

11226

20/1/77



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8
"SAN ANGEL"

**LOS LIMITES DE LAS
RELACIONES FAMILIARES DEL
NEUROTICO CONVERSIVO**

T E S I S

Que para obtener el Título de:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P r e s e n t a:
DR. JESUS ANTONIO MEZA POPOCA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.

1989





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
OBJETIVOS.....	14
HIPOTESIS.....	15
PROGRAMA DE TRABAJO.....	16
TIPO DE ESTUDIO.....	17
RESULTADOS.....	19
GRAFICAS.....	25
ANALISIS DE RESULTADOS.....	30
CONCLUSIONES.....	34
COMENTARIO.....	35
ANEXOS.....	36
BIBLIOGRAFIA.....	42

I N T R O D U C C I O N

Los médicos especialistas en Medicina Familiar, en contraste con los médicos de otras especialidades (exceptuando los profesionales que estudian la conducta humana), están en posición única debido a su contacto con todos los miembros de las familias adscritas a su consultorio.

Por esta relación los pacientes buscan, a los médicos familiares por una gran variedad de motivos. Muchos han aprendido a través de la práctica a identificar y a manejar a las familias, con problemas, pero hay otros que no cuentan con los conocimientos para descubrir y entender los aspectos confusos de sus pacientes, tendiendo a negar la existencia de conflictos, o bien, a racionalizarlos considerándolos fuera de ellos siendo necesario un entrenamiento adecuado para su reconocimiento y manejo.

En el transcurso de nuestra residencia se nos ha preparado para el estudio del individuo integrado a su grupo familiar y de éste con el medio ambiente, lo que nos ha permitido detectar innumerables problemas relacionados al diagnóstico y tratamiento de los pacientes, en los servicios de la consulta externa de Medicina Familiar y otras especialidades.

En el presente estudio se abordan las Neurosis Conversivas - por ser una de las enfermedades que se presentan con frecuencia en el servicio de Urgencias Adultos del Hospital General de Zona No. 8, para las cuales no existe una unificación de criterios en cuanto al tratamiento médico, el cual en algunas ocasiones es sintomático y en otras se maneja con placebos. - Por otro lado cuando se envían al servicio de Psiquiatría solamente se aborda al individuo como miembro integrante del medio familiar, pero por diversas causas no se estudien las in

terrelaciones en el grupo familiar.

Motivo por el cual considero, de particular interés estudiar a las pacientes con Neurosis Conversiva dentro del seno de la familia.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La historia fué conocida en los primeros tiempos de la antigüedad clásica. Hipócrates de Cos (siglo V a.c.) expresó que se manifestaba violentamente en paroxismos, crisis convulsivas histéricas, dió nombre a la enfermedad explicando que era producida por un cambio de lugar de la matriz.

Galeno del siglo II vió en la matriz un órgano fijo y afirmó que la histeria ocurre también en el hombre. En el siglo XVII Carlos Lepois le atribuyó a la histeria una enfermedad cerebral aduciendo una patogenia en general posible de confirmación actual.

Sydenham (1680) encuentra que los médicos de su tiempo se alejan de la experiencia clínica y asignan a las enfermedades "Fenómenos que jamás han acontecido, como no sea en su propio cerebro". Brodie (1837) refiere el papel de autosugestión. Briquete (1859) equipara los síntomas histéricos con las expresiones emotivas normales, considerándolos transtornos de los actos vitales producidos por una enfermedad encefálica. Charcot, dedicado en los últimos años de su vida al estudio de la histeria, habla de la gran sugestionabilidad del histérico, de la fuerza de su inconsciente y del mecanismo psíquico de fijación de una representación mental y su exteriorización mediante un acto, sosteniendo ante todo, que era un padecimiento psíquico y no una enfermedad orgánica cerebral. Janet da gran importancia al inconsciente y a la tendencia al "doblamiento" de la personalidad (2). Freud siguiendo en parte a su maestro Charcot, procurando lograr un concepto psíquico de la histeria de ansiedad e histeria conversiva, refiere que en la primera la angustia flota "libremente"; en la segunda - mediante "introyección" la angustia se convierte en un síntoma físico simbólico, que expresa encubiertamente los efectos

reprimidos en los individuos perturbados en el edipo, por fijación de lo líbido en la etapa genital infantil. Bernheim propuso que las crisis y paroxismos provocados por factores emotivos fueran los únicos a los que legítimamente correspondiera - el nombre de histéricos.

Babinski (1901) redujo por su parte la sintomatología a los fenómenos producidos por sugestión y reductibles por persuasión (3). Freud, en lenguaje psicoanalítico consideró conversión - como la liberación de la angustia mediante su traslado al plano de los síntomas físicos. En éste sentido según los puntos referidos, la limitación física del campo sensorio motriz reúne las condiciones, eliminándose de la histeria todos los estados sin esta connotación, como aquellos que consisten en alteraciones de funciones viscerales.

Concretamente, quedan reducidas las manifestaciones histéricas a las crisis paroxísticas, parálisis, anestias, sorderas, cegueras y mutismo sin lesión manifiesta en el sustrato neurológico del que depende y sin sistematización atribuible a un centro tronco o rama nerviosa.

Más recientemente la evidencia señala que la base genética constituye un sistema poligénico en el cual algunas locigenéticas son aditivos y otros funcionan mediante una gama de mecanismos genéticos. El stress ambiental, sigue siendo el factor primordial que induce a la descompensación y al desarrollo de una neurosis, pero la forma que adquiera dicha neurosis de ansiedad, de histerismo, depresión, fobia u otra sintomatología, estará de acuerdo a la intensidad del stress.

En 1979, la nueva nomenclatura basada en la asociación Psiquiátrica Americana incluye el término de neurosis de ansiedad (Neurosis) y la define con el común denominador de ansiedad de contenido psíquico que es el resultado de un intento mal adaptado

de resolver conflictos.

Estos conflictos constituyen problemas de la niñez no resueltos, tales como dependencia, inseguridad, hostilidad, afecto excesivo, preocupaciones acerca de la intimidad y fuertes instintos de poder y control.

Las neurosis tienen dos principales componentes: Psicógeno (tensión, temores, dificultad en la concentración y aprensión) y somático (taquicardia, palpitaciones, temblor, sudoraciones, trastornos gastrointestinales, etc).

Una neurosis puede convertirse en autogenerante debido a que los síntomas refuerzan la reacción ocasionando que se acrecienten. La ansiedad resultante se maneja en forma diferente (mecanismos de defensa) y ésto es lo que determina las formas de neurosis (1).

- La ansiedad puede estar flotando libremente resultando en ataques de ansiedad aguda, volviéndose crónica ocasionalmente cuando uno ó varios mecanismos de defensa se encuentran funcionando los resultados son los bien conocidos problemas neuróticos (2). La escuela conductista considera que los problemas neuróticos no son el resultado de conflictos inconscientes, sino que son hábitos patrones persistentes de conducta no adaptativa por el aprendizaje; los hábitos al no ser adaptativos, son mecanismos no satisfactorios de lidiar con los problemas de la existencia, provocando la ansiedad resultante, la cual es manejada a menudo por el individuo. Sólo se buscará ayuda cuando la ansiedad sea demasiado dolorosa.
- Dentro de la clasificación de los trastornos de ansiedad se encuentran las reacciones de conversión, las cuales se entienden como las conversiones de conflicto psíquico en síntomas físicos en regiones del cuerpo inervadas por el sistema sensorio motor, por ejemplo parálisis, afonía etc. Constituye un mecanismo psiquiátrico que es más común en individuos no sofisticados y en algunas culturas.

En ocasiones se emplea como sinónimo conversión Histérica. Los mecanismos de defensa utilizados en este transtorno son la represión (una exclusión de la conciencia) y el aislamiento - (una fragmentación del afecto en la idea) (1).

La conversión puede resolver una situación angustiante, los síntomas de conversión pueden observarse como una forma de comunicación en la cual el paciente expresa un deseo o un pensamiento inconsciente.

El carácter del síntoma ha resultado tener significado simbólico específico para el paciente. Estos síntomas son mecanismos psíquicos por virtud de los cuales una idea una fantasía o un deseo, se expresan en términos corporales mas bien que verbales, encontrándose relacionados con situaciones de alarma.

LA FAMILIA Y LA NEUROSIS

Desde los inicios del psicoanálisis se ha dado gran importancia a la influencia de la familia en las Neurosis pero en realidad en pocas ocasiones se le ha tratado de estudiar en la práctica, ya que el tratamiento de los neuróticos se ha llevado a cabo - por medio de la terapia individual, refiriendo datos de la interacción familiar indirectamente.

Así mismo estos tratamientos suelen ser muy largos, buscando - la causa subyacente de ésta. A este respecto Ackerman nos dice: "Los psiquiatras se han hecho duchos en el estudio retrospectivo de la enfermedad mental; en el exámen minucioso de las historias familiares. Pero no han cultivado aún una destreza equivalente en el estudio de los procesos familiares del aquí y ahora".

Lo que nos da a entender Ackerman es que no basta el estudio -

del pasado, sino que es necesario investigar el presente, ya que la enfermedad mental es un proceso en marcha que se modifica con el tiempo y con la condiciones de adaptación y se--
gún los conflictos que se suceden en el grupo (1).

De la misma manera Pichon Riviere enfoca el estudio de las -
enfermedades mentales postulando que un gran porcentaje se -
genera en la familia, siendo producto de interacción del gru
po, refiriendo que el enfermo mental es el símbolo y deposita
rio del aquí y el ahora de su estructura social (4).

La corriente antipsiquiátrica introduce el término de aliena
ción como un vínculo del enfermo mental y los miembros de -
su familia, éste consiste en que el enfermo mental vive " el
otro" y no a"si mismo" y que el intentar ser "sí mismo" los
que se consideran normales lo toman como enfermo.

Berenstein propone que se debe encontrar un nivel de homoge
neidad a partir de la descripción de una propiedad común a
todo el universo de las familias de los enfermos mentales y
tomar esto como un punto de partida para permitir la investi
gación sobre lo que tiene de común para que despues de estu
diar las características diferenciales, lo cual permitiría -
un estudio comparativo y de validéz transcultural.

El propone que "un modo de definir operacionalmente el nivel
de homogeneidad resulta de considerar al grupo-familiar y es
en la estructura del grupo familiar y es en la estructura en
donde encontramos el nivel de homogeneidad.

Existen hasta el momento tres corrientes de terapia familiar
en los Estados Unidos de Norteamérica:

La primera corriente sería la transicional, que trata de unir
conceptos nuevos de sistemas con conceptos dinámicos tradicio
nales y en el tratamiento tiene como objetivo la reestructu
ración psicológica del paciente y pone énfasis en la explora
ción del pasado, en el contenido de la comunicación y la in

interpretación y transferencia como instrumento de cambio (Instituto de N. Ackerman, New York) (1) (3).

La segunda es la corriente existencial que tiene como objetivo el crecimiento y expansión de la persona y en el tratamiento pone énfasis en la experiencia en el presente, entre el terapeuta y los miembros de la familia como instrumento de cambio para ambos (Virginia Satir Palo Alto, Cal.)

La tercera corriente que es el grupo de sistema, tiene como objetivo el cambio del sistema familiar como contexto social y psicológico de los miembros de la familia y en la terapia - el énfasis está en la transformación de los procesos interpersonales en disfunción. (Salvador Minuchin)

Como vemos, los autores mencionados, tratan acerca de la importancia que juega el enfermo como resultante de la relación de su grupo, enfocando el diagnóstico y prevención según esta concepción.

Motivado por el estudio de estas escuelas decidí emprender el estudio de la familia desde el punto de vista de sistema, donde hay un miembro con reacción conversiva. En esencia, el estudio de la familia como sistema presenta tres facetas. En primer lugar, la estructura de una familia (estructura funcional) es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación. En segundo lugar, la familia muestra un desarrollo desplazándose a través de un cierto número de etapas - que exigen una reestructuración. Y en tercer lugar, la familia se adapta a las circunstancias cambiantes de modo tal que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro. (3)

La familia como sistema es una unidad en donde se puede identificar los elementos que la integran, como están organizados funcionalmente, los efectos que sobre ella tienen los fenóme-

nos de su ambiente y los efectos que sobre al ambiente tiene el grupo familiar.

Dentro de este sistema familiar hay subsistemas que establecen una jerarquía de funciones que se complementan y establecen: - fuertes ligas para mantener unida a la familia. Estos subsistemas son: Conyugal, fraterno y parental. De tal manera que - el vínculo de los miembros es el resultado de una combinación de factores biológicos y económicos. La familia es un sistema flexible, susceptible de aceptar cambios y modificar su estructura pero no sus funciones básicas las cuales se mantienen a - través del tiempo.

Estas relaciones funcionales de los subsistemas originan pautas transaccionales que definen cómo y cuándo actúan los miembros de una familia, a las cuales se les denomina límites del sistema, los cuales pueden ser de tres tipos; difuso, claro y rígido, pudiendo clasificar a la familia en tres tipos: Aglutinada de espectro normal y desligada respectivamente.

De acuerdo con Salvador Minuchin (3) consideramos a la familia como un Sistema Abierto, el cual consta de tres componentes - estos son: Estructura, Desarrollo y Adaptación.

Estructura.

Está constituida por subsistemas y relaciones entre estos.

Desarrollo.

Es el desplazamiento de la familia a través de ciertos números de etapas que exigen una nueva reestructuración.

Adaptación.

Es la manera de reaccionar de la familia ante las circunstancias cambiantes en su desarrollo.

ESTRUCTURA

I SUBSISTEMAS

Entenderemos como subsistema la asociación de dos o mas individuos con relaciones funcionales específicas que interactúan - entre sí y con otros subsistemas de la familia.

Existen tres subsistemas básicos en toda estructura familiar - que son el:

Conyugal, Parental y Fraternal.

1. SUBSISTEMA CONYUGAL

Es la asociación de dos individuos heterosexuales con la finalidad expresa de constituir una familia.

Tiene funciones específicas requeridas para la implementación de sus tareas, las cuales son: Complementaridad y acomodación mutua.

Complementaridad.

Definiremos como complementariedad la capacidad de cada cónyuge de apuntalar la acción del otro en muchas áreas de su vida.

Acomodación mutua.

Definiremos como acomodación mutua, como el ceder parte de la individualidad de cada cónyuge para lograr un sentido de pertenencia..

2. SUBSISTEMA PARENTAL

Está integrado por los padres sus hijos y sus relaciones.

En este subsistema tenemos dos tipos de relaciones que son: Diferenciación de autoridad y capacidad de negociación en situación desigual.

Diferenciación de autoridad.

La definiremos como la jerarquización existente en este subsistema en cuanto a la toma de decisiones.

Capacidad de negociación.

La definiremos como la eficacia de los recursos utilizados por los padres e hijos para satisfacer sus demandas.

3. SUBSISTEMA FRATERO

Es el conjunto de todos los hermanos. Aquí encontramos dos tipos de relaciones características, las cuales son:

Cooperación y competencia.

Cooperación.

La definiremos como la capacidad de los hermanos. para demandar y dar ayuda.

Competencia.

La definiremos como la rivalidad entre hermanos para la obtención del reconocimiento de sus aptitudes, dentro y fuera de la familia.

II LIMITES

Se definen como el resultado de las relaciones funcionales de los subsistemas. Son pautas de transacción utilizadas por los miembros de los subsistemas y pueden ser de tres tipos: Claros, Difusos y Rígidos.

Límites claros.

Definen quienes participan y de que manera y permiten cambios de acuerdo a las circunstancias permitiendo a los miembros del subsistema el desarrollo de sus funciones sin interferencias - indebidas. Permite el contacto con los subsistemas.

Límites difusos.

Definen parcialmente o no definen la manera y quien participa produciendo aglutinación de sus miembros.

Entendemos por aglutinación el incremento de comunicación y - preocupación ante un stress, lo que impide que no se asignen funciones específicas.

Límites rígidos.

Definen quienes participan y de qué manera, pero no permiten cambios y producen la incomunicación, produciendo el desligamiento de los miembros.

Entendemos por desligamiento a la incomunicación o difícil comunicación, lo que perjudica las funciones protectoras de la familia, ya que hay aislamiento y falta de ayuda.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Me ha parecido muy interesante, por su frecuencia de presentación los casos diagnosticados como Neurosis Conversiva en el servicio de Urgencias Adultos del Hospital General de Zona - No. 8 del IMSS.

Dentro de la clasificación de Neurosis lo que más me llamó la atención, fueron las neurosis conversivas que se diagnostican en éste servicio, por medio de síntomas los cuales se manejan también de manera sintomática o con placebos.

Por otro lado en el servicio de Psiquiatría solamente se aborda al individuo como miembro integrante del grupo familiar - porque por diversas causas no se estudian las interrelaciones en el núcleo familiar.

Lo anterior nos plantea la siguiente pregunta:

¿La presencia o activación de las crisis conversivas puede estar asociada con la invasión de los límites en los subsistemas familiares?

Especificación de variables:

Variable Independiente: Crisis Conversivas.

Variable Dependiente : Límites Familiares.

O B J E T I V O S

1. Definir los límites de las familias con las siguientes ca
racterísticas:

Donde exista un enfermo con Crisis Conversiva diagnostica
da por el Servicio de Urgencias Adultos del Hospital Gene
ral de Zona No. 8 del IMSS.

2. Definir el tipo de familias que pueden ser funcionales, -
moderadamente disfuncionales o con disfunción severa en -
base al cuestionario para medir el Índice de Funcionamient
to Familiar en relación a la Clasificación Triaxial Fami-
liar.

3. Estimular el interés de los médicos y residentes de Medi-
cina Familiar, por el estudio de los aspectos psicosocia-
les de la familia en los pacientes con crisis conversiva.

H I P O T E S I S

1. HIPOTESIS DE NULIDAD (H₀)
NO EXISTE INVASION DE LIMITES EN LAS RELACIONES
FAMILIARES DEL NEUROTICO CONVERSIVO.

2. HIPOTESIS ALTERNA
SI EXISTE INVASION DE LIMITES EN LAS RELACIONES
FAMILIARES DEL NEUROTICO CONVERSIVO.

PROGRAMA DE TRABAJO

De los meses de Junio a Noviembre de 1988, se realizó la aplicación de los cuestionarios para la detección de Disfunciones Familiares (ver anexos) a veinte pacientes del sexo femenino, de diferentes edades, las cuáles acudieron a la consulta del servicio de Urgencias del Hospital General de Zona No. 8 IMSS que pertenecían a las clínicas de la Delegación Tres Suroeste del Valle de México con adscripción a dicho Hospital y que reunieron los criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación que mas adelante se enumeran, todo con diagnóstico de Crisis Conversiva.

Criterios de Inclusión.

- Ser derechohabiente del IMSS
- Que deseen cooperar voluntariamente en el estudio
- Que acudan al servicio de Urgencias Adultos y se les diagnostique Crisis Conversiva.
- Que el paciente no curse con enfermedad endócrina, metabólica, oncológica, degenerativa, psiquiátrica o infecciosa - - agregada.

Criterios de Exclusión.

- Pacientes que no deseen cooperar con el estudio
- Pacientes que no sean derechohabientes del IMSS

Criterios de Eliminación.

- Derechohabientes que por presentar complicaciones orgánicas o psiquiátricas no pudieran continuar con el estudio, o decidieran voluntariamente no continuar con éste.

ENCUESTA DESCRIPTIVA TIPO DE ESTUDIO

- PROSPECTIVO
- TRANSVERSAL
- DESCRIPTIVO
- OBSERVACIONAL

M E T O D O

El presente estudio se realizó de los meses de Junio a Noviembre de 1988, se aplicaron los cuestionarios para medir el Índice de Funcionamiento Triaxial Familiar y el de Tipología Familiar, en el Servicio de Urgencias Adultos del Hospital General de Zona No. 8 del IMSS, a las veinte pacientes que se captaron con diagnóstico de Crisis Conversiva.

Estos cuestionarios se aplicaron en todos los casos, después de que las pacientes, habían recibido el tratamiento médico y que se recuperaban progresivamente, siendo este período variable en todos los casos, en algunos casos bastaron treinta minutos y en otros hasta tres horas, con promedio de entrevistas de una por paciente y en tres casos un total de tres.

La aplicación de los cuestionarios se hizo en forma directa a las pacientes, ya que por la complejidad de algunas preguntas, las pacientes referían no entenderlas.

El horario de captación de las pacientes también fue variable predominando en los horarios vespertino y nocturno, contando en todos los casos con la colaboración de los médicos de base del Servicio de Urgencias Adultos.

De los problemas que se suscitaron con mas frecuencia fueron: en aproximadamente 30% de los casos el rechazo de los pacientes y sus familiares al sugerir envíos a los servicios de Sa-

lud Mental y al servicio de Psiquiatría. En otros casos el rechazo a los tratamientos sintomático y placebo.

El manejo estadístico que se le dió a los datos obtenidos, fue con estadística descriptiva, se obtuvo media, mediante y moda en las variables pertinentes y se concentraron los datos en - gráficas de barra. No fué posible manejar estadística inferencial por el diseño del estudio.

RESULTADOS.

A continuación y de manera sintetizada, se describirán los datos más relevantes obtenidos en las encuestas, así como las cifras obtenidas para valorar la Disfunción Familiar de cada familia de los pacientes que se sometieron a encuesta.

Los cuales se detallan en los cuadros correspondientes.

Se hace la aclaración que en las dos pacientes, que su estado civil es soltero, en el Eje I que corresponde a los Aspectos del Desarrollo Familia, así como las complicaciones y variaciones del desarrollo, además del Eje II que comprende: Disfunciones en el subsistema conyugal, subsistema padre-hijo y el subsistema fraterno, fueron contestados por los padres de estas dos pacientes, con el fin de tener una perspectiva global de las familias.

En cuanto a la media por edad obtuvimos la siguiente cantidad:

$$\bar{X} = 30.45$$

En cuanto a la mediana se obtuvo la siguiente cantidad:

$$\text{mdn} = 10.5$$

En cuanto a la moda se obtuvieron las siguientes cifras:

33, 31, 26, 18.

A P G A R .
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8 "SAN ANGEL"
JUNIO - NOVIEMBRE 1988

	No.	%
FAMILIAS FUNCIONALES	11	55
MODERADAMENTE DISFUNCIONALES	5	25
SEVERAMENTE DISFUNCIONALES	4	20

FUENTE : 20 FAMILIAS ESTUDIADAS.

TIPOLOGIA FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8 "SAN ANGEL"
JUNIO - NOVIEMBRE 1988

		No.	%
ORIGEN	URBANA	20	100
	SUBURBANA	0	0
	RURAL	0	0
DESARROLLO	MODERNAS	18	90
	TRADICIONALES	2	10
	ARCAICAS	0	0
COMPOSICION	NUCLEAR	10	50
	EXTENSA	8	40
	COMPUESTAS	2	10
OCUPACION	EMPLEADAS U OBRERAS	16	80
	PROFESIONISTAS	4	20
	CAMPESINAS	0	0

FUENTE : 20 FAMILIAS ESTUDIADAS.

CLASIFICACION TRIAXIAL FAMILIAR
EJE I
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8 "SAN ANGEL"
JUNIO - NOVIEMBRE 1988

ASPECTOS DEL DESARROLLO FAMILIAR		
	No.	%
CON DISFUNCION	6	30
SIN DISFUNCION	14	70
COMPLICACIONES Y VARIACIONES DEL DESARROLLO		
CON DISFUNCION	6	30
SIN DISFUNCION	14	70
T O T A L .	20	100

FUENTE : 20 FAMILIAS ESTUDIADAS.

CLASIFICACION TRIAXIAL FAMILIAR
 EJE II
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8 "SAN ANGEL"
 JUNIO - NOVIEMBRE 1988

SUBSISTEMA CONYUGAL		
	No.	%
CON DISFUNCION	11	55
SIN DISFUNCION	9	45
SUBSISTEMA PADRE - HIJO		
CON DISFUNCION	6	30
SIN DISFUNCION	14	70
SUBSISTEMA FRATERO		
CON DISFUNCION	8	40
SIN DISFUNCION	12	60
T O T A L	20	100

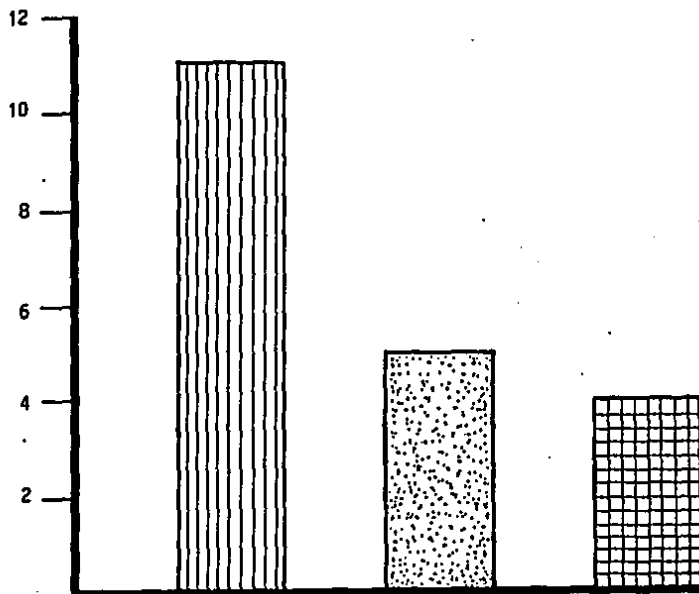
FUENTE : 20 FAMILIAS ESTUDIADAS.

CLASIFICACION TRIAXIAL FAMILIAR
EJE III
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8 "SAN ANGEL"
JUNIO - NOVIEMBRE 1988

LA FAMILIA COMO SISTEMA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL		
	No.	%
CON DISFUNCION	12	60
SIN DISFUNCION	8	40
DISFUNCIONES SOCIALES		
CON DISFUNCION	9	45
SIN DISFUNCION	11	55
T O T A L	20	100

FUENTE : 20 FAMILIAS ESTUDIADAS.

GRAFICA No. 1
FUNCIONALIDAD SEGUN APGAR FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8 - 1988



FUNCIONALES



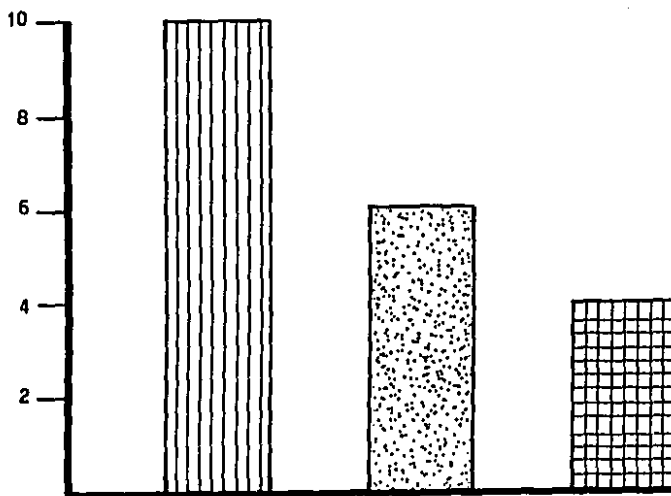
MODERADAMENTE DISFUNCIONALES



SEVERAMENTE DISFUNCIONALES

FUENTE : 20 ESTUDIOS FAMILIARES APLICADOS H.G.Z. No.8

GRAFICA No. 2
FRECUENCIA POR TIPO DE DISFUNCION
EN RELACION A LA CLASIFICACION TRIAXIAL MODIFICADA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8 - 1988



FUNCIONALES



MODERADAMENTE DISFUNCIONALES



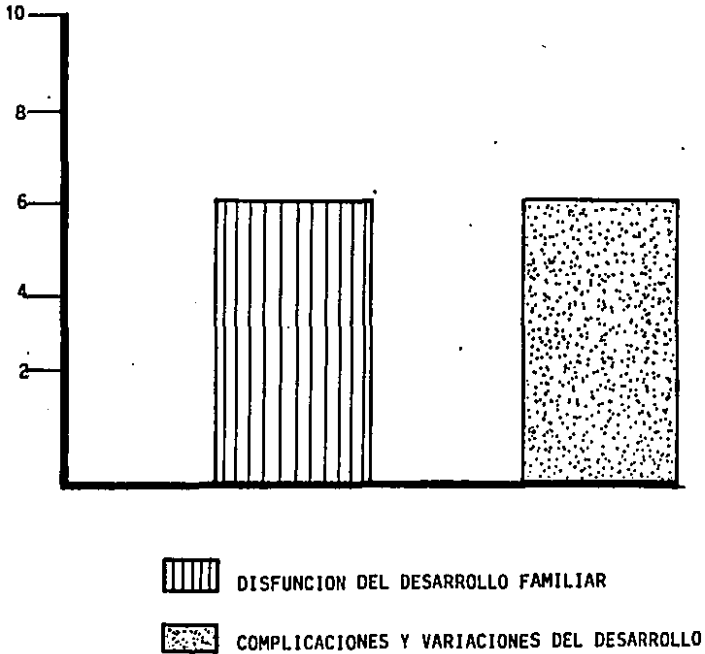
SEVERAMENTE DISFUNCIONALES

FUENTE : 20 ESTUDIOS FAMILIARES APLICADOS. H.G.Z. No.8

GRAFICA No. 3

EJE I

DISFUNCION EN LOS ASPECTOS DEL DESARROLLO FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8 - 1988

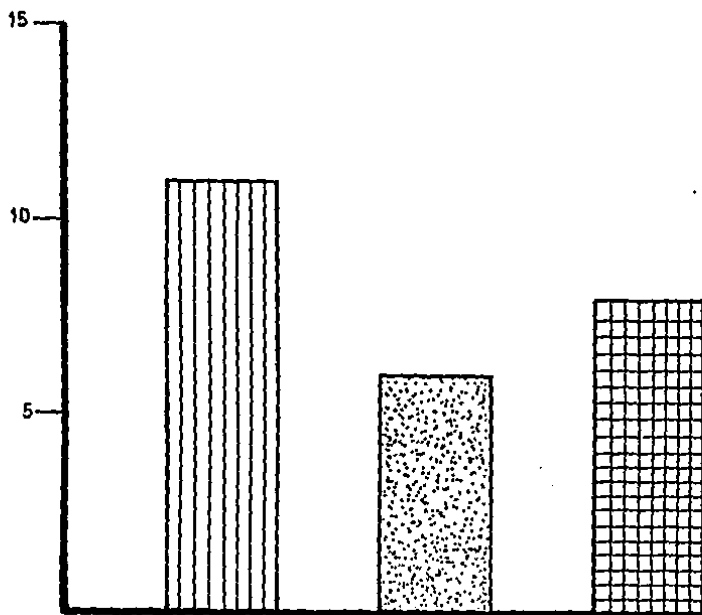


FUENTE : 20 ESTUDIOS FAMILIARES APLICADOS. H.G.Z. No.8

GRAFICA No. 4

EJE II

DISFUNCION EN EL SISTEMA FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8 - 1988



SUBSISTEMA CONYUGAL



SUBSISTEMA PADRE=HIJO



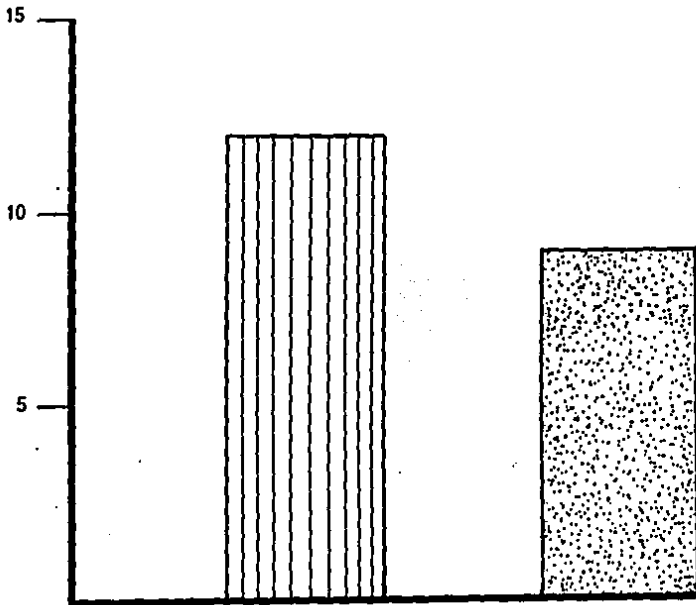
SUBSISTEMA FRATERNO

FUENTE : 20 ESTUDIOS FAMILIARES APLICADOS H.G.Z. No. 8

GRAFICA No. 5

EJE III

DISFUNCION EN LA FAMILIA COMO SISTEMA FUNCIONAL Y SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8 - 1988



DISFUNCION EN LA FAMILIA COMO SISTEMA
FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL.



DISFUNCIONES SOCIALES

FUENTE : 20 ESTUDIOS FAMILIARES APLICADOS H.G.Z. No. 8

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

1. Dentro de la clasificación Triaxial Familiar, encontramos que se presentaron en los tres ejes estudiados, Disfunciones en mayor o menor grado, las cuales si las manejamos - por separado no nos orientan a decidir, si una familia en su conjunto es Funcional, Moderadamente Disfuncional, o - Severamente Disfuncional.

Para tratar de unificar un criterio lo mas objetivo posible decidimos emplear la siguiente modificación:

Dado que cada Eje en relación con la familia valora aspectos diferentes, tenemos lo siguiente.

Eje I.....

- 1.- Aspectos del desarrollo Familiar
- 2.- Complicaciones y variaciones del desarrollo

Eje II.....

- 3.- Subsistema conyugal
- 4.- Subsistema padre-hijo
- 5.- Subsistema fraterno

Eje III.....

- 6.- Disfunciones en la familia como sistema estructural y funcional
- 7.- Disfunciones sociales

En total siete Indices que se manejan en los tres ejes - por lo que si una familia tuvo alteraciones (disfunciones) en:

- 0-2 Indices se consideró.....**FUNCIONAL**
- De 3-4 Indices se consideró.....**MODERADAMENTE DISFUNCIONAL**

De 5-7 Indices se consideró.....SEVERAMENTE
DISFUNCIONAL

2. Según la Tipología Familiar, encontramos que por su origen correspondieron en su totalidad pacientes de la zona urbana, esto coincide con la zona de influencia del Hospital - General de Zona No. 8 San Angel del IMSS en el cual se aplicaron los estudios.
3. En cuanto a su desarrollo, 18 familias fueron modernas y 2 tradicionales esto podría tener cierta relación con la presentación de Crisis Conversivas.
4. Por su composición encontramos que 10 de éstas familias, - fueron nucleares, en las cuales habitan, el esposo, la esposa con o sin hijos, 8 familias fueron extensas, en las cuales además de las características de la familia nuclear, hay algún miembro más que habita con ellos el cual puede ser (abuelo, primo etc.)
Únicamente 2 familias resultaron ser de tipo compuesto en la cual cuenta con las características de la familia nuclear, pero que conviven además con algún miembro sin lazo consanguíneo.
5. En cuanto a la ocupación predominaron en primer lugar, las familias empleadas u obreras, con un total de 16 familias, siguiendo las familias con alguna profesión (4), lo que en relación con las actividades de tipo Industrial que se realizan en las zonas urbanas.
6. En cuanto al sexo predominó el sexo femenino lo que está en relación con la prevalencia obtenida en otros estudios sobre el tema.

7. Con relación al APGAR FAMILIAR se observó, que 11 familias se consideraron Funcionales, esto nos dá un 55% del total, continuando con Disfunción Familiar Moderada en 5 familias (25%) y por último, 4 familias se catalogaron como Severamente Disfuncionales (20%).

Esto coincide con los resultados de la Clasificación Triaxial Familiar modificada, con la que trabajamos en éste estudio.

8. En lo concerniente a la Clasificación Triaxial Familiar - concluimos lo siguiente:

En el Eje I. Aspectos del Desarrollo Familiar así como - Complicaciones y Variaciones del Desarrollo Familiar, fueron los Indices que presentaron una menor incidencia en - disfunciones familiares.

En el Eje II. Subsistema Conyugal.

Subsistema Padre-Hijo

Subsistema Fraterno

Obtuvimos los Indices que presentaron la mas alta incidencia en disfunciones familiares, predominando en primer lugar la incompatibilidad conyugal, esto está en relación con el Estado Civil de las pacientes estudiadas las cuales 17 fueron casadas, 2 solteras y una madre soltera.

Posteriormente le siguió, la disfunción padre-hijo y por último la coalición entre hermanos.

Eje III. Disfunciones de la familia como sistema estructural y funcional y Disfunciones Sociales.

Se encontraron en segundo lugar, en cuanto a Disfunción Familiar, lo que nos traduce que las familias, que presentaron esta disfunción generalmente fueron familias con tendencia al aislamiento y a la aglutinación.

9. Por lo que respecta al estudio de los límites familiares, no se pudieron establecer, debido a que los cuestionarios sobre el Funcionamiento Triaxial Familiar, solo se aplicaron al miembro de la familia que presentó Crisis Conversiva en el Servicio de Urgencias Adultos del Hospital General de Zona No. 8 San Angel, resultando esto insuficiente para la valoración real de los Límites Familiares, debiendo haberse practicado encuestas a todos los miembros de cada familia, para tener un marco de referencia, de la familia como sistema.

Esto no se realizó por la dificultad de captar a todos los integrantes de una familia, por diversos factores (de tiempo, estudio, trabajo o simplemente la falta de cooperación con el estudio);

10. Por último diré que en la presentación de las Crisis Familiares hay un componente de Disfunción Familiar en un 45% de las familias, que están entre Moderadamente Disfuncionales a Severamente Disfuncionales.

No olvidando también que las familias que se clasificaron como Funcionales presentaron alguna disfunción mínima en algún momento de su vida, por lo tanto:

La presencia de Crisis Conversivas en las familias estudiadas sí tiene relación con la presencia de Disfunciones Familiares.

C O N C L U S I O N E S .

1. El total de pacientes estudiadas correspondieron al sexo femenino.
2. En cuanto a las edades los extremos fueron 16 a 61 años. Con una \bar{X} de 30 años lo que está de acuerdo con lo reportado en otros estudios.
3. En relación a su origen 20 pacientes de la zona urbana.
4. En relación a su desarrollo 18 familias modernas y 2 tradicionales.
5. En relación a su ocupación 16 familias fueron empleadas y 4 profesionistas.
6. En relación a su estado civil un alto porcentaje de las pacientes fueron casadas.
7. Según el APGAR un alto porcentaje (45%) resultaron entre moderada y severamente disfuncionales lo que es semejante a los datos encontrados por medio de la Clasificación Triaxial.
8. No fue posible detectar el tipo de límites en cada familia porque los estudios se hicieron solo en el paciente identificado.

COMENTARIO .

Considero que en el presente estudio se abordó un tema de mucha importancia dentro de nuestra práctica diaria, al cual no se le ha dado la debida atención.

Cuando tratamos a un miembro de una familia debemos enfocarlo en sus tres componentes familiares (estructura, adaptación y desarrollo) esencial ésto en nuestra especialidad puesto que nos permite conocer las relaciones entre el funcionamiento - emocional del individuo y el funcionamiento psicosocial del - grupo familiar con lo que se puede detectar patología de modo integral, dando tratamiento encaminado no solo a modificar el miembro que manifiesta esta patología, sino las situaciones - que estan generandola.

Por lo anterior hago las siguientes recomendaciones.

1. Es necesario investigar en su totalidad, en forma directa, a todos los miembros de una familia como sistema, para observar cual es el subsistema o parte de éste más afectado, para apoyarlo adecuadamente de acuerdo a la capacidad del médico y de los recursos disponibles.
2. A los investigadores que se interesen en este tipo de estudios sugiero cambios en la metodología de estudio de los límites de las relaciones familiares para poder obtener resultados mas significativos que los conduzcan a enlazar las situaciones del grupo familiar mas objetivamente.

A N E X O I

TIPOLOGIA FAMILIAR.

1. La familia se adapta y práctica racionalmente las costum
bres, ideas y roles que surgen cotidianamente en la comu
nidad?

MODERNA: SI NO

2. La familia norma su conducta por un rígido patrón de com
portamiento que ejerce habitualmente el padre.

TRADICIONAL: SI NO

3. La familia conserva hábitos religiosos, normas morales, -
actitudes familiares, roles y demás costumbres antiguas y
provenientes de una comunidad indígena de origen.

ARCAICA O PRIMITIVA: SI NO

4. El domicilio de la familia se ubica en?

La ciudad (Urbana)

Alrededor de la ciudad (Suburbana)

En el campo o alrededores (Rural)

5. La familia la componen?

a) Los padres e hijos (Nuclear)

b) Lo anterior mas consanguíneos (Extensa)

c) Lo anterior más NO consanguíneos (Compuesta)

6. La ocupación de la familia fundamentalmente es:

- En el campo

- Empleada u obrera

- Profesionista

A N E X O 2

DEFINICION DE LOS COMPONENTES DEL APGAR FAMILIAR

<u>Componente</u>	<u>Definición</u>
Adaptability (Adeptabilidad)	La adaptación es la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar es forzado o violado.
Partnership (Asociaciones)	Es la participación de responsabilidad en trabajo y educación por los miembros de la familia.
Growth (Progresión)	Es la maduración física y emocional, plenitud - misma que es llevada a cabo por los miembros de la familia a través del apoyo mutuo y dirección (conducta).
Affection (Afecto)	Es lo que se refiere a las relaciones de cuidado y cariño que existen entre los miembros de la familia.
Resolve (Acuerdos y decisiones)	Es la tarea de dedicar tiempo a otros miembros de la familia para educación física y emocional. Usualmente también involucra una decisión de participación de la riqueza y espacio.

QUESTIONARIO DEL APGAR FAMILIAR

	Casi siempre	Algunas ocasiones	Dificil- mentó
Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún trastorno.	_____	_____	_____
Estoy satisfecho con la manera en que mi familia discute de igual acuerdo e interés y participa en la resolución de problemas conmigo.	_____	_____	_____
Encuentro que mi familia acepta mis deseos de tomar nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida.	_____	_____	_____
Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos tales como ira, aflicción y amor.	_____	_____	_____
Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo pasamos juntos.	_____	_____	_____

A N E X O 3

INDICE DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR
EN RELACION A LA CLASIFICACION TRIAXIAL FAMILIAR

- EJE I ASPECTOS DEL DESARROLLO FAMILIAR
DISFUNCIONES DEL DESARROLLO
- 1.- Considera Ud. que en su matrimonio tanto su esposo (a) como Ud. estan de acuerdo con su papel marital?
SI NO
- 2.- Considera Ud. que en su matrimonio cada quien cumple con su responsabilidad y tareas de esposos?
ADECUADAMENTE CON DEFICIENCIA MUY DEFICIENTE
- 3.- La llegada de los hijos ha significado para su matrimonio problemas?
SIEMPRE CASI SIEMPRE A VECES NUNCA
- 4.- Si la llegada y crianza de los hijos ha significado problemas estos han sido principalmente de tipo?
ECONOMICO PSICOLOGICO FAMILIAR OTROS (ESPECIFICAR)
- 5.- Si en su familia tiene hijos adolescentes o adultos, toma cada quien su respectivo papel y responsabilidad en la familia?
SIEMPRE CASI SIEMPRE A VECES NUNCA
- 6.- La pérdida o ausencia de uno de los miembros de la familia ha significado crisis familiar persistente?
SIEMPRE CASI SIEMPRE A VECES NUNCA
- 7.- En caso que la falta de un miembro signifique crisis familiar persistente ha sido por su repercusión?
ECONOMICA PSICOLOGICA FAMILIAR OTRAS (ESPECIFICAR)

COMPLICACIONES Y VARIACIONES DEL DESARROLLO

B)

- 8.- Se ha separado alguna vez de su pareja, ya sea de manera legal o informal?
SI NO
- 9.- En caso que sean varias cuantas son?
2 o menos 3 a 5 más de 5
- 10.- Es Ud. actualmente el que da todas las atenciones y cuidados a sus hijos, ya sea por divorcio, viudez o separación informal?
SI NO

. . . ./

- 23.- Cuando se comunica o habla con su pareja lo hacen de manera clara, directa, sin temores?
 SI A VECES NO
- 24.- Comparte Ud. con su pareja las mismas ideas, gustos, hábitos, creencias, normas morales, sentimientos etc.?
 TODAS ALGUNAS NINGUNA

- 25.- Que tan identificado o afin se considera con su pareja?
 TOTALMENTE LO SUFICIENTE MUY POCO NADA

B) EN EL SUBSISTEMA PADRE(S) - HIJO (S) (PARENTAL)

- 26.- Considera Ud. adecuada la relación suya y de su conyuge con sus hijos?
 SI A VECES NO
- 27.- Considera Ud. adecuada la forma de criar y cuidar a sus hijos?
 SI A VECES NO
- 28.- Se da el caso en su familia que por costumbre, enfermedad u otro motivo en algún hijo se centre la atención, problemas, iniciativas, etc.?
 SI NO
- 29.- Considera Ud. que por alguna razón existe alguna relación especial que sobresaiga en la familia, entre algún padre y algún hijo?
 SI NO
- 30.- En caso de tal causa de dicha relación es principalmente?
 ECONOMICA PSICOLOGICA FAMILIAR OTRA (ESPECIFICAR)
- 31.- Existe alguna relación especial entre ambos padres y algun hijo?
 SI NO
- 32.- La causa de esta relación es de tipo?
 ECONOMICA PSICOLOGICA FAMILIAR OTRA (ESPECIFICAR)

C) DISFUNCIONES EN EL SUBSISTEMA DE LOS HERMANOS (FRATERNAL)

- 33.- Considera Ud. adecuada la relación entre sus hijos como hermanos?
 SI A VECES NO
- 34.- De acuerdo a su edad y lugar en la familia toman sus hijos sus respectivos lugares y responsabilidades?
 SI A VECES NO

B I B L I O G R A F I A

1. Ackerman, Nathan W., Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Editorial Horme, 6o. Ed. 1978; Buenos Aires, Argentina.
2. Krupp, A. Marcus. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. Editorial Manual Moderno, 1980, 15o., Ed., México, D.F.
3. Minuchín, Salvador. Familias y Terapia Familiar Editorial Garnica, 1977, Barcelona España.
4. Pichón Riviere, E. El Proceso Grupal. Editorial Nueva Visión, 1978, Buenos Aires, Argentina.