerlas y definir su funcionamiento, en el caso de la enfermedad hipertensiva y diabetes están manifestadas al igual que los límites, cuando se habla de *hábitos alimenticios*, ya que representa un factor que marca mayor énfasis en el bienestar del integrante con enfermedad.

¿Existen reglas que se establecieron ante la enfermedad?

Rocío F2: *Pues no, no tanto solo así que vamos a hacer una carne de cerdo o vamos a hacer esto de comer no, ya sabemos que tiene que ser sin sal, ahora ya eso lo vamos eliminando, no te voy a decir que no comemos o que es una regla en la comida pero sí es importante porque cada uno sabe que si ya si comemos eso y se nos pasó y le pusimos sal ahora hay que hacer más verduras o hacer una ensalada o así eso es obligatorio siempre (...)*

Uno de los elementos que se hace presente referente a normas y reglas son aquellas denominadas como metarreglas, ya que a partir del conocimiento de la enfermedad los miembros de la familia no reconocen estas prescripciones como reglas o normas, pero sí como elementos de suma importancia que cada uno debe asumir y emplear para el buen desarrollo de la dinámica entre la familia y para el beneficio del integrante con diabetes e hipertensión.

¿Existen reglas que se establecieron ante la enfermedad?

Paulina F1: Parte de las preocupaciones todavía no la dominamos mucho, la tensión todavía no la dominamos, llegar a casa después de trabajar y ya sabes el estrés, tenemos que controlarlo y buscar la mejor manera de expresarnos, eso todas mis hermanas lo

tenemos presente y tratamos de hacerlo, no como regla pero si algo que se juega de mucha importancia.

Iris F3: No es regla pero sabemos que tenemos que tratar de no hacerla enojar tanto, tratar de que no se acelere, no generar conflictos entre nosotros.

De modo que estas prescripciones no llegan a ser reglas o normas las cuales generen una sanción, sucede que, a menudo hay que recordarlas puesto que precisamente como efecto de esta trayectoria que se genera en la dinámica a partir de la enfermedad, pues antes de esta eran desconocidas por los integrantes o bien se manejaba de una forma diferente.

¿Existen reglas que se establecieron ante la enfermedad?

Mariel F2: Claro, que si no le van a ayudar tampoco le lleven problemas, eso de que le hablen para calentarle la cabeza con sus problemas saben que no lo tenemos que hacer y ellos lo saben pero a veces o bueno me hablan a cada rato para preguntarme y ya les digo, no, ni se les ocurra decirle porque no ha estado bien o así, pero sí tengo que recordarles a cada rato es casi como regla que pusimos después de la enfermedad pero no tanto, es más como de lógica.

¿Tienen que recordar estas reglas con frecuencia?

Iris F3: Cada quien lo tiene presente por la salud de mi mamá aunque algunas veces más bien muy pocas veces hay que recordarlas porque es algo que antes no hacíamos y a veces se nos olvida, como yo por ejemplo con mi carácter que es muy explosivo tengo que acordarme de la salud de mi mamá pero a veces sí se me llega a pasar.

Además de las ya mencionadas metarreglas, ante el conocimiento de la enfermedad, también se recalcan las reglas secretas entre los integrantes. Esta surge en cuanto a la forma en que los integrantes comunican o no los acontecimientos que se generan y la forma en que se organizan de acuerdo a la enfermedad.

¿Existen reglas que solo entre ustedes conocen?

Paulina F1: Creo que no, todo lo que manejamos en la familia tratamos de compartirlo.

Mariel F2: Para decidir de ella solo nosotros sus hijos, así sus hermanas y familia si se enteran de que está enferma pero no tiene por qué meterse en las decisiones, entre hermanos eso lo sabemos y tenemos que respetarlo nadie tiene por qué decir lo que pasa, primero nosotros le preguntamos y ya ella dice sí, si quieren avisenles pero hasta ahí.

Imelda F3: *De familiares externos saben que estoy enferma, pero de cómo lo llevamos como familia no, eso saben mis hijos que son cuestiones nuestras y para no fragmentar la organización se queda aquí en casa.*

Al describir dichas transformaciones, se puede ver que uno de los mayores beneficios que se muestran dentro de la dinámica familiar es establecer ciertas normas y reglas que favorecen el bienestar del enfermo y estabilidad de la dinámica

familiar, las cuales están dadas en la comunicación y facilitan que las decisiones se concentren dentro de esta y beneficie la organización.

Como último elemento de la dinámica familiar el cual apoya y da soporte al funcionamiento, se encuentra el **sistema de creencia**, el cual es el elemento en que mayor se manifiesta la trayectoria de la dinámica de la familia sobre todo en los inicios de la enfermedad.

Además de considerar la creencia y acervo cultural que cada familia posee sobre la enfermedad, se evidencia también la forma en que la familia busca alternativas de solución y respuesta ante su enfermedad, sobre todo, se destacan aquellas acciones que se realizan de primera momento cuando se conoce el diagnóstico y empieza la búsqueda de información.

En primer lugar se puede ver que el sistema de creencias toma dirección de acuerdo a la religión en la que cada familia tiene creencia, puesto que al haber un acervo y fanatismo religioso que define una serie de reglas y prescripciones sobre la enfermedad, facilita el comprender y analizar las conductas y comportamientos de cada núcleo familiar.

En las familias entrevistadas, a pesar de tener la misma preferencia religiosa, cuando se presenta una situación de enfermedad en la familia, la búsqueda de alternativas se manifiesta de forma diferente, puesto que la creencia de ésta se ve influenciada además de la creencia religiosa, por conocimiento de la enfermedad sumado a preferencias en cuanto a alternativas y finalmente como repetición de situaciones similares.

¿En qué priorizaron la búsqueda de alternativas para la enfermedad, fueron remedios u opciones médicas?

Paulina F1: No hubo una búsqueda como tal, no sé, de acuerdo a algo, mucho menos de nosotras como hijas, más bien fue de mi mamá que ya sabía cómo llevar la enfermedad por mi abuelito entonces ella sabía perfecto que sí y que no.

Rocío F2: *Anteriormente trataba las enfermedades con remedios, que un té, y me tomaba esto y lo otro, pero ahorita ya no, porque me enfermé y no vi muchos resultados, entonces dije no, ya no, para eso hay médicos.*

Imelda F3: *Soy médico y mi esposo igual, obviamente todas las alternativas y creencias de la enfermedad irán en esa línea.*

Es importante señalar que ante la enfermedad hipertensiva y diabetes, al ser muy conocidas entre la población, las alternativas y opciones de solución son amplias y llegan a la familia por parte de externos, en estas predominan aquellas contempladas como mitos, puesto que son repetidas de acuerdo a experiencias semejantes vividas y opiniones favorables o no.

¿Cuáles fueron las alternativas o métodos que se les presentaron para tratar la enfermedad?

Paulina F1: Con lo de mi abuelo fue pues tomar todo lo que a él le favorecía y como mi mamá llevaba todo ese proceso ella misma vio que únicamente se necesitaba buena alimentación y control médico digo, ya nadie le contaba.

Rocío F2: *La gente pues te dice muchas cosas que el remedio que el tecito y eso, en un momento sí lo hice pero vi que no me funcionaba en nada en nada, entonces dije, no, que le hago al cuento me voy con los médicos, y sí, la gente me seguía diciendo y uno pues nada más le dice que sí.*

Imelda F3: *De externos pasó que me daban remedios, porque saben que soy médico y me querían proporcionar otro tipo de alternativas, si los remedios nunca faltan, pero no lo tomaba en cuenta, en otras que son agudas si se hace caso pero en esta ocasión no lo era.*

Haciendo un paréntesis, dentro del sistema de creencias se identifica otro de los elementos importantes que surge a partir del diagnóstico, es decir, los recursos y apoyos que se presentan o bien son fundamentales ante el diagnóstico, estos se perciben de acuerdo a aquellas personas que se involucran y dan soluciones a la familia con elementos con los que no cuenta el núcleo primario.

¿Cómo fue la selección de estos métodos?

Paulina F1. Más bien no fue como tanto de darle otras opciones, más bien pasó que por ejemplo algunas tías, ya que vieron lo que pasó con mi abuelito (...) le dan a mi mamá como recetas de comida saludable que ella pueda hacer, como saben que le encanta pues le dan, y la verdad en ese aspecto si nos ayuda bastante, el simple hecho de que ella tenga otras opciones nos ayuda a tener su dieta más sana.

Mariel F2: Siento que mi mamá después de experimentar le hizo más caso a los médicos, también que cuando va a consultas ella se apoya mucho de los grupos que hay y que les dan información.

En relación a los recursos y apoyos que se manifiestan en este elemento de la dinámica familiar, se puede observar que cada una prioriza aquel que más alternativas de solución se le presentan, como es el caso de instituciones del sector salud, familiares y en algún caso de externos, seleccionando a través de la evolución y trayectoria de la dinámica ante la enfermedad aquellos que verdaderamente aportan favorablemente a la salud de enfermo.

En este elemento se puede observar claramente la trayectoria que se genera en la dinámica familiar ante el surgimiento de la enfermedad, puesto que conforme se da la transacción, las formas en que la enfermedad es tratada desde un inicio, sufre una serie de modificaciones con el fin de encontrar la que mejor se acomode, esto depende en gran parte de resultados que se presentan y las experiencias vividas.

En el caso de diabetes e hipertensión se contempla que las creencias no se alejan de la realidad las cuales no llegan a ser irracionales, sin embargo debido a la prevalencia de esta enfermedad en la población las opciones son múltiples. Uno de los factores positivos en cuanto a creencias se presenta cuando la familia tiene un fuerte acercamiento a la enfermedad, de esta forma se evita todo el proceso de búsqueda y experimentación sobre distintos métodos y creencias.

Una vez que dada la descripción de cada uno de los elementos de la dinámica familiar desde la propia voz de los sujetos entrevistados, es importante resumir las particularidades de cada uno con el fin de identificar cuáles son los cambios que se presentan en la dinámica familiar ante la enfermedad crónica.

TABLA 8: Cambios generales en la dinámica familiar

Elementos de la dinámica familiar	Cambios
Territorialidad	Se manifiesta con mayor énfasis la necesidad de expresión y aumento de <i>apego</i> por parte de los familiares hacia el enfermo, así como la <i>convivencia</i> entre ellos que detona la comunicación sobre todo de aspectos que involucran la enfermedad.
Subsistemas	No se manifestó un cambio radical en cuanto al orden de estos, sin embargo se notó con mayor frecuencia que ante la enfermedad el subsistema fraterno tiene mayor participación en el núcleo familiar
Límites	Se encontró un cambio importante referente a la forma de ejecutar límites, los familiares refieren este elemento como una prohibición en las actividades cotidianas realizadas, se

	manifestó una serie de prohibiciones referente a los <i>hábitos alimenticios</i> , a partir del conocimiento de la enfermedad.
Jerarquías	No presenta cambios en cuando a nuevo surgimiento de jerarquías o reacomodo puesto que la enfermedad no incapacita asumir esta posición, sin embargo surge en este aspecto el cuidador primario quien únicamente está por encima de los demás y se hace uso de este en aspectos relacionados con la enfermedad.
Alianzas	Se encuentran cambios leves de acuerdo a la duración de estas pues son constantes entre determinados integrantes debido a la duración del diagnóstico.
Comunicación	Elemento que mayormente sufre cambios a partir de la enfermedad dentro de la dinámica familiar ya que brinda la toma de alternativas así como es detonante para la forma de organización y ejecución de actividades en beneficio de la enfermedad en uno de sus integrantes.
Roles	No existe un cambio en la repartición y ejercicio de roles tanto de explícitos e implícitos puesto que son ejecutados de la misma manera, sin embargo, se suman tareas a los ya establecidos con el fin de minorar la carga de trabajo sobre todo al rol que ejerce la persona con enfermedad, ligado al reconocimiento de las tarea del rol del cuidador primario.
Reglas/Normas	Manifiestan cambios de acuerdo al surgimiento de nuevas reglas referente a la enfermedad, estas van relacionadas una vez más con los <i>hábitos alimenticios</i> que en la familia son modificados ante la enfermedad, así como reglas referentes a la organización en las familias las cuales llegan a ser secretas.
Sistema de creencias	Sufre cambios en cuanto a identificar los <i>apoyo y recursos</i> que mayor resultado dan ante la enfermedad, mediante la búsqueda de métodos para tratar la enfermedad que recaen en ciertas creencias que son repetidas y a su vez proporcionadas a la familia por distintos sujetos.

Retomando toda esta descripción de cambios que se generan dentro de la trayectoria de la dinámica familiar ante la enfermedad crónica, se puede concluir que las voces

de los sujetos de estudio muestran particularmente cinco características importantes, las cuales, en un primer momento son nombradas como constantes, puesto que se observaron y demostraron con mayor énfasis cambios en la dinámica familiar, cabe destacar que cada una estas constantes fueron percibidas en diferentes elementos de la dinámica familiar.

TABLA 9: Constantes

<u>Apoyo</u>	Fue manifestado cuando los integrantes de la familia con enfermedad describen aspectos en cuanto a la territorialidad que tiene que ver con la unidad de la familia, es decir mayor expresión de apego por parte de los integrantes hacia el enfermo.
<u>Convivencia</u>	De igual forma evidenciado en la territorialidad cuando los integrantes refieren nuevos lugares de convivencia en los que se reúnen de forma que no afecte la salud de le enfermo.
<u>Hábitos alimenticios</u>	Fueron demostrados al hablar de límites en la dinámica familiar, la totalidad de las familias entrevistadas revelaron que todos los integrantes adoptaron nuevos hábitos alimenticios a partir de establecer límites en la comida y en los elementos que son utilizados para su preparación.
<u>Comunicación</u>	Resultó ser manifestado por sí mismo como elemento de la dinámica familiar, ante la presencia de la enfermedad, los integrantes de la familia refirieron tomar como elemento principal la comunicación para establecer distintos tipos de organización o bien dinámicas que fueron detonantes para el bienestar y equilibrio tanto del enfermo como del resto de los integrantes de la familia, esto ante el surgimiento de la enfermedad.
<u>Recursos/apoyos</u>	Se identificaron en el elemento de sistema de creencias , en el cual, cada familia priorizó entre los distintos recursos, tanto humanos y económicos, aquellos que más aspectos favorables aportan a la dinámica de la familia y a la salud del enfermo.

Cada una de estas constantes como ya se mencionó, son el resultado de toda una trayectoria que surge en la dinámica familiar ante la presencia de enfermedad crónica, por tal motivo, se plantea el supuesto de que estas constantes marca una influencia en la salud del integrante con enfermedad hipertensiva y diabetes.

Una vez que se conocen los inicios de la historicidad de la enfermedad, es decir la percepción inicial cuando no existe un acercamiento, tanto en la familia como el enfermo mismo, además de la trayectoria que sufre la dinámica familiar ante la enfermedad, es importante mencionar en este mismo apartado el ciclo de la familia ante al enfermedad crónica.

Se observa que de primer momento dada la trayectoria de la dinámica familiar al hacer referencia el *ciclo de vida de la familia con enfermedad crónica*, en el caso de diabetes mellitus e hipertensión arterial, no existe como tal una fase específica de desorganización, en el sentido de sufrir un impacto que rompa de inmediato con toda la estructura familiar o bien la negación de no aceptar un desequilibrio en la familia, tal como la menciona la Konrblit, (1996)

Sin embargo surge tal desorganización a la par que se da el punto de recuperación, sobre todo cuando existe esa búsqueda de alternativas ante la enfermedad y el proceso de descubrir qué sí funciona y qué no, el cual marca un debilitamiento y un punto de desorganización en la familia, evidentemente en unas más elevado que en otras, dados en dos aspectos:

Por un lado, debido a la presencia y conocimiento de la enfermedad en el núcleo familiar externo, se puede decir que la enfermedad semejante a ésta, (muy comúnmente en la diabetes mellitus) es esperada, de modo que la familia se encuentra con un cierto grado de aceptación y mentalmente espera presentar dicha enfermedad.

¿Cuáles fueron los momentos que pasaron al conocer la enfermedad?

Paulina F1: Mmm finalmente ya habíamos pasado por esa enfermedad ya sabíamos que era lo que teníamos que cuidar, que era lo que teníamos que cambiar, entonces, realmente no fue como ese impacto nuevo, fue así como de ya lo tienes, bueno ahora, si ya veníamos comiendo mejor o este dejando el dulce, no sé, muchas cosas, muchos hábitos alimenticios pues no vamos a cambiar, seguimos con lo mismo (...) así como

búsqueda de información como tal de nosotras no hubo, solo lo que le decían cuando íbamos a sus citas y escuchábamos lo que le decían, pero eso fue cuando ya la habían diagnosticado, pero sí, gran parte fue el cuidar a mi abuelo y saber más de eso.

Por el otro, se encuentra que es un tanto ajena la idea de presentar la enfermedad que al surgir existe un grado de desconocimiento que no permite una desorganización, esta fase es omitida y se plantea como primer momento una pronta recuperación y búsqueda de soluciones.

¿Cuáles fueron los momentos que pasaron al conocer la enfermedad?

Mariel F2: Pues así como vienen las cosas se dan solas y en una enfermedad es ir a buscar de inmediato soluciones, siempre ha sido así, nunca nos ponemos a contemplar la enfermedad.

Iris F3: No nos dio tiempo ni de nada, cuando vimos mi papá ya la estaba llevando al médico, David me dijo que en esa misma semana que se sintió mal luego luego fueron a hacerle estudios.

Se puede analizar en estas dos cuestiones que en el caso de la diabetes mellitus e hipertensión, no se plantea como tal la fase de desorganización como primer momento, pues comparado con otras enfermedades crónicas¹² que a temprano tiempo se vuelven en degenerativas, en este caso no incapacita al enfermo desde los inicios de la enfermedad, lo cual ocasione que exista un quiebre en la estructura familiar por la ausencia de su participación, por tal motivo al conocer la enfermedad la fase de desorganización no se ve reflejada de manera particular o inmediata pues se trata de buscar prontas soluciones.

Ahora bien, si se refiere la postura particular de la familia, ante el conocimiento de la enfermedad y visualizadas las modificaciones en la trayectoria de su dinámica, se puede decir que de los inicios de la enfermedad, a la fecha, la postura no se modificó en el aspecto de concepción, se percibe que existen aún aspectos que ligan a la enfermedad con antecedentes, situaciones semejantes, o bien una concepción racional de la enfermedad, sin embargo, surge una serie de sentimientos que los hace posicionarse dentro de la familia y posicionar la enfermedad con una gran importancia, llegando a tener respeto por más organización y conocimiento que se tenga

¿Qué sentimientos te genera en este momento la enfermedad?

¹² Como ejemplo las neoplasias (ver tabla 3)

Paulina F1: Te digo que cuando la diagnosticaron con esa enfermedad todavía tuvimos a mi abuelito, te digo, sabíamos de la enfermedad pero no era como ver una enfermedad que fuera tan peligrosa que llegara a ese punto de avanzar tan rápido como en mi abuelo, al principio no se tuvo el miedo porque no estábamos tan involucradas, pero ahorita ya me quedo así de ¡chin!, no nada más es tenerla, es saber qué tiene la enfermedad, qué te trae la enfermedad y ahorita actualmente si hay miedo y temor de que en cualquier momento, de que la acaban de operar no le cierra la herida, se cortó los dedos y así que no se le cicatrice o que tuviera alguna otra complicación, pues obviamente hubo mucho temor pero hemos visto que tiene buena resistencia a ese tipo de cosas, te vas calmando siempre vas a tener en mente el miedo porque no sabes en qué momento la enfermedad va a ser más agresiva pero al final de cuentas te digo vivir con la enfermedad y nunca bajar la guardia, la comunicación y eso ayuda bastante tenemos que estar siempre a las vivas de cualquier anomalía.

Mariel F2: Siempre, siempre ha habido ese riesgo y ese temor, yo no sé qué haría sin mi mamá, aprendimos a valorarla, ves que mi papá no oye ni habla ella, siempre ha tenido toda la responsabilidad de todo, ahora hasta a él le tocó ayudar en más cosas, a todos a pesar de que a veces que se nos complica dedicar todo nuestro tiempo a ella, quisiéramos pero tenemos otras obligaciones, por ningún motivo ha pasado descuidarla, aparte es también ponernos a pensar que también nosotros podemos pasar por esa misma enfermedad, hay antecedentes y creo que esto nos ayuda a cuidarnos y cuidar a nuestros hijos.

¿En qué sentido notaste cambios en la familia?

Iris F3: La enfermedad me cambió y nos cambió a todos, antes no convivíamos tanto, no platicábamos, al menos yo no me preocupaba por ayudar en la casa o ver si algo anda bien o no, ahora tengo responsabilidades y me siento bien de aportar algo que ayude a mi mamá sobre todo, sí siento feo que fue la enfermedad que nos hizo cambiar, pero aprendes a valorar la vida y a las personas que te rodean.

Se entiende que como todo fenómeno que surge en la sociedad, traerá consigo una serie de modificaciones que trascienden en los actores que estén involucrados, en el caso de la enfermedad hipertensiva y diabetes, uno de los factores predominantes es una serie de emociones manifestadas tanto en la familia como en el enfermo mismo, como bien lo menciona la autora Konrblit (1996) la enfermedad se incorpora cuando el enfermo la asimila, no solo cuando la familia es capaz de responder.

De modo que al analizar la postura de enfermo, al igual que en la familia, la concepción sigue siendo la misma, sin embargo, surge una serie de emociones, las cuales se ven manifestadas en dos situaciones diferentes: Por un lado los sentimientos generales y la postura que se da en cada uno al presentar y aceptar la enfermedad.

¿Qué sentimientos le genera su enfermedad?

Esmeralda F1: *Pues si ya la tengo ya que voy a hacer, aprender a vivir con ella (...) lo que más me marcó fue cuidar a mi papá, ver el proceso y ver cómo terminó, a mí no me gustaría terminar así, eso fue más bien como lo que me activó esa parte de la enfermedad.*

Rocío F2: *Pues que te digo, aunque la niegue ya la tengo, no puedo regresar el tiempo, algo le hice mal a mi salud y ni modo ahí están las consecuencias, también pues hay antecedentes, pero ahora es no dejar que me gane, yo sé que yo puedo cambiar que evolucione o no, entonces trato de llevarla bien.*

Imelda F3: *Realmente yo pensaba que me cuidaba pero bueno se da la enfermedad como en todo ser humano y en automático a empezar con los tratamientos, digamos no es una enfermedad que involucre que suspenda mis actividades, entonces es aceptarla y tomarla como parte de mí, no soy la única en este mundo y me siento feliz que mi familia se unió gracias a eso y el verlos como se organizan me hace afrontar lo que sea.*

Por otro lado, aquellos sentimientos que se generan después de tener amplio conocimiento de la enfermedad y adaptarse como parte del proceso el cual es de por vida, misma que está dada y tiene influencia a partir del apego familiar como se mencionó en la dinámica familiar.

Después de conocer el proceso de su enfermedad ¿Qué expectativas tiene en su vida que involucre la enfermedad como parte de ella?

Esmeralda F1: *Ahorita estoy detenida por mi última operación, pero en cuanto yo me sienta mejor, yo vuelvo a agarrar, empiezo a retomar mis cosas que tenía en mente, quiero juntar dinero para irme de viaje, viajar, viajar con mis hijas, mis nietos y disfrutar la vida.*

Rocío F2: *Quiero aprender a disfrutar a mis hijos a mis nietos, no preocuparme tanto por las cosas que pueden pasar, más bien pues vivir las que están presentes en este momento, ya vi que la vida se te puede ir en cualquier momento.*

Imelda F3: *Pues por ejemplo, el viajar, a mí me gusta mucho el ejercicio y sé que no puedo hacer mucho, pero quiero tratar de buscar otra actividad que me haga relajarme.*

Se puede observar que el saber cuáles y de qué forma se manifiestan las emociones de cada miembro de familia ante la enfermedad, así como el conocer también los planes del cada integrante con enfermedad que surgen a partir de esta postura y aceptación de la enfermedad, son base fundamental y respuesta de las conductas manifestadas dentro de la trayectoria de su dinámica.

Finalizando este apartado sobre la dinámica familiar en al que se incluyó también el ciclo de la familia con enfermedad crónica, los resultados obtenidos además de describir los cambios, se manifestaron también cinco constantes que predominaron en la trayectoria de la dinámica familiar, es decir características importantes que

marcaron una influencia no solo en la dinámica de la familia, si no en la evolución de la salud del enfermo, tales constantes se describen en el siguiente apartado.

- **Elementos que influyen en la salud del enfermo**

En este último apartado retomo las constantes planteadas a partir del análisis de la dinámica familiar, como ya se ha mencionado, surgieron al describir cada uno de los elementos de la misma. Inicialmente fueron nombradas como constantes, ahora se hace referencia como categorías, puesto que dentro de éstas se identificaron una serie de conductas y modificaciones que permiten conocer la influencia que genera en la salud del enfermo.

Tales categorías se presentan en tablas, en cada una se refleja las conductas generadas a partir del conocimiento de la enfermedad, posteriormente se describe la forma en la que se ve modificada, estas fueron retomadas a partir de las voces de la personas quienes durante la descripción de la trayectoria manifestaron ciertas características que responden a estas categorías, como último elemento se observa la influencia, la cual es importante mencionar que está dada a partir de evidenciar en que actor, ya sea familia (fam) o enfermo crónico (enf) esta mayormente presente, la flecha direcciona a qué sujeto marca una influencia, algunas de estas son bidireccionales, puesto que la influencia se manifestó en ambos sujetos.

TABLA 10: APEGO

CATEGORÍA	CONDUCTA	Modificación	INFLUENCIA
Apego	ALTA EXPANSIÓN DE EMOCIONES	Miedo	Fam ← Enf
		Estrés	Fam → Enf
		Sacrificio	Fam ← Enf
		Tristeza	Fam → Enf
		Hipersensibilidad	Fam → Enf
		Culpa	Fam → Enf
			Fam → Enf
			Fam → Enf

	VENTILAR EMOCIONES	Aceptar y validar los sentimientos	Fam → Enf
	FALTA DE SINTONÍA	Reacción a momentos diferentes Carencia de expresión emocional	Fam ← Enf

Fuente: Elaboración propia

Cuando se hace referencia a la categoría de apego, se plantea que ante la diabetes e hipertensión, existe una alta expansión de emociones dentro del núcleo familiar, en donde se puede ver que la mayoría tiene influencia en el enfermo sin descartar que en la familia también se ven presentes, estas se manifiestan principalmente al inicio de la enfermedad ya que el desequilibrio ante algo nuevo trae consigo emociones, así mismo se deja ver que el ventilar las emociones permite que dichos sentimientos sean validados y aceptados por parte de los integrantes, la influencia recae principalmente en la salud del enfermo sobre todo al expresar las distintas inquietudes en las etapas que surjan durante la evolución.

Así mismo, dentro de esta expansión de emociones se presenta una falta de sintonía, debido a los diferentes momentos en que se manifiesta la enfermedad, teniendo mayor influencia en la salud de enfermo, ya que estos en repetidas ocasiones se modifican de acuerdo al proceso de la enfermedad. De igual forma se origina que las emociones no sean compartidas o manifestadas de la misma manera, recayendo con mayor influencia en la familia pues no permite conocer el sentimiento del enfermo, lo cual permite una dirección en su forma de actuar.

TABLA 11: Convivencia

CATEGORÍA	CONDUCTA /	Modificación	INFLUENCIA
Convivencia	FLEXIBILIDAD	Diversidad de horarios y momentos de convivencia Definición de lugares de convivencia adecuados	Fam → Enf Fam → Enf
	ACTITUDES	Identificación de las necesidades reales del paciente	Fam → Enf

		Actitudes sociales hacia la enfermedad	Fam → Enf
--	--	--	-----------

Fuente: Elaboración propia

Ahora bien, en la categoría de convivencia en primer lugar surge como modificación la flexibilidad, esto se ve reflejado en las familias que ante la diversidad de horarios han tenido que moldearlos de una manera que ambas partes convenga para dedicar momentos destinados a la convivencia ya que esto ha demostrado ser prioritario y de suma influencia en la persona con enfermedad.

Al referir la flexibilidad en cuanto a la definición de lugares de convivencia adecuados, se manifiesta algo sumamente importante. En tiempos actuales, la convivencia es muy frecuente sobre todo cuando las familias destinan momentos de convivencia entre los integrantes después de alguna comida, comúnmente en espacios como cocina y comedor, lo cual ocasiona que los alimentos estén a la mano e inciten al enfermo seguir ingiriéndolos o contrario a esto se aíse de los momentos de convivencia por marcar una rigurosidad en sus cuidados. Evidentemente todo esto reflejado en la salud.

Por otro lado, se observa que las actitudes que se manifiesten en momentos de convivencia influirán en la salud del enfermo ya que es en ésta donde se puede identificar las verdaderas necesidades o bien la aceptación o negación que muestra a distintos eventos de convivencia referente a la enfermedad. En ésta conducta se puede ver también, la forma en que socialmente es concebida la enfermedad, de modo que el integrante con enfermedad hipertensiva o diabetes se sienta o no parte de la convivencia.

TABLA 12: Hábitos alimenticios

CATEGORÍA	CONDUCTA	/	Modificación	INFLUENCIA
Hábitos Alimenticios	RIGUROSIDAD DE ALIMENTOS		La comida tiene que ser variada y balanceada	Fam → Enf
			Establecimiento de horarios	Fam → Enf
			Dieta general	Fam ↔ Enf

	TOMA DE RESPONSABILIDADES ALIMENTICIAS		
	CREENCIAS DE LA ENFERMEDAD (REMEDIOS)	Incrementar los cuidados	Fam → Enf

Fuente: Elaboración propia

Dentro de los hábitos alimenticios surgen conductas importantes las cuales impactan totalmente en la salud del integrante con diabetes e hipertensión, pues al ser la alimentación una de las conductas principales que se ven sumamente modificadas, es notoria la necesidad de ser estrictamente adaptada a una variedad y balance que se apoye de rigurosos horarios, permitiendo que el enfermo tenga alternativas para crear y fomentar una cotidianidad referente a los alimentos.

Tal cotidianidad presenta modificaciones no solo en el enfermo, de igual manera en la familia, puesto que se ve influenciada llegando al punto en que todos los integrantes adaptan los mismos hábitos alimenticios mediante una dieta general, en donde involucra a las dos partes, permitiendo que el proceso sea más fácil y con efectos positivos y responsabilidades para la salud y evolución del enfermo.

Uno de los efectos no tan favorables de esta modificación es tomar otro tipo de alternativa referente a la alimentación, ya sea por la familia ante la negación de adaptar los mismos hábitos alimenticios, o bien por el enfermo con el fin de tener una variedad de opciones, evidentemente todo esto tendrá una influencia en el enfermo cuando no se tiene un adecuado control y cuidado.

Cabe destacar que dichas opciones no son del todo negativas siempre y cuando se manifieste de forma alterna a los hábitos alimenticios ya planteados y cuenten con autorización del especialista, con ciertos cuidados y restricciones.

TABLA 13: Comunicación

CATEGORÍA	CONDUCTA	/	Modificación	INFLUENCIA
------------------	-----------------	----------	---------------------	-------------------

Comunicación	BÚSQUEDA DE SIGNIFICADOS	Información constante referente a la enfermedad	Fam ↔ Enf
		Toma de decisiones a cambios menos drásticos	Fam → Enf
		Discutir experiencias	Fam ← Enf
	ORGANIZACIÓN	Reorganizar la vida para afrontar los problemas	Fam → Enf
		Repartición de tareas referente al ciclo evolutivo	Fam → Enf
		Adaptación a cambios permanentes	Fam ↔ Enf
	SOLICITUD DE ESCUCHA	No forzar al enfermo a que hable, captar sus señales	Fam → Enf
	NEGOCIACIÓN	Toma de opiniones	Fam → Enf
		Desequilibrio de la relación	Fam ↔ Enf

Fuente: Elaboración propia

Como se muestra en la tabla, la comunicación es la categoría que más refleja conductas y modificaciones puesto que ante la presencia de enfermedad siempre será oportuno transmitir y comunicar cada uno de los momentos.

Se empieza con una búsqueda de significados que permiten a la familia y al enfermo poder estar informados y actualizados sobre los efectos del diagnóstico, dando pie a poder discutir experiencias ya sea propias o generadas a partir del proceso de información, que permitan principalmente a la familia una toma de decisiones que influyan favorablemente en la salud del enfermo, no dejado de la lado que esta conducta se presenta de una manera constante durante todo el proceso de la enfermedad ya que genera poder tener un alto conocimiento de la enfermedad.

Ahora bien, como respuesta de la comunicación existe la organización ante la enfermedad, esta se manifiesta principalmente en la forma de llevar la vida cotidiana involucrando tanto las situaciones presentadas como las actividades que cada integrante de la familia desarrolla, en dicha organización se generan una serie de modificaciones en cuanto a la repartición de quiénes realizan estas actividades, con el fin de disminuir ciertas actividades que involucran al integrante con diabetes o hipertensión, generando una influencia no solo en éste, también en la familia, puesto que dichos cambios serán durante todo el proceso de la enfermedad.

Tal organización es acompañada de manifestación de actitudes, mismas que en algunas ocasiones pueden ser comunicadas o no, se observa que la modificación surge en el sentido de no forzar al enfermo a que únicamente exprese verbalmente lo que acontece en su salud, por el contrario, posicionar la escucha y observación como parte fundamental del núcleo familiar, además de captar aquellas actitudes que son comunicadas por otro tipo de métodos.

Por otro lado, a partir de la comunicación surge la negociación entre los integrantes de la familia, en la cual, se plantean elementos fundamentales ante la presencia de enfermedad, siendo así que la forma en la que las distintas opiniones son dadas, sufren modificaciones puesto que se proporcionan versiones de distintos polos.

Tal diversidad de opiniones en un primer momento causan desequilibrio en la relación de los miembros de la familia con el enfermo, pues son fenómenos nuevos y desconocidos que trae consigo la enfermedad, los cuales, ante una mala negociación y toma inadecuada de opiniones, se ven directamente influenciadas en la salud del integrante con enfermedad de diabetes o hipertensión.

TABLA 14: Recursos/Apoyos

CATEGORÍA	CONDUCTA	/	Modificación	INFLUENCIA
------------------	-----------------	----------	---------------------	-------------------

Recursos	ECONÓMICOS	Restricciones económicas para tratamientos o percances de la enfermedad.	Fam ↔ Enf
	HUMANOS	Aumento de apoyo social Identificación de la red social idónea (amigos, familia, institución)	Fam ↔ Enf Fam → Enf

Fuente: Elaboración propia

Como última categoría se plantea aquella que hace referencia a los recursos presentados o bien los que más demanda el núcleo familiar ante la enfermedad crónica, como se observa las modificaciones están presentes sobre todo en los recursos económicos y humanos.

Si bien ya se ha mencionado que el aspecto económico en la familia no se ve gravemente afectado¹³, debido a que la enfermedad no genera una dependencia o bien una restricción para realizar actividades remuneradas, las modificaciones se evidencian cuando la familia y el enfermo se limitan de ciertos egresos económicos, sobre todo los que se destinan para gustos personales, ya que priorizan tener ahorros ante el temor de no saber cuándo la enfermedad demandará tratamientos, estudios o medicamentos que generen un costo extra de los recursos presentes.

Al hablar de los recursos humanos estos aumentan notablemente ante la presencia de enfermedad, puesto que son reflejados dentro de grupos en el sector salud, compañeros de trabajo, amigos y círculos sociales de familiares. Dada la pluralidad de estos, la influencia recae en el enfermo cuando este o bien la familia identifica la red de apoyo idónea que da soporte o proporciona estabilidad al enfermo para generar y dar pie a planes futuros. De igual forma estas modificaciones en cuanto a apoyo social, facilitan e influyen en la familia, ya que proporcionan apoyo extra al núcleo familiar primario cuando es necesario, así mismo, también recae en el enfermo puesto que influye en reducir aislamiento o bien tener opciones ante una futura institucionalización si es que la enfermedad en un momento lo requiere.

¹³ Para darse una idea de la situación económica, ver anexo 3.

Finalmente con el fin de integrar las categorías planteadas, las cuales se evidenciaron en el análisis de la trayectoria de la dinámica familiar y a su vez fueron retomadas como los elementos que influyen en la salud del integrante con enfermedad, se formula un esquema que visualmente permite comprender de una manera detallada los elementos de la dinámica familiar que sufren mayores cambios ante la enfermedad.

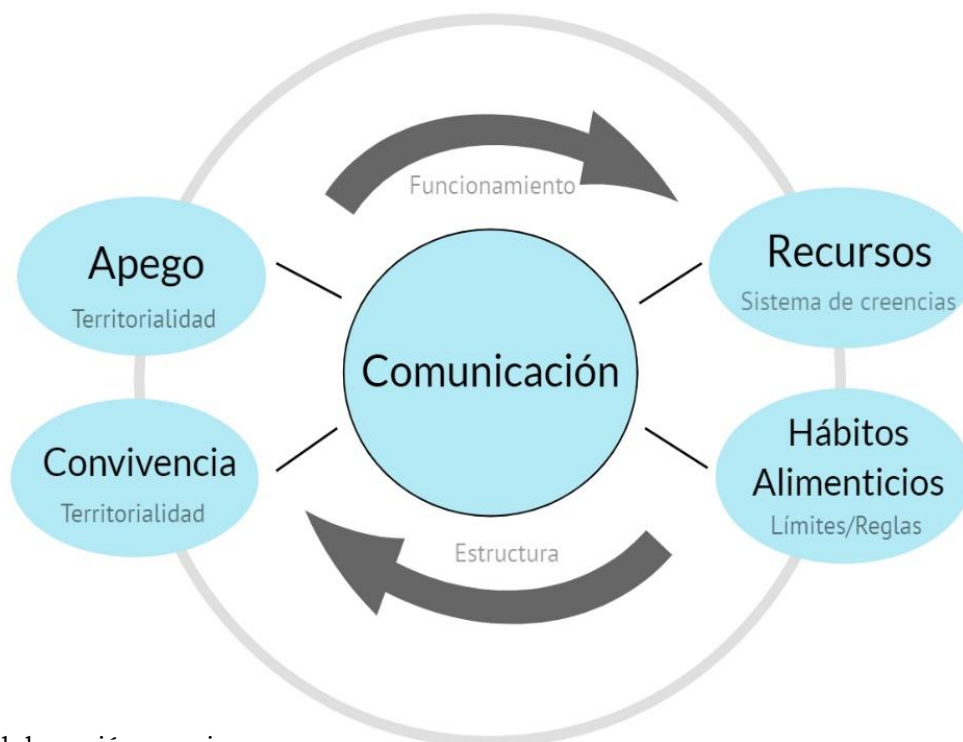
En este sentido se hace uso de la teoría fundamentada como ya se ha mencionado en el apartado metodológico, a partir de una codificación abierta dentro del análisis de la trayectoria de la dinámica familiar ante la enfermedad, se proporcionaron cinco categorías clave, dentro de estas se seleccionó aquella categoría central que apoya y da pie a la codificación axial, la cual brinda un orden y prioridad de las categorías restantes.

Se logró formular este esquema contemplando las siguientes consideraciones:

- Como se vio en la descripción de cada categoría, las modificaciones de estas fueron manifestadas con mayor énfasis en los relatos de los sujetos, por tal motivo fueron consideradas como esenciales ante la enfermedad crónica en la familia.
- Tanto los familiares como el integrante con enfermedad hipertensiva y diabetes manifestaron similitudes en los relatos en tales categorías.
- Dichas categorías manifiestan cambios los cuales son resultado de otra, es decir, se encuentran condiciones intervinientes pues cada una influye en el resto y viceversa.

De esta forma se presenta tal esquema el cual permite explicar de forma general los elementos de la dinámica familiar que se ven mayormente influenciados en la salud de un integrante con enfermedad de diabetes mellitus e hipertensión arterial.

IMAGEN 5: Dinámica familiar ante la enfermedad crónica



Fuente: Elaboración propia

En el esquema se puede encontrar tanto el funcionamiento como la estructura, los cuales son elementos que conforman la dinámica familiar, se parte en establecer la comunicación como categoría central que se presenta en la dinámica de una familia con un integrante con enfermedad hipertensiva o diabetes, ahora bien, a los extremos se coloca el apego, convivencia, recursos y hábitos alimenticios, como elementos que surgen a partir de la comunicación y que son apoyados entre sí, sin embargo, estos cinco elementos a su vez están siendo parte de un mismo círculo, el cual, en su interior tanto uno tiene influencia y se apoya del resto y viceversa, es decir, en cada elemento se puede encontrar la presencia de actitudes, interacciones y funciones que son ejecutadas por el resto de los elementos planteados.

De esta forma, una vez que se conoce la trayectoria que se presenta en la dinámica de una familia ante la enfermedad hipertensiva y diabetes, se puede plantear supuestos en donde a partir de éstas cinco categorías, la acciones deseadas, partan desde este esquema, no con el fin de generalizar pero si manifestar tendencias y similitudes brindando soluciones de una manera eficaz en familias con el mismo diagnóstico.

DISCUSIÓN

Como elemento tradicional de estudio e intervención de Trabajo Social se encuentra a la familia, y más aún si se hace referencia en el campo de la salud, ante esto los avances son constantes y cada uno enfatiza y puntualiza en diversos acontecimientos que se ven influenciados en el desarrollo de la familia, tal es el caso de la multiplicidad de metodologías que buscan analizar las constantes problemáticas sociales que repercuten en la familia.

Ante la variedad de estas, no se puede generalizar cada uno de los efectos que ocasiona en la diversidad de familias, en el caso de la enfermedad no es la excepción, si bien en tal investigación se retoma una idea amplia de la trayectoria de esta, la duda sigue en cuanto a conocer qué pasa en los distintos tipos de familias, o bien cuando el actor principal es otro integrante de la familia.

Así mismo se describe la trayectoria cuando la enfermedad ha sido controlada o bien los efectos que ocasiona aún no se han presentado, la interrogante surge cuando estos han llegado a ser degenerativos o se encuentran en fases terminales, de modo que la trayectoria evidentemente constará de otras experiencias.

Si bien la práctica con familias desde Trabajo Social ha llevado una historicidad y trayecto muy largo, se observa que los aportes han sido detonantes para el conocimiento y solución de diversos problemas sociales, sin embargo, es adecuado plantearse que ante los nuevos fenómenos sociales y la modernidad que hoy en día emerge y se ve presente en las familias, es importante cuestionar si se puede seguir empleando la misma práctica tradicional o bien buscar nuevos métodos de intervención que apoyen a esta de manera diferente, de modo que enriquezca los nuevos resultados.

Se habla de una necesidad de renovación de instrumentos de Trabajo Social que proporcionan información referente a la estructura, funcionamiento y composición familiar, con apoyo de las voces que los sujetos proporcionan para relatar las situaciones que se presentan ante las nuevas problemáticas sociales, principalmente aquellas que se encuentra dentro de las principales causas de muerte en México.

Rescatar las voces de las personas, resulta una tarea importante ya que los métodos de respuesta ante la enfermedad tiene efectos diferentes en cada familia, de aquí la importancia de puntualizar en aquellos que están mayormente presentes en familias con características afines, con no con el fin de generalizar pero si mostrar similitudes.

Hipotéticamente se habla que al crear instrumentos partiendo desde las propias voces de los sujetos, el cual cada uno conste de características diferentes en cada tipología familiar, sobre todo tomar como eje las características de las personas que presentan la problemática, se podrá detectar aquellas que son repetitivas y plantear un instrumento que de forma general englobe las constantes que están presentes o bien muestran similitudes en las tipologías familiares que actualmente conforman el país, ya que permitirá una pronta intervención del Trabajador Social, pues dará cuenta de las características y situaciones actuales que inciden en las familias Mexicanas.

Es de suma importancia discutir la presencia del apego en familias ante el fenómeno como la enfermedad, es decir, de acuerdo a los resultados de la investigación cada familia manifestó tener un sentido de mayor apego entre sus familiares como una ventaja de la enfermedad, lo cuestionable aquí es dar cuenta de cuáles son las características que hacen a una familia manifestar elementos positivos ante la presencia de enfermedad y que particularidades tienen los sujetos con enfermedad que toman el apego como un aspecto positivo.

CONCLUSIONES

Inicialmente como se refirió en la investigación la enfermedad está considerada desde el enfoque que da cuenta de la enfermedad como un proceso social, el cual brinda una serie de determinantes sociales que se relacionan con la salud, en el caso de los entrevistados efectivamente afirman y relacionan la enfermedad con aspectos de la vida cotidiana como el trabajo, edad y actividades laborales, los cuales son contemplados dentro de los determinantes sociales de la salud.

Por tal motivo, cada testimonio proporciona explicar y enfatizar en nuevas causas o bien nuevos fenómenos ante la salud que pueden ser contemplados para considerar nuevos determinantes.

La trayectoria de la enfermedad se evidencia cuando de primer momento los sujetos manifiestan el origen de la enfermedad considerando aspectos culturales o ideológicos muy comúnmente relacionados con la herencia, posteriormente en el análisis final cuando se plantea la postura que estos dan a la enfermedad la percepción del origen sigue siendo el mismo, pero con la diferencia que la enfermedad se relaciona como parte complementaria del estilo de vida de los sujetos así como una aceptación y adaptación de forma permanente en su vida.

Al referir la transformación que surgen en cuanto a la concepción de familia por parte de los integrantes de las familias, el cambio de esta es notorio puesto que al inicio se concibe a la familia como una serie de integrantes, posterior a la enfermedad se manifiestan aspectos de bienestar, sentimientos y unión.

Cada elemento de la dinámica familiar manifestó una trayectoria dada en lo que ocurría antes y después de la enfermedad, evidenciando una serie de cambios.

Uno de los principales fue en el caso de la enfermedad de diabetes mellitus, cuando las entrevistadas referían cambios en los lugares de convivencia, con el fin de mantener la rigurosidad de hábitos alimenticios y siendo así una forma más fácil para la integrante llevar su enfermedad.

Este cambio también se vio reflejado en la trayectoria de las familias en ambas enfermedades al referir los límites, puesto que modificaron especialmente los

hábitos alimenticios, llevando un control diferente al que se manifestaba antes de la enfermedad.

De forma general y a modo de responder uno de los objetivos específicos el cual se plantea en describir cuales son los elementos de la dinámica familiar que sufren cambios ante la enfermedad crónica, la tabla 8 da cuenta a partir de los relatos de vida, de una forma general cuales fueron cada uno de estos.

De acuerdo a la trayectoria de la dinámica familiar, se pudo observar cuales fueron los elementos que marcaron mayores modificaciones, en la tabla 9 se concluyen cuales fueron estos, así como sus principales características.

Efectivamente la dinámica familiar presentó una influencia en la salud del integrante con enfermedad crónica, esta se manifestó de acuerdo a los elementos de la dinámica familiar que mayormente sufrieron cambios, las principales influencias estuvieron dadas de acuerdo a las emociones, formas de convivencia y comunicación de inquietudes. Las tablas 10, 11, 12, 13 y 14, describen detalladamente la influencia que genera en la salud del enfermo.

A partir de conocer los elementos de la dinámica familia que mayormente sufren cambios ante la enfermedad crónica, facilita el poder captar aquellos elementos de la vida cotidiana, en donde mayor énfasis y esfuerzos se deben plantear referente a la enfermedad, sobre todo aquellas que se encuentran dentro de las primeras causas de muerte que están llegando a la población, a modo de evitar un aumento.

Apoyarse de la fenomenología descriptiva resulta tener una importante participación al retomar la trayectoria y relatos de vida, pues permite partir, como fue en el caso de la investigación, de acontecimientos de la vida real que dan cuenta de los fenómenos actuales, describiendo los significados y experiencia que son representadas y compartidas desde los propios actores.

El poder compartir experiencias vividas o bien aquellas de las que se tiene conocimiento, permite involucrar a todos los miembros de las familias, generando amplias opciones que favorezca el desarrollo y evolución de este núcleo familiar, principalmente ante la enfermedad y sus hábitos, dando pie a una nueva perspectiva alejada de las ideas tradicionales.

Indiscutiblemente el intervenir con familias desde la profesión como históricamente se ha hecho, resulta indispensable ante la pluralidad de problemáticas sociales, las cuales recaen de primer momento en este campo, puesto que son parte de un contexto en el cual el Trabajador Social debe mantener una plena actualización e investigación de los nuevos fenómenos que aquejan en este sector, manteniendo una línea constante y visibilizar, con apoyo de la metodología establecida, las nuevas intervenciones que demandan las problemáticas sociales en la actualidad.

Nuevamente se observa a las familias como un sistema o unidad idónea para describir y analizar los constantes fenómenos que se presentan en la sociedad, como tradicionalmente lo ha hecho el trabajador social, teniendo en cuenta que mediante la evolución de ésta, su estructura tradicional cambia de acuerdo a la transición, de modo que los efectos no se pueden generalizar en cada una de ellas, pero si evidenciar aquellas constantes que marcan una similitud en cada una ante una problemática dada.

Presenta un riesgo el querer aislar a la persona y familia de su contexto natural, en el cual se involucran creencia e ideologías, o bien el querer actuar de una forma paralela en todas las familias, de tal forma que los objetivos planteados no tendrán el impacto deseado.

Ante una pluralidad de creencias e ideología en cada familia mexicana es pertinente que ante todo se respete cada una sin el sentido de querer eliminarlas, por el contrario, dar pie a informar causas y efectos, con el fin de proporcionar información que prevenga a cada persona caer en alternativas que no proporcionen solución.

Por otro lado si se respeta y entiende el contexto en el que la familia presenta un fenómeno como la enfermedad, resultará más fácil brindar las alternativas que den solución y respuesta a sus problemáticas.

La capacidad que tiene la familia para adaptarse y generar alternativas ante un fenómeno desconocido es evidente, sin embargo esto resultaría de una manera pronta e idónea, si se tiene un antecedente mediante una recuperación de voces de sujetos que han llevado la misma situaciones y han generado soluciones con base en experiencias semejantes, con el fin de preparar a familias que se encuentren iniciando situaciones similares.

Estas nuevas explicaciones mediante la recuperación de voces, permitirán llegar a hablar (entre más elementos) sobre políticas sociales con las que las familias se encuentran ante este fenómeno, ya que surge una controversia puesto que medianamente responden a las demandas que cada integrante presenta, motivo que ha solicitado la exigencia, negatividad y desconfianza hacia las instituciones que ejecutan tales políticas. De este modo se refleja claramente la necesidad de pautas y políticas sociales rígidas que aumenten la estabilidad y den solución a los problemas generados.

REFERENCIAS

- ADA. (Marzo de 2015). *Síntomas de la Diabetes*. Obtenido de <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/sintomas-de-la-diabetes/>
- ADM. (Junio de 2017). *Adaptación de la familia a la persona con Diabetes*. Obtenido de <https://diabetesmadrid.org/adaptacion-de-la-familia-a-la-persona-con-diabetes-%C2%B7-psicologia/>
- AMD. (2016). *Familia y Diabetes*. Obtenido de <http://amdiabetes.org/familia-y-diabetes>
- Aylwin, N., & Solar, M. (2011). *Trabajo Social Familiar* (Cuarta ed.). Chile: UC.
- Beratarrechea, A. (Abr-Jun de 2010). *Revista Evidencia Online*. Obtenido de Las Enfermedades Crónicas: <http://www.fundacionmf.org.ar/files/enfermedades%20cronicas%20parte%20I.pdf>
- Bermúdez, C., & Eduardo, B. (2010). *Terapia Familiar sistémica. Aspectos teóricos y aplicación práctica*. Madrid: Síntesis.
- Bermúdez, S. (1968). *Trabajo Social*. México: Offset Larios.
- Bertalanffy, L. (1976). *Teoría general de los sistemas: Fundamentos, desarrollo, aplicación*. México: Fondo de cultura económica.
- Biología. (2018). *Enfermedades del Sistema Circulatorio*. Obtenido de <https://www.blogdebiologia.com/enfermedades-del-sistema-circulatorio.html>
- Bowen, M. (1979). *De la Familia al individuo. La diferencia de sí mismo en el sistema familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Brandan, N. (2006). *Lipoproteínas*. Obtenido de <https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/Carrera-Medicina/BIOQUIMICA/lipoproteinas.pdf>
- Bronfman, M. (2001). *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil*. Argentina : Lugar .
- Calderín , R., & Colaboradores. (2005). Síndrome metabólico en familiares de primer grado de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista cubana de endocrinología*, 16(3). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532005000300003
- Caparros, M. (1992). El sistema Familiar y el Trabajo Social. *RUA Revistas - Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*(1), 55.
- Caparros, N. (1973). *La crisis de la Familia*. Madrid: Fundamentos.
- Carvalho, C., Leite, J., Soares, S., & Conceição, M. (2009). *TEORÍA FUNDAMENTADA EN LOS DATOS - ASPECTOS CONCEPTUALES Y OPERACIONALES*. Obtenido de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31112468/es_21.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1549140314&Signature=NINuLEniTiKly9kOHf0NVMx3LYc%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DTeoria_fundamentada_en_los_datos-aspecto
- Castro, E. (2010). *El estudio de casos como metodología de investigación*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3693387>
- Castro, G. (2003). *La filiación*. Obtenido de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/5637/1/Dc4.%20Tema.%20Filiacion.%202003.pdf>

- CDSS. (2005). *Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: Aprender de las experiencias anteriores*. Obtenido de https://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf
- CDSS. (2005). *Documento de información preparado para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. "Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: Aprender de las experiencias anteriores"*. OMS. Obtenido de http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf
- CDSS. (2008). *Informe Final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud "Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria cuando actuando sobre los determinantes sociales de la salud"*. OMS. Obtenido de http://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_es.pdf
- CMC. (2018). *Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas*. Obtenido de <https://sites.google.com/site/cmcsaludyenfermedad/enfermedades-endocrinas-nutricionales-y-metabolicas>
- Delage, M. (2010). *La resiliencia familiar: El nicho familiar y la superación de las heridas*. España: Gedisa.
- Díaz, C., & Pérez, M. (2007). *Trabajo Social Familiar*. España: ULPGC.
- DIF. (2006). *Dirección de centro asistencial y de integración familiar*. México: Disponible en <http://transparencia.esonora.gob.mx/NR/rdonlyres/3E88BF1B-5AAC-4ECA-AC9B-52B7C35E43D5/14978/ConceptodeFamilia.pdf>. Consultado. 02.Abril.18.
- Donoso, M., & Saldías, P. (1998). *Modelo de intervención para el trabajo social familiar*. Obtenido de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-016-059.pdf>
- Dubravka, M., & Morna, M. (2014). *Género, dinámicas y competencias familiares*. México: Mínicas.
- EIF. (2008). *Manual de Instrumentos de evaluación Familiar*. Madrid: CCS.
- Engels, F. (2011). *El origen de la Familia, la propiedad privada y el Estado*. México: Colofón.
- Estrada, L. (2014). *El ciclo vital de la familia*. México: Debolsillo clave.
- FacMed. (2015). *Medición de la Salud y Enfermedad*. Obtenido de <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2015/11/bonita.pdf>
- Federación Mexicana de Diabetes AC. (2017). *La diabetes como factor de riesgo cardiovascular*. Obtenido de <http://fmdiabetes.org/la-diabetes-factor-riesgo-cardiovascular/>
- Felicitas, M. (2011). *Nuevas formas familiares: Modelos, prácticas, registros*. Argentina: Espacio .
- Fernández, M. (2004). *El impacto de la enfermedad en la familia*. (F. d. Departamento de Medicina Familiar, Ed.) Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046f.pdf>
- Fundación Española del Corazón. (2015). *Cardiopatía Isquémica*. Obtenido de <http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/cardiopatia-isquemica.html>
- Galarsi, M., Medina, A., Ledezma, C., & Zanin, L. (2011). Comportamiento, historia y evolución. *Fundamentos en humanidades*, 11(24), 89-102. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/184/18426920003.p>
- Galeano, M. (2004). *Diseño de Proyectos en la Investigación Cualitativa*. Colombia: Fondo editorial Universidad EAFIT.

- García, G. (2016). *Mi hijo, lo mejor que me ha pasado en la vida: Una aproximación a los significados de las trayectorias sexuales reproductivas de madres adolescentes en contextos de pobreza*. México: Imjuve.
- García, H. (1968). Características socioculturales del medio rural Latinoamericano: su influencia y relación con la salud. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 51.
- García, L., & García, L. (2005). Conducta y conciencia. Origen histórico de dos alternativas contrapuestas en los comienzos de la psicología cinética. *Universitas Psychologia*, 4(3), 385-391. doi:<https://www.redalyc.org/pdf/647/64740312.pdf>
- GeoEnciclopedia. (2018). *Poblaciones Urbanas*. Obtenido de <https://www.geoenciclopedia.com/poblaciones-urbanas/>
- Giberti, E. (2005). *La familia, a pesar de todo*. Buenos Aires: Noveduc.
- Gómez, A. (Enero- Junio de 2015). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/cie10-cie11.pdf>
- Gómez, E., & Villa, E. (2013). Hacia un concepto interdisciplinario de la Familia en la globalización. *Justicia Juris*, 10(1), 11-20.
- Gómez, G., Gil, J., & García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. España: Aljibe.
- González, A., González, N., Vázquez, Y., González, L., & Gómez, R. (2004). *Importancia de la participación familiar en el control de la hipertensión arterial*. Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/importancia_de_lafamilia_en_el_control_de_la__hta_.pdf
- González, M. (2010). *LA SALUD Y SUS IMPLICACIONES SOCIALES*. Obtenido de <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/4343/b1437626x.pdf>
- Guerrini, M. (Diciembre de 2009). *La intervención con familias desde Trabajo Social*. Obtenido de <https://www.margen.org/suscri/margen56/guerrini.pdf>
- Hernández, F., Mena, A., Rivero, M., & Serrano, A. (1996). *Hipertensión arterial: comportamiento de su prevalencia y de algunos factores de riesgo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251996000200007&script=sci_arttext&tlng=en
- Hernández, M., Gutiérrez, J., & Reynoso, N. (2013). Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. *Salud pública de México*. Obtenido de https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342013000800009&script=sci_arttext&tlng=pt
- Higuera, E., Rojas, M., & Garzón, D. (2015). Experiencia de hipertensión arterial en la relación paciente, familia y contexto de ayuda. *Salud pública*, 874-885. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n6/v17n6a05.pdf>
- INC. (2018). *Diccionario de Cáncer*. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/neoplasia>
- INEGI. (2010). *Población*. Obtenido de http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/rur_urb.aspx?tema=P
- INEGI. (2015). *Glosario*. Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=MCS2015>
- INEGI. (30 de Octubre de 2017). *Estadísticas a propósito del día de muertos: Datos nacionales*. Obtenido de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/muertos2017_Nal.pdf

- INEGI. (24 de Mayo de 2018). *Encuesta Intercensal 2015*. Obtenido de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/intercensal/default.html>
- INEGI. (24 de Mayo de 2018). *Estadísticas a propósito del día de la Familia Mexicana (5 de Marzo)*. Obtenido de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/familia2017_Nal.pdf
- INSP. (2017). *Diabetes en México*. Obtenido de <https://www.insp.mx/avisos/3652-diabetes-en-mexico.html>
- Jong, E. (1995). *Familia y Trabajo Social: XV SEMINARIO LATINOAMERICANO DE TRABAJO SOCIAL*. Obtenido de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-015-019.pdf>
- Kanán, G., Rivera, M., Rodríguez, A., López, J., Medellín, M., & Caballero, P. (Julio- Diciembre de 2010). *Funcionamiento familiar de los pacientes hipertensos con y sin la experiencia de la migración*. Obtenido de <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-2/20-2/Gabriela-Esther-Kanan-Cede%F1o.pdf>
- Kasper, D., Fauci, A., Hauser, S., Longo, D., Jameson, J., & Loscalzo, J. (2005). *Harrison Manual de Medicina (6° ed.)*. Madrid: McGraw-Hill.
- Kornblit, A. (1996). *Somática Familiar: Enfermedad orgánica y familia*. España: Gedisa.
- Laso, J. (1991). *Comunismo*. Obtenido de <https://webs.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/C/comunismo.pdf>
- Laurell, A. (1981). La Salud Enfermedad como proceso Social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 7-25.
- Laza, C., Pulido, G., & Castiblanco, L. (2012). *La fenomenología para el estudio de la experiencia de la gestación de alto riesgo*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400015
- Ledón, L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 488-499. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/214/21421364013.pdf>
- Leñero, L. (1994). *Las Familias en la Ciudad de México*. México: IMES.
- Lera, C., Genolet, A., Rocha, V., Schoenfeld, Z., Guerriera, L., & Bolcatto, S. (2007). Trayectorias: Un concepto que posibilita pensar y trazar otros caminos en las intervenciones profesionales de Trabajo Social. *Cátedra paralela*, 33-39. Obtenido de http://catedraparalela.com.ar/images/rev_articulos/arti00044f001t1.pdf
- López, M. (2013). *Ciencias de la Salud*. Obtenido de <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/biblio-basica-1.1.2.pdf>
- Luhmann, N. (1991). *Sistemas sociales. Lineamientos para una teoría general*. México: Alianza.
- Magrini, D., & Martini, J. (2012). *Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia*. Obtenido de <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/133641>
- Marín, F., & Rodríguez, M. (2001). *Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial*. Obtenido de https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342001000400010&script=sci_arttext&tlng=es
- Márquez, F. (2001). Trayectoria de vida y trabajo en sujetos pobres. *Proposiciones*, 210-224.
- Martínez, E. (2006). *El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica*. Obtenido de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/pensamiento/article/viewFile/3576/2301>

- Melongo, C. (2008). *Familia y sociedad*. Obtenido de <https://www.smu.org.uy/elsmu/comisiones/reencuentro/familia-y-sociedad.pdf>
- Mendoza, J., & Montero, T. (2004). *Introducción a la Patología*. Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/scap/introduccion_a_la_patologia.pdf
- Menéndez, S., & Martín, J. (2014). *Instrumentos para la evaluación del contexto familiar*. Madrid: Disponible: https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/ParentalidadPos2014/docs2014/InstrumentosEvaluacion_2.pdf Consultado el 15-02-18.
- Mercado, F (Coord);. (1993). *Familia, salud y sociedad: Experiencias de investigación en México*. México: Dirección de publicaciones de la Universidad de Guadalajara.
- Mieles, M., Tonon, G., & Alvarado, S. (2012). *Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social*. Colombia: Universidad Humanística. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/unih/n74/n74a10.pdf>
- Minuchin, S., & Fishman, H. (1996). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Montero, S. (1992). *Derecho de Familia* (5° ed.). México: Porrúa.
- NIH. (Noviembre de 2016). *Información general sobre Diabetes*. Obtenido de <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/sintomas-causas>
- OMS. (2003). *CIE- 10*. EUA: OPS.
- OMS. (2014). *Documentos básicos* (48° ed.). México: Disponible en: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>. Consultado 03.Abril.18.
- OMS. (Agosto de 2016). *Determinates de la Salud* . Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5165&Itemid=3745&lang=es
- OMS. (31 de Mayo de 2018). *Determinantes Sociales de la Salud* . Obtenido de http://www.who.int/social_determinants/es/
- OMS. (2018). *Enfermedades cardiovasculares*. Obtenido de http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/
- OMS. (2018). *Enfermedades Crónicas*. Obtenido de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- OMS. (Junio de 2018). *Enfermedades no transmisibles* . Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- OMS. (2018). *Temas de Salud: Diabetes*. Obtenido de http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/
- Ordúñez, P., Pérez, E., & Hospedales, J. (2010). Más allá del ámbito clínico en el cuidado de la hipertensión arterial. *Revista panamericana de salud pública*. Obtenido de https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892010001000011&script=sci_arttext&tlng=pt
- Palma, J. (2007). La diabetes mellitus entendida como una enfermedad cardiovascular de origen metabólico. *Revista de cardiología*, 7(8), 21-19.

- Palomares, H. (Junio de 2008). *Acondicionamiento de la vivienda en áreas urbanas del norte de México*. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-73722008000100006&script=sci_arttext&tlng=pt
- Pérez, E. (2004). *Trabajando con Familias*. Zaragoza: Libros Certeza .
- Pérez, I., Mercado, M., & Espinosa, I. (2011). La percepción de la familia ante la enfermedad crónica degenerativa. *Revista electronica de Psicología Iztacala*, 14(4).
- RAE. (2018). *Real Academia Española*. Obtenido de <http://www.rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lengua-espanola>
- Reyes, A., Garduño, A., Torres, L., & Ortega, P. (2010). Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. *Revista Psicología y Salud*, 20(1).
- Robles, T., Eustace, R., & Fernández, M. (1987). *El enfermo crónico y su familia*. México: Nuevomar.
- Sampieri, R. (2016). *Diseños del proceso de investigación cualitativa*. Obtenido de <https://administracionpublicauba.files.wordpress.com/2016/03/hernc3a1ndez-samipieri-cap-15-disec3b1os-del-proceso-de-investigac3b3n-cualitativa.pdf>
- Social, B. (2005). *Base de Datos para el análisis social / México*. Obtenido de Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Familias en México: <http://bdsocial.inmujeres.gob.mx/index.php/endifam-29>
- Solís, L. (1997). *La Familia en la Ciudad de México: Presente, pasado y devenir* . México: Miguel Ángel Porrúa.
- SSA. (2011). *Hipertensión arterial: Guía para pacientes*. Obtenido de <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/GuiaPacientesHTA.pdf>
- SSA. (2014). *Prevención y control de la Diabetes Mellitus*. Obtenido de http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_PreencionControlDiabetesMellitus2013_2018.pdf
- SSA. (2015). *Informe sobre la Salud de los Mexicanos*. Obtenido de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME_LA_SALUD_DE_LOS_MEXICANOS_2015_S.pdf
- Torres, L., Ortega, P., Garrido, A., & Reyes, A. (2008). Dinámica Familiar en Familias con hijos e hijas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 31-56. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80212387003>
- Torres, L., Ortega, P., Garrido, A., & Reyes, A. (2008). Dinámica familiar en familias con hijos e hijas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2), 31-54. Obtenido de <https://www.redalyc.org/html/802/80212387003/>
- Unikel, L. (1968). *El proceso de urbanización en México : distribución y crecimiento de la población urbana*. Obtenido de <https://estudiosdemograficosyurbanos.colmex.mx/index.php/edu/article/view/46>
- Urteaga, E. (2009). *La teoría de sistemas de Niklas Luhmann*. Obtenido de <https://www.uma.es/contrastes/pdfs/015/contrastesxv-16.pdf>
- Vargas, J. (2018). *Revista electrónica de psicología Iztacala*. Obtenido de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html>

- Veladez, I., Alfaro, N., & Aldrete, N. (1993). *INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN EL CONTROL METABÓLICO DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO II*. *Salud Pública de México*. Obtenido de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5686/6232>
- Vergara, M. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia la Promoción de la Salud, XII*, 41-50. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126689003>
- Villar, E. (2007). Los Determinantes Sociales de la Salud y la lucha por la equidad en salud: desafíos para el estado y la sociedad civil. *Saúde e Sociedade*. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000300002>
- Zacarías, D. (2018). *Plan de desarrollo municipal de Acolman*. Obtenido de <http://www.acolman.gob.mx/gaceta-municipal/PLAN%20DE%20DESARROLLO%20MUNICIPAL%20DE%20ACOLMAN%202016-2018%20pmq.pdf>

Anexo 1: Guía de entrevista.

**GUIA DE ENTREVISTA
DINÁMICA FAMILIAR
PLTS: ANA GUADALUPE CÁRDENAS PÉREZ**

Objetivo: Conocer la descripción de los elementos de la dinámica familiar ante la presencia de enfermedad crónica en uno de los integrantes

Importante:

- Realizar a la persona con enfermedad y con al menos un integrante de la familia.
- Las preguntas en formato normal pueden ser respondidas por ambos sujetos
- Las preguntas en **negritas** son dirigidas específicamente a la persona con enfermedad crónica.
- Direccinar las respuestas de los integrantes de la familia en el sentido de identificar los factores antes y después del conocimiento de la enfermedad
- Al mencionar “el miembro de familia enfermo” se sustituye por el nombre de la persona o bien el parentesco de quien se está refiriendo.

FECHA _____ DURACIÓN _____
 NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____
 ESCOLARIDAD _____ DX _____ TIEMPO _____
 DIRECCIÓN _____
 TIPO DE FAMILIA _____ CVF _____

FAMILIA:

Vamos a iniciar por saber **¿Con quién vive?, ¿Qué entiende por familia?, ¿Crees que esta idea cambio a partir de la enfermedad? ¿Qué importancia le da a la familia, ante la enfermedad?**

TERRITORIALIDAD

*Observar las divisiones físicas del hogar

¿Qué significa para usted el hogar? ¿Qué significado le da a las convivencias en el hogar? ¿Podría decir en qué parte del hogar tienen mayor convivencia todos los miembros?, ¿Usted ve el hogar como el espacio físico de convivencia o en algo emocional? ¿Con qué frecuencia se reúnen y conviven todos los miembros?, ¿Existen fechas específicas que destinan para la convivencia?

LÍMITES

¿Qué entiendes por límite?, ¿Están presentes? ¿Qué límites crees que han existido en tu familia? ¿Qué límites existen de acuerdo a la enfermedad del miembro de familia? ¿Existían antes?, ¿Qué tan marcados crees que se presentan? ¿Con que frecuencia se vierten comentarios entre los miembros de la familia?

JERARQUIAS

¿Quién crees que ejerce el poder en casa? ¿A qué persona se dirigen para consultar y recibir aprobación? Casa, vida social, etc. A partir de la enfermedad que presenta el familiar. ¿Con quién acuden en primer lugar? ¿Delega algunas responsabilidades o se encarga de todo?, ¿ha habido algún problema en cuanto a esto?

ALIANZAS

Cuando se propone algo en una situación dada ¿regularmente, quién secunda esta opción?, ¿Quiénes son las personas que manifiestan mayores alianzas o relación entre ellos ante la enfermedad?, ¿Pasaba esto

antes del conocimiento de la enfermedad?, ¿Hay alguna persona que regularmente no esté de acuerdo con lo establecido referente a la enfermedad?

ROLES

¿Qué papel juega en la familia?, ¿Considera que la enfermedad permeo en el rol que representa en su familia?, ¿Notas algún cambio en el rol que desempeñas, a partir de la enfermedad? ¿Hubo alguien que hizo repartición de tareas? ¿Se sumaron tareas a las que comúnmente tú realizabas?, ¿Quién es la persona que está a cargo de los aspectos relacionado a la enfermedad?

REGLAS O NORMAS

¿Consideras que en tu casa existen reglas?, ¿Existen reglas que se establecieron ante la enfermedad?, ¿Tienen que recordar estas reglas con frecuencia?, ¿Existen reglas que solo entre ustedes conocen?, ¿En algún momento se les dijo a los integrantes de la familia que tenían que dejar de hacer ciertas cosas para el beneficio de la enfermedad?

SISTEMA DE CREENCIAS

¿Qué piensa cuando le dicen la palabra enfermedad?, ¿Con qué relacionó la enfermedad? , ¿Cuál piensa que fue el origen de su enfermedad?, ¿Qué fue lo primero que pensaste de la enfermedad del integrante?, **¿Usted se esperaba su enfermedad?,** ¿Qué tipo de religión profesan todos los miembros? , ¿En qué priorizaron la búsqueda de alternativas para la enfermedad, fueron remedios u opciones médicas?, ¿Cuáles fueron las alternativas o métodos que se les presentaron para tratar la enfermedad?, ¿Cómo fue la selección de estos métodos?

COMUNICACIÓN

¿Cómo se enteró de su enfermedad?, ¿Alguno de los integrantes de la familia notó modificaciones en tu estilo de vida o anticipó tu diagnóstico?, ¿Qué hicieron?, ¿Quién fue la persona que comunicó la enfermedad con los demás miembros de la familia?, ¿Cómo lo comunicó?, ¿Quién aportó más soluciones?, ¿Cómo habían resuelto los problemas semejantes antes?, En cuanto a comunicación, ¿notaste algunos comportamientos del enfermo que antes no sucedían?

FASES: CICLO DE LA FAMILIA CON ENFERMEDAD CRÓNICA

¿Cuáles fueron los momentos que pasaron al conocer la enfermedad?, ¿Les tomo tiempo asimilar la enfermedad o intentaron solucionarla lo más pronto posible?, ¿Qué sentimientos te genera en este momento la enfermedad de integrante?, ¿En qué sentido notaste cambios en la familia?, **¿Qué sentimientos le genera su enfermedad?, Después de conocer el proceso de su enfermedad ¿Qué expectativas tiene en su vida que involucre la enfermedad como parte de ella?**

Nota.

- Cerrar la entrevista direccionando a la familia y al enfermo con el seguimiento de los planes futuros, proporcionando información que se tenga al respecto.
- Agradecer y enfatizar en la confidencialidad de los datos.

Anexo 2: Descripción de las viviendas

Familia 1

La vivienda en la que habita la familia no es propia, puesto que pertenece a una zona de viviendas de interés social, tienen acceso a todos los servicios básicos, en aspectos generales el inmueble es pequeño, las condiciones de estas son moderadas puesto que la falta de mantenimiento ha deteriorado tanto la

estructura como el equipamiento, está construida con materiales de concreto, cuenta con piso firme, la decoración y el acabado son básicos, los muebles son pequeños, los que se encuentran en la sala y comedor son incompletos, la mayoría de los muebles han sido adaptados a los espacios, cuenta con equipos de electrónica básicos. Estructuralmente la casa cuenta con un nivel, un total de 4 habitaciones, 2 destinados como dormitorios, sala-comedor, cocina y un baño completo, todos estos considerados de un tamaño pequeño, ya que incapacita a los habitantes adquirir más equipamiento, no es tan visible las separaciones entre las habitaciones, debido al espacio reducido.

Familia2

La vivienda en la que habita la familia es propia, no cuenta con ninguna anomalía legal, pues fue heredada de generaciones familiares y cuentan con los documentos necesarios para su validez, en condiciones generales la casa no es grande pero cuenta con el espacio suficiente para sus integrantes, la zona en la que se encuentra tiene acceso a todos los servicios básicos, las condiciones son regulares puesto que debido al tiempo de la vivienda y a los bajos ingresos de la familia los arreglos han sido realizados en periodos prolongados, el material de ésta es de concreto, la decoración es regular, cuenta con muebles de madera y metal los cuales en su mayoría ha sido elaborados por el jefe de familia. Estructuralmente cuenta con 5 habitaciones de las cuales 3 son utilizadas como dormitorios, 1 baño completo y 1 más en la que se encuentra sala comedor y cocina, es decir un espacio grande en el que las divisiones son mediante muebles, no existen barreras que dividan a cada una.

Familia 3

La vivienda en la que habita la familia es propia, no cuenta con ningún tipo de anomalía legal, se encuentra en una zona donde tienen acceso a todos los servicios básicos, las condiciones de esta son excelentes, está construida con materiales de concreto, cuenta con piso firme, la decoración y el acabado son lujosos, presenta cobertura de piedras rústicas y cristalería, el equipamiento se encuentra en perfectas condiciones contiene mueblería de madera así como equipos de electrónica sofisticados. Estructuralmente la casa cuenta con dos niveles, un total de 8 habitaciones, 4 destinados como dormitorios, sala,

comedor, cocina y un baño completo, todos estos considerados de un tamaño grande, se encuentran estructuralmente divididos de modo que se marca perfectamente el lugar destinado a cada uno de ellos, además de contar con un jardín amplio en donde perfectamente pueden realizarse actividades de recreación y convivencia.

Anexo 3: Descripción de situación económica

Familia 1

Los ingresos económicos de la familia corresponden a la madre quien es jubilada del Instituto Mexicano del Seguro Social, con un ingreso mensual de \$10,000.00 y a sus dos hijas quienes son empleadas de empresas del sector privado con un ingreso mensual de \$16,000.00 (contemplando los dos ingresos). Siendo un ingreso total de \$26,000.00 al mes, cabe destacar que no cuentan con ninguna otra actividad de remuneración o ingreso.

Familia2

Los ingresos económicos corresponden a la madre quien no tiene un trabajo estable pues se dedica a realizar trabajos de costura, y venta de artículos de bisutería, de tal forma que los ingresos oscilan entre los 2,000.00 y 2,500.00 al mes, el padre de familia, debido a su discapacidad se dedica a elaborar muebles de madera por tal motivo sus ingresos no son frecuentes contemplando \$1,000.00 al mes, otro de los integrantes que aporta es su hija quien se dedica a la venta de comida a domicilio con un ingreso de \$3,000.00 al mes, como último integrante de la familia que aporta ingresos económicos es el esposo de esta última quien es chofer de un taxi con ingresos de \$2,000.00 al mes. Sumando así un total de \$7,000.00 promedio al mes. Cabe destacar que el resto de los hijos que no viven en el mismo domicilio apoyan económicamente a la madre cuando esta lo requiere o bien semanalmente, sin embargo estos no son frecuentes, el apoyo radica entre los \$700.00 al mes

Familia 3

Los ingresos de esta familia corresponden a los padres de familia quienes trabajan como médicos en hospitales pertenecientes a la Secretaría de Salud del Estado, con un ingreso total de \$50,000.00, en este ingreso se ven reflejadas actividades que realizan como consultas particulares, las cuales no son frecuentes puesto que no se desarrollan en algún consultorio particular, sino por vía telefónica o en el domicilio de la persona que los solicite, de las cuales reciben remuneraciones.