



11226 35
31

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**



FACULTAD DE MEDICINA

**DIRECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE SERVICIO PARA
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
HOSPITAL GENERAL, PACHUCA, I.S.S.S.T.E.**

**ESTUDIO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DIALISIS
PERITONEAL, MEDIDA A TRAVES DEL MODELO
CIRCUNFLEJO FASES II, EN FAMILIAS CON UN
INTEGRANTE CON I.R.C. INCLUIDO EN EL
PROGRAMA DE D.P.C.A. DEL HOSPITAL GENERAL
I.S.S.S.T.E. DE PACHUCA, HGO, 1995.**

**T R A B A J O
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DR. ADRIAN IGNACIO DELGADO PEREZ**

MEXICO D.F.

DICIEMBRE DE 1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



DR.A. NORA DUARTE BRITZ

ASESOR DE TESIS


DR. BENJAMIN NORRA ISLAS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO


DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENSEÑANZA

SUB-DIRECCION GENERAL MEDICA

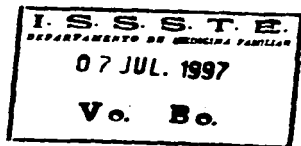
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO



DR. EMILIO GRANJEL GUERRERO

ASESOR DE TESIS

I.S.S.S.T.E.



ESTUDIO DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DIALISIS PERITONEAL, MEDIDA A TRAVES DEL MODELO CIRCUNFLEJO FASES II, EN FAMILIAS CON UN INTEGRANTE CON I.R.C. INCLUIDO EN EL PROGRAMA DE D.P.C.A. DEL HOSPITAL GENERAL I.S.S.T.E. DE PACHUCA, HGO. 1995.

DR. ADRIAN IGNACIO DELGADO PEREZ.



MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPTO. DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DEL DEPTO. DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA



DRA. MARIA DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA DEL DEPTO. DE MEDICINA FAMILIAR.

A Isabel mi esposa
con todo mi amor
en reconocimiento
al apoyo que siempre
me ha brindado.

A mis padres
Aureliano † y Esther,
porque con su ejemplo
guían mi camino.

A mis hijas:
Teresa, Esther y Zita,
quienes han sido mi
inspiración para
superarme cada día.

A mis hermanos:
Ma. Elena, Rona,
Esteban y Guadalupe,
por su apoyo donde
siempre.

Al Dr. Benjamín Najera,
porque con su entusiasmo y
ejemplo, logró llevarnos
al término de este curso
de especialización.

A todos mis maestros,
al personal del ISSSTE,
compañeros de la U.M.F. de Tula,
quienes colaboraron conmigo
en la elaboración de este trabajo.

También doy gracias a Dios,
por darme el don y la
vocación a la medicina,
para que a través de ella
pueda servir a mis semejantes.

INDICE

	Página
1. TITULO	3
2. INDICE	4
3. INTRODUCCION	5
4. ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO	6
5. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	59
6. JUSTIFICACION	60
7. OBJETIVOS	65
8. HIPOTESIS	65
9. METODO Y DISEÑO DE INVESTIGACION	66
10. PROCEDIMIENTO DE CAPTACION	68
11. RESULTADOS	76
12. DISCUSION Y CONCLUSIONES	92
13. BIBLIOGRAFIA	97

INTRODUCCION

La familia no solo es una institución universal sino que es una de sus formas específicas, la familia nuclear se encuentra en la mayoría de las sociedades. La familia en un grupo básico en todas las culturas y debe tratar como grupo adaptarse a las diferentes situaciones, conflictos o crisis dentro y entre sus miembros y así alcanzar algún equilibrio que le permita preservar su imagen ideal de grupo (1,2,4,8.)

La familia tiene tanto una estructura como una función a los miembros de la familia se les asigna un papel específico para que desempeñen alguna función dentro de la misma; el afecto y las obligaciones tienden a estructurar al grupo familiar llevándolo a un modelo eficaz o modelo ideal.

Se ha sugerido que un periodo de crisis como el que origina la enfermedad de un miembro de la familia (en este estudio el Tratamiento del Padecimiento con Diálisis Peritoneal Continua Ambulante D.P.C.A) podría modificar la estructura familiar debido a la reducción de la capacidad del paciente para desempeñar sus papeles habituales así la familia podría entrar en una etapa de desequilibrio en que se desarrolla una readaptación de las reacciones de poder y de papeles hasta poder alcanzar un nuevo balance. El tiempo que tarde en surgir ese equilibrio depende del tipo de crisis, de la definición de la crisis por cada miembro y de los recursos existentes para enfrentarla.

4.- ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO.

**INSUFICIENCIA
RENAL
CRÓNICA**

DEFINICION DE INSUFICIENCIA: Es la disminución de la capacidad de un órgano para cumplir con su función.

Los efectos comunes de las enfermedades sobre el parénquima renal incluyen un aumento en la eliminación de proteínas, alteración de los elementos formes de la orina, disminución del riego sanguíneo renal y la intensidad de filtración glomerular, trastornos en la reabsorción y secreción tubular y alteración de la secreción de eritropoyetina y renina; que son alteraciones de la función renal (6.7,12).

ETIOLOGIA: Las causas de I.R. se clasifican en tres: (6.7,12)

- a) - **Locales:** Glomerulonefritis, pielonefritis crónicas, pielonefritis tuberculosa, cálculos renales, nefritis, enfermedad poliquistica, hipoplasia renal, obstrucción de vías urinarias altas, hidronefrosis, fibrosis retroperitoneal, neoplasias.

- b) - **Obstrucción de vías urinarias bajas** Prostatitis, vejiga neurogenica.

- c) - **Generales:** Hipertensión arterial sistémica, poliartritis nodosa, lupus eritematoso. Diabetes, insuficiencia cardiaca, cirrosis.

La insuficiencia renal crónica: Es un síndrome que resulta de la destrucción progresiva e irreversible de las nefronas.

No contamos en México con estadísticas confiables sobre la incidencia de insuficiencia renal crónica (I.R.C.), sin embargo las referencias bibliográficas coinciden en que la incidencia de la I.R.C., en Estados Unidos es de 200 casos por cada millón de personas cada año, o cerca de 45,000 americanos al año. Las causas más comunes de insuficiencia renal crónica son: La glomerulonefritis crónica, pielonefritis crónica, enfermedades congénitas renales tales como la enfermedad poliquistica renal, nefritis lupica y nefropatía diabética, así como nefroangio- esclerosis secundaria a hipertensión arterial sistémica. La mayoría

de las enfermedades que causan I.R.C. usualmente ocurren en pacientes jóvenes.

El curso clínico de la enfermedad finalmente lleva al paciente a una fase terminal, ocasionándole alteraciones sistémicas siendo las más importantes.

METABOLICAS: Osteodistrofia renal, hiperparatiroidismo secundario, intolerancia a los carbohidratos, hiperuricemia, hipertrigliceridemia, desnutrición proteico-calórica y disfunción sexual.

HIDROELECTROLITICAS: Hipercalemia, acidosis metabólica, hiperfosfatemia, hipocalcemia.

TRASTORNOS NEUROMUSCULARES: Letargia, asterixis, neuropatía periférica alteraciones del sueño.

ALTERACIONES CARDIOPULMONARES: Arteriosclerosis acelerada, hipertensión arterial sistémica, cardiomiopatía, insuficiencia cardíaca congestiva, pericarditis, arritmias, neumonitis.

HEMATOLOGICOS: Anemia, diatesis hemorrágica, linfopenia, susceptibilidad a infecciones.

GASTROINTESTINALES: Náuseas, vómito, enfermedad ácido-péptica, peritonitis, gastroenteritis, ascitis refractaria.

Actualmente el manejo de la insuficiencia renal crónica está encaminado a proporcionar al paciente apoyo dietético (restricción de líquidos, sodio, proteínas), tratamiento medicamentoso (corrección de alteraciones electrolíticas, diuréticos, antihipertensivos, estimulantes de eritropoyesis, etc) y en casos terminales rehabilitación (diálisis peritoneal en sus diferentes modalidades, o hemodiálisis), con lo que logra mejorar la sobrevida de los pacientes con I.R.C. del tratamiento de rehabilitación, es motivo de nuestro

estudio con pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria (D.P.C.A.) procedimiento que se aplica cuando la velocidad de filtración cae de 5ml/min./1,73 mts. Cuadrados de S.C., en el cual la vida es imposible sin el empleo de procedimientos de depuración extrarenal (6,7,12).

DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULANTE (D.P.C.A.) (12).

Los avances tecnológicos y científicos han permitido adaptar procedimientos de hemodiálisis y diálisis peritoneal empleándose actualmente la diálisis peritoneal continua ambulatoria (D.P.C.A.) con pacientes en etapa final de diálisis (insuficiencia renal crónica) previo estudio de sus condiciones físicas psíquicas y sociales; a fin de eliminar o disminuir gran parte de las manifestaciones de esta etapa, logrando en cada paciente corregir los trastornos hídricos y electrolíticos.

Con la D.P.C.A. se obtiene una vía de acceso permanente a la cavidad peritoneal con mínimo riesgo, utilizando el peritoneo como membrana de diálisis, este procedimiento ha permitido la práctica de sesiones intermitentes de intercambio (de soluciones glucosadas de diálisis) continuo en forma ambulatoria; con este método se administran de 4 a 6 cambios (baños) diarios de la solución. El intercambio aproximado de cada cambio es de 5 hrs.; para el nocturno el dializado permanecerá ocho o diez horas. Después de cada cambio el paciente retira la solución, a partir del drenaje por gravedad para ser renovada por nuevas soluciones. Esta diálisis es gobernada por gradientes de concentración establecidos entre la composición del plasma del paciente, lo que permite la salida de moléculas de agua, moléculas de toxinas urémicas y otros elementos en exceso, esta técnica ofrece la ventaja de un procedimiento simple y fácil de enseñar, así como la independencia del paciente de un centro de tratamiento especializado, confinando mayor libertad al paciente ya que este acude al hospital a una consulta mensual en el que se cambia un tubo externo de transferencia de líquidos. Por otra parte la D.P.C.A. permite más libertad en la dieta ya que no requiere restringir sodio o agua

En este procedimiento se implanta por cirugía una sonda de Tenckhoff en el abdomen exactamente por debajo del ombligo, se adhiere una bolsa de diálisis (que contiene solución glucoelectrolítica de composición semejante al plasma) con técnicas aséptica y permite que el líquido pasa a la cavidad peritoneal (este tarda unos diez minutos). El líquido permanece en la cavidad peritoneal unas cuatro o seis horas, durante este tiempo el paciente puede enrollar la bolsa debajo de la camisa pudiendo realizar sus actividades normales mientras se lleva a cabo la diálisis.

Luego se deja que drene el líquido de la cavidad peritoneal por gravedad al desenrollar la bolsa por debajo de la pelvis (tarda aproximadamente veinte minutos) después que haya drenado, el paciente conecta, con técnica aséptica, una nueva bolsa de dializado y llena otra vez su cavidad peritoneal, repite este procedimiento cuatro o seis veces al día.

Este método tiene tanto en niños como en adultos mayores posibilidades de adaptación a una vida mas cercana a la norma. En estos procedimientos si no existe una adaptación psicológica adecuada el método puede fracasar por peritonitis frecuentes o por anorexia causada por depresión.

COMPARACION ENTRE DIALISIS PERITONEAL Y HEMODIALISIS.

VENTAJAS DE LA DIALISIS PERITONEAL.

- Puede realizarse de inmediato.
- Necesita equipo y personal menos especializado.
- Necesita cantidades pequeñas o nulas de heparina.
- No hay pérdida de sangre, mínima sobrecarga cardiovascular.
- El paciente puede realizarla en cualquier lugar (ambulatoria periódica) sin ayuda y con enseñanza mínima.
- Le permite independencia sin largas interrupciones en sus actividades diarias.
- Menor costo.

DESVENTAJAS.

- Contraindicada en las primeras 72 hrs. de cirugía abdominal.
- Necesita de 48 a 72 hrs. para que haya respuesta al tratamiento.
- Pérdidas importantes de proteínas que ameritan dietas hiperproteicas (hasta 100 g/día).
- Alto riesgo de peritonitis, la repetición origina cicatrices que impiden nuevas diálisis.
- Menos depuración.

POSIBLES COMPLICACIONES.

- Peritonitis bacteriana o química.
- Dolor (abdominal, lumbar, hombro)
- Cortedad de respiración o disnea.
- Atelectasia y neumonía
- Pérdida importante de proteínas por la solución dializada en la cavidad abdominal (10 a 20 g/día)

- Sobrecarga de líquidos.
- Estreñimiento.
- Inflamación o goteo por el sitio de inserción de la sonda.

SELECCION DE PACIENTES PARA DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULANTE (13).

1. Paciente con I.R.C. independientemente de la enfermedad renal causal.
2. Ambos sexos.
3. De preferencia con enfermedad renal primaria
4. Depuración de creatinina endogena inferior a 5ml /min.
5. Con urea sanguínea superior a 250 % (mg).
6. Paciente que no haya tenido tratamiento previo.
7. Paciente que no haya recibido otros tipos de diálisis (hemodiálisis, diálisis peritoneal aguda, trasplante renal)
8. Paciente que haya perdido el trasplante por rechazo.
9. Paciente que tenga condiciones de higiene, alimentación, habitación y medio familiar que los ayude.
10. Paciente en buen estado mental y cooperador.
11. Se deben tomar en cuenta las siguiente limitantes:
 - Pacientes con padecimientos sistémicos graves.
 - Enfermedad grave (mental).
 - Ceguera.
 - Cirugía abdominal extensa.
 - Cirugía abdominal reciente.
 - Adherencias intraabdominales.
 - Hernias incisionales.
 - Secuelas de A.V.C.
 - Neoplasias.
 - Fístulas urinarias.
 - Riñones poliquisticos, trastornos de la coagulación.
 - Insuficiencia respiratoria restrictiva.

**LINEAMIENTOS PARA LA INSTALACION DE CUIDADOS DEL CATETER
PERMANENTE PARA DIALISIS PERITONEAL (TENCHKOFF).**

DR. ARMANDO M. MANRIQUEZ NAJERA.

**JEFE DEL SERVICIO DE HEMODIALISIS, C.M.N. "20 DE NOVIEMBRE"
I.S.S.S.T.E.**

PREOPERATORIOS.

- Enema evacuante (la noche anterior y la mañana del día de la colocación).
- Lavado mecánico de la pared anterior del abdomen con isodine espuma (la noche y mañana del día de la colocación y por espacio de 5 minutos) remoción del bello.
- Señalar el sitio de inserción (escoger el sitio de menor presión y movimiento).
- Antimicrobianos en dosis profilácticas (NO)

TRANSOPERATORIOS.

- Anestesia local.
- Técnica excepcionalmente estéril.
- Hemostacia perfecta.
- En la instalación percutánea no horadar la pared más de lo estrictamente indispensable para que pase el cojinete de dacrón.
- Preferir la inserción a través del músculo recto anterior del abdomen (evitar la fuga).
- Dirigirlo hacia el fondo del saco de duglas.
- El trayecto del túnel debe ser exacto para la forma del catéter.
- El túnel dirigido hacia abajo (evitar la infección del túnel).
- El túnel hacia abajo requiere de un catéter con dobles permanente (swan - neck o cuello de ganso).

- El catéter recto requiere un túnel hacia arriba (la memoria estructural hace que este tienda a reasumir la posición recta, por ello un túnel hacia abajo favorecerá la migración).

NOTA: Como se trata de un procedimiento "ciego" existe el riesgo de lesionar un vaso sanguíneo o una visera y consecuentemente la eventual necesidad de una laparotomía exploradora; estos pacientes deben prepararse y documentarse como para cualquier acto quirúrgico (biometría hemática, química sanguínea, electrolitos, proteínas sericas, cap, tiempos de coagulación y valoración cardiologica preoperatoria, cuando por edad y condiciones clínicas se requiera esta última).

POSOPERATORIO.

- Al término de la inserción, limpiar de la pared abdominal los remanente sanguíneos
- Cubrir con apósitos la herida de la incisión y el orificio de emergencia del catéter.
- Aplicar un vendaje en el abdomen.
- Cambio del vendaje y del apósito con técnica rigurosamente estéril las 24 hrs. y una semana después, por el médico responsable del enfermo, (solo en caso especiales y necesarios se cambiarán los apósitos más frecuente).
- Evitar la presión sobre el sitio de inserción.
- Evitar la tracción del catéter y de la línea de transferencia.
- Evitar tos, estornudos y constipación intestinal.
- Mantener al paciente en decúbito dorsal las primeras 24 hrs.
- Si requiere de diálisis debe de hacerse en decúbito dorsal las primeras 72 hrs. y con baños de menor volumen (1 litro).
- Si se requiere asumir la posición erecta drenar antes la cavidad.
- Iniciar diálisis peritoneal regular, hasta 10 días después de la inserción.

ORIFICIO DE SALIDA INFECTADO.

- Aparición de exudado.
- Aparición de una costra.
- Retracción de la piel (epidermis).
- Enrojecimiento o endurecimiento de la piel.
- Secreción purulenta por el orificio.
- Tejido de granulación exuberante.

INDICADORES DE RESOLUCION DE LA INFECCION.

- Piel de aspecto normal.
- No dolor.
- No secreción.

SINTOMAS DE INFECCION DEL TUNEL.

- Inflamación del orificio y/o del trayecto del túnel.
- Secreción.
- Regresión del a dermis a tejido de granulación.
- Dolor.

MANEJO DE INFECCION DEL TUNEL.

- ◊ Cultivo y tinción de gram de las secreciones.
- ◊ Iniciar un tratamiento con antimicrobianos (uno eficaz contra estafilococo dorado, si el gram reporta bacterias g+, o uno eficaz contra pseudomona si el gram reporta g -).
- ◊ Cuidados del orificio
- ◊ Cambio del antimicrobiano a las 72 hrs. (dependiendo del resultado del cultivo, uno específico par el germen aislado y que reporte mayor sensibilidad) si se estaba administrando uno adecuado, se sostendrá durante 15 días.
- ◊ Exploración del túnel y remoción del cojinete externo cuando a los 15 días del tratamiento, con el medicamento específico no ha cedido la infección: debridar el túnel y rasurar el cojinete de dacrón, cambiar el antimicrobiano por otro de elección y sostenerlo 15 días.
- ◊ Retirar el catéter (si después de removido el cojinete y el cambio de antimicrobiano no ha cedido la infección, retirar el catéter, en caso de infección por pseudomona no prolongar el tratamiento más de 15 días).

NOTA: Considerar que las infecciones por hongos se asocian a tratamiento con antimicrobianos con amplio espectro por tiempo prolongado. (14).

**ESTUDIO
DE LA FUNCIONALIDAD
FAMILIAR**

LA FAMILIA.

DEFINICION DE FAMILIA: La familia es una asociación que se caracteriza por una relación sexual lo suficientemente precisa y duradera para proveer la procreación y crianza de los hijos.

La familia como nosotros la conocemos, ha sufrido una serie de modificaciones, donde hay un común denominador que tiende a considerar las siguientes etapas (4)

1. Promiscuidad.
2. Cenogamia.
3. Poligamia. a).- Poliandria b).- Poligenia.
4. Familia patriarcal monogámica.
5. Familia conyugal moderna.

CLASIFICACION DE LA FAMILIA.

Desde el punto de vista de su composición, existen:

La familia nuclear que es aquella compuesta por padres, hijos e hijas exclusivamente.

La familia extensa o extendida que es aquella compuesta por padres, hijos y otras personas como abuelos, sobrinos, tíos, etc.; es decir además del grupo nuclear, personas con algún parentesco.

La familia extensa compuesta que es aquella igual a la anterior, pero que incluye además a personas con parentesco menor que el anterior, tales como compadres y amigos. (4).

Aunque el termino **Familia** se ha definido de distintas formas, el grupo formado por marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica de la cultura occidental; la palabra **Familia** proviene de la palabra latina "*Famulus*", que

significa sirviente o esclavo domestico y es la institución básica de la gran mayoría de las sociedades, como ya se menciono líneas anteriores se le han dado diferentes definiciones de acuerdo a los enfoques empleados por diversos autores. Actualmente la organización mundial de la salud, la define como: **"Los miembros del hogar emparentados entre si hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio"**. El grado de parentesco empleado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos que se destinen los datos, y por lo tanto, no pueden definirse con precisión es la escala mundial (15).

No obstante, que la agrupación de los seres humanos con fines de convivencia y reproducción es tan antigua como la misma especie no es sino hasta 1861, cuando Bachofen inicia su estudio científico de la **Familia** y con ello, un intento de aclarar su historia, definirla y tipificarla a través del tiempo (16).

Así mismo, en el desarrollo familiar, entendido éste como proceso de cambios consecuentes producto del crecimiento y desarrollo de una estructura, encontramos que intervienen múltiples variables que podrían ser agrupadas en tres grupos (17).

- a).- Variables individuales.
- b).- Variables familiares.
- c).- Variables culturales.

VARIABLES INDIVIDUALES.

Son aquellas que se localizan dentro de la piel del sujeto, por ejemplo: integridad neurológica, inteligencia, sensibilidad, capacidad de responder a los

estímulos, etc. Estos elementos han sido con mucho, los más estudiados dentro del proceso total del desarrollo y los resultados de estos estudios se convierten en los diversos esquemas descriptivos del desarrollo individual entre los que se encuentran como principales exponentes (17)

- **La teoría del desarrollo psicosexual de Freud.**
- **Los postulados del desarrollo de Erick Erikson.**
- **Los esquemas de maduración de Gesell.**
- **Las descripciones de los mecanismos operacionales de Piaget (17)-**

VARIABLES FAMILIARES.

Hartman (17), en 1939, escribió. "Un factor indispensable en la evaluación de las habilidades adaptativas del individuo es su relación al típico medio ambiente anticipable". Rabkin (3) en 1970, apropiadamente señala que la teoría psicoanalítica ejemplifica, con este concepto su actitud de que el medio ambiente es standard, mientras que el individuo es el que varía; es decir, que acepta generalmente que toda la gente se enfrenta esencialmente a las mismas situaciones, que algunos individuos toleran y otros no.

Es un hecho que el medio ambiente humano, para la mayor parte de los individuos en desarrollo es la familia, y esto nos lleva de la mano al estudio de los factores familiares dentro del proceso total de desarrollo. Los factores familiares son numerosos; desde su desarrollo, integración, tipología, etc.; lo realmente importante es que la familia y su influencia en el desarrollo, no debe ser entendida en los términos simplistas de las personalidades de sus integrantes, sino de las relaciones interpersonales que se dan entre los miembros de la misma, su forma de interactúan, es decir, que la familia como unidad es un grupo en el cual las acciones de cualquiera de sus miembros producen reacciones y contrareacciones en los otros y en el mismo (17).

VARIABLES CULTURALES

Existen infinidad de costumbres y modas determinadas por la cultura y esta a su vez por la historia; las inclinaciones humanas más bellas, así como las más repugnantes, no forman parte de una naturaleza humana fija y biológicamente dada únicamente, sino que resulta del proceso social que crea el hombre. La sociedad no ejerce únicamente una función de represión -aunque no deja de tenerla-, sino que posee también una función creadora. La naturaleza del hombre, sus pasiones, angustias, son productos cultura, en realidad el hombre mismo es la creación más sobresaliente y la mayor hazaña de ese incesante esfuerzo humano cuyo registro llamamos historia. Pero no solamente el hombre es producto de la historia, sino que también esta es producto del mismo hombre (18,19).

Freud, uno de los pioneros en ahondar en el papel de la familia en el desarrollo de la personalidad y sus desordenes, profuso cuatro teorías que son la del trauma psíquico, la del desarrollo psicosexual, la del complejo de edipo y la del superego como precipitadoras de la identificación con los padres, una de las ideas centrales de Freud acerca de la Familia, es que la mente del niño no refleja la realidad del ambiente familiar, sino la versión falseada distorsionada por la operación de fuerzas instintivas inconscientes. Las hipótesis propuestas por Freud fueron criticadas y una buena parte han sido abandonadas; sin embargo, es necesario reconocer su valor como estímulo para ahondar en los aspectos ocultos de la vida familiar. Hoy el interés en la familia ha tomado otras direcciones. Una de ellas es el estudio de las formas de interacción y comunicación normales y patológicas entre sus miembros; otra es el análisis de su estructura (20) y que a continuación se analizará.

En principio es necesario señalar que la familia se divide en base a su desarrollo en: moderna, tradicional, arcaica o primitiva. En cuanto a su

demografía se clasifica en urbana y rural. Desde el punto de vista de su integración en Integrada (en la cual los cónyuges viven juntos y cumplen adecuadamente su función); Semi-integradora (en la cual los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones); Desintegrada (en la cual falta alguno de los cónyuges ya sea por muerte, divorcio, separación o abandono). Desde el parámetro tipológico en: campesina, obrera o profesional. En base a su composición o estructura: nuclear, extensa y extensa compuesta, ya definidas al inicio de este capítulo, y por último, las variaciones familiares (parejas sin hijos, padre o madre solteros)(21).

FUNCIONES ESENCIALES DE LA FAMILIA.

En base a lo anteriormente descrito, procede mencionar que la familia tiene varias funciones a desempeñar y que si bien lo esencial es de proveer de nuevos miembros a su sociedad, tiene otras muchas de no menor importancia como son: (21)

- I. Socialización.
- II. Cuidado
- III. Afecto.
- IV. Reproducción.
- V. Estatus o nivel socioeconómico.

VI.- SOCIALIZACION.

Un niño nace cuando deja de formar un sólo ser con su madre y se transforma en un ente biológico separado de ella, sin embargo, si bien esta separación es el principio de la existencia humana, el niño, desde el punto de vista funcional, permanece unido a ella durante un periodo considerable (21). Los estudiosos de la familia han colocado a la madre como el educador primario de la familia, con la responsabilidad de socializar a sus hijos en las etapas de

lactantes y preescolar, constituyéndose el padre como un soporte a sus acciones, por lo menos en estas etapas primarias, ya que posteriormente la responsabilidad de socializar a los miembros de la familia es compartida por los profesores, sacerdotes, clubes, etc.

Es por tanto la Socialización, la tarea de transformar en un tiempo determinado a un niño totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo, con la plena independencia para desarrollarse en sociedad (4).

II.- CUIDADO.

Esta función significa para la vida familiar, revolverle de la manera más adecuada a cada uno de los miembros las necesidades de alimentación, cuidado, vestido, seguridad física, acceso a los sistemas de salud, etc. para con (4) y otros investigadores se encuentran en relación directamente proporcional entre larga vida, estándares de salud satisfactorios y el nivel socioeconómico familiar

III.- AFECTO.

Consiste en proporcionarse entre todos los integrantes del sistema familiar recíprocamente, entre otros: ánimo, amor, cariño y comprensión, por la obligada situación de satisfacer sus propias e indispensables necesidades afectivas que cada uno de ellos requiere; siendo las necesidades afectivas de los hijos, tan importantes como la de los padres (4) (en todos los subsistemas, conyugal, filial y fraternal) (8).

IV.- REPRODUCCION.

Históricamente el matrimonio como una institución legal, sacramento de la iglesia, etc , nace para regular dos factores fundamentales dentro de la familia y por lo tanto dentro de la sociedad, el ambiente sexual y la reproducción, cumple con la función esencial de la familia de proveer de nuevos miembros a la sociedad (4).

V.- ESTATUS SOCIOECONOMICO.

Es responsabilidad de la familia el dar un estado o nivel económico que satisfaga las necesidades de cada uno de sus miembros.

Ante la complejidad e innumerables variables que intervienen en el proceso del desarrollo humano y familiar, se ha buscado un modelo conceptual que abarque todo el proceso, de éstos, el modelo psicoanalítico tiene el inconveniente de limitarse a los aspectos de los factores intra- psíquicos, por lo que hasta ahora el único modelo conceptual que comprende todos los elementos y variables, es el de la teoría general de los sistemas; el autor de la citada teoría es Von Bertalanffy, desde donde se desprende el enfoque sistémico de las familias. Desde este punto de vista, la familia es un sistema abierto, ya que esta en interacción con el medio externo y otros sistemas.

Ahora bien, siguiendo la línea sistémica, las características típicas de la familia son, más que la mera suma de sus partes, conocer sus elementos no es lo mismo que entenderla, como tal tiene un proceso de evolución semejante al de cualquier organismo viviente; este proceso de evolución recibe el nombre de **CICLO VITAL DE LA FAMILIA**, el cual es importante conocerlo ya que los problemas de la familia cambian y consecuentemente, las prioridades de las funciones de la misma en cada una de sus etapas de ese ciclo vital que esta constituido por 5 fases, las que son:

a).- Nacimiento b).- Expansión c).- Desprendimiento o dispersión

d).- Contracción o independencia, y por último e).- Muerte o disolución de la familia. Cada etapa tiene características dinámicas propias y conflictos que superar, que generalmente ocasionan crisis en mayor o menor grado, siendo estas inherentes a cada etapa del ciclo vital, significando el crecimiento como pareja o como familia.

A continuación se describen las etapas del ciclo vital y crisis "normales" que pueden surgir, así mismo los problemas clínicos que se pueden detectar (4).

CICLO DE LA VIDA FAMILIAR

Hay diferentes épocas por las cuales va pasando la familia de acuerdo con su propio proceso existencial, esto hace que los problemas de la familia cambien y consecutivamente las prioridades de las funciones familiares; las funciones de la familia varían de acuerdo con el ciclo de la vida misma.

Existen cinco fases en el ciclo de la vida familiar.

I. Fase de matrimonio.

II. Fase de expansión.

III. Fase de dispersión

IV. Fase de independencia.

V. Fase de retiro y muerte.

I.- FASE DE MATRIMONIO.

Cuando dos personas se unen en matrimonio, su preocupación inicial es prepararse para un nuevo tipo de vida, se cambian los recursos de las dos personas, sus papeles se alteran y se asumen nuevas funciones, uno de los principales problemas es aprender a vivir juntos y al mismo tiempo atender las necesidades básicas de la personalidad del otro.

II.- FASE DE EXPANSION

La llegada de un nuevo niño en la familia crea tensiones, por lo que el patrón de relaciones debe ser ajustado.

III.- FASE DE DISPERCION

En esta fase los padres tienen que conseguir que el niño este socializado, ayudándolo a tener autonomía y cubrir sus propias necesidades. Así la familia ajusta y acomoda a un nuevo miembro, es esta fase de dispersión debe acomodarse a ser completamente independiente, y a esto se añan los rápidos cambios sociales y culturales, algunos autores consideran que este stress puede resultar un rompimiento ecológico.

IV.- FASE DE INDEPENDENCIA

Cuando la familia se dispersa los padres tienen que aprender a ser independientes otra vez y para que la fase de independencia sea completa, los hijos deben ser independientes mientras mantienen lazos con los padres, pudiendo continuar las funciones de socialización, afecto y estatus.

V.- FASE DE RETIRO Y MUERTE.

Planear para el fin de la vida familiar es tan difícil como planear el principio y es obvio que se hace con un entusiasmo diferente, el papel de los hijos que cuidan a sus padres no es claro, particularmente si su núcleo familiar se encuentra en fase de expansión es muy difícil para las familias jóvenes tener que usar sus limitaciones en recursos para cuidar a sus padres y proveer sus propias necesidades. El incremento de la vida aumenta este tipo de problema (4).

**CICLO VITAL DE LA FAMILIA
SUS CRISIS Y
SUS PROBLEMAS CLINICOS**

ETAPA	CRISIS NORMALES	PROBLEMAS CLINICOS
I. NACIMIENTO FAMILIAR.	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para separarse de su familia de origen. - Dificultad para asumir roles conyugales en las áreas instrumental y afectiva. - Control de la fertilidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Dependencia e inseguridad. - Reacción represiva ansiosa. - Problemas sexuales.
II.- EXPANSION.	<ul style="list-style-type: none"> - Nac. del primer hijo. - Periodos prenatal, parto y post natal. - Desarrollo normal del niño. - Control de la fertilidad - Crisis de separación. - Crisis de identidad adolescente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión post-parto. - Ansiedad, inseguridad. - Problemas de aprendizaje y conducta. - Hijos no deseados - Niño maltratado - Ansiedad, depresión. - Reacción, ajuste adolescente. - Delincuencia juvenil.
III.- DESPRENDIMIENTO.	<p>Elección de profesión Elección de pareja.</p>	Depresión y ansiedad.
IV.- CONTRATACION O INDEPENDENCIA.	<ul style="list-style-type: none"> - Reajuste marital. - Menopausia. - Enfermedades crónicas. - Jubilación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión. - Alcoholismo - Divorcio.
V.- DISOLUCION	<p>Incapacidad física. Muerte del compañero. Soledad. Problemas económicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sx. cerebral Orgánico. - Depresión - Suicidio. - Depresión

Existen dentro del ciclo vital otro tipo de crisis, que podríamos considerar **anormales**, ya que son originadas por causas ajenas al ciclo vital y reciben el nombre de **CRISIS INTERCURRENTES (4)**.

I.- Crisis de cambio de estatus.

- Empobrecimiento repentino.
- Desempleo prolongado.
- Perdida repentina de la fortuna o el prestigio.

II. Crisis por perdida de uno de los miembros de la familia.

- Muerte de un hijo o cónyuge.
- Hospitalización de un hijo o cónyuge.
- Abandono.
- Divorcio.

III. Crisis por la llegada de un nuevo miembro a la familia.

- Embarazo no deseado.
- Adopción
- Llegada de un padrastro o hermanastro.
- Otros miembros de la familia o amigos vienen a vivir a casa.

IV. Crisis por desmoralización.

- Adulterio.
- Alcoholismo.
- Drogadicción.
- Delincuencia.

Antes de continuar, resulta pertinente resaltar dos aspectos fundamentales dentro de la estructura familiar: **el rol y el límite.**

ROL.- Mac. Master (22), lo define como una asignación de las funciones o conductas a una persona, los que pueden ser múltiple; es decir, al mismo tiempo que se desempeña el rol de hijo, se puede ser padre, hermano, tío, etc., puede ser a su vez tradicionales o idiosincrásicos; los primeros son moldeados socialmente, los segundo por la familia a un nivel inconsciente, por ejemplo: "el papel de chivo expiatorio", emergente, apaciguador, bueno, loco, etc., estos tienen un sentido y un significado para la vida del individuo y la familia, ya que generalmente proporcionan equilibrio a la familia.

CARACTERISTICAS DE UN ROL FUNCIONAL.

1. Flexible.
2. Aceptado
3. Complementario.
4. Intercambiable en condiciones de requerimiento.
5. Claro.

CARACTERISTICAS DE UN ROL DISFUNCIONAL.

1. Ambiguo.
2. Rivalidad o competencia.
3. No aceptado.
4. Rígido.
5. No complementario.
6. Invertido.

LIMITE.- Según Minuchin (23), son las reglas que definen quienes y como participan los miembros en las transacciones interpersonales. Los límites

generacionales son aquellas fronteras imaginarias que dividen los roles particulares de padres e hijos; son las reglas que diferencian y definen los derechos y obligaciones entre ellos, hay buenos límites generacionales, cuando los padres se comportan como tales y los hijos como hijos. Algunas veces un hijo interviene demasiado en asuntos particulares de los padres y entonces decimos que los límites han sido violados. La función de los límites es marcar una diferenciación necesaria entre los individuos y entre los subsistemas y su claridad es fundamental para el buen funcionamiento de la familia. Un subsistema conyugal funcional requiere de límites para proteger su privacidad, el subsistema parental deberá tener ciertos límites, pero no tan impenetrables que hagan difíciles las funciones de los padres. El subsistema de los hermanos también tiene sus propios límites y está organizado jerárquicamente, de tal forma que las tareas y privilegios de los niños estén de acuerdo con su edad y sexo.

Los límites pueden variar desde ser muy rígidos en un extremo hasta ser muy difusos en el otro. Cuando estos son difusos se da un fenómeno en la familia llamado "amalgamiento", en el cual cada individuo de la familia tiene una sensación exagerada de pertenencia a la misma lo cual determina una desmedida cesión de la autonomía personal. En cambio, en las familias con los límites rígidos se da el fenómeno "desvinculación", permitiéndose un amplio margen de variación individual entre los miembros, la autonomía de cada miembro es respetada, pero se pierde el sentido de solidaridad y pertenencia. Las familias funcionales han encontrado un justo medio entre el extremo difuso y el rígido de este parámetro. Tienen la suficiente lealtad y estabilidad que les permite mantenerse unidos, y son los suficientemente flexibles como para estimular el crecimiento emocional individual de sus miembros. Normalmente, las relaciones de los padres con los hijos cambian del estilo amalgamado (presente en la madre y el lactante por ejemplo) hacia el estilo desvinculado, a medida que los hijos crecen y empiezan a separarse paulatinamente de sus padres (22,23).

Los conceptos cruciales de la teoría general de los sistemas en que se basa el modelo de la familia como sistema, se pueden resumir como sigue: (22)

1. Las partes de la familia están interrelacionadas.
2. Una parte de la familia no puede ser entendida en forma aislada del resto de los componentes.
3. El funcionamiento familiar no puede ser analizado entendiendo simplemente a cada una de sus partes.
4. Una estructura y organización familiares son factores importantes que determinan el comportamiento de los miembros de la misma.
5. Los patrones transaccionales del sistema familiar forjan la conducta o comportamiento de los miembros de ésta

El estudio de la familia como sistema comprende tres relaciones o dimensiones fundamentales a saber:

- 1) La relación de los esposos entre si.
- 2) La relación entre padres e hijos.
- 3) La relación de los hijos entre si.

1) RELACION DE LOS ESPOSOS ENTRE SI.

Su estudio se divide en seis etapas diferentes que comprenden desde el proceso por el cual los cónyuges se seleccionan uno a otro, hasta la vejez y muerte, pasando por varias etapas tempranas e intermedias en la vida como parejas (Levison, 1974) (17).

Dentro del estudio de cada etapa se describe un tema central caracterizado por tres dimensiones, alrededor de las cuales se resume la interacción que constituye a

una pareja como unidad observable y objeto de descripción (Berman, Lief 1975) (17). Estas líneas son las siguientes:

LIMITES.- (¿Hay interferencia?) (¿Quién o que interfiere?); también llamada dimensión de inclusión - exclusión, que 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 incluirse también otros parientes.

INTIMIDAD.- (¿Qué tan cerca? ¿Qué tan lejos?). 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 la pareja se acerque y se aleje una y otra vez. este proceso ha sido estudiado y descrito por Rank en 1952 (17).

PODER.- (O jerarquía) (¿Quién manda?). 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.

Procede aclarar que la duración en años de cada etapa es extraordinariamente variable y esto hace que los números dados sean cifras aproximadas y sujetas a margen de error, recalcando que no hay límites precisos entre una etapa y la siguiente y que una sucede a la otra sin fronteras precisas.

ETAPA I SELECCION (17)

Duración muy variable.

Las bases sobre las cuales una persona escoge a otra para compartir el resto de sus vidas, son de gran importancia en los tiempos presentes en los que las selecciones de la mayoría son voluntarias y por lo tanto, la responsabilidad de las consecuencias recae sobre los mismos (Libz, 1968) (17).

Comúnmente la selección se hace partiendo de una necesidad básica que debe ser satisfecha por el cónyuge. Gran parte de las parejas afirman que la base de la selección es el hecho de estar enamorados, esto dificulta el entendimiento; ya que el concepto de enamoramiento ha evadido constantemente definiciones científicas y filosóficas a través de las edades.

Lidz(1968) dice: Que si bien somos capaces de escoger de quien enamorarnos, somos mucho menos aptos de juzgar acertadamente con quien podemos vivir en armonía por el resto de nuestras vidas.

ETAPA II TRANSICION Y ADAPTACION TEMPRANA (17).

Duración aproximada del 1º al 3er. año de la unión

La pareja se enfrenta a la tarea fundamental de adaptarse a un nuevo sistema de vida con hábitos, demandas y satisfacciones con su cónyuge, diferentes a los que tenía con su familia de origen, este proceso tiene lugar en forma simultánea al proceso de creación y definición de los límites con su familia de origen, básicamente con sus padres.

El estudio de los límites en esta etapa, muestra en forma clara que los fracasos en el desarrollo del territorio e identidad como pareja resultan frecuentemente por la intromisión excesiva de los padres, iniciándose esto en la mayor parte de los casos, por la ayuda económica de los padres y por la inseguridad de la pareja que recurre con frecuencia a ellos para resolver sus problemas.

En el área de la intimidad, encontramos fragilidad, resultante de la carencia de reglas que empiezan a ser negociadas en esta etapa, y poco a poco se van solidificando, originando una definición de lo prohibido y lo permitido en la intimidad.

En el área del poder, existe una situación similar a la de la intimidad, es decir, las parejas comienzan a probar su poder en relación a diversos aspectos, tales como la administración del dinero, decisiones acerca de diversiones, que tan frecuente y a quien se debe visitar, etc.

Las parejas en dicha etapa tienen frecuentes pleitos que pueden llevar a la solución del conflicto original, en cuyo caso, estos serán positivos y funcionales desde el punto de vista del desarrollo de la pareja; o bien puede ser que por distintos mecanismos de evasión no resuelvan estos conflictos, caso en que las peleas pueden multiplicarse sin resolver nada, o también la pareja puede dejar de discutir iniciándose los resentimientos. Las peleas sin la resolución de los conflictos que los originan, consideradas como negativas y disfuncionales para el desarrollo de la pareja (Minuchin, 1970) (17)

ETAPA III REAFIRMACION DE LA PAREJA Y PATERNIDAD (3).

Duración aproximada: del 3° al 8° año de casados.

Es en esta etapa en la que con mayor frecuencia aparecen serias dudas sobre lo adecuado de la selección del cónyuge. La solución de estas dudas conduce a una reafirmación de la estabilidad de la pareja o a una certeza de que lo más adecuado para su futura felicidad es la separación o el divorcio. También en esta etapa, la mayoría de las parejas se inicia con la tarea de ser padres, lo cual implica al mismo tiempo, colocarlos con todas las satisfacciones y presiones que implica (17).

Los límites de la pareja están mejor definidos, sobre todo en relación con los padres de los cónyuges, pero la relativa solidez lograda en este aspecto se pone a prueba con la aparición de amigos y amantes potenciales. También en ella es donde son más frecuentes los celos en relación con amistades y cuando los límites son comúnmente violados por esas amistades. En este tiempo es cuando los esposos se ausentan del hogar para estar con sus amigos o las esposas descuidan

sus deberes por estar con sus amigas; a este respecto, los pleitos abundan y si combinamos esto con las dudas acerca de la elección del cónyuge, característica de esta etapa, veremos que es en ella cuando aparecen los primeros triángulos amorosos con aventuras extramaritales o amantes bien definidos.

La violación de límites en la pareja, es la que se plantea con el advenimiento de los hijos, ya que es frecuente que la pareja disfuncional haga usos de mecanismos de evasión que consisten en involucrar a los hijos en sus problemas.

La intimidad, en esta etapa ayudada por las reglas conseguidas se profundiza, y la labor de elaboración de reglas habitualmente finaliza, sin embargo, las dudas anteriormente referidas, hacen que la intimidad tenga aspectos de ambivalencia importantes.

El poder se define como resultado de las múltiples resoluciones de los conflictos en la etapa anterior. La solución de formas y patrones de poder, y quien ejerce, provoca que las parejas caigan en tres tipos de relaciones (Berman y Lief, 1975)(17).

- A).- **Relación simétrica.** Esta es una relación entre dos personas de igual tipo de conducta, donde ambos esperan dar y recibir ordenes. Los cónyuges tienen esencialmente iguales derechos y obligaciones y los problemas más frecuentes se suscitan en este tipo de relación son los que se refieren a la competencia
- B).- **Relación complementaria.** La conducta entre los dos es diferente, frecuentemente se les describe como matrimonio tradicional, uno de los miembros predomina y manda y el otro se somete y obedece. Tiene la ventaja de desarrollar menos competitividad que las otras dos; la desventaja es el enojo y resentimiento, muchas veces profundamente enraizado; provoca la implicación que la persona que se somete y obedece es "inferior". La sumisión aumenta la inseguridad y al mismo tiempo origina hostilidad y rebeldía, que son más

horribles en cuanto se dirigen contra aquellas mismas personas a las cuales se somete (17,21).

- C).- **Relación paralela.** Los esposos alternan entre relaciones simétricas y complementarias de acuerdo a contextos diferentes y situaciones cambiantes; pueden darse mutuo apoyo y pueden competir sanamente. De acuerdo con Leder y Jacson en 1968 (17) "Es la relación más deseable en nuestra cultura".

ETAPA IV DIFERENCIACION Y REALIZACION (17)

Duración aproximada: Entre 8 y 15 años de unión

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 cónyuge, los conflictos que surgen son de dos tipos:

- A). **Diferencias en el crecimiento de los esposos:** Estas se originan cuando por una carga desigual de las obligaciones frente a los hijos, con frecuencia son las madres al tener mayores deberes con los niños pequeños, empiezan a albergar sentimientos de envidia hacia las profesiones de sus maridos, particularmente si el éxito de ellos se enfoca como mérito exclusivo de él y no se da ningún reconocimiento a su compañera. El resentimiento que esto provoca puede tener alcances como la formación de alianzas y coaliciones madre - hijos, en contra del padre, que pueden ser más o menos hostiles, con todas las consecuencias que esto implica en el desarrollo de los niños.
- B). **Diferencias en la forma de alcanzar una productividad óptima.** Esto traduciría, por ejemplo, en el tradicional conflicto sobre si la esposa debe hacer labores como ama de casa, administradora de su hogar y educadora de sus hijos, una profesión, es obvio, que el desarrollo individual de los menores dependerá del curso que siga.

Examinando los límites en este tiempo, observamos que las intrusiones externas con violaciones de éstos, provienen principalmente de relaciones extramaritales. Existe un tipo de pareja que usa mecanismos contrafóbicos en torno a las experiencias extramaritales y tienden a crear la llamada "Construcción de fortaleza", caracterizada por cuidados exagerados y celos infundados. En consecuencia, lo frecuente es que la pareja solidifique límites y así defina más su identidad como tal.

En el aspecto de la intimidad, ésta se profundiza notablemente en los "buenos" matrimonios, mientras que en los "malos" se consolida un alejamiento gradual y progresivo, al respecto Cuber y Harroff, 1966 (17) clasifica a la familia en cinco tipos:

1. Matrimonio habituado al conflicto (17).

Se caracteriza por controles rígidos, tensión y conflicto. La relación es altamente insatisfactoria y no obstante, los cónyuges están unidos por el miedo a la soledad y el pseudo poder mantenido por un constante herirse el uno al otro.

2.- Matrimonio desvitalizado (17).

Se distingue por expresiones aisladas de insatisfacción, probablemente debidas a intereses y actividades diferentes. En este tipo de interacción se aprecia apatía y frialdad; aunque abiertamente no existe conflicto, se encuentra reemplazado por falta de vitalidad y entusiasmo, ocasionalmente existe compañerismo, pero la conservación de este modelo de matrimonios proviene de principios morales, legales y por los hijos.

3.- Matrimonio que congenia en forma pasiva (17).

Este es placentero para ambos; hay que compartir en el área de intereses, pero existe también una interacción distante; los contactos interpersonales son con el exterior y los intereses de ambos son con otras personas; los cónyuges típicamente, piensan que así son por lo general los matrimonios y encuentran cierto apoyo mutuo en la relación.

4.- La relación vital (17).

Esta relación es excitante y satisfactoria, así como extremadamente importante para ambos en una o varias áreas; los cónyuges trabajan juntos con entusiasmo; el otro es visto como indispensable para el goce de cualquier actividad; dicho matrimonio, a pesar de tener conflictos ocasionales, es básicamente una unión enormemente satisfactoria y una fuerza estabilizadora en el crecimiento del individuo.

5.- El matrimonio total (17).

En términos de grados de acercamiento, este matrimonio es similar al anterior, empero, contiene más facetas; todas las actividades son compartidas y el otro es indispensable para todo, para terminar esta etapa, el aspecto del poder también después de un periodo de agudización de conflictos, se resuelve en patrones definidos de dominancia con la consolidación de relaciones simétricas, complementarias o paralelas.

ETAPA V ESTABILIZACION (17)

Duración aproximada: Entre los 15 y 30 años de unión.

Esta habitualmente ocurre entre los 40 y 50 años de edad de sus miembros, se presenta en ambos las etapas de transición de la mitad de la vida, con su

característica búsqueda del equilibrio entre aspiraciones y los logros, cristalizándose en la mayoría de los casos en un proceso de arreglo de prioridades que finalmente, conduce a una estabilización de ambos y del matrimonio. Conflictos importantes pueden surgir en esta etapa básicamente alrededor de valores variables, que implicaran diferentes apreciaciones y evaluaciones del éxito logrado y de lo que aun hace falta en términos de aspiraciones futuras. Así mismo, existen conflictos acerca de perdida de atractivos y habilidades físicas que pueden reactivar viejas dudas de lo adecuado de la selección del cónyuge, con frecuente desenlace en triángulos amorosos, con relaciones extramaritales, habitualmente con personas considerablemente más jóvenes.

Es igualmente costumbre que en esta fase se tengan hijos adolescentes y/o adultos - jóvenes; en medio del proceso, muchas veces tormentosos de la separación de los padres. Los matrimonios que más se oponen a la separación y sufren este proceso, son aquellos que desde un principio involucran a los hijos en sus conflictos. Un gran número de parejas se divorcian inmediatamente después de la salida del último hijo.

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

La intimidad se encuentra gradualmente amenazada por el proceso de envejecimiento y por la monotonía que habitualmente se presenta como concomitante al 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 el que los hijos estaban interpuestos entre la pareja.

El poder y su equilibrio varia bajo dos influencias: Una es que el poder, para con el mundo exterior, tiende a equilibrarse con el poder dentro del matrimonio, siendo este el mecanismo frecuente del débil fuera pero tirano en su casa o viceversa. La otra, es la salida de los hijos del hogar, esto afecta el equilibrio del poder de la pareja sólo si los hijos tenían alguna alianza de poder con alguno de los mismos en contra del otro. En este caso, al salir los hijos ocurren nuevos conflictos de poder similares a los de etapas tempranas, terminándose con la definición clara de la jerarquía de cada uno y con el establecimiento de alguno de los tipos de relación antes descritos.

ETAPA VI ENFRENTAMIENTO CON VEJEZ, SOLEDAD Y MUERTE (17).

Duración: Esta etapa tiene mayores variaciones que las anteriores, pero estadísticamente los acontecimientos característicos ocurren entre los 30 y 40 años de unión.

Como dice el nombre en esta etapa, los temas principales son la vejez, con su pérdida de capacidades físicas e intelectuales, con la soledad por la partida de los hijos del hogar; las muertes graduales de parientes y amigo, y con el rechazo que existe en el mundo hacia los ancianos en general; dichos 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.

Cualquiera que sea la fuente de tensión, los integrantes de la pareja tienen muchas necesidades de apoyo y cariño uno del otro. Irónicamente, es este el tiempo, cuando la muerte los priva con mayor frecuencia de lo que más necesitan, y tienen entonces que enfrentar la aguda y desconocida soledad de la viudez.

En ella los conflictos son menos frecuentes, ya que generalmente la pareja se ha estabilizado en líneas de poder e intimidad, y el tipo de relación se ha definido de manera más clara en la mayoría de los casos. Fuentes potenciales de conflicto serían las necesidades insatisfechas de apoyo y de cariño. Como resultado de la insatisfacción es cotidiano la reactivación de viejos temores de abandono y deserción, con menoscabo de autoestima ante la soledad real o fantaseada y por esta pérdida se origina la disminución del potencial sexual y/o atractivo físico.

En esta etapa las parejas tienden a fortalecer sus límites, como respuesta a las amenazas antes mencionadas; existiendo el peligro de caer en lo que sería un exceso de límites, perdiéndose puntos de contacto con el mundo exterior, creándose una situación de aislamiento que puede llevar a deteriorar a la pareja.

En la intimidad, existen sentimientos de renovación de su valor, sobre todo frente al pensamiento de una cercana separación definitiva. En muchos matrimonios esta dimensión se solidifica notablemente en esta etapa tan inexorable final; la cuestión del poder habitualmente esta definida y ya libre de conflictos.

2) RELACION DE LOS PADRES CON LOS HIJOS (17).

Esta relación tiene dos componentes o aportaciones, que son la de los padres con sus hijos y la de los hijos con sus padres; el primer componente ha sido con mucho el más estudiado y descrito en la literatura; por otro lado, es raro encontrar citas bibliográficas que analicen las influencias del niño fácil o difícil en el desarrollo de la mamá como madre; es decir, es más fácil ser buena mamá de un niño fácil, y más cotidiano y factible ser mamá gritona e irritable de un niño hiperactivo, hecho que hace resaltar la importancia del aporte de los hijos a la interacción entre éstos y sus padres.

1.- Periodo anterior a la llegada de los hijos (17).

Son de gran importancia en esta etapa los factores que culminan con la decisión de ser padres, ya sea que esto se planee activamente o se tome una actitud pasiva respecto a los métodos contraceptivos, que en muchos casos conducen al embarazo; los elementos a considerar serian factores del desarrollo individual de los miembros de la pareja y de estos como pareja; pues la combinación de estos elementos conducen básicamente a dos tipos de situaciones para la llegada de los hijos, que son: adecuada e inadecuada.

a).- Adecuada. La planeación del momento de ser padres no significa intrínsecamente que, el momento de ser padres es el adecuado, la situación sólo se definirá como adecuada cuando las relaciones entre la pareja, si bien no libre de conflictos, se encuentra dentro de los límites de poseer mecanismos adecuados de solución de esos conflictos que permitirán continuar su crecimiento y desarrollo como padres, sin estancarse en problemas de poder, intimidad o límites

b).- Inadecuada. Es cuando el embarazo ocurre en una pareja con mecanismo ineficaces de resolución de conflictos, con luchas constantes e infructuosas de poder y jerarquía, con defectos marcados en la intimidad que conduce a estados de frustración constante, no hablados entre la pareja.

Otros de los aspectos que se deben destacar en este punto, es el constituido por las expectativas de los padres en el hijo, y en que medida estas expectativas son realísticamente orientadas y no basadas en necesidades neuróticas o bien sean producto de conflictos personales no resueltos.

La parte aportada por los hijos a la relación padre - hijos antes de nacer, es mínima o nula.

2.- Periodo de crianza de los hijos.

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

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

- La personalidad de los padres y su grado de madurez individual influyen en esta relación, así tenemos, por ejemplo, que padres impulsivos se relacionan en forma diferente con sus hijos pequeños, que los padres mesurados o reflexivos.
- La diferencia en cuanto a la satisfacción de diversas necesidades resalta significativamente.
- Su nivel de desarrollo como pareja
- Factores económicos y sociales.

Los padres derivan satisfacciones importantes en esta etapa, muchas de ellas obedecen a resolución de conflictos antiguos y redefiniciones en su postura frente a sus propias familias de origen, con la experiencia de ser padres se amplían muchas vivencias y se complementan con nuevas sensaciones de autonomía y reafirmación de la independencia. Hay también experiencia de sentido de responsabilidad. El mero crecimiento físico del niño es motivo de un gran orgullo para los padres, lo mismo que la observación de sus progresos en las áreas emocional e intelectual; en esta fase de la relación, el aporte de los hijos está determinado en gran parte por su dotación biológica y su temperamento.

3.- Periodo de crianza de los hijos en etapa de lactancia y adolescencia (17).

Esta es 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.

El aporte de los padres sigue estando sujeto a las influencias de su propio desarrollo como individuos y como pareja, se compone básicamente por la continuidad de apoyo material y afectivo para los hijos y por la definición de un marco claro de referencia sobre el cual el niño modera sus valores y resultara un ser integrado o rechazado socialmente; al mismo tiempo, los padres proveen los modelos básicos de socialización transmitiendo los valores de la cultura.

Como se menciona anteriormente, los hijos pueden desequilibrar las diversas dimensiones de equilibrio entre los padres, ya sea directa o indirectamente. Lo hacen de manera directa cuando se involucran en la relación de sus padres y contribuyen a formar alianzas disfuncionales es fácil ver como este tipo de alianzas perturba dimensiones como poder o intimidad, de manera indirecta, cuando debido a la mayor definición de los rasgos de la personalidad, no es infrecuente que el solo hecho parecerse en cuanto a actitud, modo de relacionarse, etc. haga que las relaciones con el padre parecido y con el padre diferente tomen matices peculiares de acuerdo como va la relación entre los padres

Uno de los aportes característicos de los hijos en esta etapa consiste en cuestionar los valores de la familia y en particular de los padres; tal cuestionamiento puede tener consecuencias notables tanto para los padres como para los hijos, influyendo de manera decisiva en el desarrollo individual.

Muchísimos padres, cuyo aporte ha sido positivo en épocas anteriores empiezan a fallar en ésta, muchas veces totalmente horrorizados por los nuevos valores de sus hijos que van desde el largo del pelo, la ropa, las creencias, el modo de divertirse, la sexualidad, etc.. Esta etapa es la tan mencionada brecha entre las generaciones y en términos de desarrollo familiar, podemos decir que es inevitable, aunque su desenlace tiene enormes variaciones que dependen fundamentalmente del grado de tolerancia y adaptabilidad de ambas partes. El resultado final de la confrontación varía desde familias que se enriquecen con los nuevos valores de

los adolescentes y se adaptan a ellos, facilitando el desarrollo de la autonomía e independencia en los hijos, hasta familias con características de sistemas cerrados que resisten el cambio y se atrincheran en sus posiciones contra el adolescente, quien a su vez reacciona con rebeldía manifiesta con frecuencia en conducta sintomática

De nuevo vemos que no podemos hablar del periodo de lactancia y adolescencia en el desarrollo sin tomar en cuenta el sistema total, es decir, las características de la familia y su estado de desarrollo

4.- Etapa posterior a la partida de los hijos (17).

Al partir los hijos, inevitablemente la relación entre estos y sus padres sufren cambios, y nos encontramos en un periodo que corresponde y se confunde con la nueva generación, con las primeras etapas en el desarrollo de la pareja, y en la generación de los padres, con la quinta y sexta etapa de este mismo desarrollo; es decir, que el estudio del desarrollo de los padres y de los hijos, si lo tomamos por separado, ya ha sido descrito con anterioridad al ocuparnos de la evolución en tiempo de la relación de los padres entre si. Por otro lado, si lo tomamos en conjunto, vemos que esta etapa de relación de los padres con los hijos esta caracterizada por la formación de reglas y condiciones para el funcionamiento de tres familias independientes a partir de dos originales, si al irse los hijos, estos se casan. Por otro lado, existe una situación parecida en cuanto al restablecimiento de reglas y condiciones si los hijos meramente se independizan sin casarse.

Sea cual sea la situación de los padres, tienen que aprender la difícil meta de amar sin interferir, situación diferente a la que estaban acostumbrados, en la que el amor a los hijos los obliga a intervenir activamente en su formación. Este giro total de intervenir por amor a no intervenir por la misma razón, es una situación ideal, no siempre alcanzable por los padres y a este respecto, se puede hablar de tres tipos de padres:

- a) Los que se acomodan a esta nueva situación espontáneamente, después de un periodo de transición, pasando el cual, padres e hijos redefinen su relación y continúan creciendo.
- b) Los que tratando de adaptarse entran en periodo de transición. Y se atascan necesitando ayuda externa para redefinir la relación, esta ayuda externa puede provenir de un profesional, pero no siempre es el caso; en ocasiones la ayuda proviene de las circunstancias y consiste en mudarse a otra ciudad o en la intervención de alguna persona con autoridad como sacerdotes, maestros, etc.
- c) Aquellos que nunca llegan a redefinir la situación con o sin ayuda, en la mayor parte de los casos, esta situación se debe a una disfunción entre la pareja con intromisión de uno de los hijos en este conflicto.

Como hijos, la relación con sus padres puede ser una fuente de apoyo afectivo y de seguridad; pero para que sea funcional, se necesita que ese apoyo material o emocional no sea indispensable para su propio crecimiento y buen funcionamiento.

Lo más importante es toda evolución de la relación padres-hijos, es el establecimiento de buenos límites intergeneracionales; una razón para violación de estos o para la pobreza en la diferenciación de los mismos, estriba en que existen conflictos a nivel de los padres, con débiles mecanismos de resolución; situación que se equilibra con la inclusión de los hijos en el conflicto conyugal; a esto Minuchi (17), en 1978 ha descrito cinco modelos frecuentes de como los hijos se involucran en el conflicto conyugal de sus padres.

1) Triangulación.- Los padres en conflicto exigen la lealtad del hijo, creando una situación imposible para él, ya que no se puede ser fiel a uno de los padres sin traicionar al otro.

2 y 3) Coaliciones estables.- El conflicto entre los padres es similar al ejemplo anterior, pero en estos dos modelos, el niño se alía definitivamente a uno de los padres (comúnmente a la madre), la diferencia entre el modelo dos y tres, estriba en la conducta del padre excluido, quien continúa esforzándose por ganarse al hijo en el modelo dos y en el tres acepta la situación y permanece al margen.

4) Desviación del ataque.- el conflicto es manejado por la pareja uniéndose contra el chico, quien mediante un proceso de "chivo expiatorio" (Bell & Voguel, 1961) (17) es definido como el malo o el problema de la familia.

3) RELACION DE LOS HIJOS ENTRE SI (3)

La influencia de los diferentes tipos de relaciones entre los hijos en el desarrollo individual es indiscutible. Mucho se ha escrito de la rivalidad entre hermanos como influencia troqueladora de diversas características de personalidad, tales como la tolerancia a la frustración, capacidad para competir de manera constructiva, celos, etc.

Como desarrollo familiar total, un factor transcendental en la relación de los hijos entre sí, es el lugar que ocupan respecto a los otros hijos y el sexo de cada uno ; quien más a estudiado estos aspectos es Walter Toman, en 1969 (17) quien ha sacado conclusiones interesantes de rasgos de carácter personal y su relación con los factores antes mencionados en investigaciones de familias europeas y series de más de 3,000 familias.

Toman sostiene que durante el desarrollo uno de los factores de más importancia y más frecuentemente ignorado, es la constelación familiar; entre otras palabras, que en la misma familia es completamente distinta la influencia que sobre el desarrollo del individuo representa ser el hijo menor o el mayor, etc. Esto es fácil de entender, pues es un hecho que la constelación de la familia durante el

desarrollo, es la que nos hace como somos, es decir, que los ingredientes de esta influencia son las personas a nuestro alrededor, las que viven con nosotros y nos influyen todos los días.

Un examen detallado de nuestras relaciones tempranas, tienden a enfatizar la relación con nuestros padres y poco con nuestros hermanos y hermanas o con la carencia de estos; a pesar que las relaciones pueden ser más decisivas en le modelos de nuestra personalidad que la misma relación con nuestros padres, es un hecho que en las familias los hijos pasan más tiempo en relaciones interpersonales con sus hermanos que con su padres, excepto en el caso del hijo único.

Otros estudios de constelaciones familiares (Mc Artur,1956, Schachter,1964, y Rosen,1961) (17), sugieren datos interesantes como por ejemplo, que los hermanos menores son más sociables que los mayores pero que estos mayor probabilidades de éxito y más cualidades de líderes

Una gran variedad de explicaciones se ofrecen, por ejemplo, que los hermanos menores tienden a desarrollar más habilidades sociales para ser aceptados por sus hermanos mayores, o que al recibir menos atención por parte de los padres, la buscan más por parte de los hermanos. El supremo éxito de los hermanos mayores podría ser el resultado de grandes responsabilidades con sus hermanos menores, mejor atención por parte de los padres y el hecho de que por algún tiempo fueron hijos únicos.

El tamaño de la familia, también nos da datos de interés Elder, 1963 (17), es decir, que es diferente crecer en una familia pequeña que en una grande, por supuesto, hay que tomar en cuenta que su tamaño es determinado por los padres (Rossi,1967) (17), y existen diferencias importantes en chicos de familias pequeñas, en la que los padres deseaban una familia pequeña y aquellas familias pequeñas en la que los padres la deseaban grande y no fue posible por diversas

razones; es claro, que en ambas se ve una baja posibilidad de hijos no deseados y que, en el segundo caso, los padres toman un particular interés en sus pocos hijos. De cualquier modo, sabemos que los padres de familias pequeñas son los que conscientemente presentan orientaciones fuertemente positivas con sus hijos; de igual modo las familias grandes, lo sean porque los padres así lo deseaban, o porque tuvieron más hijos de los deseados, tienen más altas posibilidades de incluir niños no deseados entre los hijos menores y volviendo a lo mencionado anteriormente, es posible que la habilidad que encontramos en los hijos menores, para socializarse, sea una manera de conseguir atención y afecto de sus padres con menos disponibilidad. Ahora bien, un problema de la familia es una situación en la vida familiar, en la cual su opinión o en la de un observador entrenado, constituye una amenaza al bienestar emocional o físico de la unidad familiar o en su continuidad como una entidad funcional (24).

Existen dos tipos de amenazas para la familia que son:

Amenazas instrumentales.- Son aquellas que surgen en los aspectos "mecánicos" de la vida, tales como: económicos, físicos, de salud, etc. Ejemplos de amenazas instrumentales: el padre esta fuera, sin trabajo o el niño esta crónicamente enfermo(24).

Amenazas afectivas.- Son aquellas que involucran y amenazan los aspectos emocionales de la vida familiar. Ejemplos de esta son: el niño esta trastornado; una interacción en marcha esta perturbada y distorsionada (24).

Solucionar el problema: se refiere a los patrones de enfrentamiento utilizados por la unidad familiar en el trato con los tipos de amenazas antes mencionados. Ahora cabe mencionar que los problemas instrumentales y afectivos interactúan entre si, el único fin de la diferenciación antes mencionada es de investigación. Estas dos situaciones de amenaza se presentan en las familias en las que un

elemento se encuentra en el problema de diálisis peritoneal continua ambulatoria, ya sea un hijo o uno de los padres.

Se ha tratado de ver de una manera general, lo que es una familia, su ciclo vital, su enfoque sistémico y sus posibles crisis. Ahora bien, es difícil y relativo distinguir a las familias mentalmente **sanas** de las **enfermas**; pero pueden distinguirse algunos componentes del funcionamiento familiar que son básicamente **sanos** de otros que no lo son; para ello se debe partir del concepto **salud**, diferenciándolo de la **normalidad**. si esta posición requiere algunas justificaciones: **normalidad** es un concepto que con frecuencia parece significar no presentar ningún tipo de **problemas**. Por ejemplo, cuando buscamos en una computadora bibliografía acerca de una familia "normal", encontramos que este término no es una categoría, no tiene que especificar "no reconstituida", "no psiquiátrica", "no alcohólica"; cuando se define a la familia de esta forma negativa "normal" no es un concepto muy útil; una familia "normal" se describe como la que no tiene un número equis de problemas; pero no existe un estado positivo acerca de que es una familia "normal". Otra postura común ha sido equiparar lo "**normal**" con datos estadísticos; desde este punto de vista, las mediciones se hacen tomándose de alguna muestra de la población y el promedio es tomado como representativo de la misma, pero existe el problema acerca de la realidad de los resultados, ya que por ejemplo, si el promedio de discutir los problemas financieros entre marido y mujer es de una vez a la semana, esto nos dice mucho acerca de todas las familias, ya que algunas, dependiendo de su situación quizá requiera tratar el asunto financiero más de una vez a la semana y no se puede asegurar que estén funcionando mejor o peor que la que discute una vez por semana. Y el concepto es **salud**, desde el punto de vista dinámico, nos señala el equilibrio armónico y adecuado de las funciones del individuo que le permite un desarrollo óptimo de sus potencialidades, y desde el criterio clínico nos señala la ausencia de enfermedad (22).

Dentro de sistema familiar actúan fuerzas positivas y negativas determinantes del buen o mal funcionamiento de esta unidad biológica natural; Jakson dió a este

conjunto de fuerzas el nombre de **dinámica familiar** y le atribuyo un **papel primordial** en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar (4).

El término funcional es definido por muchos autores en base a sus propias corrientes ideológicas, como por ejemplo:

Leopoldo Chagoya, define a una familia funcional como aquella en la cual los hijos no presentan trastornos graves de conducta y los padres no están en continúa lucha. Algunos aspectos que toca este autor en cuanto a la funcionalidad familiar son (25-26):

1.- **Expresión de sentimientos** (ternura, cólera, depresión, incertidumbre, individualidad y dependencia), los cuales son expresados de manera libre y todos participan en su solución. En patología existen incapacidad de los miembros para expresar dichos sentimientos y los problemas no son adecuadamente solucionados

2.- **La disolución como meta.** Una familia funcional es aquella en que los padres se preparan poco a poco a la separación de los hijos a medida que estos crecen. En una familia disfuncional mientras más crecen los hijos más se angustian y deprimen los padres ante la posibilidad de **perder la compañía, el apoyo y la admiración de los hijos.**

3.- **Comunicación.** En una familia funcional los mensajes son claros y directos, en tanto que en la disfuncional, se hacen enmascarados, indirectos o desplazados probablemente por miedo a perder el amor o la estimación de los otros.

4.- **Roles o papeles familiares.** En una familia funcional, los roles tradicionales se conservan de manera flexible, en tanto que en la disfuncional estos no tienen posibilidad de cambio y sus límites son muy rígidos o poco claros.

5.- Límites y rebelión. En la familia funcional el padre o el miembro de la familia indicado marcara límites de conducta tratando de mejorar el desarrollo de los demás integrantes; en la disfuncional no existen estos límites por inseguridad de los padres o del miembro indicado.

6.- Patología individual. Estudio hecho por Westkey y Eptein (25-26) demostraron que en familias donde un miembro era afectado física o emocionalmente, si existía equilibrio en los roles familiares y si los padres se daban apoyo y respeto, los hijos eran individuos sólidos sin patología invalidante.

7.- Satisfacción. Para evaluar si una familia es "funcional" o "disfuncional" sin mirar su capacidad de cuestionar las injusticias sociales, se debe considerar el grado de satisfacción que sus miembros encuentran entre sí y si además, la manera de funcionar de ellos, no los pone en conflicto con la sociedad. Si un mismo rasgo produce satisfacción en una familia e insatisfacción en otra, ese mismo rasgo es normal para la primera y anormal para la segunda (25-25)

Gabriel Smilkstein (27-28), define la funcionalidad familiar como sigue: Es un grupo psicosocial que consta de un paciente y una o más personas, niños o adultos, en la cual hay una comisión de los miembros para educación de los otros. Para establecer los parámetros de funcionalidad familiar, menciona cinco componentes básicos y los clasifica en (27-28):

1.- Adaptabilidad: Es la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando su equilibrio es forzado o violado.

2.- Asociaciones: Es la participación de responsabilidad del trabajo y educación por los miembros de la familia.

3.- Progresión: Es la maduración física y emocional, plenitud misma que es llevada a cabo por los integrantes de la familia a través del apoyo mutuo y dirección adecuada.

4.- Afecto: Es referente a las relaciones de cuidado y cariño que existen entre los componentes de la familia.

5.- Acuerdos y decisiones: Consiste en la tarea de dedicar tiempo a todos los integrantes de la familia para su educación física y emocional. Usualmente ello también involucra una decisión de participación de la riqueza y espacio.

Framo (19) en 1981 delinea algunos principios ideales del funcionamiento familiar, que son:

1.- Que cada uno de los padres este bien diferenciado y que haya desarrollado suficientemente su independencia emocional antes de separarse de sus familias de origen para fundar un nuevo hogar.

2.- Que exista una separación clara de los límites generacionales de la familia, es decir, que los padres se comporten como padres y los hijos de comporten como hijos.

3.- Que sea mayor la lealtad a la familia de procreación que a la familia de origen.

4.- Que lo más importante para cada uno sea su pareja, y que los niños no sientan que al acercarse a uno de sus padres se separa del otro

5.- Que el desarrollo de la autonomía y de la identidad personal sea favorecida para todos en la familia. El desarrollo Adecuado de los hijos significa que ha determinada edad, innegablemente abandonaran el hogar para formar uno nuevo.

6.- Que existan expresiones de cariño y afecto no posesivo entre padres, hijos y hermanos.

7.- Que sean capaces de comunicarse en forma clara y honesta.

8.- Que los padres tengan sus propios padres y hermanos una relación de respeto y cuidados de tipo adulto.

9.- Que la familia sea lo suficientemente abierta para permitir que sus miembros se involucren y comuniquen con otras personas.

Virginia Satir (15), utiliza los siguientes criterios para determinar el grado de funcionalidad de una familia:

1.- Comunicación. En una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara (los mensajes pueden ser entendidos), directa (sin generalizaciones inadecuadas), congruentes (compatibles los mensajes verbales con los no verbales), confirmada (el interlocutor confirma que entendió) y de esta manera es retroalimentada. En cambio en una familia disfuncional, la comunicación tiende a ser oscura, indirecta, inespecífica, e incongruente.

2.- Individualidad. La autonomía de sus miembros se respeta en la familia funcional y las diferencias individuales, no solo son toleradas sino estimuladas para favorecer el crecimiento individual de cada uno del grupo familiar.

3.- La toma de decisiones. La búsqueda de la solución más adecuada para cada problema es de mayor relieve que la lucha por el poder; en una disfuncional, el parámetro más importante es quien va a salirse con la suya, y como consecuencia, los problemas tienden a no ser resueltos porque nadie quiere perder.

4.- Respuesta ante las demandas de cambio. Un sistema familiar funcional es lo suficientemente flexible, como para cambiar cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que se puede conservar la homeostasis.

Al respecto, Mc. Master identifica actualmente 7 parámetros que se clasifican de la siguiente manera (15-22):

- 1) **Solución de problemas.** Se refiere a la habilidad de la familia para resolver problemas (resultado de las amenazas hacia la integridad y capacidad funcional de la familia), en un nivel que mantenga efectivamente su funcionamiento.
- 2) **Comunicación.** Los seres humanos siempre nos comunicamos, todo gesto o actitud a otro es comunicación, como no podemos dejar de tener éste tipo de conductas, es evidente que siempre nos comunicamos y esta comunicación puede ser:
 - Verbal y no verbal
 - Instrumental y afectiva.

Hay comunicación verbal cuando se establece con el habla o la palabra; la no verbal se transmite a través de actitudes o conductas.

La comunicación instrumental se refiere a los aspectos físicos o materiales; la afectiva se relaciona con los aspectos emocionales. Para que la comunicación sea funcional debe ser clara, directa, congruente, confirmada y retroalimentada.

- 3) **Roles.** Que tengan características de tipo funcional, es decir, que el rol sea flexible, aceptado, complementario, satisfactorio, claro e intercambiable en situaciones de crisis.

- 4) **Expresiones de afecto.** Emociones de malestar y de bienestar son expresados en forma abierta y congruente con el estímulo verbal, o sea, si existe enojo se expresa con enojo, si hay tristeza se manifiesta con tristeza, etc. y la familia lo permite por que no pasara nada una vez expresado.
- 5) **Involucramiento afectivo.** Dependerá de la etapa del ciclo vital individual y familiar, ya que no hay el mismo involucramiento afectivo entre padres e hijos cuando estos son lactantes y escolares o bien, cuando son adolescentes adultos.
- 6) **Control de la conducta.** Es la forma en que la familia expresa y mantiene los niveles de conducta de sus miembros, existiendo cuatro tipos de control:
- RIGIDO.- No hay posibilidad de cambio hacia cierta actitud.
 - FLEXIBLE.- Hay posibilidades de cambio de acuerdo a las circunstancias.
 - LAIZE FAIRE - Lo que se permite siempre, no se permite cuando el que imparte el control se encuentra enojado por ejemplo.
 - CAOTICO.- Cada miembro de la familia hace lo que quiere (6-22).

Para David Olson, Douglas Sprenkle y Candice Risell (15), la funcionalidad familiar se basa en dos dimensiones tomadas del modelo circunflejo que ellos mismos describieron y en el cual identifican los tipos de familia con 16 tipos diferentes niveles de funcionalidad. La primera dimensión de la cohesión familiar y que es definida como lazos emocionales que tienen los miembros de la familia unos con otros, y el grado de autonomía que una persona experimenta en el sistema familiar (15)

Un alto nivel de cohesión significa una sobre identificación con la familia, resultante de lazos externos y autonomía personal limitada (**Amalgamiento**) (15).

Un bajo nivel de cohesión existe cuando hay una escasa identificación con la familia, resultante de lazos débiles y autonomía individual acrecentada (**Desvinculación**) (15)

Un nivel balanceado de cohesión significa identificación con la familia, resultante de lazos y autonomía flexibles.

Algunas variables específicas pueden usarse para valorar el grado de cohesión familiar y son: **lazos emocionales, independencia, límites, coaliciones, tiempo, amistades, toma de decisiones, intereses y recreaciones**, entre otros(15).

La segunda dimensión del modelo circunflejo es la **adaptación** que se define como el grado de flexibilidad del sistema familiar y la forma en que se realizan los cambios; por lo tanto, representa la habilidad de dicho sistema familiar o marital para cambiar su estructura en cuanto a roles y reglas en respuesta a situaciones de stress. Las variables específicas que se usan para valorar el grado de adaptabilidad familiar son: **poder familiar** (control y disciplina), **estilo de negociación, relación de roles y relación de reglas**, los extremos de esta dimensión son poca adaptación (modelos rígidos), y la alta adaptabilidad (modelo caótico) (15).

Para ambas dimensiones los niveles intermedios como balanceados o moderados son los más adecuados para un mejor funcionamiento familia y los niveles extremos son muy problemáticos tanto par la pareja como para la familia (15).

Todos estos parámetros son empleados en el cuestionario Fases II que se utilizará en el Estudio de la Funcionalidad Familiar en familias con miembro incluido en el Programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulante del Hospital General de I.S.S.T.E. de Pachuca de Soto, Hgo.

5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Siendo la I.R.C. la manifestación final de diferentes padecimientos crónicos degenerativos, sistémicos y locales como la diabetes, hipertensión arterial sistémica, obstrucciones o infecciones de aparato genito-urinario; mismos que día con día van aumentando su frecuencia; tomando como ejemplo el hecho de que en la Unidad de Medicina Familiar del I.S.S.S.T.E en Tula de Allende, Hgo., se encuentra bajo control un total de 81 pacientes diabéticos (registrados) que corresponde al 2.4 % de la población total de esta unidad; 117 pacientes hipertensos (3.4 %) y que las infecciones de vías urinarias se reportan mensualmente dentro de las 10 primeras causas de consulta, mismo que entran dentro de los pacientes con posibilidad de presentar I R C y que de acuerdo a su evolución son tributarios de ser considerados a integrarse a un programa de rehabilitación como lo es la **Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria**

Por lo tanto si se toma en consideración los estudios realizados por Virginia Satir, Mc. Master, Davis Olson, Douglas Spreke y Candy Rusell (15-22), en la que mencionan: Si en una familia se presenta un padecimiento crónico este producirá una crisis, pudiendo provocar una alteración en la funcionalidad familiar, de acuerdo al rol que desempeña el miembro de la familia que presente este padecimiento, a la época del proceso existencial o ciclo vital en el cual se encuentre la familia; y si a este evento o crisis le agregamos que el paciente es tributario de ingresar en un programa de rehabilitación como lo es la D P C A.; el cual implica mayor atención a un miembro de esa familia, esto desencadenará una crisis anormal o intercurrente, que podrá producir cambios en las costumbres, roles y actividades de los integrantes de dicha familia, pudiendo manifestarse por alteraciones de la dinámica familiar.

Si a estas familias le aplicamos el cuestionario Fases II, que estudia la funcionalidad y dinámica familiar (cohesión y adaptabilidad a través de diferentes

variables como son lazos emocionales, toma de decisiones, intereses, disgregación (desinterés por la familia), disciplina y reglas.)

¿Qué tipos de funcionalidad familiar se presentan en familias con un miembro incluido en el Programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulante del Hospital General I.S.S.T.E. de Pachuca de Soto, Hgo ?

6.- JUSTIFICACION.

Aunque en México no contamos con estadísticas confiables sobre la incidencia de la **Insuficiencia Renal Crónica**, las referencias bibliográficas (7-12) coinciden en que en Estados Unidos es de 200 casos por cada millón de personas cada año o cerca de 45,000 americanos al año. Pacientes que tratan de acuerdo con el estado de alteración renal, con apoyo dietético, tratamiento medicamentoso y en casos terminales con rehabilitación (Diálisis Peritoneal en sus diferentes modalidades o hemodiálisis) con el fin de mejorar la sobrevida de los pacientes con I.R.C.

Este estudio se realizará en el Hospital General del I.S.S.T.E. de la Ciudad de Pachuca de Soto, Hgo.; cuya derechohabencia esta conformada por la población rural, suburbana y urbana, diseminada en los diferentes asentamientos del Estado de Hidalgo, en donde existen dependencias gubernamentales a quienes otorga el servicio médico esta Institución, teniendo como centro hospitalario de concentración el Hospital General de Pachuca. Lugar donde se encuentran 26 familias con un integrante incluido en el programa de D.P.C.A. y en el cual durante el año de 1995 ingresaron pacientes con I.R.C.; siendo la tercera o cuarta causa de internamiento, distribuida durante el año y de manera mensual como sigue:

ENERO

1. Parto normal	12.27 %
2. Cesáreas	12.01 %
3. I.R.C.	6.53 %

FEBRERO

1. Partos.	13.41 %
2. Cesáreas.	10.06 %
3. Complicaciones del embarazo.	6.70 %
4. I.R.C.	5.87 %

MARZO

1. Parto normal	13.76 %
2. Cesáreas	11.01 %
3. Complicaciones del embarazo.	5.50 %
4. I.R.C.	5.50 %

ABRIL

1. Cesáreas	14.68 %
2. Parto normal	11.50 %
3. Complicaciones del embarazo	6.08 %
4. Miomatosis uterina	6.08 %
5. I.R.C.	5.11 %

MAYO

1. Cesáreas	12.74 %
2. Parto normal	13.22 %
3. Complicaciones del embarazo	5.77 %
4. Fracturas	6.25 %
5. I.R.C.	4.57 %

JUNIO

1. Cesáreas	10.97 %
2. Parto normal	14.46 %
3. Colecistitis	4.24 %
4. Fracturas	4.74 %
5. I.R.C.	4.24 %

JULIO

1. Cesáreas	10.97 %
2. Parto normal	12.47 %
3. Fracturas	4.74 %
4. I.R.C.	3.35 %

AGOSTO

1. Parto normal	14.83 %
2. Cesáreas	12.38 %
3. I.R.C.	6.55 %

SEPTIEMBRE

1. Parto normal	12.65 %
2. Cesáreas	15.09 %
3. I.R.C.	6.57 %

OCTUBRE

1. Parto normal	13.88 %
2. Cesáreas	12.68 %
3. I.R.C.	5.74 %

NOVIEMBRE

1. Parto normal	11.74 %
2. Cesáreas	13.54 %
3. Complicaciones del parto.	6.32 %
4. I.R.C.	4.97 %

DICIEMBRE

1. Parto normal	12.68 %
2. Cesáreas	8.78 %
3. Fracturas	7.07 %
4. I.R.C.	6.10 %

Así mismo la mortalidad hospitalaria del año de 1995 es como sigue:

En el mes de Enero 16. Febrero 11 en total y 1 por I.R.C. Marzo 1 por I.R.C. Abril 5, 2 por I.R.C. Mayo 11, 1 por I.R.C. Junio 7, 2 por I.R.C. Julio 7, 1 por I.R.C. Agosto 3. Septiembre 1, 1 por I.R.C. Octubre 13, 1 por I.R.C. Noviembre 13. Diciembre 12.

Analizando estos resultados estadísticos encontramos que la I.R.C. se encuentra ubicada dentro de las cinco primeras causas de internamiento en el Hospital General del I.S.S.T.E. de Pachuca, y con respecto a la mortalidad total anual (129 defunciones), el 9.3 % corresponde a la I.R.C.

Así mismo los avances tecnológicos han permitido adaptar los procedimientos de Diálisis Peritoneal, empleándose actualmente la **Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua** (C.P.C.A.) que permite al paciente reintegrarse a la vida familiar y no permanecer por más tiempo hospitalizado; aumentando el número de pacientes que ingresan al programa de **D.P.C.A.**, situación que podrá causar en la familia una crisis anormal (4) modificando la funcionalidad de la familia, por lo que es necesario el estudiar las familias de estos pacientes y así poder ayudar en la prevención de dichas alteraciones, dar tratamiento específico de tal manera que el ciclo vital (4) se lleve a cabo sin alteraciones (normalmente). Así mismo puedan controlar de manera más eficaz las complicaciones del procedimiento (D.P.C.A.) que puedan llevar a la muerte al paciente.

7.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

De este estudio es conocer cuales son las alteraciones funcionales de la familia propiciadas por la presencia de un miembro con padecimiento crónico, que amerita atención prioritaria (C.P.C.A.) aplicando el cuestionario Fases II. Modelo Circunflejo de Clasificación Familiar.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Clasificar las alteraciones funcionales de la familia con un miembro incluido en el programa de **Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (D.P.C.A.)**.

- A) Primer eje o dimensión histórica longitudinal: Que registra disfunción en relación con la época de desarrollo en que se encuentra la familia en estudio.
- B) Segundo eje: Que registra las disfunciones entre uno o más miembros de la familia.
- C) Tercer eje o dimensión global: Comprende todas las disfunciones que conciernen a la familia, como son: comunicación, división de roles, límites entre los individuos y sistemas, organización etc.

8. HIPOTESIS.

De acuerdo al tipo de estudio que se trata, no es necesaria la hipótesis.

9.- METODOLOGIA O DISEÑO DEL ESTUDIO.

TIPO DE ESTUDIO. El presente es un estudio clínico, transversal y descriptivo.

TIPO DE POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.

Se aplicará el cuestionario Fases II a las familias (26 en total) con un integrante incluido en el programa de **Diálisis Peritoneal Ambulatoria** del Hospital General del I..S.S.S.T.E. de Pachuca de Soto, Hgo

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

El total de familias (26) con un integrante incluido en el programa de **D.P.C.A.** del Hospital General I.S.S.S.T.E. de Pachuca de Soto, Hgo.

CRITERIOS DE INCLUSION.

- Familias nucleares.
- Con un miembro en programa de D.P.C.A. del Hospital General I.S.S.S.T.E. EN PACHUCA, HGO. (1995).
- Que no este cursando con una crisis intercurrente.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Familias extensas y extensas compuestas.
- Con un integrante del sistema familiar con patología orgánica.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

- Familias que durante la evaluación presente un evento que provoque una crisis intercurrente. Ejemplo: muerte de algún miembro.

DEFINICION DE VARIABLES DE INVESTIGACION.

- **FAMILIA NUCLEAR:** Es aquella constituida por padre, madre e hijos.
- **CRISIS INTERCURRENTE:** Son aquellos eventos que se originan dentro del sistema familiar, producto de causas ajenas al CICLO VITAL.
- **DINAMICA FAMILIAR:** Es el conjunto de fuerzas tanto positivas como negativas, que influyen en el comportamiento de cada miembro de una familia (lazos emocionales, límites familiares, coaliciones, espacio, amigos, toma de decisiones e intereses, afirmación, dirección, negociaciones, roles, reglas).

10.- LOS PROCEDIMIENTO DE MEDICION, PARA CAPTAR LA INFORMACION.

Se visitaron los domicilios de las 26 familias registradas en el programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulante del Hospital General del I.S.S.S.T.E. de Pachuca de Soto, Hgo., aplicándose el cuestionario a los integrantes mayores de 12 años que se encontraron en el domicilio en el momento de practicarse éstos; dichas visitas a la aplicación de los cuestionarios fueron realizadas por el investigador - autor, personal de enfermería de la U.M.F. I.S.S.S.T.E. de Tula, Hgo., durante el tiempo programado en el cronograma elaborado para llevar a cabo este trabajo de investigación.

Se aplico el cuestionario Fases II (Cuadro 1), mismo que se basa en el modelo circunflejo de clasificación familiar, modelo utilizado por psicólogos, antropólogos, terapeutas y demás profesionistas que trabajan con familias, que valoran sus dimensiones familiares, con 16 tipos de funcionalidad (Cuadro 2), por lo que se da una amplia idea de la dinámica familiar, consta de 30 items, 16 se refieren a la dimensión de cohesión y 14 a la adaptabilidad; existen 2 items para cada uno de los 8 conceptos relacionados a cohesión, lazos emocionales, límites familiares, coaliciones, espacio, amigos, toma de decisiones e intereses y recreación. Existen 2 o 3 items de los 6 conceptos relacionados con la adaptabilidad, afirmación, dirección, disciplina, negociaciones, roles y reglas (15), dicho cuestionario debe aplicarse a mayores de 12 años de edad.

Cuadro 1

No. de encuesta _____

Sexo (1 Masculino, 2 Femenino) _____

Edad _____

Nombre _____

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario esta formado por preguntas que se refieren a situaciones familiares.

Se trata de que usted, sobre la base de lo que sucede en la familia califique cada una de estas preguntas; se presenta una escala de cinco puntos o posibles calificaciones.

- 1.- Nunca
- 2.- Una que otra vez
- 3.- Algunas veces
- 4.- Frecuentemente
- 5.- Siempre

Califique en el paréntesis de la derecha de cada pregunta, el numero que usted considera o se acerca más a la situación familiar.

Ejemplo: Los hijos juegan juntos.

Si la respuesta más cercana a su situación es "algunas veces", entonces coloque el numero (3) en el paréntesis de la derecha. Es importante que manifieste cualquier duda.

Cuadro 1 _____

No. de encuesta _____

Sexo (1 Masculino, 2 Femenino) _____

Edad _____

Nombre _____

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario esta formado por preguntas que se refieren a situaciones familiares.

Se trata de que usted, sobre la base de lo que sucede en la familia califique cada una de estas preguntas; se presenta una escala de cinco puntos o posibles calificaciones.

- 1.- Nunca
- 2.- Una que otra vez
- 3.- Algunas veces
- 4.- Frecuentemente
- 5.- Siempre

Califique en el paréntesis de la derecha de cada pregunta, el numero que usted considera o se acerca más a la situación familiar.

Ejemplo: Los hijos juegan juntos.

Si la respuesta más cercana a su situación es "algunas veces", entonces coloque el numero (3) en el paréntesis de la derecha. Es importante que manifieste cualquier duda.

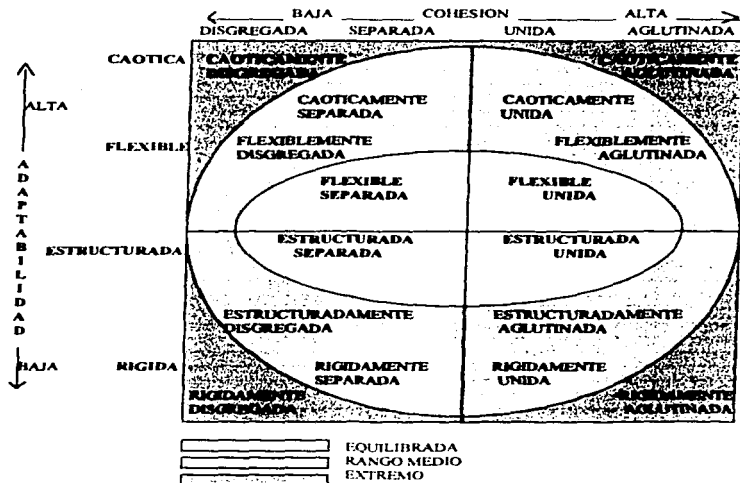
CUESTIONARIO

- 1.- Los miembros de la familia nos apoyamos unos a otros en los tiempos difíciles. ()
- 2.- En nuestra familia es fácil para todo mundo expresar su opinión. ()
- 3.- Es más fácil discutir problemas con gente ajena a la familia que con otros miembros de la familia. ()
- 4.-Cada miembro de la familia tiene opinión en las decisiones mayores de la familia. ()
- 5.-Nuestra familia se reúne en el mismo cuarto. ()
- 6.- Los niños emiten su opinión de su disciplina. ()
- 7.- Nuestra familia hace cosas juntos. ()
- 8.- Los miembros de la familia discuten problemas y buscan buenas soluciones. ()
- 9.- En nuestra familia todo el mundo hace lo suyo (su propio camino) ()
- 10.- Nuestras responsabilidades en la casa cambian de persona a persona. ()

- 11.- Los miembros de la familia conocen a los amigos de los otros. ()
- 12.-Son rigurosas nuestras reuniones de familia. ()
- 13.- Los miembros de la familia consultan a otro miembro de la familia en sus decisiones ()
- 14.-Los miembros de la familia dicen lo que quieren. ()
- 15.- Tenemos dificultad para pensar las cosas como una familia. ()
- 16.- En problemas fáciles las sugerencias de los niños se siguen. ()
- 17.- Los miembros de la familia tienen sentimientos muy cerrados para los otros. ()
- 18.- La disciplina es justa en nuestra familia ()
- 19.- Los miembros de la familia tienen sentimientos cerrados para gente ajena a la familia que con otros. ()
- 20.- Nuestra familia prueba nuevas formas de conducta ante los problemas. ()
- 21.- Los miembros de la familia están de acuerdo con lo que la familia decida. ()

- 22.- En nuestra familia todo el mundo comparte responsabilidades. ()
- 23.- Los miembros de la familia dedican su tiempo libre a la familia. ()
- 24.- Es difícil obtener que se cambien las funciones en nuestra familia. ()
- 25.- Los miembros de la familia evitan a otro en la casa. ()
- 26.- Cuando surgen problemas llegamos a un acuerdo. ()
- 27.- Aprobamos a los amigos de otro miembro de la familia. ()
- 28.- Los miembros de la familia tienen miedo a decir lo que piensan. ()
- 29.- Los miembros de la familia hacen las cosas en pareja, más bien que como una familia total. ()
- 30.- Los miembros de la familia participan en los intereses y actividades con los otros. ()
-

**TIPOS DE FUNCIONALIDAD EN BASE AL CUESTIONARIO
FASES II.
MODELO CIRCUNFLEJO**



Para medir la cohesión, se forman dos grupos tomando únicamente los números impares, en el primer grupo son los ítems negativos 2, 9, 15, 25 y 29; el segundo grupo, con los positivos y son los demás. La resta de la suma del primer grupo de la constante 36, se agrega a la suma lo cual dará un marcador total para la cohesión y deberá fluctuar entre 16-18 (15).

El procedimiento para medir la adaptabilidad es esencialmente el mismo tomando únicamente los números pares; el primer grupo son los negativos 12, 24 y 28 y el segundo grupo, son los positivos y son los restantes. Se resta la primera suma de la constante 18 y se añade la suma, lo que dará el total de adaptabilidad, que oscilará entre 17 y 18 (15).

La calificación para los 16 tipos posibles de funcionalidad familiar se adjunta en el capítulo de anexos.

CONSIDERACIONES ETICAS.

Debido a que se trata de un estudio clínico, transversal y descriptivo en el que no se pone en riesgo la integridad física o mental del individuo en estudio no es necesario el empleo de la reglamentación o acuerdos tomados en la reunión de Helsinki para dichos estudios. Sin embargo al realizar las visitas domiciliarias con el fin de aplicar los cuestionarios se da una amplia explicación de como serán manejados los datos que se obtengan y como se utilizarán, agregando que todos los informes, respuestas o comentarios se utilizarán con la mayor discreción y reglas de la ética profesional médica, sin hacer que fuera obligatorio el que fueran contestados.

11.- RESULTADOS.

De las familias que se encuentran registradas en el programa de D.P.C.A. del Hospital General de Pachuca, Hgo. (1995), se aplicó el cuestionario a 20 familias, quedando fuera del mismo 6(seis), una por disfunción del paciente y otras cinco por no encontrarlas en el momento de la visita, en el domicilio registrado.

En estas 20 familias se aplicaron un total de 52 cuestionarios Fases II, encontrando a los padres en un rango de edad entre los 33 y 75 años, con un promedio de 53 años; las madres con un rango de edad entre 35 y 65 años, con un promedio de 44 años. Se aplicó el cuestionario a 31 hijos encontrando 12 de sexo masculino y 19 de sexo femenino con un rango de edad entre 16 y 48 años, obteniendo un promedio de edad de 31 años

La calificación encontrada en la dimensión de adaptabilidad reportada e el nivel caótico, un individuo (1.92%), en el flexible 21 (40.38%), en el estructurado 18 (34.61%), en el rígido 12 (23.7 %) (Cuadro 3).

NIVELES DE ADAPTABILIDAD

CAÓTICO	1	1.92%
FLEXIBLE	21	40.38%
ESTRUCTURADO	18	34.61%
RÍGIDO	12	23.7%
TOTAL	52	100%

Cuadro 3. Niveles de adaptabilidad encontrados en las familias con un integrante incluido en el programa D.P.C.A. del Hospital General del I.S.S.S.T.E. de Pachuca, Hgo., de acuerdo al cuestionario Fases II. (1995)

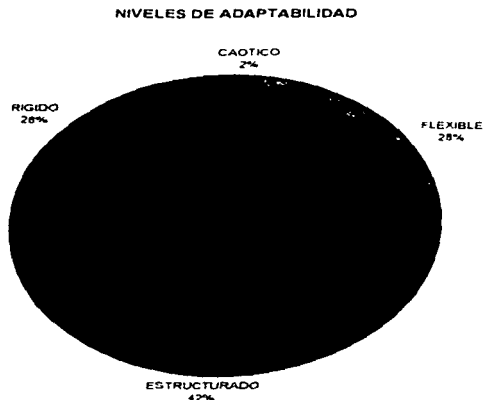


Gráfico cuadro 3

En lo que se refiere a la dimensión de cohesión se encontraron; en nivel disgregado 6 individuos (11.53 %), en separada 9 individuos (17.30 %), en nivel unidad 21 (40.38 %) y en el nivel aglutinada 16 individuos (30.76 %) (Cuadro 4).

NIVELES DE COHESION

DISGREGADA	6	11.54%
SEPARADA	9	17.30%
UNIDA	21	40.38%
AGLUTINADA	16	30.76%
TOTAL	52	100%

Cuadro 4. Niveles de Cohesión encontrados en las familias con un integrante incluido en el programa D.P.C.A. del Hospital General del I.S.S.S.T.E. de Pachuca, Hgo., de acuerdo al cuestionario Fases II. (1995).

ESTA TESIS
SALIR DE LA
NO DEBE
BIBLIOTECA

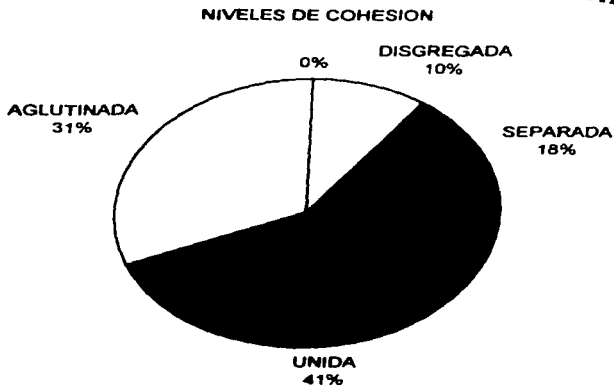


Gráfico cuadro 4.

En forma global se encontraron los siguientes resultados:

Nivel Caótico-disgregado 3 individuos (5.76 %), para el nivel Caóticamente-separado 4 individuos (7.69 %), nivel Caóticamente-unido 11 individuos (21.15 %), nivel Caóticamente-aglutinado 8 individuos (15.38 %), nivel Flexible-separado 1 individuo (1.92 %), nivel Flexible-unido 4 (7.69 %), nivel Flexible-aglutinado 6 individuos (11.53 %), Estructurado-unido 1 individuos (1.92 %), nivel Rígido-

disgregado 3 (5.76%), Rígido-separado 1 (1.92 %), Rígido-unido 2 individuos (3.84 %) y para el nivel Rígido-aglutinado 1 (1.92 %) Cuadro 5.

**PUNTAJE PARA LOS 16 TIPOS DE FUNCIONALIDAD
EN BASE AL CUESTIONARIO**

FASES II

COHESION

A D A P T A B I L I D A D	TOTAL 3 5.76% CAOTICO DISGREGADA.	TOTAL 4 7.69% CAOTICO SEPARADA.	TOTAL 11 21.15% CAOTICO UNIDA.	TOTAL 8 15.38% CAOTICO AGLUTINADO
	CERO	FLEXIBLE SEPARADA 1 1.92%	FLEXIBLE UNIDA 4 7.69%	FLEXIBLE AGLUNIDADA 6 11.53%
	CERO	ESTRUCTURADO SEPARADA 3 5.76%	ESTRUCTURADO UNIDA 4 7.69%	ESTRUCTURADO AGLUTINADO 1 1.92%
	RIGIDA DISGREGADA 3 5.76%	RIGIDA SEPARADA 1 1.92%	RIGIDA UNIDA 2 3.84%	RIGIDA AGLUTINADA 1 1.92%

Cuadro 5. Tipos de funcionalidad familiar encontrados en familias con un integrante incluido en el Programa de Diálisis Peritoneal Continua ambulante del Hospital General, I.S.S.T.E. de Pachuca, Hgo. (1995)

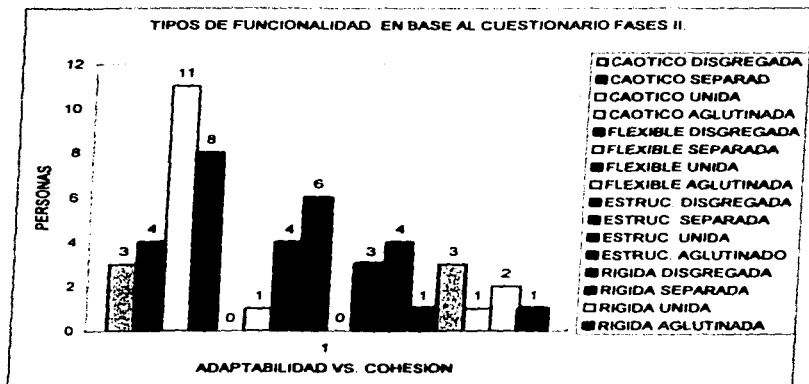


Gráfico cuadro 5

Los resultados con respecto a los padres fueron:

Nivel Flexible-unido 2 (3.84 %), nivel Estructurado-separado 1 (1.92 %), Estructurado-unido 1 individuo (1.92 %), Rígido disgregado 2 (3.84 %), Estructurado-separado 1 (1.92 %). Cuadro 6.

**PUNTAJE PARA LOS 16 TIPOS DE FUNCIONALIDAD
EN BASE AL CUESTIONARIO
FASES II**

COHESION

A D A P T A B I L I D A D	CERO	CERO	CERO	CERO
	CERO	CERO	FLEXIBLE UNIDA 4 7 69%	CERO
	CERO	ESTRUCTURADO SEPARADA 1 1 92%	ESTRUCTURADO UNIDA 1 1 92%	CERO
	RIGIDA DISGREGADA 2 3 84%	ESTRUCTURADO SEPARADA 1 1 92%	CERO	CERO

Cuadro 6. Tipos de funcionalidad de acuerdo al cuestionario Fases II en los padres de familia con un integrante incluido en el Programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulante del Hospital General I.S.S.T.E. de Pachuca, Hgo. (1995)

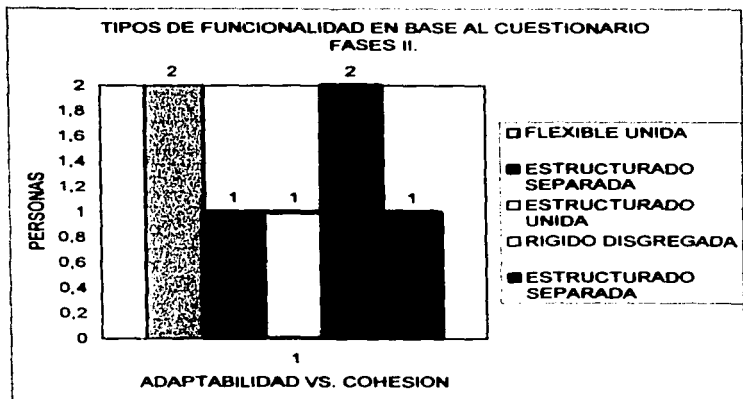


Gráfico cuadro 6

Con respecto a las madres: El nivel Flexible-serapado 1 (1.92 %), Flexible-unido 3 (5.76 %), Estructurado-disgregado 1 (1.92 %), Estructurado-separado 3 (5.76 %), Rígido-unido 1 (1.92 %) Cuadro 7.

**PUNTAJE PARA LOS 16 TIPOS DE FUNCIONALIDAD
EN BASE AL CUESTIONARIO
FASES II**

COHESION

ADAPTABILIDAD	CERO	CERO	CERO	CERO
	CERO	FLEXIBLE SEPARADA 1 1 92%	FLEXIBLE UNIDA 3 5 76%	CERO
	ESTRUCTURADO DISGREGADO 1 1 92%	ESTRUCTURADO SEPARADA 3 5 76%	CERO	CERO
	CERO	CERO	RIGIDO UNIDO 1 1 91%	CERO

Cuadro 7 Tipos de funcionamiento en madres de familia con un integrante incluido en el programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulante del Hospital General I.S.S.T.E. de Pachuca, Hgo. (1995)

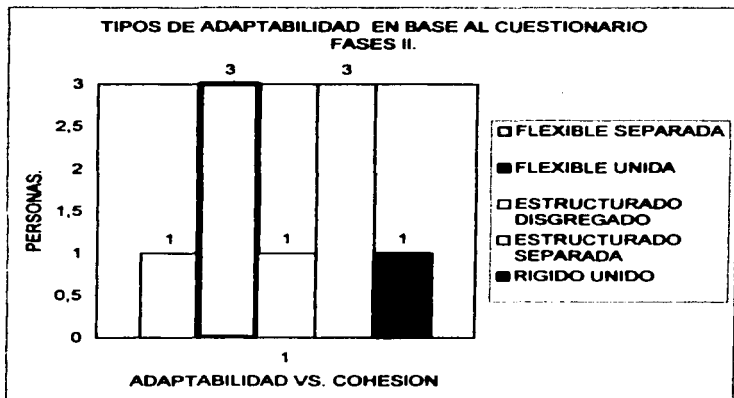


Gráfico cuadro 7.

En cuanto a los hijos los resultados fueron los siguientes: Nivel Flexible-unido 4 individuos (7.69%), nivel Flexible-aglutinado 11 individuos (21.15%), el nivel Estructurado-separado 2 (3.84%), Estructurado-unido 6 (11.53%), Estructurado-aglutinado 3 (5.76%), Rígido-aglutinado 1 (1.92%), nivel Caótico-separado 1 (1.92%). Cuadro 8.

**PUNTAJE PARA LOS 16 TIPOS DE FUNCIONALIDAD
EN BASE AL CUESTIONARIO
FASES II.**

COHESION

A D A P T A B I L I D A D	CERO	CAOTICO SEPARADO 1 1.92%	CERO	CERO
	CERO	CERO	FLEXIBLE UNIDA 4 7.49%	FLEXIBLE AGLUTINADO 11 21.15%
	CERO	ESTRUCTURADO SEPARADA 3 (5.76%).	ESTRUCTURADO UNIDO 6 11.53%	ESTRUCTURADO AGLUTINADO 1 (1.92%)
	CERO	CERO	RIGIDO UNIDO 3 5.76 %	RIGIDA AGLUTINADA 1 (1.92%)

Cuadro 8. Tipos de funcionamiento en hijos de familia que cuentan con un integrante incluido en el Programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulante del Hospital General I. S. S. T. E. de Pachuca, Hgo. (1995).

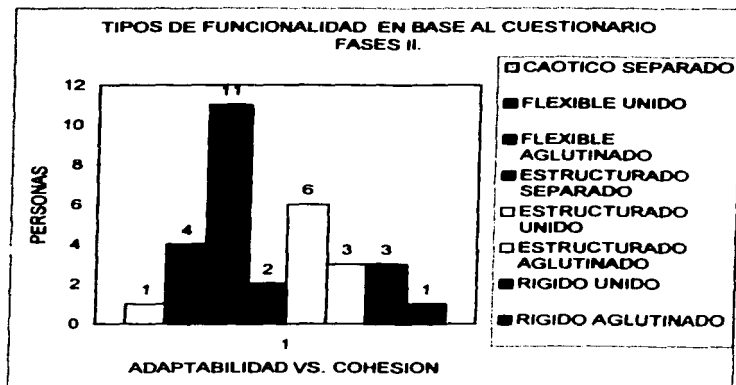


Gráfico cuadro 8

Para los hijos del sexo masculino: el nivel Caótico-separado 1 individuo (1.92%), Flexible-unido 2 (3.84%), Flexible-aglutinado 3 (5.76%), Estructurado-separado 1 (1.92%), nivel Estructurado-unido 3 (5.76 %), Rigido-unido 2 (3.84 %) Cuadro 9.

**PUNTAJE PARA LOS 16 TIPOS DE FUNCIONALIDAD
EN BASE AL CUESTIONARIO
FASES II.**

COHESION

A D A P T A B I L I D A D	CERO	CAOTICO SEPARADO 1 1 92 %	CERO	CERO
	CERO	CERO	FLEXIBLE UNIDA 2 3 84 %	FLEXIBLE AGLUTINADO 3 5 76%
	CERO	ESTRUCTURADO SEPARADA 1 1 92 %	ESTRUCTURADO UNIDA 3 5 76%	CERO
	CERO	CERO	RIGIDA UNIDA 2 3 84 %	CERO

Cuadro 9. Tipos de funcionalidad en hijos del sexo masculino en familias con un integrante incluido en el Programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulante del Hospital General, I.S.S.S.T.E. de Pachuca, Hgo. (1995).

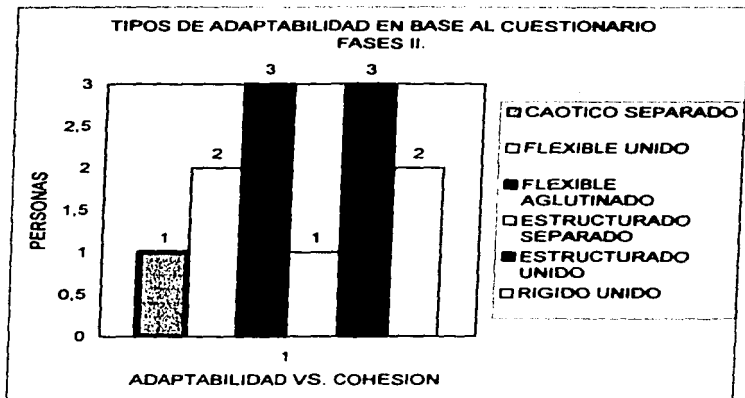


Gráfico cuadro 9.

Y para los hijos del sexo femenino: el nivel Flexible-unido 2 (3.84%), Flexible-aglutinado 8 (15.38%), Estructurado-unido 3 (5.76%), Estructurado-separado 1 (1.92%), Estructurado-aglutinada 3 (5.76%), Rígido-unido 1(1.92%), Rígido-aglutinado 1 (1.92%). Cuadro 10.

**PUNTAJE PARA LOS 16 TIPOS DE FUNCIONALIDAD
EN BASE AL CUESTIONARIO
FASES II.**

COHESION

A D A P T A B I L I D A D	CERO	CERO	CERO	CERO
	CERO	CERO	FLEXIBLE UNIDA 2 3.64%	FLEXIBLE AGLUTINADA 6 15.38%
	CERO	ESTRUCTURADO SEPARADA 1 1.92%	ESTRUCTURADO UNIDA 3 5.76%	ESTRUCTURADO AGLUTINADO 3 5.76%
	CERO	CERO	RIGIDO UNIDA 1 1.92%	RIGIDA AGLUTINADA 1 (1.92%)

Cuadro 10. Tipos de funcionalidad en hijos del sexo femenino en familias que cuentan con un integrante incluido en el Programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria del Hospital General I.S.S.S.T.E. de Pachuca, Hgo. (1995).

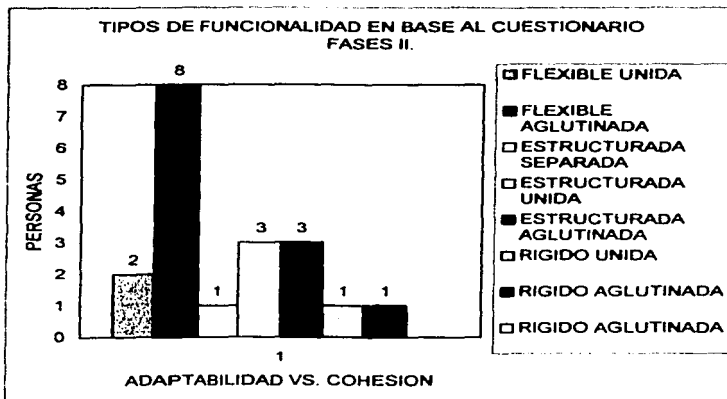


Gráfico cuadro 10.

12.- DISCUSION

En los diferentes estudios que se han realizado (Virginia Satir, Mc Master, Olson, Douglas Spreke y Candyce Rusell (15), sobre funcionalidad familiar se describe que si durante el proceso existencial en que se desarrolla una familia se presenta un cambio, este rompe su desarrollo (crisis normal) (4), por ejemplo una enfermedad crónica (I.R.C.), en algún miembro de la familia, produce cambios y un proceso de adaptación. Si esta enfermedad crónica lleva al paciente a otro evento, que rompa este estado de adaptación, como resultado de esta enfermedad crónica (crisis normal o intercurrente) (4), ejemplo **Diálisis peritoneal continua ambulatoria**, origina cambios en las costumbres, roles y actividades que desempeña cada uno de los miembros de la familia, situación que se manifestara con una alteración de la funcionalidad familiar.

En este estudio realizado a familias con un paciente de (I.R.C.), incluido en el programa de (D.P.C.A.), del Hgo. De Pachuca, se encontró que efectivamente existe una alteración de la función familiar de estas, sin embargo el mayor porcentaje de familias se encontró con una buena adaptación y cohesión a la crisis intercurrente (D.P.C.A.); probablemente esto sea una manifestación del carácter del mexicano, quien ante la adversidad se une, ya sea en el seno familiar, grupo social, colonia o ciudad, como quedo demostrado durante los sismos en la Cd. de México.

CONCLUSIONES

El presente estudio se llevo a cabo en familias con un miembro que presenta (I.R.C.), y que es incluido en el programa de **Diálisis Peritoneal Ambulatoria** del Hospital General de Pachuca, Hgo. Aplicando el cuestionario Fases II, de cuyos resultados se tienen las siguientes conclusiones:

- Que la mayor parte de las familias se encuentran en Fase de **Independencia o Desprendimiento**.
- Que se puede clasificar la funcionalidad familiar de la siguiente manera:

Con un **rango alto de Cohesión-adaptabilidad**, 11 individuos, equivalen al 21.15%, **Caóticamente-aglutinado**, 8, (15.38%) y **Caóticamente-disgregado**, 3 (5.76%).

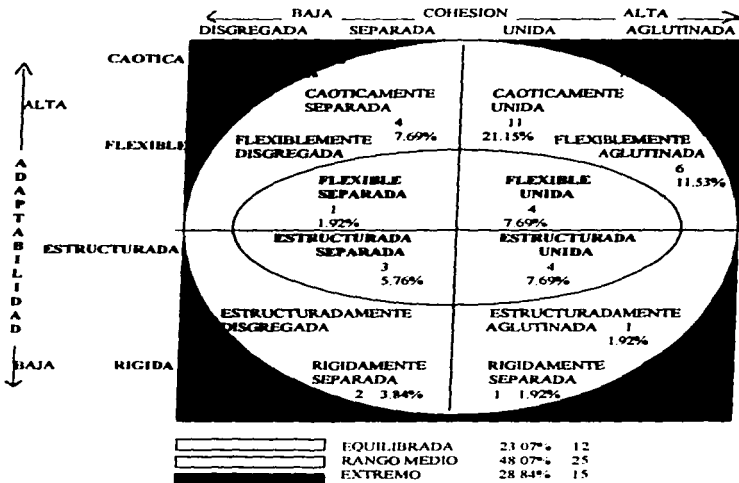
Con **alto rango de Cohesión-adaptabilidad** 21 integrantes (40.37%), **Rigidamente-disgregado** 4 (7.69%), **Caóticamente-unida**, 11 (21.15%) y **Flexiblemente-aglutinada** 6 (11.53%).

Con **rango bajo de Cohesión-adaptabilidad**, 4 integrantes (7.69%), **Rigidamente-disgregado**, 3 (5.76%) y **Rigidamente-aglutinado**, 1 (1.92%).

Teniendo los siguientes totales:

23.07% (12 individuos) en el **rango de equilibrado**, 48.07% (25 individuos) en el **rango medio** y en el **rango extremo** 28.84% (15 individuos) Cuadro 11.

**TIPOS DE FUNCIONALIDAD EN BASE AL CUESTIONARIO
FASES II.
MODELO CIRCUNFLEJO**



Haciendo un análisis de los resultados se encontró que en los extremos como son los rangos altos, se encontraron 22 individuos significando desde el punto de vista Cohesión-adaptabilidad de amalgamamiento y poca adaptabilidad (15) y los que se encuentran en rangos bajos con desvinculación y poca adaptabilidad. (Donde se presenta la disfunción tanto en la pareja como en la familia).

En el rango medio y equilibrado se encuentra el resto de los individuos estudiados, cuarenta y dos, lo que indica que estas personas conservan roles funcionales, identidad y desarrollo individual, así mismo se mantiene la integridad y la identidad familiar, aumentando los lazos de unión y respetando los límites individuales de cada uno de los subsistemas

CONCLUSION FINAL

De donde se puede concluir que la mayoría de los integrantes de las familias con un miembro en el programa de (D.P.C.A.), del Hospital General I.S.S.S.TE de Pachuca, Hgo. Tienen una buena adaptación e integración familiar a la crisis que representa esta situación familiar a que se enfrentan las diferentes familias estudiadas.

COMENTARIO

Cuando uno se titula como médico, la primera inquietud, es donde voy a desarrollar los conocimientos adquiridos, en el consultorio particular o alguna Institución; teniendo grandes deseos de curar a los enfermos que solicitarán nuestros servicios. Hoy que he tenido la oportunidad de cursar la Especialidad en

Medicina Familiar y llevar a cabo esta tesis, a través de la aplicación del Cuestionario Fases II, realizando visitas domiciliarias a los pacientes que se encuentran en el programa de D.P.C.A., me encontré cuan necesario es conocer el ambiente (hogar, colonia, pueblo o ciudad), donde viven los pacientes; ya que durante estas me hicieron saber a manera de inquietud, que cuando las prepararon para ingresar a este programa les fue indicado, que pasarían a realizar visitas en forma continua y programada a sus domicilios, con el fin de conocer los diferentes problemas para llevar a cabo las actividades del programa dentro de la vida cotidiana, con respecto a los cuidados del paciente y la conveniencia de convivir con el personal que se encuentra al frente del programa de D.P.C.A., fuera del centro hospitalario con el paciente y su familia, de tal manera que las posibles complicaciones que aumentan los reingresos hospitalarios o las que pueden llevar a cabo el fallecimiento del paciente sean mínimas.

Transpolando esta vivencia, al trabajo diario que como médico adscrito a la U.M.F. de Tula, llevando a cabo visitas domiciliarias, de tal manera que pueda conocer el medio en que viven los derechohabientes y que permitirá saber el porque de los padecimientos crónicos y/o agudos así como la forma de manifestación somática de los mismo, poniendo mayor énfasis en los enfermos crónicos para prevenir la presencia o somatización de los disturbios emocionales que son propicios de este tipo de padecimientos como: ansiedad, soledad, falta de socialización; dados por el padecimiento mismo o por el tratamiento a que están sometidos, que restringen sus actividades normales como miembros de una familia o grupo; tal es el caso de las familias con paciente en el programa de D.P.C.A., por ameritar cuidados y mayor atención de parte de alguno o varios familiares además de realizar sus propias actividades.

Siendo necesario que en el paciente de D.P.C.A., se lleve a cabo un manejo multidisciplinario, en la que no sólo la familia coopere o participe, sino, que sea

también trabajo social, médico familiar, médico especialista y enfermería quienes la lleven a cabo, realizando visitas domiciliarias, con el fin de diagnosticar en forma precoz las alteraciones que puedan llevar a fallas en el procedimiento.

Por esto sugiero: que deben llevarse a cabo un programa de visitas domiciliarias, por el médico familiar, con el fin que exista realmente una verdadera relación entre el paciente y el médico familiar, de tal manera que se conozca el medio en que se desarrollan las diferentes familias y se lleve un mejor tratamiento y control de los padecimientos; así mismo mejorar la imagen de institucionalización y deshumanización de nuestra Institución.

13.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Wall Montejo C. La Familia
Estudio de la ciencia, Cap. 1
Modulo Clínica de la medicina familiar, I.S.S.S.T.E. - U.N.A.M., 1994.
- 2.- De la fuente Ramón, Cap. IV, Ciclo vital.
Psicología medica, Edit. Fondo de Cultura Económica; 2da. Edición 1994.
- 3.- Smilkshien Gabriel, Assement of Family Fuction.
Estudio de la familia, Cap. 10
Módulo de clinica familiar, I.S.S.ST.E. - U.N.A.M.
- 4.- Irigoyen Coria Arnulfo, Cap. II, Ciclo vital de la familia.
Fundamentos de medicina familiar; Edit. M.E.M 1982.
- 5.- Buendia López Adán, Dinámica familiar, Cap. III
Fundamento de medicina familiar; Edit. M.E.M. 1982.
- 6.- Escotto González Enrique, Etapas criticas de la familia, Cap. IV
Fundamentos de medicina familiar; Edit. M.F.M. 1982.
- 7.- D.N.S. Kerr, Insuficiencia renal crónica.
Cecil Loeb, Tratado de Medicina interna, XIII Edición 1972.
Editorial Interamericana.
- 8.- Prisilla Kincaid - Smith, Tratamiento de la insuficiencia renal irreversible
por diálisis y trasplante.
Cecil Loeb. Tratado de Medicina interna, XIII Edición 1972
Editorial Interamericana Pag 1223-1232.

- 9.- Duarte B.N. Gregor A.
Síndrome de dawn en lactantes y funcionalidad familiar en la escuela de educación especial de Morelia, Michoacán.
Tesis de especialización en medicina familiar 1989.
- 10.- Diccionario terminológico de ciencias medicas.
12ª Edición
Editorial Salvat 1990.
- 11.- Morí Daira J. Estudy of afective disorders.
Departamento of Psychiatry, Teyco University School of Medicine.
- 12.-Hamilton H.K., Trastornos Urológicos y renales
Insuficiencia renal crónica
Clínica y terapéutica; Editorial Interamericana 1986.
- 13.- Angeles F. El origen de la familia, propiedad y estado.
Editorial Progreso México 1971.
- 14.- Manual del programa de D.P.C.A.
Departamento de diálisis del Hospital del I.S.S.S.T.E.; Pachuca, Hgo.
- 15.- Dr. Manriquez Najer, A.M.
Lineamientos para instalación y cuidados del catéter permanente para diálisis peritoneal.
Centro Nacional "20 de Noviembre", I.S.S.S.T.E
- 16.- Bustos EJ Becerra NJ.
Instrumentos para evaluación de la funcionalidad familiar.
Tesis de especialización en medicina familiar 1986.

- 17.- De la Fuente R., La familia: Visión de conjunto.
Cuaderno de Psicología medica y psiquiatría.
La familia, U.N.A.M. 1986. Pag. 1-14.
- 18.-Barragan M. Interacción entre el desarrollo individual y desarrollo familiar.
Curso de especialización de medicina familiar, Módulo de medicina social,
2º Año U.N.A.M. 1986. Pag. 83-98
- 19.- Fischer Ma., Other-Child Interaction in Perpebral children with dawn syndrome.
J. Epeech Her Disord 1987. Pag. 179-190.
- 20.- Framo J.
The integración of marital therapy with sessions erth Family of
origin handbbok of Family therapy, New York 1981.
- 21.- From E.
El miedo a la libertad
Editorial Pardos studio, 3ª. Edición 1984, Pag. 35-52.
- 22.- Nathan B.
The magmaster model of family funtionig a visión of normal family.
J. of Marital and family therapy 1983. Pag. 171-180.
- 23.-Minuchin S. Familia y terapia familiar.
Editorial Grania Barcelona, 1977
- 24.- Rodríguez Cabrera L., Díaz de la vega Quintero A., Solis García.
Esquema de categoría de familia.
Cuaderno de especialidad de medicina familiar, Módulo medicina social
Unidad familia. Pag. 117-137. (1986)

- 25.- Chagoya L. La familia normal y patológica.
Breviario de pediatría
Ediciones medicas del H. Infantil de México, 1983.
- 26.- Chagoya L.
La entrevista familiar inicial.
Ediciones medicas del Hospital infantil de México, 1983.
- 27.- Smilkstein G.
Instrucciones for use of Family appgar.
University of Washington 1981. Pag. 66-67.