

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA.

LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN FAMILIAS DE
NIÑOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN
PROTOCOLO DE TRANSPLANTE DEL CMN SIGLO
XXI.

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE POSGRADO
EN LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

JANETTE YAZMIN AMAYA MORA.

ASESOR:
DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION MÉDICA
DE LA U.M.F. 28



2004



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.

José Antonio Rodríguez Covarrubias

DR. JOSÉ ANTONIO RODRÍGUEZ COVARRUBIAS.
DIRECTOR DE UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 28 "GABRIEL MANCERA".

IMSS U. M. F. No. 28
C. D. S.
RECIBIDO
AGO. 25 2004
BIBLIOTECA

IMSS
JEFATURA DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION
CLINICA 28

DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN
SALUD Y PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA
FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 28
"GABRIEL MANCERA".

Jorge A. Enriquez Jiménez

Dr. Jorge A. Enriquez Jiménez
MEDICO FAMILIAR
MAT. 11023864
IMSS CED PROF 1121330

DR. JORGE ALBERTO ENRIQUEZ JIMENEZ
MEDICO FAMILIAR Y ADJUNTO DE LA COORDINACION CLINICA
DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD.



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

FACULTAD DE MEDICINA
Sec. de Servs Escolares
★ AGO 26 2004 ★
Unidad de Servicios Escolares
MLJM de (Posgrado)

AGRADECIMIENTOS.

A ti Luis, mi gran esposo por ser mi alegría, mi amor, mi apoyo incondicional, nunca lo hubiera logrado sin ti.

A mi hija por ser mi aliento, mi alegría, la pequeñita que me dio fuerza para terminar.

A mis padres y a mis hermanos por apoyarnos incondicionalmente durante estos últimos años

A mi suegro por su gran apoyo en estos últimos años.

Y a todas las personas que de alguna manera me ayudaron para llegar a la meta

RESUMEN.

LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN FAMILIAS DE NIÑOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN PROTOCOLO DE TRANSPLANTE DEL CMN SIGLO XXI.

Janette Yazmín Amaya Mora, Augusto Bernardo Torres Salazar, Jorge Alberto Enriquez Jimenez. Unidad de Medicina Familiar N°28 Delegación 3 Suroeste. IMSS

OBJETIVO. Evaluar la funcionalidad familiar en familias de pacientes pediátricos con Insuficiencia Renal Crónica que se encuentran en protocolo de trasplante.

MATERIAL Y METODOS: Estudio transversal descriptivo de percepción de disfunción familiares niños con el diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica en protocolo de trasplante renal, todos ellos derechohabientes adscritos para su atención en el hospital de pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI, donde se evaluara la funcionalidad familiar de dicho grupo de pacientes mediante la aplicación de la Escala de Funcionamiento Familiar del Instituto de la Familia AC., de la Dra. Emma Espejel Acco, que comprende las áreas de Autoridad, Control, Supervisión, Afecto, Apoyo, Conducta disruptiva, Comunicación, Afecto negativo, y recursos. El cuestionario consta de 40 preguntas cerradas con siete u ocho opciones a elegir, calificándose del 1 al 4 según la respuesta otorgada, sumando cada respuesta según la función calificando como disfuncional de 20 a 50 y de 50 a 80 como disfuncional.

El nivel socioeconómico se determinará con la aplicación del cuestionario de clasificación del estrato socioeconómico (Método de Graffar), el cual consta de 4 incisos del A al D, que comprende los siguientes puntos: Profesión del jefe de familia, Nivel de instrucción de la madre, Principal fuente de ingresos y Condiciones de vivienda con cinco opciones a elegir en cada rubro.

RESULTADOS: Estructura familiar: Extensa 18, (60%), Extensa compuesta 2 (6.6%), Uniparental 6 (20%), Reconstituida 4 (13%). Etapa del ciclo Vital: Expansión 3 (10%), Dispersión 27, (90%). Desarrollo familiar: Moderna 22 (73.3%), Tradicional 8 (26.6%). Demografía: Rural 1(3.3%), Urbana 26 (86.6%), Suburbana 2 (6.6%). Tipología familiar: Campesina 1 (3.3%), Obrera 16 (53.3%), Profesional 13 (43.3%). Estrato socioeconómico: Marginal 1(3.3%), Obrera 16 (53.3%), Medio bajo 10 (33.3%), Medio alto 3 (10%). Funcionalidad familiar. Funcionales 21 (70%), Disfuncionales 9 (30%).

CONCLUSIONES: La funcionalidad familiar es un rubro muy importante de evaluar en las familias que tienen pacientes con padecimientos crónicos, ya que en estas se ha observado un mayor índice de disfuncionalidad, tanto por la patología del miembro familiar, que implica un reajuste en toda su dinámica, así como por el resurgimiento de problemáticas antiguas no resueltas en la familia.

Nosotros observamos que todas las familias con pacientes con IRC en protocolo de trasplante que no habían acudido al servicio de psicología presentaban alta frecuencia de disfuncionalidad familiar, todo lo contrario se observó en familias con las mismas características que ya habían consultado al servicio de psicología con un promedio de 3 consultas, a las cuales es requisito acudir todo el núcleo familiar y las redes de apoyo para permanecer dentro del protocolo de trasplante, resultados que fueron independientes de la estructura, ciclo vital desarrollo, demografía, tipología y estrato socioeconómico familiar.

INDICE.

INTRODUCCION.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
HIPOTESIS OBJETIVOS MATERIAL Y METODOS UNIVERSO DE TRABAJO.....	12
DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS, VARIABLES.....	13
SELECCIÓN DE MUESTRA.....	14
CRITERIOS DE SELECCIÓN, PROCEDIMIENTOS.....	15
CONSIDERACIONES ETICAS.....	16
RESULTADOS.....	17
GRAFICAS.....	18
CONCLUSIONES.....	22
ANEXOS.....	23
BIBLIOGRAFIA.....	44

INTRODUCCION.

LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN FAMILIAS DE NIÑOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN PROTOCOLO DE TRANSPLANTE DEL CMN SIGLO XXI

La Insuficiencia Renal Crónica es una enfermedad que afecta a los glomérulos y se caracteriza por proteinuria, hematuria así como aumento de las cifras de tensión arterial y acumulación de los productos de desecho. La frecuencia de la Insuficiencia Renal Crónica es de 15 a 20% en pacientes pediátricos, es la tercera causa más frecuente de síndrome nefrótico y la causa más común de glomerulonefritis terminal en niños, siendo más común en la raza negra que en la blanca.

El síndrome nefrótico que es secundario a esta enfermedad aparece cuando el glomérulo tiende a tener mayor permeabilidad a las proteínas, originando hematuria así como presencia de lípidos en la orina, originando edema progresivo llegando en ocasiones a la anasarca, astenia, adinamia, malestar general, dolor abdominal produciendo finalmente insuficiencia renal.)

No se conoce bien la causa, es decir es una enfermedad idiopática, aunque se ha observado su relación con el uso de drogas por vía endovenosa y aparece hasta en un 20% de los pacientes con VIH o seropositivos.

El origen parece encontrarse en un factor circulante, que condiciona que el glomérulo tenga mayor permeabilidad a las proteínas, lo cual produce a su vez pérdida de la estructura y atrofia del glomérulo

El diagnóstico se realiza mediante la sospecha clínica la exploración física del paciente y se confirma mediante la biopsia de riñón en la cual encontramos tres variantes: 1) Con predominio de esclerosis parahiliar 2) Lesión glomerular puntual 3) Lesión colapsante con destrucción capilar y expansión de la matriz, siendo difícil el diagnóstico comparado con otras glomerulopatías.

El tratamiento suele ser con corticoides, observando la evolución del paciente durante el tratamiento, si se produce poca mejoría se añade ciclofosfamida, en el caso de la enfermedad avanzada debemos tratar la hipertensión del paciente con fármacos antihipertensivos como los inhibidores de la IECA en dosis pediátricas, cuando la proporción glomerular no es suficiente para realizar una filtración adecuada se utiliza como tratamiento la diálisis o la hemodiálisis.

El trasplante renal es un tratamiento bien establecido para esta enfermedad, pero una de las complicaciones postrasplante es el rechazo por el sistema inmunológico, el cual no se presenta sólo que el receptor y el donante sean gemelos idénticos, hay diferentes tipos de rechazo dependiendo del tiempo en la que se presente estas son: RECHAZO HIPERAGUDO. Es muy poco frecuente es producido por anticuerpos citotóxicos preformados en el receptor los cuales actúan directamente contra las células endoteliales del riñón trasplantado (reacción de hipersensibilidad tipo II). Se presenta generalmente a los pocos minutos u horas después de restablecer la circulación del riñón trasplantado, caracterizada por trombosis masiva de los capilares sanguíneos.)

RECHAZO AGUDO ACELERADO. Ocurre en la primera semana, generalmente en el segundo o cuarto día, manifestándose por fiebre, hipertensión arterial y edema del riñón transplantado. la respuesta a la inmunosupresión es pobre por las acentuadas alteraciones morfológicas.

RECHAZO AGUDO. Se produce generalmente en todo trasplante renal alógeno por lo menos una vez y especialmente durante el primer año, muchas veces es subclínico pero en el 65% de los casos hay manifestaciones clínicas (insuficiencia renal aguda, proteinuria, hipertensión arterial, fiebre, dolor, oliguria, anuria, etc). En esta forma se reconoce un componente celular intersticial, generalmente focal. Secundariamente estas células comprometen el túbulo y alcanzan el lumen, dicho componente celular generalmente responde a la terapia antirrechazo.^{2,3}

RECHAZO CRÓNICO. Se produce después de 3 meses o de años de realizado el trasplante, caracterizado por daño vascular con acentuada estenosis por hiperplasia y fibrosis de la íntima en vasos de pequeño y mediano calibre (arteriopatía esclerosate y finalmente oclusiva), siendo la consecuencia final la atrofia renal.

ALTERACIONES POR MALA PRESERVACIÓN. Los trasplante de riñón de donantes vivos son cada vez más comunes, pero debido a que la Insuficiencia Renal Crónica ocurre en el injerto hasta en el 20% de los niños, ha originado que este se evite, no se recomienda un trasplante de donador vivo después de una previa recurrencia en el primer injerto.^{4,5,6,7}

LA FAMILIA.

La palabra familia (etimológicamente de origen latino) es actualmente una expresión universalmente aceptada. Es utilizada para cubrir lo que de diversas maneras se describe como familia nuclear, la familia elemental o biológica.

Según Rodríguez de Zepeda, la familia es un conjunto de personas que viven bajo un mismo techo subordinados a un superior común, y unidos por vínculos que se derivan inmediatamente de la ley natural. Virginia Satir en 1980 dice, que la familia es un sistema dinámico donde el bienestar de uno de los miembros, repercute en el bienestar del otro y donde a la vez "La familia se comporta como si fuera una unidad".

Se ha postulado a la familia como una de las categorías básicas de análisis de los estudios históricos, demográficos y socioeconómicos. La razón de esta importancia se debe en primer lugar, a la necesidad de ubicar y comprender el comportamiento y los cambios demográficos como parte de las transformaciones específicas de la sociedad; en segundo lugar, al hecho de que este comportamiento demográfico no responde de manera lineal y directa a atributos o características individuales, sino a un comportamiento social, es decir, a un comportamiento condicionado por la ubicación del individuo en una estructura social específica.^{8,9}

Como parte de este planteamiento, adquiere singular relevancia el papel y la importancia de la institución familiar como:

- Espacio social de interacción individual y colectiva.
- Escenario de aprendizaje y socialización en diversos planos de la vida cotidiana.
- Lugar idóneo para la transmisión y transformación de prácticas culturales, valorización, hábitos y normas.
- Espacio privilegiado para la organización y gestación de respuestas alternativas a situaciones adversas impuestas desde el exterior.^{10,11}

En un amplio reporte realizado por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática de México (INEGI) se establece que en la familia:

- Se reproducen, en cierta medida y en pequeña escala, distintas normas y comportamientos sociales.
- Se observan las pautas de reproducción humana.
- Se crean e intercambian lazos de solidaridad y comprensión, sentimientos, problemas y conflictos.
- Se establecen los primeros esquemas de autoridad y jerarquía, con relaciones de poder y dominación entre generaciones y géneros, entre otros aspectos.^{13,14}

ESTRUCTURA FAMILIAR.

Un elemento de gran importancia en el análisis de la estructura familiar es el denominado principio estructural, el cual reside en el lazo conyugal, por ello para que se integre una familia es necesario por lo menos 2 individuos relacionados por este vínculo o que sea corresidentes a partir de ese vínculo.

Es evidente que ningún ser solitario puede formar una familia conyugal y para que subsista un grupo así es necesario que estén presentes por lo menos dos compañeros inmediatos (esposa e hijo). Personas con una relación más remota, cuya existencia implica más que un lazo conyugal, no constituyen una unidad familiar conyugal si no residen con otras personas que no se han sus sirvientes. Ni hermanos ni hermanas.

Una viuda y su hijo forman una unidad conyugal, pero una viuda y su nieto no, como tampoco una tía y su sobrino.¹⁰

Estructura familiar según Irigoyen.

- Familia nuclear: modelo de la familia actual. formada por padre, madre e hijos.
- Familia extensa: formada por padre, madre, hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos de adopción o de afinidad (abuelos). Aquí intervienen ya más de una generación.
- Familia compuesta: formada por padre, madre e hijos y otros miembros no consanguíneos, compadres, amigos.
- Familia extensa compuesta: formada por padre, madre e hijos y otros miembros consanguíneos y no consanguíneos.^{8,9}

CICLO VITAL DE LA FAMILIA.

La familia como toda organización viva tiene un inicio, desarrollo y ocaso; tradicionalmente en el campo de la medicina familiar se utiliza la clasificación de Gemán:

Fase de matrimonio.

Se inicia con el vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.

Fase de expansión.

Es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia. Como su nombre lo indica la familia se dilata, "se expande".

Fase de dispersión.

Generalmente corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia en los hijos.

Fase de independencia.

Etapa en que los hijos de mayor edad (usualmente) se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen.

Fase de retiro y muerte.

Etapa en la que deben enfrentarse a diversos retos y situaciones críticas como el desempleo, la jubilación, la viudez y el abandono.¹¹

CLASIFICACION DE LA FAMILIA EN BASE A SU DESARROLLO

Moderna. Se denomina así a la familia en la cual, ambos padres trabajan fuera del hogar para aportar a la economía familiar.

Tradicional. Donde el padre es el proveedor y la madre asume los roles tradicionales esposa-madre.

Arcaica o primitiva.

CLASIFICACION DE LA FAMILIA EN BASE A SU DEMOGRAFÍA.

Dependiendo de los servicios de urbanización con los que cuentan y a la zona geográfica donde pertenecen se clasifica en:

Rural. Se refiere a la que habita en le medio rural, correspondiente a la tradicional, extensa, rural o campesina de la clasificación histórica.

Urbana. Es aquella que radica en la ciudad siendo correspondiente a la moderna, nuclear o neogeneracional.

Suburbana. Es aquella que ha dejado de ser campesina pero no ha logrado transformarse en urbana. El más vivo ejemplo de las familias suburbanas lo encontramos en los llamados suburbios cinturones de miseria habitados por familias emigrantes del campo

EN BASE A LA TIPOLOGIA FAMILIAR SE CLASIFICA EN:

Profesional.

Obrera

Campesina.

EN BASE A SU ESTRATO SOCIOECONÓMICO SEGÚN EL METODO DE GRAFFAR, (ANEXO 3) SE CLASIFICA EN:

Estrato alto.

Medio alto.

Medio bajo.

Obrera.

Marginal.

La familia desempeña las siguientes funciones: Cuidado afecto, socialización, reproducción y estatus socioeconómico.

Actualmente las funciones familiares se han visto modificadas en mayor o menor medida en un periodo relativamente corto, lo cual está relacionado con:

- La evolución demográfica.
- Las transformaciones en los procesos de reproducción y organización de la sociedad.
- El desarrollo del sector salud.
- El avance tecnológico.
- La urbanización y la modificación de las relaciones en las esferas de lo público y lo privado.
- La institucionalización de una serie de actividades que se desempeñan al interior de las familias.

Cada vez hay más familias en condiciones vulnerables, incrementándose así las fuentes de tensión y desintegración familia. En particular las responsabilidades de las mujeres se han incrementado, y no se han dado los ajustes de funciones al interior del hogar, para reasignar funciones o modificaciones de roles.

LA FAMILIA Y LA ENFERMEDAD DE SUS MIEMBROS.

La familia tiene 6 efectos principales sobre la salud de sus miembros:

- 1) Todo individuo es producto de la interacción entre su genotipo y el medio ambiente.
- 2) La familia es crucial para el desarrollo de los hijos, aunque los niños tienen una notable facilidad para superar sus primeras dificultades, existen evidencias que apoyan la relación entre la disfunción familiar y trastornos de la infancia tanto físicos como culturales.
- 3) Algunas familias son más vulnerables a la enfermedad que otras.
- 4) La enfermedad infecciosa se disemina en las familias.
- 5) Los factores familiares afectan la morbilidad de los integrantes de la familia.
- 6) La familia es importante para la recuperación de la enfermedad.^{12,13}

ENFERMEDAD E INCAPACIDAD.

La enfermedad y la incapacidad grave tiene efectos importantes en la vida de una familia. El efecto real varía con el tipo de enfermedad y el miembro de la familia involucrado.

El factor común en todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevos papeles. Con estos cambios adaptativos aparecen nuevos riesgos para otros miembros de la familia, que a su vez puede afectar al familiar enfermo e incapacitado.

El daño causado por estos cambios se puede prevenir potencialmente, si es posible ayudar a que los miembros de la familia adquieran otra visión lo suficientemente amplia para evitar estos riesgos.

A veces se pone tanta atención en un niño minusválido que se olvidan las necesidades del cónyuge y los hermanos.

El esfuerzo que supone cuidar a una persona enferma puede pasar inadvertido tanto para el médico, como para los demás miembros de la familia si concentran su atención en el miembro enfermo.

Es posible que otros familiares oculten sus enfermedades o su desesperación hasta que sea demasiado tarde para ayudarles, por lo que se resalta la necesidad de estar alerta al "paciente oculto".

La pregunta ¿Y usted como se encuentra? Puede ser suficiente para que otro familiar exprese sus sentimientos. Los individuos de las familias en las que existe una enfermedad crónica, presentan tasas de enfermedad más elevadas que las personas de familias sin enfermedades crónicas.

La enfermedad terminal se una época especialmente difícil para las familias independientemente de que la persona enferma se encuentre en casa o en hospital.

Además de la pena y el agotamiento físico por las demandas que generan este tipo de enfermedades, los hijos y los nietos pueden verse afectados, sobre el modo de compartir la carga, o por el resurgir de antiguos conflictos que habían permanecido latentes durante años.

Los problemas de comunicación son frecuentes, incluso en las familias que funcionan bien, la mala comunicación produce más sufrimientos en los pacientes y en sus familias que cualquier otro problema a excepción del dolor no aliviado.¹

La adaptación de la familia a un miembro enfermo puede convertirse en un problema, si se consigue finalmente su rehabilitación.

LA FAMILIA Y LA ENFERMEDAD RENAL.

La enfermedad renal ocasiona conflictos psíquicos e interpersonales en el niño que la padece en su familia y en equipo asistencial, estos problemas además de los vínculos personales e institucionales que se establecen determinan el curso de la enfermedad y los alcances de la rehabilitación. Al principio el paciente y la familia están sometidos a la enfermedad y los tratamientos médicos, y por lo tanto necesitan reorganizar sus actividades, proyectos y vida diaria en función de los mismos. En consecuencia el padecimientos les impone limitaciones y pérdidas consume buena parte de su energía e inevitablemente termina por disminuir la riqueza potencial de su vida.

Al hablar de enfermedad nos referimos a un daño orgánico fantasmaticado psíquicamente, cargados de diferentes significados subjetivos, objetivos tanto conscientes como inconscientes (curable-incurable-vergonzoso-desvalorizante-contagioso-mortal, etc), por parte del sujeto que la padece, la familia y el equipo profesional encargado del tratamiento y el entorno sociocultural.

Algo más sucede con las demandas, prescripciones y tratamientos médicos, que además de su fundamento científico básico contiene una connotación racional y efectiva, individual y social.

Dentro de los conflictos intrapersonales en padecimientos crónicos con es la insuficiencia renal "crónica" encontramos una franca perturbación biográfica que afecta y fractura toda la vida de los pacientes. Con la cual tendrá que aprender a convivir (y "remendar", dentro de lo posible), para poder rehabilitarse. Por supuesto, esta tarea es dolorosa, larga y nada fácil.

REPERCUSIONES O SINTOMATOLOGIA PSÍQUICA.

Los pacientes presentan un estado depresivo acompañado de angustia y regresión de la personalidad, los cuales son independientes de la edad, sexo u otros factores demográficos.

En la fase inicial de un trabajo efectuado en el Hospital General de México cuando aún no se contaban con programas de psicoterapia (1980-1982) los enfermos sometidos a diálisis presentaban patología psíquica grave con manifestaciones de extremada pasividad, dependencia desinterés hacia el mundo que los rodeaba (compañeros, juegos, escuela, hospital). Los descuidos y la falta de cumplimiento de la dieta y demás tratamientos se repetían una y otra vez. La anorexia grave era un síntoma muy frecuente. En esa época cuatro niños presentaron reacciones psicótica y un adolescente se suicido ingiriendo grandes cantidades de sal y agua, otros llegaron graves, con edema agudo pulmonar por la misma causa.

Además, la gravedad de la sicopatología se correlacionaba con la edad de los sujetos y el mayor tiempo de permanencia en los procedimientos de diálisis, los pacientes que tuvieron éxito en el trasplante reflejaron mejoría espontánea en la psicopatología. Así mismo debemos resalta que la gravedad del cuadro y lo espectacular de sus manifestaciones disminuye en forma notoria en la medida en que los pacientes, sus familias y el equipo asistencial ingresaron a programas psicoterapéuticos o socioterapéuticos.

Nos es de sorprender el tipo e intensidad de sintomatología (depresión, angustia, regresión) si se considera el conjunto de situaciones traumáticas que constituyen y acompañan a la enfermedad uremica: daño corporal sistémico, pérdidas orgánicas, funciones vitales, terapias agresivas, dolores múltiples (físicos, psíquicos y morales), hospitalizaciones frecuentes y riesgo de muerte. A todo esto se suman los efectos de fantasmaticización y el entrecruzamiento de estas funciones en el imaginario de los pacientes.

Además del dislocamiento o perturbación biográfica, como niños que no crecen y tampoco juegan, "púberes" que casi no menstrúan ni coquetean, adolescentes con cuerpos infantiles sin deseos o fuerzas para noviar, estudiar o trabajar, observando que las tareas inherentes a cada etapa del desarrollo son más vulnerables y afectadas por el impacto de la enfermedad.

La suma de acontecimientos violentos e inesperados genera angustia y rompe el sentimiento de sí mismo y de continuidad asistencial, en este contexto no es raro que se refugien en la enfermedad y adquieran en rótulo de "uremicos" como carta de presentación.

El daño orgánico y funcional, los procedimientos intrusivos y las experiencias de dolor repetidas han agujerado real e imaginariamente los límites corporales y personales de los pacientes, produciendo alteraciones en el esquema e imágenes corporales: es decir en la representación consciente e inconsciente de sus cuerpos. En las pruebas gráficas dibujan personas "extrañas", rotas, desmembradas o mutiladas que condensan proyectivamente (al igual que en otras pruebas psicológicas) en fantasías y vínculos terroríficos, como haber sido violados, castrados, chupados o despedazados.

Estas perturbaciones además de las pérdidas yoicas objetales y narcisistas que sufren. Como secuela, amigos, capacidades, logros y proyectos futuros, lesionan en forma intensa el "sí mismo" de los pacientes, disminuye su autoestima y les origina sentimientos de tristeza, vergüenza, inferioridad y culpa. Vergüenza e inferioridad por no ser normales, por las marcas corporales visibles (e invisibles), y por su escaso desarrollo físico y sexual, sobre todo en adolescentes. Culpa por la enfermedad, fantaseada como castigo por sus pecados, envidia y reacciones hostiles hacia los sanos y un "intenso remordimiento" por construir una carga (económica y afectiva) para sus familias. Culpas que se suman llevándolos a auto agredirse o buscar el castigo de diferentes maneras; por ejemplo, dejar de comer, infectar su diálisis peritoneal, transgredir las dietas u otras indicaciones terapéuticas, con lo cual se producen más dolor, respuestas agresivas del personal que los atiende, acercándose un poco más a la muerte. Muchas veces estos incumplimientos constituyen una franca conducta suicida.

El estado de angustia y depresión determinan, a su vez. Que la regresión desencadenada por la enfermedad y los internamientos e vuelva más intensa y llegue a comprometer de manera global la personalidad de los pacientes. La regresión se, manifiesta en las relaciones totalmente dependientes que mantienen con los familiares y el equipo asistencial, en absoluta falta de cooperación, en las actividades hospitalarias, y el empleo reducido de recursos yoicos y conductas defensivas (escisión, proyección, idealización, negación, omnipotencia del pensamiento) para defenderse de la angustia y adaptarse a la nueva y más difícil realidad que les plantea el padecimiento.

Además por tratarse de una enfermedad crónica y progresiva, esta regresión corre el riesgo de transformarse en permanente, cuyas causas son inherentes a la denominada historia natural de la enfermedad, sino que se encuentran en el sistema de asistencia familiar, donde se procesa y construye esta historia.¹⁴

INTENSIDAD DE LAS REPERCUSIONES.

Edad, personalidad y medio social (familiar-económico-cultural) son determinantes de la conflictiva psíquica desencadenada por la enfermedad.

Los pacientes más afectados en términos de edad son los más pequeños (2-5 años) y los adolescentes (12-16 años). En el primer grupo, este grado de afectación se explica por los escasos recursos psicológicos o mentales que disponen los niños para defenderse de la angustia a adaptarse a la situación de enfermedad: además de las importantes tareas evolutivas que se ven afectadas o distorsionadas por la enfermedad (desarrollo neurológico, mental, diferenciación intrasubjetiva e intersubjetiva, control del cuerpo y de la actividad muscular, conquista de espacio, búsqueda de autonomía, competencia atípica, socialización temprana, etc.)

La enfermedad renal crónica implica una situación de crisis para toda la familia como sistema y para cada uno de sus integrantes en forma personal, lo cual resulta del interjuego de 3 determinantes básicas:

1. IRC-tipo de procedimiento de rehabilitación (características objetivas y significativos subjetivos).
2. Dinámica del grupo familiar (historia previa, cultura situación económica, organización, conflictos, enfermedades, muerte).
3. Contexto (lugar de residencia, redes de apoyo, relación con el hospital).

En función de estos tres grandes factores la familia responderá frente a esta crisis.

Al inicio lo más difícil es entender y aceptar el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad y el hecho de volver a "libidinizar" (cargar de afecto y valoración) a un hijo o hermano que es ya otro, distinto al que fue y podría haber sido, aceptando al mismo tiempo tratamientos largos y costosos.

Después de que la familia supera el primer impacto (uno miembros lo hacen antes que otros), comienza a haber reajustes para adaptarse a la nueva situación. Los padres se sienten tambalear en su función, dentro de la cual está el cuidado del niño y supone saber acerca del mismo. Ellos "ya no saben", ahora es el médico quien decide qué se puede y qué no se puede.

El trabajo grupal con familiares promueve, a través del intercambio de información y experiencias, un mejor conocimiento y aceptación del padecimiento, la formación de redes de apoyo y el poder construir entre todos (coordinadores y padres) un "saber cuidar al niño enfermo".

Permite a sí mismo, descubrir problemas individuales o de convivencia familiar.

Durante el primer periodo de adaptación se presentan dos riesgos relacionados con la dinámica y el contexto familiar previos:

- a) reorganización demasiado precoz, determinada por la negación y no por una cabal comprensión de los verdaderos alcances de la enfermedad y los procedimientos de rehabilitación, lo que puede reflejarse en decisiones poco meditadas por parte de sus integrantes, como donar un riñón, acompañar al paciente al hospital o costear las medicinas, compromisos que después no pueden cumplirse y ocasionan que los presuntos ayudadores huyan de la situación (donantes que desaparecen).
- b) exageradamente lenta o tórpida, aquí la familia vive la enfermedad de forma catastrófica y no encuentra los instrumentos personales, de grupo o materiales

para enfrentarla con eficacia, circunstancia de les impide atender eficazmente al niño enfermo.

Las familias migrantes uniparentales o con escasa redes familiares y sociales suelen ser más vulnerables en esta etapa y continúan en una condición semejante durante el resto del proceso pudiendo considerarse como familias y pacientes "en mayor riesgo", requiriendo mayor apoyo psicológico y social.

Las familias que sortean con éxito estos riesgos encuentran un punto para recuperarse de la crisis y enfrentar la fase de reorganización, esta fase se acompaña de sentimientos de ansiedad, tristeza, culpa y esperanza.

Los patrones de reorganización siguen dos tendencias opuestas que podemos denominar "centrípreta" y "centrífuga", en la primera los miembros se aglutinan en torno a la enfermedad, lo que absorbe la mayor parte de sus energías, recursos económicos y afectivos disponibles, restando posibilidades de desarrollo y crecimiento a los demás miembros de la familia, viviendo en un estado de angustia continuo de sobresalto, pensando en las posibles complicaciones del padecimiento y el riesgo de muerte. La centralidad en el enfermo favorece la formación de coaliciones, de acuerdo con las fisuras familiares ya existentes.

La tendencia familiar centrífuga se expresa en conductas de evitación, este patrón de interacciones supone que uno de los miembros, por lo general la madre, se ocupe exclusivamente del paciente, dedicación que favorece su pasividad, dependencia y regresión, genera celos, resentimiento reforzando la evitación, este patrón de interacciones supone que uno de sus miembros, por lo general la madre, se ocupe casi exclusivamente del paciente, dedicación que favorece su pasividad, dependencia y regresión, genera celos y resentimiento, reforzando de manera complementaria la pauta de evitación de los otros integrantes del grupo, llegando a la disfuncionalidad del sistema, acorta además la distancia emocional entre la madre y el hijo, facilitando los sentimientos de confusión (contraindicado para una posible donación), dificulta el crecimiento del paciente, y por ende, su recuperación biopsicosocial.

Por otra parte, todas estas dinámicas familiares "disfuncionales" se estereotipan con el transcurso del tiempo llegando a constituir francos impedimentos para que la familia integre al paciente con transplante en su cualidad de casi sano, y adquiera al mismo tiempo un nivel de funcionamiento adecuado, para el desempeño de todos sus miembros. La psicoterapia familiar resulta indicada en estos casos.

En cuanto a los conflictos matrimoniales previos a la enfermedad se acentúan después de su emergencia; solo en contadas excepciones se solucionan, después de conocer el diagnóstico de la misma. La familia deja entre paréntesis dichos problemas uniendo sus fuerzas y recursos para enfrentar con eficiencia la nueva situación.

Las interacciones de unión muy útiles durante este período pueden impedir la rehabilitación del paciente después de efectuado el transplante, considerándose familias y pacientes de riesgo postransplante.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Las familias de niños con insuficiencia renal crónica en protocolo de trasplante, presentaran un gran porcentaje de disfunción familiar?

HIPÓTESIS.

HIPÓTESIS 0: Hay disfuncionalidad en las familias de pacientes pediátricos con Insuficiencia Renal Crónica en protocolo de trasplante

HIPÓTESIS 1: No hay disfuncionalidad familiar en familias de pacientes pediátricos con Insuficiencia Renal Crónica en protocolo de trasplante.

OBJETIVO.

Evaluar la funcionalidad familiar en familias de pacientes pediátricos con Insuficiencia Renal Crónica que se encuentran en protocolo de trasplante.

MATERIAL Y METODOS.

Diseño del estudio:

Estudio transversal descriptivo de percepción de disfunción familiares niños con el diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica en protocolo de trasplante renal, todos ellos derechohabientes adscritos para su atención en el hospital de pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI, donde se evaluara la funcionalidad familiar de dicho grupo de pacientes mediante la aplicación de la Escala de Funcionamiento Familiar del Instituto de la Familia AC., de la Dra. Emma Espejel Acco, que comprende las áreas de Autoridad, que la evaluara la eficiencia de la autoridad dentro de la familia. Control, que evalúa como se manejan los límites y las formas de control de conducta. Supervisión, que evalúa la funcionalidad de la vigilancia de normas y comportamiento. Afecto, que evalúa como se presentan las muestras de sentimientos y emociones entre los miembros de la familia. Apoyo, que evalúa la forma en que los miembros de la familia se proporcionan soporte social dentro y fuera del grupo familiar. Conducta disruptiva, evalúa el manejo de conductas no aceptadas socialmente como adicciones, problemas con la autoridad o alguna otra situación emergente. Comunicación, evalúa la forma de relación verbal o no verbal que se da dentro de la familia. Afecto Negativo, evalúa la funcionalidad de la presencia de sentimientos y emociones de malestar dentro de la familia. Recursos, evalúa la existencia de potencialidades instrumentales y afectivas y la capacidad de la familia para desarrollarlos y utilizarlos.

El cuestionario consta de 40 preguntas cerradas con siete u ocho opciones a elegir, calificándose del 1 al 4 según la respuesta otorgada, sumando cada respuesta según la función calificando como disfuncional de 20 a 50 y de 50 a 80 como disfuncional.

El nivel socioeconómico se determinara con la aplicación del cuestionario de clasificación del estrato socioeconómico (Método de Graffar), el cual consta de 4 incisos del A al D, que comprende los siguientes puntos: Profesión del jefe de familia, Nivel de instrucción de la madre, Principal fuente de ingresos y Condiciones de vivienda con cinco opciones a elegir en cada rubro.

UNIVERSO DE TRABAJO:

Se realizó la aplicación del cuestionario de la Escala de Funcionamiento familiar a 30 familias de pacientes pediátricos adscritos al servicio de cirugía de alta especialidad del Hospital de Pediatría del CMN Siglo XXI, con Insuficiencia Renal Crónica.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

Se inicia la realización del protocolo de estudio en el mes de Abril, siendo aceptado por el comité académico delegacional procediendo posteriormente a la aplicación del Test de Escala de Funcionamiento Familiar del Instituto de la Familia (Dra. Emma Espejel) y el cuestionario Clasificación del Estrato Socioeconómico, método de Graffar.

A todas las familias de los pacientes se les pidió que firmaran una carta de consentimiento informado para participar en el estudio. Posterior a la evaluación del test y del cuestionario de cada familia se agregaron los resultados al expediente para ser utilizados por el servicio de salud mental, donde son enviados todos los pacientes para orientar a toda la familia a cerca de lo que consiste el transplante y la importancia de la participación de la familia para la conservar el injerto funcionando.

RECURSOS.

RECURSOS HUMANOS:

- Asesor de tesis.
- Residente de Tercer año de Medicina Familiar.

RECURSOS MATERIALES:

- Test de Escala de Funcionamiento Familiar del Instituto de la Familia (Dra. Emma Espejel).
- Clasificación del estrato socioeconómico Método de Graffar.
- Concentrado de aplicación del test donde se obtienen las conclusiones
- Libretas, hojas tamaño carta, bolígrafos, lápices, gomas y sacapuntas, marcador, engrapadora estándar, disco flexible de 3.5 (1.44 MB).
- Computadora Pentium IV, Programa Microsoft Word Xp, Internet Explorer, Paquete SPSS Ver 10.
- Impresora Epson Sytlus C40UX.

RECURSOS FÍSICOS:

- Hospital de Pediatría Servicio de Transplantes del Centro Medico Nacional Siglo XXI.

Variables:

a) **Variable independiente:**

Familias de niños con IRC en protocolo de trasplante

b) **Variable dependiente:**

Dinámica Familiar: a) Funcional.
b) Disfuncional.

c) **Variables genéricas:**

Género: a) Masculino
b) Femenino
Edad.

d) **Variable socioeconómica.**

a) Estrato Alto
b) Medio Alto
c) Medio Bajo
d) Obrero
e) Marginal.

e) **Variables familiares:**

Dinámica Familiar a) Nuclear
b) Extensa
c) Compuesta
d) Extensa compuesta
e) Reconstituida
f) Uniparental

Etapa de ciclo familiar a) Matrimonio
b) Expansión
c) Dispersión.
d) Independencia.
e) Retiro y muerte

Desarrollo familiar a) Moderna
b) Tradicional

Demografía familiar: a) Rural
b) Urbana
c) Suburbana

Tipología familiar: a) Profesional
b) Obrera
c) Campesina.

Selección de la muestra:

Tamaño de la muestra: Muestra a conveniencia del investigador, se captarán pacientes a través de casos consecutivos en un periodo comprendido entre abril y Junio del 2004.

Criterios de selección:

a) Criterios de inclusión:

- ✓ Familias de niños con edad de 6 meses a 15 años 11 meses.
- ✓ En protocolo de transplante renal.
- ✓ En su primer transplante renal.
- ✓ Masculinos o femeninos.
- ✓ Que deseen participar en el estudio.

b) Criterios de exclusión:

- ✓ Familias de niños menores de 6 meses y mayores de 15 años 11 meses.
- ✓ Familias de niños que no se encuentren en su primer transplante
- ✓ Que no deseen participar en el estudio.

c) Criterios de eliminación:

- ✓ Familias de niños que no contesten completamente el cuestionario de recolección de datos.

PROCEDIMIENTOS.

Para valorar la funcionalidad familiar de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en proceso de transplante se seleccionaran a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión que pertenezcan al Servicio de trasplantes del Hospital de Pediatría del centro Médico Nacional Siglo XXI captados de Abril a Junio del año 2004.

El tesista será el encargado de verificar que cada sujeto de estudio cumpla con los criterios de inclusión y la firma de la carta de consentimiento informado (Anexo 1). Además será el responsable de realizar el Test de Escala de Funcionamiento Familiar del Instituto de la Familia (Dra. Emma Espejel).

En base a los resultados se observaran el grado de disfuncionalidad que se producen durante el proceso de transplante (en que Funciones), y en base a ello se le proporcionara asesora adecuada y si fuese necesario terapia familiar e individual.

CONSIDERACIONES ETICAS

La realización del presente protocolo no pone en riesgo la vida ni la evolución de la enfermedad en los pacientes seleccionados, además autorizarán por escrito su participación (Anexo 3). Este protocolo ha sido autorizado por el Comité local de la UMF # 28 Gabriel Mancera con número de registro

Por el contrario al obtener la evaluación de las Historias de Salud familiar evaluadas por la el Test de Escala de Funcionamiento Familiar del Instituto de la Familia (Dra. Emma Espejel). Sabremos si es que hay disfuncionalidad o no y en que área proporcionando esta información a el área de psicología y salud mental del área de trasplantes, para el mejor asesoramiento de las familias de niños que serán trasplantados. Toda la información que se obtenga se manejará de forma confidencial sin ningún perjuicio para el paciente utilizándose únicamente para fines de estudio.

RESULTADOS.

Estructura familiar

Extensa 18. (60%), Extensa compuesta 2 (6.6%), Uniparental 6 (20%), Reconstituida 4 (13%).

Etapa del ciclo Vital.

Expansión 3 (10%), Dispersión 27. (90%).

Desarrollo familiar.

Moderna 22 (73.3%), Tradicional 8 (26.6%).

Demografía.

Rural 1(3.3%), Urbana 26 (86.6%), Suburbana 2 (6.6%).

Tipología familiar.

Campesina 1 (3.3%), Obrera 16 (53.3%)

Profesional 13 (43.3%).

Estrato socioeconómico.

Marginal 1(3.3%), Obrera 16 (53.3%), Medio bajo 10 (33.3%), Medio alto 3 (10%)

Funcionalidad familiar.

Funcionales 21 (70%), Disfuncionales 9 (30%), con disfuncionalidad en las siguientes áreas: límites, comunicación, afecto y Conducta disruptiva, en los niños de dichas familias, el tiempo de diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica era 1 6/12 meses, y su ingreso al protocolo de trasplante era de 1 mes, por lo cual se envió al servicio de psicología (específico para pacientes con IRC) para identificar familias de alto riesgo y darles tratamiento (terapia familiar), ya se había realizado, pero en el momento de realización del test aun no llegaba la fecha de su cita. A diferencia de las familias que resultaron funcionales, las cuales ya había acudido a este servicio (llevando en promedio 3 consultas), acudiendo a la mayoría de estas todo el núcleo familiar ya que es requisito del protocolo de trasplante.

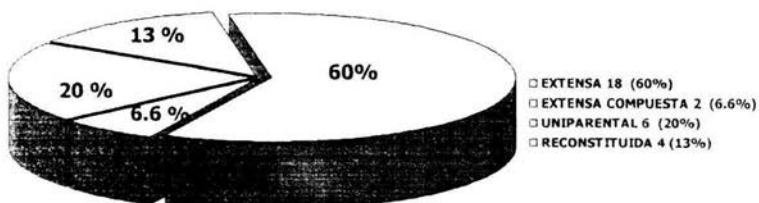
En cuanto a su estructura familiar 6 eran extensas y 3 reconstituidas, en base a su etapa de ciclo familiar se encontraban en fase de expansión 2 de ellas y dispersión 7 de ellas.

En base a su desarrollo familiar 8 familias fueron tradicionales y sólo 1 fue moderna.

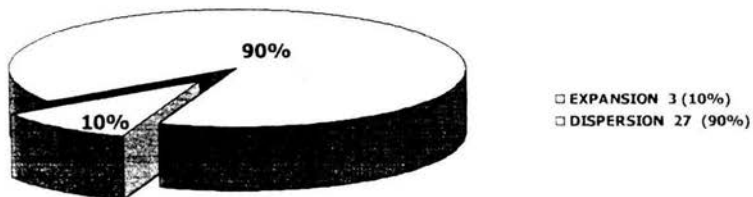
En base a su demografía 2 eran suburbanas, 1 rural y 6 urbanas, en cuanto a su tipología las 9 fueron obreras

En cuanto al estrato socioeconómico las 9 familias fueron obreras.

ESTRUCTURA FAMILIAR EN FAMILIAS DE NIÑOS CON IRC EN PROTOCOLO DE TRANSPLANTE



ETAPA DEL CICLO VITAL EN FAMILIAS DE NIÑOS CON IRC EN PROTOCOLO DE TRANSPLANTE



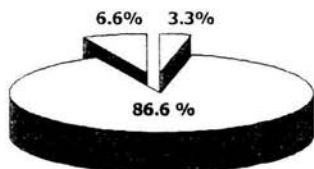
CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS DE NIÑOS CON IRC EN PROTOCOLO DE TRANSPLANTE SEGÚN SU DESARROLLO



□ MODERNA 22 (73.3%)

□ TRADICIONAL 8 (26.6%)

CLASIFICACION DE LA FAMILIAS DE NIÑOS CON IRC EN PROTOCOLO DE TRANSPLANTE SEGÚN SU DEMOGRAFIA

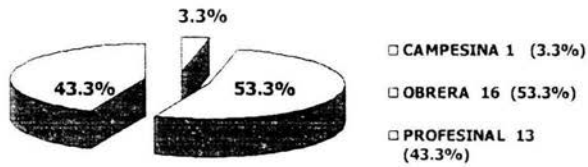


□ RURAL 1 (3.3%)

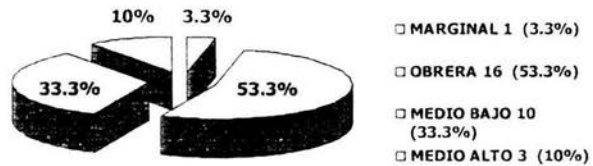
□ URBANA 26 (86.6%)

□ SUBURBANA 2 (6.6%)

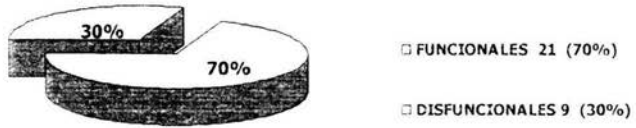
CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS DE NIÑOS CON IRC EN PROTOCOLO DE TRANSPLANTE SEGÚN SU TIPOLOGIA.



CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS DE NIÑOS CON IRC EN PROTOCOLO DE TRANSPLANTE SEGÚN SU ESTRATO SOCIOECONOMICO



CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS DE NIÑOS CON IRC EN
PROTOCOLO DE TRANSPLANTE SEGÚN SU FUNCIONALIDAD



CONCLUSIONES.

La funcionalidad familiar es un rubro muy importante de evaluar en las familias que tienen pacientes con padecimientos crónicos, ya que en estas se ha observado un mayor índice de disfuncionalidad, tanto por la patología del miembro familiar, que implica un reajuste en toda su dinámica, así como por el resurgimiento de problemáticas antiguas no resueltas en la familia.

Nosotros observamos que todas las familias con pacientes con IRC en protocolo de transplante que no habían acudido al servicio de psicología presentaban alta frecuencia de disfuncionalidad familiar, todo lo contrario se observó en familias con las mismas características que ya habían consultado al servicio de psicología con un promedio de 3 consultas, a las cuales es requisito acudir todo el núcleo familiar y las redes de apoyo para permanecer dentro del protocolo de transplante, resultados que fueron independientes de la estructura, ciclo vital desarrollo, demografía, tipología y estrato socioeconómico familiar.

Por lo anterior es importante identificar a las familias con pacientes crónicos dentro de nuestra consulta diaria para poder identificar a las que presenten disfuncionalidad, ya que al hacerlo sería de gran ayuda para poder tener un mejor apego al tratamiento del paciente, conllevando a una mejor calidad de vida de nuestros pacientes

Esto mediante la aplicación del test utilizado en la tesis, para el cual tendríamos que dedicarles un tiempo fuera de la consulta a cada familia, o crear un departamento a parte de médicos familiares que se dedicaran solo a identificar a las familias disfuncionales, debido a que este tipo de cuestionarios lleva tiempo, y para mayor confiabilidad de este tiene que ser aplicado a toda la familia escuchando las opiniones de todos los integrantes familiares, lo cual no es posible dentro de la consulta diaria.

(ANEXO 1)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROYECTO DE INVESTIGACION CLINICA.

Se me ha explicado y por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado "LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES PEDIATRICOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN PROTOCOLO DE TRANSPLANTE DEL HOSPITAL DE PEDIATRIA CMN SIGLO XXI", registrado en el comité local de investigación.

Determinar sin en las familias de pacientes con IRC en protocolo de transplante existe o no disfuncionalidad familiar, como consecuencia del proceso del transplante. Nuestra participación consistirá en contestar un cuestionario de funcionalidad familiar.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre las posibles molestias e inconvenientes y beneficios derivados de la participación del estudio.

El investigador principal se ha comprometido en darnos los resultados del cuestionario, y anexar estos al expediente para ser utilizados por el servicio de salud mental para ser utilizados durante mi consulta en este servicio.

El investigador principal me ha dado seguridades que no me identificarán en las presentaciones públicas o publicaciones que se deriven de este estudio.

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

RESPONSABLE: Dra. Janette Yazmín Amaya Mora.

FIRMA: _____

FECHA: _____

(ANEXO 2)

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Características de la escala de calificación.

Cada ítem se evalúa en una escala ordinal de cuatro categorías, asignando 1 cuando el aspecto evaluado es disfuncional y 4 cuando es funcional. Las categorías 2 y 3 son intermedias.

Esta calificación se hace al juicio de la persona que evalúa, considerando en cada caso el ciclo vital de la familia, el nivel cultural, socioeconómico, y la tipología familiar.

Código de calificación:

1. Disfuncional.
2. Poco funcional.
3. Medianamente funcional.
4. Funcional.

1.- Territorio o centralidad.

Califique:

- 4 Si contestan ambos o todos.
- 3 Cuando la respuesta es un sólo padre o subsistema hijos cuando son adultos.
- 2 Cualquier otro miembro que no sea el padre o la madre.
- 1 Cuando la respuesta es nadie o un hijo pequeño.

2.- Roles.

Califique:

- 4 Ambos o uno de ellos cuando el otro trabaja o cualquier otra persona cuando los dos trabajan.
- 3 Cuando los dos trabajan y además uno sólo organiza; cuando uno de los hijos se encarga.
- 2 Todos y otra persona cuando uno de los padres no trabaja.
- 1 Nadie o hijos pequeños cuando están él o los padres.

3.- Jerarquía.

Califique:

- 4 Todos o ambos.
- 3 Un solo miembro de la familia que pertenezca a otro subsistema no parental.
- 2 Todos y otra persona, cuando uno de los padres no trabaja.
- 1 Otro no familiar o nadie.

4.- Centralidad.

Califique:

- 4 Todos, ambos padres.
- 3 Uno de los padres o de los hijos en forma alterna.
- 2 Otro familiar, o la misma persona en forma rígida.
- 1 Nadie, otro no familiar.

5.- Centralidad.

Califique:

- 4 Todos, nadie o el subsistema parental.
- 3 Un solo padre más alguien de otro subsistema.
- 2 Uno o varios de los hijos, otro familiar
- 1 Si son los hijos.

6.- Límites.

Califique:

- 4 Nadie
- 3 Otro no familiar.
(depende de quién)
- 2 Otro familiar.
- 1 Todos, cualquier otro.

7.- Límites.

Califique.

- 4 Ambos padres.
- 3 Uno de los padres.
- 2 Otros hermanos, otro familiar.
- 1 Otro familiar o no familiar (cuando existen los padres) nadie, todos.

8.- Modos de control de conducta.

Califique:

4 Ambos

- 3 Uno de los padres u otro familiar o no cuando hay ausencia de los padres.
- 2 Otro familiar o no cuando existen los padres o bien los hermanos.
- 1 Todos y nadie.

9.- Límites.

Califique:

- 4 Todos, nadie, de acuerdo al ciclo vital.
- 3 cuando todos respetan, excepto uno del sistema parental (según circunstancias).
- 2 Cuando sólo una de las personas respeta.
- 1 Nadie o no existen horarios (según circunstancias).

10.- Alianzas.

Califique:

4 No ha ocurrido

- El padre (el otro padre).
- 3 otra persona apoyando en ausencia del otro padre.
- 2 Todos o cualquiera que se oponga.
- 1 Nadie.

11.- Jerarquía y comunicación.

Califique:

- 4 Avisan, padre a madre, o madre a padre, hijos (as) a padre o madre.
- 3 Dependiendo del acuerdo previo.
- 2 A veces, dependiendo del acuerdo previo.
- 1 No avisan.

12.- Roles.

Califique:

- 4 Padre o padres que trabajan y participan.
- 3 Hijos que trabajan y participan a criterio del contexto.
- 2 Otros familiares o hijos que trabajan y costean sus estudios o gastos personales.
- 1 Cuando trabajan y no participan por una razón determinada.

13.- Roles.

Califique:

- 4 cualquiera que sustituya y sea adecuado dentro del mismo subsistema.
- 3 Sustituye a la persona adecuada aunque sea de otro subsistema o instancia.
- 2 Es sustituido pero no por la persona adecuada, sustituye aunque no efectivamente.
- 1 No se sustituye.

14.- Jerarquía.

Califique:

- 4 Sistema ejecutivo o y todos cuando están en edad.
- 3 Cuando decide uno de los hijos en ausencia de los padres.
- 2 Cuando decide uno de los hijos en presencia de los padres.
- 1 Cuando deciden los hijos o uno de ellos y otro familiar.

15.- Jerarquía.

Califique:

- 4 Si se avisa a la persona adecuada.
- 3 Se avisa a otra persona en ausencia de la persona adecuada.
- 2 Avisa, pero no a la persona adecuada.
- 1 No avisa.

16.- Modo de control de conducta.

Califique:

- 4 Ambos padres o uno sólo dependiendo del ciclo vital del contexto y del tipo de castigo.
- 3 Un solo padre o un hijo en ausencia de los padres y dependiendo del contexto de la edad y del tipo de castigo.
- 2 Cuando en presencia de los padres castigan a los hijos.
- 1 No se castiga o castiga otro familiar o no familiar.

17.- Modos de control de conducta.

Califique:

- 4 Cualquier subsistema o persona que cumpla o cuando no se utiliza la promesa porque no es necesaria.
- 3 Cuando a veces cumple y a veces no dependiendo de la índole de la promesa.
- 2 Cuando uno de los padres cumplen y otro no.
- 1 Cuando consistentemente dejan de cumplir los padres o los hijos.

18.- Afectos.

Califique:

- 4 Cualquier respuesta dentro del mismo subsistema o del subsistema ejecutivo cuando lo hay.
- 3 Cuando la pide al subsistema jerárquicamente inmediato superior.
- 2 Cuando teniendo familia pide ayuda externa (según la circunstancia del problema).
- 1 Nadie.

19.- Alianza.

Califique:

- 4 Cuando hay alternancias de salidas juntos o por subsistemas.
- 3 Siempre o casi siempre salen por subsistemas.
- 2 Rara vez salen todos juntos o por subsistema.
- 1 Nunca salen o siempre salen todos juntos.

20.- Alianzas.

Califique:

- 4 Todos o cuando la protección proviene del subsistema superior o dentro del mismo.
- 3 Cuando sólo uno de los padres protege y el otro es sustituido por familiar o no familiar.
- 2 Cuando hay sobreprotección de cualquiera de los miembros.
- 1 Nadie u otro familiar o no, en presencia de padre no clínico.

21.- Comunicación.

Califique:

- 4 Cuando la comunicación cubre a todos los subsistemas en diferentes ámbitos y momentos.
- 3 Cuando sólo se da dentro de cada subsistema o en diferentes excluyendo a uno o varios.
- 2 Cuando se comunican con otros familiares o no familiares o no se comunican los miembros del subsistema.
- 1 Cuando no se comunican.

22.- Comunicación.

Califique:

- 4 Todos.
- 3 Sólo un subsistema.
- 2 Los subsistemas con exclusión de miembros, con otros familiares o no familiares.
- 1 Nadie.

23.- Comunicación.

Califique:

- 4 Todos.
- 3 Un subsistema o un miembros del subsistema con otro entre sí.
- 2 Otro familiar y cuando dos subsistemas al comunicar con exclusión de algunos.
- 1 Nadie.

24.- Comunicación.

Califique:

- 4 Cuando un subsistema lo comunica a otro.
- 3 Cuando los acuerdos son parciales.
- 2 Cuando es necesaria la intervención de un familiar o no familiar para comunicar el acuerdo.
- 1 Cuando la decisión no se comunica o es tomada por un sólo miembro o no hay acuerdos.

25.- Modos de control de conductas.

Califique:

- 4 Cuando el subsistema parental interviene o por lo menos 1.
- 3 Cuando interviene un sustituto parental.
- 2 Cuando varios subsistemas intervienen.
- 1 Nadie, según, la edad.

26.- Roles.

Califique:

- 4 Subsistema parental o por lo menos uno.
- 3 Cuando en ausencia de los padres interviene un sustituto parental.
- 2 Cuando habiendo padres, es otro subsistema es que se responsabiliza.
- 1 Todos y nadie (dependiendo de la edad).

27.- Jerarquía.

Califique:

- 4 Los padres.
- 3 Uno sólo de los padres.
- 2 Otro familiar y no familiares en ausencia de los padres o los hijos.}
- 1 Nadie.

28.- Roles.

Califique:

- 4 Subsistema padres o un padre con un hijo.
- 3 Siempre sólo uno de los padres.
- 2 Los hijos u otro familiar.
- 1 Nadie.

29.- Jerarquía.

Califique:

- 4 Subsistema parental.
- 3 Sólo uno de los padres o todos.
- 2 Otro familiar, los hijos (según el caso).
- 1 nadie.

30.- Jerarquía

Califique:

- 4 Los padres, todos o una institución.
- 3 Sólo uno de los padres.
- 2 Los hijos u otro familiar.-
- 1 Otro, no familiar, no hubo acuerdo.

31.- Afectos.

Califique:

- 4.- Todos.
- 3.- Casi todos.
- 2.- Cuando sólo uno o un subsistema se divierte.
- 1 Nadie.

32.- Afectos.

Califique:

- 4 los padres o todos.
- 3 Uno de los padres.
- 2 los hijos u otros familiares o no familiares.
- 1 nadie.

33.- Afectos.

Califique:

- 4 Todos (cualquier subsistema).
- 3 Cuando sólo se da dentro del subsistema.
- 2 Cuando se excluye a uno de los miembros.
- 1 Nadie o sólo con otros familiares o no familiares.

34.- Afectos.

Califique:

- 4 Cualquiera de los subsistemas a veces hablando.
- 3 A veces cualquiera de los subsistemas con otro y con poca comunicación.
- 2 Frecuentemente cualquiera de los subsistemas.
- 1 Muy frecuentemente se enojan y se dejan de hablar.

35.- Patología.

Califique:

- 4 Nadie o a nivel de juego, los niños.
- 3 Los padres a los hijos (dependiendo del ciclo vital).
- 2 Los hijos entre sí, dependiendo de la edad y el tipo de golpes.
- 1 El subsistema hijos a los padres, los padres entre sí, otros familiares o no familiares.

36.- Patología.

Califique:

- 4 Nadie.
- 3 Cuando alguien lo hace rara vez y en forma social.
- 2 Cuando lo hacen frecuentemente alguien o algunos, social y no socialmente.
- 1 Cuando uno o varios lo hacen como adicción.

37.- Patología.

Califique:

- 4 Nadie.
- 3 Alguien dentro del subsistema hijos.
- 2 Alguien del subsistema parental.
- 1 Todos frecuentemente.

38.- Patología.

Califique:

- 4 Nadie o nunca.
- 3 Alguna vez alguien.
- 2 Frecuentemente alguien del subsistema hijos.
- 1 Muy frecuentemente cualquier subsistema.

39.- Patología.

Califique:

- 4 Nadie.
- 3 alguna vez, alguien de cualquier subsistema.
- 2 Uno o varios, frecuentemente, estando involucrado el subsistema parental.
- 1 Uno o todos continuamente o más de cada subsistema.

40.- Patología.

Califique:

- 4 nadie.
- 3 Se aísla, a veces alguien del subsistema hijos.
- 2 Se aísla, a veces alguien del subsistema parental frecuentemente.
- 1 Uno o algunos muy frecuentemente.

Instrucciones para el llenado del formato de calificación.

- 1.- Anote en cada cuadro la calificación dada al número de reactivo.
- 2.- haga la suma horizontal (de los recuadros).
- 3.- Obtenga el puntaje global, haciendo la suma en forma vertical (de la secuencia de 40 reactivos). Tomados de la escala, no del formato.
- 4.- Vaeie los resultados en la hoja de representación gráfica.

PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.

Familia: _____ Fecha de aplicación: _____
Tiempo de formada: _____ Etapa del ciclo vital de la familia: _____
Adolescentes: _____ Niños: _____ Adultos: _____
Tipo de familia: _____

GENOGRAMA

1.- ¿ Hay en su familia algún o algunos miembros considerados como los más trabajadores?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie	Funcionalidad

2.- ¿Quién organiza la alimentación de la familia ir al mercado, decir los menus.etc.)?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie	Funcionalidad

3.- En su familia ¿hay alguna o algunas personas que sean más reconocidas y tomadas en cuenta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie	Funcionalidad

4.- Si se reúne la familia para ver televisión ¿quién decide el programa?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie	Funcionalidad

5.- ¿Quién o quienes de la familia tienen más obligaciones?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie	Funcionalidad

6.- ¿Quién o quienes de la familia intervienen cuando los padres discuten o pelean?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie	Funcionalidad

7.- En los problemas de los hijos, ¿quién o quiénes intervienen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie	Funcionalidad

8.- ¿Quién reprende a los hijos cuando cometen una falta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie	Funcionalidad

9.- Si en casa existen horarios para comer o llegar ¿quiénes respetan los horarios de llegada?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie	Funcionalidad

No existen horarios

10.- Si uno de los padres castiga a un hijo ¿quién interviene?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie	Funcionalidad

No ha sucedido.

11.- Cuando alguien a la casa quién le avisa.....

Quién invita	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	No avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nunca invitan

Funcionalidad

12.- ¿Quiénes participan y quiénes no participan en la economía familiar?

Estatus	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar
Trabaja y participa						
Trabaja y no participa						
No trabaja y participa						
No trabaja						

Funcionalidad

13.- Si cada quien tiene obligaciones definidas en esta familia, ¿quién sustituye a quién para cumplirlas cuando no puede hacerlo el responsable?

Responsable.	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

No existen obligaciones definidas:

Funcionalidad

14.- En las decisiones familiares importantes, ¿quiénes participan?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie	Funcionalidad

15.- Para ausentarse de la casa, ¿quién le avisa o pide permiso a quién?

Responsable.	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

16.- Cuando alguien comete una falta, ¿quién y como castiga?

Quién castiga	Verbalmente	Corporalmente	Instrumentalmente
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

No se castiga

Funcionalidad

17.- Si acostumbran hacer promesas sobre premios y castigos, ¿quiénes las cumplen siempre?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie	Funcionalidad

18.- Cuando alguien se siente triste, decaído o preocupado, ¿quién pide ayuda?

Pide ayuda	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

19.- ¿Quiénes de ustedes salen juntos con cierta frecuencia?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

20.-En esta familia, ¿quién protege a quién?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

21.- Si conversan ustedes unos con otros, ¿quiénes lo hacen?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

22.- Si consideran ustedes que expresan libremente sus opiniones, ¿quiénes lo hacen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie	Funcionalidad

NO

23.- ¿ quiénes tiene mejor disposición para escuchar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie	Funcionalidad

24.- Cuando entre algunos de ustedes se toma una decisión o se llega a algún acuerdo, ¿a quiénes se les hace saber con claridad?

Quiénes acuerdan	Subsistema parental	Subsistema hijos	Otro familiar	Otro No familiar	Nadie
Subsistema parental					
Subsistema hijos					
Otro familiar					
Otro no familiar					

No hay acuerdos

Funcionalidad

25.- ¿Quién supervisa el comportamiento escolar de los hijos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie	Funcionalidad

26.- ¿Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie	Funcionalidad

27.- Para transmitirlos valores más importantes en esta familia, ¿quién se ha responsabilizado de su transmisión y vigencia?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie	Funcionalidad

28.- Cuando algo se descompone, ¿quién organiza su reparación?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie	Funcionalidad

29.- ¿Quién o quienes participan en la solución de un problema grave?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie	Funcionalidad

30.- ¿Quiénes tomaron la decisión de vivir en este lugar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie	Funcionalidad

31.- En esta familia ¿quiénes son los más alegres o los que se divierten más?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie	Funcionalidad

32.- ¿Quién en esta familia estimula las habilidades y aptitudes?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie	Funcionalidad

33.- ¿Quiénes en la familia se abrazan espontáneamente?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

34.- Cuando se llega a enojar en esta familia, ¿quiénes son los que lo hacen y con quiénes?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

35.-¿Se han llegado a golpear en esta familia? ¿quién con quién?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

FRECUENCIA

Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro

Funcionalidad

36.-¿En esta familia hay alguien que se embriague con alcohol o tome otro tipo de estimulantes?

FRECUENCIA

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

37.- ¿Quién tiene o ha tenido problemas de comportamiento en la escuela, el trabajo o con los demás?

FRECUENCIA

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

38.- Si en esta familia ha habido problemas con la autoridad (policía, jefes, maestros, etc.) ¿Quién los ha tenido?

FRECUENCIA

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

39.- ¿Quién ha presentado algún problema emocional?

FRECUENCIA

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

40.-¿Quién en la familia se aísla?

.-¿ Quién ha presentado algún problema emocional?

FRECUENCIA

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

ANEXO 3

CALIFICACION DEL ESTRATO SOCIOECONOMICO METODO DE GRAFFAR

A.- PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA.

- 1.- Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.
- 2.- Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc.
- 3.- Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa.
- 4.- Obrero especializado: tractorista, taxista, etc.
- 5.- Obrero no especializado, servicio doméstico, etc.

B.- NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE.

- 1.- Universitaria o su equivalente.
- 2.- Enseñanza técnica y/o secundaria completa.
- 3.- Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos).
- 4.- Educación primaria completa.
- 5.- Primaria incompleta, analfabeta.

C.- PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS.

- 1.- Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar).
- 2.- Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.) deportistas profesionales.
- 3.- Sueldo quincenal o mensual.
- 4.- salario diario o semanal
- 5.- Ingresos de origen público o privado (subsídios).

D.- CONDICIONES DE VIVIENDA.

- 1.- Vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias.
- 2.- Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias.
- 3.- Vivienda con espacios reducidos pero confortable y buenas condiciones sanitarias.
- 4.- Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias.
- 5.- Vivienda improvisada, construida con materiales de desecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.

PARA CLASIFICAR EL ESTRATO SOCIOECONOMICO SE SUMAN CANTIDADES DE CADA VARIABLE (A+B+C+D) SEGÚN LA SIGUIENTE TABLA:

- 04 a 06: Estrato Alto.
- 07 a 09: Medio Alto
- 10 a 12: Medio Bajo.
- 13 a 16: Obrero.
- 17 a 20. Marginal.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Gustavo Gordillo Paniagua y Cols. Nefrología Pediátrica. 1era Edición. 1996. p 17-23, 374-401, 465-489.
- 2.- Cueto-Manzano AM, Rojas E, Rosales G, Gómez B, Martínez HR, Cortes-Sanabria L, Flores A, Chávez S, Camarena JL, Gonzalez F, Paredes G, Sandoval M, Valdespino C, Gutierrez F, Monteon F. Risk factors for long-term graft loss in kidney transplantation: experience of a Mexican single-center. *Journal Article Revista de Investigación Clínica*. 54(6):492-6. 2002 Nov-Dec.
- 3.- Reiss U, Wingen AM, Schärer K: Mortality trends in pediatric patients with chronic renal failure. *Pediatr Nephrol* 10:41-45, 1996+
- 4.- Groothoff JW, Gruppen MP, Offringa M, Hutten J, Lilien MR, Van De Kar NJ, Wolff ED, Davin JC, Heymans HS. Mortality and causes of death of end-stage renal disease in children: a Dutch cohort study. [Journal Article] *Kidney International*. 61(2):621-9, 2002Feb.
- 5.-Subdirección general medica. Instituto Mexicano del Seguro Social. Boletín epidemiológico anual 1998. DF.
- 6.- Coordinación de la salud comunitaria. Instituto Mexicano del Seguro Social. Boletín epidemiológico anual 1998. DF.
- 7.- Subdirección General Médica. Instituto Mexicano del Seguro Social. Estadística Anual de mortalidad. 1998. DF. México.
- 8.- Gómez Clavelina F.S y Cols. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar.
- 9.- Javier Santa Cruz y Silos. La familia como unidad de análisis. *Rev. Med. IMSS*. 1983. 21(3):348-356.
- 10.- Juan Manuel Saucedo García. Lineamientos para evaluar la vida en familia. *Rev.Med.IMSS* 1995;33(4)249-256.
- 11.- Espejel Acco Emma. Manual para la escala de funcionalidad familiar. Instituto de la Familia A.C. Departamentos de educación especializada de Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- 12.- Ian. R. Mc Whinney. Medicina Familiar. Editorial Mosby/Doyma Barcelona España. 1995 p.212-216, 227-228.
- 13.- Arnulfo Irigoyen Coria. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. 1era Edición.2002. p. 3-13, 133-168.

14.- Frumencio García Ochoa y Asesores. Dinámica Familiar terapia de apoyo y control metabólico en pacientes diabéticos controlados y no controlados en la unidad de medicina familiar N° 28 "Gabriel Mancera" IMSS. Tesis 2002. p 1-59