

8
2ej.



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**Diferencias en la Dinamica Familiar en un grupo
de Familias con Quemaduras y otro grupo
sin Quemaduras.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N

***Martha Patricia Alvarado Tello
Sandra Celinda Sánchez Mendoza***

Asesora: LIC. JOSETTE BENAVIDES TOURRES

Asesora Metodologica: MTRA. MIRTA FLORES GALAZ

MEXICO, D.F.,

1994.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AL JURADO:

LIC. JOSETTE BENAVIDES TOURRES

MTRA. LUZ MARIA ROCHA JIMENEZ

M.C. ROBERTO GAITAN GONZALEZ

LIC. LETICIA BUSTOS DE LA TIJERA

MTRA. MIRTA MARGARITA FLORES GALAZ

POR SU ORIENTACION E INTERES EN EL PRESENTE TRABAJO

A LA LIC. JOSETTE BENAVIDES:

FOR LA AMISTAD QUE SURGIO AL CONVIVIR DIA A DIA EN LA REALIZACION DEL TRABAJO. ADEMAS DE SU APOYO Y GUIA PARA LA CONCLUSION DEL MISMO.

A LA MTRA. MIRTA FLORES:

QUIEN NOS ENSENO LO DIVERTIDO QUE PUEDE SER LA ESTADISTICA Y POR LOS MOMENTOS COMPARTIDOS EN CLASE.

A MI AMIGA DE SIEMPRE: PATTY

POR SU AMISTAD INCONDICIONAL Y POR LOS MOMENTOS AGRADABLES Y DIVERTIDOS QUE HEMOS VIVIDO. ADEMAS DE LOS PLANES A FUTURO POR REALIZAR.

TE QUIERO MUCHO

A MI AMIGA DE TODA LA VIDA: SANDY

POR HABER ESTADO CONMIGO EN TODO MOMENTO COMPARTIENDO ALEGRIAS Y TRISTEZAS. APOYANDONOS UNA A LA OTRA PARA SALIR ADELANTE AUN EN CONTRA DE LAS ADVERSIDADES Y POR SER UNA AMIGA FUERA DE SERIE.

TE QUIERO MUCHO

A MIS PADRES:

QUIENES HAN ESTADO CONMIGO EN TODO MOMENTO COMPARTIENDO MIS LOGROS. DANDOME APOYO Y COMPRENSION EN TODAS LAS ACTIVIDADES QUE EMPRENDO Y POR LO IMPORTANTE Y SIGNIFICATIVOS QUE SON PARA MI.

LOS AMO

A MIS HERMANOS: MARIO
ARMANDO
BETTY
GABRIEL
ANGELICA
ALBERTO

POR SU FORMA DE SER
Y POR ESTAR A MI
LADO SIEMPRE

LOS QUIERO

A MIS SOBRINOS:

POR QUE CADA DIA DIBUJEN UNA SONRISA EN SU ROSTRO.

LOS QUIERO MUCHO

A MI COMADRE PATTY:

FOR LOS MOMENTOS BONITOS QUE COMPARTIMOS EN NUESTRA
ADOLESCENCIA.

A LA DRA. CARMEN RIVEIRA

QUIEN ME AYUDO A VER LAS COSAS DE FORMA AGRADABLE AUN
EN LOS MOMENTOS DIFICILES Y ADEMAS DE ENSEÑARME A LUCHAR POR
LAS COSAS QUE UNO QUIERE.

A MI MAMA:

POR SU APOYO EN TODO MOMENTO Y POR QUE SE QUE COMPARTE
CONMIGO LA ALEGRIA DE ESTE TRABAJO.

TE QUIERO MUCHO

A MI ABUELITA CUQUITA:

POR ESTAR CONMIGO CUANDO MAS LA NECESITE.

A MIS HERMANOS: PAQUITA
GELOS
BETTY
MIGUE
CHUCHO
SUSY

POR CONFIAR Y CREER EN MI

A NUESTRAS AMIGAS: LUPITA GOIZ
LORENA
MARI CARMEN
OLIMPIA
MARCELA
LILIANA
VICKY MEJIA
CRISS

POR LOS MOMENTOS
DIVERTIDOS QUE
COMPARTIMOS A LO
LARGO DE LA CARRERA
Y POR ESOS PASEOS
INOLVIDABLES.

... POR LOS MOMENTOS DIVERTIDOS QUE COMPARTIMOS
A LO LARGO DE LA CARRERA Y POR ESOS PASEOS INOLVIDABLES.

CONTENIDO

RESUMEN

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	3

MARCO TEORICO

CAPITULO I: DINAMICA FAMILIAR

1.1 La Familia como Sistema	10
1.2 Modelo Estructural	14
1.3 Estructura Familiar	16
1.4 Ciclo Vital de la Familia	23
1.5 Elementos Fundamentales de la Estructura v Funcionamiento Familiar	38
1.6 La Familia Mexicana Actual	45

CAPITULO II: QUEMADURAS. CLASIFICACION Y TRATAMIENTO

2.1 Definicion	52
2.2 Agentes causantes	52
2.3 Clasificacion de las quemaduras	57
2.4 Tratamiento empleado en el manejo de las quemaduras	59
2.5 El niño en el hospital	64

CAPITULO III: FAMILIAS EN CRISIS

3.1 Teoria de la crisis	70
3.2 Tipos de crisis	73
3.3 Funciones del sistema familiar	75
3.4 Familia en crisis	80
3.5 Enfermedad Crónica	82

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1	Planteamiento y justificación del problema . . .	98
4.2	Planteamiento de objetivos	99
4.3	Planteamiento de hipótesis	101
4.4	Variables	
4.4.1	Definición conceptual de las variables . .	105
4.4.2	Definición operacional de las variables .	105
4.5	Sujetos	107
4.6	Muestra.	108
4.7	Tipo de estudio	109
4.8	Diseño de investigación	109
4.9	Instrumento	109
4.10	Procedimiento	115

CAPITULO V: RESULTADOS

5.1	Análisis Descriptivo	117
5.2	Análisis Inferencial	132

CAPITULO VI : DISCUSION 135

CONCLUSION 139

BIBLIOGRAFIA GENERAL 145

A N E X O S

ANEXO 1	FICHA DE IDENTIFICACION: FORMA A	152
ANEXO 2	FICHA DE IDENTIFICACION: FORMA B	158
ANEXO 3	ESCALA PILOTO	165
ANEXO 4	ESCALA FINAL UTILIZADA EN LA INVESTIGACION.	174

R E S U M E N

El objetivo de esta investigación fue el conocer las diferencias en la dinámica familiar en una familia con un niño quemado y en familias sin un niño quemado. Para tal efecto se construyó una escala de 42 afirmaciones que exploraban 7 parámetros de la Estructura Familiar desde de un punto de vista Sistemico. Se sabe que las familias al haber estado sometidas a una situación de crisis se dan una serie de cambios en su estructura, por lo que surge el interés de conocer en específico los cambios que se dan en su dinámica al haber estado expuestas las familias a un accidente con quemaduras, ya que no se tiene información amplia al respecto.

La muestra de la investigación fue seleccionada del Hospital Pediátrico de Xochimilco y Tacubaya para la población con quemaduras, así como de 4 escuelas de la S.E.P. de nivel preescolar y de nivel de educación básica para la población de familias sin quemaduras. En total participaron 60 familias que integraron la muestra final, las cuales estuvieron divididas en dos grupos de 30 familias para cada uno de los grupos de estudio; las características que debían reunir las familias para formar parte de las muestra son: 1) que la familia estuviera formada por el padre, madre y de dos hijos en adelante, 2) que uno de sus hijos tuviera entre los 3 y 8 años y 3) que viviera la familia en el D. F.

Los resultados obtenidos muestran que existen diferencias en ambos grupos de familia en lo que se refiere a su estructura familiar, principalmente en los parametros de limites individuales y alianzas entre los miembros de la familia.

Ademas de las diferencias que se encontraron en los dos grupos de familia, se pudo corroborar que la poblacion infantil que esta mas expuesta a este tipo de accidentes son de los 3 a los 8 años y que principalmente las quemaduras son ocasionadas por liquidos en ebullición.

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

Los accidentes son un problema de Salud Publica y un motivo real de preocupacion dada su frecuencia e importancia. La atención que se proporciona al paciente en los hospitales debe ser integral, entendiendose por esto, la asistencia medica, emocional y social: las cuales van a intervenir dependiendo de la magnitud del accidente.

Desafortunadamente en algunas instituciones se brinda el manejo médico y social, dejando a un lado el aspecto psicológico. Dicho aspecto es importante ya que no solo se ve afectado el paciente sino tambien su familia.

En niños pequeños además de las lesiones orgánicas producidas en el accidente, pasan por el impacto del trauma de la separación de sus padres, junto con el de la hospitalización, aislamiento y en caso de requerirlo de la inmovilización y pérdida temporal de sus habilidades recién adquiridas, debiendose enfrentar solo a los múltiples procedimientos medicos.

La familia puede responder con un temporal cambio en sus patrones de comunicación e interaccion, los cuales pueden llegar a rigidizarse. Los miembros de la familia son menos

productivos. Creativos y se retiran del ambiente social. Por lo general estas son respuestas que ponen en peligro el balance individual y familiar y solamente hasta que ellos puedan adaptarse a nuevos roles y a la nueva situación, sus esfuerzos se encaminaran a la conservación de su sistema familiar. (Padron E.,1990)

Debido a la gran variedad de accidentes que existen, así como a la diversidad de sus causas, la presente investigación se va a centrar en aquellos que provocan quemaduras, los cuales tienen un efecto significativo en la dinámica familiar al igual que en el paciente mismo.

A través de esta investigación se tratará de detectar los patrones de conducta que se modifican en la familia a raíz del accidente con quemaduras; por lo que se tomará como punto de comparación a familias que no presenten algún niño con quemaduras; estudiándolas desde un enfoque estructural.

Se utilizarán dos grupos de población, el primero que contenga familias en las que uno de sus hijos haya sufrido algún accidente con quemaduras; y otro grupo donde no se hayan presentado quemaduras.

A N T E C E D E N T E S

Una quemadura es posiblemente el traumatismo mas severo y complejo a que pueda ser sometido un ser humano.

En apariencia es una lesion que se limita a la cubierta cutanea, sin embargo, en la proporcion que la piel es destruida en extension y profundidad. el organismo pierde en primera instancia una barrera que por un lado lo aisla y por otro lo relaciona con su medio ambiente; pero tambien esta perdida se refleja en trastornos fisicos y funcionales a distancia que pueden llegar a involucrar varios organos y sistemas del cuerpo humano hasta llevarlo a la muerte.

Dependiendo de la gravedad y extension de la quemadura el organismo inicia una reaccion para contrarrestar y reparar el dano. cuando este es superficial y limitado, estos mecanismo pueden resultar suficientes para sanar al paciente bajo condiciones simples de cuidados generales y limpieza; pero cuando el dano es extenso es necesario un preciso control medico de los mecanismos fisiológicos asi como la restitution y reconstrucción de las partes dañadas para preservar la vida y la funcion.

En la etapa del crecimiento de los niños, las principales causas de quemaduras son la curiosidad y el descuido de los adultos en el cuidado de los niños pequeños, en cambio en los niños mayores casi siempre son por distraccion.

La mayoría de los accidentes en los niños ocurren en la casa y sobre todo en la cocina y el baño. cuando la madre se olvida de verificar si la temperatura del agua es la correcta e introduce al bebe en la bañera con agua demasiado caliente.

El número de quemaduras que suceden en los niños en Mexico no es realmente conocido puesto que no existe a la fecha un registro nacional de quemaduras y muchos niños nunca son atendidos por la medicina científica y formal. sino que son manejados con toda clase de remedios caseros. originando esto incapacidades funcionales y permanentes en algunos pacientes o la muerte de otros. El paciente quemado necesita por ende, de una multitud de recursos físicos y humanos que lo asistan en su recuperación y reintegración bio psico social.

Además de la lesión física que sufre el niño, este pasa por una situación de crisis junto con su familia. en la cual, se dan una serie de cambios en forma individual y a nivel familiar.

La atención que recibe el paciente casi es en su totalidad médica, dejando de lado el aspecto emocional y familiar del individuo, lo cual juega un papel muy importante en este tipo de situaciones. El simple hecho de estar hospitalizado conlleva a una serie de cambios como son la imposibilidad física y la manifestación de sentimientos de agresión y /o depresión. entre otros: los cuales son

experimentados por el paciente y sus familiares.

A manera de ejemplo se citan algunas investigaciones que tocan los puntos antes señalados.

Sanchez Ascensio (1985) realizo una tesis titulada: "La imagen corporal del paciente quemado". los sujetos de dicha investigacion, fueron adultos de 18 en adelante, de ambos sexos y de nivel socioeconomico bajo que asistian al hospital Ruben Leñero a Rehabilitacion.

La muestra estuvo constituida de 61 ss con quemaduras en cara y otras partes del cuerpo.

Siendo el indicador clinico la imagen corporal, se utilizo como instrumento el test de Leopold Caligor o El Test de Dibujo en 8 hojas (TDSH).

La investigacion intento dar a conocer el grado, en que afecta la imagen corporal, en relacion a la localizacion de las quemaduras en una poblacion de quemados hospitalizados.

Al analizar los porcentajes obtenidos de las categorias significativas se encontro: que el grupo mas afectado en su imagen corporal, es el grupo de mujeres quemadas en cara y, siendo afectados en menor grado, los grupos de quemados en otras partes del cuerpo, tanto en mujeres como en hombres, por lo tanto se concluye: 1. que el sitio afectado por la quemadura tiene importancia para la imagen corporal del sujeto. 2. que el sexo del afectado juega un papel importante y 3. que la mujer se ve mas afectada en su imagen corporal.

cuando presenta quemaduras en partes visibles del cuerpo.

Moore. P. (1993) realizó un estudio con el fin de examinar la naturaleza de la adaptación psicológica en personas que tuvieron accidentes con quemaduras en su infancia. Se pensaba que las personas que tuvieron una buena adaptación psicológica presentaban ciertos rasgos de personalidad que los diferenciaban de las personas que tuvieron una adaptación pobre, a 32 sujetos se les aplicó un inventario de personalidad y una escala que media adaptación.

Este estudio hipotetiza que la utilidad de la medición de la personalidad puede ser la identificación de fuerzas y debilidades de las características individuales de la personalidad que facilitan o disminuyen las habilidades individuales para ajustarse a los cambios de la vida.

La muestra estuvo constituida por 32 niños de 12 años de edad o más grandes que hubieran presentado quemaduras de 25% de Superficie Corporal Quemada (SCQ) y que tuvieran un año más de la quemadura. Como instrumentos se aplicaron el cuestionario 16 PF y una escala que mide la probabilidad de suicidio (SPS). el 16 PF fue utilizado para evaluar la personalidad y el SPS fue administrado para medir la adaptación

Este estudio determinó que los rasgos de personalidad influyen para tener una buena adaptación.

Aquellos individuos que se mostraron mejor adaptados a su accidente con quemaduras aparecen casi siempre mas optimistas, amistosos, aventureros, menos inhibidos, y se muestran seguros aun en el inicio de la hospitalizacion, mientras que los individuos que estan pobremente adaptados son timidos, cautelosos, inseguros y se intimidan con facilidad asi mismo despues del accidente frecuentemente se aislan y se ven inseguros desde el principio del tratamiento.

Melva Kravitz (1993) llevo a cabo un estudio con el nombre de "Sleep Disorders in Children After Burn Injury" en donde el objetivo de la investigacion era conocer los patrones del sueño en niños que hubieran sufrido un accidente con quemaduras.

En este estudio la muestra estuvo conformada por 82 niños y adolescentes entre los 30 meses y 20 años de edad con media inicial de quemadura de 43.8% de SCQ y una media de edad del tiempo en el que fue el accidente de 4.2 años los cuales fueron estudiados un año despues del accidente.

Los sujetos manifestaron tener desordenes del sueño los cuales fueron manifestados como pesadillas en 30 sujetos, camas mojadas en 20 sujetos y sonambulos en 6 sujetos. El contenido de los sueños en 45 pacientes fueron topicos normales en la infancia, 6 niños presentaron sueños de accidentes con quemaduras y en 5 el tema era el tratamiento de quemaduras. El proposito de este estudio fue el

describir los comportamientos antes de la admision y despues de la hospitalizacion los cuales demostraron desordenes en el sueño en el niño despues de la quemadura. El criterio de estudio fue que tuvieran 12 meses o mas desde el accidente y que tuvieran un desarrollo normal de acuerdo a su edad y se obtuvo la información por medio de observaciones, recolección de datos demograficos y una historia del sueño del niño.

Y por ultimo, Blakeney P. y Moore P. (1993) de la Universidad de Texas realizaron un estudio llamada "Parental Stress as a Cause and Effect of Pediatric Burn Injury".

El proposito de este estudio fue el de empezar una evaluación sistematica y describir el estress percibido de los padres de niños con quemaduras asi como la causa y efecto de una lesion con quemaduras. Dos grupos de padres se formaron, el primero de 89 padres de niños con quemaduras agudas y se evaluó el estres al tiempo de admision en el hospital, 1 ó 3 dias despues de ocurrida la lesion. Y otro grupo de 31 padres de niños en recuperación los cuales fueron seleccionados al azar y se evaluo el estres despues de 1 a 5 años de ocurrida la lesion.

El Indice de Estres de los Padres (PSI) fue seleccionado para medir la percepcion del estress de los padres. Un hallazgo curioso es que los padres de niños con quemaduras agudas no difieren de los puntajes del PSI de una muestra normal. No se encontro diferencias en el estres, no

se encontro evidencia en el estudio de que el estres sea una causa o un factor que contribuye a la lesion con quemaduras.

Los estudios anteriores son algunas de las pocas investigaciones que existen referentes al tema de quemaduras, en su mayoria se centran en los aspectos medicos y muy pocos tocan lo psicologico.

Por lo anterior surge el interes de conocer como es la Dinamica familiar en familias en las que uno de sus hijos haya sufrido un accidente con quemaduras y principalmente detectar cuales son los cambios que se dan en el sistema familiar desde un punto de vista estructural.

CAPITULO I

D I N A M I C A F A M I L I A R

LA FAMILIA COMO SISTEMA

La teoría general de sistemas fue propuesta por Von Bertalanffy como teoría de la organización de las partes dentro del todo. Von Bertalanffy (1968) definió un sistema como "un complejo de elementos interactuantes". Hall y Fagan (1956) definieron el mismo concepto de una manera ligeramente diferente. Definieron un sistema como "un conjunto de objetos juntos; así como las relaciones entre dichos objetos y entre sus atributos". Bertalanffy desarrolló su teoría a partir de la biología, pero sus alcances se extienden a los sistemas físicos, biológicos o sociales. (autores citados por Fernández de Castro, 1992).

La Teoría General de Sistemas resulta de una gran utilidad científica, ya que proporciona una gran cantidad de conceptos, tales como totalidad, mecanización, centralización, etc., que se pueden aplicar a diferentes áreas del conocimiento, como lo son las Ciencias Naturales, las Matemáticas, la Psicología, y la Sociología. (Fernández de Castro, 1992)

El estudio de la familia, desde la perspectiva de la Teoría de los Sistemas Generales representa una manera distinta de considerar el comportamiento de los individuos, pues nos permite contemplar a los miembros de la familia en interacción, sus secuencias de comunicación, sus roles y funciones, sus aspectos individuales, sus características grupales, y los acontecimientos dentro del contexto familiar en que ocurren.

Muchos fenómenos que suceden dentro de las familias parecen no explicarse claramente en tanto se intente hacerlo desde la perspectiva individual, es decir, mientras sólo se tome en cuenta al individuo que tienen problemas o provoque conflictos en su núcleo familiar. Cuando se amplía el margen de observación para incluir el contexto en que dicho fenómeno tiene lugar se advertirá "que" o "quienes" lo provocaron y el papel que desempeñan en el ámbito familiar. (Montiel C., 1988).

La familia como sistema es un todo que posee elementos individuales, cada uno, al interaccionar con los demás es esencial para obtener los resultados deseados. En el sistema existen aspectos básicos: acciones, reacciones e interacciones que al ser puestos en marcha por uno de los miembros puede provocar movimientos que afecten a los otros. Los movimientos generalmente suelen ser demandas, exigencias o transacciones para ajustar o equilibrar al conjunto familiar. (Montiel C., 1988)

El concepto de sistema se utiliza para hacer referencia a un grupo de personas que interactúan como un todo funcional. Ni las personas ni sus problemas existen en un vacío. Ambos están íntimamente ligados a sistemas recíprocos más amplios de los cuales el principal es la familia. (Mc Goldrick 1987)

Los sistemas pueden ser abiertos o cerrados (Satir, V., 1988) los primeros permiten la posibilidad de cambio; por su parte los sistemas cerrados lo admiten muy poco o nada. No permiten el desarrollo, impiden el crecimiento de sus miembros, sus reglas son difusas, tienen poco contacto con el exterior; los sistemas abiertos permiten cambiar las reglas cuando es necesario, alientan el contacto con el exterior, la comunicación es clara y directa, fomentan la creación de nuevos sistemas.

El sistema familiar se encuentra en movimiento constante, no es estático, está sometido a presiones internas y externas, convenios, acuerdos, conciliaciones y arreglos en sus etapas de desarrollo. Tomando en cuenta lo anterior, si la familia es un sistema abierto, sus miembros al interactuar interna y externamente intercambian información y enriquecen el sistema teniendo más posibilidades de enfrentar sus cuestiones y funcionar satisfactoriamente cuando requieran hacer ajustes, elaborar una transición, superar crisis (por ejemplo: la muerte de un ser querido o el accidente de un familiar). A diferencia de una familia

cuyos pensamientos y creencias están centrados en uno de sus elementos, considerándolo culpable de los conflictos surgidos en el entorno familiar y que además no es capaz de observar las acciones, reacciones e interacciones que sostiene una situación intolerable.

Otro de los aspectos importantes de la Teoría de los Sistemas se refiere a localizar el "aquí y ahora" de las familias, aún cuando los antecedentes históricos son relevantes en el funcionamiento, se debe rescatar lo necesario para que sus miembros se acepten como parte individual y como parte de la totalidad. Además estos precedentes nos sirven para conocer los procesos familiares e individuales y por supuesto aclararnos el "aquí y ahora".
(Montiel, C. 1988)

Salvador Minuchin fue responsable del desarrollo de la escuela estructuralista de terapia familiar. Esta ha sido una contribución trascendente al desarrollo de este campo. Minuchin y otros terapeutas estructurales están particularmente interesados en cómo las familias están organizadas en secciones, o subsistemas, y en los límites entre estas partes; también en los límites entre la unidad familiar que está siendo estudiada y la comunidad.

Los subsistemas más importantes dentro de una familia suelen ser: el subsistema conyugal, que se forma cuando dos adultos se unen con el objeto de formar una familia; el parental, que surge con la llegada del primer hijo, pero que sigue incluyendo solamente a la pareja, si bien con nuevos roles, y; el subsistema fraterno, que incluye a los hermanos.

Dentro de una familia los límites entre los subsistemas pueden ir de un extremo de rigidez, hasta un extremo en el que los límites son difusos, pasando por un punto medio en este continuo en el que los límites son claros. Más adelante ampliaremos estos conceptos.

Para Minuchin, la familia está sometida a presiones tanto internas como externas, que la obligan a una constante adaptación. Las externas se refieren a las demandas de la sociedad que está sufriendo rápidas transformaciones; las

internas están relacionadas con el propio desarrollo de la familia dentro de su ciclo vital. De modo que al mismo tiempo que la familia debe adaptarse ante nuevas demandas, debe también procurar un ambiente estable en el cual los miembros más jóvenes puedan crecer. Es por ello que un terapeuta no debe creer en el mito de que una familia normal es aquella en la que se vive en armonía, cooperando mutuamente y sin irritación. Por el contrario, el terapeuta debe tener en mente que una familia normal siempre estará enfrentando los problemas que le ocasionan las presiones antes señaladas.

Otra importante contribución de Minuchin a la terapia familiar fue su defensa del uso del espejo uni-direccional. Hasta el advenimiento de la terapia familiar, los terapeutas raramente observaban el trabajo de los demás: aun los terapeutas en entrenamiento se limitaban a reportar a sus supervisores lo que ellos creían que había sucedido durante sus sesiones terapéuticas. Los terapeutas familiares han abierto el proceso, tanto por la práctica común de tener observadores mirando y escuchando a través del espejo uni-direccional, como con el uso del video, que permite que la terapia sea revisada, si es necesario, repetidamente. Minuchin desempeñó una parte importante en este desarrollo. (Fernández de Castro 1992) La mayoría de las técnicas utilizadas por Minuchin aparecen en su obra "Técnicas de terapia familiar" (Minuchin y Fishman, 1987).

ESTRUCTURA FAMILIAR

El sentido común y la experiencia clínica indican las semejanzas de las familias en muchos aspectos, pero cada una posee una forma específica que le permite diferenciarse de las demás, aún cuando estas se encuentren dentro de la misma comunidad, ciudad, estado, país o sociedad en donde los valores, las normas, la moral, las costumbres, los ritos, etc. regulan su vida cotidiana.

La forma particular de la familia que la hace diferente de los demás está presente en la realización de funciones a través de los subsistemas organizados por generación, interés, sexo, etc. Así se tienen subsistemas como el conyugal formado por los esposos, el fraterno formado por los hermanos, el trigeracional constituido por los abuelos, padres e hijos. (Montiel, C. 1988)

El enfoque estructural de las familias se basa en el concepto que una familia no se reduce a los aspectos Biopsicodinámicos individuales de sus miembros. Los integrantes de una familia se relacionan de acuerdo con ciertas disposiciones que gobiernan sus transacciones. Estas disposiciones, aunque por lo general no son establecidas en forma explícita, o siquiera reconocidas, constituyen en todo: la estructura de la familia.

La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de que manera, cuando y con quién relacionarse, y éstas pautas apuntalan el sistema. (Velasco de Parra, 1991)

Las pautas transaccionales regulan la conducta de los miembros de la familia y son mantenidas por dos sistemas de coacción:

1. EL GENERICO. Que implica las reglas universales que gobiernan la organizacion familiar. Ejem.: debe existir una jerarquía de poder entre padres e hijos.
2. EL IDIOSINCRASICO. Que implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia. El sistema se mantiene a si mismo y ofrece resistencias al cambio mas allá de cierto nivel y conservando las pautas preferidas durante tanto tiempo como pueda hacerlo; sin embargo, la estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambien. (Velasco de Parra, 1991)

La familia es una unidad complicada, está organizada de tal forma que desarrolla mecanismos homeostáticos que le permitan mantener el equilibrio, al mismo tiempo que satisface las necesidades emocionales y físicas de los miembros que la integran. (Olsen, E.H. 1970)

En la creación de la organización y en el funcionamiento del sistema familiar, intervienen una combinación de factores biológicos, psicológicos, sociales y económicos. Biológicamente la familia sirve para perpetuar la especie. Psicológicamente, los miembros están unidos en interdependencia mutua para la satisfacción de sus necesidades afectivas, creando seguridad emocional, sentido de identidad, habilidad para establecer relaciones fuera de la familia, etc. Socialmente se da la transferencia de valores como comportamiento, tradiciones, adquisición de habilidades y actitudes, capacidad productiva y de consumo, y económicamente para la provisión de las necesidades materiales. (Villegas, A. 1988)

Los miembros de la familia comúnmente no se conciben como parte de esta estructura familiar. Cada ser humano se ve a sí mismo como una unidad completa, interactuando con otras unidades.

Cuando interactúa dentro de su familia se comporta de acuerdo a las reglas establecidas; unos territorios están marcados como "haga lo que quiera" otros como "proceda con precaución" y otros como "alto". Si cruza este límite, el miembro familiar va a encontrar ciertos mecanismos reguladores. También hay áreas marcadas como "entrada prohibida". Las consecuencias de traspasar estas áreas

cargan los más fuertes componentes afectivos: culpa, ansiedad, inclusive expulsión y condena.

La estructura familiar constriñe al individuo inhibiendo conductas que difieren de las normas familiares, pero la estructura familiar también promueve crecimiento y autonomía protegiendo al individuo y dándole a cada miembro de la familia una sensación de estabilidad y pertenencia que son esenciales para su bienestar. (Lopez T. 1988)

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de subsistemas. Los individuos son subsistemas en el interior de una familia, que pueden ser formados por generación, sexo, interés o función.

Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. (Velasco de Parra, 1991)

SUBSISTEMA INDIVIDUAL

Cada miembro de la familia es un subsistema que afecta y es afectado por los demás sistemas. Por ejemplo, cuando uno de los hijos tiene un problema, como en el caso de un paciente identificado, la familia total se ve afectada y a la vez ésta afecta y retroalimenta la conducta del hijo.

SUBSISTEMA CONYUGAL

Este sistema se constituye cuando dos adultos de sexo diferentes se unen con la intención de formar una familia. Posee funciones y tareas específicas, vitales para el funcionamiento familiar.

Las principales cualidades requeridas para la implementación de estas tareas son la complementariedad y la acomodación mutua. Tanto el esposo como la esposa deben ceder parte de su individualidad, para lograr un sentido de pertenencia. Debe existir la aceptación de la mutua interdependencia.

El subsistema conyugal debe estar protegido por un límite que evite las interferencias de los demás subsistemas y sistemas, en particular del subsistema fraterno y de las familias de origen. Así los adultos tendrán un territorio psicosocial propio.

Este subsistema es vital para el crecimiento de los hijos y cualquier disfunción en él va a repercutir en el subsistema fraterno.

SUBSISTEMA PARENTAL

Tiene su origen con el nacimiento del primer hijo. En una familia intacta, el subsistema parental debe diferenciarse para desempeñar las tareas de sociabilizar al hijo, sin renunciar al mutuo apoyo y las tareas que corresponden al subsistema conyugal.

También debe existir en este subsistema, un límite claro y flexible, que permita al niño acceso a ambos padres y que a la vez lo excluya de las funciones maritales y parentales.

La disciplina es una función importante de los padres. Su autoridad debe ser racional, flexible y adaptable a las diferentes necesidades del niño en sus diferentes etapas de desarrollo.

SUBSISTEMA FRATERNAL

En el subsistema fraterno los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales. Aquí los niños se apoyan, aíslan, aprenden y se desahogan mutuamente.

Aprenden a negociar, cooperar y compartir, a hacer amigos, y a lograr reconocimiento por sus habilidades. Los límites del subsistema fraterno deben proteger a los niños de

la interferencia adulta, para que puedan ejercer su derecho a la privacidad, tener sus propias áreas de interés y disponer de la libertad de cometer errores en su exploración.

Las pautas aprendidas en este subsistema serán generalizadas a otros subsistemas, tanto en la infancia como en la vida adulta. (Minuchin, S. 1990)

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

La unión familiar es una especie de respuesta a las diferentes presiones que un ambiente dado ejerce sobre el individuo. Se puede pensar inclusive que se trata de algo semejante a una lucha por encontrar un equilibrio, o bien un intento de alcanzar alguna forma de organización capaz de proveer satisfacciones a las necesidades individuales. Esto dará lugar a un ajuste psicodinámico adecuado, al mismo tiempo que el sistema alcanza un funcionamiento eficiente al permitir un ejercicio comunitario saludable.

Cuando la organización familiar es tal que puede enfrentar las diferentes presiones y demandas, el ambiente que priva en la familia, será, por lo general, firme y estable. Pero es necesario aclarar que una fachada de armonía y firmeza mantenida a través de mecanismos de simulación y control, no asegura en forma alguna la presencia de la satisfacción y la felicidad.

En realidad, muchas veces la familia permanece junta, en momentos cuando la separación puede ser necesaria, debido a que sus miembros están demasiado enfermos, debilitados o asustados para hacer algo acerca de sus problemas y relaciones de dependencia malsana con los otros.

No es fácil describir la estructura emocional de la

vida familiar. Se puede entender mejor si pensamos solamente en la complejidad que implica describir lo que son los roles emocionales. En la textura de las relaciones finas que se suscitan entre sus miembros, en la capacidad para resolver sus problemas y en las formas infinitamente diferentes de hacerlo; en el clima de sus estados anímicos, en sus comunicaciones y en su capacidad de ejercer funciones tan intangibles como la libertad, la autonomía, la individualidad y la independencia.

Todas estas facetas y otras más, para las cuales no existen palabras, son parte de la estructura y textura de la fibra emocional que forma una familia. (Estrada I, 1992)

ETAPAS DEL DESARROLLO FAMILIAR

La comprensión del desarrollo individual tanto normal como patológico requiere del conocimiento del desarrollo familiar.

M. Barragán (1976) propone que así como se estudian las líneas del desarrollo individual, es conveniente estudiar las líneas del desarrollo de la familia. El autor enfoca el estudio de la familia como sistema a través de 3 relaciones.

- A) Relación de los esposos entre sí
- B) Relación de los padres con los hijos
- C) Relación de los hijos entre sí

A) Relación de los Esposos entre sí

El estudio de esta relación se divide en seis etapas de las cuales se describe un tema central que la caracteriza y tres líneas o dimensiones alrededor de las cuales se resume la interacción que constituye a una pareja como unidad observable. Estas tres líneas de desarrollo son:

- Límites o dimensión de inclusión-exclusión, consiste en el estudio de otros factores incluidos en la diada marital: con frecuencia se trata de uno o los dos padres de uno de ellos, pero pueden incluir también otros parientes, amigos, carrera, diversiones, intereses sociales, etc.

- Intimidad. Estudia las oscilaciones en distancia geográfica y emocional a través del proceso de vida compartida. La necesidad y, a la vez el miedo a la cercanía, hace que los integrantes de la pareja se acerquen y se alejen una y otra vez. (Minuchin, S. 1990)

- Poder o jerarquía. Aunque puede manifestarse claramente, es común observar como el débil y sumiso de la pareja domina con frecuencia al otro a través de maniobras pasivas. (Minuchin, S. 1990)

Etapa I: Selección

Las bases sobre las cuales una persona escoge a otra para compartir el resto de su vida son de gran importancia y por ser voluntarias la responsabilidad de las consecuencias recae sobre los individuos mismos. (Minuchin, S. 1990)

La selección se hace comúnmente partiendo de una necesidad básica que debe ser satisfecha por el conyuge.

Etapa II: Transición y adaptación temprana

Después de hecha la selección, la pareja se enfrenta a la tarea de adaptarse al nuevo sistema de vida con hábitos, demandas y satisfacciones con su conyuge diferentes a las que tenía con su familia de origen: este proceso tiene lugar en forma simultánea al proceso de creación y definición de límites de las familias de origen, básicamente con sus propios padres. (Minuchin, S. 1990)

El estudio de los límites en esta etapa, muestra que los fracasos en el desarrollo de territorio e identidad como pareja resultan frecuentemente por la intromisión excesiva de los padres, iniciándose esto, por la inseguridad de la pareja o por la ayuda económica, que con frecuencia recurren a los padres para resolver los problemas.

En la intimidad encontramos fragilidad, resultante de la carencia de reglas, las que empiezan a ser negociadas en esta etapa.

En el área de poder, existe una situación similar a la de la intimidad. es decir las parejas empiezan a probar su poder en relación a diversos aspectos. tales como administración del dinero, decisiones acerca de diversiones, etc.

Las parejas en esta etapa tienen pleitos frecuentes que pueden llevar a la resolución del conflicto original en cuyo caso los pleitos y discusiones serán positivos y funcionales desde el punto de vista del desarrollo de la pareja. Cuando quedan sin resolución son consideradas disfuncionales.

Etapa III: Reafirmación como pareja y paternidad

En esta etapa es cuando aparecen serias dudas de la elección del conyuge. La resolución de estas dudas conduce a la reafirmación de la estabilidad de la pareja o a una certeza de que lo mas adecuado es la separación o el divorcio para la futura felicidad. La mayor parte de las parejas se inicia en la tarea de ser padres.

Los límites de la pareja estan mejor definidos en esta etapa, sobre todo en relación a los padres de los conyuges pero la relativa solidez logrado en este aspecto se pone a prueba con la aparición de los amigos y amantes potenciales. Es cuando los limites son más frecuentemente violados.

En esta etapa la intimidad, ayudada por las reglas conseguidas en la etapa anterior, se profundiza y la labor de

elaboración de las reglas habitualmente finaliza.

El aspecto de poder se define como resultado de las múltiples resoluciones de conflictos en la etapa anterior. La resolución de formas y patrones de poder y quién lo ejerce hace que las parejas caigan en tres tipos de relaciones:

a) La relación simétrica: es una relación entre dos personas con los mismos tipos de conducta; ambos esperan dar y recibir y ambos dan y reciben ordenes.

b) La relación complementaria: la conducta entre los dos es diferentes. El matrimonio con este tipo de relación es el que con mayor frecuencia se describe como tradicional. Uno de los miembros manda y el otro se somete y obedece.

c) La relación paralela: es en donde los esposos alternan entre relaciones simétricas y complementarias de acuerdo a contextos diferentes y situaciones cambiantes, pueden darse mutuo apoyo y competir sanamente. Laderer y Jackson afirman que "es la relación más deseable para nuestra cultura". (Jackson D, 1976)

En este periodo surgen las tensiones inherentes a ser padres, provenientes de la reactivación de viejos conflictos no resueltos en el desarrollo temprano.

Etapa IV: Diferenciación v realización

Esta etapa se caracteriza por un proceso de diferenciación que se inicia con la consolidación de la estabilidad del matrimonio y la terminación de las dudas acerca de la elección del conyuge. (Minuchin S. 1990)

Los límites en esta etapa son por lo general violados por intrusiones externas, que provienen principalmente de relaciones extramaritales.

En el aspecto de intimidad se observa que esta se profundiza notablemente en los "buenos matrimonios", mientras que en los "malos matrimonios" es la época en que se consolida un alejamiento gradual y progresivo.

El aspecto de poder, también después de un periodo de agudización de conflicto, se resuelve en patrones definitivos de dominancia con la consolidación de relaciones simétricas, complementarias o paralelas. Es frecuente que en este periodo, uno de los miembros de la pareja provoque desequilibrios en la jerarquía ya establecida en la etapa anterior mediante alianzas con uno o más hijos que ya cuentan, por su edad, con alguna importancia en el proceso de tomar decisiones.

Etapa V: Estabilización

En esta etapa, que ocurre habitualmente entre los 40 y los 55 años de edad, se presentan en ambos miembros las etapas de transición de la mitad de la vida, con su característica búsqueda del equilibrio entre las aspiraciones y los logros, cristalizándose esto en la mayor parte de los casos en un proceso de rearreglo de prioridades que, finalmente conduce a una estabilización de ambos y del matrimonio.

Los límites pueden sufrir violaciones como consecuencia de la comparación de logros y aspiraciones, que junto con la pérdida de la juventud, hacen que muchas personas a esta edad busquen compensaciones en aventuras extramaritales con personas más jóvenes; sin embargo, hacia el final de esta etapa, los límites se hacen extraordinariamente estables, salvo casos de crisis, tales como enfermedades graves, o cambios bruscos en los equilibrios de poder e intimidad.

La intimidad en este periodo se encuentra gradualmente amenazada por el proceso de envejecimiento y por la monotonía que habitualmente se presenta como concomitante con el proceso de estabilización. La partida de los hijos puede, en un momento dado aumentar o disminuir la intimidad de la pareja según el grado en que los hijos estaban interpuestos entre los miembros de la pareja.

El poder y el equilibrio varía bajo dos influencias: la primera es que el poder con el mundo exterior tiende a equilibrarse o compensarse con el poder dentro del matrimonio, siendo este el mecanismo frecuente del débil fuera, pero tirano en su casa, o viceversa. La otra influencia es la salida de los hijos del hogar, esto afecta el equilibrio de poder de la pareja solo si los hijos hacen alguna alianza de poder con alguno de los miembros en contra del otro.

Etapa VI: Enfrentamiento con vejez, soledad y muerte

Los temas principales son la vejez, con su pérdida de capacidades físicas e intelectuales, con la soledad por la partida de los hijos y las muertes graduales de parientes y amigos, y con el rechazo que en el mundo occidental existe hacia los ancianos en general. Todos estos puntos representan fuentes de stress para la pareja y aunque tienen variaciones en sus respuestas a estos diferentes acontecimientos, el común denominador es angustia y necesidad de apoyo y afecto.

Las parejas en esta etapa tienden a fortalecer los límites como respuesta a las amenazas antes mencionadas. También existe el peligro de caer en exceso de límites, perdiéndose puntos de contacto con el mundo exterior, creándose una situación de aislamiento que puede ser deteriorante para la pareja.

En la intimidad, existen sentimientos de renovación y apreciación del valor de esta, sobre todo frente a pensamiento de una cercana separación definitiva. En la mayoría de los matrimonios esta dimensión se solidifica notablemente en esta fase tan inexorablemente final.

La cuestión del poder, habitualmente bien definida y ya libre de conflictos, está en este tiempo ocasionalmente perturbada por respuestas de dominancia ante miedos de abandono; sin embargo, esto es poco frecuente y conflictos de poder en parejas de esta edad son raros.

B) Relación de los Padres con los Hijos

En las diferentes etapas, los padres aportan elementos distintos a la relación y el aporte de los hijos al intercambio también tiene características distintas a través del tiempo, de acuerdo con diferentes necesidades a ambos en los diferentes periodos.

Periodo anterior a la llegada de los hijos.

Son de gran importancia los factores que culminan en la decisión de ser padres, ya sea que esto se planea o se tome una actitud de activa pasividad respecto a métodos anticonceptivos, que en la mayoría de los casos conduce al embarazo.

Los elementos a considerar son factores del desarrollo individual de los miembros de la pareja y factores de desarrollo de los padres como pareja.

La combinación de estos elementos conduce básicamente a dos tipos de situaciones; adecuada e inadecuada para la llegada de los hijos.

1. Adecuada. En E.U. solo el 30 % de los niños primogénitos son planeados. (Minuchin, S. 1990). El porcentaje baja con el número de hijos. La planeación del momento de ser padres no quiere decir que el momento es el adecuado. Hay muchas parejas que deciden tener a sus hijos por que la formación de un triángulo alivia las tensiones de la pareja. La situación solo se definiría como adecuada cuando las relaciones de la pareja, si bien no libres de conflicto, se encuentran dentro de los límites de poseer mecanismos adecuados de resolución de este conflicto que permitirán continuar su crecimiento y desarrollo como pareja sin estancarse en problemas de poder, intimidad o límites.

2. Inadecuada. La situación se definirá como inadecuada cuando el embarazo ocurre en una pareja con mecanismos ineficaces de resolución de conflicto, con luchas constantes e infructuosas poder y jerarquía, con defectos marcados en la intimidad que conduce a estados de frustración

constante, característicamente no hablados por la pareja.

Periodo de crianza de hijos pequeños

Este periodo comprende la interacción de los padres con hijos recién nacidos, infantes y preescolares.

Desde el punto de vista de los padres, la relación se constituyen en patrones de cuidado, protección y satisfacción de las diversas necesidades del niño. Diferentes factores influyen en el proceso y son responsables de las amplias variaciones en estos patrones de crianza de niños pequeños.

En esta fase de la relación, el aporte de los hijos esta determinado en gran parte por su dotación biológica y su temperamento. Así observamos la influencia de los hijos en los padres, en las variedades de respuesta de estos a diferentes características de los niños.

Periodo de crianza de hijos en etapas de latencia y adolescencia.

Las características de la relación padres-hijos que dependen de aspectos de personalidad y temperamento de ambas partes se han definido, y esta es ya una etapa en la cual los cambios en la relación dependen básicamente de la entrada de los hijos al mundo más allá de la familia. (Braverman S., 1982)

El aporte de los padres sigue siendo sujeto a las influencias de su propio desarrollo como individuo y como pareja, y en este periodo se puede decir que se compone fundamentalmente por la continuidad de apoyo material y afectivo para los hijos y por la definicion de un marco claro de referencia sobre el cual el niño modelará sus valores y resultara un individuo integrado o rechazado, socialmente. Los padres al mismo tiempo, proveen los modelos básicos de socialización y transmiten los valores de la cultura.

Los hijos en esta etapa cuestionan los valores de la familia en especial de los padres. Este cuestionamiento de valores puede tener consecuencias importantes tanto para los padres como para los hijos, influyendo de manera decisiva en el desarrollo individual.

Periodo posterior a la partida de los hijos

Inevitablemente al partir los hijos, la relación entre estos y sus padres sufren cambios y nos encontramos con un periodo que corresponde y se confunde en la nueva generación con las primeras etapas en el desarrollo de la pareja y en la generación de los padres, con la quinta o sexta etapa de este mismo desarrollo. Existe una situación parecida en cuanto al establecimiento de reglas y condiciones si los hijos se independizan.

Los padres tienen que aprender a amar sin interferir, mientras que para los hijos la relación con los padres, puede ser una fuente de apoyo efectivo y de seguridad; para que esto sea funcional, el único requisito es que el apoyo no sea indispensable para su crecimiento y buen funcionamiento.

C) Relación de los hijos entre sí

La influencia de los diferentes tipos de relaciones entre los hijos en el desarrollo individual es indiscutible. Desde el punto de vista del desarrollo familiar total, el factor más decisivo en la relación de los hijos entre sí es el lugar que ocupan respecto a los otros hijos y el sexo de cada uno, es decir, que se habla de influencias totalmente diferentes cuando tomamos al hermano menor de dos hermanas mayores que al hermano de en medio, etc.

Walter Toman (1969) es quien más ha estudiado estos aspectos y sostiene que durante la época del desarrollo, uno de los factores de mayor importancia es la constelación familiar.

El examen minucioso de nuestras relaciones tempranas tiende a enfatizar mucho la relación con nuestros padres y poco con nuestros hermanos o con la carencia de estos, a pesar de que estas relaciones pueden ser más decisivas en el molde de la personalidad que la relación misma con nuestros

padres. Es un hecho que en la mayor parte de las familias los hijos pasan más tiempo en relaciones interpersonales con sus hermanos que con sus padres, excepto el caso del hijo único.

ELEMENTOS FUNDAMENTALES DE LA ESTRUCTRA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Para que cada uno de estos subsistemas exista y lleve a cabo satisfactoriamente sus funciones, es necesario, que estén protegidos por barreras invisibles llamadas límites.

LIMITES

Los límites son esenciales para el funcionamiento familiar y se definen como las reglas que designan quienes participan y de que manera, en un subsistema determinado. (Minuchin, S. 1990)

La función de los límites consiste en proteger la diferenciación de los subsistemas. Cada subsistema establece roles, funciones y demandas específicas a sus miembros. Para que estos los puedan lograr exitosamente, deben tener la suficiente libertad de acción y no verse impedidos por la interferencia de otros subsistemas.

Los límites deben ser claros, es decir, estar adecuadamente definidos pero ser flexibles. De esta forma, los miembros tienen contacto con miembros de otros subsistemas aunque evitando intrusiones.

En las familias, los límites fluctúan a lo largo de un "continuum" cuyos extremos son, por un lado los límites difusos y por el otro los límites rígidos.

Quando los limites son rigidos, la familia tiende a ser desligada, ya que la interaccion entre subsistemas es minima, lo que la hace poco funcional. Aqui es donde se encuentran aquellas familias en las que los miembros estan poco interesados en lo que le pasa a los demas. El otro extremo es igualmente disfuncional, pues al ser los limites demasiados difusos, la familia tiende a ser amalgamada, con mucha intromision de los miembros de un subsistema en otro. Esto no da oportunidad de que los miembros mas jovenes se desarrollen de una manera independiente, creándoles problemas de individuacion.

En este punto encontramos a aquellas familias en que los miembros estan sobre involucrados en los problemas de los demas. (Fernandez de Castro, 1992)

FAMILIA
AMALGAMADA

FAMILIA
FUNCIONAL

FAMILIA
DESLIGADA

LIMITES
DIFUSOS

LIMITES
CLAROS

LIMITES
RIGIDOS

Los limites difusos y rigidos pueden señalar posible disfuncion. En el caso de las familias amalgamadas los miembros no poseen espacio para si mismos, ni autonomia, hay continuas intromisiones y existen confusiones respecto a los roles y las funciones de cada uno.

En las familias desligadas los miembros casi no tienen contacto entre si, hay poco apoyo y comprensión mutua; poseen una desproporcionada independencia y escaso sentido de pertenencia.

LIMITES INDIVIDUALES

Están en relación al espacio físico y emocional que guardan los miembros de una familia entre si dentro del Sistema Familiar. La ausencia de estos límites produce una intensa sensación de malestar.

Los límites individuales no deben estar cerrados ya que esto impide la comunicación clara y abierta entre los miembros. sobre todo en lo que se refiere a la expresión de sentimientos y necesidades, por esta razón, los miembros que mantienen sus límites individuales cerrados, aún conviviendo estrechamente con los demás, experimentan un profundo sentimiento de soledad y aislamiento.

LIMITES DE LA FAMILIA CON SU MUNDO EXTERIOR

Se refieren al contacto que la familia nuclear tiene con otros sistemas tales como: familia de origen, amistades, trabajo, instituciones culturales, recreativas o educativas. La ausencia de estos límites externos dificulta el desarrollo del sentimiento de pertenencia e identidad familiar y en general, propicia su desintegración.

Las familias con límites externos cerrados, cuyos intereses se limitan casi exclusivamente al núcleo familiar sufren un empobrecimiento que restringe considerablemente el desarrollo de sus potenciales y limitan la independencia de sus miembros.

LIMITES ENTRE SUBSISTEMAS

Aun cuando las familias pueden organizarse en una gran diversidad de subsistemas (hombres vs. mujeres) los subsistemas que resultan de gran utilidad evaluar, por lo específico de sus funciones, son los que se refieren al subsistema de padres, abuelos e hijos.

La ausencia de los límites entre subsistemas impide la realización adecuada de las funciones específicas de cada subsistema: un ejemplo sería la intromisión de un hijo en el subsistema conyugal que interfiere con su complementariedad y su habilidad para resolver sus problemas. (Minuchin, S. 1990)

ALIANZAS

Consiste en la cercanía entre dos o más miembros de la familia. Esta proximidad se manifiesta a través del afecto que se muestran, que tanto platican y el grado en que comparten actividades.

El afecto en una familia refleja procesos familiares, tales como: el grado de ligazón entre los miembros y la cantidad de reforzamiento dado. (Gutierrez Q., 1989)

El afecto puede ser de cariño o de enojo. Esto distingue a las alianzas positivas de las negativas. Las primeras son aquellas donde los miembros que están cercanos, se muestran cariño y las segundas, donde se muestran enojo principalmente.

La alianza entre dos o más personas tiende a separarlos de los otros miembros, lo cual produce cambios en todo el sistema que a su vez repercuten en dicha alianza. (Casas F., 1990)

La formación de alianzas dentro de la familia es natural y necesaria. Son cambiantes y permiten a cualquier miembro la convivencia cercana con otros.

Sin embargo, las alianzas pueden ser rígidas. Estas no permiten el adecuado funcionamiento familiar, ya que impiden la utilización de variadas alternativas, que faciliten la adaptación al contexto. Por ello, para el terapeuta familiar es muy importante, localizar las alianzas y su grado de rigidez.

JERARQUÍA

Se refiere al orden establecido en cuanto a nivel de autoridad, tanto en el sentido de poder, como en el de

credito. que se le reconoce a cada persona dentro de la familia.

Comunmente los padres tienen mayor jerarquia que los hijos en la familia nuclear. En ocasiones se confunden los niveles jerarquicos y esto facilita la presencia de sintomas. Por ejemplo, uno de los hijos decide la vida familiar o varias personas le ordenan al mismo niño.

RESOLUCION DE CONFLICTOS

Se refiere a la habilidad que tengan los miembros de una familia para resolver las diferencias inevitables que se suscitan en toda convivencia. El tener una comunicación lineal permite negociar desacuerdos en que ninguno se sienta en desventaja.

Esta habilidad debe ser suficiente para que los involucrados en un conflicto, no necesiten manejar sus divergencias a través de la negación, proyección, etc.

(Minuchin, S. 1990)

ADAPTABILIDAD

Se refiere a la flexibilidad del sistema para cambiar sus patrones de interacción ante situaciones de cambio como son el crecimiento de sus miembros o problemas circunstanciales tales como el desempleo o muerte de un familiar. (Braverman S., 1982)

En investigaciones que se han llevado a cabo (Olsen, E.H., 1970) ha encontrado que la organización familiar se desequilibra al momento de enfermarse alguno de los miembros entrando la familia en crisis.

Las reglas y roles establecidos tienen a cambiar al momento de la crisis necesitando la familia reorganizarse para ganar o reestablecer el equilibrio.

El modo en el cual se lleva a cabo esta reorganización puede afectar dramáticamente a la persona enferma al mismo tiempo que afecta emocional y funcionalmente a los otros miembros de la familia.

Hill 1958 citado por Olsen E. (1970) separó las reacciones de la familia en una serie de fases: período inicial de negación es seguido por un período de confusión, ansiedad, y frecuentemente de resentimiento hacia el miembro enfermo y subsecuentemente por un grado de recuperación y reorganización.

LA FAMILIA MEXICANA ACTUAL

La familia mexicana actual es el resultado de la mezcla entre dos culturas que básicamente tenían organizaciones semejantes en cuanto a tradición y costumbres. En la cultura azteca, la familia como tal, estaba formada de padre, madre e hijos, los que seguían una serie de normas y costumbres por las cuales el grupo se regía. La familia nahua tenía en el corazón de la sociedad una posición muy importante, siendo, podíamos decir, el pilar de la misma, puesto que era la encargada de transmitir y mantener todos los aspectos tradicionales en cuanto a religión y costumbres. Sin embargo, a partir de la conquista, toda la organización social azteca cambió, y de este cambio no podía, de ninguna manera, escapar la familia. Durante la Colonia, y después de los cambios resultantes de los movimientos de Independencia, Reforma y Revolución, habidos durante los siglos XIX y parte del XX, la organización familiar, parece que ya adquiere una fisonomía propia, y nos da un panorama más realista.

Tipos de Familia

En México existen dos tipos de familias:

- La llamada familia nuclear que está formada por padre, madre e hijos.
- La llamada familia extendida muy frecuente en México que es uno de los pocos países en donde todavía se conserva este

tipo de organizacion. Esta familia extendida es aquella formada por los familiares del padre y de la madre, tales como los progenitores de ambos, los hermanos y otros familiares cercanos.

La familia extendida es extraordinariamente importante dentro de la sociedad a pesar de que tambien puede ser fuente de conflictos en relacion con la familia nuclear. Sin embargo, son más los beneficios que proporciona, porque es determinante en el apoyo que puede prestar a aquella en momentos de crisis que convulsionan su estructura. Por ejemplo en caso de muerte de alguno de los integrantes de la pareja parental los abuelos, hermanos y tios ayudan inmediatamente al cónyuge que haya quedado vivo y a cargo de los hijos; como si la desgracia aglutinara y diera forma al sentido familiar latente en el mexicano.

Lo mismo ocurre en caso de abandono, así como en casos de divorcio o separación. Es necesario insistir en la ayuda tan importante que lo que llamamos redes de apoyo significa para los que en un momento ven tambalearse o derrumbarse sus circunstancias. (M. de Sandoval, 1985)

Distintas clases de familia en nuestro medio

1.- Familias que pudieramos llamar "normales", y que permanecen constituidas de padre, madre e hijos, durante una buena parte del desarrollo de estos niños. En estos casos nos encontramos con que los roles estan distribuidos

adecuadamente y son normales. hasta donde podemos hablar de normalidad dados los antecedentes que ya hemos señalado en muchas ocasiones. Esta aparente normalidad da a los niños la posibilidad de buenas identificaciones, una buena superación del desarrollo psicosexual, y la de un funcionamiento adecuado más tarde, tanto en la selección de pareja como en su desempeño como padres.

2.- Familias constituidas unicamente por la madre y los hijos, debido: a divorcio o abandono del padre.

En este caso, como ya hemos señalado muchas veces, el desarrollo de ninguna manera puede ser adecuado, la superación de cada una de las etapas se ve verdaderamente mutilada, porque falta uno de los integrantes de la pareja, no existiendo la presencia que pueda hacer que los hijos constaten la realidad de este padre que los engendró.

3.- Convivencia de las familias nucleares y las extendidas. En este tipo de organización, se presentan, tanto aspectos positivos, como aspectos negativos.

a) Entre los aspectos positivos encontramos aquellos que significan ayuda a la familia nuclear, así como apoyo para desempeñar roles, y resolver problemas económicos, disciplinarios, de modelos, etc.

b) También existen aspectos negativos. Los niños se encuentran frente a múltiples identificaciones que no pueden resolver debido a conflictos de lealtad muy serios, que se

presentan entre la direccionalidad que pueden tomar sus afectos hacia sus abuelos o hacia sus padres, o hacia cualquier otro miembro de la familia.

Otro de los aspectos negativos es aquel que se suscita porque los roles de los padres y los de los abuelos están cambiando y son cambiantes; de tal manera que no hay una continuidad ni constancia en la imposición de disciplina, y en la filosofía de la educación hacia los hijos.

Otro aspecto negativo es la diversificación objetal. Es decir en relación con la figura femenina, el niño se encuentra con que hay diferentes objetos que le presentan también diferentes caras y estilos. Estos objetos son la madre, las abuelas y las tías, en cuanto a la figura femenina; y los abuelos, tíos y padres, en cuanto a la parte masculina de la pareja parental. (Ornelas, E. 1988)

Relaciones entre los padres y los hijos

Como hemos señalado anteriormente, en la familia mexicana actual, la figura preponderante es la madre en cuanto a presencia y cercanía en relación con los hijos. Aun de que el mexicano como padre es ausente por herencia e identificación con su propio padre, la verdad es que las exigencias de la vida moderna contribuye mucho a fomentar la situación. En cualquier nivel socioeconómico el hombre al llegar a casa después de un arduo día de trabajo, compromisos sociales, tensiones producto del esfuerzo arduo y continuado,

lo que menos quiere es hablar y escuchar los problemas de esposa e hijos. Los deja solos sin compartir experiencias mutuas, expectativas e ilusiones, y en este abandono, en esta soledad, se pierde el contacto y la comunicación, el matrimonio fracasa, y la familia pierde unidad y contenido aunque el contexto quede aparentemente indemne.

Aparece, en una gran mayoría de casos, la infidelidad por ambas partes para compensar, ilusoriamente, lo que falta en su propia casa.

En estas circunstancias los hijos reciben el impacto importantemente. Viven en el constante temor de la pérdida de espacio y, cuando menos, uno de sus objetos primarios. Sin embargo, el divorcio como tal no llega. La tradición y educación cristianas en México como en toda América Latina, no permite realizarlo. En parejas en concubinato se resuelve más fácilmente, simplemente el hombre abandona el hogar. En cualquier caso, los hijos son las víctimas, porque cuando los padres están en crisis, los niños lo resienten en forma determinante. (Colon F.,1980)

CAPITULO II:

QUEMADURAS. CLASIFICACION Y TRAMIENTO

Los accidentes no son obra de la casualidad, ni de la fatalidad, ni del destino. Cuando ocurre un accidente es por que se ha dado una de las dos siguientes circunstancias o incluso las dos:

a). Existencia de una condicion insegura. Esto es, hay algo en el ambiente que mas tarde o más temprano causará accidentes, ejemplo: una coladera abierta, un escalón podrido, un tanque de gas defectuoso, una clavija en mal estado, etc.

b). La existencia de una práctica inadecuada. Esto es, que alguien está haciendo las cosas de una manera que además de no ser la correcta resulta peligrosa, ejemplo: jugar con cerillos, llevarse objetos a la boca, conducir en estado de ebriedad, dejar recipientes con agua hirviendo en el piso, etc.

En México el 50 % de los accidentes ocurren en el hogar (Padron E.,1990-B) El crecimiento acelerado de la población, principalmente en las ciudades ha traído como consecuencia que en departamentos y viviendas improvisadas vivan un gran número de personas, esto da como resultado un

alto índice de accidentes en el hogar. A todo esto debemos aunar la variedad de aparatos electrodomesticos útiles en el hogar como son: estufas, licuadoras, televisores, lavadoras, etc. así como el uso de un gran número de productos tóxicos, tales como: insecticidas, detergentes, corrosivos, lubricantes, limpiadores, etc. que muchas veces son colocados en envases inadecuados favoreciendo los accidentes.

Entre los accidentes que ocurren en el hogar no podemos pasar por alto aquellos que ocasionan quemaduras, las cuales pueden ser producidas por imprudencia de los adultos al dejar al alcance, sobre todo de los niños, el agua hirviendo, sartenes con aceite caliente, planchas conectadas, etc. los incendios en el hogar que son ocasionados principalmente por las estufas, colillas de cigarrillos, cerillos y veladoras entre otras; cuando se encuentran encendidos y cerca de ellos hay objetos que se inflaman fácilmente. También las instalaciones eléctricas cuando se encuentran en mal estado suelen ocasionar incendios en el hogar y por ende quemaduras.

El riesgo de quemadura es más grande en los hogares de familias de bajos ingresos económicos por existir, generalmente, un número mayor de personas y por el espacio reducido de la casa habitación, en los que a veces sólo se cuenta con dormitorios, cocina y cuarto redondo (cuarto único donde llevan a cabo todas las actividades: cocinar, dormir, etc). Y muchas veces se ven en la necesidad de hervir y calentar el agua lo que va a constituir un serio peligro para

los niños. (Padron E.,1990-A)

2.1 DEFINICION.

Las quemaduras son lesiones causadas por el efecto de la energía térmica sobre la piel y otros tejidos. El daño se inicia cuando la temperatura alcanza 44 grados centrigados y progresa logarítmicamente a medida que esta aumenta. (Picazo M.,1981)

La quemadura de piel, además de producir daño físico que puede ir de leve hasta provocar la muerte, puede ocasionar daño psíquico, como por ejemplo la desintegración social del individuo. (Padron E.,1990-B)

2.2 AGENTES CAUSANTES

Los agentes causantes que producen las quemaduras son:

1. LIQUIDOS CALIENTES (agua, cafe, sopa, caldo, etc). Las quemaduras con este tipo de agente son las más frecuentes en los niños ya que comúnmente los adultos dejan recipientes con agua caliente en el piso, o en lugares de fácil alcance para los niños, así como alimentos en punto de ebullición colocados en forma inadecuada, los cuales, derramados sobre el cuerpo les producen lesiones muy severas.

2. SOLIDOS (estufa, plancha, utensilios de cocina). Son todos aquellos utensilios que se encuentran a una temperatura tal que es capaz de lesionar los tejidos y principalmente la piel. En este caso podemos citar a las manos como uno de los miembros mas dañados por este tipo de agente debido a la manipulación de los diferentes objetos.

3. FUEGO DIRECTO. Entendemos por fuego a la rápida combinación del oxígeno con el carbono y otros elementos contenidos en sustancias orgánicas, en tal forma que se produce calor, luz, y casi siempre, llamas. Las quemaduras por fuego son causadas principalmente por petróleo, thinner, alcohol, gasolina, chapopote, plástico, etc. siempre y cuando se encuentran inflamados.

4. SUSTANCIAS QUIMICAS. Algunos ácidos son capaces de producir lesiones graves y profundas. El contacto de solventes orgánicos con la piel, como el ether y acetona producen tambien quemaduras, así como la utilización de aerosoles en un ambiente calido.

5. CORRIENTE ELECTRICA. Aunque las quemaduras producidas por corriente eléctrica son poco comunes, ocasionan lesiones severas, ya que en su trayecto daña órganos internos del cuerpo, desde el punto de entrada hacia la salida; la corriente eléctrica viaja a través de los músculos, en los vasos y nervios, que son buenos conductores de la electricidad.

6. OTROS COMO RAYOS O CONGELACIONES. Son las quemaduras causadas por los rayos X y las originadas por exposiciones anatómicas. La congelación provoca enrojecimiento de la piel, comezón y disminuye el metabolismo por lo que llega poca cantidad de sangre al corazón, de tal manera que no le llegan nutrientes ni oxígeno. (Laguna C.,1990)

En una investigación realizada en el Hospital Infantil de Tacubaya en 1988, se encontró que el 75% de las quemaduras fueron producidas por escaldaduras (líquidos), el 17% por fuego directo, el 4.7% por corriente eléctrica, el 25% por explosivos y el 3% por fricción. (Picazo M.,1981)

Es importante señalar que los accidentes por quemaduras afectan principalmente a la población infantil, y lo hace de manera crítica y de ellos, el 48% de los afectados son menores de cuatro años. (Mir y Mir L.,1970)

Antes de los tres años de edad los niños son víctimas frecuentes de las quemaduras. Aun no son capaces de conocer el peligro y por eso intentan permanentemente alcanzar las cacerolas que ven sobre la cocina.

Los adultos, para evitar que el pequeño se quemara, lo apartan del fuego, pero esta prohibición hace que tan pronto como la madre se descuide le de un manotón a las cacerolas.

Aunque la mayoría de estos accidentes ocurren en la cocina, también pueden originarse en el baño, cuando la madre

se olvida de verificar si la temperatura del agua es la correcta e introduce al bebe en la bañera con agua demasiado caliente.

Inquieto y travieso, el pequeño trata de explorar el ambiente en el cual vive. Como toca todo lo que ve, tan pronto una caja de fosforos quede a su alcance intentara, imitando a sus padres, encender uno. (Poppovic P.,1973)

Se ha calculado que en la población general, 7 de cada 1000 personas sufren de lesiones térmicas que requieren manejo médico. El 60% de ellas son niños y ancianos, en igual proporción. El 75% de los accidentes ocurren en el hogar y en este, predominantemente en la cocina. (Laguna C.,1990)

Los accidentes por quemaduras principalmente afectan la piel, cuya lesión puede ir desde el simple eritema (enrojecimiento) hasta la necrosis total (carbonización). (Lopez P.,1973)

La gravedad de una quemadura puede ser diagnosticada de un modo clínico fácil, pues depende solamente de dos factores: profundidad de la quemadura y porcentaje de superficie corporal quemada.

Los factores adicionales que determinan la gravedad de la quemadura son: localización, edad, estado físico del paciente, presencia de lesiones concomitantes y enfermedades asociadas.

Antes de pasar a ver los tipos de quemaduras es conveniente conocer que la piel esta formada por dos capas, una superficial llamada epidermis y otra profunda conocida como dermis.

La epidermis esta constituida por cinco capas que van de la superficie a la profundidad. A la vez que tiene dos caras, una superficial en donde se encuentran eminencias o surcos y otra profunda irregular unida a la dermis por medio de tractos serosos.

En la dermis se encuentran diversos elementos como son: fibras conjuntivas, fibras musculares lisas y estriadas, glándulas sudoríparas, sebáceas, etc. Su cara superficial se une a la profundidad de la epidermis y su cara profunda está en íntima relación con el tejido celular subcutáneo. (Sanchez A.,1985)

De acuerdo a su extensión las quemaduras se determinan en tres grupos:

a) QUEMADURAS NO GRAVES que abarcan el 10% de la superficie corporal, cuando afectan áreas especiales como cara, pliegues de flexión, manos, pies, genitales; requerirán manejo hospitalario.

b) QUEMADURAS GRAVES son aquéllas que lesionan de 10 a 35% de la superficie corporal total, estas requerirán de tratamiento intrahospitalario por lo menos durante seis semanas.

c) QUEMADURAS MUY GRAVES son las que abarcan mas del 35% de la superficie corporal total, generalmente son fatales a corto plazo. (Artz R. y Reiss E.,1961)

2.3 CLASIFICACION DE LAS QUEMADURAS

En base a la profundidad de la quemadura se pueden clasificar en:

QUEMADURAS DE PRIMER GRADO. Cuando sólo afectan la epidermis que es la capa superior de la piel. Hay una área de color rosa o roja que palidece a la presión y es dolorosa al tacto; como en las quemaduras ocasionadas por el sol. Epiteliza rápidamente.

QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO SUPERFICIAL. Cuando abarca la epidermis y parte superior de la dermis; la piel toma una coloración rojiza, se forman ampollas (flictemas), hay humedad con salida de líquido seroso y es muy dolorosa al tacto. Evoluciona hacia la cicatrización en tres semanas, sin secuela cicatricial.

QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO PROFUNDA. Existe una destrucción total de la epidermis y parte profunda de la dermis. Hay puntillado de sangrado y su cicatrización es lenta, aproximadamente 21 días, a menudo la calidad es mediocre y con tendencia a la hipertrofia. en muchos casos esta quemadura requerirá el empleo de injerto.

QUEMADURAS DE TERCER GRADO. Abarca todo el espesor de la piel, y muchas veces grasa, músculo y en ocasiones hueso. La piel se torna blanca, seca o carbonizada; es indolora y puede ser ocasionada por vapor, fuego, productos químicos, corriente eléctrica, radiación, etc.

Requiere recubrimiento por medio de injertos ya que no hay piel y es necesaria sustituirla. (Salva L.,1985)

Para calcular la extensión de una quemadura Artz 1915 citado por Sanchez Ascencio, (1985) lo expresa en forma de porcentaje relativo al área total de la superficie del cuerpo. Un método de estimación de porcentaje de la superficie corporal quemada para el adulto es el uso de la Regla de los Nueves, ideada por E. J. Pulaski y C. W. Tunnison.

La superficie del cuerpo del niño se divide en áreas que representan el 3% o múltiplos de 3 x 100.

En cuanto a la localización de las quemaduras, en algunas partes del cuerpo, éstas se acompañan de deformaciones que deben ser consideradas graves, aunque su extensión sea pequeña o deformidades de crecimiento.

Las áreas de importancia funcional son la cara, cuello, manos, pies, genitales externos y los pliegues de flexión.

Vemos que la cicatrización patológica constituye un

problema clínico y psicológico, ya que puede verse perturbado el crecimiento y función así como la Psique. Las cicatrices con tendencia a la hipertrofia o a los queloides puede formar una brida retráctil con la repercusión funcional, estética y psíquica que ello comporta. (Sanchez A.,1985)

2.4 TRATAMIENTO EMPLEADO EN EL MANEJO DE LAS QUEMADURAS

El tratamiento del enfermo quemado se puede dividir en dos grupos de procedimientos: el primero abarca los cuidados inmediatos (tratamiento hospitalario) y el segundo las complicaciones y secuelas de las quemaduras así como un tratamiento local y sistémico (tratamiento post-hospitalario).

Se hace indispensable formular un plan terapéutico completo y organizado para el manejo del paciente, ya sea con lesiones leves o graves para evitar complicaciones que en un momento dado pueden llevarlo a la muerte. (Lopez P.,1973)

A) Tratamiento Hospitalario

Artz y Reiss consideran .. "El tratamiento apropiado del enfermo con quemaduras exige la integración de muchos aspectos de la terapéutica, tales como equilibrio de líquidos, tratamiento de la herida, anestesia, técnica quirúrgica, nutrición, tratamiento de la infección, fisioterapia y psicoterapia. (Artz R. y Reiss E. 1961)

El cuerpo humano está compuesto en su mayoría por agua,

por lo cual al sufrir una quemadura, el organismo pierde una gran cantidad de líquidos que son importantes recuperarlos para mantener un equilibrio que le permita continuar con sus funciones.

El tratamiento de la quemadura durante la hospitalización se realiza en base a la limpieza diaria de las heridas con agua y jabón, a su vez tiene que retirarse todo el tejido muerto quitando todas las flictemas (ampollas).

Una vez realizada la limpieza deberá aplicarse un apósito que cubra toda la zona, que además sea fácil de quitar y que sea cómodo. Tendrá que ser de substancia absorbente para mantener seca la lesión; es necesario fijar el apósito con un vendaje de tipo elástico.

Como siguiente paso del tratamiento se lleva a cabo la desbridación, la cual consiste en la extirpación de la escara para obtener áreas de granulación que permitan recibir injertos. En las lesiones de segundo y tercer grado éste es imperativo.

Para efectuarla se recurre a procedimientos quirúrgicos bajo anestesia. Consiste en lavado mecánico y exéresis de los tejidos necrosados, cubriendo posteriormente las lesiones con método semicerrado que se cambiará en sesiones de bañocuración en días alternos hasta la limpieza total de las lesiones para proceder al injerto. Es importante tener una

vigilancia continua de los pacientes para poder detectar y tratar cualquier complicación agregada, como puede ser la infección, las anemias, etc.

En caso de ser necesario se intervendrá quirúrgicamente para realizar injertos: estos se pueden clasificar en:

INJERTOS HOMOLOGOS. Son aquellos que se obtienen de la misma especie, pero no del propio paciente, por regla general son rechazados por problemas de inmunidad. Se aplican con la finalidad de proteger a las lesiones; en algunas ocasiones, son aceptados por el receptor, llegando hasta su integración.

INJERTOS AUTOLOGOS. Son los que se obtienen del mismo paciente: con técnicas adecuadas evolucionan hacia el prendimiento e integración total. Estos son los más comúnmente empleados.

INJERTOS HETEROLOGOS. Que se obtienen de otras especies, como por ejemplo la piel de cerdo, que últimamente se maneja en los Estados Unidos. Sistemáticamente son rechazados por el receptor y cubren casi las mismas indicaciones que los injertos homologos. (Lopez P.,1973)

En otras ocasiones se requerirá la utilización de férulas o ropas comprensivas (licras) para evitar cicatrices hipertróficas y retracciones que impidan un funcionamiento adecuado. El uso de éstas ropas depende del grado de quemadura.

CICATRIZACION DE HERIDAS CAUSADAS POR QUEMADURAS

Debido a la gran superficie de piel que afecta y a la profundidad variable que alcanza la lesion, las heridas causadas por quemaduras representan el caso extremo de cicatrizacion de una herida abierta. Las quemaduras superficiales o de primer grado cicatrizan por epitelizacion. Es un proceso rápido ya que todas las estructuras epiteliales están intactas.

Cuando se afectan estructuras mas profundas se complica el proceso de cicatrizacion y las secuelas indeseables se hacen más numerosas; llegando a presentar la cicatriz hipertrófica.

La apariencia de una cicatriz hipertrofica es la de una masa elevada rojiza e inflamada que de no atenderse se contrae y distorciona la piel circunvecina; el queloide es hipercrecimiento del tejido cicatrizal, puede afectar a los tejidos que se encuentran colocados mas alla de los márgenes de la lesion original en contraste con lo que sucede en una cicatriz hipertrófica que se confina a los limites originales de la lesion. (Magaña N.E., 1969)

Además del tratamiento médico, el menor recibe un tratamiento psicológico el cual consiste en:

a) Clínica del dolor en curaciones que consiste en dar apoyo con el fin de disminuir su ansiedad y dolor, mediante

tecnicas de relajación.

b) Terapia de juego. Sesiones con el fin de que el niño exprese sus fantasías y miedos en torno al accidente a través del juego.

c) Terapia de grupo. Consiste en proporcionar apoyo emocional a los padres de los niños, los cuales están pasando por una situación de crisis.

d) Terapia individual. Consiste en la valoración psicológica del paciente durante y después de su hospitalización.

B) Post-Hospitalario

Tratamiento que ofrece el hospital a los pacientes una vez que han sido dados de alta y que consiste básicamente en el seguimiento de la evolución física de la herida así como el estado emocional del paciente y su familia. (Artz R. y Reiss E.,1961)

2.5 EL NIÑO EN EL HOSPITAL

Cuando un enfermo quemado grave ingresa al hospital no solamente se encuentra en un estado de dolor físico, sino que también está sometido a trastornos emocionales importantes. Muchos enfermos quemados son difíciles de tratar debido a que son incapaces de adaptarse a su incapacidad física y a su medio ambiente. (Artz R. y Reiss E.,1961)

Además de las lesiones orgánicas producidas en el accidente, el niño pasa por el impacto del trauma de la separación de sus padres, de la hospitalización, del aislamiento, y en caso de requerirlo, de la inmovilización y pérdida temporal de sus habilidades recién adquiridas, debiéndose enfrentar solo a los múltiples procedimientos médicos. (Padron E.,1990-A)

Robertson en 1958 demostró que el niño, en una familia ordinaria, en el clímax de apego a la madre - alrededor de los 6 meses a los 4 años de edad-, se pone muy acongojado si se le separa de ella en el hospital o en cualquier otro lugar. Prugh y colaboradores 1953 citado por Stone (1968) han señalado que, aún con atenciones médicas y de enfermería excelentes y con un trato sensible, los niños menores de 4 años de edad muestran más trastornos del comportamiento, tanto durante la hospitalización como después de ella, que los niños mayores.

Incluso despues de una breve separación de algunos días comunmente hay efectos tardios del tipo de la "Ansiedad de separación", que se manifiesta por conducta de apeamiento, renuencia a dormir solo, panico si se anticipa una separación, así como trastornos en el dormir, enuresis nocturna y actitudes inmaduras (Regresión Emocional).
(Stone,1968)

Estos efectos que siguen a la separación son menos marcados, aunque no abolidos, cuando el niño ha permanecido en un ambiente que le es familiar, todavía menos cuando está en contacto con el padre, los hermanos, personas que le son familiares o "buenos" sustitutos de los padres. (Stoddard F., 1982)

Cuando la separación es causada por la hospitalización, estos efectos pueden ser aminorados en forma importante por la visita diaria y, si las circunstancias familiares lo permiten, el ingreso de la madre al hospital junto con su niño. (Cooke R.,1987)

Separarse de los padres es una fuente importante de tensión tanto para el niño pequeño, como para el niño ya emocionalmente vulnerable y para el niño sensibilizado por una experiencia previa de hospitalización perturbadora.

Además de la separación, la quemadura por si misma es un dolor e impacto psicológico y emocional: dolor que se

instala desde el primer momento y aumenta conforme se avanza en el proceso terapeutico y rehabilitatorio, y que acompaña al niño en todo su período de curación siendo despertado por las actividades más sencillas y cotidianas como el comer, defecar, orinar, moverse en la cama, ya que esto implica la manipulación de su cuerpo por otras personas y la movilización de áreas lastimadas. Dolor que hace concientizar cada una de las partes corporales y llenar de temor respecto a su movimiento, y que diariamente se teme en el momento del baño, pues equivale al desprendimiento de apósitos y piel muerta, a la debridación de heridas, a la limpieza con sustancias que molestan la sensibilidad aumentada de esa piel incipiente y al tallado energético en áreas cruentas para favorecer la granulación y permitir un futuro injerto. (Padron E.,1990-A)

Todos estos padecimientos el niño no los comprende, dandoles interpretaciones erróneas que lo llenan de temor y ansiedad, misma que hace aún más intolerable el dolor. Este dolor representa en el niño un evento significativo que le deja huellas por largo tiempo recordadas y acompañadas a menudo de defensas fóbicas. (Nover, R. 1973) El accidente mismo (incendio, explosión, caídas en fogatas, agua caliente) deja un impacto psicológico; es un momento traumático que necesita elaborarse posteriormente y que determina en el niño fantasías de mutilación, de destrucción, de abandono y muerte. (Bernstein N,s/a)

A través de toda la vida hay una continua reevaluación del propio self y de la imagen corporal, basada en las experiencias personales y en la etapa de la vida por la que se pasa. (Knudson-Cooper M.,1981) Cuando una persona sufre una lesión traumática en su cuerpo y que le determina un cambio visible y permanente debe de pasar por todo un largo proceso de aceptar la pérdida de su antiguo self y adaptarse al nuevo.

En la atención del niño quemado se tiene la posibilidad de ver la evolución de la imagen corporal en las distintas fases de su desarrollo y como se altera su adquisición al enfrentarse el niño a un evento traumático que le altera su corporalidad y que requiere de un ajuste emocional. Para realizar esta readaptación y reajuste, integrando una nueva imagen corporal con un concepto interno del self, el niño debe pasar por toda una reacción de duelo con las fases ya conocidas y con la posibilidad de quedarse estancado en alguna de ellas. (Knudson ~ Cooper, M.,1981 ;Stoddard F.J,1982)

La cara es la parte más visible de nuestro cuerpo, es el medio de las expresiones y una fuente de estímulos hacia el medio; si resulta la parte más afectada, la aceptación va a ser más lenta y penosa.

Los estudios publicados hasta la fecha señalan que es alto el porcentaje de pacientes que quedan con problemas psicológicos por largo tiempo, siendo la depresión y el

aislamiento los síntomas más comunes. El niño preescolar no siente ni vive como negativa la curiosidad que despiertan sus lesiones, logrando hasta cierto punto una mejor adaptación. El niño en edad escolar ya vive como negativa la atención que despierta, rehuendo actividades donde tenga que exponer su cuerpo alterado. Cuando se trata de adolescentes, estos se ven sometidos a mayor presión por ser aceptados en su mundo.

Ante esto, se puede considerar que son determinantes para que haya un mayor o menor número de problemas de adaptación, psicológicos y sociales: la edad, el sexo, la fase de desarrollo, la localización y extensión de las quemaduras, las secuelas funcionales y estéticas y los factores sociológicos, psicológicos, familiares y culturales. (Knudson - Cooper, 1981)

A todo lo antes mencionado sobrevienen cambios bruscos a los que la familia y el paciente tienen que responder de la mejor forma posible.

Es importante que la familia enfrente las demandas presentadas por la enfermedad sin que los miembros necesiten sacrificar su propio desarrollo o el de la familia como sistema.

Cabe señalar que los familiares de los pacientes se enfrentan a una serie de problemas tales como: alteración de las actividades cotidianas de la familia, conflictos entre la

pareja y otros parientes, sobreprotección al niño y problemas económicos entre otros. (Evaristo V.,1990) En el capítulo siguiente, se abordara con mayor profundidad estos puntos.

CAPITULO III:

FAMILIA EN CRISIS

3.1 TEORIA DE LA CRISIS

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. (Morrice J., 1976)

Esta breve definición capta los principales aspectos de la crisis como lo describieron diversos teóricos citados por Slaikuev Karl (1988). El énfasis de Caplan (1964), es sobre el trastorno emocional y el desequilibrio, además del fracaso en la solución de problemas o enfrentamientos durante el estado de crisis. Taplin (1971), subrayó el componente cognoscitivo del estado de crisis, es decir, la violación de las expectativas de la persona sobre su vida por algún suceso traumático, o la incapacidad del individuo y su "mapa cognoscitivo" para manejar situaciones nuevas y dramáticas. Otros enfatizan la interacción entre el estado de crisis subjetivo y algunas situaciones ambientales objetivas (Schulberg y Sheldon, 1968).

Falta

Pag.

71 y 72

argumenta que tanto la menopausia como la viudez, son sucesos de la vida para los que las expectativas de la mujer son criticas en la prevision de resultados.

d) Por ultimo, un individuo podria experimentar una de las transiciones del desarrollo como una crisis, si ese individuo se percibe a si mismo como fuera de fase, con las expectativas de la sociedad para un grupo particular de edad.

3.2 TIPOS DE CRISIS

1. CRISIS CIRCUNSTANCIALES

Las crisis circunstanciales son accidentales o inesperadas, el rasgo mas sobresaliente es que se apoya en algun factor ambiental. Las experiencias individuales de la perdida del primer amor en un desastre natural (incendio, inundación) y quienes son victimas de crímenes violentos (ataques, violaciones), son ejemplos de crisis circunstanciales inducidas. Esta categoria tambien incluye la determinación de las crisis en sucesos como cambios de residencia, divorcios y desempleo.

La característica sobresaliente de estas crisis es que el suceso precipitante (inundación, ataque físico, muerte de un ser querido) tienen poca o ninguna relacion con la edad del individuo o la etapa del desarrollo en el curso de la vida. Las crisis circunstanciales pueden afectar virtualmente a cualquier persona en cualquier momento.

Las características principales de las crisis circunstanciales son:

1. **TRANSTORNO REPENTINO.** Estas crisis parecen afectar desde ninguna parte, a todos al mismo tiempo.
2. **LO INESPERADO.** En tanto que los individuos y familias pueden anticipar algunas transiciones de la vida, y prevenir la crisis, pocas están preparadas para, o creer que, les pueda ocurrir una crisis circunstancial.
3. **CALIDAD DE URGENCIA.** Puesto que muchas de las crisis circunstanciales amenazan el bienestar físico y psicológico, con frecuencia se inician como urgencias que requieren de acción inmediata. Las estrategias de intervención en crisis deben ser por consiguiente, tener en cuenta prioridades para valorarlas rápidamente, seguidas de la ejecución de etapas de acción apropiadas.
4. **IMPACTO POTENCIAL SOBRE COMUNIDADES COMPLETAS.** Algunas crisis circunstanciales afectan a un gran número de personas simultáneamente, necesitando intervención grandes grupos en un período relativamente corto.
5. **PELIGRO Y OPORTUNIDAD.** En tanto que el peligro puede ser la principal señal de las crisis circunstanciales, debemos recordar que de la desorganización que sobreviene, se inicia en forma casual alguna forma de reorganización. Esta, tiene el potencial para trasladar a la persona y su familia a niveles de funcionamiento altos y bajos.

2. CRISIS DE DESARROLLO

Las crisis en el desarrollo, por otro lado, son aquellas relacionadas con la transición de una etapa del crecimiento a otra, desde la infancia hasta la senectud. Cada etapa del desarrollo se relaciona con ciertas tareas del crecimiento, y cuando hay interferencia en su realización, es probable la presencia de una crisis. Desde este punto de vista de la teoría de la crisis, esto conduce a que muchas de estas son "predecibles"; entonces sabemos, con anticipación, que la gente tiene etapas decisivas que enfrentar en diversas ocasiones de sus vidas.

3.3 FUNCIONES DEL SISTEMA FAMILIAR

Existen tres funciones esenciales en cualquier sistema: a) adaptación al ambiente, b) integración de diversos subsistemas y c) toma de decisiones. La desorganización en cualquiera de las tres, puede conducir a una crisis (Stevenson 1977). En este sentido sería posible describir la crisis como una desorganización mayor en una adaptación persona/medio.

La segunda función de los sistemas -integración- concierne directamente a nuestra definición de resolución de crisis. Se requiere la nueva conciencia de crisis (divorcio), o la necesidad de adaptar la imagen de uno mismo como consecuencia de un daño físico (pérdida de un miembro

Falka

Page.

76

intensidad de la crisis tiende a moderar en cuatro a seis semanas. (Caplan, 1964). Es importante señalar, que el retorno a un estado de seguridad podría ser casual para la salud o enfermedad, en la medida en que la familia este integrada. bajo la luz de los antecedentes, el regreso a la estabilidad puede ser positivo para una parte de la familia y negativo para la otra.

Desde el punto de vista de la teoría de la crisis, la enfermedad física y las lesiones son sucesos que desafían la habilidad del individuo y la familia, para enfrentarlos y adaptarse. Los sucesos como el diagnostico de un enfermedad grave, cirugía, pérdida de un miembro del cuerpo o incapacidad física, conservan el potencial para contemplarse como una pérdida, amenaza o desafío, hasta que la enfermedad o lesión puedan hacer inasequibles los objetivos de la vida o aún amenazar nuestra propia vida. Sera decisivo para determinar el curso final de la resolución de la crisis, la forma cómo el suceso se interpreta especialmente en relación a la autoimagen y planes futuros, y cómo se realizan las adaptaciones conductuales.

Kimbrell y Slaikeu (1981), analizaron la literatura sobre enfermedades crónicas, con un énfasis particular en intervenciones que refuerzan el bienestar último, en vez del desarrollo de un papel enfermo. El síndrome de enfermedad crónica es el único resultado posible de una crisis seguida de una enfermedad grave. La intervención en crisis se dirige

a ayudar a estos pacientes y sus familias en: a) el uso efectivo de la negación (el manejo de la ansiedad opresiva en el principio de la enfermedad), b) el desarrollo de las estrategias del enfrentamiento efectivas para las consecuencias de la enfermedad (actividades en la vida que se han modificado pero no dominado por la enfermedad), basado en un amplio rango de intervenciones incluyendo apoyo, reestructuración cognitiva y consulta familiar.

El trabajo con niños que sufren cáncer, proporciona un ejemplo significativo de este cambio. En vez de someterse a la preocupación por la muerte intempestiva, el énfasis se centra en cómo la familia y el niño enfrentan la enfermedad, y aumenta la adaptación en ambas partes (Eiser, 1979).

El diagnóstico de incapacidad emocional o física en un niño, proporciona la ocasión para otra forma de crisis en las vidas de los padres y hermanos. Schild (1977) subraya cinco actividades psicológicas que enfrenta la familia en este momento: 1) reafirmación de la autoestima del niño; 2) comprensión de las limitaciones del diagnóstico y aceptación de la pérdida concomitante; 3) reordenación del autoconcepto de los padres y del niño; 4) abordar diversos conceptos de desviación, incluyendo el estigma social relacionado con el diagnóstico, y 5) el desempeño de los papeles de los padres e hijo y de las relaciones que enriquecen un crecimiento continuo y el desarrollo de la personalidad.

Por otro lado en la revisión de la literatura del diagnóstico de la incapacidad emocional y/o física en un niño, Bahr (1980), subraya diversas etapas de la relación parental de la siguiente manera: 1) impacto (noticias del diagnóstico que interactúan con los propósitos de la vida, autoimagen, etc.); 2) negación (una etapa adaptativa que permite la aceptación de la realidad en incremento); 3) duelo (expresión de sentimientos, la realidad dura de contradicción del niño deseado y el real); 4) enfoque exterior (trabajando, desarrollando nuevos conocimientos, y conductas de enfrentamiento), y 5) acercamiento (aceptación y perspectiva hacia el futuro).

En resumen, la enfermedad física y la lesión son sucesos que interactúan con los recursos de enfrentamiento del individuo, estructura de vida, autoimagen y de como se percibe el futuro. Estos sucesos pueden interpretarse como desafío, amenaza o pérdida. En el lenguaje de sistemas, tienen un impacto sobre los otros aspectos de los sistemas de la persona (sentimientos, pensamientos, etc.) y un impacto notable sobre los siguientes suprasistemas más elevados (estructura social, familiar). La terapia se dirige hacia la ayuda del individuo y su familia para la comprensión y enfrentamiento con la enfermedad física en el contexto de estos otros sistemas. (Sleikeuv, 1988).

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

3.4 FAMILIAS EN CRISIS

Todas las familias estan expuestas todo el tiempo a ciertos eventos que las pueden llevar a un desequilibrio. Las enfermedades graves pueden ser un ejemplo de este tipo de eventos. Los viejos roles y reglas pueden ser insuficientes para mantener la organizacion familiar, por ejemplo cuando un miembro de repente es sacado de casa, cuando esta en peligro de muerte, cuando es incapaz de funcionar con su capacidad usual, o hacer nuevas demandas de la familia.

Las enfermedades serias frecuentemente precipitan una crisis dentro de la familia, llevando la organizacion del sistema familiar a un desequilibrio. Los roles y reglas establecidas deben cambiar para enfrentar la crisis, necesitando la familia reorganizarse para llegar a un equilibrio. El modo en el cual se lleva a cabo este proceso puede afectar dramaticamente a la persona enferma y las consecuencias de su enfermedad. Al mismo tiempo la reorganizacion puede afectar funcional y emocionalmente a otros miembros de la familia. (Olsen E., 1970)

Hill R. (1958), separó las reacciones de la familia en crisis en una serie de fases. Un periodo inicial de negación es seguido por un periodo de confusion, ansiedad y frecuentemente resentimiento hacia el miembro enfermo y subsecuentemente un periodo de recuperacion y reorganizacion.

La familia en desequilibrio necesita reorganizarse para continuar existiendo como una familia. Todo tipo de cambios

son necesarios, pero la familia empujará hacia una nueva homeostasis la cual será tolerable. La reorganización familiar puede funcionar muy bien o tal vez mejor que como estaba antes de la crisis: O puede ser que durante el proceso de reorganización las reglas y roles pueden cambiar significativamente y los resultados pueden ocasionar un dolor emocional o deteriorar las habilidades funcionales en algún otro miembro, aparte del que está enfermo.

Estudios de intervención en crisis muestran que durante la crisis la familia no tiene una organización sólida que la haga resistente al cambio. (Olsen E., 1970)

En enfermedades con crisis, primeramente el cuidador y el miembro enfermo -algunas veces- se vinculan en una relación íntima a través de la cual ellos controlan algunos comportamientos de la familia, mientras que los otros miembros de la familia pueden unirse en oposición a su poder. (Griffith, 1987)

El sistema familiar puede llegar a ser alterado cuando algún miembro tiene una enfermedad grave, y la respuesta de la familia a la enfermedad puede afectar drásticamente los resultados del miembro enfermo. Por consiguiente la atención médica debe contemplar al paciente y a su familia al mismo tiempo. (Olsen E., 1970)

3.5 ENFERMEDAD CRONICA

Tradicionalmente, la enfermedad ha sido vista como el evento inesperado que le sucede a un individuo y se ve a la familia como los parientes desafortunados que merecen empatía. Sin embargo, se ha observado que la salud y la enfermedad tanto somáticas como psíquicas, si bien tienen sus "bases" en el individuo, adquieren dimensionalidades a través de los vínculos interpersonales (Gutierrez Q., 1989)

La enfermedad a largo termino o cronica, se refiere a un desorden con un curso prolongado que puede ser progresivo, fatal o asociado con relativos lapsos de vida normal a pesar del impedimento, cuidado medico y familiar. Puede causar significativos desordenes psicologicos y permanente interferencia con crecimiento fisico y emocional (Bedeliet 1972 y Batiwin, 1972) citados por Grantes Coutiño (1986).

Las enfermedades cronicas difieren de las enfermedades agudas, aun si el diagnostico medico aparentemente es similar para ambas. Las dos, particularmente se diferencian en como son consideradas por la familia con un miembro enfermo. En una enfermedad aguda, la familia vive con la expectativa de que el paciente enfermo respondera completamente al tratamiento, y por lo tanto retornara normal. En una enfermedad cronica, no existe expectativa en que el problema desapareciera.

Familias con una estructura flexible y balanceada tienen la suficiente fuerza para resistir el stress de una enfermedad crónica, mientras que las familias con una inapropiada o excesiva rigidez en su estructura genera síntomas en sus miembros. La terapia familiar busca crear estructuras que sean optimamente adaptables para que la familia confronte o enfrente la enfermedad crónica. Cuatro aspectos de la Estructura Familiar desde el punto de vista de Salvador Minuchin (1974) son evaluados para planear la terapia: límites, jerarquía, alianzas y coaliciones y secuencias de comportamientos repetitivos organizados alrededor del síntoma.

En enfermedades crónicas, la necesidad de algún miembro de la familia para cuidar a la persona enferma fácilmente incrementa el amalgamamiento entre el cuidador y el paciente.

Los padres de un niño enfermo crónicamente pueden estar en la cima o tope del poder de jerarquía y ellos llevar un control de alimentación, ropa y cuidado médico. Sin embargo, el niño puede encontrar formas de dominar a sus padres produciendo síntomas de su enfermedad. En algunos casos, una jerarquía que ha funcionado por muchos años puede ser alterada por la enfermedad y el terapeuta debe trabajar con la familia para invertir esta jerarquía en una que funcione mejor. (Griffith J., 1987)

El curso y desenlace de las enfermedades crónicas son afectados por variables sociales y emocionales; estos factores pueden ejercer un efecto decisivo en la forma en la

cual la enfermedad se desarrolla, y en el grado de impedimento y adaptación del individuo y la familia, a dicha enfermedad. (Gutierrez Q., 1989)

El individuo, la familia y el personal al cuidado de la salud enfrentan una serie de tareas adaptativas en relación con la enfermedad. Cada fase de la enfermedad: diagnóstico, cronocidad y estado terminal, requiere tareas especiales, y diferentes mecanismos de defensas y estrategias para enfrentarlos. (Mailick M., 1979)

Mailick (1979) postula que una enfermedad crea nuevas bases para el individuo y la familia y éstas pueden ser divididas en tres etapas principales: el primer conjunto de tareas está conectado con el inicio de la enfermedad, la fase de diagnóstico; el segundo grupo está asociado con la adaptación a la naturaleza incapacitante y de larga duración de la enfermedad; y el último trata con el episodio final de la enfermedad, sea a través de cura, remisión o muerte. Cada fase no representa un periodo de tiempo específico puesto que los pacientes a menudo regresan a trabajar con las tareas de etapas anteriores.

El individuo y la familia deben integrar en forma lenta el diagnóstico, su significado, su curso y su desenlace. Es necesario que la información sea regulada a fin de que este proceso evite la sensación paralizante de pérdida y depresión que sería desorganizante para el individuo. Deben manejarse el reproche, la culpa y la vergüenza que son engendrados por

la enfermedad así como la depresión y la ansiedad. Estas son respuestas a la crisis de diagnóstico. La familia puede responder con un cambio temporal en sus patrones de comunicación. sus patrones de interacción; pueden volverse rígidos, aumentar o disminuir, o incluso llegar a perder la espontaneidad. Los miembros de la familia pueden volverse temporalmente menos productivos y creativos y alejarse de sus contactos sociales. (Gutierrez O., 1989)

Más adelante el paciente se enfrenta a la tarea de adaptarse al malestar, dolor y pérdida del control físico, así como cambios en su apariencia. La familia sufre por esto y por el sentimiento de ambivalencia e impotencia, coraje, culpa, así como temor por el paciente y por ellos mismos.

Si el episodio de enfermedad es seguido por una remisión, los participantes requieren desarrollar la capacidad de equilibrar tareas opuestas emocionalmente. En esencia, "remisión" no es una palabra retrospectiva; cuando la remisión termina es cuando hay la certeza de que fue un cese temporal de la enfermedad y no una cura permanente, la tarea mayor del enfermo y la familia es manejar esta incertidumbre y regular la esperanza. El negar completamente la posibilidad de otro episodio de la enfermedad puede llevar a una nueva crisis y desesperación cuando esto ocurre. Por lo tanto, el equilibrio requiere que la familia, así como el paciente tengan ambas posibilidades en mente.

Las familias con mejor sosten emocional y economico tienen mayor oportunidad de tener una efectiva recuperaci6n; en cambio para familias quienes anteriormente vivieron muy cercanas a personas enfermas, con pobreza, relativamente aisladas, estructuralmente inflexibles y con pobres patrones de comunicacion, pueden tener mas dificultades de adaptacion. Sin embargo, la historia premorbida de la familia no es un exacto predictor de su capacidad para hacer frente y crecer como resultado del diagnostico.

La alteracion que sufre una familia cuando un miembro es diagnosticado enfermo, es algunas veces, la oportunidad para romper viejos patrones y reestaurar nuevas relaciones. (White R.,1974; Travis G.,1976)

El individuo y la familia, ademas de enfrentar la crisis del diagnostico, posteriormente tienen que realizar las tareas derivadas de la incapacidad de la persona enferma y de la cronocidad de la enfermedad. Una existosa resolucian del primer estadio, los provee de recursos para una mejor adaptacion al segundo, aunque los mecanismos que sirvieron en un primer momento necesitan ser cambiados: esto es especificamente cuando la enfermedad es lenta en su desarrollo o con secuelas irreversibles, que incapacita al individuo para enfrentarse al medio ambiente social. (Mailick M.,1979)

El paciente se enfrenta a situaciones tales como el adaptarse al malestar del dolor, a la carencia de control fisico y a los cambios en su apariencia. La familia por su

parte, manifiesta sentimientos de angustia, impotencia, coraje, culpa y miedo por lo que le puede pasar al paciente. (White R.,1974)

Otra tarea para la familia es el manejo del rol del cambio, esto requiere del delicado balance de concluir antiguas funciones y formar otras nuevas, para que sea capaz de proveer cuidados al paciente y cubrir las demandas de los demas miembros. (Fless I.,1972)

La fase final de un episodio de enfermedad puede ser el resultado de la cura, remision o muerte. (Travis G.,1976)

Orantes (1986) citando a Mailick (1979), postula que diferentes tareas son requeridas si un episodio de enfermedad es seguido por una remision. Según esta autora, muy poca atencion ha sido dada a esta fase la cual puede ser caracterizada por un requerimiento de los participantes a desarrollar la capacidad de balancear emociones opuestas. Las expectativas tanto de la familia como del individuo quien estuvo enfermo pueden ser otra vez alterados, nuevamente hay que reasignar roles y adquirir un nuevo balance. (Orantes C.,1986)

Hutt y Gwyn (1988) catalogan a grandes rasgos, los modelos de la conducta de los padres en tres tipos :

a) Padres que aceptan. Estos serán maduros y adaptables y aceptaran la realidad del transtorno de su hijo. Lo aceptan plenamente y lo aman tal cual es. Perciben claramente su funcion como padres y reconocen que su hijo

tiene una identidad propia que debe ser preservada. Manejaran los problemas de su hijo de una forma apegada a la realidad y no se esclavizaran en sus relaciones con el niño. Por ultimo, asumen sus responsabilidades en cuanto a las muchas responsabilidades en cuanto a las muchas otras funciones que les pide la sociedad, como padres, esposos, sostenes del hogar y compañeros. Estos padres no padecen angustias - innecesarias sobre las limitaciones de su hijo. Los autores concluyen, que esta aceptacion no es de ningún modo un proceso facil y que dependera de la madurez de los padres.

b) Padres que ocultan o tratan de ocultar de algún modo el estado de su hijo. Estos empeños tienen como objetivo no nada mas ocultar a la gente la situacion del niño, sino más a aún a ellos mismos. Estos padres se dan cuenta de que algo malo sucede con su hijo, pero no pueden admitir o reconocer su incapacidad. Buscan algun factor de la realidad al cual atribuirle la condicion de su hijo por ejemplo a que es flojo, a que no se esfuerza, a una deficiencia alimenticia a malos metodos de enñeanza, e.t.c.

c) Padres que niegan. Estos muestran una reaccion emocional grave y utilizan como mecanismo de defensa la negacion. El empleo de esta defensa no es una reaccion deliberada o planeada de los padres, sino mas bien una reaccion inconsciente y automatica ante una situacion de stress. La defensa empleada es un funcion del nivel general

de madurez y de los antecedentes del individuo. A mayor inmadurez del padre, menor es el stress que soporta y mayor la amplitud de sus reacciones de defensa y de la consiguiente conducta mal adaptativa. (Hutt M. y Gwyn R. .1988)

Por supuesto en la realidad, las reacciones no podran diferenciarse de una forma tan tajante como aqui se plantea. Las reacciones de los padres pueden caer en cualquier punto de un amplio rango de la escala total de posibilidades de ajuste. Pueden darse reacciones ambivalentes, que en un momento son de aceptacion y en otro de rechazo. (Leal C.,1991)

Tisza U. (1962) Apunta que cuando el medico comunica a los padres que el niño padece una enfermedad cronica, la cual tendra como consecuencia cierto grado de incapacidad, estos entran en shock. reaccionan con desolacion y necesitan tiempo para aceptarlo. Algunos factores que influyen para adaptarse son :

1. La personalidad de los padres y las perdidas que hayan sufrido.
2. El significado que tienen para ellos la enfermedad.
3. La naturaleza de la enfermedad y el significado que tiene para el individuo.
4. La magnitud o expresion de dano.
5. El soporte que la pareja pueda ofrecerse uno a otro.

6. El soporte que reciben del medio ambiente.
7. La reaccion que tiene el niño ante su enfermedad.

Despues del shock inicial, los padres niegan frecuentemente, el significado de la enfermedad. Algunas veces, cuando la incapacidad del niño significa una amenaza insoportable para los padres, la negacion puede tener tremendas proporciones y puede durar años. Al mismo tiempo, con la negacion como intento de evadir la perdida, los padres estan expresando la culpa por la enfermedad del hijo; la culpa es dificil de manejar y hay un incremento en la frustración, de hecho la frustración es en sí el niño o lo que el niño viene a representar en la familia. El conflicto generalmente se expresa en la sobreproteccion y en una reaparicion de la ansiedad por la vida del niño mientras que la ira puede ser desplazada a otros miembros del medio, la familia, amigos, o al personal del hospital. (Gutierrez Q., 1989).

Tambien puede existir un corto o largo periodo de soledad, aislamiento social y falta de interés externo. (Mallick M., 1979)

Velasco de Farra (1983) observo que en las familias donde un miembro tiene un padecimiento cronico, invalidez o enfermedad que amenaza la vida, existe una reorganizacion de la estructura familiar. Esta autora menciona que se desarrolla una alianza protectora madre-hijo y esto organiza

a los demás miembros en roles complementarios.

La familia tiende a aislarse del exterior y los límites se vuelven difusos en relación a la familia de origen. La abuela o el hijo mayor es el encargado de cuidar a los hermanos, convirtiéndose en hijo parental. El hijo enfermo adquiere autoridad y una posición central a través de su enfermedad. (Davila de Cortazar, 1963)

La vida de pareja se bloquea y el paciente invade las relaciones de los padres, aun en el área más íntima. Los límites individuales entre los miembros de la familia se vuelven cerrados y rígidos debido a los sentimientos de culpa, tristeza y miedo estando imposibilitados de externarlos. (Velasco de Farra, 1983)

El resto de los hijos están en una posición periférica y jerárquicamente inferior y es muy difícil para ellos expresar sus sentimientos de hostilidad y rivalidad hacia el paciente, ya que este se vuelve el centro de atención de la familia. (Orantes C., 1986)

Este modelo de interacción es similar a lo que Alberta Kock (1965) citado por Orantes Coutiño reporta en familias de niños con cáncer. Esta autora postula que se dan 5 patrones de respuesta al diagnóstico:

- 1) Incremento de experiencias de afectos negativos.
- 2) Prohibición de expresión emocional de los miembros.
- 3) Problemas de salud y de conducta seguidos al diagnóstico.

- 4) Cambio de roles.
- 5) Incremento de cercanía.

Los dos modelos enfatizan que al diagnóstico de la enfermedad se dan cambios en la organización familiar. Estos se refieren a: jerarquía, límites externos e internos, centralidad, problemas de expresión de emociones, problemas de salud y conducta. (Gutierrez Q., 1989)

La observación sistemática de la familia, en la que uno de sus miembros está sometido a un tratamiento de insuficiencia renal crónica (Velasco de Farra 1980) ha permitido realizar las siguientes observaciones:

- 1). Existe un grado mayor de dificultad para tomar decisiones, respecto al manejo del niño, en aquellas familias que viven separadas.
- 2) En las familias donde hay un padrastro indiferente, generalmente el tratamiento se abandona.
- 3) En la mayoría de los casos, el esfuerzo emocional y económico, como consecuencia de los procedimientos de diálisis y trasplante, crean fricciones entre los padres. Sin embargo, en ciertas familias, estas mismas presiones parecen fomentar considerablemente la unidad familiar.
- 4) La mayoría de los padres experimentan sentimientos de culpa y condolencia hacia los hijos, que se manifiestan en actitudes de sobreprotección. Sin embargo, en otros casos los padres muestran un rechazo hacia los enfermos, al punto de no visitarlos en el hospital ni hacer esfuerzo alguno por

ayudarlos en la reincorporación a sus actividades normales.

5) En muchas familias se han descrito cambios de conducta en los hermanos (bajo rendimiento escolar, actitudes oposicionistas, rebeldía, etc), como una manifestación de disgusto por la poca atención obtenida. (Abraham H. y Goldstein A. 1971)

6) Los padres que guardan una relación muy estrecha con el paciente identificado, tiene problemas constantes debido a que el padre que se sobreidentifica con el niño llega a experimentar el dolor en una forma más intensa que el paciente mismo. Consecuentemente, esto representa un serio obstáculo para dar al paciente el respaldo y apoyo necesarios. El niño consciente de esto sufre y a su vez toma ventaja de la situación. En estos casos, el otro padre generalmente tiene la doble tarea de atender las necesidades del niño y del padre involucrado y muchas veces, aún las negligencias de algún hermano. (Abraham H.,1971)

En lo que respecta a la parálisis cerebral Robles de Fabre (1987), propone que como se trata de enfermedad crónica, las interacciones también se cronifican lo cual puede incluso dificultar la rehabilitación del paciente, en el caso de que la enfermedad cumpla la función de desviar los problemas familiares y por tanto se vuelva necesaria para la familia.

Los cambios que se producen en el interior de la familia dependerán de varios factores: las características

propias de la familia, la etapa del ciclo vital en que se encuentre, el momento de la vida del paciente, el lugar que este ocupa en la familia y los requerimientos específicos de la enfermedad y su tratamiento.

Se considera que habrá diferencias cuando el hijo afectado sea el primogénito, que cuando ocupe otra posición en el orden del nacimiento. De la misma forma, cuando haya otros hijos existirán tendencias hacia determinados patrones de interacción que cuando sea hijo único.

Por otro lado el hecho de que sean las capacidades del individuo y más específicamente las motoras, las afectadas, influye sobre el grado de independencia de este lo cual a su vez, propicia un mayor involucramiento de la madre, con el hijo, y una posición central o periférica de este.

Con respecto a las etapas del ciclo vital, se ha dicho que el riesgo implícito en ellas es que la familia se estanque en una determinada etapa no pudiendo pasar a la siguiente o incluso se regrese a etapas previas. Lo mismo se ha dicho en situación en crisis: ante ellas, la familia tiende más a usar patrones de interacción previos; conjuntando esto nos encontramos con que la aparición de una enfermedad crónica provoca una crisis en la familia y esta puede reaccionar con pautas de interacción de etapas previas.

En el caso en que el nacimiento del hijo enfermo coincida con el momento en que los demás hijos sean mayores y ya no requieran de los cuidados de la madre, este hijo puede

tener la función de llenar el vacío que quedaba para la madre cuya función es primordial había sido el cuidar de los hijos. Esto, a largo plazo, podría amenazar el grado de independencia del hijo que presente la secuela. (Leal C., 1991)

En el libro "El Enfermo Crónico y su Familia", Robles de Fabre (1987), considera a la familia como un sistema abierto donde las interacciones entre sus miembros, si bien tienden a mantener patrones estables, varían gradualmente para adaptarse tanto a los cambios en el entorno como a los cambios de los elementos que la componen. Estos cambian por su crecimiento natural y por influencia de otros sistemas en los que participan.

La aparición de una enfermedad crónica o terminal en uno de los miembros de la familia, constituye un cambio radical en el interior de esta y también un cambio en su entorno: El cambio en el interior está dado fundamentalmente por el sufrimiento y la posible limitación de las capacidades del enfermo, que requiere ser atendido, cuidado, medicado. El cambio en el entorno ocurre por la incorporación en él, del equipo médico tratante y del sistema hospitalario, ambos con un papel preponderante.

Para adaptarse a esta nueva situación y hacer frente a la enfermedad, se producen cambios bruscos en las interacciones familiares; si se trata de una enfermedad crónica, estas interacciones se cronifican y muchas veces dificultan la posterior rehabilitación del paciente, sobre

todo cuando la enfermedad cubre una "necesidad" del sistema familiar.

Como sistemas vivos que son, tanto la persona como la familia tienen en su evolución momentos que se caracterizan por una mayor estabilidad, es decir, permanencia de patrones de interacción y momentos de mayor cambio, de ensayo de nuevos patrones de interacción, con la consecuente inestabilidad.

La aparición de una enfermedad crónica es más problemática en uno de esos momentos de cambio, en los que las dificultades derivadas de esta pueden impedir que la familia o el individuo, encuentren y desarrollen los nuevos patrones de relación que corresponden a la nueva etapa que están iniciando.

Resumiendo; en las enfermedades crónicas intervienen una serie de procesos que afectan por igual al individuo enfermo en su totalidad psicofísica y al entorno familiar. Sobrevienen cambios bruscos que generan crisis a los que la familia y el paciente tienen que responder de la mejor forma posible. Es necesario que, tanto el equipo médico como terapéutico instrumenten intervenciones destinadas a facilitar una buena adaptación, tanto de la familia como del paciente, a la enfermedad y se logre un buen control médico del padecimiento.

Una meta importante en este sentido es que la familia enfrente las demandas presentadas por la enfermedad sin que los miembros necesiten sacrificar su propio desarrollo o el de la familia como sistema. (Fobies de Fagné, 1987)

CAPITULO IV:

M E T O D O L O G I A

4.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

El número de quemaduras que suceden en los niños en México no es realmente conocido puesto que no existe a la fecha un registro nacional de quemaduras y muchos niños nunca son atendidos por la medicina científica y formal, sino que son manejados con toda clase de remedios caseros, originando esto incapacidades funcionales y permanentes en algunos pacientes o la muerte en otros. El paciente quemado necesita por ende, de una multitud de recursos físicos y humanos que lo asistan en su recuperación y reintegración bio psico social.

La atención psiquiátrica y psicológica del paciente con quemaduras ha sido hasta la fecha una área olvidada; más aún los efectos que se originan en la dinámica familiar. Se conoce que el estar hospitalizado conlleva a una serie de cambios como son la imposibilidad física y la manifestación de sentimientos de agresión y/o depresión por citar sólo algunos entre otros; los cuales son experimentados por el paciente y sus familiares.

Por lo anterior surge el interes de trabajar con familias en las que uno de sus hijos haya sufrido un accidente con quemaduras, principalmente conocer los cambios que se dan en el sistema familiar desde un punto de vista estructural, y asi plantearnos la siguiente pregunta de investigacion:

Existiran diferencias en la dinamica familiar, en un grupo de familias que tienen un niño quemado y en aquellas familias que tienen hijos en una etapa de desarrollo acorde a su edad y que no presentan quemaduras?

4.2 PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Observar las diferencias que existen en la estructura familiar de acuerdo al enfoque sistémico, en familias con un niño quemado y en familias que tienen hijos en una etapa de desarrollo acorde a su edad y que no presentan quemaduras.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Observar las diferencias que existen en los límites individuales en un grupo de familias con un niño quemado y otro grupo de familias en donde sus hijos están en una etapa

de desarrollo acorde a su edad y que además no presentan quemaduras.

2. Observar las diferencias que existen en los límites entre subsistemas en un grupo de familias con un niño quemado y otro grupo de familias en donde sus hijos están en una etapa de desarrollo acorde a su edad y que no presentan quemaduras.

3. Observar las diferencias que existen en los límites externos en un grupo de familias con un niño quemado y otro grupo de familias en donde sus hijos están en una etapa de desarrollo acorde a su edad y que no presentan quemaduras.

4. Observar las diferencias que existe en la jerarquía en un grupo de familias con un niño quemado y otro grupo de familias en donde sus hijos están en una etapa de desarrollo acorde a su edad y que no presentan quemaduras.

5. Observar las diferencias que existe en la resolución de conflictos en un grupo de familias con un niño quemado y otro grupo de familias en donde sus hijos están en una etapa de desarrollo acorde a su edad y que no presentan quemaduras.

6. Observar las diferencias que existe en las alianzas en un grupo de familias con un niño quemado y otro grupo de familias en donde sus hijos están en una etapa de desarrollo acorde a su edad y que no presentan quemaduras.

7. Observar las diferencias que existe en la adaptabilidad a los cambios en un grupo de familias con un niño quemado y otro grupo de familias en donde sus hijos estan en una etapa de desarrollo acorde a su edad y que no presentan quemaduras.

4.3 PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS

HIPOTESIS GENERAL

H1 - Existen diferencias estadísticamente significativas en la estructura familiar de acuerdo al enfoque sistémico, en familias con un niño quemado y en familias donde sus hijos estan en una etapa de desarrollo acorde a su edad y que además no presentan quemaduras.

H0 - No existen diferencias estadísticamente significativas en la estructura familiar de acuerdo al enfoque sistémico, en familias con un niño quemado y en familias donde sus hijos están en una etapa de desarrollo acorde a su edad y que no presentan quemaduras.

HIPOTESIS ESPECIFICAS

1) H1 - Existen diferencias estadísticamente significativas en los límites individuales, en familias con un niño quemado y en familias donde sus hijos estan en una etapa de desarrollo acorde a su edad y que no presentan quemaduras.

H0 - No existen diferencias estadísticamente significativas en los límites individuales, en familias con un niño quemado y en familias donde sus hijos están en una etapa de desarrollo acorde a su edad y además no presentan quemaduras.

2) H1 - Existen diferencias estadísticamente significativas en los límites entre subsistemas, en familias con un niño quemado y en familias donde sus hijos están en una etapa de desarrollo acorde a su edad y que además no presentan quemaduras.

H0 - No existen diferencias estadísticamente significativas en los límites entre subsistemas, en familias con un niño quemado y en familias donde sus hijos están en una etapa de desarrollo acorde a su edad y que no presentan quemaduras.

3) H1 - Existen diferencias estadísticamente significativas en los límites externos, en familias con un niño quemado y en familias donde sus hijos están en una etapa de desarrollo acorde a su edad y que además no presentan quemaduras.

H0 - No existen diferencias estadísticamente significativas en los límites externos, en familias con un niño quemado y en familias donde sus hijos están en una etapa de desarrollo acorde a su edad y que además no presentan quemaduras.

quemaduras.

4) H1 - Existen diferencias estadísticamente significativas en la jerarquía, en familias con un niño quemado y en familias donde sus hijos están en una etapa de desarrollo acorde a su edad y que no presentan quemaduras.

H0 - No existen diferencias estadísticamente significativas en la jerarquía, en familias con un niño quemado y en familias donde sus hijos están en una etapa de desarrollo acorde a su edad y que no presentan quemaduras.

5) H1 - Existen diferencias estadísticamente significativas en la resolución de conflictos, en familias con un niño quemado y en familias donde sus hijos están en una etapa de desarrollo acorde a su edad y que no presentan quemaduras.

H0 - No existen diferencias estadísticamente significativas en la resolución de conflictos, en familias con un niño quemado y en familias donde sus hijos están en una etapa de desarrollo acorde a su edad y que no presentan quemaduras.

6) H1 - Existen diferencias estadísticamente significativas en las alianzas entre los miembros, en familias con un niño quemado y en familias donde sus hijos están en una etapa de desarrollo acorde a su edad y que no presentan quemaduras.

H0 - No existen diferencias estadísticamente significativas en las alianzas entre los miembros, en familias con un niño quemado y en familias donde sus hijos están en una etapa de desarrollo acorde a su edad y que no presentan quemaduras.

7) H1 - Existen diferencias estadísticamente significativas en la adaptabilidad a los cambios, en familias con un niño quemado y en familias donde sus hijos están en una etapa de desarrollo acorde a su edad y que no presentan quemaduras.

H0 - No existen diferencias estadísticamente significativas en la adaptabilidad a los cambios, en familias con un niño quemado y en familias donde sus hijos están en una etapa de desarrollo acorde a su edad y que no presentan quemaduras.

4.4 VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE Familias con un niño quemado y familias que tienen hijos en una etapa de desarrollo acorde a su edad y que no presentan quemaduras.

VARIABLE DEPENDIENTE La Estructura familiar a través de las siguientes áreas: límites individuales, entre subsistemas y externos; jerarquía, resolución de conflictos, alianzas entre los miembros y la adaptabilidad a los cambios.

4.4.1 Definición conceptual de las variables

a) Variables Independientes

FAMILIA. f. Conjunto de ascendientes, descendientes colaterales y afines de un linaje. Parentela inmediata de alguien. Gente que vive en una casa bajo la autoridad del dueño de ella.

QUEMADURA. Lesión causada por el efecto de la energía térmica sobre la piel y otros tejidos. Esta lesión puede ir desde el simple enrojecimiento hasta la carbonización total de la piel. (Ficazo M., 1981)

b) Variable Dependiente

ESTRUCTURA FAMILIAR. Es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuando y con quien relacionar, y estas pautas apuntalan al sistema. Velasco de Parra (1983).

4.4.2 Definición Operacional de las variables

a) Variables independientes

FAMILIAS CON UN NIÑO QUEMADO. Son aquellas familias en las que uno de sus hijos ha sufrido lesiones causadas por el efecto de la energía térmica sobre la piel y otros tejidos.

FAMILIAS CON NIÑOS EN ETAPA DE DESARROLLO ACORDE A SU EDAD. Son aquellas familias en las que los hijos presentan un desarrollo acorde a su edad, es decir, sin presentar alteraciones a nivel intelectual, físico y emocional.

b) Variable Dependiente

Respuestas obtenidas a través de la escala que mide los siguientes parámetros:

LIMITES INDIVIDUALES. Están en relación al espacio físico y emocional que guardan los miembros de una familia entre sí dentro del sistema familiar.

LIMITES ENTRE SUBSISTEMAS. Cada subsistema tiene funciones específicas dentro del sistema familiar y para que éste funcione favorablemente, se deben respetar las tareas o acciones de cada subsistema sin que se intervengan unos a otros.

LIMITES EXTERNOS. Se refiere al contacto que la familia nuclear tiene con otros sistemas tales como familias de origen, amistades, trabajo e instituciones culturales y recreativas. El contacto que se tenga con estos sistemas debe ser lo suficientemente claro y flexible para evitar intromisiones.

JERARQUIA. Se refiere al orden establecido en cuanto a nivel de autoridad, tanto en el sentido de poder, como en el de crédito, que se le reconoce a cada persona dentro de la familia.

RESOLUCION DE CONFLICTOS. Se refiere a la habilidad que tengan los miembros de una familia para resolver las diferencias inevitables que se suscitan en toda convivencia.

ALIANZAS ENTRE LOS MIEMBROS. Asociaciones abiertas o encubiertas entre dos o más miembros de la familia. Por ejemplo quien está con quien.

ADAPTABILIDAD AL CAMBIO. Es la flexibilidad del sistema para cambiar sus patrones de interacción, ante situaciones de cambios como son el crecimiento de sus miembros o problemas circunstanciales tales como desempleo o muerte de un familiar.

4.5 SUJETOS

En la presente investigación participaron 60 familias que integraron la muestra final, estas estuvieron divididas en dos grupos de 30 familias cada uno.

El primer grupo estuvo integrado por familias que tuvieran un niño accidentado con quemaduras y que continuaran asistiendo al hospital a valoración psicológica y/o rehabilitación; o que ya hubieran sido dados de alta del servicio de quemados. Este grupo fue seleccionado de los Hospitales Pediátricos de Xochimilco y Tacubaya, ambos del D. D. F.

El segundo grupo estuvo conformado por familias en las que sus niños estaban en una etapa de desarrollo acorde a su

edad, es decir, sin presentar alteraciones a nivel intelectual, físico y emocional y además de no presentar ningún tipo de quemaduras. Estas familias fueron captadas en dos escuelas primarias y dos de educación preescolar.

Los dos grupos de familias debían cumplir con una serie de características para poder pertenecer a la muestra, y éstas eran: 1. que la familia estuviera formada por el padre, la madre y de 2 hijos en adelante. 2. uno de los niños debería estar en un rango de 3 a 8 años de edad, y 3. que vivieran en el D. F.

4.5 Muestra

El muestreo fue no probabilístico, intencional, por cuota.

No probabilístico ya que no se conocían las probabilidades de cada individuo de ser incluido en la muestra.

Intencional porque el muestreo se realizó de acuerdo a los intereses del investigador, en busca de los elementos que proporcionarían mayor información, es decir, familias que estuvieran integradas por ambos padres y tuvieran de 2 hijos en adelante. que la edad de alguno de los niños estuviera en un rango de 3 a 8 años y que la familia residiera en el D. F.

El muestreo fue por cuota puesto que se determinó una cierta cantidad de individuos para cada grupo de familias: 30 familias con un niño quemado y 30 familias que tuvieran niños

con una etapa de desarrollo acorde a su edad, sin que presentaran alguna quemadura.

4.6 Tipo de estudio

La presente investigación, es un estudio de tipo ex post facto, ya que no se manipulo ninguna variable puesto que se pretendio investigar el efecto del accidente con quemaduras una vez que este sucediera y ver de que manera repercutia en la dinámica familiar.

4.7 Diseño de investigación

De igual forma en esta investigación se utilizo un diseño de dos muestras independientes ya que se trabajó con dos grupos diferentes de sujetos, es decir, familias con un niño quemado y familias que no presentan quemaduras.

4.8 Intrumentos

Para llevar a cabo la investigación, se utilizo una ficha de identificación para ambos grupos de familia y una escala de actitud tipo Likert para medir frecuencias.

La primera ficha (forma A) (ver anexo 1) correspondia al grupo de familias que tenían un hijo quemado; en esta se pretendia recabar datos generales de la familia del niño para tener un panorama general de como estaba conformada la familia, así como los datos relacionados con su quemadura.

Los datos solicitados fueron: edad, escolaridad, ocupación, estado civil, y años de matrimonio de los padres además de los datos generales de los hermanos, tales como edad, sexo, escolaridad, ocupación y estado civil. En otro apartado estaban comprendidos los datos de el niño identificado como son: edad, sexo, escolaridad, tipo de quemadura, localización de la misma con el porcentaje de superficie corporal quemada y el agente causante de la quemadura.

La segunda ficha de identificación (forma B) (ver anexo 2) estuvo destinada para los familias en las que sus hijos no presentaban quemaduras. En esta se solicitaron datos como: edad, escolaridad, ocupación, estado civil, y años de matrimonio de los padres; además del sexo, edad, escolaridad, ocupación y estado civil de los hijos.

Esta ficha al igual que la anterior, pretendía recabar información de la familia que pudiera mostrar un panorama general de como estaba conformada la familia.

Además de las fichas de identificación se creó una escala de actitud tipo Likert para conocer como estaban estructuradas las familias, para lo cual se elaboraron una serie de afirmaciones referentes a los parametros que se utilizaron para evaluar la dinamica familiar, tales como:

1. LIMITES INDIVIDUALES.
2. LIMITES ENTRE SUBSISTEMAS.
3. LIMITES EXTERNOS.
4. JERARQUIA.

5. RESOLUCION DE CONFLICTOS.
6. ALIANZAS ENTRE LOS MIEMBROS.
7. ADAPTABILIDAD AL CAMBIO.

En total se elaboraron 135 afirmaciones, de las cuales 61 eran positivas y 74 negativas. Estas afirmaciones fueron primeramente revisadas y corregidas en cuanto a redaccion por un grupo de expertos en el area de Terapia Familiar.

Cada afirmación tuvo 5 alternativas de respuesta que indicaban con que frecuencia se daban ciertas conductas en cada uno de los parametros antes mencionados; quedando las alternativas: siempre, casi siempre, ocasionalmente, casi nunca y nunca.

La escala se estructuró organizando azarosamente las afirmaciones.

Las instrucciones para responder fueron las siguientes:

A continuación , se le presentan una serie de enunciados acerca de su familia. Lea con atención y decida con que frecuencia sucede en su familia .

Vamos a trabajar con cinco alternativas de respuesta :

SIEMPRE	" S "
CASI SIEMPRE	" CS "
OCASIONALMENTE	" O "
CASI NUNCA	" CN "
NUNCA	" N "

Indique, por favor marcando con una cruz entre el parentesis. La alternativa que más se asemeje a su opinion.

" Mis hijos comparten sus juguetes con los demás niños "

S	CS	O	CN	N
1. (X)	2. ()	3. ()	4. ()	5. ()

En este ejemplo se marco el uno por que la conducta de sus hijos coincide en frecuencia con la afirmación hecha.

Por favor solo seleccione una categoria de frecuencia por cada enunciado. Es importante contestar todas las afirmaciones. Aún cuando no este completamente seguro de su contestacion.

Sus respuestas tendran un manejo confidencial.

Gracias por su cooperación.

Anexo 3: escala piloto

Una vez estructurada la escala, se realizo un estudio piloto con la aplicacion del cuestionario a una muestra de 30 familias integrada de la siguiente manera: 15 familias con un niño quemado y 15 familias en donde sus hijos estuvieran en una etapa de desarrollo acorde a su edad, sin presentar quemaduras. Ambos grupos deberian estar conformados por padre, madre e hijos, los niños con una edad de 3 a 8 años y que residieran en el D. F.

Despues de aplicada la escala, se hizo un analisis de discriminacion de reactivos a traves de la prueba t. Esta prueba indica si hay diferencias estadisticamente significativas entre los grupos. La prueba permitio conocer cuales eran las afirmaciones que si discriminaban entre los grupos y que, por lo tanto, eran adecuadas para formar la escala final. (ver tabla 1)

TABLA 1

Distribución de reactivos significativos obtenidos por medio de la Prueba t.

REACTIVO	t	Prob.	REACTIVO	t	Prob.
9	2.10	.054	101	-3.21	.006
22	3.56	.003	104	4.04	.004
26	3.78	.005	105	2.18	.047
34	2.11	.054	106	2.83	.013
46	2.40	.031	109	2.73	.022
53	2.26	.041	118	3.24	.006
62	2.87	.012	120	3.12	.008
63	2.59	.021	121	2.12	.053
67	2.30	.048	123	3.79	.002
68	3.60	.003	125	3.38	.004
92	2.67	.029	126	3.64	.007
93	4.25	.001	128	2.76	.015
94	3.30	.005	132	2.92	.017
96	2.10	.054	135	3.00	.010
97	4.79	.000			
99	3.12	.008			
100	2.73	.022			

Del análisis de los reactivos quedaron 31 afirmaciones, por lo que se construyeron 11 más para que en total quedaran 6 afirmaciones por cada parámetro, quedando así la escala final con 42 afirmaciones, de las cuales 21 fueron negativas y 21 positivas. (Ver anexo 4: escala final)

En cuanto a los indicadores, la distribución de las afirmaciones fue la siguiente:

PARAMETRO	AFIRMACIONES
1. LIM. INDIVIDUALES	6
2. LIM. ENTRE SUBSISTEMAS	6
3. LIM. EXTERNOS	6
4. JERARQUIA	6
5. RESOLUCION DE CONFLICTOS	6
6. ALIANZAS ENTRE LOS MIEMBROS	6
7. ADAPTABILIDAD A LOS CAMBIOS	6

El instrumento utilizado se presenta en el anexo 4
(Escala aplicada para la investigación.)

4.9 Procedimiento

Para llevar al cabo la investigación, se consiguió tener acceso a los Hospitales Pediátricos de Xochimilco y Tacubaya y así elaborar una lista de las familias que cumplieran con las características de la muestra. Una vez que se tuvo la relación completa con las direcciones, se procedió a hacer visitas domiciliarias a cada una de las familias con el fin de aplicar el instrumento a ambos padres, ésta aplicación se realizó por separado y en forma confidencial.

Por otro lado, se buscó tener acceso a dos escuelas primarias y de educación preescolar, para así poder captar a las familias en donde sus hijos están en una etapa de desarrollo acorde a su edad y que además no presentaran quemaduras se habló con el director para que nos permitiera

tomar los datos de las familias así como su dirección, y poder hacer la aplicación del instrumento en sus domicilios.

Las instrucciones fueron leídas en voz alta, se les aclararon dudas al respecto. se les insistió para que dieran una respuesta a todas las afirmaciones y finalmente, se les agradeció su cooperación.

Posteriormente, se analizaron estadísticamente los datos obtenidos.

R E S U L T A D O S

El análisis estadístico de los datos se llevó al cabo por medio de la computadora a través del Paquete Estadístico aplicado a las Ciencias Sociales (SPSS) (Nie, Hull, Jenkins, Steinbrenner y Bent, 1975).

5.1 Análisis Descriptivo

En primer lugar se empleó una Estadística Descriptiva que tuvo como objetivo describir las variables sociodemográficas de la muestra general, así como de la muestra de familias con un niño quemado y familias sin un niño con quemaduras por separado; a través de frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar).

A continuación se presentan los resultados de dicho análisis:

En lo referente a la edad del padre se observó que el 53.3% (16) de familias con un niño quemado y el 56.7 % (17) de familias sin un niño con quemaduras oscilo en un rango de 31 a 40 años de edad (ver Tabla 1).

TABLA 1. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA EDAD DEL PADRE EN AMBOS GRUPOS DE FAMILIA.

Edad	FAMILIAS CON QUEMADURAS		FAMILIAS SIN QUEMADURAS	
	Porcentaje	(F)	Porcentaje	(F)
- a 20	----	----	----	----
21 - 30	33.3	(10)	26.7	(8)
31 - 40	53.3	(16)	56.7	(17)
41 - 50	13.3	(4)	10.0	(3)
+ de 50	----	----	5.7	(2)
TOTAL	100.0	(30)	100.0	(30)

Por otra parte, se observó que el 60 % (18) de las madres del grupo de quemados tenían una edad entre 21 y 30 años de edad; mientras que en las familias que no tienen hijos con quemaduras la edad fluctuó entre los 31 y 40 años de edad con un 50 % (15) (ver tabla 2).

TABLA. 2 DISTRIBUCION DE FRECUENCIA EN LA EDAD DE LA MADRE EN AMBOS GRUPOS DE FAMILIA

Edad	FAMILIAS CON QUEMADURAS		FAMILIAS SIN QUEMADURAS	
	Porcentaje	(F)	Porcentaje	(F)
- a 20	----	----	----	----
21 - 30	60.0	(18)	33.3	(10)
31 - 40	30.0	(9)	50.0	(15)
41 - 50	10.0	(3)	13.3	(4)
+ de 51	----	----	3.3	(1)
TOTAL	100.0	(30)	100.0	(30)

En relacion a la escolaridad se encontró que el 53.3 % (16) de los padres de familias con niños quemados reportaron tener sólo primaria mientras que en el otro grupo de familias el 26.7% (8) tenían primaria y el 33.3 (10) reportaron tener estudios a nivel de licenciatura (ver tabla 3).

TABLA. 3 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN LA ESCOLARIDAD DEL PADRE EN AMBOS GRUPOS DE FAMILIAS

Escolaridad	FAMILIAS CON QUEMADURAS		FAMILIAS SIN QUEMADURAS	
	Porcentaje	(F)	Porcentaje	(F)
Ninguna	3.3	(1)	----	----
Primaria	53.3	(16)	26.7	(8)
Secundaria	10.0	(10)	13.3	(4)
Técnica	6.7	(2)	13.3	(4)
Comercio	----	----	----	----
Preparatoria	23.3	(7)	13.3	(4)
Licenciatura	3.3	(1)	33.3	(10)
TOTAL	100.0	(30)	100.0	(30)

Así mismo, en la escolaridad de la madre se reportó que el 56.7 % (17) del grupo de familias con quemados y el 33.3% (10) de las familias de no quemados mencionaron tener el grado de primaria. El 23.3% (7) y el 20.0 % (6) respectivamente cursaron hasta el nivel de secundaria y sólo el 16.7% (5) del grupo de familias sin niños quemados refirió haber cursado estudios a nivel Licenciatura (ver tabla 4).

TABLA. 4 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA ESCOLARIDAD DE LA MADRE EN AMBOS GRUPOS DE FAMILIAS.

Escolaridad	FAMILIAS CON QUEMADURAS		FAMILIAS SIN QUEMADURAS	
	Porcentaje	(F)	Porcentaje	(F)
Ninguna	6.7	(2)	6.7	(2)
Primaria	56.7	(17)	33.3	(10)
Secundaria	23.3	(7)	20.0	(6)
Tecnica	6.7	(2)	10.0	(3)
Comercio	----	----	13.3	(4)
Preparatoria	6.7	(2)	----	----
Licenciatura	----	----	16.7	(5)
TOTAL	100.0	(30)	100.0	(30)

Acerca de la ocupacion se observo que en el grupo de familias con niños quemados el 53.3% (16) son obreros; el 13.3% (4) se dedican al comercio y solo el 3.3% (1) trabajan a nivel profesionista. Mientras que en el grupo de familias sin niños con quemaduras el 33.3% (10) son empleados; el 16.7% (5) trabajan como comerciantes y a nivel profesionista y por ultimo el 6.7% (2) son obreros (ver tabla 5).

TABLA. 5 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA OCUPACION DEL PADRE DE AMBOS GRUPOS DE FAMILIAS.

Ocupacion	FAMILIAS CON QUEMADURAS		FAMILIAS SIN QUEMADURAS	
	Porcentaje	(F)	Porcentaje	(F)
Obrero	53.3	(16)	6.7	(2)
Comerciante	13.3	(4)	16.7	(5)
Tecnico	10.0	(3)	13.3	(4)
Empleado	10.0	(3)	33.3	(10)
Profesionista	3.3	(1)	16.7	(5)
Chofer	10.0	(3)	13.3	(4)
TOTAL	100.0	(30)	100.0	(30)

Por otro lado, se encontró que el 73.3% (22) y el 76.7% (23) de las mamás de niños con quemaduras y sin quemaduras respectivamente se dedican al hogar. En tanto que el 16.7% (5) y el 13.3% (4) de cada una de las familias son empleadas de algún establecimiento comercial (ver tabla 6).

TABLA. 6 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA OCUPACION DE LA MADRE EN AMBOS GRUPOS DE FAMILIA.

Ocupacion	FAMILIAS CON QUEMADURAS		FAMILIAS SIN QUEMADURAS	
	Porcentaje	(F)	Porcentaje	(F)
Hogar	73.3	(22)	76.7	(23)
Obrera	3.3	(1)	----	----
Empleada	16.7	(5)	13.3	(4)
Comerciante	6.7	(2)	3.3	(1)
Profesionista	----	----	16.7	(5)
TOTAL	100.0	(30)	100.0	(30)

En cuanto al estado civil en el grupo de familias con quemados el 66.7% (20) están casados y el 33.7% (10) viven en unión libre, mientras que en el otro grupo de familias el 90.0% (27) son casados y el 10.0% (3) viven juntos (ver tabla 7).

TABLA. 7 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DEL ESTADO CIVIL DE LA MUESTRA TOTAL.

Estado Civil	FAMILIAS CON QUEMADURAS		FAMILIAS SIN QUEMADURAS	
	Porcentaje	(F)	Porcentaje	(F)
Casados	66.7	(20)	90.0	(27)
Union Libre	33.7	(10)	10.0	(3)
Total	100.0	(30)	100.00	(30)

Acerca de los años de matrimonio se observó que el 46.7% (14) de las familias quemadas tenían entre 6 y 10 años de casados en tanto que el grupo de familias sin quemaduras el 50.0% (15) llevan de 11 a 15 años de matrimonio (ver tabla 8).

TABLA. 8 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LOS ANOS DE MATRIMONIO DE LA MUESTRA TOTAL.

ANOS DE MATRIMONIO	FAMILIAS CON QUEMADURAS		FAMILIAS SIN QUEMADURAS	
	Porcentaje	(F)	Porcentaje	(F)
0 - 5	13.3	(4)	10.0	(3)
6 - 10	46.7	(14)	36.7	(11)
11 - 15	20.0	(6)	50.0	(15)
+ de 51	----	----	3.3	(1)
TOTAL	100.0	(30)	100.0	(30)

Por otra parte, en el número de hijos de cada familia, se encontró que en las familias que tienen un niño quemado el 33.3% (10) tenían 2 hijos, el 23.3% (7) 4 hijos y sólo el 6.7% (2) 5 hijos, mientras que en el grupo de familias sin quemaduras el mayor porcentaje fue de 2 hijos con un 46.7% (14) y el más bajo 3.3% (1) en 5 y 6 hijos (ver tabla 9).

TABLA. 9 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DEL NUMERO DE HIJOS EN LAS FAMILIAS DE AMBOS GRUPOS.

No. de Hijos	FAMILIAS CON QUEMADURAS		FAMILIAS SIN QUEMADURAS	
	Porcentaje	(F)	Porcentaje	(F)
2	33.3	(10)	46.7	(14)
3	20.0	(6)	30.0	(9)
4	23.3	(7)	16.7	(5)
5	6.7	(2)	3.3	(1)
6	16.7	(5)	3.3	(1)
TOTAL	100.0	(30)	100.00	(30)

En relacion a las edades de cada uno de los hijos, las familias reportaron que en el grupo con quemaduras el 32.0% (24) presentaba una edad de 1 mes a 5 años; en tanto que en grupo sin quemaduras el rango de edad fue de 6 a 11 años de edad con un porcentaje de 53.6% (30) (ver tabla 10).

TABLA. 10 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA EDAD DE LOS HIJOS DE AMBOS GPOS. DE FAMILIA.

Edad	FAMILIAS CON QUEMADURAS		FAMILIAS SIN QUEMADURAS	
	Porcentaje	(F)	Porcentaje	(F)
0 - 5	32.0	(24)	19.7	(11)
6 - 11	26.7	(20)	53.6	(30)
12 - 17	24.0	(18)	16.0	(9)
18 - 23	14.7	(11)	5.4	(3)
24 - 29	2.6	(2)	3.6	(2)
+ de 30	----	----	1.7	(1)
TOTAL	100.0	(75)	100.0	(56)

En lo que se refiere a la escolaridad de los hijos de las familias, la primaria ocupa el mayor porcentaje en ambos grupos de familias con un 40.0% (30) en el grupo de quemaduras y el 51.8% (29) en el otro grupo de familias (ver tabla 11).

TABLA. 11 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA ESCOLARIDAD DE LOS HIJOS EN AMBOS GRUPOS DE FAMILIA.

Escolaridad	FAMILIAS CON QUEMADURAS		FAMILIAS SIN QUEMADURAS	
	Porcentaje	(F)	Porcentaje	(F)
Ninguna	17.4	(13)	16.0	(9)
Kinder	16.0	(12)	10.7	(6)
Primaria	40.0	(30)	51.8	(29)
Secundaria	12.0	(9)	12.5	(7)
Tecnica	4.0	(3)	----	----
Comercio	1.3	(1)	----	----
Preparatoria	5.3	(4)	7.2	(4)
Licenciatura	4.0	(3)	1.8	(1)
TOTAL	100.0	(75)	100.0	(56)

Así mismo, la ocupación que prevalece en el grupo de familias con un niño quemado y en las familias sin quemaduras es el de estudiante con un 58.7% (44) y 76.8% (43) respectivamente (ver tabla 12).

TABLA. 12 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN LA OCUPACION DE LOS HIJOS EN AMBOS GRUPOS DE FAMILIA.

Ocupacion	FAMILIAS CON QUEMADURAS		FAMILIAS SIN QUEMADURAS	
	Porcentaje	(F)	Porcentaje	(F)
Estudiante	58.7	(44)	76.8	(43)
Trabajador	8.0	(6)	3.6	(2)
Hogar	33.3	(25)	19.6	(11)
TOTAL	100.0	(75)	100.0	(56)

Referente al estado civil de los hermanos, en el grupo de quemaduras el 96.0% (72) son solteros y el 4.0% (3) están casados; al igual que en el grupo sin quemaduras con un 98.2% (55) y un 1.7% (1) respectivamente (ver tabla 13).

TABLA. 13 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DEL ESTADO CIVIL DE LOS HIJOS EN AMBOS GRUPOS DE FAMILIAS.

ESTADO CIVIL	FAMILIAS CON QUEMADURAS		FAMILIAS SIN QUEMADURAS	
	Porcentaje	(F)	Porcentaje	(F)
Soltero	96.0	(72)	98.2	(55)
Casado	4.0	(3)	1.8	(1)
TOTAL	100.0	(75)	100.0	(56)

Por otra parte el 50.0 % (15) de los niños tienen entre 6 y 8 años, el 43.3% (13) entre 3 y 5 años y solo el 6.7% (2) eran menores a 2 años. (ver tabla 14).

TABLA. 14 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA EDAD DEL NIÑO QUEMADO.

Edad	Porcentaje	(F)
0 - 2	6.7	(2)
3 - 5	43.3	(13)
6 - 8	50.0	(15)
TOTAL	100.0	(30)

Referente al sexo, en el grupo de niños quemados el 53.3% (16) eran del sexo masculino y el 46.7 (14) del sexo femenino. (ver tabla 15).

TABLA. 15 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DEL SEXO DEL NIÑO QUEMADO.

Sexo	Porcentaje (F)	
Masculino	53.3	(16)
Femenino	46.7	(14)
TOTAL	100.0	(30)

En lo que concierne a la escolaridad del niño quemado se encontro que el 43.3% (13) estaban en educación preescolar, el 33.3% (10) en la primaria y el 23.3% (7) no asistian a una institucion educativa (ver tabla 16).

TABLA. 16 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA ESCOLARIDAD DEL NIÑO QUEMADO.

Escolaridad	Porcentaje (F)	
Sin Estudios	23.3	(7)
Pre escolar	43.3	(13)
Primaria	33.3	(10)
TOTAL	100.0	(30)

Por otra parte, los datos que se encontraron en relacion a la quemadura son los siguientes:

En cuanto al tipo de quemaduras, se observó que el 50.0% (15) eran de 2o grado superficial, el 36.7 (11) de 2o grado profunda, el 10.0 % (3) de tercer grado y solo el 3.3 % (1) de primer grado (ver tabla 17).

TABLA. 17 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS EN LA CLASIFICACION DE LAS QUEMADURAS.

Clasificacion de Quemaduras	Porcentaje	(F)
Primer Grado	3.3	(1)
Segundo Grado Superficial	50.0	(15)
Segundo Grado Profunda	36.7	(11)
Tercer Grado	10.0	(3)
TOTAL	100.0	(30)

Asi mismo, el 60 % (18) de quemaduras se localizaron en el torax, el 56.6 (17) en el brazo y solo 6.7 % (2) en genitales y pies (ver tabla 18).

TAELA. 18 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS ZONAS DEL CUERPO QUEMADAS.

Localizacion	Con Quemaduras		Sin Quemaduras		Total	
	Porcentaje	(F)	Porcentaje	(F)	%	(F)
Cabeza	20.0	(6)	80.0	(24)	100.0	(30)
Cuello	23.3	(7)	76.7	(23)	100.0	(30)
Torax	60.0	(18)	40.0	(12)	100.0	(30)
Genitales	6.7	(2)	93.3	(28)	100.0	(30)
Gluteos	16.7	(5)	83.3	(25)	100.0	(30)
Mano	26.6	(8)	73.3	(22)	100.0	(30)
Pie	6.7	(2)	93.3	(28)	100.0	(30)
Brazo	56.6	(17)	43.3	(13)	100.0	(30)
Antebrazo	13.3	(4)	86.7	(26)	100.0	(30)
Muslo	20.0	(6)	80.0	(24)	100.0	(30)
Pierna	20.0	(6)	80.0	(24)	100.0	(30)

Referente al porcentaje de la superficie corporal quemada, se observo que el 46.7 % (14) mostraron un porcentaje de quemaduras de 0 a 10 %, el 43.3 (13) de 11 a 20 % de superficie y solo el 3.33 % presentaron quemaduras del 51 al 60 % (ver tabla 19).

TABLA. 19 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DEL PORCENTAJE DE LA SUPERFICIE CORPORAL QUEMADA.

Superficie Corporal Quemada	Porcentaje	(F)
0 - 10	46.7	(14)
11 - 20	43.3	(13)
21 - 30	----	----
31 - 40	6.7	(2)
41 - 50	----	----
51 - 60	3.3	(1)
61 - 70	----	----
71 - 80	----	----
81 - 90	----	----
91 - 100	----	----
TOTAL	100.0	(30)

En relación al agente causante que produce quemaduras, el 73.3 % (22) son por líquidos y solo el 26.7 % (8) son producidas por llama directa (ver tabla 20).

TABLA. 20 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DEL AGENTE CAUSANTE DE LAS QUEMADURAS.

Agente Causante	Porcentaje	(F)
Líquidos	73.3	(22)
Llama Directa	26.7	(8)
Químicas	----	----
Eléctricas	----	----
Por Inhalación	----	----
TOTAL	100.0	(30)

5.2 ANALISIS INFERENCIAL

En este analisis se utilizo la prueba t para saber si existian diferencias estadisticamente significativas en los dos grupos de familia, encontrandose lo siguiente:

En relacion a los parametros que presentan diferencias en ambos grupos, los limites individuales obtuvieron una $t = 2.24$; ($p = .005$) en los papas y una $t = 3.28$; ($p = .002$) en las mamas, lo cual indica que si existen diferencias estadisticamente significativas. Asi mismo, se obtuvo una $t = 2.30$; ($p = .025$) en los padres y una $t = 2.28$; ($p = .027$) en las madres por lo que tambien se encuentran diferencias estadisticamente significativas en lo que se refiere a las alianzas entre los miembros de la familia; por lo tanto se aceptan las hipotesis alternas planteadas en esta area.
(Ver tabla 21)

TABLA. 21 DIFERENCIAS OBTENIDAS EN LOS GRUPOS DE FAMILIAS A TRAVES DE LA PRUEBA t

PARAMETROS	PADRES				MADRES			
	XQ	XNQ	t	Frob.	XQ	XNQ	t	Frob.
LIMITES INDIVIDUALES	20.26	23.70	2.94	.005**	18.30	22.10	3.28	.002
LIMITES ENTRE SUBSISTEMAS	21.66	22.73	1.35	.181	20.66	20.76	.12	.903
LIMITES EXTERNOS	21.46	21.73	.39	.697	21.90	22.70	.95	.345
JERARQUIA	21.90	22.60	.67	.502	20.26	20.36	.08	.936
FLEXIBILIDAD	21.30	22.03	.82	.415	20.86	20.20	-.62	.538
RESOLUCION DE CONFLICTOS	23.23	23.46	.30	.764	21.56	21.93	.40	.691
ALIANZAS	22.33	25.13	2.30	.025*	20.30	23.36	2.28	.027

* P < .05

** P < .001

XQ : MEDIA DEL GRUPO DE QUEMADOS

XNQ: MEDIA DEL GRUPO DE NO QUEMADOS

Por otra parte, para conocer si existia relacion entre la madre y el padre de cada uno de los grupos, se aplicó el analisis de correlacion de Pearson, observandose que en el grupo de familias que tienen un niño quemado existe relacion entre ambos padres en los parametros de limites individuales ($r = 0.57$; $p = 0.001$), jerarquia ($r = 0.54$; $p = 0.01$) y alianzas ($r = 0.57$; $p = 0.001$); mientras que en el grupo de

familias que no presentan quemaduras solo existe relacion en el parametro de limites individuales ($r = 0.55$; $p = 0.01$). (Ver tabla 22).

TABLA. 22 PUNTAJES OBTENIDOS EN EL COEFICIENTE DE CORRELACION DE PEARSON PARA CADA GRUPO DE FAMILIAS.

PARAMETROS	FAMILIA CON QUEMADURAS		FAMILIA SIN QUEMADURAS		
	r	SIGN.	r	SIGN.	
LIMITES INDIVIDUALES	0.55	0.01 **	0.57	0.001 ***	
LIMITES ENTRE SUBSISTEMAS	0.089	----	0.24	----	
LIMITES EXTERNOS	0.44	0.05	-0.25	----	
JERARQUIA	-0.034	----	0.54	0.01 **	
FLEXIBILIDAD	0.10	----	0.39	0.05 *	
RESOLUCION DE CONFLICTO	0.097	----	0.16	----	
ALIANZAS	-0.066	----	0.57	0.001 ***	

* $P < .05$
 ** $P < .001$
 *** $P < .0001$

CAPITULO VI:

D I S C U S I O N

El objetivo de la presente Investigacion fué estudiar las diferencias que existen en la estructura familiar desde un punto de vista sistémico, en un grupo de familias con un niño quemado y otro sin niños con quemaduras, encontrándose que existen diferencias en lo que se refiere a los límites individuales y las alianzas que hay entre los miembros de la familia.

Así mismo, se observaron discrepancias en los puntajes obtenidos por cada uno de los padres en los diferentes grupos.

En cuanto a las diferencias en los límites individuales, se obtuvo que en las familias con un niño quemado se aceptan con sus errores y defectos y ocasionalmente presentan disgustos sin que haya un motivo real; por otra parte, los papas aceptan con mayor facilidad a los amigos de los otros integrantes de la familia, mientras que las mamás se sienten criticadas por su esposo y mencionan tener poca privacidad a nivel de pareja, y por último, comentan tener más paciencia y ser más tolerables con sus esposos.

Por otra parte las familias que no tienen hijos con quemaduras todos sus integrantes se aceptan con errores y

defectos: consideraran que ocasionalmente se critican entre ellos y para vez se desahucen. ademas de reportar que solo se quejaban por motivos reales y que no constante la mayoria de las veces conservan su privacidad. Los papas son los que afectan con mayor facilidad a los amigos de los miembros de la familia a diferencia de las mamas quienes se quejaban mas reticentes.

Tal como Velasco de Parra (1987) observo en familias que tienen un miembro con un padecimiento cronico, invalidez o enfermedad que amenaza la vida, la familia tiende a aislarse del exterior, los limites se vuelven difusos en relacion a la familia de origen, los limites individuales entre los miembros se vuelven cerrados y rigidos debido a los sentimientos de culpa, tristeza y miedo estando imposibilitados de externarlos.

Davila de Cortazar (1983) ademas de los cambios antes mencionados observo que la abuela o el hijo mayor es el encargado de cuidar a los hermanos, convirtiendose en hijo parental. El hijo enfermo adquiere autoridad y una posicion central a traves de su enfermedad. La vida de pareja se bloquea y el paciente invade las relaciones de los padres, aun en el area mas intima.

Por otra parte en lo que se refiere a las alianzas entre los miembros, las familias con un niño quemado tienden a actuar como una unidad, esto es, estan mas unidos todos los

miembros pretendiendo de alguna manera acercarse unos a otros. la mamá piensa que uno de sus hijos (el niño quemado) la necesita más que los otros. además de justificar a un niño en especial. por lo que en ocasiones tienen la sensación de que se apoyan más unos que otros: además la pareja menciona no sentirse alejada. no obstante. comentan que en ciertas ocasiones falta interés de uno en el otro.

En lo que respecta a las familias sin un niño quemado. la pareja considera que sus hijos los necesitan por igual por lo que son justificadas y castigadas sus conductas de la misma forma: sin embargo. sienten que se apoyan unos más que otros. por lo que en ocasiones perciben cierta falta de interés de su pareja sin que se sientan alejados uno del otro.

Esto concuerda con lo reportado por Velasco de Parra (1983) quien menciona que se desarrolla una alianza protectora Madre-hijo y esto reorganiza a los demás miembros en roles complementarios. Así mismo Griffith (1987). encontró que la necesidad de algún miembro de la familia para cuidar a la persona enferma fácilmente incrementa el amalgamamiento entre el cuidador y el paciente.

De igual manera este hecho es apoyado por Alberta Kock (1965) con familias de niños con cáncer donde la autora postula que se dan 5 patrones de respuesta al momento del diagnóstico: 1. Incremento de experiencias de efectos negativos; 2. prohibición de expresión emocional de los

miembros: 3. cambio de roles: 4. incremento de cercanía: y 5. Problemas de conducta seguidas al diagnóstico.

Los dos modelos (Velasco y Kock, 1986) enfatizan que a partir del diagnóstico de la enfermedad se dan cambios en la organización familiar principalmente en la jerarquía, límites externos e internos, centralidad de algún miembro, problemas en la expresión de emociones, además de problemas de salud y de conducta. Lo que concuerda con lo encontrado por Gutiérrez Quirarte (1989) en familias con un adolescente diabético.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se encontro que existen diferencias en la dinamica familiar cuando un niño está lesionado con quemaduras. Principalmente estas diferencias se presentan en los limites individuales y las alianzas entre los miembros de la familia.

Como se mencionó anteriormente, al momento del accidente se está en una situacion de crisis por lo que se modifican ciertos aspectos de la familia. En primer lugar, uno de los progenitores (casi siempre la madre) es el que se encarga de estar en el hospital y cuidar al niño accidentado, mientras que el otro progenitor (padre) se dedica al cuidado y atencion de los demás hijos. Además de continuar contribuyendo con el ingreso economico; si los hijos son grandes o ya pueden ser responsables se organizan para realizar las actividades del progenitor que esta ausente; pero si son niños pequeños, la familia extensa ya sea del padre o de la madre se hace responsable de ellos. En esta etapa se manifiestan sentimientos de culpa y enojo y principalmente se busca a un responsable del accidente.

Una vez que se reincorpora el niño a su ambiente familiar, es importante que la familia se reorganice de tal manera que siga siendo funcional. Sin embargo existen situaciones en las que la familia le cuesta trabajo readaptarse a patrones anteriores por lo que se generan algunas situaciones disfuncionales en la familia.

Al niño accidentado se le sigue cuidando excesivamente por lo que empieza a ocupar una posición central en la familia, se le considera como especial y todas sus conductas son aparentemente justificables para los padres. Sin embargo, presentan conductas demandantes, manifiesta regresiones en su comportamiento, además tiene pesadillas, y tiende a aislarse y querer llamar la atención.

En muchas ocasiones los padres tienden a actuar en forma extrema, ya sea con una sobreprotección o por el contrario con un distanciamiento, estas conductas pueden darse en ambos padres o sólo en uno de ellos.

Debido al trato especial que se tiene con el niño se empiezan a invadir sus límites individuales y ya no se le deja desarrollar sus habilidades acordes a su edad, por miedo a que le vuelva a suceder algo, de igual forma pasa con sus hermanos ya que se invade su individualidad y se les asignan otros roles que no les corresponden.

Al ser el punto de atención el niño accidentado, los hermanos se sienten desplazados y empiezan a manifestar enojo o tristeza a través de sus conductas como son: bajo rendimiento, regresiones, agresiones, buscan llamar la atención, (conductas parecidas al hermano quemado). Como consecuencia de la atención prestada al hermano, los demás hijos se unen para agredir y así compensar la indiferencia de que son objeto.

En otras ocasiones se observó que ademas de los cambios que se mencionaron con anterioridad, se pueden dar circunstancias que perjudican el bienestar de la familia, como son: la separacion o divorcio de la pareja, el cambio de domicilio que conlleva a dejar lazos conocidos y familiares y en el peor de los casos se llega al alcoholismo.

Una vez concluida la investigacion se recabaron una serie de datos que pueden servir como indicadores preventivos y asi reducir la frecuencia de los accidentes con quemaduras.

En primer lugar se encontro que la edad en que ocurren con mayor incidencia este tipo de accidentes es entre los 3 y 8 años de edad, presentandose en mayor proporcion en niños preescolares.

En segundo termino, los niños están mas propensos a este tipo de accidentes en comparacion con las niñas, y esto se puede deber a la curiosidad que los niños manifiestan de una forma mas libre y espontanea.

Como tercer punto, se encontro que sobresalen de manera notable dos agentes causantes, en primer lugar con una mayor incidencia, son los ocasionados por liquidos y en segundo termino los provocados por llama directa.

Las áreas del cuerpo que se ven más afectadas son el torax, brazos y manos, presentando un promedio de superficie corporal quemada (SCQ) de 0 a 20%, con un nivel de quemadura de Segundo Grado Superficial y Profunda.

Estos datos de alguna manera nos permiten tener una vision general de los alcances que tienen este tipo de accidentes, por lo que consideramos importante implantar un programa de nivel preventivo que este dirigido a los niños y a las mamas para dar a conocer las consecuencias y como se pueden prevenir estos accidentes, y de esta manera tratar de concientizar a la poblacion en general.

L I M I T A C I O N E S

En lo concerniente a las limitaciones encontradas en esta investigación, se puede hablar de que la muestra no es representativa de toda la población ya que solo se contemplaron dos Hospitales Pediátricos del Departamento del Distrito Federal (Xochimilco y Tacubaya).

Por otro lado la cantidad de sujetos que se maneja por cada edad no fue del mismo número, por lo que los grupos de edades fueron de diferente tamaño.

Otra limitante se refiere al nivel socioeconómico de las poblaciones estudiadas ya que todas caen en un nivel socioeconómico bajo por lo que no se pueden generalizar los resultados.

Por último, cabe señalar que una de las limitaciones y quizá la más importante, se refiere a que no existe suficiente información e investigaciones acerca del efecto que tienen los accidentes con quemaduras en el ámbito familiar.

SUGERENCIAS

Se propone que para futuras investigaciones en relación al tema tratado en la presente, se seleccionen poblaciones tanto de Hospitales Privados como de Instituciones del Sector Salud de tal manera que se contemplen diferentes niveles socioeconómicos.

Así mismo, sería interesante conocer como es la dinámica familiar cuando el niño accidentado es hijo único y/o cuando solo se cuenta con un solo padre.

Otro aspecto importante, sería el evaluar a la familia durante la hospitalización del niño para conocer que aspectos se modifican al momento de la crisis.

De igual manera, se sugiere que se lleve a cabo a la par de la aplicación del instrumento una entrevista con los padres con el fin de corroborar los datos obtenidos en el cuestionario.

Finalmente, puede ser relevante hacer un seguimiento de los niños que presentaron quemaduras con secuelas, y así ver que aspectos se modifican en sus familias y en ellos mismos y conocer su desarrollo bio-psico-social.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

- ABRAHAM, H. S., Moore, G. L. and Westervelt, F. B. (1971): Suicidal Behavior Chronic Dialysis Patients, Amer. J. Psychiat. 127: 119-124.
- ARTZ, R. Y REISS, E.. (1961) Tratamiento de las Quemaduras, Edit. Alhambra S. A., Madrid.
- BAHR, L.F. (1980) Family crisis: The effect of the diagnosis of a defective child upon the family unit, Unpublished manuscript, University of South Carolina.
- BARRAGAN M. (1976) The Child Centered Family (en Family Therapy Theory and practice. Ed. By Philip Guerin, New York).
- BERSTEIN, N.R.,(s/a) The child with severe burns. en Basic Handbook of child psychnatry, Noshpitz, J., Vol. 11
- BLAKENEY, P. (1993), Parental Stress as a cause and effect of Pediatric Burn Injury, Journal Burn Care Rehabilitation, Vol. 14: No. 1. 73-9.
- BRAVERMAN Szcliar Rebeca. (1982) Patrones Disfuncionales de Interacción Familiar relacionadas con problemas escolares, Tesis de Maestria UNAM.
- CAPLAN, G. (1964) Principles of preventive psychnatry, New York: Basic Books, Inc.
- CASAS Fernandez G. (1990) Familias y Terapia Familiar, (Comentario Bibliográfico Instituto Mexicano de Psiquiatria, Mexico D. F.
- COLON Fernando, (1980) The Family Life Cycle of the Multiproblem poor Family (primera edición). New York Gardner Press.

- COOKE. Robert E. M. D., (1987) Efectos de la Hospitalización sobre el niño. El niño hospitalizado y su familia. Edit. El ateneo.
- DANISH. S.J. & D'Augelli. A. R. (1980) Promoting competence and enhancing development through life development intervention In L. A. Bond & J. C. Fosen (Eds) Competence and coping during adulthood. Hanover, New Hampshire: University Press of New England.
- DAVILA. Decortazar Sandra, (1983) : La Familia del niño leucémico. Maestría en Terapia Familiar. U.D.L.A.
- EISER. C. (1979) Psychological development of the child with leukemia: A review. Journal of Behavioral Medicine 2, 141-157.
- ESTRADA Inda Lauro, (1992) Ciclo Vital de la Familia. Editorial Posada, 6a. edición.
- EVARISTO Viera Miguel. (1990) Reacciones del niño durante la hospitalización. Dirección de Servicios Médicos, D.D.F., México.
- FERNANDEZ de Castro Tapia, H. (1992) Tipología familiar del paciente con Síndrome de Colon Irritable Tesis de Lic. en Psicología.
- GOLDSTEIN. A. M. and Reanikoff. M. (1971): Suicide in Chronic Hemodialysis Patients from an External Locus of Control Framework. Amer. J> Psychiat. 127:124-127.
- GRIFFITH, James L. M. D. and Griffith, Melissa E. (1987): Structural Family Therapy in Chronic Illness. Psychosomatics, April Vol. 28, No. 4.
- GUTIERREZ. Quirarte M. y Sarur y Vera G. (1989) : Investigación de los efectos en la estructura familiar del adolescente diabético. Maestría en Terapia Familiar. U.D.L.A.

- HILL, R. (1958) Genetic features of families under stress
Social Care work 39,139-150.
- HILL, R. (1958) : Social stresses on the Family, Social Case
Work, 39:139-158 (February-March).
- HOLMES, T.H. & Rahe, R.H. (1967) The Social Readjustment
rating scale Journal of Psychosomatic Research.
11,213-218.
- HUTT, M. y Gwyn, R. (1988) : Los niños con retardos mentales,
Desarrollo, aprendizaje y educación, Ed. Fondo de
Cultura Económica, México.
- JACKSON D.D. (1976), Comunicación, Familia y Matrimonio,
Nueva Visión, Buenos Aires.
- KIMBRELL, G.M. & Blaikew, K. A. (1981) The role of crisis
Theory in chronic illness, Unpublished manuscript,
University of South Carolina.
- KNUDSON-COOPER, M. (1981) Adjustment to visible Stigma: The
case the severely burned, Soc. Sci & Med,
Vol. 15 B.
- KOCK, A. (1983) : If only could be me. The families of
pediatric cancer patients. Family Systems and
Medicine.
- KRAVITZ, Melva (1993): Sleep Disorders in Children after
burn Injury, Journal of Burn Care and Rehabilitation
Vol 14; No. 1, 83-90. Texas
- LAGUNA Calderón, Javier Dr. (1990), Epidemiología de las
Quemaduras, Edición Dir. Gral. de Serv. Médicos
del D.D.F., México.
- LEAL, Corkery Cynthia Anne (1991): La familia con un hijo con
parálisis cerebral infantil, Maestría de Terapia
Familiar U.D.L.A.
- LOPEZ, Portillo, Manuel Dr. (1973), Quemaduras, Urgencias
Médico Quirúrgicas, Editado por SMDDF, México.

- LOPEZ, Tagle Josefina, (1988) Funcionamiento Familiar y su relacion con problemas de lecto-escritura. Tesis de Maestria en Terapia Familiar, Universidad de las Americas.
- MAGANA, N.B. (1967), Fisiopatologia de las Quemaduras y su tratamiento, Gaceta Medica del Distrito No. 9-10, Año III, Junio.
- MAILICK, M. (1976): The impact of severe illness on the individual and family an overview, Social Work in Health care, Pergamon International Library, 1a. edicion.
- MC GOLDRICK M. Gerson R. (1987) Genogramas en la Evaluación Familiar. Editorial Gedisa, 1a. edición, Buenos Aires, Argentina.
- M. DE SANDOVAL, D. (1985) EL MEXICANO: Psicodinámica de sus relaciones familiares. Ed. Villicafña, S.A.
- MINUCHIN Salvador, (1990) Familias y Terapia Familiar, Editorial Gedisa. 5a. edición, México.
- MINUCHIN Salvador y Fishman, (1981) Técnicas de Terapia Familiar. 1a. edición, Barcelona, España, Editorial Paidós.
- MIR Y MIR Lorenzo, (1970) Fisiopatología y Tratamiento de las Quemaduras, Editorial Científico-Médico, Madrid.
- MONTIEL Cortez, Miguel, (1988) Ciclo Vital de la Familia, Tesis de Maestria en Terapia Familiar, Universidad de las Americas.
- MOORE, P. (1993) Psychologic Adjustment after Childhood Burn Injuries as Predicted By Personality Traits, Journal of Burn Care and Rehabilitation, Vol. 14 No. 1
- MORRICE, J. R. W. (1976) : Crisis Intervention, studies in comunity care, Pergamon International Library, 1a. edicion.

- NEUGARTEN, B.L. (1979) Adaptation and the life cycle, the counseling Psychologist, 6, 16-20.
- NOVER, R.. (1973) Pain and the Burned Child J AM Acad Child Psychiatry.
- NOWAK, C. (1978) Research in life events: conceptual considerations Paper presented at the 31st annual scientific meeting of the Gerontological Society, Dallas.
- OLSEN, Edward H. M. D. (1970) : The impact of Serious illness on the Family System, Social Medicine, February.
- ORANTES, Coutinho Gloria Beatriz, (1986): Estructura Familiar del paciente adolescente con artritis reumatoide juvenil, Maestria en Terapia Familiar, U.D.L.A.
- ORNELAS Esquinca M.S., (1988) El Ciclo Vital como parte del diagnóstico familiar, Tesis de Maestria en Terapia Familiar, Universidad de las Américas.
- PADRON Edith, (1990-A) Manejo Psiquiatrico y Estudio Epidemiológico del niño con Quemaduras, Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado, México D.F.
- PADRON Edith, (1990-B) Prevención de Quemaduras en los niños y primeros auxilios básicos, Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado, México D.F.
- PICAZO, Michael Eduardo, (1981) Accidentes en los niños, Accidentes y Traumatismos Parte II, Libro Urgencias Medicas en Pediatría, 7a. edición, Mexico, Editor y distribuidor Fco. Mendez Ote.
- PLESS, I. et al., (1972) Chronic illness, family functioning and psychological adjustment, Int J. Epidemiology, No. 1
- POPOVIC, Pedro Paulo (1973) Dir. de Fasciculos. Revista Los Niños, No. 7, Copyright Mundial Abril S. A. Sn Pablo Brasil.

- ROBLES de Fabre, T.: Eustace Jenkins, R., Fernandez de Cerruti, M. (1987) : El enfermo crónico y su familia, Ed. Nuevomar, S. A. de C. V. Centro Mexicano de Investigación y Clínico.
- SALVA Lacumbre, Jose A. (1985) Urgencias. Enciclopedia practica de primeros auxilios, Quemaduras y lesiones solares Ed. Marin, Tomo IV. Barcelona.
- SANCHEZ Ascencio, Ma. del Rocio. (1985) Imagen Corporal del Paciente Quemado. Tesis de Lic. en Psicología, Mexico, UNAM.
- SATIR, Virginia, (1988) Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar, 10a. reimpresión, México, D. F. Editorial Pax-México.
- SCHILD, S. (1977) Social work genetic problems. Health and Social work 2.58-77.
- SCHULBERG, H.C. & Sheldon, A. (1968) The probability of crisis and strategies for preventive intervention. Archives of General Psychiatry, 18,553-558.
- SLAIKEUV, Karl, A. (1988) : Intervención en crisis, Ed. Manual Moderno, 1a. edición, caps. 3-4, México.
- STEVENSON, J.S. (1977) Issues and crises during middlecence, New York, Apleton-Century- Crofts.
- STODDARD, F. J., (1982) Body Image Development in the Burned Child, J AM Acad Child Psychiatry, 21(5).
- STONE, (1968) Psiquiatria para el Pediatra. Editorial Prensa Medica Mexicana.
- TAPLIN, J.R. (1971) Crisis theory: Critique and reformulation. Comunity Mental Health Journal, 7, 13-23.
- TISZA, V.B., (1962) Management of the parent in pediatric practice workshop. Managemet of the parents of the Chronically Ill Child. Am. J. Orthopsychiatry, Vol. 32.

- TOMAN, W., (1969) Family Constellation. (New York: Springer Publishing Co.
- TRAVIS, G. (1976): Chronic illness in children: its impact on child and his family, Stanford, University Press
- VELASCO, de Parra M.L. (1991) Desarrollo en Terapia Familiar, (Docu. Diplomado en Terapia Familiar), México, D.F. Instituto de Terapia Familiar, CENCALLI.
- VELASCO, de Parra M. L. (1980): Algunos aspectos del rendimiento intelectual del niño con insuficiencia renal crónica y la cronicidad de padecimiento, Doctorado en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM.
- VELASCO, de Parra M.L., Decortazar S., Covarrubias G. (1983): The adaptive Pattern of Families with a Leukemic Child, Family Systems Medicine, vol. 1, No. 4.
- VILLEGAS Arechiga, Dulce Ma., (1988) Algunos aspectos personales y familiares del paciente con infarto al miocardio y su relación con el proceso de rehabilitación, Tesis de Maestría en Terapia Familiar, Universidad de las Américas.
- WHITE, R. (1974) Strategies of Adaptation: an attempt at systematic description, in G. Coelho, D. Hamburg and J. Adams (eds). coping and adaptation. New York: Basic Book.

ANEXOS

**FICHA DE IDENTIFICACION
DEL PACIENTE**

FAMILIA: _____

* NOMBRE DEL PACIENTE: _____

* ESCOLARIDAD:

PRE ESCOLAR ()
 PRIMARIA ()
 SECUNDARIA ()

* SEXO M () F ()

* EDAD

4 ()
 5 ()
 6 ()
 7 ()
 8 ()

* TIPO DE QUEMADURA

PRIMER GRADO ()
 SEGUNDO GRADO SUPERFICIAL ()
 SEGUNDO GRADO PROFUNDA ()
 TERCER GRADO ()
 PRIMERO Y SEGUNDO SUP. ()
 PRIMERO Y SEGUNDO PROF. ()
 PRIMERO Y TERCER GRADO ()
 SEGUNDO SUP. Y PROF. ()
 SEGUNDO SUP. Y TERCER GDO ()
 SEGUNDO PROF. Y TERCER GDO ()

* LOCALIZACION

CABEZA

FORCENTAJE

CARA ()	0-2% ()
CABELLO ()	3-5% ()
CARA Y CABELLO ()	6-8% ()
	9-11% ()
	12-14% ()
	+ DE 15% ()

CUELLO

FORCENTAJE

LADO POSTERIOR ()	1% ()
LADO ANTERIOR ()	2% ()
	3% ()

TORAX

FORCENTAJE

LADO POSTERIOR ()	5 - 10 % ()
LADO ANTERIOR ()	11 - 16 % ()
POST. Y ANT. ()	17 - 22 % ()
	+ DE 22% ()

GENITALES

FORCENTAJE

1 % ()

GLUTEOS

FORCENTAJE

DERECHO ()	1 - 2 % ()
IZQUIERDO ()	3 - 4 % ()
DER. E IZQ. ()	

MANO

LADO

FORCENTAJE

DERECHA ()	POSTERIOR ()	1 1/4% ()
IZQUIERDA ()	ANTERIOR ()	2 2/4% ()
DER. IZQ. ()	POST- ANT. ()	3 3/4% ()
		5 % ()

P.I.E

LADO

FORCENTAJE

DERECHO ()	POSTERIOR ()	1 1/4% ()
IZQUIERDO ()	ANTERIOR ()	2 2/4% ()
DER-IZQ. ()	POST-ANT ()	3 3/4% ()

<u>BRAZO</u>	LADO	PORCENTAJE
DERECHO ()	POSTERIOR ()	1 - 2% ()
IZQUIERDO ()	ANTERIOR ()	3 - 4% ()
DER - IZQ ()	POST-ANT ()	5 - 6% ()
		7 - 8% ()

<u>ANTEBRAZO</u>	LADO	PORCENTAJE
DERECHO ()	POSTERIOR ()	1 - 2% ()
IZQUIERDO ()	ANTERIOR ()	3 - 4% ()
DER-IZQ ()	POST-ANT ()	5 - 6% ()

<u>MUSLO</u>	LADO	PORCENTAJE
DERECHO ()	POSTERIOR ()	1 - 2% ()
IZQUIERDO ()	ANTERIOR ()	3 - 4% ()
DER-IZQ ()	POST-ANT ()	5 - 6% ()
		7 - 8% ()
		9 - 10% ()
		11% ()

<u>PIERNA</u>	LADO	PORCENTAJE
DERECHA ()	POSTERIOR ()	1 - 2% ()
IZQUIERDA ()	ANTERIOR ()	3 - 4% ()
DER-IZQ ()	POST-ANT ()	5 - 6% ()
		7 - 8% ()
		9 - 10% ()

* PORCENTAJE TOTAL

0 - 10% ()	51 - 60% ()
11 - 20% ()	61 - 70% ()
21 - 30% ()	71 - 80% ()
31 - 40% ()	81 - 90% ()
41 - 50% ()	91 - 100% ()

* AGENTE CAUSANTE

POR ESCALDADURA (LIQUIDOS) () _____
LLAMA DIRECTA () _____
QUIMICAS () _____
ELECTRICAS () _____
POR INHALACION () _____

* FECHA DE INGRESO: _____

* FECHA DE SALIDA: _____

* * * * *

INFORMACION GENERAL

* PADRE (NOMBRE) _____

* EDAD

MENOR DE 20 ()
20-30 ()
31-40 ()
41-50 ()
MAS DE 50 ()

* ESCOLARIDAD

NINGUNA ()
PRIMARIA ()
SECUNDARIA ()
TECNICA ()
COMERCIO ()
PREPARATORIA ()
LICENCIATURA ()

* ESTUDIOS

COMPLETOS ()
INCOMPLETOS ()

* OCUPACION

OBRAERO ()
COMERCIANTE ()
TECNICO ()
OTRO () _____

* ESTADO CIVIL

CASADO () UNION LIBRE ()

* AÑOS DE MATRIMONIO

0-5 () 6-10 () 11-15 () + 15 ()

.....

* MADRE (NOMBRE) _____

* EDAD

- DE 20 ()
20-30 ()
31-40 ()
41-50 ()
+ DE 50 ()

* ESCOLARIDAD

NINGUNA ()
PRIMARIA ()
SECUNDARIA ()
TECNICA ()
COMERCIO ()
PREPARATORIA ()
LICENCIATURA ()

* ESTUDIOS

COMPLETOS ()
INCOMPLETOS ()

* OCUPACION

HOGAR ()
OBRERA ()
EMPLEADA ()
OTRO () _____

* ESTADO CIVIL

CASADA () UNION LIBRE ()

* ANOS DE MATRIMONIO

0-5 () 6-10 () 11-15 () + 15 ()

HERMANOS

NOMBRE	SEXO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION	EDO.CIVIL
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

FAMILIA: _____

* PADRE (NOMBRE) _____

* EDAD

- DE 20 ()
 20-30 ()
 31-40 ()
 41-50 ()
 + DE 50 ()

* ESCOLARIDAD

NINGUNA ()
 PRIMARIA ()
 SECUNDARIA ()
 TECNICA ()
 COMERCIO ()
 PREPARATORIA ()
 LICENCIATURA ()

* ESTUDIOS

COMPLETOS ()
 INCOMPLETOS ()

* OCUPACION

OBRERO ()
 COMERCIANTE ()
 TECNICO ()
 OTRO () _____

* ESTADO CIVIL

CASADO () UNION LIBRE ()

* ANOS DE MATRIMONIO

0-5 () 6-10 () 11-15 () + DE 15 ()

.

* MADRE (NOMBRE) _____

* EDAD

- DE 20 ()
20-30 ()
31-40 ()
41-50 ()
+ DE 50 ()

* ESCOLARIDAD

NINGUNA ()
PRIMARIA ()
SECUNDARIA ()
TECNICA ()
COMERCIO ()
PREPARATORIA ()
LICENCIATURA ()

* ESTUDIOS

COMPLETOS ()
INCOMPLETOS ()

* OCUPACION

HOGAR ()
OBRERA ()
EMPLEADA ()
OTRO () _____

* ESTADO CIVIL

CASADA () UNION LIBRE ()

* ANOS DE MATRIMONIO

0-5 () 6-10 () 11-15 () + DE 15 ()

.

HIJOS

NOMBRE	SEXO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION	EDO. CIVIL
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

FAMILIA No. _____

NOMBRE _____

A CONTINUACION LE VOY A PRESENTAR UNA SERIE DE ENUNCIADOS ACERCA DE SU FAMILIA. LEA CON ATENCION Y DECIDA CON QUE FRECUENCIA SUCEDE EN SU FAMILIA.

VAMOS A TRABAJAR CON CINCO ALTERNATIVAS DE RESPUESTA:

SIEMPRE	" S "
CASI SIEMPRE	" CS "
EN ALGUNAS OCASIONES	" O "
CASI NUNCA	" CN "
NUNCA	" N "

INDIQUE, POR FAVOR, MARCANDO CON UNA CRUZ ENTRE EL PARENTESIS, LA ALTERNATIVA QUE MAS SE ASEMEJE A SU OPINION.

EJEMPLO 1:

"MIS HIJOS SE LAVAN LOS DIENTES TRES VECES AL DIA"

S	CS	O	CN	N
1 (X)	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()

EN ESTE EJEMPLO SE MARCO EL NUMERO UNO POR QUE LA CONDUCTA DE LAVARSE LOS DIENTES TRES VECES AL DIA SE REALIZA "SIEMPRE".

EJEMPLO 2:

"MIS HIJOS COMPARTEN SUS JUGUETES CON LOS DEMAS NINOS"

S	CS	O	CN	N
1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()

POR FAVOR SOLO SELECCIONE UNA CATEGORIA DE FRECUENCIA POR CADA ENUNCIADO. ES IMPORTANTE CONTESTAR TODAS LAS AFIRMACIONES, AUN CUANDO NO ESTE COMPLETAMENTE SEGURO DE SU CONTESTACION. SUS RESPUESTAS TENDRAN UN MANEJO CONFIDENCIAL.

GRACIAS POR SU COOPERACION.

1. EN CASA NOS ACEPTAMOS CON ERROES Y DEFECTOS () () () () ()
2. EN CASA NUESTROS HIJOS SALEN SOLOS HASTA QUE FUEDEN VALERSE FOF SI MISMOS. () () () () ()
3. LA FAMILIA ACOSTUMBRA SALIR DE PASEO DE VEZ EN CUANDD. () () () () ()
4. CONSIDERO QUE MI PAREJA EJERCE MAYOR AUTORIDAD EN NUESTROS HIJOS QUE YO. () () () () ()
5. ES DIFICIL SER TOLERANTE CON LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA. () () () () ()
6. TODA LA FAMILIA INTERVIENE EN LAS DECISIONES IMPORTANTES. () () () () ()
7. PIENSO QUE UNO DE MIS HIJOS ME NECESITA MAS QUE LOS DEMAS. () () () () ()
8. ACEPTAMOS A LOS AMIGOS DE CADA QUIEN. () () () () ()
9. CUANDO MI ESPOSO (A) Y YO DISCUTIMOS EN LUGAR DE ENCONTRAR UNA SOLUCION AGREDIMOS A NUESTROS HIJOS. () () () () ()
10. EN CASA EVITAMOS RELACIONARNOS CON LA GENTE DE FUERA. () () () () ()
11. NUESTROS HIJOS DISCUTEN LAS NORMAS EN LUGAR DE OBEDECER. () () () () ()
12. CUANDO EN CASA ESTAMOS MOLESTOS TARDAMOS MUCHO TIEMPO EN TRANQUILIZARNOS. () () () () ()
13. COMO FAMILIA SENTIMOS QUE SOMOS CAPACES DE RESOLVER NUESTROS PROPIOS CONFLICTOS. () () () () ()
14. MI ESPOSD(A) PREFIERE CONVIVIR CON LOS HIJOS DE SU MISMO SEXO. () () () () ()
15. MI ESPOSO (A) ME CRITICA. () () () () ()
16. CUANDO DISCUTO AGREDO A MIS HIJOS EN LUGAR DE ENCONTRAR UNA SOLUCION. () () () () ()
17. MIS PADRES NOS AYUDAN EN LA EDUCACION DE NUESTROS HIJOS. () () () () ()

18. EN CASA A MI ESPOSO (A) SE LE DIFICULTA IMPONER LAS NORMAS. () () () () ()
19. SE NOS DIFICULTA ACEPTAR NUEVAS OPINIONES COMO PADRES DE FAMILIA. () () () () ()
20. PARA RESOLVER UN PROBLEMA LA FAMILIA DEPENDE DE LA OPINION DE LOS DEMAS. () () () () ()
21. EN LA FAMILIA SE APOYAN MAS UNOS QUE OTROS. () () () () ()
22. EN CASA NO TENEMOS PRIVACIDAD MI ESPOSO (A) Y YO. () () () () ()
23. ME CUESTA TRABAJO MANTENERME AL MARGEN EN ALGUNA DISCUSION DE MIS HIJOS. () () () () ()
24. A VECES ESTOY TAN CONFUNDIDO (A) QUE NECESITO PLATICAR DE MIS PROBLEMAS CON ALGUIEN AJENO DE MI FAMILIA. () () () () ()
25. SE ME DIFICULTA IMPONER LA DISCIPLINA EN LA CASA. () () () () ()
26. IMPONEMOS A LOS HIJOS NUESTROS PUNTOS DE VISTA. () () () () ()
27. EN LUGAR DE SOLUCIONAR UN PROBLEMA NOS ENOJAMOS ENTRE TODOS. () () () () ()
28. MI ESPOSO (A) JUSTIFICA O DEFIENDE A UNO DE MIS HIJOS MAS QUE A LOS DEMAS. () () () () ()
29. MI ESPOSO (A) SE DISGUSTA CONMIGO SIN MOTIVO ALGUNO. () () () () ()
30. ME MOLESTA QUE MI ESPOSO (A) TENGA DEMASIADAS ATENCIONES CON MIS HIJOS. () () () () ()
31. PARA HACER ALGUNA ACTIVIDAD NECESITO DE LA APROBACION DE MIS PADRES O MIS SUEGROS. () () () () ()
32. SE NOS DIFICULTA A MI ESPOSO (A) Y A MI IMPONER LAS REGLAS EN CASA. () () () () ()
33. CUANDO EN CASA ALGUIEN SE MOLESTA LE DEJA DE HABLAR A LOS DEMAS. () () () () ()

34. CONSIDERO QUE A MI FAMILIA LE
CUESTA TRABAJO RESOLVER LOS PROBLEMAS
QUE SE LE PRESENTAN. () () () () ()
35. MI ESPOSO (A) PRESTA POCAS ATENCION A
MIS ACTIVIDADES. () () () () ()
36. MI ESPOSO (A) SE DESESPERA FACILMENTE
CONMIGO. () () () () ()
37. MI ESPOSO (A) Y YO DESCUIDAMOS NUESTRAS
COSAS POR ATENDER A LOS HIJOS. () () () () ()
38. MIS PADRES INTERVIENEN CONSTANTEMENTE
EN LAS DECISIONES DE MI FAMILIA. () () () () ()
39. MIS HIJOS ME OBEDECEN. () () () () ()
40. ACEPTAMOS NUESTROS PUNTOS DE VISTA. () () () () ()
41. MI ESPOSO (A) ES APTO EN LA SOLUCION DE
LAS DIFICULTADES QUE SE PRESENTAN. () () () () ()
42. ME SIENTO ALEJADO (A) DE MI PAREJA. () () () () ()

FAMILIA No. _____

NOMBRE _____

A CONTINUACION LE VOY A PRESENTAR UNA SERIE DE ENUNCIADOS ACERCA DE SU FAMILIA. LEA CON ATENCION Y DECIDA CON QUE FRECUENCIA SUCEDE EN SU FAMILIA.

VAMOS A TRABAJAR CON CINCO ALTERNATIVAS DE RESPUESTA:

SIEMPRE	" S "
CASI SIEMPRE	" CS "
EN ALGUNAS OCASIONES	" O "
CASI NUNCA	" CN "
NUNCA	" N "

INDIQUE. POR FAVOR, MARCANDO CON UNA CRUZ DENTRO DEL PARENTESIS LA ALTERNATIVA QUE MAS SE ASEMEJE A SU OPINION.

EJEMPLO 1:

"MIS HIJOS SE LAVAN LOS DIENTES TRES VECES AL DIA"

S	CS	O	CN	N
1 (X)	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()

EN ESTE EJEMPLO SE MARCO EL NUMERO UNO POR QUE LA CONDUCTA DE LAVARSE LOS DIENTES TRES VECES AL DIA SE REALIZA "SIEMPRE".

EJEMPLO 2:

"MIS HIJOS COMPARTEN SUS JUGUETES CON LOS DEMAS NINOS"

S	CS	O	CN	N
1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()

POR FAVOR SOLO SELECCIONE UNA CATEGORIA DE FRECUENCIA POR CADA ENUNCIADO. ES IMPORTANTE CONTESTAR TODAS LAS AFIRMACIONES. AUN CUANDO NO ESTE COMPLETAMENTE SEGURO DE SU CONTESTACION. SUS RESPUESTAS TENDRAN UN MANEJO CONFIDENCIAL.

GRACIAS POR SU COOPERACION.

	S	CS	D	CN	N
1. NUESTROS HIJOS REALIZAN ACTIVIDADES ACORDE A SU EDAD.	()	()	()	()	()
2. COMO PADRES DE FAMILIA RESPETAMOS LOS GUSTOS DE NUESTROS HIJOS.	()	()	()	()	()
3. LOS QUEHACERES DE LA CASA SON REPARTIDOS A NUESTROS HIJOS, DE ACUERDO A LA EDAD DE CADA UNO DE ELLOS.	()	()	()	()	()
4. CUANDO MI ESPOSO (A) TOMA UNA DECISION NUESTROS HIJOS NO INTERVIENEN.	()	()	()	()	()
5. NUESTRA FAMILIA ACOSTUMBRA HACER ACTIVIDADES EN CONJUNTO FUERA DE LA CASA.	()	()	()	()	()
6. MI ESPOSO (A) Y YO ASIGNAMOS LOS QUEHACERES DOMESTICOS A NUESTROS HIJOS.	()	()	()	()	()
7. EN NUESTRA FAMILIA LOS HIJOS OBEDECEN A SUS PADRES.	()	()	()	()	()
8. EN CASA MI ESPOSO (A) Y YO IMPONEMOS LAS NORMAS.	()	()	()	()	()
9. PIENSO QUE UNO DE MIS HIJOS ME NECESITA MAS QUE LOS DEMAS.	()	()	()	()	()
10. EN LA FAMILIA SE FORMAN SUBGRUPOS EN VEZ DE ACTUAR COMO UNA FAMILIA UNIDA.	()	()	()	()	()
11. EN LA FAMILIA TODOS LOS MIEMBROS PUEDEN APORTAR UNA SOLUCION PARA LOS PROBLEMAS QUE SE PRESENTEN.	()	()	()	()	()
12. COMO PADRE DE FAMILIA ESTOY DE ACUERDO EN QUE LOS HIJOS DEBEN APRENDER A TOMAR SUS PROPIAS DECISIONES.	()	()	()	()	()
13. NUESTRA FAMILIA INTENTA NUEVAS FORMAS DE ADAPTARSE A LOS CAMBIOS.	()	()	()	()	()
14. NUESTROS HIJOS PUEDEN EXPRESAR LO QUE SIENTEN SIN TEMOR A SER CRITICADOS.	()	()	()	()	()
15. EN CASA UNA VEZ REALIZADOS LOS DEBERES. NUESTROS HIJOS PUEDEN HACER LO QUE DESEEN.	()	()	()	()	()
16. CUANDO TOMO UNA DECISION. MIS HIJOS NO INTERVIENEN.	()	()	()	()	()

	S	CS	O	CH	N
17. CUANDO MI ESPOSO (A) Y YO TOMAMOS DECISIONES NUESTROS HIJOS SE MANTIENEN AL MARGEN.	()	()	()	()	()
18. ACOSTUMBRAMOS HACER ACTIVIDADES FUERA DE LA CASA POR SEPARADO.	()	()	()	()	()
19. MI ESPOSO (A) IMPONE LAS NORMAS.	()	()	()	()	()
20. CUANDO LA FAMILIA VA DE FASEO MI ESPOSO (A) ELIGE EL LUGAR AL CUAL IR.	()	()	()	()	()
21. MI ESPOSO (A) Y YO TOMAMOS LAS DECISIONES DEFINITIVAS.	()	()	()	()	()
22. MI ESPOSO (A) PREFIERE CONVIVIR CON SUS HIJOS DE SU MISMO SEXO.	()	()	()	()	()
23. EN CASA TODA LA FAMILIA TRATA DE SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS.	()	()	()	()	()
24. RECONOZCO QUE COMO PADRE DE FAMILIA TENGO ERRORES Y ACIERTOS.	()	()	()	()	()
25. EN NUESTRA FAMILIA TENEMOS LA OPORTUNIDAD DE SER UNO MISMO.	()	()	()	()	()
26. EN CASA NOS ACEPTAMOS CON ERRORES Y DEFECTOS.	()	()	()	()	()
27. RESPETAMOS LOS PUNTOS DE VISTA DE LOS DEMAS.	()	()	()	()	()
28. EN CASA CUANDO LOS PADRES DISCUTEN LOS HIJOS NO INTERVIENEN.	()	()	()	()	()
29. NUESTROS HIJOS CONVIVEN CON NINOS DE SU EDAD.	()	()	()	()	()
30. CUANDO LA FAMILIA QUIERE SALIR DE FASEO NUESTROS HIJOS ELIGEN EL LUGAR A DONDE IR.	()	()	()	()	()
31. LOS PERMISOS SON OTORGADOS POR MI PAREJA Y YO.	()	()	()	()	()
32. YO TOMO LAS DECISIONES DEFINITIVAS EN CASA.	()	()	()	()	()
33. MI ESPOSO (A) SE COMUNICA MAS CON UN HIJO QUE CON EL RESTO DE LOS MIEMBROS.	()	()	()	()	()

34. TODA LA FAMILIA INTERVIENE EN LAS DECISIONES IMPORTANTES. () () () () ()
35. LA FAMILIA ES ACCESIBLE A LAS CRITICAS DE LOS DEMAS. () () () () ()
36. NUESTROS PUNTOS DE VISTA SON ACEPTADOS POR LOS DEMAS.. () () () () ()
37. COMO PADRES DE FAMILIA RESPETAMOS LAS DECISIONES DE NUESTROS HIJOS. () () () () ()
38. EN CASA CADA QUIEN RESUELVE SUS PROBLEMAS COMO PUEDE. () () () () ()
39. NUESTRAS AMISTADES NOS FRECUENTAN PERIODICAMENTE. () () () () ()
40. LOS PERMISOS SON OTORGADOS POR MI ESPOSO (A). () () () () ()
41. CUANDO LA FAMILIA VA DE FASEO MI ESPOSO (A) Y YO ELEGIMOS EL LUGAR A DONDE IR. () () () () ()
42. EN LA FAMILIA MI ESPOSO (A) TOMA LAS DECISIONES DEFINITIVAS. () () () () ()
43. PREFIERO PLATICAR CON MIS HIJOS SOBRE LOS PROBLEMAS QUE TENGO MAS QUE CON MI ESPOSO (A). () () () () ()
44. PARA SOLUCIONAR PROBLEMAS ACEPTAMOS LAS SUGERENCIAS DE NUESTROS HIJOS. () () () () ()
45. RETOMAMOS LAS EXPERIENCIAS ANTERIORES PARA NO COMETER LOS MISMOS ERRORES. () () () () ()
46. ACEPTAMOS A LOS AMIGOS DE CADA QUIEN. () () () () ()
47. CUANDO HAY DISCUSIONES EN CASA SOLO PARTICIPAN LOS INVOLUCRADOS EN EL PROBLEMA. () () () () ()
48. EN LA FAMILIA TODOS TENEMOS VOZ Y VOTO. () () () () ()
49. LA FAMILIA ASISTE A ACTIVIDADES RECREATIVAS. () () () () ()
50. YO IMPONGO LAS NORMAS A MI FAMILIA. () () () () ()
51. EN CASA YO OTORGO LOS PERMISOS. () () () () ()

52. SI ALGUIEN DE LA FAMILIA ESTÁ EN DESACUERDO CON CIERTAS REGLAS, ES POSIBLE DISCUTIRLO. () () () () ()
53. EN LA FAMILIA SE APOYAN MAS UNOS QUE OTROS. () () () () ()
54. EN LA FAMILIA DISCUTIMOS LOS PROBLEMAS Y NOS SENTIMOS BIEN ACERCA DE LAS SOLUCIONES QUE FORMAMOS. () () () () ()
55. RESPETAMOS LAS CREENCIAS DE NUESTROS HIJOS A PESAR DE QUE NO COINCIDAN CON LAS NUESTRAS. () () () () ()
56. ES OBLIGACION DE NUESTROS HIJOS TENERNOS AL TANTO DE SUS ACTIVIDADES. () () () () ()
57. NOS DEJAMOS INFLUIR POR NUESTROS HIJOS. () () () () ()
58. CUANDO MI ESPOSO (A) Y YO TENEMOS PROBLEMAS CONSULTAMOS A NUESTROS HIJOS. () () () () ()
59. NUESTROS HIJOS PARTICIPAN EN EVENTOS ESCOLARES. () () () () ()
60. EN CASA MIS SUEGROS RESPETAN LAS NORMAS QUE ESTABLECE MI ESPOSO (A). () () () () ()
61. COMO PADRE DE FAMILIA ME CUESTA TRABAJO ESTABLECER LA DISCIPLINA ENTRE MIS HIJOS. () () () () ()
62. MI ESPOSO (A) JUSTIFICA O DEFIENDE A UNO DE MIS HIJOS MAS QUE A LOS DEMAS. () () () () ()
63. COMO FAMILIA SENTIMOS QUE SOMOS CAPACES DE RESOLVER NUESTROS PROPIOS CONFLICTOS. () () () () ()
64. PENSAMOS QUE NUESTROS HIJOS DEBEN FORMARSE SU PROPIO CRITERIO. () () () () ()
65. COMO PADRES TRATAMOS DE DIRIGIR LA VIDA DE NUESTROS HIJOS. () () () () ()
66. CUANDO TENGO PROBLEMAS CONSULTO CON MIS HIJOS. () () () () ()
67. EN CASA NUESTROS HIJOS NO SALEN SOLOS. HASTA QUE FUEDEN VALERSE POR SI MISMOS. () () () () ()

	S	CS	O	CN	N
68. LA FAMILIA ACOSTUMBRA A SALIR DE FASEO DE VEZ EN CUANDO.	()	()	()	()	()
69. NUESTROS HIJOS TIENEN POSIBILIDADES PARA ESTABLECER SU PROPIA DISCIPLINA.	()	()	()	()	()
70. EN EL CUIDADO DE MIS HIJOS INTERVIENE MI SUEGRO (A).	()	()	()	()	()
71. CREO QUE MI PAREJA ME BRINDA SU APOYO AL RESOLVER PROBLEMAS FAMILIARES.	()	()	()	()	()
72. CUANDO ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA SE ENFERMA SABEMOS COMO ACTUAR.	()	()	()	()	()
73. MI ESPOSO (A) Y YO IMPONEMOS NUESTROS GUSTOS A LOS HIJOS.	()	()	()	()	()
74. CUANDO YO TENGO DIFICULTADES CONSULTO A MIS PARIENTES.	()	()	()	()	()
75. EN CASA ACOSTUMBRAMOS REUNIRNOS TODOS LOS PARIENTES CERCANOS.	()	()	()	()	()
76. ES DIFICIL SABER LAS REGLAS IMPUESTAS EN LA FAMILIA.	()	()	()	()	()
77. EN NUESTRA FAMILIA CADA QUIEN ESCOGE SU PROPIO CAMINO.	()	()	()	()	()
78. PARA RESOLVER UN CONFLICTO TRATAMOS QUE INTERVENGA SOLO LA FAMILIA.	()	()	()	()	()
79. EN CASA SE NOS DIFICULTA ADAPTARNOS A CAMBIOS INESPERADOS.	()	()	()	()	()
80. EN CASA IMPONGO MIS PUNTOS DE VISTA A LOS DEMAS.	()	()	()	()	()
81. NUESTROS HIJOS SIENTEN MAS APOYO DE SUS ABUELOS QUE DE NOSOTROS.	()	()	()	()	()
82. LOS ABUELOS DE LA FAMILIA NO SE INVOLUCRAN EN LA EDUCACION DE SUS NIETOS.	()	()	()	()	()
83. MIS SUEGROS RESPETAN LAS NORMAS QUE ESTABLECEMOS MI ESPOSO (A) Y YO.	()	()	()	()	()
84. LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA SE EVITAN UNOS A OTROS CUANDO ESTAN EN LA CASA.	()	()	()	()	()
85. CUANDO EN LA CASA HAY UN PROBLEMA A NOSOTROS SE NOS DIFICULTA RESOLVERLO.	()	()	()	()	()

	S	CS	D	CN	N
86. EN LA FAMILIA ES DIFICIL CONSEGUIR QUE SE CAMBIEN LOS PUNTOS DE VISTA DE CUALQUIERA DE NOSOTROS.	()	()	()	()	()
87. MI ESPOSO (A) IMPONE SUS PUNTOS DE VISTA A NUESTROS HIJOS.	()	()	()	()	()
88. CUANDO MI ESPOSO (A) TIENE PROBLEMAS CONSULTA CON NUESTROS HIJOS.	()	()	()	()	()
89. PARA TOMAR DECISIONES NUESTRA FAMILIA REQUIERE DEL APOYO DE ALGUIEN MAS.	()	()	()	()	()
90. MIS HIJOS HACEN "BERRINCHES" PARA CONSEGUIR LO QUE QUIEREN.	()	()	()	()	()
91. CUANDO UN MIEMBRO DE LA FAMILIA ESTA TRISTE, LOS DEMAS LO IGNORAN.	()	()	()	()	()
92. PARA RESOLVER UN PROBLEMA LA FAMILIA DEPENDE DE LA OPINION DE LOS DEMAS.	()	()	()	()	()
93. ES DIFICIL SER TOLERANTE ENTRE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA.	()	()	()	()	()
94. MI ESPOSO (A) ME CRITICA.	()	()	()	()	()
95. TODOS DORMIMOS EN UN MISMO CUARTO.	()	()	()	()	()
96. EN CASA EVITAMOS RELACIONARNOS CON LA GENTE DE FUERA.	()	()	()	()	()
97. CONSIDERO QUE MI PAREJA EJERCE MAS AUTORIDAD EN NUESTROS HIJOS QUE YO.	()	()	()	()	()
98. LA FAMILIA POCAS VECES SE REUNE.	()	()	()	()	()
99. EN LUGAR DE SOLUCIONAR UN PROBLEMA, NOS ENOJAMOS ENTRE TODOS.	()	()	()	()	()
100. CUANDO EN CASA ESTAMOS MOLESTOS TARDAMOS MUCHO TIEMPO EN TRANQUILIZARNOS.	()	()	()	()	()
101. EN CASA TENEMOS PRIVACIDAD MI ESPOSO (A) Y YO.	()	()	()	()	()
102. CUANDO NUESTROS HIJOS DISCUTEN INTERVENIMOS PARA DAR UNA SOLUCION.	()	()	()	()	()
103. LA FAMILIA EVITA ASISTIR A LAS FIESTAS RELIGIOSAS.	()	()	()	()	()

	S	CS	O	CN	N
104. NUESTROS HIJOS DISCUTEN LAS NORMAS EN LUGAR DE OBEDECER.	()	()	()	()	()
105. MI ESPOSO (A) PRESTA Poca ATENCION A MIS ACTIVIDADES.	()	()	()	()	()
106. CONSIDERO QUE A MI FAMILIA LE CUESTA TRABAJO RESOLVER LOS PROBLEMAS QUE SE LE PRESENTAN.	()	()	()	()	()
107. CONSIDERO QUE MIS HIJOS NECESITARAN DE NOSOTROS AHORA Y SIEMPRE.	()	()	()	()	()
108. NUESTROS HIJOS TIENEN PRIVACIDAD.	()	()	()	()	()
109. CUANDO MI ESPOSO (A) Y YO DISCUTIMOS EN LUGAR DE ENCONTRAR UNA SOLUCION AGREDIMOS A NUESTROS HIJOS.	()	()	()	()	()
110. NOS PREOCUPAMOS POR LOS COMENTARIOS QUE PUEDAN HACER ACERCA DE LA FAMILIA.	()	()	()	()	()
111. NOS DEJAMOS CONVENCER POR NUESTROS HIJOS FACILMENTE. AUN EN COSAS CON LAS CUALES NO ESTAMOS DE ACUERDO.	()	()	()	()	()
112. ME SIENTO ALEJADO (A) DE MIS HIJOS.	()	()	()	()	()
113. DEJAMOS QUE LOS PROBLEMAS SE JUNTEN HASTA NO PODERLOS RESOLVER.	()	()	()	()	()
114. NOSOTROS NOS SENTIMOS DESCONTROLADOS CUANDO SE PRESENTA UNA SITUACION INESPERADA.	()	()	()	()	()
115. TENGO PRIVACIDAD EN MI CASA.	()	()	()	()	()
116. CUANDO MI ESPOSO (A) DISCUTE, EN LUGAR DE ENCONTRAR UNA SOLUCION AGREDE A NUESTROS HIJOS.	()	()	()	()	()
117. MI ESPOSO (A) Y YO RETOMAMOS LAS SUGERENCIAS DE NUESTROS PARIENTES.	()	()	()	()	()
118. EN CASA MI ESPOSO (A) SE LE DIFICULTA IMPONER LAS NORMAS.	()	()	()	()	()
119. EN CASA ES DIFICIL PLATICAR CON LOS DEMAS.	()	()	()	()	()
120. MI ESPOSO (A) ES APTO EN LA SOLUCION DE LAS DIFICULTADES QUE SE PRESENTAN.	()	()	()	()	()

	S	CS	O	CN	N
121. SE NOS DIFICULTA ACEPTAR NUEVAS OPINIONES COMO PADRES DE FAMILIA.	()	()	()	()	()
122. MI ESPOSO (A) TIENE PRIVACIDAD EN LA FAMILIA.	()	()	()	()	()
123. CUANDO DISCUTO AGREDO A MIS HIJOS EN LUGAR DE ENCONTRAR UNA SOLUCION.	()	()	()	()	()
124. MI ESPOSO (A) RETOMA LOS COMENTARIOS DE SUS PARIENTES.	()	()	()	()	()
125. SE ME DIFICULTA IMPONER LA DISCIPLINA.	()	()	()	()	()
126. ME SIENTO ALEJADO (A) DE MI PAREJA.	()	()	()	()	()
127. MI ESPOSO (A) Y YO TENEMOS LA RESPONSABILIDAD DE SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN.	()	()	()	()	()
128. IMPONEMOS A LOS HIJOS NUESTROS PUNTOS DE VISTA.	()	()	()	()	()
129. SOMOS LIBRES DE HACER LO QUE QUEREMOS EN CASA.	()	()	()	()	()
130. EN CASA UNICAMENTE LOS PADRES TIENEN VOZ Y VOTO EN LA EDUCACION DE LOS HIJOS.	()	()	()	()	()
131. TOMO EN CUENTA LOS COMENTARIOS DE MIS PARIENTES.	()	()	()	()	()
132. SE NOS DIFICULTA A MI ESPOSO Y A MI IMPONER LAS REGLAS.	()	()	()	()	()
133. MIS HIJOS SE MUESTRAN INDIFERENTES ANTE NOSOTROS.	()	()	()	()	()
134. TENGO LA RESPONSABILIDAD DE RESOLVER LOS PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN EN MI FAMILIA.	()	()	()	()	()
135. CUANDO EN CASA ALGUIEN SE MOLESTA LE DEJA DE HABLAR A LOS DEMAS.	()	()	()	()	()

FAMILIA No. _____

NOMBRE _____

A CONTINUACION LE VOY A PRESENTAR UNA SERIE DE ENUNCIADOS ACERCA DE SU FAMILIA. LEA CON ATENCION Y DECIDA CON QUE FRECUENCIA SUCEDE EN SU FAMILIA.

VAMOS A TRABAJAR CON CINCO ALTERNATIVAS DE RESPUESTA:

SIEMPRE	" S "
CASI SIEMPRE	" CS "
EN ALGUNAS OCASIONES	" O "
CASI NUNCA	" CN "
NUNCA	" N "

INDIQUE POR FAVOR, MARCANDO CON UNA CRUZ DENTRO DEL PARENTESIS, LA ALTERNATIVA QUE MAS SE ASEMEJE A SU OPINION.

EJEMPLO 1:

"MIS HIJOS SE LAVAN LOS DIENTES TRES VECES AL DIA"

S	CS	O	CN	N
1 (X)	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()

EN ESTE EJEMPLO SE MARCO EL NUMERO UNO POR QUE LA CONDUCTA DE LAVARSE LOS DIENTES TRES VECES AL DIA SE REALIZA "SIEMPRE".

EJEMPLO 2:

"MIS HIJOS COMPARTEN SUS JUGUETES CON LOS DEMAS NINOS"

S	CS	O	CN	N
1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()

POR FAVOR SOLO SELECCIONE UNA CATEGORIA DE FRECUENCIA POR CADA ENUNCIADO. ES IMPORTANTE CONTESTAR TODAS LAS AFIRMACIONES. AUN CUANDO NO ESTE COMPLETAMENTE SEGURO DE SU CONTESTACION. SUS RESPUESTAS TENDRAN UN MANEJO CONFIDENCIAL.

GRACIAS POR SU COOPERACION

	S	CS	O	CN	N
1. EN CASA NOS ACEPTAMOS CON ERRORES Y DEFECTOS.	()	()	()	()	()
2. EN CASA NUESTROS HIJOS SALEN SOLOS HASTA QUE PUEDEN VALERSE POR SI MISMOS.	()	()	()	()	()
3. LA FAMILIA ACOSTUMBRA SALIR DE FASEO DE VEZ EN CUANDO.	()	()	()	()	()
4. CONSIDERO QUE MI PAREJA EJERCE MAYOR AUTORIDAD EN NUESTROS HIJOS QUE YO.	()	()	()	()	()
5. MI ESPOSO (A) Y YO SOMOS PACIENTES CON LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA.	()	()	()	()	()
6. PARA TOMAR UNA DECISION IMPORTANTE SOLO INTERVENIMOS MI ESPOSO (A) Y YO.	()	()	()	()	()
7. PIENSO QUE UNO DE MIS HIJOS ME NECESITA MAS QUE LOS DEMAS.	()	()	()	()	()
8. ACEPTAMOS A LOS AMIGOS DE CADA QUIEN.	()	()	()	()	()
9. CUANDO MI ESPOSO (A) Y YO DISCUTIMOS EVITAMOS AGREDIR A NUESTROS HIJOS.	()	()	()	()	()
10. EN CASA NOS RELACIONAMOS CON GENTE DE FUERA.	()	()	()	()	()
11. NUESTROS HIJOS DISCUTEN LAS NORMAS EN LUGAR DE OBEDECER.	()	()	()	()	()
12. CUANDO EN CASA ESTAMOS MOLESTOS TARDAMOS MUCHO TIEMPO EN TRANQUILIZARNOS.	()	()	()	()	()
13. COMO FAMILIA SENTIMOS QUE SOMOS CAPACES DE RESOLVER NUESTROS PROPIOS CONFLICTOS.	()	()	()	()	()
14. MI ESPOSO (A) CONVIVE CON NUESTROS HIJOS POR IGUAL.	()	()	()	()	()
15. MI ESPOSO (A) ME CRITICA.	()	()	()	()	()
16. CUANDO DISCUTO EVITO DESQUITARME CON MIS HIJOS.	()	()	()	()	()
17. MIS PADRES NOS AYUDAN EN LA EDUCACION DE NUESTROS HIJOS.	()	()	()	()	()
18. EN CASA MI ESPOSO (A) IMPONE LAS NORMAS.	()	()	()	()	()

	S	CS	O	CN	N
19. COMO PADRES DE FAMILIA ACEPTAMOS NUEVAS OPINIONES.	()	()	()	()	()
20. PARA RESOLVER UN PROBLEMA LA FAMILIA DEFENDE DE LA OPINION DE LOS DEMAS.	()	()	()	()	()
21. EN LA FAMILIA SE APOYAN UNOS A OTROS.	()	()	()	()	()
22. EN CASA TENEMOS PRIVACIDAD MI ESPOSO (A) Y YO.	()	()	()	()	()
23. ME CUESTA TRABAJO MANTENERME AL MARGEN EN ALGUNA DISCUSION DE MIS HIJOS.	()	()	()	()	()
24. A VECES ESTOY TAN CONFUNDIDO (A) QUE NECESITO PLATICAR DE MIS PROBLEMAS CON ALGUIEN AJENO A MI FAMILIA.	()	()	()	()	()
25. SE ME DIFICULTA IMPONER LA DISCIPLINA EN LA CASA.	()	()	()	()	()
26. IMPONEMOS A LOS HIJOS NUESTROS PUNTOS DE VISTA.	()	()	()	()	()
27. EN LUGAR DE SOLUCIONAR UN PROBLEMA NOS ENOJAMOS ENTRE TODOS.	()	()	()	()	()
28. MI ESPOSO (A) JUSTIFICA O DEFIENDE A UNO DE MIS HIJOS MAS QUE A LOS DEMAS.	()	()	()	()	()
29. MI ESPOSO (A) SE DISGUSTA CONMIGO SIN MOTIVO ALGUNO.	()	()	()	()	()
30. ME MOLESTA QUE MI ESPOSO (A) TENGA DEMASIADAS ATENCIONES CON MIS HIJOS.	()	()	()	()	()
31. PARA HACER ALGUNA ACTIVIDAD NECESITO DE LA APROBACION DE MIS PADRES O MIS SUEGROS.	()	()	()	()	()
32. MI ESPOSO (A) Y YO IMPONEMOS LAS REGLAS EN CASA SIN NINGUNA DIFICULTAD.	()	()	()	()	()
33. CUANDO EN CASA ALGUIEN SE MOLESTA LE DEJA DE HABLAR A LOS DEMAS.	()	()	()	()	()
34. CONSIDERO QUE A MI FAMILIA LE CUESTA TRABAJO RESOLVER LOS PROBLEMAS QUE SE LE PRESENTAN.	()	()	()	()	()
35. MI ESPOSO (A) PRESTA ATENCION A MIS ACTIVIDADES.	()	()	()	()	()

	S	CS	O	CN	N
36. MI ESPOSO (A) SE DESESPERA FACILMENTE CONMIGO.	()	()	()	()	()
37. MI ESPOSO (A) Y YO DESCUIDAMOS NUESTRAS COSAS POR ATENDER A LOS HIJOS.	()	()	()	()	()
38. MIS PADRES INTERVIENEN CONSTANTEMENTE EN LAS DECISIONES DE MI FAMILIA.	()	()	()	()	()
39. MIS HIJOS ME OBEDECEEN.	()	()	()	()	()
40. ACEPTAMOS NUESTROS PUNTOS DE VISTA.	()	()	()	()	()
41. MI ESPOSO (A) ES APTO (A) PARA RESOLVER LAS DIFICULTADES QUE SE PRESENTAN.	()	()	()	()	()
42. ME SIENTO ALEJADO (A) DE MI PAREJA.	()	()	()	()	()