

## REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

# Funcionamiento familiar en familias con un miembro con insuficiencia renal

**Autor: Ileri Victoria Ledesma Mendoza**

**Tesis presentada para obtener el título de:  
Lic. En Psicología**

**Nombre del asesor:  
María del Carmen Manzo Chavez**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**“FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN FAMILIAS CON UN  
MIEMBRO CON INSUFICIENCIA RENAL “**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN  
PSICOLOGIA.**

**PRESENTA:**

**IRERI VICTORIA LEDESMA MENDOZA**

**ASESORA: MTRA. MARIA DEL CARMEN MANZO  
CHAVEZ**

**MORELIA MICHOACÁN, NOVIEMBRE 2010.**

**CLAVE: 16PSU0004J**

**ACUERDO: RVOELIC031211**

## AGRADECIMIENTOS.

*Para mí Ileri Victoria Ledesma Mendoza es muy importante recibir mi título de Licenciada en psicología; es un sueño hecho realidad, pero para llegar aquí fue necesario principalmente el apoyo de mis padres, Rafael Ledesma y Maritza Mendoza ambos creyeron en mí y me apoyaron en este camino, agradezco de igual manera el apoyo incondicional de mis Abuelos Ofelia Olmos Y José María Mendoza, mi hermana Ana Ingrid y mis tíos Víctor, Javier, José María y a mi familia en general que han sido base esencial de mi persona.*

*Así mismo agradezco a mi madrina Leticia Espinosa, una gran mujer que siempre ha sabido darme las palabras precisas así como su apoyo y amor incondicional.*

*Mi camino no ha sido fácil pero en el andar he encontrado a personas maravillosas a las cuales les agradezco y ofrezco mis logros; agradezco especialmente a mi ángel, Erandi García Vierya porque siempre ha estado conmigo y nunca me ha abandonado y me apoya desde donde quiera que este.*

*Durante mi proceso de formación he encontrado grandes maestros y amigos, a los cuales recuerdo y quiero. Gracias por sus conocimientos brindados así como su tiempo María del Carmen Manzo Chávez y Magaly Huerta Rico. Así como a las familias que participaron en la investigación el apoyo brindado en mi formación.*

*No podrían faltar mis amigas, mis confidentes, mis hermanas de corazón y de alma, Anaid, Cynthia, Itzel, Adelaide, Paola y Andrea que me han acompañado en este camino y que son una fuerte motivación y fuerza en mí.*

*A mis compañeras y amigas de la carrera, gracias Faby por tu amistad, amor, cariño, apoyo y conocimientos que has compartido conmigo; de la misma manera agradezco a July, Fanny, Mariel y a Karla mi reconocimiento por todo el apoyo que me brindó en la preparación de este maravilloso proyecto sin ustedes no hubiera sido lo mismo llegar a obtener este sueño. Al igual de mis maestras Pero principalmente agradezco a Dios por haberme puesto en este camino a personas tan maravillosas que menciono en estas palabras que salen del corazón, y que tal vez haya algunos que se me pase mencionar pero que saben que los tengo presentes en mi vida y en mi corazón.*

*Gracias por brindarme el cariño, la confianza, el amor y el apoyo; por ustedes es mi tesis y mis logros.*

	<b>INDICE</b>	1
<b>RESUMEN</b>		4
<b>INTRODUCCION</b>		5
<b>JUSTIFICACION</b>		7
<b>ANTECEDENTES</b>		8
<b>PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION</b>		10
<b>EJES TEMATICOS</b>		11
<b>IMPORTANCIA DEL ESTUDIO</b>		13

## **CAPITULO I MARCO TEORICO**

<b>1. ADULTEZ.</b>		14
1.1 ETAPA ADULTA INICIAL.		14
1.1.1 TAREAS DE LA ETAPA ADULTA INICIAL.		15
1.1.2 DESARROLLO FÍSICO.		15
1.1.3 SEXO Y REPRODUCCION.		16
1.1.4 AREA COGNOCITIVA DE LA EDAD ADULTA		17
1.1.5 DESARROLLO MORAL EN EL ADULTO JOVEN.		19
1.1.6 EDUCACION Y TRABAJO.		20
1.1. 7 DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD EN LA ADULTEZ JOVEN.		20
1.1. 8 AMOR ELECCION DE PAREJA Y ESTILO DE VIDA.		22
1.1.9 PATERNIDAD.		25
1.2 ADULTEZ INTERMEDIA.		26
1.2.1 DESARROLLO FÍSICO.		26
1.2.2 ASPECTOS DE LA PERSONALIDAD.		27
1.2.3 ASPECTOS SOCIALES.		29
1.2. 4 ASPECTOS COGNITIVOS.		30
<b>2. INSUFICIENCIA RENAL.</b>		
2.1 LOS RIÑONES.		32
2.2 INSUFICIENCIA RENAL.		33
2.3 NOMBRES ALTERNATIVOS DE LA ENFERMEDAD.		33
2.4 CLASIFICACIÓN DE LA INSUFICIENCIA RENAL.		33
2.5 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA.		34
2.5.1 SÍNTOMAS DE LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA		34
2.6 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.		35
2.6.1 SÍNTOMAS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.		35
2.7 CAUSAS DE LA INSUFICIENCIA RENAL.		36
2.7.1 FACTORES DE RIESGO.		37
2.8 SÍNTOMAS GENERALES DE LA INSUFICIENCIA RENAL.		37
2.8.1 SÍNTOMAS TARDÍOS.		38
2.8.2 SÍNTOMAS ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD.		38
2.9. DIAGNÓSTICO.		39

2.10 PREVALENCIA.	39
2.11 TRATAMIENTO.	40
2.11.1 DIÁLISIS.	40
2.11.2 DIÁLISIS PERITONEAL.	43
2.11.3 HEMODIÁLISIS.	45
2.11.4 TRASPLANTE.	47
<b>3. FAMILIA</b>	
3.1 DEFINICIÓN DE FAMILIA	48
3.2 HISTORIA DE LA FAMILIA.	48
3.3 LA FAMILIA ACTUAL.	52
3.4 TIPOS DE FAMILIA.	56
3.5 CICLO VITAL DE LA FAMILIA.	59
3.6 FUNCIONES DE LA FAMILIA.	63
3.7 DINÁMICA FAMILIAR.	64
3.8 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.	65
3.9 CRISIS FAMILIARES.	67
3.9.1 ASPECTOS QUE PUEDEN PROVOCAR CRISIS.	69
3.9.2 TIPOS DE CRISIS.	70
3.9.3 FENÓMENOS EMOCIONALES QUE ACOMPAÑAN LAS CRISIS.	71
<b>4. FAMILIA Y ENFERMEDAD.</b>	
4.1 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR ANTE LA ENFERMEDAD.	73
4.2 FACTORES QUE INTERVIENE PARA LA RESPUESTA DE LA FAMILIA ANTE LA ENFERMEDAD.	74
4.3 MANIFESTACIONES DE LA FAMILIA ANTE EL DIAGNÓSTICO.	75
4.4 ADAPTACIÓN DE LA FAMILIA A LA ENFERMEDAD CRÓNICA	76
4.5 RESILIENCIA FAMILIAR.	77
4.6 LAS FASE DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA.	79
4.7 LA COMUNICACIÓN EN LA FAMILIA QUE ENFRENTA UNA ENFERMEDAD CRÓNICA.	80
4.8 TEMORES ANTE UN FAMILIAR CON UNA ENFERMEDAD CRÓNICA.	82
4.9 NECESIDADES DEL ENFERMO Y SU FAMILIA.	82
4.10 LA ENFERMEDAD Y EL CICLO FAMILIAR.	83
4.11 FACTORES QUE CONDICIONAN EL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN LA FAMILIA.	85
<b>CAPITULO II. METODOLOGÍA.</b>	
5.1 TEORÍA METODOLÓGICA.	88
5.2 PARTICIPANTES.	90
5.3 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	90

5.3.1 ENTREVISTA.	90
5.3.2 TIPOS DE ENTREVISTAS.	90
5.3.2 ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.	91
5.4 PROCEDIMIENTO.	93
<b>CAPITULO III. ANALISIS DE RESULTADOS</b>	
1. PRESENTACIÓN DE LOS CASOS.	94
2. RESULTADOS POR EJES.	100
3. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.	111
<b>CAPITULO IV DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b>	
1. DISCUSIÓN.	114
2. CONCLUSIONES.	123
<b>LIMITACIONES Y SUGERENCIAS</b>	
1. LIMITACIONES.	126
2. SUGERENCIAS.	127
<b>REFERENCIAS</b>	128
<b>ANEXOS</b>	
ANEXOS I.	
ANEXOS II.	132
ANEXOS III.	145
ANEXOS IV.	146
ANEXOS V.	147
ANEXOS VI.	148
ANEXOS VII.	149
ANEXOS VIII.	151

## RESUMEN.

La familia es esencial para cubrir las necesidades de sus miembros; cuando se tiene un diagnóstico de enfermedad crónico terminal ésta pasa por una desestructuración de organización y funcionalidad, por lo tanto, el objetivo de la presente investigación fue identificar el “funcionamiento familiar en familias con un miembro con insuficiencia renal” bajo un corte cualitativo, en el proceso se aplicó a 5 familias la “Escala de funcionamiento familiar” de Espejel, (1997), esta brindó resultados de la estructura, así como aspectos sobre comunicación, apoyo, afecto, control, autoridad, afecto negativo, conductas disruptivas y recursos, así mismo arrojó información para identificar la funcionalidad. Además de la escala se aplicó una entrevista complementaria de la enfermedad y dio estándares para identificar que, a partir de lo avanzado de la enfermedad así es la disfuncionalidad y las características más relevantes de la dinámica familiar.

**Palabras clave:** Familia, Funcionamiento Familiar, Insuficiencia Renal.

## **INTRODUCCIÓN.**

Los seres humanos son propensos a sufrir crisis, pero cuando se enfrentan al diagnóstico de alguna enfermedad, la persona que lo padece sufre un shock así como su familia, la cual lleva a ambos a sufrir una desorganización temporal, entran en crisis, cada uno a su manera. Parte de esta crisis surge del hecho de que la familia que eran ya no será más, pues la enfermedad produce cambios aunque no lo deseen.

Por lo cual, el objetivo de investigación fue explorar sobre el “Funcionamiento familiar en familias con un miembro con Insuficiencia Renal”. Ya que la enfermedad renal ocasiona tensión tanto en el paciente como en la familia, así como desestructuración de la dinámica familiar debido a los exhaustos trabajos de cuidado que deben realizarse con el enfermo trayendo como consecuencia alteraciones en su vida. El enfermo pasa a depender de un tratamiento de por vida, a su vez pasa a seguir un régimen alimenticio que incluye restricción en la ingesta de líquidos, alimentos entre otros cuidados especiales.

La enfermedad es progresiva y va aumentando la gravedad y el deterioro de la persona por lo cual, la familia sufre cada vez mayores modificaciones en su dinámica y organización. Debido a la enfermedad y al tipo de familia les cuesta más trabajo poder aceptar la enfermedad y convivir con ella así como con el enfermo; pasan por ciertos momentos en donde no haya una buena comunicación, en donde las responsabilidades llegan a pesar y duelen; los sentimientos de frustración se vuelven comunes, la falta de información y de apoyo los lleva a que se vuelvan familias disfuncionales.

Por lo cual, el presente estudio tiene como problema de investigación:

¿Cuáles son las características del funcionamiento familiar en familias con un miembro que padece insuficiencia renal?

En el capítulo I, refiere al marco teórico en el cual, se mencionan los temas de adultez intermedia media y tardía, Insuficiencia Renal, familia y por último familia y enfermedad.

En el capítulo II, corresponde a la metodología que se utilizó. El tipo de investigación es de corte cualitativo en el que se trabajó con 5 familias con un miembro con Insuficiencia Renal; a las que se les aplicó la escala de funcionamiento familiar de Espejel. (1997) y así como, una entrevista relacionada con la enfermedad.

En el capítulo III, resultados de la investigación en el cual, se presenta a las familias de investigación así como los resultados obtenidos de las familias investigadas en las cuales se pudo constatar una disfuncionalidad marcada en la mayoría de las familias estudiadas esto debido a lo avanzado de la enfermedad y la estructura de la familia viéndose afectados la organización, comunicación, afecto, control, autoridad, apoyo, conductas disruptivas y recursos para sobrelivir ante la enfermedad. Las responsabilidades de la enfermedad caen en una sola persona y los demás miembros no se involucran en la dinámica familiar trayendo como resultado desintegración y disfuncionalidad.

Por último se muestran las referencias y anexos.

## **JUSTIFICACIÓN.**

Por medio de la presente investigación se pretende explorar en la funcionalidad de la familia, sus características y como la enfermedad influye en la dinámica familiar, así como en cada uno de sus miembros a partir de la insuficiencia renal que padece alguno de sus familiares.

La familia es esencial para el cubrir las necesidades de cada integrante pero cuando se presenta una enfermedad muchas veces la familia se vuelve una red de apoyo para el enfermo y deja a un lado sus propias necesidades como miembro de la familia y todo se vuelca contra el miembro enfermo.

La insuficiencia renal es una enfermedad crónico degenerativa que actualmente este teniendo altos índices en la población mexicana debido a que una de sus principales causas son la diabetes mellitus o hipertensión dos enfermedades que son hereditarias y que están teniendo mayores índices debido a la ritmo de vida que está teniendo la población. (Estadísticas de la fundación del Riñón, 2004).

Por lo cual, es importante estudiar a la familia del enfermo renal ya que puede haber relación entre la enfermedad y la funcionalidad de la misma; familias que necesiten un enfermo para poder funcionar, o ser totalmente lo contrario de que a partir de la enfermedad se dé una desestructuración o los lleve a la disfuncionalidad.

La insuficiencia renal es una enfermedad crónica se debe considerar como un proceso ya que durante su curso se puede llegar a plantear puntos críticos y transiciones que requieren posibles cambios en la organización familiar. Estas necesidades de reajuste surgen debido a que cada nueva etapa de la enfermedad plantea demandas diferentes en cada uno de los miembros del sistema.

Por lo anterior, mencionado es importante apoyar a la familia para que puedan lograr funcionalidad a pesar de la enfermedad y puedan llegar a ser una red de apoyo para el enfermo

## **ANTECEDENTES.**

El funcionamiento familiar es un tema bastante revisado por la psicología, sobre todo indispensable para poder entender a una familia y muy utilizado por terapeutas familiares y trabajadores sociales. En los tiempos actuales, las enfermedades crónicas degenerativas, como la Insuficiencia Renal, Alzheimer, Cáncer, Diabetes, entre otras, están teniendo altos índices de prevalencia en nuestro país ya que no solo afectan al enfermo sino también a su entorno familiar.

Al respecto se encontraron investigaciones que revisan a la familia desde varias perspectivas: como la de Pérez y Rodríguez, (2006). “Afrontamiento de la enfermedad oncológica por el grupo familiar”. Serna (2001). “Reacciones de los profesionales y la familia ante la enfermedad terminal”. García, Ocampo, Barrio y Quiroz, (2002). “Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal: intermitentes y ambulatorias” y “Estadísticas sobre la Insuficiencia renal” (2004). De Esquivel y Cols., (2009). “Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis” Huerta, y Urbina, (2010). “Reorganización funcionamiento y adaptación familiar de la insuficiencia renal crónica”.

Sobre la familia y la enfermedad se encontraron las investigaciones: Renteria, (2003). “Funcionamiento familiar en la Diabetes Mellitus”, Ramírez, (2008). “Funcionamiento familiar y migraña con aura.”, Argimbau, (2006). “Estructura y funcionamiento de las familias con un hijo enfermo de leucemia”, de Ulloa, (2009). “Funcionamiento familiar y estabilidad emocional en niños y niñas”, Hernández, y Ramírez, (2007). “Funcionamiento familiar y conductas adaptativas en deficientes mentales”, Rojas, (2003). “Experiencia de tres familias morelianas, en torno a la presencia de diabetes en uno de sus miembros”, Alcalá, (2009). “El funcionamiento familiar y su relación con los significados psicológicos de familia” y de Alfaro, y Rizo, (2008). “Modificación de la dinámica familiar con un integrante enfermo de cáncer”

La mayoría de estas investigaciones realizadas bajo la escala de funcionamiento familiar de Espejel, (1997) que consiste en una entrevista

abierta y dirigida que se aplica a la familia. La cual brinda una información global de la familia y se pueda determinar la funcionalidad de la misma.

Así mismo en el ámbito de la investigación en la UVAQ existe la línea de funcionamiento familiar y salud dirigida por Manzo (2009) de donde se desprenden los proyectos de Hernández (2009). “Funcionamiento familiar en familias con un hijo en CAPEP”, Pérez (2010). “Funcionamiento familiar ante el Alzheimer” así como este proyecto, por lo que información citada a lo largo de dichas investigaciones son similares en muchos aspectos debido a la relación de los temas.

## **PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **OBJETIVO GENERAL:**

- Analizar el funcionamiento familiar de familias con un miembro que padece insuficiencia renal.

### **OBJETIVOS PARTICULARES:**

- Identificar la etapa del ciclo vital por la que pasa la familia con un enfermo de Insuficiencia Renal.
- Identificar la dinámica familiar de la familia con un enfermo de Insuficiencia Renal.
- Detectar el manejo de la familia aspectos como la comunicación, apoyo, afecto, control, autoridad, afecto negativo, conductas disruptivas y recursos dentro de la familia.
- Determinar el tipo de familia a partir de la aplicación de la Escala de Funcionamiento Familiar.
- Obtener información sobre la forma de organización de la familia.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son las características del funcionamiento familiar en familias con un miembro que padece insuficiencia renal?

## EJES TEMÁTICOS

### 1. Insuficiencia Renal.

- a. Tipo de insuficiencia renal.
- b. Causas de la enfermedad.
- c. Síntomas de la insuficiencia renal.
- d. Tratamiento.

### 2. Insuficiencia renal en el núcleo familiar.

- a. Actitud ante la enfermedad.
- b. Cambios en la familia.
- c. Sentimientos.
- d. Asignación del cuidador.
- e. Red de apoyo.
- f. Comunicación.
- g. Relaciones de los miembros antes y después de la enfermedad.

### 3. Funcionamiento familiar.

- a) Autoridad.
- b) Control.
- c) Supervisión.
- d) Afecto.
- e) Apoyo.

- f) Conducta disruptiva.
- g) Comunicación.
- h) Afecto negativo.
- i) Recursos.

## **IMPORTANCIA DEL ESTUDIO**

Cuando la familia pasa por alguna crisis importante se da una reestructuración de las funciones, organización y dinámica familiar; todo depende del suceso que haya producido la crisis.

La enfermedad es una crisis importante en la cual la familia, deja a un lado los intereses de sus miembros por voltear y ayudar al enfermo darle los cuidados y seguridad que necesita; pero cuando son enfermedades crónico degenerativas se va desgastando las relaciones de sus miembros, la economía se ve afectada y pone en una situación importante de analizar a la familia y su organización.

Los afectos que la familia va cargando y las responsabilidades generalmente se vuelcan contra ellos en ciertos momentos; y el enfermo pasa las mismas condiciones le resulta difícil poder aceptar su situación y resignarse viviendo con su enfermedad y la familia va cargando con la responsabilidad de procurar su bienestar.

Por lo cual, la importancia del estudio radica en analizar las características de la familia, su funcionamiento familiar el cual involucra organización, comunicación, control, afecto, recursos y conducta disruptiva. Así como revisar aspectos importantes de la enfermedad y de la organización de la familia, revisando sentimientos y los antecedentes familiares de la enfermedad para descartar que esta se vuelva una alianza o una forma de relacionarse de los miembros de la familia.

Teniendo una forma global de ver a la familia con un miembro enfermo, puede darle más herramientas al terapeuta o a la persona que esté trabajando con ellos para ayudarlos mientras pasan el proceso de la enfermedad.

## **CAPITULO 1. MARCO TEORICO.**

### **1. ADULTEZ.**

Durante la vida se tienen cambios cuantitativos y cualitativos. Cuando se refiere a cambios cuantitativos a (estatura, peso, vocabulario) y cualitativos a (carácter estructural, inteligencia y memoria) que ocurren en el ser humano desde su concepción hasta su muerte y permanecen en un tiempo razonable, lo que se conoce como Desarrollo Humano. Este se caracteriza por ser: gradual, relativamente ordenado e implica diferencias individuales. Se toman en cuenta aspectos como el: físico, intelectual, personal y social; e influyen en el desarrollo los factores biológicos (herencia, maduración), ambientales (aprendizaje, físico-natural, socio-culturales) y personales. (Lara y Cols., 2001).

La adultez es la etapa comprendida entre los 18 y los 60 años aproximadamente. En esta etapa de la vida el individuo normalmente alcanza la plenitud de su desarrollo biológico y psíquico. Se consolida el desarrollo de la personalidad y el carácter, los cuales se presentan relativamente firmes y seguros, con todas las diferencias individuales que pueden darse en la realidad. De este modo la edad adulta constituye un período muy extenso dentro del ciclo vital, dividido generalmente en dos etapas, (Lefrancois, 2004):

- Adulta Inicial (de los 20 a los 40).
- Adulta media o intermedia (40 a 65 años).
- Adulta avanzada (65 a 75).

Dado los sujetos de investigación se abordaran a continuación las etapas de adulto inicial y la adulta media o intermedia.

#### **1.1 ETAPA ADULTA INICIAL.**

Este periodo se distingue por los cambios físicos, intelectuales y sociales que ocurren más que por el simple hecho de haber alcanzado determinada edad.

La adultez joven o temprana, es la etapa que comienza alrededor de los 20 años y concluye cerca de los 40, cuya característica principal, es que el individuo debe comenzar a asumir roles sociales y familiares, es decir, hacerse

responsable de su vida y de la de quienes le acompañan en la conformación de una familia. (Lefrancois, 2004).

### **1.1.1 TAREAS DE LA ETAPA ADULTA INICIAL.**

Según Havighust, (citado por Lefrancois, 2004), menciona la importancia de diversos cambios de esta etapa, tiene que ver principalmente con establecer una familia, una carrera y un lugar en la comunidad, todas son actividades que se realizan orientadas al futuro. Comprende cosas como cortejar y elegir pareja, aprender a vivir feliz con el cónyuge, iniciar una familia y asumir las funciones de madre o padre de criar a los hijos. (Lefrancois, 2004).

De los aspectos importantes para que se dé una transición a la vida adulta, son la independencia, el respaldo económico y el establecimiento de su propia familia.

### **1.1.2 DESARROLLO FÍSICO.**

Los cambios no son tan marcados como en la adolescencia. Se dice que es la cumbre del desarrollo físico en cuanto a la velocidad, fuerza, coordinación y resistencia así como en términos generales de la salud.

Para mediados de los 20, la mayoría de las funciones corporales están totalmente desarrolladas. La agudeza visual es óptima entre los 20 y los 40 años. El gusto, el olfato, la sensibilidad al dolor y la temperatura usualmente permanecen intactos hasta los 45 años. (Papalia y Cols., 2005).

Sin embargo, con la edad aumenta la susceptibilidad a las enfermedades crónicas (recurrentes), como problemas de espalda y columna relacionados con el trabajo así como malestares cardíacos.

Mientras que las principales causas de muerte en adultos jóvenes son los accidentes, las enfermedades cardíacas y el cáncer en las mujeres después de los 35 años y en hombres después de los 45 años. (Lefrancois, 2004).

Las enfermedades más comunes en las mujeres se relacionan con el sistema reproductivo y comprenden intentos por embarazarse, el propio embarazo,

problemas relacionados con la menstruación, quistes, tumores ováricos e infecciones. (Papalia y Cols., 2005).

En los hombres las enfermedades más comunes están relacionadas con el sistema digestivo. (Papalia y Cols., 2005).

El estilo de vida que lleve la persona está relacionado con la salud y la condición física. Otros factores importantes que también influyen son la nutrición, la obesidad el sueño y conductas de riesgo según, (Lefrancois, 2004):

- a) Alimentación sana: juega un papel importante en el desarrollo de enfermedades a largo plazo por ejemplo el consumo de grasas incrementa los riesgos cardiovasculares. Así mismo es un factor importante en lo emocional y mental.
- b) La obesidad: Es el índice de masa corporal que tiene la persona. Es un problema al cual mucha gente en la adultez presenta, pierde el físico de su juventud y presenta obesidad que afecta su autoestima y su forma de relacionarse con la sociedad y puede llevar a la persona a presentar problemas emocionales. Además de poner en riesgo la salud.
- c) Conductas de alto riesgo: son el consumo de sustancias nocivas para la salud como lo es el tabaco, el alcohol y las drogas. Al inicio de esta etapa, se da un alto índice de consumo de estas sustancias, pero conforme se van adquiriendo nuevas responsabilidades van reduciendo su consumo.

### **1.1.3 SEXO Y REPRODUCCION.**

El adulto joven en esta etapa debe lograr, (Lara y Cols., 2001):

- Independencia.
- Competencia.
- Responsabilidad e igualdad en relación con su sexualidad.
- Determinar el estilo de vida que llevará, en esta tarea debe tomar decisiones relacionadas con:

- Tipo de relación sexual (informal, formal, recreativa).
- bisexual).
- Contraer o no matrimonio.
- Tener o no un hijo.
- Mantener relaciones extramatrimoniales

La parte de la sexualidad tiene mayor importancia en el adulto. La mayoría de las personas presenta una actividad sexual y la práctica principalmente con su cónyuge o la pareja con la que vive, los principales problemas que pueden interferir con la respuesta sexual y la reproducción; son las disfunciones sexuales y la infertilidad.

#### **1.1.4 AREA COGNOSCITIVA DE LA ETAPA ADULTA.**

El pensamiento en la edad adulta a menudo parece ser flexible, abierto, adaptativo e individualista. Se basa en la intuición, la emoción y la lógica. Aplica las experiencias a las situaciones ambiguas. (Lara y Cols., 2001).

Shaie, (Citado por Lefrancois, 2004) plantea un modelo de desarrollo cognitivo donde identifica cinco etapas por las que pasa la gente para adquirir conocimiento, luego lo aplica a su vida. Este modelo incluye las siguientes etapas:

- Etapa de adquisición: de la infancia a la adolescencia.
- Etapa de logro: va desde el final de la adolescencia a los 30 años; el individuo reconoce la necesidad de aplicar el conocimiento adquirido durante la etapa anterior para alcanzar metas a largo plazo.
- Etapa de responsabilidad: va desde el final de los 30 hasta inicio de los 60. El individuo utiliza sus capacidades cognitivas en el cuidado de su familia, personas de su trabajo y comunidad.
- Etapa ejecutiva: tiene lugar durante los 30 a 40 años; desarrollan la habilidad de aplicar el conocimiento complejo en distintos niveles, por ejemplo: Instituciones Académicas, Iglesia, Gobierno, entre otras.

- Etapa reintegrativa se da en la vejez; lo lleva a una evaluación y examen de la vida, metas personales.

Según el modelo de Shaie (citado por Lefrancois, 2004) el adulto joven se encuentra en las etapas de logro, de responsabilidad y ejecutiva.

Riegel y Basseches (citado por Lefrancois, 2004) postulan, el pensamiento se vuelve más dialéctico con la edad. El pensamiento dialéctico consiste en la capacidad de considerar puntos de vista opuestos en forma simultánea, aceptando la existencia de contradicciones. Este tipo de pensamiento permite la integración entre las creencias y experiencias con las inconsistencias y contradicciones descubiertas, favoreciendo así la evolución de nuevos puntos de vista, los cuales necesitan ser actualizados constantemente. El pensador dialéctico posee conocimientos y valores, y se compromete con ellos, pero reconoce que éstos cambiarán, ya que la premisa unificadora del pensamiento dialéctico es que la única verdad universal es el cambio mismo.

Los adultos que alcanzan el pensamiento dialéctico se caracterizan porque son más sensibles a las contradicciones, aprecian más las opiniones contrarias y han aprendido a vivir con ellas. (Rice, citado por Lefrancois, 2004).

El pensamiento posformal, es un pensamiento que se basa en la experiencia subjetiva y la intuición, así como en la lógica. Este pensamiento posformal tiene tres elementos básicos, (Lara y Cols., 2001):

- Relativismo.
- Contradicción.
- Síntesis.

El adulto que alcanza el pensamiento posformal es capaz de sintetizar pensamientos contradictorios, emociones y experiencias dentro de un contexto más amplio. No necesita elegir entre alternativas porque es capaz de integrarlas. (Hoffman, citado por Lara y Cols., 2001).

### **1.1.5 DESARROLLO MORAL EN EL ADULTO JOVEN.**

Para Piaget y Kohlberg, (citado por Papalia y Cols., 2005), el desarrollo moral depende del desarrollo cognitivo, sería una especie de superación del pensamiento egocéntrico una capacidad creciente para pensar de manera abstracta.

Kohlberg (citado por Papalia y Cols., 2005), en su teoría del desarrollo moral, plantea que en las etapas quinta y sexta, el desarrollo moral es una esencia una función de la experiencia. Los individuos sólo podrían alcanzar estos niveles (si es que los alcanzan) pasados los 20 años, ya que para que las personas reevalúen y cambien sus criterios para juzgar lo que es correcto y justo requieren de experiencias, sobre todo aquellas que tienen fuertes contenidos emocionales que llevan al individuo a volver a pensar.

Existen dos experiencias que facilitan el desarrollo moral: confrontar valores en conflicto (como sucede en la universidad o el ejército) y responder por el bienestar de otra persona (cuando un individuo se convierte en padre). (Papalia y Cols., 2005).

### **1.1.6 EDUCACION Y TRABAJO.**

La época universitaria puede ser una etapa de búsqueda intelectual y crecimiento personal, ésta ofrece la posibilidad de moldear una nueva identidad personal. Los universitarios pueden presentar una crisis de identidad que originan serios problemas (abuso de drogas y alcohol, desórdenes alimenticios, suicidio), pero generalmente fomenta un desarrollo saludable. (Lara, y Cols., 2001).

Los retos sociales e intelectuales de la universidad conducen a un crecimiento moral y cognitivo.

A medida que los estudiantes se enfrentan con una variedad de ideas, aprenden que existen diversos puntos de vista que pueden coexistir. También se dan cuenta que el conocimiento y los valores son relativos, reconocen que

cada individuo tiene su propio sistema de valores. Al definir su propio sistema de valores logran afirmar su identidad. (Lara y Cols., 2001).

Una de las tareas de desarrollo más importantes para hacer una transición exitosa a la vida adulta es el conseguir un empleo.

El empleo cumple varios propósitos económicos, sociales y psicológicos. Sus funciones económicas que ayudan para la satisfacción de necesidades físicas.

Los propósitos psicológicos del empleo, están relacionados con los sociales, tienen mucho que ver con los sentimientos, confianza y autoestima. Mediante el empleo y la remuneración alcanza una sensación de autovaloración y satisfacción. (Lefrancois, 2004).

### **1.1. 7 DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD EN LA ADULTEZ JOVEN.**

La personalidad muestra principalmente estabilidad o cambio dependiendo en parte de cómo se estudie y se mida. Al respecto existen 4 enfoques del desarrollo psicosocial de los adultos representados por los modelos de etapas normativas.

1). Los modelos de etapas normativas: describen el desarrollo como una secuencia definida de cambios sociales y emocionales con la edad. Estos son algunos autores que hablan de la personalidad, y de los modelos de etapas normativas según (Papalia y Cols., 2005):

- **Erik Erikson Estadio: Intimidad contra aislamiento:** Los jóvenes adultos deben lograr la intimidad y establecer compromisos con los demás, si no lo logran permanecerán aislados y solos. Para llegar a ella es necesario encontrar la identidad en la adolescencia.
- **Georges Vaillant: Adaptación a la vida:** Logró identificar 4 formas básicas de adaptación: madura, inmadura, psicótica y neurótica. Vaillant distingue tres etapas dentro de la adultez joven:
  - Edad de establecimiento (20-30 años): desplazamiento de la dominación paterna, búsqueda de esposo(a), crianza de los hijos y profundización de los amigos.

- Edad de consolidación (25-35 años): se hace lo que se debe, consolidación de una carrera, fortalecimiento del matrimonio y logro de metas no inquisitivas. Esta etapa constituye una adición a la teoría de Erikson.
- Edad de transición (alrededor de los 40 años): abandono de la obligación compulsiva del aprendizaje ocupacional para volcarse a su mundo interior.
- **Levinson: Las eras. La estructura de la vida:** El ciclo vital está formado por una serie de eras que duran aproximadamente 25 años cada una. Se distinguen subetapas, marcadas por una transición, en las cuales se alcanzan los objetivos más importantes de la vida, que comienza en la juventud por el abandono del hogar y el logro de la independencia, opción por un trabajo, la familia y las formas de vida adoptadas. Al culminar la fase de transición, el sujeto se siente seguro y competente.

2) Modelo de los momentos adecuados de la ocurrencia de los acontecimientos. La concepción más estable del desarrollo plantea que cambios producidos dependen más de hechos sociales (reloj social), que sirven para establecer los eventos más importantes en el transcurso de la vida, los cuales marcan el desarrollo (Papalia y Cols., 2005):

- **Eventos normativos contra eventos no normativos:** Los eventos normativos están constituidos por el matrimonio, la paternidad, la viudez y la jubilación en la edad avanzada. Los eventos no normativos están conformados por accidentes que incapacitan al individuo, pérdida de trabajo, ganar un premio, entre otros.
- **Eventos individuales contra eventos culturales:** Los primeros suceden a una persona a o familia como el nacimiento de los hijos. Los segundos ocurren en el contexto social, en el cual se desarrolla los individuos, por ejemplo: un terremoto. Éstas afectan el desarrollo de los individuos. Además, el que un evento aparezca en un tiempo determinado o no dependen de la cultura en la cual el sujeto se desenvuelva.

### 1.1. 8 AMOR ELECCION DE PAREJA Y ESTILO DE VIDA.

Freud, (citado por Lefrancois, 2004) dijo hay dos cosas que son esenciales para ser un adulto sano: el amor y el trabajo.

La edad adulta temprana es una época de grandes cambios en las relaciones personales que se dan en la medida que la gente establece, renegocia o consolida vínculos basados en la amistad, el amor o la sexualidad. (Lara y Cols., 2001).

Conforme los jóvenes adultos ingresan a la universidad o a un lugar de trabajo, se responsabilizan de sí mismos y toman sus propias decisiones, deben completar la negociación de la autonomía iniciada en la adolescencia con los padres, Lambeth Hallet, Mitchell, Wister y Burch. (Citado por Papalia y Cols., 2005).

Al ser independientes, los jóvenes adultos buscan intimidad emocional y física en las relaciones con los pares y las parejas románticas. Estas relaciones requieren habilidades como la conciencia de sí, la empatía, la habilidad para mantener compromisos.

Según las etapas de Erikson, (citado por Papalia y Cols., 2005) en esta etapa se da:

- **Intimidad frente o aislamiento.** En la adultez temprana, aproximadamente desde los 20 a los 25 años, las personas comenzaran a relacionarse más íntimamente con los demás. Explorando las relaciones que conducen hacia compromisos más largos con alguien que no es un miembro de la familia. Completar con acierto esta etapa puede conducir a relaciones satisfactorias y aportar una sensación de compromiso, seguridad, y preocupación por el otro dentro de una relación.

Erikson atribuye dos virtudes importantes a la persona que se ha enfrentado con éxito al problema de la intimidad: afiliación (formación de amistades) y amor (interés profundo en otra persona). Evitar la intimidad, temiendo el

compromiso y las relaciones, puede conducir al aislamiento, a la soledad, y a veces a la depresión. (Lara y Cols., 2001).

Por lo cual, la amistad se da con mayor frecuencia que en otras etapas de la vida ya que implica confianza, respeto, disfrutar de la compañía del otro, comprensión, entre otros.

#### **a) Amistad.**

Durante la edad adulta e intermedia las amistades tienden a centrarse en el trabajo las actividades de crianza de sus hijos y en compartir confidencias y consejos. (Hartup y Stevens, Citados por Papalia y Cols., 2005).

Las buenas amistades son más estables que los vínculos con un cónyuge o amante, y son del mismo sexo. Reportan un importante beneficio para la salud, ya que el apoyo emocional de otra persona contribuye a minimizar los efectos del estrés, además fomentan el sentimiento de fijarse un propósito en la vida y mantener la coherencia. Los lazos familiares y de amistad, establecidos durante la adultez joven, perduran a través de la vida. (Lara y Cols., 2001)

#### **b) Amor.**

Rice (citado por Lara y Cols., 2001), divide al amor en cinco elementos:

- **Amor romántico:** ternura o apasionamiento, sentimientos intensos.
- **Amor erótico:** atracción sexual, sexo y amor son interdependientes; una relación sexual satisfactoria fortalece el amor de pareja.
- **Amor dependiente:** mutua dependencia, que en casos extremos podría llegar a transformarse en obsesión o comportamiento neurótico.
- **Amor filial:** basado en compañía o interés común.
- **Amor altruista:** interés y preocupación genuina, dar y recibir son mutuos.

Sternberg (citado por Lara y Cols., 2001), propone la teoría triangular del amor: los tres elementos del amor son la intimidad, pasión y compromiso; de cuya combinación resultan ocho tipos de relaciones: ausencia de amor; gusto por el otro; apasionamiento; amor vacío, romántico, de compañía, ilusorio y finalmente un equilibrio de los tres elementos.

### **c) Elección de la pareja:**

En esta etapa es indispensable la identificación de una pareja con la cual puedan compartir intereses, actitudes y las relaciones vayan siendo cada vez más formales.

En esta se puede dar lo que es, (Lara y Cols., 2001):

- Soltería.
- Cohabitación.
- Matrimonio.
- Divorcio.

Con respecto al matrimonio, es una unión legal de dos personas y requiere de varios procesos y ajustes en los cuales se da en los siguientes aspectos: satisfacción y apoyo emocional; ajustes sexuales; hábitos personales; roles sexuales; intereses materiales; trabajo, empleo y logros; vida social; familia; decisiones; conflictos y resolución de problemas; moral, valores e ideologías. (Lara y Cols., 2004).

Principalmente se da la tarea de la intimidad. La gran mayoría, tanto hombres como mujeres, se casa en este período (25-34 años). Implica, además, la posibilidad de ser padres, el complementarse y completarse, diferentes tareas y necesidades psicológicas, interdependencia, necesidad de amor. Lo que se construye entre ambos es un espacio psicológico común (con proyectos de pareja).

La calidad de la vida matrimonial tiene fuerte incidencia en la felicidad y satisfacción de los individuos. El ciclo familiar se divide en etapas que reflejan los cambios ocurridos. (Papalia y Cols., 2005).

### **1.1.9 PATERNIDAD.**

Se dan en la edad adulta temprana, el nacimiento de los hijos. Dicho acontecimiento marca un período de transición en la vida de la pareja, ya que la llegada de un nuevo miembro a la familia, altera o impacta en la dinámica de la pareja. (Lefrancois, 2004).

A pesar del impacto, esta experiencia permite el desarrollo de los padres como pareja e individualmente.

El deseo de tener hijos es casi universal, lo que se explica a partir de diferentes enfoques psicológicos, (Lara y Cols., 2001):

- Freud: el deseo instintivo de las mujeres, por dar a luz y criar hijos.
- Erikson: el generar es una necesidad básica del desarrollo. Deseo de establecer y guiar a la próxima generación.

Los nuevos padres tienen una serie de expectativas acerca de cómo serán como padres, las que se van modificando con la experiencia, para volverse más realistas estas expectativas. Ser padre ofrece la posibilidad de ver, más íntimamente, cómo se desarrolla alguien del sexo opuesto. Posibilita una mejor comprensión de la pareja al vivir juntos la experiencia de la paternidad y maternidad. No obstante, el embarazo en la mujer puede generar ansiedad, pero lograrlo da seguridad. Concebir un hijo otorga inseguridad sobre el cuidado del mismo y su crianza, pero también proporciona mucha seguridad, ya que es un estímulo para la integración. (Lara y Cols., 2001).

Las actitudes de las parejas frente al embarazo, responden a situaciones de tipo económico y personal, ya que se presentan otras prioridades: formarse, conseguir trabajo y tener una vivienda. Estos aspectos influyen en la decisión

de las parejas cada vez más para no tener hijos. Si la pareja desea tener hijos, la paternidad presenta etapas relacionadas con las etapas del desarrollo por la que atraviesan sus hijos. (Papalia y Cols., 2005).

## **1.2 ADULTEZ INTERMEDIA.**

Va desde los 30 o 40 hasta los 60 años aproximadamente. En esta etapa las personas participan plenamente en las actividades sociales. Se ingresa en la vida profesional. Las principales preocupaciones son encontrar un trabajo permanente y encontrar cónyuge para formar un hogar. Se consolidan los roles sociales y profesionales. (Papalia y Cols., 2005).

### **1.2.1 DESARROLLO FÍSICO.**

Algunos de los cambios fisiológicos son resultados directos del envejecimiento biológico y de la estructura genética, los factores conductuales y de estilo de vida que se siguió durante la juventud. (Lara y Cols., 2001).

Los cambios que se dan durante esta etapa, según (Papalia y Cols., 2005) son:

- Problemas visuales se da la miopía y la presbiopía.
- Una pérdida de la audición.
- Pérdida de la resistencia física.
- Aparecen las canas, calvicie, sequedad cutánea (arrugas).
- Disminución de la fuerza muscular y de la velocidad de reacción.
- Acumulación de tejido adiposo en determinados sectores del cuerpo.

Estos cambios no implican una pérdida de las funciones, sino que estas disminuciones implican la generación de cambios en los hábitos de vida.

La mujer, vive la menopausia que aparece a los 45 años; que es la pérdida de la capacidad reproductora. Los síntomas que se presentan irritabilidad, labilidad, falta de energía, desajustes hormonales, entre otros.

En el hombre físicamente se da, la disminución de la frecuencia de la actividad sexual, climaterio masculino, un periodo de cambios fisiológicos, emocional y

psicológico que involucra el sistema reproductivo masculino. En algunos casos se da la disfunción sexual. Es la perturbación persistente del deseo o la respuesta sexual.

Tanto en el hombre como en la mujer se da una preocupación por la apariencia y el atractivo físico y la salud.

Muchas personas maduras están preocupadas por las señales de la pérdida de su salud, comienzan con síntomas, más frecuencia en dolores y fatiga ocasional o crónica. Ya no pueden trabajar hasta altas horas de la noche con facilidad, es más probable que contraigan ciertas enfermedades y les lleva más tiempo recuperarse. Merrill, Verbrugge y Siegler, (citado por Papalia y Cols., 2005).

Las enfermedades más comúnmente que se presentan en esta etapa (Papalia y Cols., 2005) son:

- Enfermedad coronaria.
- Apoplejía.
- Diabetes.
- Cáncer de mama.
- Cáncer de pulmón.
- Cáncer de próstata.
- Osteoporosis.
- Osteoartritis.

### **1.2.2 ASPECTOS DE LA PERSONALIDAD.**

Está llena de cambios, ya que se dan varias enfermedades y acontecimientos familiares que producen ansiedad y cambios de humor que se reflejan en las personas en su forma de ser.

Así mismo, se presenta la crisis de la mitad de la vida que inicia entre los 35 y los 45 años, en la cual se produce una evaluación de la vida en base a la comparación entre las metas fijadas y los logros.

Algunos autores hablaron sobre la crisis y los procesos que se presentan para que se dé (Lara y Cols., 2001):

- Levinson y Gould, postulan que entre los 35 y los 45 años se sufriría una crisis de la media edad.
- Jung, destaca la expresión de los aspectos masculinos en la mujer y femeninos en el hombre.
- Erikson y Hofmann, afirman que en la mitad de la vida se produciría la lucha entre la generatividad y el estancamiento.
- Sheehy, postula como características de la crisis de la edad media encontrar la necesidad de reelaborar la imagen del yo debido a los cambios corporales y a la muerte de los padres, el cuestionamiento de los logros y la percepción de los roles como estrechos y limitados.

En general, se puede afirmar que la crisis de la edad media no es un acontecimiento inevitable, ya que la existencia de buenos recursos para enfrentar las exigencias del medio y las de crecimiento personal permitiría una buena adaptación a la edad madura.

La madurez a menudo implica una reestructuración de los roles sociales: ver partir a los hijos, convertirse en abuelos, cambiar de trabajo o profesión y, con el tiempo jubilarse. (Lachman, citado por Lara y Cols., 2001).

En la actualidad los estilos de vida son más diversos, los relojes sociales de las personas marchan a ritmos diferentes y el ciclo fluido de la vida ha borrado las fronteras de la edad adulta intermedia. (Neugarten, citado por Lara y Cols., 2001).

La adultez media se caracteriza por la liberación de las grandes presiones y la búsqueda de placeres más individuales, junto a una mayor experiencia, que será bien aprovechada si no se mantienen sueños imposibles ni se mantienen posiciones muy rígidas. (Sheehy citado por Lara y Cols., 2001).

El autoconcepto, la confianza en uno mismo y el control del yo suelen aumentar en esta época y la salud mental dependerá del buen ajuste entre las expectativas y la realidad. (Hofmann, 1996).

### 1.2.3 ASPECTOS SOCIALES.

Salvo en momentos de necesidad, los vínculos con la familia de origen (padre y hermanos) tienden a pedir importancia durante la edad adulta temprana, cuando el trabajo, los cónyuges o compañeros y los hijos adquieren prioridad. En la edad madura, esos vínculos tempranos de parentesco se reafirman a medida de que la responsabilidad del cuidado y apoyo de los padres ancianos empieza a cambiar a sus hijos de edad madura. Además, en esta época suele empezar una nueva relación de convertirse en abuelos. Por lo cual, varios autores mencionan características específicas de lo antes mencionado:

- **Paternidad:** Según Hofmann, existen diversos tipos de paternidad de acuerdo a la etapa en que se encuentre la familia dentro de su ciclo. Los padres con hijos pequeños de clase media se abocan a ellos. Los padres de adolescentes sufren conflictos familiares esporádicos, ya que éstos buscan acercarse a sus hijos cuando ellos están en plena fase de autonomía y búsqueda de identidad. (Lara y Cols., 2001).

El síndrome del nido vacío se presenta generalmente en las madres cuyos hijos han abandonado el hogar demasiado pronto, porque éstas están demasiado involucradas con ellos, pero en la mayoría de los casos las mujeres lo acogen bien, y lo ven como una instancia de libertad, propicia para una nueva intimidad en su matrimonio.(Hofmann, 1996).

- **Matrimonio:** Silvestre, (citado por Papalia y Cols., 2005) afirma que existe un reforzamiento de la pareja en la edad adulta, producto de la libertad que otorga el alejamiento de los hijos, la renovación de intereses sexuales, un aumento en la intimidad y una valoración de la relación en base a lo invertido en ella. Las personas casadas tienden mayores niveles de salud física y mental que los solteros y divorciados, aunque parece ser más satisfactorio para los hombres que para las mujeres. La

naturaleza de los conflictos maritales cambia con los años: de los 40 a los 50 predominarían los relacionados con la crianza de los hijos, en tanto que después de los 50 predominan los problemas de comunicación en la pareja y los de la distribución de tiempo y de actividades de ocio. Las relaciones extraconyugales son relativamente comunes durante esta etapa. (Hoffmann, 1996).

- **Divorcio en la edad madura:** Según Hoffmann, (1996), la mayoría de los divorcios que se producen en esta etapa se deberían a la no aceptación de los cambios de roles matrimoniales por parte de un integrante de la pareja o al no poder superar el nido vacío.
- **Relación con padres mayores:** El adulto medio comúnmente debe cuidar a dos generaciones: sus padres y sus hijos. Esto puede generar, en muchos de estos y especialmente en las mujeres, una situación de presión en el ciclo de vida (Hoffmann, 1996).
  - **Cuidado de los padres mayores:** en esta etapa es normal que los hijos queden al cuidado de sus padres, más cuando presentan alguna enfermedad por lo cual, por suposiciones culturales de que el cuidador es una función femenina hacen más probable que sea una hija la que asuma el papel (Papalia y Cols., 2005).
- **Los abuelos:** A esta edad la gente comienza a convertirse en abuelo. Los abuelos influyen sobre sus nietos como cuidadores, compañeros de juego, historiadores familiares, consejeros, modelo de rol y como intermediarios entre nietos e hijos. (Hofmann, 1996).

#### 1.2. 4 ASPECTOS COGNITIVOS.

En la adultez media disminuirían los puntajes del Coeficiente intelectual y es llamado el patrón clásico de envejecimiento. (Lara y Cols., 2001).

El estilo de vida determinaría el mayor o menor deterioro de la cognición (situaciones de estrés, enfermedades cardiovasculares y nivel de ejercicio, por

ejemplo). La velocidad perceptual disminuye de manera estable a partir de los 25 años y la habilidad numérica comienza a declinar alrededor de los 40 años.

Se dan varios tipos de inteligencias, (Papalia y Cols., 2005):

- Inteligencia cristalizada: Capacidad de utilizar de manera práctica los conocimientos adquiridos gracias a la experiencia.
- Inteligencia fluida: Capacidad del individuo para utilizar y procesar información nueva y abstracta.

La inteligencia se mantendría estable, ya que disminuirían ciertas capacidades básicas que podrían compensarse conductualmente, habría un aumento en la motivación y la compensación de pérdidas por rapidez debido a la especialización selectiva. (Lara y Cols, 2001).

## 2. INSUFICIENCIA RENAL.

### 2.1 LOS RIÑONES.

Son dos órganos cada uno del tamaño de un puño, situados cerca del medio de la columna vertebral, justo debajo de la caja torácica. (Kelly,1991).

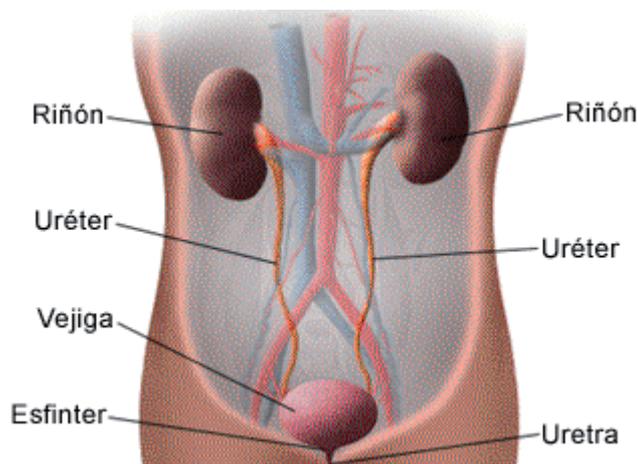


FIGURA 1. VISTA FRONTAL DEL TRACTO URINARIO

Los riñones constituyen un sistema de filtración. Cada riñón contiene como un millón de unidades filtradoras muy pequeñas, llamadas nefronas. Los riñones procesan alrededor de 200 cuartos de sangre por día, eliminando alrededor de 2 cuartos de sustancias de desecho y el exceso de líquido en forma de orina. La orina viaja a través de dos tubos llamados uréteres, hacia la vejiga, que se almacena hasta que vaya al baño. Los desechos son el producto de la desintegración de la comida y de la actividad muscular normal. (Domingo y Pinto, 2001).

Además de eliminar desechos y líquidos de su cuerpo, los riñones realizan otras funciones importantes, (Folleto acerca de la insuficiencia renal crónica una guía para los pacientes y sus familiares, 2003):

- Regulan el agua del organismo y otros químicos de la sangre como el sodio, el potasio, el fósforo, y el calcio.
- Eliminan los medicamentos y las toxinas que ingresan al organismo.
- Producen hormonas que ayudan al cuerpo a:
  - Regular la presión sanguínea.

- Producir glóbulos rojos.
- Tener huesos fuertes.

## **2.2 INSUFICIENCIA RENAL.**

Es una enfermedad irreversible de ambos riñones en la que el organismo pierde la capacidad de filtrar las sustancias tóxicas de la sangre y las personas requieren tratamiento de sustitución de la función renal para conservar la vida, ya sea diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante. (Botello, 2002).

Las causas de la insuficiencia renal son diversas; algunas conducen a una rápida disminución de la función renal (insuficiencia renal aguda), mientras que otras conducen a una disminución gradual de dicha función (insuficiencia renal crónica). (Merck, 2007).

Sus principales desencadenantes más comunes son: la diabetes mellitus, hipertensión, nefritis, entre otras. Es una enfermedad que no discrimina: raza, sexo, edad ni condición social: es considerada una epidemia a nivel mundial.

## **2.3 NOMBRES ALTERNATIVOS DE LA ENFERMEDAD.**

Hay diferentes nombres con los que se conoce a la enfermedad Según, (Botello, 2002):

- Falla renal aguda.
- Falla crónica de los riñones.
- Insuficiencia renal de tipo crónico.

## **2.4 CLASIFICACIÓN DE LA INSUFICIENCIA RENAL.**

Se puede dividir ampliamente en dos categorías, (Borrero y Montero, 2003):

- Insuficiencia renal aguda.
- Insuficiencia renal crónica.

## **2.5 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA.**

La declinación brusca de la función renal, se llama insuficiencia renal aguda.

La insuficiencia renal aguda (IRA) como su nombre implica es una pérdida progresiva de la función renal, generalmente caracterizada por una producción disminuida de la orina, desequilibrios del agua, de los fluidos corporales y desorden del electrolito.

La causa de una insuficiencia renal aguda puede ser cualquier afección que disminuya el aporte de flujo sanguíneo hacia los riñones, que obstruya el flujo de la orina que sale de los mismos o que lesione los riñones. Diversas sustancias tóxicas pueden lesionar los riñones, como fármacos, tóxicos, cristales que precipitan en la orina y anticuerpos dirigidos contra los riñones. (Merck, 2007).

Si los riñones no sufren un daño grave, esa insuficiencia puede contrarrestarse. Medardo, (citado por Kelly, 1991).

El diagnóstico y el tratamiento correcto de este trastorno son condiciones necesarias para la recuperación de la función renal pueda tener lugar con un mínimo riesgo para el paciente. (Kelley, 1991).

### **2.5.1 SÍNTOMAS DE LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA.**

Los síntomas dependen de la gravedad de la insuficiencia renal, de la concentración de iones y de la causa subyacente.

La lesión renal a menudo produce síntomas graves que no tienen relación con los riñones. Por ejemplo, antes de la insuficiencia renal puede manifestarse fiebre elevada, shock, insuficiencia cardíaca e insuficiencia hepática, circunstancias que pueden ser más graves que cualquiera de los síntomas provocados por la propia insuficiencia renal. Algunas de las situaciones que causan la insuficiencia renal aguda también afectan a otras partes del organismo. (Merck, 2007).

Puede dañar también los vasos sanguíneos de los pulmones producir hemoptisis, es decir, tos sanguinolenta. Las erupciones cutáneas son

características de algunas causas de insuficiencia renal aguda, como la poliarteritis, la hidronefrosis puede provocar insuficiencia renal aguda debido a la obstrucción del flujo de orina. (Merck, 2007).

## **2.6 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.**

“La insuficiencia renal crónica (IRC) puede definirse como un deterioro lentamente progresivo e irreversible del índice de filtración glomerular (IFG)”. (Kelley, 1991, pág. 947).

Se da una pérdida de la capacidad de los riñones para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos que empeora lentamente.

La enfermedad evoluciona en tiempos variables, que oscilan desde unos meses a unos años, hasta llegar a una fase terminal, en la que solo diálisis o el trasplante permite la supervivencia del enfermo. (Huerta, Urbina. 2010)

### **2.6.1 SÍNTOMAS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.**

En la insuficiencia renal crónica, los síntomas se desarrollan lentamente. Al inicio están ausentes y la alteración del riñón sólo se puede detectar con análisis de laboratorio.

Los síntomas de la insuficiencia renal crónica no dependen solo de la gravedad, sino de la rapidez de su evolución. Los síntomas son variados y reflejan la disminución de diversos sistemas orgánicos: las manifestaciones afectan directamente a los sistemas gastrointestinales, cardiovasculares, y neuromuscular. (Kelley, 1991).

El enfermo puede parecer crónicamente enfermo, con evidencias de pérdida de peso y desaparición de la masa muscular. Las físicas notables son palidez, color amarillo pardusco, hiperpigmentación (la piel que se ha tornado más oscura o más clara de lo normal). La persona se puede sentir confuso, somnoliento, estuporoso (disminución del estado de consciencia o lucidez) o comatoso (estado de coma). (Kelly, 1991).

En las personas que padecen insuficiencia renal a menudo aparece hipertensión arterial porque los riñones no pueden eliminar el exceso de sal y

agua. La hipertensión arterial puede conducir a un ictus (accidente cerebral vascular) o una insuficiencia cardíaca. (Merck, 2007).

A medida que la insuficiencia renal evoluciona y se acumulan sustancias tóxicas en la sangre, el sujeto comienza a sentirse pesado, se cansa fácilmente y disminuye su agilidad mental. Conforme aumenta la formación de sustancias tóxicas, se producen síntomas nerviosos y musculares, como espasmos musculares, debilidad muscular y calambres. También puede experimentarse una sensación de hormigueo en las extremidades y perderse la sensibilidad en ciertas partes. Las convulsiones (ataques epilépticos) se pueden producir como resultado de la hipertensión arterial o de las alteraciones en la composición química de la sangre que provocan el mal funcionamiento del cerebro. La acumulación de sustancias tóxicas afecta también al aparato digestivo, provocando pérdida del apetito, náuseas, vómitos, inflamación de la mucosa oral (estomatitis) y un sabor desagradable en la boca. Estos síntomas pueden llevar a la desnutrición y a la pérdida de peso. Los sujetos que padecen una insuficiencia renal avanzada desarrollan frecuentemente úlceras intestinales y hemorragias. Algunos de los que sufren de insuficiencia renal crónica tienen picores generalizados muy molestos. (Merck, 2007).

## **2.7 CAUSAS DE LA INSUFICIENCIA RENAL.**

Existen muchas condiciones que dañan los riñones entre las causas más frecuentes está la diabetes que es la causa principal de esta alteración, ya que es una enfermedad crónica en donde no se produce suficiente insulina para ayudar a degradar la glucosa (azúcar) en la sangre, entonces las grandes cantidades de sangre actúan como un veneno que daña los filtros y las arterias del riñón. (Merck, 2007).

El aumento de la presión sanguínea (hipertensión) es la segunda causa que favorece la insuficiencia renal crónica, ya que daña los filtros y las pequeñas arterias y venas del órgano, lo que causa un deterioro rápido del riñón. (Folleto acerca de la insuficiencia renal crónica una guía para los pacientes y sus familiares, 2003).

### **2.7.1 FACTORES DE RIESGO.**

Aunque cualquier persona a cualquier edad puede desarrollar insuficiencia renal crónica, existen ciertos factores de riesgo identificados que favorecen la aparición de alteraciones renales (Botello, 2002):

- Diabetes.
- Hipertensión.
- Enfermedades del corazón.
- Antecedentes familiares de enfermedad renal.

Estas son enfermedades que son cada vez más comunes en la adultez media, y en la vejez, que pueden ser en algunos casos consecuencias de un estilo de vida no muy sano durante la juventud o por herencias de enfermedades.

### **2.8 SÍNTOMAS GENERALES DE LA INSUFICIENCIA RENAL.**

En general es una enfermedad silenciosa, la mayoría de las personas no presentan síntomas al comienzo, pero cuando la función renal ha avanzado puede haber, (Nissenson y Fine, 2009):

- Dolor de cabeza frecuente.
- Fatiga.
- Hipo frecuente.
- Sensación de malestar general.
- Picazón generalizada (prurito).
- Náuseas.
- Vómitos.
- Pérdida de peso involuntaria.
- Orina frecuente.
- Hinchazón en piernas, tobillos, pies, cara o manos.
- Sensación de sabor metálico en la boca.
- Pérdida del apetito.
- Acortamiento de la respiración.
- Sensación de frío.
- Alteraciones en la concentración.

- Mareo.
- Dolor de piernas o calambres musculares.

### **2.8.1 SÍNTOMAS TARDÍOS.**

Cada cuerpo es diferente y los síntomas variados pero pueden aparecer los siguientes (Nissenson y Fine, 2009):

- Sangre en el vómito o en las heces.
- Disminución de la lucidez mental, incluyendo somnolencia, confusión, delirio o coma.
- Disminución de la sensibilidad en las manos, los pies u otras áreas.
- Tendencia a la formación de hematomas o sangrado.
- Aumento o disminución del gasto urinario.
- Calambres.
- Convulsiones.
- Cristales blancos en y sobre la piel (escarcha urémica).

### **2.8.2 SÍNTOMAS ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD.**

Con la enfermedad y dependiendo de la persona y lo avanzado de la enfermedad son (Folleto acerca de la insuficiencia renal crónica una guía para los pacientes y sus familiares, 2003):

- Piel anormalmente oscura o clara.
- Agitación.
- Aliento fuerte.
- Ganas excesivas de orinar durante la noche.
- Sed excesiva.
- Hipertensión arterial.
- Pérdida del apetito.
- Anomalías de las uñas.
- Palidez.

## **2.9. DIAGNÓSTICO.**

Debido a que hay pocos síntomas en los inicios de la enfermedad, el diagnóstico depende de las pruebas de laboratorio. Para ello es necesario reconocer ciertas anormalidades o marcadores renales como la presencia de proteínas en la orina y disminución de la función renal por más de tres meses. Se utilizan varias pruebas diagnósticas para determinar el funcionamiento de los riñones.

Para hacer una evaluación diagnóstica precisa de la enfermedad es necesario hacer varios estudios los cuales incluye una historia clínica, antecedentes de la enfermedad, examen físico, examen de orina entre otros más específicos por ejemplo los siguientes, (Kelley, 1991):

- Estudios de imagen como la tomografía.
- La pielografía intravenosa (estudio para evaluar las características de los riñones).
- Estudios radiológicos como, la angiografía (inyección de un líquido que permite evaluar las arterias que nutren al riñón) y la ecografía.
- Cultivos de sangre u orina.

Para poder evaluar que tipo de insuficiencia renal es la que padece el paciente y así darle el tratamiento adecuado a enfermedad.

## **2.10 PREVALENCIA.**

Más de 100 mil personas padecen insuficiencia renal crónica en México. (Palomo y Cols., 2004).

Además, de que está dentro de las 10 primeras causas de ingresos hospitalarios.

Actualmente, el 30,8% de la población mayor de 20 años tiene hipertensión mientras que alrededor del 10% tiene diabetes mellitus. (Palomo y Cols., 2004).

Las personas que tienen antecedentes familiares de diabetes, hipertensión o insuficiencia renal también tienen un riesgo mayor de padecerla. (Palomo y Cols., 2004).

Esta enfermedad se presenta con mayor frecuencia en la población laboralmente productiva es una de las principales causas de muerte y discapacidad. (Palomo y Cols., 2004).

## **2.11 TRATAMIENTO.**

No se conoce una cura para la insuficiencia renal crónica.

Sin tratamiento, generalmente progresa a una enfermedad renal en estado terminal. El tratamiento de por vida puede controlar los síntomas de esta enfermedad son según, el Folleto acerca de la insuficiencia renal crónica una guía para los pacientes y sus familiares, (2003):

- Diálisis.
  - Diálisis peritoneal.
  - Hemodiálisis.
- Trasplante renal.

Entre los factores a considerar en estos pacientes sometidos a diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal, están los aspectos físicos, psicológicos, familiares y socioeconómicos (Velazco y Korsh, citados por Kelly, 1991).

### **2.11.1 DIÁLISIS.**

El tratamiento de remplazo con diálisis, sustituye las funciones de filtración y excreción pero no las funciones endocrinas o metabólicas del riñón. (Kelly, 1991).

La definición clínica de diálisis es la creación de un sistema en el cual se trae la proximidad de una solución preparada (dializando) de una manera especial, de la cual está preparada por medio de membranas semipermeables. (Kelly, 1991).

Existen dos métodos principales de la diálisis, la hemodiálisis y la diálisis peritoneal que son eficaces en la insuficiencia renal tanto aguda como crónica; estos métodos difieren en diversas características importantes que determinan sus ventajas y desventajas relativas.

a) Procedimiento de la diálisis.

La frecuencia de las sesiones de diálisis varía de acuerdo con el nivel de función renal restante, pero habitualmente se requiere diálisis tres veces por semana. Un programa de diálisis permite llevar una vida razonablemente normal, ingerir una dieta adecuada, disponer de un recuento aceptable de glóbulos rojos, tener una presión arterial normal y no desarrollar ninguna lesión nerviosa. Se puede usar la diálisis como terapia a largo plazo para la insuficiencia renal crónica o como medida provisional hasta que se pueda efectuar un trasplante de riñón. En los casos de insuficiencia renal aguda, la diálisis se puede necesitar sólo durante unos pocos días o semanas, hasta que se restablezca la función renal. (Merck, 2007).

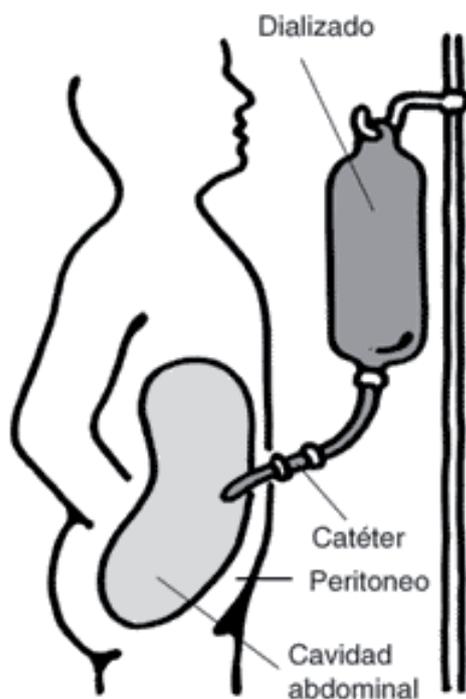


FIGURA 2. PROCEDIMIENTO DE LA DIÁLISIS.

## b) Problemas relacionados con la diálisis.

Los pacientes que se someten a diálisis necesitan dietas y fármacos especiales. Debido al escaso apetito y a la pérdida de proteínas durante la diálisis peritoneal, estas personas necesitan por lo general una dieta relativamente rica en proteínas, alrededor de 0,5 gramos de proteína diaria por cada kilo de peso ideal.

Se necesitan suplementos multivitamínicos y de hierro para sustituir los nutrientes que se pierden a través de la diálisis. Sin embargo, las personas sometidas a diálisis y también a transfusiones de sangre, a menudo reciben demasiado hierro ya que la sangre, contiene grandes cantidades de este mineral.

Las personas sometidas a diálisis pueden experimentar limitaciones en todos los aspectos de su vida. La potencial pérdida de independencia puede llegar a ser especialmente frustrante. (García y Cols., 2002),

Estas personas están bajo la dependencia del equipo de terapia. Las sesiones de diálisis, planificadas a menudo según la conveniencia de otros, influyen en los horarios laborales o escolares y en las actividades de ocio. Un puesto de trabajo a tiempo completo podría llegar a ser algo posible, las personas sometidas a diálisis pueden necesitar una ayuda por parte de la comunidad para hacer frente a los costos elevados del tratamiento, de los fármacos, de las dietas especiales y del transporte.

Las personas de edad sometidas a diálisis pueden volverse más dependiente de sus hijos o pueden ser incapaces de vivir solas. A menudo, tienen que modificarse las responsabilidades y los roles establecidos para adaptarlos a la rutina de la diálisis, creando estrés y sentimientos de culpa e incapacidad.

Las personas en diálisis se enfrentan también a alteraciones estresantes de su propia imagen y de las funciones corporales (Merck, 2007).

## 2.11.2 DIÁLISIS PERITONEAL.

a) El procedimiento en la diálisis peritoneal.

En la diálisis peritoneal, el peritoneo, una membrana que reviste el abdomen y recubre los órganos abdominales, actúa como un filtro permeable. Esta membrana posee una extensa superficie y una rica red de vasos sanguíneos. Las sustancias provenientes de la sangre pueden filtrarse fácilmente a través del peritoneo al interior de la cavidad abdominal si las condiciones son favorables. El líquido se infunde a través de un catéter que penetra a través de la pared abdominal hasta el espacio peritoneal, en el interior del abdomen. Dicho líquido debe permanecer en el abdomen durante un tiempo suficiente para permitir que las materias de desecho provenientes del flujo sanguíneo pasen lentamente hacia él. Luego se saca el líquido, se desecha y se reemplaza con otro nuevo.

Por lo general se usa un catéter blando de goma de silicona o de poliuretano poroso porque permite que el líquido fluya uniformemente y es improbable que cause lesiones. Si el catéter se instala por un período corto de tiempo, se puede colocar cuando el paciente está en la cama. Si es permanente, se debe colocar en la sala de operaciones. Existe un tipo de catéter que finalmente se cierra con la piel y que se puede dejar tapado cuando no se usa. (Merck, 2007).

Para la diálisis peritoneal se utilizan varias técnicas. En la más simple, la diálisis peritoneal se utilizan las bolsas que contienen el líquido se infunde dentro de la cavidad peritoneal del cuerpo; el líquido se infunde dentro de la cavidad peritoneal por espacio de 10 minutos, se deja permanecer allí entre 60 y 90 minutos y luego se extrae durante 10 a 20 minutos. El tratamiento completo puede necesitar 12 horas. Esta técnica se usa sobre todo para tratar la insuficiencia renal aguda. (Merck, 2007).

Hay dos tipos de diálisis peritoneal como lo menciona (Merck, 2007):

- La diálisis peritoneal intermitente automatizada: se puede realizar en casa eliminando la necesidad de una asistencia de enfermería constante. Un dispositivo con reloj automático bombea el líquido hacia

dentro y hacia fuera de la cavidad peritoneal. Por lo general, se coloca el ciclador en el momento de acostarse para que la diálisis se realice durante el sueño. Estas terapias necesitan realizarse 6 o 7 noches por semana.

- En la diálisis peritoneal continua a domicilio: el líquido se deja en el abdomen durante intervalos muy prolongados. Normalmente, el líquido se saca y se repone cuatro o cinco veces al día, se recoge en bolsas de cloruro de polivinilo que se pueden doblar cuando están vacías, se colocan dentro de una funda y pueden utilizarse para drenaje subsiguiente sin ser desconectadas del catéter. Generalmente se efectúan tres de estos intercambios de líquido durante el día, a intervalos de 4 horas o más. Cada intercambio precisa entre 30 y 45 minutos. Un tiempo de intercambio más prolongado (de 8 a 12 horas) se lleva a cabo por la noche, durante el sueño. La diálisis peritoneal requiere un acceso estéril a la cavidad peritoneal, mediante un tipo de catéter interno con orificios múltiples. La duración de este catéter es de año y medio a dos años y es necesario los cuidados excesivos de

esterilidad para prevenir infecciones graves.

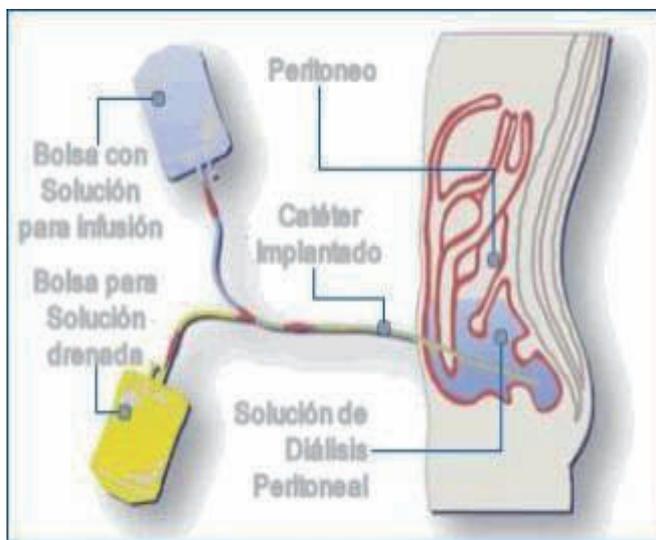


FIGURA 3. PROCEDIMIENTO DIÁLISIS PERITONEAL.

## b) Complicaciones de la diálisis peritoneal.

El problema más grave de la diálisis peritoneal es la posibilidad de infección. Ésta puede localizarse en el peritoneo, la piel donde se ubica el catéter o la zona que lo circunda, causando un absceso. La infección por lo general se produce por un error en la técnica de esterilización en algún paso del procedimiento de la diálisis. Los pacientes sometidos a diálisis peritoneal pueden ser propensos al estreñimiento, lo que interfiere con la salida del líquido por el catéter, por consiguiente, es posible que necesiten tomar laxantes o medicamento para el estreñimiento.

### **2.11.3 HEMODIÁLISIS.**

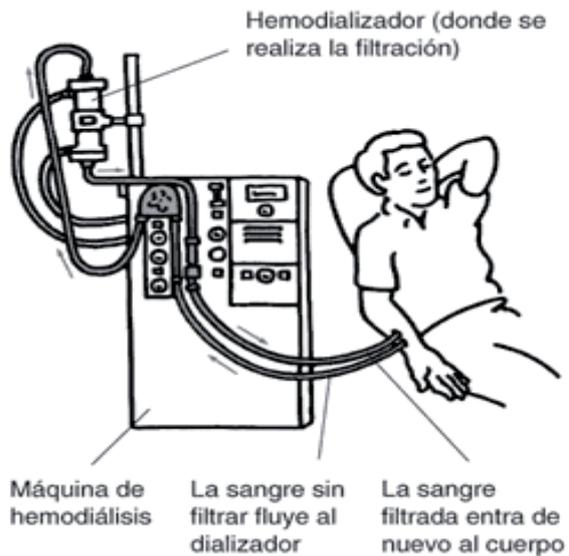
La hemodiálisis es otro método para filtrar la sangre. Consiste en filtrar el exceso de líquidos y las sustancias tóxicas del organismo mediante el paso de la sangre del paciente por un filtro periódicamente.

#### a) Procedimiento de la hemodiálisis.

La hemodiálisis es un procedimiento mediante el cual se extrae la sangre del cuerpo y se hace circular a través de un aparato externo denominado dializador; se requiere acceder de forma repetida al flujo sanguíneo. Para facilitar este acceso se efectúa quirúrgicamente una conexión artificial entre una arteria y una vena (fístula arteriovenosa). (Merck, 2007).

En la hemodiálisis, la sangre sale por un tubo conectado a la fístula arteriovenosa y se bombea al dializador. Durante el procedimiento, se utiliza heparina, un fármaco que evita la coagulación de la sangre e impide que se coagule en el dializador.

Dentro del dializador, una membrana porosa artificial separa la sangre del líquido (líquido de diálisis).



**FIGURA 4. PROCEDIMIENTO DE LA HEMODIÁLISIS.**

Los dializadores tienen diversos tamaños y diversos grados de eficacia. Las unidades más modernas son muy eficaces, permitiendo que la sangre fluya más rápidamente y acortando el tiempo de la diálisis, por ejemplo, de 2 a 3 horas, tres veces por semana, en comparación con las 3 a 5 horas, tres veces por semana, necesarias con las unidades más antiguas. Los que padecen insuficiencia renal crónica, por lo general, necesitan hemodiálisis tres veces por semana para mantenerse en buen estado de salud. (Merck, 2007).

Las complicaciones hemodiálisis incluye el síndrome psicológico, de depresión y dependencia, que limitan las posibilidades de rehabilitación de algunos pacientes con insuficiencia renal.

#### b) Contraindicaciones de la hemodiálisis.

Para los que están en hemodiálisis, la ingestión de sodio y potasio se debe reducir a 2 gramos al día de cada uno. También se debe restringir el consumo de alimentos ricos en fósforo. El consumo diario de bebidas se limita solamente en aquellos individuos que tienen una concentración persistentemente baja o decreciente de potasio en la sangre. Es importante controlar el peso a diario, puesto que un aumento excesivo de peso entre las sesiones de hemodiálisis sugiere un consumo exagerado de líquido. Para las personas en diálisis

peritoneal, las restricciones de potasio (4 gramos al día) y de sodio (de 3 a 4 gramos diarios) son menos severas. (Merck, 2007).

Los pacientes sometidos a hemodiálisis necesitan que su transporte a los centros de tratamiento sea organizado de modo regular, porque deben tener un acceso ininterrumpido a esta terapia.

Con las investigaciones de Esquivel y Cols., (2009) se rectificó la información antes mencionada de los procedimientos de la hemodiálisis y las repercusiones que traen en el enfermo.

#### **2.11.4 TRASPLANTE.**

Para el paciente con insuficiencia renal crónica, el trasplante renal representa el único medio para restaurar la función renal total, incluyendo las funciones endocrinas y metabólicas. (Kelly, 1991).

La decisión de llevar a cabo un trasplante renal debe asociarse con medidas destinadas a obtener una máxima probabilidad de éxito y un mínimo riesgo de mortalidad. El trasplante permite recuperar el 50% a 70% de la función renal global, elimina el tedio producido por la diálisis regular.

Un riñón donado puede venir de un donante anónimo que ha muerto recientemente, o de una persona viva, por lo general un pariente. El riñón que se recibe debe ser compatible con su cuerpo. Cuanto más compatible sea, menos probabilidades habrá de que el sistema inmunitario lo rechace. El sistema lo protege contra la enfermedad atacando cualquier cosa que no reconozca como parte normal del cuerpo. Por eso, el sistema inmunitario atacará a un riñón que parezca ser demasiado extraño. Por lo cual se aplican algunos medicamentos especiales para ayudar a engañar al sistema para que no rechace el riñón trasplantado. (Folleto acerca de la insuficiencia renal crónica una guía para los pacientes y sus familiares, 2003).

### **3. FAMILIA.**

#### **3.1 DEFINICIÓN DE FAMILIA.**

La familia es un lugar de encuentro, en ella coinciden de manera natural varios seres humanos, unidos por la paternidad, la filiación, o fraternidad, enraizada por vínculos que los unen además de cubrir las necesidades de cada uno de sus miembros. (La familia valores y autoridad, 2000).

La familia debe asumirse en su totalidad como un organismo vivo, y cualquier alteración en la estructura o función de alguno de sus integrantes, influirá en todos y cada uno de los demás miembros. Así mismo cumple con las fases de todo ser vivo pues nace, crece, se reproduce y muere.

La familia es un grupo natural, por lo tanto; constituye la unidad básica de la sociedad. (Corless, 2005).

Por lo tanto, la familia es un núcleo, y cubre todas las necesidades de sus miembros, presenta una estructura y funciones que cada quien debe asumir para llegar a superar las crisis que se les presenten como familia.

#### **3.2 HISTORIA DE LA FAMILIA.**

Para comenzar a escribir la historia de la familia y sus orígenes se debe tomar en cuenta que la evolución ha sido afectada por los años y varios avances, además de estar estrechamente relacionada con diversos factores como lo son: los políticos, sociales, económicos y sin duda los factores culturales.

Desde la época prehistórica hasta nuestros días, han surgido una serie de transformaciones que dan la pauta, de que la noción de familia está en pie, pero la estructura ha cambiado de acuerdo al tiempo y a la complejidad de la sociedad.

Desde tiempos remotos el término de familia se ha visto modificado, hasta llegar a ser como hoy se conoce, es por ello que el hombre ha tenido que agruparse para satisfacer sus necesidades vitales, la evolución de la familia es la siguiente según Engels, (1997):

- La comunidad primitiva. Nace con la aparición del hombre en la tierra y su desarrollo conforme a las formas de organización social, donde el trabajo colectivo servía para repartir responsabilidades, facilitando de esta forma sus tareas, además de distinguirse por una promiscuidad sexual.
- Familia consanguínea. Es la primera etapa de la familia en la que reina todavía la promiscuidad sexual entre hermanos y hermanas, pero en la que los padres e hijos quedan excluidos del comercio sexual recíproco.
- Familia punalúa. La prohibición del comercio sexual se extiende a los hermanos y hermanas, en esta fase aparece el matrimonio por grupos.
- Familia sindiásmica. El hombre vive con una sola mujer, aunque la poligamia y la infidelidad ocasionales siguen siendo un derecho para el hombre. En esta fase el vínculo conyugal se disuelve con suma facilidad, pasando los hijos a pertenecer a la madre.
- Familia monogámica. Este tipo de familia nace de la familia sindiásmica, se funda en el poder del hombre, un poder de origen económico subyacente en el control masculino de la propiedad privada, y el objetivo es procrear hijos de una paternidad cierta con fines hereditarios.

Es necesario saber cómo eran éstas conformaciones de individuos y cual fue una de las razones primordiales para poder llegar a llamarla familia, tomando en cuenta que estas conformaciones existieron mucho antes de la civilización.

Hay diversos autores que manejan diferentes fases por las cuales pasó la familia la cual complementa a las mencionadas anteriormente por García (citado por Alfaro y Rizo, 2008) siendo las siguientes:

- La horda. Grupo de nómadas que viajaban en grupos reducidos y no tomaban en cuenta la paternidad para la creación de nuevos grupos más grandes.
- El clan. En esta etapa se vuelven sedentarios y comienza a existir un líder, un jefe, que hacía cumplir las reglas para estar dentro de este

grupo. Aquí se da comienzos a la importancia que tienen los lazos familiares para brindarse apoyo y seguridad.

- El matriarcado. Estaba compuesto por la madre y los hijos, eran autosuficientes, en esta época era muy importante la influencia femenina pues sobresalía en ella el factor económico, regía la estructura social y el poder sobre la tribu.
- El patriarcado. Es en el cual el padre es la autoridad suprema o el varón de mayor edad. En la actualidad el patriarcado se encuentra en muchos países de Oriente, y en la antigüedad la practicaban los palestinos, griegos y romanos.

En las épocas antes mencionadas, se buscaba principalmente la sobrevivencia de la especie y la continuidad de una sociedad en donde el hombre mandaba. Los matrimonios eran establecidos desde que la pareja era pequeña y normalmente los casaban porque entre los padres de estos existía una conveniencia económica.

Por su parte, la familia mexicana ha sufrido modificaciones tanto en su estructura como en su contexto social. Siendo éstas la distinción de clases sociales, trabajo, así como valores y costumbres que influían determinadamente en la dinámica familiar.

La familia es imprescindible en la vida humana y en la conformación de la sociedad, por tanto, en el amanecer del siglo XXI la familia mexicana no tiende a desaparecer, sólo cambia su composición, su dinámica y sus redes de apoyo (Solís, 2004).

En México hay una atmósfera sociocultural alrededor de la imagen de la mujer. Esta atmósfera contrasta con lo que sucede en otras culturas en las cuales los abortos son múltiples, así como intensas las perturbaciones durante el embarazo y severas las dificultades en la lactancia. La atmósfera sociocultural en unos casos facilita y en otros dificulta la imagen de la mujer.

El mundo del mexicano tiene una doble moral sexual y características contrastadas en los papeles que recíprocamente juegan el hombre y la mujer.

El varón es dueño de prerrogativas, usa sin restricciones el dinero, se permite placeres que niega a la mujer, gasta en ropa y atuendo cantidades más significativas que su pareja. El hombre tiene el privilegio de ser servido por la mujer, a ésta no se le permite que indague la utilización que el hombre hace del dinero, el hombre detenta poder y recursos. El padre es temido, frecuentemente ausente, tanto como presencia real como en su carácter de compañía emocional (Montoro, citado por Solis, 2004).

La familia en México está integrada por una serie de obligaciones y compromisos. La mujer tiene que satisfacer sus necesidades en oficios poco calificados: lavanderas, servicio doméstico o pequeños comercios, preñados por ausencias; se acerca a la edad adulta con un miedo a la sexualidad que le han remarcado desde pequeña, prevaleciendo este clima de recato en algunos pueblos mexicanos, siendo muchas las razones históricas que han permitido que la mujer sea devaluada.

Hay un mundo de varones del cual son excluidas las mujeres, las reuniones sociales discriminan y segregan a la mujer del mundo privilegiado de un hombre que tiene conversación interesante, y que no ha de contaminar la comunicación lineal de las mujeres.

Una pequeña reseña de una mujer de clase media, la muestra levantándose temprano, sirviendo el desayuno a su marido que le ha brindado una sexualidad escasa y espaciada que saliendo al trabajo, bien arreglado, a las nueve de la mañana, probablemente llegue a las 2 de la madrugada. Esta mujer tan abandonada, tan frustrada, va a encontrar en la procreación el camino reparativo a las limitaciones en su calidad de compañera. Además el hombre espera que así lo haga, su expectativa es encontrar a la mujer cocinando y cuidando a los niños.

La mujer a su vez es la víctima abnegada y asexual. Los padres del mexicano pocas veces mostraron una fachada sexual y erótica enfrente de los hijos, el beso brilló por su ausencia y la imagen de la madre, vinculada a la comida ya que se le visualiza sirviendo la sopa, los huevos, la verdura y los frijoles. La madre, en la organización familiar del mexicano, ha sido desexualizada, y el

sexo es muy importante, tan importante como tener hijos (López, citado por Ramírez, 2004).

El problema básico de la estructura familiar en México es: “El exceso de madre, la ausencia de padre y la abundancia de hermanos”. (Ramírez, 2004, p. 126).

Lo antes mencionado es una reseña de cómo las generaciones anteriores vivían, ya que estaban sometidos a un machismo, autoritarismo y una desigualdad muy marcada hacia la mujer, en donde los derechos y obligaciones no eran los mismos para ambos, siendo muy escasa la expresión emocional de la familia.

Actualmente la familia mexicana, ha tenido ciertas modificaciones positivas en su estructura y funciones, que le han permitido a la mujer cambiar el papel que antes tenía de víctima abnegada sometida, por una mujer independiente, con un papel importante en la manutención del hogar y la educación de los hijos.

### **3.3 LA FAMILIA ACTUAL.**

La familia actual, debe analizarse a la luz del momento histórico que le corresponde, lo cual supone y ha supuesto oportunidades y presiones para su consolidación. En este sentido, las lógicas de la vida contemporánea han dejado de centrarse en los ideales homogéneos y definidos que caracterizaron la época moderna y se han trasladado en la desmitificación, el individualismo y el riesgo que se manifiestan en el hedonismo, el consumo masificado, la fragmentación y la precariedad.

Los peligros de la modernidad, implican que al darse la ruptura con el modelo basado en la tradición, se ha obligado al individuo (por lo tanto, a la familia) a fundamentarse en sí mismo, ha tomado conciencia sobre las implicaciones de sus elecciones y con ello ha visualizado la expansión correlativa de los riesgos y los miedos han entrado a escena (Berriain, citado por Solís, 2004). Es decir, antes, la tradición implicaba que al casarte lo “lógico” era la llegada de los hijos, lo cual en la actualidad, ya no es una prioridad en las parejas.

Si se trata de visualizar a la familia en este escenario se puede detectar una serie de “nuevas” condiciones que la vuelven un fenómeno complejo a nuestra comprensión, entre las que se puede destacar la instalación de la filosofía de la igualdad, la emancipación de la mujer y el papel errático del Estado.

Al ampliarse los beneficios sociales a los diversos grupos de población, especialmente el acceso de la mujer a la educación superior, trajo como consecuencia lógica que se quisiera probar fortuna en otras áreas. El espacio a conquistar, como era de esperarse, fue el mercado laboral. La incursión de la mujer a la fuerza de trabajo remunerado, movió nuevamente los referentes de la familia.

Cuando la madre ya no pudo cubrir en todo momento, todas las necesidades de todos los miembros de la familia (del esposo, de los hijos y muchas veces de los padres, de los suegros), como el ser la educadora, nana, enfermera, cocinera, afanadora, confidente, entre otras cosas, porque tenía que combinar tales actividades con las demandas laborales que, en caso de pretender la renombrada superación profesional, implican la actualización permanente, tiempo extra en la oficina, tiempo fuera de oficina para innovar, además de los viajes y demás compromisos; hubo entonces que replantear las formas de organizar las tareas domésticas. El problema es que el hombre no ha estado entusiasmado por compartir la carga del hogar, los hijos han pasado a la tutela temporal de abuelos, familiares, nanas o guarderías, quienes en el mejor de los casos protegen la integridad física pero no la espiritual y el Estado no ha estado a la altura de los compromisos que implica este nuevo modelo de familia (Montoro, citado por Solís, 2004).

Como es lógico, el empoderamiento de la mujer y la apertura de posibilidad de hombres y mujeres de elegir, ambas cosas por demás deseables, ha devenido en el riesgo de la ruptura de los contratos matrimoniales, de la fragilidad o vulnerabilidad de las parejas. Se ha instalado, para bien y para mal, el divorcio. Con esta nueva condición el modelo de familia se diversifica porque ahora es más común ver hogares formados sólo por alguno de los padres y los hijos, o bien, por los padres y los hijos de parejas anteriores.

Por supuesto que el modelo de familia y de pareja tiene otras tantas variantes que borran la posibilidad de entender a cabalidad el objeto; sobre todo porque cada vez más se ve que la gente se asombra menos ante las nuevas formas de convivencia y amor, dejando poco a poco de lado la estigmatización social cuando no se coincide con el modelo tradicional.

Lo expresado, da lugar a cambios importantes en la concepción de la familia, sobre todo en lo que se suele denominar familia tradicional.

Lo expuesto también es abordado por Arés, 2001 (Citado por Pérez y cols., 2003) quien dice que “Hasta hace pocas décadas se hablaba que la familia era la unión legal entre un hombre y una mujer que se unen, con el objetivo de procrear, educar los hijos, y satisfacer necesidades humanas de unión y compañía” (Pág. 91).

Ninguna definición de este tipo se corresponde con los cambios actuales. La unión puede ser legal o no, puede ser para toda la vida, pero las separaciones y los divorcios son frecuentes, los miembros de la unión ya no siempre son heterosexuales, la unión ya no es solo para procrear. Con ello se quiere decir que actualmente se está ante el fenómeno de la diversidad y complejidad familiar.

Todo lo anterior, conlleva a pensar en lo especialmente complicado que resulta llegar a un consenso en cuanto a definición de familia. Los nuevos tipos de familia, sus nuevas consideraciones, sus integrantes, la dinámica de sus relaciones, entre otras, abonan el terreno para obstaculizar el consenso.

Actualmente los padres sufren la indecisión del rol que deben tomar, “temen el autoritarismo que ellos vivieron, y no saben cómo ejercer la autoridad” (Romero, 2004, Pág. 50, citado por Pérez y cols., 2003). Esto, que parece simple, trae como consecuencia el debilitamiento de la autoridad de los padres, de los profesores y en general de los adultos para educar no sólo en las normas sociales, de urbanidad o profesionalización a los más chicos, sino en la construcción de valores.

Por otra parte, esta percepción de igualdad viene abrigando la posición cómoda de los hijos o de los jóvenes de merecer lo que se tiene sin tener qué

ganárselo, (Montoro, citado por Solís, 2004). En estos tiempos se observa que hay una dependencia total a los padres, por parte de los hijos, esto como consecuencia de que ambos trabajan, generando la idea de que no se dedica el tiempo suficiente para educar y estar con ellos, entonces el problema se agrava porque no se entiende bien el concepto de autoridad y todavía existe la culpabilidad para ejercerla.

Para nadie es un secreto que los diferentes cambios acontecidos en el mundo actual han dado lugar a otra serie de cambios en distintos espacios y contextos, y la familia no está ajena a toda esta dinámica de acontecimientos.

Por tanto, la familia ha evolucionado y se está presenciando el surgimiento de nuevos tipos de familia, por lo cual es más acertado hablar de “las familias” puesto que el concepto “la familia” está quedando desactualizado.

Esos nuevos tipos de familia hacen una ruptura con la familia tradicional, con esquemas tradicionales, aunque no se puede decir que la familia tradicional ha desaparecido, sino que se está conviviendo con esa familia tradicional y con la nueva familia o familia moderna (López, citado por Solís, 2004).

Como se mencionó anteriormente, los cambios ocurridos en la sociedad han dado lugar a modificaciones en la familia tradicional provocando rupturas en la misma.

En este sentido, se puede señalar la categoría que especialistas en el tema denominan tendencias de ascenso y descenso, aludiendo a los altos índices de divorcios y uniones consensuales que se corresponden con la primera y a la disminución en cantidad de los hijos, en correspondencia con la segunda.

Existen también otras razones que van transformando la figura tradicional de la familia y muchas de ellas se reflejan en nuestro país, por ejemplo: la igualdad de derechos, obligaciones compartidas entre los integrantes de la pareja, la autonomía económica de quienes integran el grupo, incremento de hogares monoparentales, aumento de personas que viven solas, elevados índices de separación y divorcios, disminución de las familias extensas, (dificultades de vivienda impiden que esto sea posible en nuestra sociedad), marcada tendencia de aumento de familias reconstruidas, delegación en instituciones de

roles que eran típicos de la familia, entre otras (Gerhsheim, citado por Solís, 2004).

Sin embargo, aún cuando se manifiesten estos cambios, la familia tradicional coexiste con la nueva familia, puesto que todavía hoy están presentes valores culturales, prejuicios y estereotipos que responden a una secular historia de educación patriarcal, cultura machista y masculinidad hegemónica, los cuales, por supuesto, dificultan el tránsito hacia la nueva concepción de la familia moderna.

Todo parece indicar que lo acontecido no ha sido suficiente para desintegrar psicológica y estructuralmente la familia o la noción de familia. Las personas se inclinan a sostener esta institución, no importan los cambios, los encuentros y desencuentros, ella está siempre presente para apoyar, compartir y afrontar “en familia” los buenos y los no tan buenos momentos de la vida (López, citado por Solís, 2004).

La familia parece estar ahí, como alternativa ante un mundo lleno de competencia, de ritmos acelerados, de individualismo, de riesgos, de rupturas. Por un lado parece estar rebasada como respuesta de vida en común de las parejas, pero por otro es revalorizada porque representa, asideros ante la soledad, los miedos y la incertidumbre (Zermeño, citado por Solís, 2004).

### **3.4 TIPOS DE FAMILIA.**

Para poder entender lo que es la clasificación o tipo de familia es necesario tomar en cuenta a varios autores, ya que cada uno considera aspectos que son primordiales dentro de la dinámica que se da en una familia.

Una de las primeras clasificaciones de los diferentes tipos de familia, son las que menciona Minuchin, (2005):

- Pareja sin hijos: Compuesta por los miembros de la pareja.
- Familia nuclear: Compuesta por dos generaciones. Padres e hijos sin importar el tipo de unión y si los hijos son adoptivos o biológicos.
- Familia monoparental: Compuesta por un sólo miembro de la pareja y sus hijos.

- Familia extensa: Compuesta por más de tres generaciones, padres, hijos y nietos.
- Familias reconstruidas: Donde uno o los 2 miembros de la pareja conyugal han estado casados con anterioridad, y uno o ambos incorpora a la nueva familia, los hijos producto de la relación anterior.
- Familia acordeón. Donde uno de los familiares vive lejos de su hogar.
- Familias descontroladas. En este tipo de familias no existen límites, nadie lleva el poder de autoridad.
- Familias psicosomáticas. Donde la familia necesita de un enfermo para funcionar como tal.
- Familias cambiantes. Este tipo de familias continuamente se encuentran cambiando de residencia, sin establecerse en un lugar fijo, no permitiendo que sus miembros establezcan relaciones estables.

Según Espejel, (1997), la familia se clasifica dependiendo de los sujetos que la integran:

- Familia primaria nuclear: Integrada por padre, madre e hijos.
- Familia primaria semiextensa: Es una familia primaria con quienes viven uno o varios miembros de la familia de origen de alguno de los cónyuges.
- Familia primaria extensa: Es una familia nuclear que va a vivir con la familia de origen de uno de los cónyuges, o que nunca salió del seno familiar y ahí permaneció después de realizar su unión conyugal.
- Familia reestructurada. Es una familia formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges ha tenido una unión previa con hijos, independientemente de los hijos que conciban juntos.
- Familia reestructurada semiextensa. Es una familia formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges ha tenido una unión previa con hijos y que incluye bajo un mismo techo a uno o más miembros de la familia de origen de alguno de ellos.
- Familia reestructurada extensa. Familia formada por la pareja donde uno de ellos ha tenido hijos y ahora viven con la familia de origen de él o de ella.

- Familia uniparental Nuclear. Es una familia integrada por padre, madre o con uno o más hijos.
- Familia uniparental semiextensa. Es una familia integrada por padre, madre con uno o más hijos y que reciben en su hogar a uno o más miembros de su familia de origen.
- Familia uniparental extensa. Una familia integrada por padre o madre con uno o más hijos que viven con su familia de origen.

Satir, (2002), habla de que cada familia tiene su propio movimiento fisiológico, crecimiento y estilo de cambio, de modo que siempre aparece la misma identidad del individuo.

Por otro lado, de acuerdo con el estilo de cambio existen 3 tipos de familia las cuales son (Satir 2002):

- Familia estática. Dentro de esta familia se puede observar que los cambios que puedan existir en ella son difíciles, pues normalmente piensan en su pasado cuando existe tal modificación y tienden a volver al modelo antiguo.
- Familia respondiente. Este tipo de familias es más fácil y rápida, pero así con la misma rapidez puede volver a la posición en la que se encontraban en un principio. La otra variante que se presenta es el comienzo difícil, en esta la familia necesita ayuda para poder realizar los cambios necesarios de una manera adecuada y funcional dentro de la familia.
- Familia neutral. Se mueve de una manera nueva, y este sistema nuevo que ha desarrollado la familia es un reflejo de la ayuda recibida.

Por lo antes mencionado se puede decir que dependiendo del tipo de familia y estructura de la misma, dependerán las relaciones entre sus miembros y la funcionalidad de ésta, es por ello que es importante identificar a que tipo de familia corresponde y el ciclo vital en el que se encuentra para un mejor estudio y comprensión del grupo familiar.

### **3.5 CICLO VITAL DE LA FAMILIA.**

El ciclo vital familiar es un proceso de desarrollo que consiste en atravesar una serie de etapas que implican cambios y adaptaciones. Estos cambios pueden provocar crisis, de menor y mayor intensidad en el núcleo familiar, puesto que al pasar de una etapa a otra las reglas de la familia cambian, provocando en el sistema familiar situaciones adversas como es la separación de uno de sus miembros o la llegada del primer hijo y los problemas a nivel familiar y de pareja que puedan presentarse.

Como lo menciona Estrada, (2002) la familia pasa por un ciclo donde despliega sus funciones: nacer, crecer, reproducirse y morir. Las etapas son:

- Desprendimiento.
- Encuentro.
- Los hijos.
- La adolescencia.
- El reencuentro.
- Soledad y muerte.

#### **Primera fase: Desprendimiento.**

Todo desprendimiento es doloroso, sobre todo si se trata de relaciones emocionales significativas. Hay dos corrientes en pugna en esta fase la que va a favor del desprendimiento y de la vida; y otra que tiende a fijar, a detener o a regresar el proceso a etapas anteriores.

Esta primera fase se refiere a la adolescencia cuando el joven tiene que abandonar el hogar paterno y salir en busca de un compañero fuera de su familia. .

En la búsqueda de un compañero pueden intervenir dos factores:

- Una búsqueda de cercanía y compañía.
- Una búsqueda de fusión.

## **Segunda fase: El encuentro.**

Aprender el rol del cónyuge no es una tarea sencilla por lo cual en esta fase se habla de las expectativas del matrimonio por medio de la realización del contrato matrimonial donde se expresa de manera consciente o inconsciente verbal o no verbal las expectativas y la manera de relacionarse como matrimonio dejando a un lado el rol de hijos que cada uno tenía y adquiriendo nuevas responsabilidades.

## **Tercera fase: Los hijos.**

Si una relación profunda entre un hombre y una mujer no termina con hijos, es incompleta.

Un hijo en una relación es la culminación de una familia, pero para poder llegar a ello involucra varios procesos psíquicos que deben hacer como pareja cada uno de acuerdo a sus creencias y aspiraciones.

Interfiere en la identidad, la sexualidad, la economía y fortalecimiento del yo. Es cierto que es todo un desafío que los roles cambian y la manera de ver las situaciones también.

- a) Identidad: deben adquirir un nuevo anclaje de relación emocional con el niño. Se requerirá de apoyo mutuo para no perder el anclaje.
- b) Sexualidad: afirmar experiencia de realizarse a través de la reproducción. Con todas las nuevas funciones se excluirá el sexo conyugal. Además deben preverse la energía de los padres para ver cuántos hijos se pueden tener en un futuro.
- c) Economía: juega el papel más importante. Educarlos y formar un pequeño patrimonio no es tarea fácil y muchas veces es más sencillo vivir cada quien su vida.
- d) Fortalecimiento del yo: es creencia que el papel de madre y de padre simplemente se dan porque hay un bebé ahí. Pero eso no es del todo cierto ya que en el hombre, este tiene que pagar un precio por ello, debe aprender gran variedad de comportamientos a diferencia de los

animales. Es muy importante la ayuda mutua y en ocasiones el intercambio de los roles.

#### **Cuarta fase: La adolescencia.**

Todos los eventos que en forma natural afectan a la familia, el advenimiento de la adolescencia es tal vez el que más pone a prueba la flexibilidad del sistema.

En esta encrucijada se combinan varios factores:

- En esta edad se presentan con mayor frecuencia los problemas emocionales serios.
- Los padres, aun cuando muchas veces ya se encuentran en la madurez, muy a su pesar se ven obligados nuevamente a revivir su propia adolescencia.
- La edad de los abuelos por lo general es crítica; se acercan a no poder mantenerse a sí mismos, y la soledad y la muerte se avecinan; esto es motivo de otra preocupación.

Para que el sistema logre manejar bien esta etapa y pase a la siguiente es necesario tomar en cuenta varios factores; es necesario que el adolescente logre madurez en su desarrollo y que sus padres igualmente lo logren para que se pueda llegar al momento del desprendimiento y los jóvenes puedan formar nuevas parejas.

- El adolescente normal presenta una crisis de identidad, pero no difusión de identidad. Las crisis obedecen a que el sentimiento interno de identidad, de pronto y con los cambios físicos del adolescente, no corresponden a la confirmación del medio ambiente, que ya lo empieza a tratar como joven adulto. En cambio, la difusión de identidad habla de síndromes psicopatológicos severos que se caracterizan por estados disociativos. Las siguientes características ayudan a diferenciar lo anterior:

- a) La capacidad de sentir culpa y preocupación y el deseo genuino de reparar el comportamiento agresivo, el cual se reconoce después de una crisis.
- b) La capacidad de establecer relaciones duraderas, no abusivas, con los amigos, los maestros y otros adultos, así como tener una percepción profunda de lo que son los otros.
- c) Expandir y profundizar constantemente en una serie de valores y conceptos, ya sea que vayan o no de acuerdo con la cultura del entorno.

Si el adolescente es normal, sus relaciones amorosas personales le producirán un sentimiento de trascendencia, adquirirá nuevas percepciones y consciencia de sí mismo, de su cultura y del entorno.

De nuevo vuelven a interferir en esta fase factores como la identidad, sexualidad, economía y fortalecimiento del yo.

#### **Quinta fase: El rencuentro.**

También conocida como el nido vacío los hijos ya se han ido y produce algunos cambios. Los padres se encuentran cercanos a los 50 años de edad o más. Presentan cambios biológicos y psicológicos y algunas personas estas pueden ser muy difíciles de superar (jubilación). Pero casi siempre lo logran ya que surgen nuevos roles como el de abuelos.

Uno de los desafíos de esta etapa es encontrarse con uno mismo y enfrentar nuevas tareas consigo y con su cónyuge.

#### **Sexta fase: Vejez.**

Esta fase es de las pocas conocidas y analizadas. En esta etapa se está consciente de la muerte, se da la dependencia de los padres a los hijos, por las limitaciones que la edad produce.

Se da un rechazo hacia el padre, puede haber enfermedades que requieren gastos y cuidados que nadie quiere asumir, se vuelve un estorbo y un gasto familiar.

A veces se da una sobre protección de los hijos a los padres en donde no les permiten vivir en libertad y la persona se puede sentir aprisionada y puede desarrollar estados depresivos.

Se necesita en esta etapa, tener la habilidad suficiente para aceptar realmente las propias capacidades así como las limitaciones. Igualmente es importante poder cambiar el rol y aceptar la dependencia cuando esto sea necesario (aceptar el rol de hijo nuevamente).

Como familia es indispensable superar adecuadamente cada etapa, ya que cada una es un desafío que puede unir o poner en crisis a toda la familia, además de que es necesario identificar la etapa por la que están atravesando para un mejor diagnóstico y bienestar de ésta.

### **3.6 FUNCIONES DE LA FAMILIA.**

Una de las características que distingue a la familia es su capacidad de integrar muchas funciones en una única fórmula de convivencia. La familia cumple su función transmitiendo de una generación a otra los valores y las demandas de la cultura.

Las funciones de la familia, permiten que sus miembros desarrollen la autonomía y la Identidad estos son los siguientes (Corless, 2005):

- Sexual: Busca el encuentro afectivo de la pareja y la reproducción de la especie, además de asumir el rol que a cada uno le corresponde.
- Económico: La familia debe desarrollar sus habilidades para procurarse su manutención y satisfacer sus necesidades materiales, como alimentación, vestimenta, higiene, descanso, cuidados y todo aquello que cubra las necesidades físicas de sus miembros.
- Social: La Familia transmite valores, tradiciones y principios que les permiten a los individuos insertarse en la sociedad, además de poder transmitirlos de generación en generación.
- Afectivo: Es el clima afectivo que transmite la familia y está expresado en la calidad de sus lazos de amor, lealtad, apoyo y reconocimiento.

Esta función es la única que la familia no puede delegar al sistema social.

- Soporte y apoyo mutuo: Ayuda en crisis, además de resolver las necesidades de protección, compañía, alimento y cuidado de la salud, para mejorar la calidad de sus integrantes.

Cabe resaltar que de acuerdo al tipo de familia en que se está inserto, así mismo serán sus funciones.

La familia pretende formar a los individuos que conforman y conformarán a la sociedad, por lo que se deben inculcar valores tanto morales como cívicos ya que la familia es la primera escuela, también es la responsable de enseñar su rol social y encauzarlo hacia su identidad sexual, además de brindar un ambiente agradable y propicio para su mejor desarrollo.

### **3.7 DINÁMICA FAMILIAR.**

La familia es un sistema, por lo cual siempre hay una interacción constante entre padres e hijos.

La dinámica familiar es el conjunto de pautas transaccionales que establece de que manera, cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo al ciclo vital por el que este atravesando la familia (Espejel, 1997).

Dentro de la familia se distribuyen roles específicos a cada miembro que la conforma dependiendo de las características y del lugar que ocupan, es necesario delimitar las funciones que corresponden a cada rol a fin de que realicen todas las tareas que se les han establecido para un mejor funcionamiento familiar.

Cuando se presentan crisis dentro de la familia es necesario que cada miembro acepte un papel para hacerles frente, la familia se adapta a las circunstancias y proporciona apoyo a todos los miembros del sistema familiar para salir adelante.

De acuerdo a la dinámica que se presente en cada familia a si van a ser los roles, la expresión e involucramiento afectivo dentro de los miembros.

Según Servín (citado por Renteria, 2003), dentro de la dinámica familiar se presentan algunos aspectos los cuales proporcionan los parámetros para determinar que tan funcional o disfuncional es una familia, los factores son:

- La expresión de afectos y sentimiento: Se refieren a la familia funcional es capaz de expresar tanto sentimientos positivos como negativos de manera libre y clara, la familia patológica tiene la incapacidad para dar o pedir afecto y manifestar su enojo y frustración.
- Comunicación. La comunicación verbal, instrumental y afectiva funcional debe ser clara, directa, congruente, retroalimentada y la disfuncional es cuando se envían mensajes indirectos, enmascarados y desplazados.
- Funciones y papeles familiares: En donde un rol funcional debe ser flexible, aceptado, claro, complementario, satisfecho e intercambiable en condiciones de crisis y en uno disfuncional se dan elementos de ambigüedad, rivalidad o competencia, no aceptación, rigidez e inversión.
- Límite. En donde se deben de marcar las diferencias necesarias entre los individuos y subsistemas y su claridad es fundamental para el buen desenvolvimiento de la familia.
- Autonomía: En donde las diferencias individuales son estimuladas para favorecer el crecimiento individual de cada uno y del grupo familiar.

### **3.8 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.**

El funcionamiento familiar es comprendido tomando en cuenta el contexto histórico, social, económico, político, cultural y educativo del grupo familiar, así como, el estadio del ciclo vital en el que se encuentra.

Entre las definiciones existentes entorno a este concepto se encuentra la de (Minuchin y cols., citados por Velasco y Sinibaldi, 2001), quienes lo distinguen como la forma en que se organiza el sistema de acuerdo a jerarquías, alianzas, límites y territorios, así como, el conjunto de pautas transaccionales que

establece la manera, cuando y con quien cada miembro de la familia se relaciona en un momento dado y de acuerdo al ciclo vital que se está atravesando.

Así mismo, considera que es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa relacionados con las habilidades que en general posee el grupo familiar.

Para autores como Atri (citado por Arroyo, 2009), el funcionamiento familiar esta mucho más relacionado con los aspectos transaccionales y sistémicos que con las características intrapsíquicas de cada uno de los individuos de la familia.

Considera que las áreas o dimensiones que arroja de manera completa datos significativos respecto del funcionamiento de la familia son los siguientes:

- Involucramiento afectivo.
- Comunicación.
- Resolución de problemas.
- Patrones de control de conducta.

Dentro del funcionamiento familiar se mide la funcionalidad o disfuncionalidad de una familia, esto de acuerdo a que tanto estén bien establecidas sus funciones y estructura.

La principal característica que debe tener una familia funcional es que promueva un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio.

Las familias disfuncionales, no promueven un desarrollo favorable para sus miembros, por lo cual presentan algunas de las siguientes características (Velasco y Sinibaldi, 2001):

- Niegan que exista un problema en su seno, y responden de manera agresiva a todo intento de ayuda.
- La mentira es empleada como forma de ocultamiento de la realidad, para mantener una fachada aparentemente normal.
- La desesperanza y la frustración, contribuyen a desarrollar una incapacidad para afrontar los problemas.
- Se dan manifestaciones de violencia física y emocional.
- No se comparten actividades colectivas positivas, tan sólo las crisis.
- El relacionamiento afectivo se da en base al autoritarismo y el miedo, con ausencia del cariño y la tolerancia.

Herrera, (citado por Rojas 2003), considera diversos indicadores para medir el funcionamiento familiar:

- Cumplimiento eficaz de sus funciones: Económicas, biológicas, culturales y espirituales.
- Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros, hay que tener en cuenta los vínculos familiares que intervienen en la relación autonomía-pertenencia. Para que la familia sea funcional hay que mantener los límites claros (fronteras psicológicas entre las personas que permiten preservar su espacio vital), de manera tal que no se limite la independencia, ni haya una excesiva individualidad para poder promover así el desarrollo de todos los miembros y no se generen sentimientos de insatisfacción o infidelidad.
- Que en el sistema familiar exista flexibilidad de reglas y roles para la solución de los conflictos, se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos. Es importante para que la familia sea funcional que no haya sobrecarga de rol que puede ser debió a sobreexigencias. También es necesario para que la familia funcione adecuadamente que exista flexibilidad o complementariedad de rol, que los miembros se completen recíprocamente en el cumplimiento de las funciones asignadas y éstas

no se vean de manera rígida. La familia se hace disfuncional cuando se invierte la jerarquía (la madre que pide autorización al hijo para volverse a casar), cuando la jerarquía se confunde con el autoritarismo.

- Que en el sistema familiar se dé una comunicación, clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas. Cuando en la comunicación hay dobles mensajes es porque hay conflictos no resueltos, por lo que las dificultades en la comunicación pueden verse más bien como consecuencia de las disfunciones entre otros vínculos familiares, como las reglas, roles, jerarquías, etc. En las familias funcionales predominan patrones comunicativos directos y claros, sus miembros suelen expresar de manera espontánea tanto los sentimientos positivos como los negativos, sus iras y temores, angustias y afectos.
- Que el sistema familiar sea capaz de adaptarse a los cambios, la familia es un continuo de equilibrio-cambio, lo cual ayuda a adaptarse cuando no hay rigidez, para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros. La familia está sometida constantemente a diversos cambios porque tiene que enfrentar constantemente 2 tipos de tareas: que son las tareas de desarrollo (son las relacionadas con las etapas que necesariamente tienen que atravesar la familia para desarrollarse, a lo cual se le denomina el “ciclo vital”) y las tareas de enfrentamiento (son las que se derivan del enfrentamiento a las llamadas crisis familiares no transitorias o paranormativas). Ambos tipos de tareas requieren en gran medida de la capacidad de adaptación, ajuste y equilibrio de la familia para lograr que ésta sea capaz de desarrollarse y enfrentar los momentos críticos de una manera adecuada y mantener el equilibrio psicológico de sus miembros.

No se puede hablar de funcionalidad familiar como algo estable y fijo, sino como un proceso que tiene que estar reajustando constantemente.

Si la familia establece estrategias disfuncionales ante las situaciones de cambios, como la rigidez y la resistencia, esto provoca una enquistación de conflictos por tanto, comienzan aparecer síntomas que atentan contra la salud y el desarrollo armónico de sus miembros.

### **3.9 CRISIS FAMILIARES.**

En estos períodos de transición de una etapa del ciclo vital a otra hay indefinición de las funciones, porque los miembros de la familia están asumiendo un nuevo rol. El querer conciliar ambos funcionamientos produce en ocasiones fluctuaciones, inestabilidades, transformaciones, que se expresan en ciertos niveles de desorganización de la familia, y es lo que se denomina como crisis evolutiva.

Según (Blaustein, 1999), estas crisis son llamadas evolutivas, porque están en relación con los cambios biológicos, psicológicos y sociales de cada uno de los miembros de la familia, y con los cambios, en consecuencia, de las pautas de interacción en el contexto familiar. En estas crisis evolutivas se cambian las viejas pautas de interacción por otras nuevas que posibilitan, a cada uno de los miembros de la familia, el desempeño de nuevas funciones en sus roles, poniendo de manifiesto un desarrollo cada vez más acabado de individuación y de una estructura familiar cada vez más compleja y diferente a la anterior, lo que da lugar al crecimiento y desarrollo de la familia.

#### **3.9.1 ASPECTOS QUE PUEDEN PROVOCAR CRISIS.**

Durante las diferentes etapas del desarrollo familiar, la familia enfrenta diferentes momentos críticos del ciclo evolutivo, que implican cambios tanto individuales como familiares, los que pueden constituir un período de crisis.

En estos períodos de transición de una etapa del ciclo vital a otra hay indefinición de las funciones, porque los miembros de la familia están asumiendo un nuevo rol. El querer conciliar ambos funcionamientos produce en ocasiones fluctuaciones, inestabilidades, transformaciones, que se expresan en ciertos niveles de desorganización de la familia.

- Fenómenos que provocan crisis situacionales: enfermedad, muerte, hospitalización, accidentes, catástrofes (guerras, incendios), separaciones, divorcios, embarazos no deseados, cambios de status socio económicos.
- Fenómenos de origen social y cultural: crisis por jubilación, crisis generacionales, conflictos permanentes entre padres e hijos.
- Fenómenos que afectan al desarrollo y estabilidad del individuo: fenómenos que distorsionen las aspiraciones de las personas, como las enfermedades, el nacimiento de un hijo no planeado.
- Fenómenos medioambientales en interacción con problemas de tipo psíquico: fracaso escolar, absentismo laboral o escolar, inadaptación laboral o escolar.

Las crisis familiares no siempre tienen consecuencias negativas, ni son referidas siempre a circunstancias traumáticas, sino que están relacionadas también con acontecimientos normales del desarrollo familiar. La familia en crisis no es siempre una familia disfuncional, son situaciones de cambio, que implican transformaciones en el sistema familiar, pero si la familia es capaz de asimilar estas reestructuraciones, pueden ser fuente de crecimiento y desarrollo familiar.

El evento familiar, por sí solo, no genera crisis, depende siempre del significado que le otorga la familia, y su repercusión va a estar relacionada, tanto con la capacidad adaptativa de la familia, como con el resto de los recursos con que cuenta la misma. Las acciones de prevención estarían orientadas fundamentalmente a fomentar la capacidad adaptativa de la familia.

### **3.9.2 TIPOS DE CRISIS.**

De acuerdo a la etapa por la que esté pasando la familia, así será el tipo de crisis que presente, también influye la sociedad y los cambios actuales a los que se ha venido enfrentando, estos son (Gómez, citado por Rojas, 2003):

- **Crisis de desarrollo:** Crisis del ciclo vital, son universales y predecibles. Son las más frecuentes, todas las familias pasan por ellas.
- **Crisis estructurales:** Surgen de la interacción entre los miembros de la familia; y están relacionadas con las tensiones internas de la familia aparecen de manera abrupta e intensa como por ejemplo, alcoholismo, violencia intra familiar, comunicación bloqueada, etc.
- **Crisis inesperadas:** Aparecen en cualquier momento, no se planean y no se gestan en la dinámica familiar se debe a causas ajenas a la familia.
- **Crisis de desvalimiento:** Uno o varios de los miembros de la familia es dependiente o disfuncional física o mentalmente (enfermedad mental o física, enfermedad terminal, cuidado de anciano, de niños, dependencia económica). Suele ser muy traumática esta crisis.

Cuando se presenta una enfermedad en la familia, se modifica su estructura y dinámica; se alteran las jerarquías, las fronteras, los roles y los estilos de relación, en donde quedan vacíos en las funciones familiares, lo que genera un desequilibrio en la familia (Velasco y Sinibaldi, 2001).

### 3.9.3 FENÓMENOS EMOCIONALES QUE ACOMPAÑAN LAS CRISIS

En las crisis se activan una serie de mecanismos de defensa para protegerse de los sentimientos incómodos y a veces insoportables.

Los fenómenos emocionales más frecuentes que se dan en las crisis son según (Gómez, 2000):

- **Depresión:** Es uno de los fenómenos más frecuentes en la etapa desorganizada de la crisis. Se presentan reacciones emotivas de tristeza y melancolía, no estando motivado para salir del problema. La persona casi siempre expresa su sentimiento, pero manifiesta su impotencia y desánimo para salir de esta situación. Se encuentra apático, indiferente.
- **Miedo:** Es el temor ante lo que pueda deparar el futuro, no estando la mayoría de las veces ese temor fundado en un motivo real, sino

imaginario. Supone imaginar que una cadena de desgracias le va a suceder a partir de ese momento, produciéndoles vivencias tales como preocupación, inseguridad, terror; asociados a la sensación de miedo. Incluso va acompañada de síntomas físicos: respiración agitada o temblores. A veces no se es capaz de manifestar verbalmente su miedo.

- Ira: Es muy frecuente como reacción a las frustraciones y situaciones traumáticas en la vida de las personas. Es el enojo que la persona manifiesta por la crisis por la que está atravesando, la cual no le permite buscar soluciones factibles para resolverla.
- Ansiedad: Es el estado de ánimo más frecuente. La persona se siente invadida por sentimientos difusos que le impiden expresar con claridad sus problemas y la incapacidad para tomar decisiones. Es un estado de angustia permanente, con síntomas tales como hipermotividad, trastornos del sueño y bajo estado de ánimo.
- Estrés. La persona siente tensión muscular, que no le permite continuar con sus actividades cotidianas, esto a consecuencia de la crisis, trayendo consigo problemas de salud.

Dependiendo de la persona, así mismo será su reacción ante la crisis y su impacto emocional para superar favorablemente la situación crítica que atraviesa un miembro o toda la familia.

## **4. FAMILIA Y ENFERMEDAD.**

### **4.1 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR ANTE LA ENFERMEDAD.**

La familia ante la enfermedad, crea un nuevo sistema de demandas y restricciones en el comportamiento, con la necesidad de desarrollar otras habilidades y capacidades frente a problemas no conocidos hasta entonces por la familia (Baider, citado por Alcalá, 2001).

Estas demandas variarán dependiendo de factores propios de la enfermedad, como la severidad del proceso, del grado y tipo de incapacidad, del pronóstico de vida, del curso de la enfermedad, de los protocolos de tratamiento químico y sus efectos secundarios, del dolor y de los síntomas de impotencia e inhabilidad experimentados por la enfermedad (Rolland, 2000).

En el caso de un diagnóstico de enfermedad crónica que amenaza la vida del enfermo y éste a su familia, se enfrentan por primera vez a la realidad de que puede fallecer y la familia se enfrenta a la posibilidad de perder a uno de sus miembros, ambos sufren un desequilibrio, todos entran en crisis aunque cada uno a su manera. No se trata de la vida o muerte de una sola persona, sino de todo un sistema. Parte de esta crisis surge ante el hecho de que “la familia que era, ya no será más” pues esta situación producirá cambios aunque no lo deseen. Habrá cambios en las jerarquías, en las fronteras, en los roles, en el estilo de relación y posiblemente queden espacios vacíos en las funciones familiares (Suchecky, citado por Rolland, 2000). De manera que habrá reestructuraciones dentro de la dinámica familiar, con la consecuente repercusión en su organización y funcionamiento.

El efecto psicológico que una enfermedad produce en el paciente y su familia, depende en parte del tipo de enfermedad de que se trate, tomando en cuenta que si no se tiene una consolidación en la unidad familiar, puede dar como resultado una desintegración total.

Las demandas que la enfermedad exige a la familia, así como, la gravedad de la misma se encuentran inversamente relacionadas con el grado de adaptación familiar al padecimiento (Sholevar y Perkel, citados por Rolland, 2000).

La aparición de una enfermedad crónica en uno de los miembros de la familia, constituye un cambio radical en el interior de ésta y también un cambio en su entorno; el cambio en el interior está dado fundamentalmente por el sufrimiento y la posible limitación de las capacidades del enfermo, que requiere ser atendido, cuidado, medicado; el cambio en el entorno ocurre por la incorporación en él del equipo médico tratante y del sistema hospitalario, ambos con un papel preponderante. Los cambios que se producen en el interior de la familia dependen en gran medida, de las características propias de cada familia, de la etapa en que ésta se encuentre, del momento de la vida del paciente, del lugar que ocupe en la familia, así como de los requerimientos de los distintos tipos de enfermedades y sus tratamientos. Respecto al momento de la vida del paciente, tiene diferentes implicaciones para la familia, dependiendo de si el enfermo es un hijo o uno de los padres. (Robles y cols., citados por Rolland, 2000).

Según Rojas, (2003) tanto el enfermo crónico como su familia necesitan, darle un sentido a la enfermedad, y el enfermo y su familia construyen ese significado, primero, a partir de normas culturales que definen cómo interpretar ciertos síntomas y como transmitirlos; segundo, a partir de las connotaciones igualmente culturales que tiñen las enfermedades con valoraciones positivas o negativas. Finalmente, los patrones de aprendizaje adquiridos en el entorno más inmediato del paciente le hace afrontar ciertas experiencias de la enfermedad (duelo por funciones, pérdidas, la traición del cuerpo, la vigilancia de los procesos corporales, etc.) de una forma determinada y característica.

#### **4.2 FACTORES QUE INTERVIENEN PARA LA RESPUESTA DE LA FAMILIA ANTE LA ENFERMEDAD.**

Una enfermedad es un evento inesperado para la familia, el cual viene a modificar la estructura de la misma, así como otras de las funciones, cabe mencionar que cada familia responde de diferente forma ante una enfermedad de alguno de sus miembros.

Gómez, (citado por Hernández, 2007), menciona algunos aspectos importantes que intervienen en la respuesta de la familia ante la enfermedad:

- Tipo de familia, inicio, curso, y pronóstico.
- Momentos del ciclo evolutivo de la familia.
- Relaciones emocionales.
- Comunicación de los afectos.
- Organización familiar definición de las reglas, roles, y límites.
- Creencias familiares acerca de la salud y la enfermedad.

#### **4.3 MANIFESTACIONES DE LA FAMILIA ANTE EL DIAGNÓSTICO.**

Según Kubler-Ross (1998), hace una descripción de 5 etapas por la que transitan los pacientes con enfermedad avanzada, y también cuales son las respuestas más adecuadas para acompañar a estos pacientes.

- **Negación.**

La negación es solamente una defensa temporal para el individuo. Este sentimiento es generalmente remplazado con una sensibilidad aumentada de las situaciones e individuos que son dejados atrás después de la muerte.

- **Ira.**

El individuo reconoce que la negación no puede continuar. Debido a la ira, esta persona es difícil de ser cuidada debido a sus sentimientos de ira y envidia. Cualquier individuo que simboliza la vida o energía es sujeto a ser proyectado resentimiento y envidia.

- **Negociación.**

La tercer etapa involucra la esperanza de que el individuo puede de alguna forma posponer o retrasar la muerte. Usualmente, la negociación por una vida extendida es realizada con un poder superior a cambio de una forma de vida reformada.

- **Depresión**

En esta etapa la familia y el paciente enfermo se dan cuenta de que la negociación no remediara su situación ante lo cual surge la depresión que se puede identificar plenamente en dos áreas a través de las cuales

se expresa el estado de ánimo del individuo enfermo (Kubler-Ross, 1998):

**a)** La carga emocional y económica que el paciente siente que llega a ser para su familia.

**b)** Duelo anticipado por la separación que sufrirá de sus seres queridos.

Esta etapa es silenciosa, sin embargo la necesidad de contacto físico aumenta.

- **Aceptación.**

La etapa final llega con la paz y la comprensión de que la muerte está acercándose. Generalmente, la persona en esta etapa quiere ser dejada sola. Además, los sentimientos y dolor físico pueden desaparecer. Esta etapa también ha sido descrita como el fin de la lucha contra la muerte.

#### **4.4 ADAPTACIÓN DE LA FAMILIA A LA ENFERMEDAD CRÓNICA.**

La adaptación familiar a la enfermedad crónica puede seguir uno de dos cursos, de acuerdo con Koch (citado por Velasco y Sinibaldi 2001):

- Cuando las familias son flexibles y las reglas permiten a sus miembros expresar emociones, la adaptación familiar es eficaz y continua funcionando efectivamente, aun de forma diferente.
- La adaptación ineficaz ocurre cuando los roles son rígidos o cuando las reglas familiares prohíben la expresión emocional.

En la enfermedad crónica existen 3 factores de adaptación a la enfermedad (Velasco y Sinibaldi, 2001):

- Cuidado de la enfermedad (medicamentos, servicios de salud).
- Mantener el propio estilo de vida (mantener los contactos sociales, rutinas y pasatiempos de siempre).
- Manejar los sentimientos (enojo, depresión).

Los índices que ayudan a determinar la capacidad de adaptación de una familia frente a una enfermedad (Velasco y Sinibaldi, 2001):

- Estabilidad familiar y marital.
- Adaptabilidad.
- Cohesión.
- Expresión emotiva.
- Comunicación.
- Ansiedad.
- Grado de depresión.

#### **4.5. RESILIENCIA FAMILIAR.**

Cuando la familia afronta los problemas que conlleva una enfermedad crónica de manera positiva lo realiza mediante procesos que en su mayoría dependen de factores ambientales, de temperamento, de resistencia y de habilidades cognitivas que abordadas en conjunto con aquellas personas que se encuentran involucradas en el ambiente del paciente propician el logro de expectativas; dichas características se denominan como resiliencia familiar, tal como lo menciona Rutter (citada por Walsh, 2004). La resiliencia se caracteriza por ser un factor que procura una vida sana en un ambiente insano mediante procesos sociales e intrapsíquicos, por lo que la resiliencia puede ser entendida como un conjunto de habilidades que se pueden promover, desarrollar y construir.

La expresión “Resiliencia Familiar” designa los procesos de superación y adaptación en la familia como unidad funcional. La perspectiva sistémica permite comprender de qué manera los procesos familiares moderan el estrés y posibilitan a las familias afrontar problemáticas prolongadas y dejar atrás las situaciones de crisis (Walsh, 2004).

La resiliencia familiar puede ser vista en términos de dimensiones de valores, actitudes y comportamientos; es una cualidad dinámica a través de la cual las familias se enfocan en sus fortalezas y habilidades de enfrentamiento de una situación estresante. Estas fortalezas familiares movilizan los recursos y la adaptabilidad funcional de la que se habla, es decir, encuentra eco en el concepto de “crecimiento postraumático”.

De acuerdo a Hawley y Dehaan (citado por Huerta y Urbina, 2010), la resiliencia familiar es la descripción del camino que toma la familia mientras se adapta y prospera de cara al estrés en el presente y el futuro. Las familias responden positivamente de acuerdo a su contexto, nivel de desarrollo, la combinación interactiva de factores de riesgo, protección y la cosmovisión compartida de la familia.

Por otro lado, (Walsh, citado por Huerta y Urbina, 2010) propone un modelo que habla de procesos involucrados en la resiliencia, los cuales permiten que las familias, a través del tiempo, fomenten su habilidad de superar obstáculos y proseguir con la vida. Estos procesos se encuentran dentro del funcionamiento de la familia y permiten al sistema familiar unirse en tiempo de crisis, amortiguar el estrés, reducir el riesgo de disfunción y apoyar su adaptación óptima. De acuerdo con este modelo cada familia tiene un conjunto de creencias organizado sistemáticamente, el cual reviste una función de importancia fundamental no sólo para la vida de la familia, sino también para la aparición de la resiliencia familiar ante la adversidad, especialmente por una enfermedad crónica terminal.

El sistema de creencias de una familia, está constituida por ideas acerca del lugar que ocupa su entorno social y cultural. Este sistema es la esencia del funcionamiento familiar que permite a los miembros de la familia evaluar y revalorar el sentido de las situaciones de crisis, como es la noticia de un diagnóstico de una enfermedad o un padecimiento crónico, el cual producirá un desajuste y una transformación en las creencias dentro del mundo de lo asumido.

La tarea más importante para el futuro de la familia y su calidad de vida es la aparición de procesos resilientes en una familia es el esfuerzo por reorganizar

la historia de vida familiar, de manera que los acontecimientos desfavorables puedan superarse y no presenten un obstáculo para que la familia avance.

Las herramientas con las que cuenta la resiliencia son (Walsh, 2004):

- El fomento al sentido de vida.
- La comunicación.
- La creatividad.
- El sentido del humor.
- La búsqueda de nuevas experiencias.
- El aumento de la autoestima.
- Fortaleza familiar.

Los enfoques basados en la resiliencia familiar son particularmente pertinentes para nuestra época pues preparan a la familia para enfrentar la incertidumbre y los desafíos futuros con el apoyo mutuo, la flexibilidad y la innovación indispensables si se pretende contar con una gran fortaleza evolutiva frente a un mundo que cambia muy rápidamente.

#### **4.6 LAS FASES DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA.**

Se puede definir, según su momento evolutivo y crisis, según Gómez (citado por Hernández, 2007):

- En la fase de crisis la familia piensa que algunas cosas van mal, a pesar de que aun desconoce la importancia de la enfermedad. Se requiere un esfuerzo de la familia para convivir con los síntomas derivados de la enfermedad y con la incertidumbre. La familia tiene que vivir en un ambiente hospitalario e intentar una relación de colaboración con el equipo asistencial. Deja de ser una familia sana y elabora un duelo por la identidad perdida. En general la familia debe organizarse para hacer cambios y previsiones de futuro.
- La fase crónica viene marcada por la progresión o la estabilización de la enfermedad. La tarea más importante en este momento es compatibilizar los cuidados del paciente con el mantenimiento de una

cierta normalidad en la vida cotidiana. Se establecen los problemas de dependencia- independencia. Es preciso que todos los miembros de la familia mantengan al máximo de autonomía de cara a la dependencia del enfermo y sus cuidados.

- En la fase terminal la posibilidad de la muerte de la muerte domina toda la vida de la familia, que debe reorganizarse para resolver los asuntos pendientes entre sus miembros.

#### **4.7 LA COMUNICACIÓN EN LA FAMILIA QUE ENFRENTA UNA ENFERMEDAD CRÓNICA.**

Similar al trastorno de comunicación y aislamiento del enfermo terminal, también la familia se incomunica y aísla de él y entre sí, apareciendo entonces la llamada “conspiración del silencio”, que es toda comunicación que pretenda mantener, ante un tercero un "falso equilibrio" de normalidad, como si nada estuviese pasando. Esta reacción se debe a que el familiar está más angustiado que el paciente.

La sobrecarga emocional de la familia suele ser mayor que la del paciente, debido a las responsabilidades adquiridas.

Las causas de la “conspiración del silencio” son principalmente según (Velasco y Sinibaldi, 2001):

- La dificultad de algunos familiares para expresar y compartir emociones. En estos casos, los familiares prefieren no reconocer la enfermedad y piensan que si el enfermo no lo sabe, no tendrán que hablar de ello y de esta forma evitarán una situación complicada.
- Intento de proteger al paciente. Los familiares y a veces también algunos profesionales de la salud, piensan que ocultando el diagnóstico o las emociones ante la enfermedad van a ahorrar al enfermo malestar y

sufrimiento. Temen además la posible reacción del enfermo pensando que “no lo podría soportar”.

La mayoría, de los pacientes, conocen de la existencia de una enfermedad grave (lo habitual es que sepa más de lo que el entorno supone); aún cuando nadie se lo haya preguntado o dicho y puede también estar callando o actuando ante su familia pretendiendo que no sabe nada, asumiendo que ellos "no podrían asimilarlo" (Behar, citado por Hernández, 2007).

Otro factor que inhibe la comunicación entre el paciente y los familiares es el miedo a la muerte y a sus consecuencias que posea cada uno de los integrantes, muchas familias reaccionan a sus propios miedos involucrándose en una aflicción anticipada, viendo al paciente como si ya estuviese muerto, cuando aun no es el momento de afligirse por ese motivo.

El entorno del hospital es un factor que puede acrecentar el abismo en la comunicación, pues debido a las demandas institucionales puede llegar a ser difícil dar información al momento sin ser confuso e inconsistente. Se subestima la capacidad de la familia como cuidadora, haciendo que se comporten mas pasivamente, o que realicen funciones para las que no están preparados emocionalmente, generando aun más confusión y sentimientos de abandono.

Finalmente, debe tenerse en cuenta que el proceso de comunicación familiar no se refiere solo a la capacidad y permisividad para hablar de los hechos relacionados con la enfermedad y la forma de manejar los distintos problemas que se van presentando; este proceso incluye la creación de un clima apropiado que permita y anime la expresión abierta de los sentimientos individuales de cada uno de los miembros del grupo, esto se refiere al termino cohesión familiar.

#### **4.8 TEMORES ANTE UN FAMILIAR CON UNA ENFERMEDAD CRÓNICA.**

Como familia se enfrentan a diferentes miedos (Velasco y Sinibaldi, 2001):

- Al sufrimiento del paciente y, especialmente, a que tenga una agonía dolorosa; incrementa con el progresivo deterioro del ser querido, aumenta aún más con la aparición de nuevos síntomas relacionados con la enfermedad.
- A que el paciente sea abandonado y no reciba la atención adecuada en el momento necesario.
- A hablar con el paciente.
- A que el paciente comprenda su condición física por las manifestaciones o actitudes de la familia.
- A estar ausente cuando la persona fallezca, a separarse de ella un rato, lo cual entorpece las necesidades de descanso y diversas actividades.

#### **4.9 NECESIDADES DEL ENFERMO Y SU FAMILIA.**

La enfermedad terminal de un miembro de la familia enfrenta a la totalidad de la misma con una amenazante crisis en la que todos sus miembros reaccionan en sus formas características. Sus respuestas son variables y pueden ser más o menos compatibles unas con otras y con las necesidades del momento. Algunos de los miembros pueden estar aún más angustiados que el propio paciente. Sin embargo, es un tiempo de reunión y movilización de recursos; hay mucha voluntad para ofrecer ayuda y apoyo activo, incluso de miembros lejanos y amigos de la familia.

La familia debe equilibrar las necesidades del paciente con las de otros miembros de la misma, además de reasumir las tareas normales del desarrollo para cada uno de ellos, pueden surgir dificultades y conflictos entre sus miembros, diferencias sobre los objetivos y el proceso mismo de la enfermedad y su tratamiento; mientras un cuidador primario puede permanecer manifiestamente protector, otro permite, exige y estimula una mayor libertad del paciente. Con el paso del tiempo y con la prosificación y avance de la

enfermedad y de los conflictos familiares, un número mayor de familiares puede sufrir y manifestar su disgusto, celos y necesidades, llevando a un incremento paradójico de los síntomas de estrés.

De esta forma, durante la fase de consolidación de las estrategias utilizadas para afrontar la enfermedad, la familia puede encontrarse a sí misma más aislada, con una grave interrupción en la comunicación entre sus miembros, precisamente en el momento en que más apoyo se necesita, sentimientos de vergüenza, rabia, temor y depresión pueden contribuir a su aislamiento.

No siempre el estrés psicológico es el único problema a manejar en la familia dentro del proceso de ir muriéndose, en ocasiones hay que tener en cuenta necesidades económicas y sociales no satisfechas, para las cuales se requiere la intervención de un profesional o varios coordinadamente.

#### **4.10 LA ENFERMEDAD Y EL CICLO FAMILIAR.**

Debido a que la enfermedad es parte de un individuo y éste es parte de una familia resulta necesario pensar simultáneamente acerca de la interacción entre el individuo y su desarrollo familiar, según el modelo de Combrick (citado por Serna, 2001) menciona lo que es el sistema espiral de la familia en la cual oscilan periodos de acercamiento familiar, amalgamamiento y periodos de distanciamiento, que se van presentado a través del ciclo familiar.

Cuando existe una enfermedad crónica de larga duración uno de los miembros de la pareja, (cónyuge sano) muestra un cambio en sus sentimientos y emociones transformándose de positivas a negativas, con la aparición de sentimientos inconscientes (desear la muerte, para que ya no sufra), así como de rehacer su vida nuevamente. Como consecuencia experimentará cansancio emocional, por los excesivos cuidados y responsabilidades adquiridas a raíz de la enfermedad.

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en algún miembro de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como su composición.

Para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar.

Los cambios que se producen en las familias en relación con la enfermedad no siguen un patrón específico, más bien están dados por las propias características familiares, tales como su etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico, la función que cubra la enfermedad para ese grupo en específico, la historia familiar, etc.

En caso de enfermedad aguda-grave se puede observar que el grado de desajuste es muy grande, dada la necesidad de cambios homeostáticos en breves lapsos, generalmente de corta duración, ya sea por la rehabilitación del enfermo o por su muerte, en cuyo caso la familia se enfrentará al duelo que, en muchos casos será merecedor al apoyo terapéutico especializado.

La enfermedad que tiende a la cronicidad o que incluso se convierte en terminal, favorece que el paciente “sea etiquetado como diferente”, ya sea por el tipo de expectativas que posee, por las nuevas necesidades de cuidados y alimentación, por su aspecto físico, por su autoestima, por su capacidad de trabajo, etc. que afectan el tipo de relación interpersonal con los miembros de la familia y con sus conocidos. Esta relación puede evolucionar lentamente hasta el deterioro irreversible. La condición de cronicidad puede evolucionar a situaciones de estrés crónico en el sistema, que no sólo impactan el funcionamiento de la familia, sino también la evolución de la propia enfermedad. Durante todo este proceso de enfermedad, la familia sufre al igual que el paciente y se pueden generar cambios catastróficos dentro del seno familiar (Kornblit, citado por Alcalá, 2009).

La aparición de la enfermedad en la familia, genera una serie de desajustes en la manera de convivir y funcionar por parte de sus miembros, lo que conlleva a

un procesamiento de la información relacionada con la enfermedad a la cuales se le añaden valores, costumbres y definiciones tanto del significado de la enfermedad en sí misma, como de las necesidades que tiene la familia para enfrentarla. En función de este proceso se generan una serie de respuestas adaptativas que pueden ser funcionales o disfuncionales que pudieran a llevar a mayor estrés en la familia y a una crisis todavía más severa.

Dentro de las respuestas a la enfermedad adaptativas que genera la familia, se pueden observar las de orden afectivo que incluyen aspectos como negación, ira, tristeza o depresión; la negociación de roles, flexibilización de límites, también se observan los ajustes de tipo económico, en los cuales resulta indispensable considerar la pérdida de capacidad económica de la familia. Es importante considerar las respuestas adaptativas de la familia en función del ambiente social, el cual está limitado para llevarse a cabo de una manera normal, debido a que en ocasiones se tiene que aislar al miembro enfermo para poder atenderlo.

Se han considerado las respuestas adaptativas de la familia para enfrentar la enfermedad; no solo la familia puede afectar de manera positiva o negativa la evolución de la enfermedad, es ésta quien de forma directa afecta cada una de las esferas: afectiva, física, económica y social de la familia, produciendo entonces un círculo vicioso que hace más severa la crisis y dificulta su manejo.

#### **4.11 FACTORES QUE CONDICIONAN EL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN LA FAMILIA.**

Además del procesamiento de la enfermedad por la familia y del tipo de respuesta que está genere, existen otros factores que intervienen en el impacto familiar de la enfermedad, como son según (Serna, 2001):

- Etapa del ciclo vital. Debe investigarse el momento del ciclo vital familiar en que la enfermedad sorprende a la familia, el grado de consecución de las tareas propias de esa etapa y la posición de cada uno de sus miembros en sus roles. El impacto de la enfermedad será diferente en el momento de la vida de una familia y del miembro al que le ocurra; de

tal modo que no es lo mismo que aparezca una enfermedad como la diabetes en el esposo económicamente activo en la etapa de independencia de los hijos, que una enfermedad vascular cerebral en el cónyuge en etapa del nido vacío. De igual forma, no es lo mismo que aparezca la enfermedad en una familia que no ha enfrentado crisis familiares y que no ha puesto a prueba su capacidad para resolver conflictos, a que ocurra en una muy “golpeada” por éstas, cuyo desenlace puede ser muy prometedor o realmente catastrófico.

- Flexibilidad o rigidez en los roles familiares. La enfermedad crónica, y más aún la terminal, supone una profunda crisis familiar a la que las familias podrán responder mejor cuanto más flexibles puedan ser. En el momento que aparece la enfermedad puede ocurrir que ésta afecte la distribución de roles, pues inmediatamente después tendrá que negociar cada uno de ellos y en muchas ocasiones compartirlos. En el caso del rol de proveedor que pudiera haber realizado el padre enfermo genera un gran conflicto, ya que este papel viene acompañado de poder, el cual en muchas de las veces no se concede. El rol de cuidador que generalmente se asigna a una mujer en nuestra cultura, genera conflicto porque implica el descuido de sus otras funciones, tales como el cuidado de los hijos o el estudio.

El paciente enfermo juega un papel central que le posibilita para que haga alianzas o coaliciones en contra de uno o varios miembros de la familia, lo que genera mayor estrés y un incremento en el grado de disfunción familiar, que además se sustenta en el manejo de culpas, resentimientos y temores.

De esta manera se puede esperar que las familias con mayor rigidez presenten mayores dificultades para responder a las crisis por enfermedad, ya que no se pueden adaptar a las nuevas condiciones de la dinámica familiar. Lo que procede es flexibilizar las interacciones, de tal manera que cada uno de sus miembros pueda responder a su nuevo rol sin afectar de manera importante los límites establecidos hasta el momento de la aparición de la enfermedad.

- Cultura Familiar. Resulta difícil hablar del impacto de la enfermedad en las familias sin considerar un aspecto tan fundamental como es la

cultura familiar. Este conjunto de valores, costumbres y creencias que comparten los miembros intervienen en la evolución y desenlace de una enfermedad. Se debe buscar en todos los casos de enfermedad crónica o terminal, cuál es la interpretación que la familia hace de este proceso, ya que esto permite no sólo gozar de la confianza del grupo, sino además considerar sus costumbres y creencias para abordar la enfermedad de la manera más adecuada; en el momento que el paciente y su familia perciban rechazo a la interpretación que hacen de la enfermedad simplemente se retirarán.

- Nivel Socioeconómico. No es lo mismo que la enfermedad aparezca en una familia de escasos recursos económicos a que ocurra en una económicamente estable. Evidentemente la crisis familiar en la primera va a ser mayor, ya que no cuentan con los recursos para darle una mejor atención a su enfermo respecto a medicamentos y consultas y la desorganización provocada por la enfermedad se va a percibir en todos los ámbitos. La familia con mayor cantidad de recursos económicos tiene mas acceso a medicamento, cuidados y consultas; si el paciente enfermo es el proveedor, será necesaria la reorganización de roles en el caso de que su enfermedad sea terminal y esté imposibilitado para trabajar de tal forma que algún otro miembro deberá cumplir con la función dejando atrás su rol habitual.

Es importante tomar en cuenta que no todas las familias viven la enfermedad de igual forma, para algunas afecta de manera considerable, mientras que para otras es más fácil el adaptarse a la nueva situación, ya que tiene mucho que ver el ciclo vital por el que atraviesan, la cultura familiar, el nivel socioeconómico entre otros aspectos, que ayudan o en su efecto empeoran la situación familiar.

## **CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA.**

### **1. TEORÍA METODOLÓGICA.**

El presente trabajo está sustentado desde el enfoque cualitativo y es de tipo descriptivo. Para Hernández y cols., (2006) este tipo de investigación se basa en métodos de recolección de datos los cuales no se pueden medir numéricamente, el propósito, “consiste en reconstruir la realidad tal y como la observan los actores de un sistema social” (Hernández, 2006, pág. 58).

Lo que importa además es comprender al fenómeno, desde su realidad, y la realidad de éste es la mente, la cual le da significado, buscando entenderlo desde su punto de vista y contexto en el que se encuentra o en el que vive.

La investigación cualitativa estudia al fenómeno desde su mundo viéndolo como un todo integrado, lo que piensa, hace, sus actitudes; el investigador cualitativo dice Neuman (citado por Hernández, 2006), está directamente involucrado con las personas que estudia y con sus experiencias personales.

Los resultados de este tipo de investigación no hacen generalizaciones, sino que es un método inductivo, ya que explora y describe, va de lo particular a lo general.

El investigador cualitativo comprende a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas, empatizando con éstas para ver su punto de vista. Aunque una de las dificultades de medición de este tipo de estudio es que existen diferencias de cada individuo en cuanto a sus respuestas ante un mismo estímulo o situación.

La investigación cualitativa, califica y observa diferentes actitudes, comportamientos, conductas de personas o animales en diferentes circunstancias. El término cualitativo es considerado para Bonilla y Hernández (citados por Arroyo, 2009), como una forma diferente de hacer ciencia, que se refiere a la investigación que produce datos descriptivos, palabras habladas o escritas y la conducta observable cuyo objetivo principal es conocer y comprender los hechos que están detrás de la vida cotidiana de los sujetos.

La finalidad primordial de este tipo de investigación es la descripción, para Hernández y Cols. (2006), describir es recolectar información para que posteriormente se describa al fenómeno, la descripción que se hace es desde la subjetividad la cual no se puede medir o cuantificar.

De acuerdo con Taylor y Bogdan (citados por Arroyo, 2009), la investigación cualitativa tiene los siguientes rasgos:

- a) Inductiva. Se relaciona con el descubrimiento y el hallazgo, que con la comprobación o la verificación.
- b) Holística. El investigador ve el escenario y a las personas en una perspectiva de totalidad. Las personas los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo integral que obedece a una lógica propia de organización, de funcionamiento y de significado.
- c) Interactiva y reflexiva. Los investigadores son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio.
- d) Naturalista. Se centra en la lógica interna de la realidad que analiza.
- e) No impone visiones previas. El investigador cualitativo suspende o se aparta temporalmente de sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.
- f) Abierta. No excluye la recolección y el análisis de datos y puntos de vista distintos.
- g) Humanista. El investigador cualitativo busca acceder por distintos medios a lo privado o a lo personal como experiencias particulares.
- h) Rigurosa. Aunque de un modo distinto al de la investigación cuantitativa.

## **2. PARTICIPANTES.**

En esta investigación se trabajó con 5 familias con algún familiar directo diagnosticado con Insuficiencia renal. La cual se llevó a cabo en el domicilio de cada uno de los familiares, siendo éste un espacio que facilita su participación y disposición.

Para este estudio se tomaron en cuenta como criterios de inclusión de las familias: Vivir en el estado de Michoacán, tener un miembro de la familia con Insuficiencia renal, de 22 años en adelante, que reciba algún tipo de tratamiento para su enfermedad.

Cabe mencionar que los sujetos con los que se trabajo fueron voluntarios.

## **3. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Las técnicas de recolección de datos son una gran variedad de métodos y herramientas que pueden ser utilizadas para obtener datos e información acerca de cualquier tema de interés, siendo de mucha utilidad para cualquier investigación (Hernández y cols., 2006).

Las técnicas de recolección de datos que se emplearon en esta investigación se mencionan a continuación:

### **3.1 ENTREVISTA.**

La entrevista es una técnica en la que una persona (entrevistador) solicita información de otra o de un grupo (entrevistados), para obtener datos sobre un problema determinado. Presupone, pues, la existencia al menos de dos personas y la posibilidad de interacción verbal (Hernández y cols., 2006).

### **3.2 TIPOS DE ENTREVISTAS.**

Las entrevistas se dividen en 2 tipos los cuales son según Herbert y cols. (Citados por Hernández y Cols., 2006) :

- a) La entrevista estructurada. Consiste en cuestionarios estructurados, en los cuales las preguntas están predeterminadas tanto en su secuencia como en su formulación. Es decir, el entrevistador formula (en la

mayoría de los casos) un número fijo de preguntas de forma estándar y en el mismo orden. Las respuestas también están prefijadas de antemano.

- b) La entrevista semiestructurada. Las preguntas están definidas previamente en un guión de entrevista pero la secuencia, así como su formulación pueden variar en función de cada sujeto entrevistado. Es decir, el investigador realiza una serie de preguntas (generalmente abiertas al principio de la entrevista) que definen el área a investigar, pero tiene libertad para profundizar en alguna idea que pueda ser relevante, realizando nuevas preguntas.

Para llevar a cabo dicha investigación se empleó la entrevista semiestructurada, para ello se elaboró una guía con preguntas abiertas que hablan acerca del funcionamiento familiar, cambios en la dinámica, adaptación a la nueva situación entre otras cosas afines a las antes mencionadas, (Anexo1).

#### **4. ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.**

Para conocer el funcionamiento de las familias, se utilizó la escala de funcionamiento familiar de Espejel y cols. (1997), por estar estandarizada para la población mexicana y poder discriminar con una sensibilidad de 0.9 de confiabilidad, entre familias funcionales y disfuncionales.

Dicha escala es un instrumento conformado por 40 reactivos que investigan 9 áreas que mide el funcionamiento dinámico, sistémico, estructural de la familia los cuales son: territorio o centralidad, roles, jerarquía, límites, modos de control de conducta, alianzas, comunicación, afectos y patología.

- Territorio o centralidad. Este término se refiere al espacio que cada quien ocupa en determinado contexto.

- Roles. Son las expectativas conscientes o inconscientes que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que tendrá otro miembro.
- Jerarquía. Es la dimensión de autoridad, se define como el poder o derecho de tener el mando, imponer obediencia, tomar acciones o hacer las decisiones finales.
- Límites. Son las reglas que consciente o inconscientemente son formuladas por las familias.
- Alianzas. Se le llama alianza a la asociación abierta o incubierta entre 2 o más miembros de la familia.
- Comunicación. Es el intercambio de información y el conjunto de mensajes verbales y no verbales a través de los cuales la gente se relaciona con los demás.
- Modos de control de conducta. Son los patrones que una familia adopta para manejar sus impulsos y para mantener modelos de qué es bueno y qué es malo.
- Afectos. Las manifestaciones verbales y no verbales de bienestar o malestar que son utilizadas entre los miembros de la familia.
- Patología. Se habla de patología familiar cuando los conflictos no se resuelven debido a la rigidez de patrones de interacción.

Los temas se agrupan de tal forma que dan como resultado los niveles de funcionamiento de la familia en nueve áreas: autoridad, control, supervisión, afecto, apoyo, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y recursos.

Contiene también un familiograma y datos sociodemográficos y económicos, de la vivienda y del espacio para las observaciones; además de clasificar cada una de las áreas evaluadas en: funcional, medianamente funcional, poco funcional y disfuncional. (Anexo 1).

## **5. PROCEDIMIENTO.**

La realización de la investigación comprendió varias etapas: La primera, la elección del tema y la búsqueda del asesor, seguido de la elaboración del marco teórico, que se fue construyendo desde la aprobación del proyecto, con la revisión de la bibliografía, en concordancia con el tema.

La segunda parte consistió en seleccionar a los participantes de la presente investigación, los cuales son 5 familias con un miembro con Insuficiencia Renal.

Posteriormente, se estableció la guía de la entrevista de funcionamiento familiar y enfermedad, a partir de ahí se realizaron las entrevistas para la aplicación de la Escala de Funcionamiento Familiar y con los resultados de ella se realizó el diagnóstico estructural de funcionamiento familiar de cada una de las familias participantes.

Se indicó a las familias participantes que la información obtenida sería confidencial y tratada con fines de investigación, por lo que los nombres de las personas serán ficticios.

Los resultados obtenidos se compararon con la bibliografía existente sobre el tema. Y finalmente se establecieron las conclusiones, así como las limitaciones.

### **CAPITULO III. ANALISIS DE RESULTADOS.**

#### **1. PRESENTACIÓN DE LOS CASOS.**

Se trabajó con 5 familias con algún familiar directo diagnosticado con insuficiencia renal, para medir la funcionalidad de la familia, la dinámica, la organización de la familia y los cambios positivos o negativos que se han dado partir de la enfermedad.

Las familias estudiadas para el proyecto viven en el estado de Michoacán a las cuales, para guardar su confidencialidad se les asignó un número de acuerdo al orden de aplicación de los instrumentos. A continuación se presentan los casos:

##### **A) FAMILIA 1.**

La familia 1 es de Maravatio, Michoacán. Está conformada por nueve integrantes: el padre y ocho hijos, de los cuales, el primero de ellos tiene 34 años, actualmente es cartero, el segundo tiene 31 años, es cocinero, el tercero tiene 30 años es cocinero, el cuarto es ayudante de cocinero tiene 29 años, la quinta hija se dedica a cuidar a la hermana enferma y en las labores del hogar tiene 27 años, el sexto hijo tiene 25 años y actualmente no trabaja, la séptima hija es el paciente enfermo tiene 22 años de edad, el octavo hijo tiene 19 años y es ayudante de cocinero.

La paciente enferma fue diagnosticada con insuficiencia renal crónica de manera repentina hace 2 años; para la paciente como para la familia ha sido difícil aceptar la enfermedad, los hermanos mayores ya no viven en la casa de los padres, la mayoría tiene sus ocupaciones y sus propias familias, algunos viven en otras ciudades pero están al pendiente de su hermana telefónicamente; ellos son los que la apoyan económicamente.

Como familia, a partir de la enfermedad han sufrido de enojo por el diagnóstico, pero han tratado de integrarse más como hermanos. El padre se ausenta y no acepta la enfermedad por lo cual prefiere no integrarse a la familia.

El tratamiento que necesita la paciente para vivir es la hemodiálisis y para poder recibirlo tiene que trasladarse a Morelia 3 veces a la semana por lo cual, es difícil adaptarse a la rutina de viajar a esta ciudad y trasbordar camiones, más por los efectos secundarios que presenta después de recibir la hemodiálisis

Día a día es un reto diferente porque pueden aparecer nuevos síntomas o puede sentirse bien físicamente pero no emocionalmente, sobre todo porque ha sufrido de aislamiento y depresión.

El familiograma se integra en el anexo 3.

## **B) FAMILIA 2.**

La familia 2 es originaria de Zacapu, Michoacán. Está conformada por 2 integrantes, la madre es la que padece insuficiencia renal crónica, tiene 70 años y es madre soltera, su hija de 24 años es enfermera pero actualmente no trabaja ya que se dedica al hogar y a cuidar a su madre. Viven con un hermano de la señora y él es quien las apoya económicamente. La paciente fue diagnosticada con insuficiencia renal crónica desde hace 3 años como consecuencia de la diabetes que padece desde hace más de 24 años.

Para madre e hija ha sido difícil el poder sobrellevar la enfermedad, por los cambios que han sufrido en su dinámica y por lo avanzada que está la enfermedad, el tratamiento que recibe es hemodiálisis pero para recibirla es necesario trasladarla en ambulancia a la ciudad Morelia para recibir el tratamiento. Para la hija es difícil afrontar todos los cambios y ver como se deteriora la madre, presenta enojo y tristeza por no poder contrarrestar la enfermedad.

La madre ya sufre de muchos síntomas propios de la diabetes y la insuficiencia renal, su estado físico es deteriorado, emocionalmente está deprimida y enojada. Toda la responsabilidad cae en la hija.

El diagnóstico de la enfermedad ha unido a madre e hija pero ha desunido la madre de sus dos hermanos con quienes antes se procuraban y apoyaban, actualmente recibe ayuda económica por uno de sus hermanos pero no apoyo emocional.

El familiograma se integra en el anexo 4.

### **C) FAMILIA 3.**

La familia 3 es originaria de Zinapécuaro, Michoacán, está conformada por 5 integrantes, la madre tiene 53 años y es viuda, ella padece insuficiencia renal tiene cuatro hijos, la primera hija tiene 32 años es ama de casa, el segundo licenciado en administración, tiene 30 años, la tercera hija tiene 26 años es técnica en administración y el cuarto hijo tiene 20 años es estudiante. Ya todos los hijos están casados y con sus propias familias, solo su hija menor vive con su madre y es la que se encarga de cuidarla.

El diagnóstico de insuficiencia renal aguda se le hizo hace 4 años creen que la enfermedad la padece a consecuencia de una gran impresión que sufrió la madre al saber que su esposo había muerto en un accidente automovilístico, a partir de eso empezó a sentirse mal y el médico le realizó unos estudios y de hay le diagnosticó insuficiencia renal crónica. El tratamiento que ha tenido ha sido de hemodiálisis y para poder recibirla tienen que trasladarse desde zinapécuaro a Morelia y recibirla 3 veces a la semana, los síntomas que ha presentado a partir de la enfermedad han sido muy variados pero ha sufrido de depresión por la enfermedad porque se siente una carga para sus hijos.

Para la hija que la cuida es difícil adaptarse y modificar sus actividades ya que tiene una hija de 5 años y no tiene con quien dejarla y la traen cuando vienen a Morelia y el hospital a veces no la deja entrar y se tienen que quedar afuera.

Como familia se viven ante la enfermedad preocupados todo el tiempo por el bienestar de su madre, al principio se encontraban enojados, porque no aceptaban la enfermedad y aún los hermanos mayores son indiferentes a la misma porque la madre siempre fue muy independiente y verla enferma cansada, decaída o con dolor les cuesta aceptarlo. Por lo cual, sus sentimientos son tristeza, e impotencia de ver como la enfermedad va deteriorando cada vez más a la madre.

El familiograma se integra en el anexo 5.

#### **D) FAMILIA 4.**

La familia 4 es originaria de Ciudad Hidalgo, Michoacán. Está conformada por 9 integrantes: los cuales son el padre de 72 años, la madre tiene 70 años, es la que padece insuficiencia renal, tiene 4 hijos hombres y 3 hijas mujeres ya todos casados y con sus propias familias. El primer hijo tiene 51 años es comerciante, la segunda hija tiene 49 años es ama de casa, el tercer hijo es comerciante tiene 47 años, la cuarta hija tiene 45 años es comerciante, el quinto hijo es comerciante tiene 42 años, la sexta hija es maestra tiene 40 años, el séptimo hijo tiene 29 años es comerciante.

La madre fue diagnosticada con insuficiencia renal aguda, consecuencia de la hipertensión que presenta hace más de 15 años, el tratamiento que le dieron fue de diálisis la cual se le realiza por las noches y sus actividades no se han visto afectadas del todo.

La enfermedad ha modificado su dinámica y eso a veces la pone irritable y aún que tiene la ayuda de sus hijas, ella intenta seguir su vida normal solo que a veces los síntomas no se lo permiten del todo.

Como familia se viven tristes y desesperados, por no poder hacer nada por la enfermedad pero intentan no demostrarlo para que los padres no se preocupen, el esposo apoya a su esposa pero aún no tiene muy bien definido que es la enfermedad, pero como las hijas siempre están apoyando el no se involucra tanto.

Los hijos son lo que apoyan económicamente para que se le dé el tratamiento necesario a su madre pero a veces han llegado a tener discusiones por no ayudar todos en la misma manera.

El familiograma se integra en el anexo 6.

#### **E) FAMILIA 5.**

La familia 5 es originaria de Morelia, está conformada por 8 integrantes que son, el padre de 65 años, padece insuficiencia renal, la madre falleció hace 3 años, los hijos son 5 hombres y 2 mujeres. El primer hijo es mecánico tiene 49 años, el segundo hijo es doctor tiene 47 años, el tercer hijo tiene 45 años es

policía, la cuarta hija es maestra tiene 40 años, el quinto hijo es mecánico tiene 37 años, el sexto hijo falleció en un accidente a los 20 años, la séptima hija tiene 30 años es ama de casa.

El padre fue diagnosticado con insuficiencia renal crónica hace un año, el enfermo padece diabetes desde los 30 años y actualmente tiene 65 años, el diagnóstico de insuficiencia fue resultado de la diabetes, esta enfermedad trajo consigo complicaciones como ceguera que padece hace más de año y medio.

Para la familia y para el enfermo ha sido muy difícil irse adaptado acoplado a estas complicaciones de salud por las cuales ha pasado el padre, los hijos han tenido que irse organizando para estar con el padre y poder ayudarlo en aspectos económicos y de cuidado.

Son siete hermanos pero no todos participan en el cuidado del padre debido a sus diversas ocupaciones solo dos son los que están constantemente con él, los demás apoyan económicamente, pero es poco lo que saben respecto a la enfermedad y cómo ayudar.

Para el padre ha sido difícil aceptar la enfermedad, primero perder la vista y depender completamente de sus hijos para cubrir sus necesidades y luego aceptar la insuficiencia renal y el tratamiento que es cansado para el enfermo ya que le realizan diálisis varias veces al día y aunque es en su propia casa es doloroso y le es difícil aceptar los diversos cuidados de higiene y alimentación que debe tener.

El señor era una persona muy trabajadora que constantemente estaba en actividad, de hecho era una persona con sobrepeso y actualmente está muy delgado y demacrado que son algunos de los síntomas de la enfermedad la baja de peso y palidez. El padre “a veces no se quiere dejar hacer las diálisis, dice que ya no lo hagan sufrir”. Siempre está de mal humor o muy cansado, no habla casi con sus hijos.

Para los hermanos que lo cuidan es difícil ver como su padre se va deteriorando cada vez más, y que sufre con la enfermedad que emocionalmente es a veces la manera en la que lo ven más afectado. Al

principio de la enfermedad se intento que todos los hermanos participaran en el cuidado del padre pero muchos no accedieron a esa responsabilidad.

En la familia a partir de la enfermedad se han visto cambios en la comunicación y en la integración familiar.

El familiograma se integra en el anexo 7.

## **2. RESULTADOS POR EJES.**

### **EJE 1 INSUFICIENCIA RENAL.**

#### **INSUFICIENCIA RENAL.**

Existen dos tipos de insuficiencia “La insuficiencia renal crónica (IRC) puede definirse como un deterioro lentamente progresivo e irreversible del índice de filtración glomerular (IFG)”. (Kelley, 1991, Pág, 947) La IRC evoluciona en tiempos variables, que oscilan desde unos meses a unos años, hasta llegar a una fase terminal.

La insuficiencia renal aguda (IRA) como su nombre implica es una pérdida progresiva de la función renal, generalmente caracterizada por una producción disminuida de la orina, desequilibrios del agua, de los fluidos corporales y desorden del electrolito.

Entre las causas de la insuficiencia renal está la diabetes que es la causa principal de esta alteración, ya que es una enfermedad crónica. La hipertensión es la segunda causa que favorece la insuficiencia renal crónica, ya que daña los filtros y las pequeñas arterias y venas del órgano, lo que causa un deterioro rápido del riñón. (Folleto acerca de la insuficiencia renal crónica una guía para los pacientes y sus familiares, 2003).

Los síntomas generales de la insuficiencia renal en un inicio son silenciosos la mayoría de las personas no presentan síntomas al comienzo, pero cuando la función renal ha avanzado puede haber: dolor de cabeza frecuente, fatiga, hipo, sensación de malestar general, falta de energía, náuseas, vómitos, pérdida de peso involuntaria, orina frecuente, hinchazón en piernas, tobillos, pies, cara o manos, sensación de sabor metálico en la boca, pérdida del apetito, alteraciones en la concentración, mareo, dolor de piernas o calambres musculares entre otros que van dependiendo de lo avanzado de la enfermedad.

Los tratamientos de la insuficiencia renal que existen son: la diálisis peritoneal de la cual se desprende la diálisis peritoneal intermitente automatizada y la diálisis peritoneal continúa a domicilio. (Merck, 2007).

La hemodiálisis es otro método de tratamiento sirve para filtrar la sangre; consiste en filtrar el exceso de líquidos y las sustancias tóxicas del organismo mediante el paso de la sangre del paciente por un filtro periódicamente.

El eje dos mide el tipo de insuficiencia renal, las causas de la enfermedad, los síntomas y el tratamiento de la insuficiencia. Los resultados se presentan en la tabla 5.

**Tabla 5. CUADRO COMPARATIVO DE RESULTADOS POR EJE 1.**

<b>Eje temático de Insuficiencia Renal.</b>	<b>Familia 1.</b>	<b>Familia. 2</b>	<b>Familia 3.</b>	<b>Familia 4.</b>	<b>Familia 5.</b>
<b>a) Tipo de insuficiencia renal.</b>	El tipo de insuficiencia que se le diagnóstico es Insuficiencia renal crónica que padece desde hace 2 años.	El tipo de insuficiencia que se le diagnóstico fue insuficiencia renal crónica desde hace 3 años.	El tipo de insuficiencia que se le diagnóstico fue insuficiencia renal aguda que padece desde hace 4 años.	. El tipo de insuficiencia que se le diagnóstico fue insuficiencia renal aguda que padece desde hace 1 año.	El tipo de insuficiencia que se le diagnóstico fue insuficiencia renal crónica desde hace 1 año.
<b>b) Causa de la enfermedad</b>	No saben que pudo haber hecho que presentara insuficiencia renal, ya que fue de un día para otro el diagnóstico, no hay antecedentes familiares de diabetes o hipertensión.	Fue consecuencia de la diabetes que padece hace más de 24 años.	Creer que fue debido a una impresión muy fuerte que tuvo por la muerte de su esposo, de ahí empezó a sentirse mal y el doctor le mando hacer análisis y le dio el resultado, presenta antecedentes de hipertensión.	Tiene más de 15 años sufriendo de hipertensión la cual le desencadenó la insuficiencia renal.	Fue consecuencia de la diabetes que padece desde hace 30 años.
<b>c) Síntomas de la insuficiencia</b>	Los síntomas constantemente van cambiando los más significativos son: la falta de energía, pérdida del apetito, náuseas, vómitos, un	Los síntomas son avanzados, perdió la movilidad presenta constantemente efectos secundarios de la diabetes, mareos, altas y bajas	Los síntomas constantemente van cambiando los más significativos son: la falta de energía, pérdida del apetito, náuseas, un sabor	Los síntomas no son muy fuertes, falta de energía, baja de peso, ausencia de apetito, palidez, mareos, dolores de piernas, calambres,	Los síntomas son avanzados, perdió la vista presenta constantemente efectos secundarios de la diabetes, mareos, altas y bajas constantes de

<b>renal.</b>	sabor desagradable en la boca, palidez, dolor de piernas, calambres, alteraciones en la concentración y depresión.	constantes de azúcar, palidez, pérdida del apetito, náuseas, vomito, pérdida de la lucidez mental (desorientación) , calambres y depresión.	desagradable en la boca, palidez, dolor de piernas, calambres y depresión,	un sabor desagradable en la boca y depresión.	azúcar, palidez, pérdida del apetito, náuseas, vómito, pérdida de la lucidez mental (desorientación) , calambres estreñimiento y depresión.
<b>d) Tratamiento</b>	Al principio del diagnóstico le practicaron diálisis pero sufrió una peritonitis y le cambiaron a hemodiálisis y es la que recibe desde hace un año.	Al principio del diagnóstico le practicaron diálisis pero sufrió una peritonitis y le cambiaron a hemodiálisis y es la que recibe desde hace dos años.	Desde el diagnóstico se le ha dado hemodiálisis.	Desde el diagnóstico se le ha dado diálisis peritoneal intermitente automatizada .	Desde el diagnóstico se le ha dado diálisis peritoneal continua.

La insuficiencia renal o falla renal tiene dos tipos: la insuficiencia renal aguda (IRA) o la insuficiencia renal crónica (IRC), esta última pasa a una fase de insuficiencia renal crónica terminal. Es una enfermedad silenciosa que avanza rápidamente y no presenta síntomas que puedan determinar diagnosticar rápido la enfermedad. Las causas que la generan la mayoría son consecuencia de enfermedades crónicas como lo es la diabetes y la hipertensión.

En las familias de investigación tres familias padecen insuficiencia renal crónica y dos presentan insuficiencia renal aguda.

En dos familias la insuficiencia renal crónica fue consecuencia de la diabetes que es la principal causa de padecimiento de insuficiencia renal. En las otras dos familias fue debido a la hipertensión que padecían las personas y solo una familia no tiene antecedentes de las enfermedades mencionadas, pero aún así se le diagnosticó con insuficiencia renal crónica.

Los síntomas varían dependiendo de lo avanzado de la enfermedad si está en una fase aguda, crónica o terminal. Los síntomas también dependen del tipo de tratamiento que sigan ya que la diálisis es de un poco de más cuidados y

produce más síntomas, la hemodiálisis produce desorientación, taquicardia y mareos.

En cuanto a los síntomas generales de la insuficiencia renal, son iguales en todos los casos, presentan: pérdida del apetito, vómito, náuseas, dolores de piernas, calambres, palidez y desorientación. El síntoma que todos coinciden es en depresión.

Los tratamientos más utilizados son la diálisis peritoneal y la hemodiálisis; a dos familias se les practica diálisis, a una de tipo peritoneal continua y a la otra diálisis peritoneal intermitente automatizada; a las otras tres familias el tipo de tratamiento que siguen es la hemodiálisis.

Por los antecedentes anteriormente descritos se observa el deterioro de la personas a partir de la enfermedad y esto tiene relación con el tipo de funcionalidad de la familia ya que una persona que está en fase crónica padece más síntomas y necesita más cuidado y atención por parte de su familia o su cuidador principal. Y esto genera en la familia adaptarse a nuevas situaciones u organizarse de manera diferente.

## **EJE 2. INSUFICIENCIA RENAL Y EL NUCLEO FAMILIAR.**

La insuficiencia renal es una enfermedad crónico terminal, para la familia como para el enfermo el diagnóstico es muy difícil de aceptar; la dinámica familiar se ve afectada por los diversos cambios que se producen por la enfermedad, la economía se ve afectada, así como: la comunicación, afectos, cambios, sentimientos, asignación del cuidador y de las tareas, red de apoyo, comunicación y relaciones entre los miembros de la familia antes y después de la enfermedad,

Los cambios pueden ser positivos o negativos todo depende del tipo de familia que sea la manera en la que está constituida y la actitud de cada uno de los miembros que la conforman.

Los resultados del eje 2 de insuficiencia renal y el núcleo familiar se presentan en la tabla 6.

**TABLA 6. CUADRO COMPARATIVO DE RESULTADOS POR EJE 2.**

<b>Eje temático 2.</b>	<b>Familia 1.</b>	<b>Familia. 2</b>	<b>Familia 3.</b>	<b>Familia 4.</b>	<b>Familia 5.</b>
<b>Actitud ante la enfermedad.</b>	Actitud de enfrentar la enfermedad y hacer lo que está a nuestro alcance para mejorar la calidad de vida del enfermo.	Enojo impotencia y estrés por cómo se va deteriorando el paciente enfermo.	Preocupación todo el tiempo por las complicaciones que tiene el paciente.	La actitud es de optimismo y siempre positiva, ya que la enfermedad es de cuidado y apoyo para el enfermo y para la familia.	La actitud de la familia es de impotencia y enojo.
<b>Cambios en la familia.</b>	Se han visto cambios en la familia en la comunicación y dinámica familiar.	Los cambios han sido positivos tratando de aceptar la enfermedad en alimentación y cuidados y sobre todo en la rutina.	Les ha costado trabajo adaptarse a la rutina la dinámica familiar, discusiones familiares.	Se ha visto indiferencia de algunos hermanos y pequeñas discusiones.	Se han visto cambios en la dinámica y la forma de relacionarse como hermanos. Ha habido más cambios negativos que positivos.
<b>Sentimientos.</b>	Presentan sentimientos de impotencia miedo y coraje	Sentimientos de tristeza, enojo y una parte de aceptación	Tristeza, impotencia al no poder hacer nada para ayudar al enfermo.	Los sentimientos que se presentan son tristeza y frustración.	Presentan sentimientos de impotencia miedo y coraje poca aceptación y evitación del problema.
<b>Asignación del cuidador.</b>	Solo se hace responsable del enfermo la hermana mayor.	La única hija es la que cuida y está al pendiente de todo.	No asignaron a un cuidador principal pero el 3er hijo es el que se encarga de los cuidados de su madre.	No hay cuidador principal pero las hijas están al pendiente de su madre y de sus cuidados.	Una hija y un hijo son los que se encargan de todos los cuidados del padre.
<b>Red de apoyo.</b>	La hermana mayor y los 3 hermanos más grandes.	El hermano de la madre, es quien apoya económicamente y emocionalmente.	El tercer hijo es la principal apoyo para el enfermo, los demás hijos son apoyo emocional y económicamente.	Las hijas son la principal red de apoyo del enfermo.	Los hermanos que cuidan al paciente enfermo.
<b>Comunicación</b>	Se ha visto afectada no expresan sus sentimientos ni nada respecto a la enfermedad.	La comunicación se ha visto beneficiada entre madre e hija, hay más confianza y	La comunicación se torna en relación la madre enferma.	No se ha visto afectada la comunicación solo en actitudes los hermanos	Si se ha afectado la comunicación, no expresan sentimientos ni emociones, constantemente

	Aunque se comunican más de la enfermedad.	libertad de expresar sentimientos.		llegan a discusiones y se enojan fácilmente entre hermanos.	e discuten y difieren en cómo manejar al padre.
<b>Relaciones de los miembros antes y después de la enfermedad.</b>	Antes de la enfermedad eran más desunidos a partir de la enfermedad se cuidan mas entre ellos.	Siempre ha sido buena la relación entre madre e hija a partir de la enfermedad se dio más unión familiar.	Antes de la enfermedad había más convivencia familiar. Actualmente ya no pero intenta mantener comunicación.	Antes de la enfermedad era menos la convivencia y comunicación como familia.	La enfermedad ha afectado la convivencia, la comunicación y las relaciones entre los hermanos; se ha dado poca unión familiar.

Como familias se han visto afectadas directamente por la enfermedad, la actitud que presentan la mayoría ante la enfermedad, es de tristeza enojo y poca aceptación, se viven estresados y preocupados todo el tiempo.

La falta de estabilidad les perjudica en dinámica y hay resistencia por parte de algunas familias a los cambios en la dinámica familiar, en la rutina esto genera discusiones familiares y desentendidos.

Los sentimientos se relacionan con la actitud que tienen como familia ante la enfermedad.

La designación del cuidador principal generalmente en las familias es la persona que no trabaja o que tiene menos actividades, es a quien se le delega toda la responsabilidad. Dos familias no presentan cuidador principal porque participan activamente en el cuidado las hijas.

La comunicación se ve afectada en todas las familias, ya que antes de la enfermedad no había tal vez tanta comunicación y actualmente es más pero gira en torno a la enfermedad a saber cómo se encuentra el enfermo y como va con el tratamiento.

Las familias todas han presentados cambios en las relaciones de manera negativa después del diagnóstico de la enfermedad. Los cambios positivos a partir de la enfermedad serian más comunicación o mayor acercamiento al enfermo. Todas las familias buscan que tenga una mejor calidad de vida su paciente enfermo.

### **EJE 3. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.**

De acuerdo a los resultados de los instrumentos, se hace el siguiente cuadro comparativo del funcionamiento familiar, donde se agrupa la información obtenida en ejes temáticos.

Para una mayor comprensión de los resultados se hace esta breve descripción teórica basada en Espejel (1997) de los aspectos que se midieron (tabla 7):

- **Autoridad.** Derecho o poder de tener el mando, imponer obediencia, tomar acciones o hacer las decisiones finales.
- **Control.** Hace referencia al espacio que cada quien ocupa en determinado contexto, además de referirse a la centralidad que cada miembro logra tener dentro de su familia y se identifica en un momento dado con el grado de significancia que uno de los miembros tiene para los demás en la familia.
- **Supervisión.** Son las reglas que consciente o inconscientemente son formuladas por las familias.
- **Afecto.** Las manifestaciones verbales y no verbales de bienestar o malestar que son utilizadas entre los miembros de la familia.
- **Apoyo.** Asociación abierta o encubierta entre 2 o más miembros de la familia, sino se encuentra en la familia se da la posibilidad de encontrarlo en el exterior.
- **Conducta disruptiva.** Son los patrones que una familia adopta para manejar sus impulsos y mantener modelos de que es bueno y que es malo y luchar contra las situaciones físicas peligrosas.
- **Comunicación.** Es el intercambio de información y el conjunto de mensajes verbales y no verbales a través de los cuales la gente se relaciona con los demás.
- **Afecto negativo.** Manifestaciones verbales y no verbales que encubren el enojo o inconformidad de los miembros de la familia.
- **Recurso.** Apertura y aceptación de manera favorable o desfavorable a los cambios en la dinámica familiar.

Tabla 7.- CUADRO COMPARATIVO DE RESULTADOS POR EJE 3.

EJE. TEMATICO 3.	FAMILIA 1.	FAMILIA 2.	FAMILIA 3.	FAMILIA 4.	FAMILIA 5.
<b>Autoridad.</b>	La autoridad reside en los hermanos pero principalmente en la hermana que es la que cuida al enfermo, los hermanos participan económicamente en decisiones importantes.	La autoridad reside en la madre y la hija, su participación es activa en decisiones, pero económicamente reside en el hermano.	La autoridad la tienen los hijos respecto a participación económicamente y en decisiones; se sigue tomando en cuenta a la madre respecto a autoridad y decisiones.	La autoridad reside en los padres, los hijos juegan un papel importante; pero respetando y tomando en cuenta en decisiones a todos los miembros.	La autoridad reside en los hermanos mayores, ellos son quienes aportan económicamente y en decisiones importantes.
<b>Control.</b>	No existe una clara definición de fronteras generacionales, no hay cierta flexibilidad para efectuar cambios, hay rigidez en el sistema, existen alianzas negativas de los hermanos.	Existe una clara definición de las fronteras generacionales y cierta flexibilidad del sistema para efectuar cambios.	Existe una clara definición de las fronteras generacionales y cierta flexibilidad del sistema para efectuar cambios.	Existe una clara definición de las fronteras generacionales y cierta flexibilidad del sistema para efectuar cambios.	No existe una clara definición en las fronteras generacionales, no hay flexibilidad para efectuar los cambios, existe cierta rigidez en el sistema.
<b>Supervisión.</b>	De acuerdo a la edad de los participantes no existen normas de supervisión establecidas, cada miembro es responsable de sus actos.	No hay normas muy estables, la madre se encarga de supervisar la conducta de la hija, aunque ya es activa en la toma de decisiones y en transmitir valores.	De acuerdo a la edad de los participantes no existen normas de supervisión establecidas, cada miembro es responsable de sus actos.	De acuerdo a la edad de los participantes no existen normas de supervisión establecidas, cada miembro es responsable de sus actos.	De acuerdo a la edad de los participantes no existen normas de supervisión establecidas, cada miembro es responsable de sus actos.
<b>Afecto.</b>	Existe poca expresión de sentimientos y emociones entre los miembros de la familia, se permite más los afectos negativos.	Existen muestras de emociones y sentimientos entre la madre e hija.	Existe muestra de sentimientos y emociones entre los miembros de la familia de manera positiva.	Existe muestra de sentimientos y emociones entre los miembros de la familia de manera positiva.	Existe poca muestra de sentimientos y emociones entre los miembros de la familia de manera poco positiva.
<b>Apoyo.</b>	La familia no se divierte junta, los hermanos son los que se percibe como los que más salen y	La familia se ha centrado hacia sí misma no se divierten y se han asilado del exterior.	La familia junta no se divierte, las hijas e hijos son percibidos como los que más se divierten. El apoyo lo	La familia se divierte junta y por separado. El apoyo lo encuentran en la familia y en el exterior.	La familia no se divierte junta, los hermanos son los que se percibe como los que más salen y se

	divierten. El apoyo lo encuentras más en el exterior que en el interior de la familia.		encuentras más en el exterior que en el interior de la familia.		divierten. El apoyo lo encuentras más en el exterior que en el interior de la familia.
<b>Conducta disruptiva.</b>	Ningún miembro de la familia presenta problemas con la autoridad. Los hermanos presentan algunos problemas con el alcohol.	Ningún miembro de la familia presenta problemas con la autoridad.	Ningún miembro de la familia presenta problemas con la autoridad.	Ningún miembro de la familia presenta problemas con la autoridad.	Ningún miembro de la familia presenta problemas con la autoridad. Los hermanos presentan algunos problemas con el alcohol.
<b>Comunicación.</b>	En esta familia la comunicación es lineal entre hermanos, pero no se da la expresión de sentimientos entre ellos. Buscan ayuda del exterior.	La comunicación es buena entre madre e hija, expresan sentimientos y emociones el que se excluye en este contexto es al tío.	La comunicación es clara pero indirecta un poco más afectiva.	En esta familia la comunicación es buena hacia los padres pero indirecta con los hermanos. No se expresan muchos sentimientos.	En esta familia la comunicación es lineal entre hermanos, pero no se da la expresión de sentimientos entre ellos. Buscan ayuda del exterior.
<b>Afecto negativo.</b>	Hay baja tolerancia ante la expresión de enojo e inconformidades entre los miembros de la familia.	Hay poca tolerancia en manejar enojos e inconformidades sobre todo entre madre e hija.	Existe la libertad para expresar enojo e inconformidades por parte de los hijos.	Hay poca tolerancia en manejar enojos e inconformidades entre los miembros de la familia.	Hay baja tolerancia ante la expresión de enojo e inconformidades entre los miembros de la familia.
<b>Recursos.</b>	Existe potencial para adaptarse a las contingencias que imponen la dinámica para poder sobrellevar favorablemente las necesidades de la familia.	Existe poco potencial para adaptarse como familia a cambios en la dinámica para así responder favorablemente a las necesidades de la misma.	Existe potencial para adaptarse a las contingencias que imponen la dinámica para poder sobrellevar favorablemente las necesidades de la familia.	Existe potencial para adaptarse a las contingencias que imponen la dinámica para poder sobrellevar favorablemente las necesidades de la familia.	Existe poco potencial para adaptarse como familia a cambios en la dinámica para responder favorablemente a las necesidades de la misma.
<b>Funcionalidad.</b>	Es una familia con un bajo nivel de funcionalidad., no puede adaptarse favorablemente a los cambios por lo cual es una familia disfuncional, pero con recursos importantes	Es una familia con un bajo nivel de funcionalidad., no puede adaptarse favorablemente a los cambios por lo cual es una familia disfuncional, pero con recursos importantes	Es una familia con un bajo nivel de funcionalidad., no puede adaptarse favorablemente a los cambios por lo cual es una familia disfuncional, pero con recursos importantes	En esta familia hay un alto nivel de funcionalidad.	Es una familia disfuncional, no presenta una actitud para afrontar los cambios.

	para mejorar las relaciones entre sus miembros.	para mejorar las relaciones entre sus miembros..	para mejorar las relaciones entre sus miembros.		
--	---	--	---	--	--

La familia es una institución en la cual la persona nace crece y de desarrolla, es básica para cubrir las necesidades del individuo. El diagnóstico de enfermedad para alguno de sus miembros puede llegar a generar desintegración y cambios en la dinámica familiar.

En las familias estudiadas se observó que presentan un grado de desintegración, los hijos representan roles parentales en tres de las familias, en dos de las familias se siguen respetando los roles de los padres; pero los hijos son los que toman decisiones importantes y están al cuidado de los padres y en uno de los casos del hermano enfermo.

La comunicación en la familia se ve afectada, cuatro de las familias presentan una comunicación indirecta entre los hermanos y el paciente enfermo. La expresión de sentimientos y emociones se ve afectada por la enfermedad. La otra familia ha buscado o se ha integrado más a partir de la enfermedad. Los afectos se ven afectados en tres familias ya que a partir de que no hay una buena comunicación empieza a distanciarse o empiezan a diferir entre hermanos. Lo cual, es resultado de poco apoyo emocional ya que la mayoría de las familias lo buscan fuera de ella y la desintegración se da más entre hermanos.

La dinámica y cambios son los que más se les hacen difíciles a las familias. Todas las familias presentan recursos positivos para poder sobrellevar la enfermedad y son funcionales estos resultados se dan a partir de la información recabada por la escala de funcionamiento familiar de (Espejel, 1997).

De las 5 familias mencionadas, cuatro de ellas son disfuncionales, sus formas de organización no están siendo las adecuadas y la enfermedad ha modificado su dinámica. Solo una de las familias es funcional a pesar de la enfermedad y

de los problemas y cambios. (En el anexo 8 se integran todas las graficas del instrumento utilizado).

### **3. ANÁLISIS DE RESULTADOS.**

De acuerdo a los datos obtenidos en los 3 ejes se pudo encontrar que los síntomas de la insuficiencia renal son similares en las 5 familias, que depende únicamente de lo avanzada de la enfermedad, ya que van desde la falta de apetito y energía, vómito, náuseas, palidez, sabor desagradable en la boca, dolor de piernas, calambres y depresión. En algunos casos presentan más síntomas relacionados con las enfermedades que padecen como la diabetes e hipertensión.

En cuanto a las causas y factores de riesgo se encontró que la insuficiencia renal es una enfermedad degenerativa, que se puede presentar a cualquier edad pero su prevalencia es más en la adultez tardía, va de lo agudo a lo crónico y sus principales causas son la diabetes e hipertensión; en uno de los casos estudiados no se explica la causa de la enfermedad ya que no presenta herencia de diabetes o hipertensión en los demás casos todos presentaban estas dos enfermedades antes mencionadas.

El tratamiento de la insuficiencia renal va dependiendo de lo avanzado de la enfermedad, los tratamientos son la diálisis, hemodiálisis y el trasplante, pero de este último ninguna de las familias es apta. En dos de las familias siguen el tratamiento de la diálisis peritoneal continua y la otra intermitente. Las otras tres familias son tratadas con hemodiálisis.

Respecto a la actitud de las familias ante la enfermedad es de enojo, frustración, impotencia, desesperación por no poder hacer nada, entre los cambios que se presentaron dentro de las cinco familias, presentan dificultad para adaptarse a la nueva rutina, poca comunicación, distanciamiento entre hermanos, poca participación de todos los integrantes en la enfermedad, diferencias de opiniones, discusiones y enojos.

Los sentimientos han cambiado entre la familia, respecto al familiar enfermo la actitud ha mejorado, en cuanto a la relación entre hermanos se ha visto afectada no expresan sentimientos ni emociones como familia, cada quien lo expresa con personas externas a la familia.

Respecto a la relación entre los miembros de la familia antes y después de diagnosticada la enfermedad, en las 5 familias hubo modificaciones ya que antes eran más unidos y a partir de la enfermedad algunos de los hermanos se han distanciado, había más convivencia como familia y ya casi no hay, se ha visto afectada la comunicación familiar.

El afrontar la enfermedad fue difícil y doloroso para las 5 familias ya que no estaban preparadas para ello, sin embargo, cada una ha intentado sacar adelante a su enfermo, tratando de darle la mejor calidad de vida.

La autoridad y el control en las 5 familias, radica en los hijos, ya que estos juegan un papel importante en la dinámica familiar y en la toma de decisiones así como en la parte económica, ya que debido a la enfermedad el miembro enfermo no tiene participación activa dentro de la familia. Los afectos y sentimientos no se manejan de manera positiva en las 5 familias.

En cuanto a conductas disruptivas, ningún miembro presenta problemas con la autoridad, sin embargo, en 4 familias los hijos presentan problemas de alcoholismo.

La comunicación de acuerdo con las familias evaluadas es poco clara e indirecta entre hermanos ya que no expresan sentimientos y emociones; son comunes las discusiones o molestias por no participar todos de la misma manera, respecto al enfermo, no se expresan los afectos por no querer perjudicarlo o mortificarlo más y no aceptar del todo la enfermedad.

Los recursos son parte importante para que la familia pueda superar favorable y desfavorablemente los cambios que trae consigo la enfermedad, y respecto a los resultados obtenidos en las 5 familias existen pocos recursos para adaptarse a nuevas situaciones y a las necesidades propias de la familia, por lo cual, cuatro de las cinco familias presentan una disfuncionalidad muy marcada. Solo la familia cuatro presenta un grado de funcionalidad.

Por lo tanto, después del análisis realizado se encontró que las características del funcionamiento familiar en las familias investigadas; impacta directamente el diagnóstico de insuficiencia renal en la familia por lo cual, las características que presentan son: la autoridad es controlada por los hijos, hay una falta de

comunicación entre los miembros de la familia y la comunicación que tienen es poco clara e indirecta, se da poco afecto, no se expresan sentimientos, tienen pocos recursos para adaptarse como familia son rígidos y no hay capacidad para adaptarse a nuevos problemas, los hijos presentan problemas con el alcohol.

Por lo tanto, se concluye que las familias de investigación hay 4 disfuncionales y solo 1 es funcional, debido a las características antes mencionadas, así mismo se identificó que un factor que influye en la funcionalidad es lo avanzado de la enfermedad del paciente, ya que las 4 familias disfuncionales tienen una enfermedad avanzada y la otra familia funcional apenas empieza el tratamiento por lo que, no hay un grado avanzado del padecimiento.

Así mismo, es importante mencionar que los resultados obtenidos no son generalizables, debido a que cada familia es diferente y las características y situaciones de vida van cambiando constantemente y solo son aplicables en los sujetos estudiados.

## **CAPITULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.**

### **1. DISCUSIÓN.**

Los seres humanos son propensos a sufrir crisis, pero cuando se enfrentan al diagnóstico de alguna enfermedad, la persona que lo padece sufre un shock así como su familia, la cual, lleva a ambos a sufrir una desorganización temporal, entran en crisis, cada uno a su manera. Parte de esta crisis surge del hecho de que la familia que eran ya no será más, pues la enfermedad producirá cambios aunque no lo deseen.

Una enfermedad es un evento inesperado para la familia, el cual, viene a modificar la estructura de la misma, así como otras de las funciones, cabe mencionar que cada familia responde de diferente forma ante una enfermedad de alguno de sus miembros.

Gómez, (2000), menciona algunos aspectos importantes que intervienen en la respuesta de la familia ante la enfermedad: Tipo de familia, inicio, curso, y pronóstico, momentos del ciclo evolutivo de la familia, relaciones emocionales, comunicación de los afectos, organización familiar definición de las reglas, roles, y límites y creencias familiares acerca de la salud y la enfermedad.

La insuficiencia renal también llamada falla renal, es una enfermedad irreversible de ambos riñones en la que el organismo pierde la capacidad de filtrar las sustancias tóxicas de la sangre y las personas requieren tratamiento de sustitución de la función renal para conservar la vida, ya sea diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante. (Botello, 2002).

Los riñones son un sistema de filtración los cuales ayudan a eliminar desechos y líquidos de su cuerpo, regulan el agua del organismo y otros químicos de la sangre como el sodio, el potasio, el fósforo, y el calcio, eliminan los medicamentos y las toxinas que ingresan al organismo, producen hormonas que ayudan al cuerpo a regular la presión sanguínea, producir glóbulos rojos y tener huesos fuertes. (Domingo y Pinto, 2001).

El diagnóstico de una enfermedad como la insuficiencia renal, es desbastador para el enfermo y para la familia, ya que es una enfermedad que no es muy

conocida por las personas, si no hasta que la padecen es cuando saben todas las consecuencias que trae consigo padecer una falla renal, para la familia de un enfermo con insuficiencia renal es muy difícil poder aceptarla, ya que por la falta de información les es difícil entender que es un diagnóstico igual de grave que un cáncer. (Behar, 2004).

Desgraciadamente el diagnóstico de esta enfermedad presenta altos índices de prevalencia más de 100 mil personas padecen insuficiencia renal crónica en México. (Estadísticas de la Fundación Mexicana del Riñón, 2004).

Además, de que está dentro de las 10 primeras causas de ingresos hospitalarios. Es una enfermedad que no discrimina, raza, género ni edad, es silenciosa, no presenta síntomas que puedan identificar las personas para evitar padecerla. Pero hay un índice alto de presentarse en personas adultas entre los 20 y 65 años de edad esto porque los principales factores que la causan son la diabetes y la hipertensión enfermedades que se presentan a esa edad algunas debido a los excesos que se tuvieron durante la juventud.

Actualmente, el 30.8% de la población mayor de 20 años tiene hipertensión mientras que alrededor del 10% tiene diabetes mellitus. (Estadísticas de la Fundación Mexicana del Riñón, 2004).

Existen dos tipos de insuficiencia renal las cuales, varía dependiendo de la gravedad de la enfermedad: son la insuficiencia renal aguda y la insuficiencia crónica. Dependiendo de lo avanzado de la enfermedad así se van presentando los síntomas pero si es causa de diabetes o hipertensión, éstos incrementan.

Los síntomas generales de la enfermedad son: dolor de cabeza frecuente, fatiga, sensación de malestar general, náuseas, vómitos, mareo, pérdida de peso, orina frecuente, hinchazón en piernas, tobillos, pies, cara o manos, sensación de sabor desagradable en la boca, pérdida del apetito, alteraciones en la concentración y calambres musculares. (Merk 2007).

Los tratamientos de la insuficiencia renal son los que mantienen a la persona con vida, estos son: la diálisis peritoneal, la hemodiálisis y el trasplante.

La insuficiencia es un padecimiento que comienza rápidamente después del diagnóstico, el tratamiento tiene que ser de manera inmediata no permite que la persona asimile lo que le está pasando e inmediatamente pasa de ser una persona sana e independiente a ser una persona enferma y dependiente de un tratamiento para sobrevivir y de algún familiar o cuidador para que le puedan ayudar a realizarse los tratamientos. (Velasco, 2001)

Los tratamientos son muy delicados necesitan de cierta sanidad y requerimientos para que puedan funcionar como deben de ser, necesitan seguir un régimen de alimentación y cuidados los cuales lleva la familia o la persona encargada del enfermo.

Es una rutina muy desgastante para el enfermo como para la familia, la diálisis peritoneal y la hemodiálisis ya que requiere de ciertas operaciones y entrenamiento de la persona que va a cuidar al enfermo, ya que si se realiza mal una dialización o la hemodiálisis puede afectar al enfermo más de lo que ya padece (Serna, 2001).

La diálisis se puede administrar en casa teniendo las condiciones necesarias para poder realizarla, la hemodiálisis requiere de maquinaria especializada que solo la encuentra en ciertos hospitales. Es un poco más fácil de realizarse pero lo difícil es poder trasladarse a los hospitales y recibir el tratamiento.

La insuficiencia renal es devastadora para el enfermo como para la familia, la vida se convierte en rutina y cuidados excesivos para evitar complicaciones, pero desgraciadamente el tratamiento no revierte la enfermedad y esta va avanzando a un nivel crónico terminal hasta deteriorar por completo otras funciones vitales del cuerpo y la persona muere.

La familia no se recupera ni acepta del todo la enfermedad, va viendo cómo afecta a su enfermo y a pesar de todos los esfuerzos económicos físicos y emocionales la persona no mejora sino más bien empeora.

El efecto psicológico que produce la enfermedad en el paciente y su familia, depende en parte del tipo de enfermedad de que se trate, tomando en cuenta que si no se tiene una consolidación en la unidad familiar, puede dar como resultado una desintegración total. (Esquivel y Cols., 2009).

Los cambios que se producen en el interior de la familia dependen en gran medida, de las características propias de cada familia, de la etapa en que ésta se encuentre, del momento de la vida del paciente, del lugar que ocupe en la familia, así como de los requerimientos de los distintos tipos de enfermedades y sus tratamientos. Respecto al momento de la vida del paciente, tiene diferentes implicaciones para la familia, dependiendo de si el enfermo es un hijo o uno de los padres. (Robles y Cols., 1987).

En las familias de investigación, cuatro de las familias, alguno de los padres es el que padece insuficiencia renal.

La familia es un organismo vivo, en el que cualquier alteración en la estructura o función influirá en todos sus miembros, ayuda a cubrir las necesidades de quien la integran y cumple fases como lo es nacer, crecer, reproducirse y morir. (La familia valores y autoridad, 2000) y (Estrada, 2002).

La familia constituye la unidad básica de la sociedad. (Corless, 2005).

La sociedad mexicana basa a la estructura de la familia en la mujer sobre todo en la madre, para cubrir las necesidades básicas de sus miembros integrada por una serie de obligaciones y compromisos (Pérez, 2003). Actualmente la madre no puede cubrir dichas expectativas al 100% debido a las necesidades económicas.

En el caso de las familias investigadas son mujeres las que están a cargo de cubrir todas las necesidades del enfermo en este caso son las hijas se encarga de ser el principal cuidador.

Para determinar los cambios en la familia es necesario entender parte de su estructura, dinámica, funciones, etapa del ciclo vital por la que atraviesa para así determinar la magnitud del cambios y los aspectos que influyeron para ser una familia funcional o disfuncional y entrarnos más en la dinámica.

Espejel, (1997) y Minuchin, (2005) mencionan que la familia se clasifica dependiendo de los sujetos que la integran, en las cuales se encontraron identificadas a las familias de investigación: tres de las familias son extensas y dos son nucleares, las extensas presentan una disfuncionalidad más marcada y las nucleares presentan un poco de más funcionalidad en ciertas características.

Es normal que las familias entre más miembros tengan más sea el caos interno, aunque no es una regla general el convivir con más personas genera malos entendidos y una comunicación mal empleada; en cambio una familia nuclear como son menos integrantes mayor es la organización y la comunicación. (Rodrigo, 2002).

De la mano del tipo de familia se une lo que es el ciclo vital de la familia el cual, es un proceso de desarrollo que consiste en atravesar una serie de etapas que implican cambios y adaptaciones. Estos cambios pueden provocar crisis, de menor y mayor intensidad en el núcleo familiar, puesto que al pasar de una etapa a otra las reglas de la familia cambian, provocando en el sistema familiar situaciones adversas como es la separación de uno de sus miembros o la llegada del primer hijo y los problemas a nivel familiar y de pareja que puedan presentarse.

Estas etapas son: pareja sin hijos, nacimiento del primer hijo, adolescencia, rencuentro y vejez.

Las familias estudiadas se encuentran en una fase de rencuentro y vejez ya que por la edad de los sujetos que padecen la enfermedad se encuentran en una adultez tardía conscientes de la enfermedad crónica que padecen, consciente de la muerte, presentan limitaciones relacionadas a la edad y a la enfermedad que traen como consecuencia la dependencia de los padres a los hijos, los cuales en algunos casos no les permiten vivir en libertad y las persona se pueden sentir aprisionadas y puede desarrollar estados depresivos; pero en el caso de la investigación influye la enfermedad directamente para que se dé la depresión.

Como familia, es difícil esta situación más para los hijos que son los que llevan la responsabilidad del cuidado y la parte económica de la enfermedad.

Una de las características que distingue a la familia es su capacidad de integrar muchas funciones en una única fórmula de convivencia. La familia cumple su función con ciertas funciones.

Estas funciones que desarrolla la familia son: en área sexual, lo económico, necesidades físicas; en lo social, afectivo, soporte y apoyo mutuo: que ayuda en crisis, además de resolver las necesidades de protección, compañía, alimento y cuidado de la salud, para mejorar la calidad de sus integrantes. De acuerdo al tipo de familia en que se está inserto, así mismo serán sus funciones y hacen que sus miembros desarrollen autonomía e Identidad (Corless, 2005).

La familia es un sistema, por lo cual, siempre hay una interacción entre padres e hijos o a los miembros que la integran, a esto se le puede llamar dinámica a la relación que existe entre sus integrantes.

Pero más específico la dinámica familiar es el conjunto de pautas transaccionales que establece de qué manera, cuándo y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo al ciclo vital por el que este atravesando la familia. (Espejel, 1997). Dentro de la familia se distribuyen roles específicos a cada miembro que la conforma dependiendo de las características y del lugar que ocupan, delimitan las funciones que corresponden a cada rol a fin de que realicen todas las tareas que se les han establecido para un mejor funcionamiento familiar; pero cuando no es organizada esta dinámica se pueden presentar crisis familiares. (Alcalá, 2009).

Cuando se presentan crisis dentro de la familia es necesario que cada miembro acepte un papel para hacerles frente, en este caso a partir de la enfermedad cada miembro asume un rol diferente al que tenía y trata de compensar y adaptarse a las circunstancias y proporciona apoyo a todos los miembros del sistema familiar para salir adelante pero sobre todo apoyando al miembro enfermo en el caso de la insuficiencia renal ayudando a que el enfermo tenga la mejor calidad de vida posible.

De acuerdo a la dinámica que se presente en cada familia así van a ser los roles, la expresión e involucramiento afectivo dentro de los miembros.

Servín (2001), dice que en la dinámica familiar se presentan algunos aspectos los cuales proporcionan los parámetros para determinar que tan funcional o disfuncional es una familia, los factores son:

**La expresión de afectos y sentimiento:** que en el caso de las familias estudiadas estos no son expresados en la mayoría de los casos prefieren no expresarlos o buscar a alguien externo a la familia para comentarlos.

**Comunicación:** En el caso de las familias presentan muchas dificultades en este sentido ya que se comunican de manera indirecta y tienen constantes malos entendidos y discusiones.

**Funciones y papeles familiares:** En donde un rol funcional debe ser flexible, aceptado, claro, complementario, e intercambiable. Que en el caso de las familias no tiene establecidas bien las funciones por lo cual, presentan muchos problemas que las llevan a la disfunción familiar.

La disfunción familiar puede estar en la base de los problemas de salud y los problemas de salud pueden proporcionar un inadecuado funcionamiento familiar.

Un funcionamiento familiar saludable es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados.

En las familias funcionales y saludables predominan patrones comunicativos directos y claros. Sus miembros suelen expresar de manera espontánea tanto sentimientos positivos como negativos, sus iras y temores, angustias, ternuras y afectos, sin negarle a nadie la posibilidad de expresar libre y plenamente su afectividad, mientras que en las familias disfuncionales todos estos patrones se encuentran modificados, y no hay los recursos necesarios para enfrentarse a la situación, lo que hace que está se convierta en conflictiva.

Así mismo predomina, igualmente, un clima emocional afectivo positivo lo cual, unido a los factores antes apuntados, potencia la integración familiar y eleva los

recursos de la familia para enfrentar los conflictos, crisis y problemas que pueden presentarse en distintas etapas a lo largo del ciclo vital evolutivo familiar.

No se puede hablar de funcionalidad familiar como algo estable y fijo sino una como una dinámica en constante movimiento de acuerdo a las circunstancias que se presentan en la familia. (La familia, valores y autoridad, 2000).

En las cinco familias de investigación los resultados obtenidos fue una importante desadaptación ante la enfermedad, consecuencias muy marcadas que ha traído consigo la enfermedad, afectando al sistema y principalmente al enfermo.

De acuerdo a las características del funcionamiento familiar se obtuvo que las familias con hijos adultos, ante la presencia de una enfermedad; la autoridad y el control radica en los hijos, ya que son quienes toman las decisiones y se encargan de brindar los recursos económicos, ya que alguno de los padres se encuentra ausente debido al padecimiento, además de depender totalmente de los demás.

Los afectos y apoyo como familia no los manejan unidos cada uno expresa a su manera o busca a alguien externo para expresar sus sentimientos y emociones. Se dan más los afectos negativos que los positivos.

La mayoría de las familias presentó que los hijos varones tienen problemas con el alcohol.

La comunicación en la mayoría de las familias fue poco clara y de manera indirecta, con dobles mensajes que influyen directamente en vínculos familiares, reglas y roles.

Existe una baja tolerancia a la expresión de enojo e inconformidades entre sus miembros sobre todo entre los hermanos.

Los recursos emocionales y económicos son indispensables para que la familia pueda salir adelante con la enfermedad, desgraciadamente las familias de investigación presentan pocos recursos económicos y poca adaptación hacia los nuevos cambios y la dinámica familiar.

Por lo cual, se concluye que las características de la funcionalidad de las familias con un miembro con insuficiencia renal son: la autoridad, control, afecto, apoyo, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y recursos emocionales y económicos que nos dan de manera muy concreta las características que los llevan a la funcionalidad o disfuncionalidad y fueron medidas a partir de la Escala de funcionamiento familiar de Espejel (1997).

Sin embargo, se hace la aclaración de que los resultados obtenidos no son generalizables ya que no se puede hablar de funcionalidad familiar como algo estable y fijo, sino como un proceso que tiene que estarse reajustando constantemente.

## **2. CONCLUSIONES.**

La vida está llena de constantes cambios inesperados los cuales pueden llevar a cambiar por completo la forma de ver la vida, la ideología etc.

Una enfermedad, crea un nuevo sistema de demandas y restricciones en el comportamiento de la persona, crea la necesidad de desarrollar otras habilidades y capacidades frente a cómo resolver la enfermedad o de qué manera afrontarla. (Kornblit, 1998).

La insuficiencia renal es una enfermedad que no discrimina raza, género, edad, condición económica, es silenciosa y muy desgastante para el enfermo que la padece es degenerativa y pasa de un nivel de agudo a crónico aunque puede ser detectada de manera crónica.

La insuficiencia renal es una disminución de la función renal la cual, es un daño irreversible de los riñones los cuales cumplen funciones vitales para el ser humano, como lo es la filtración de impurezas tóxicas de la sangre así como ayudar a otros órganos a mantener funciones vitales.

El tratamiento necesario para contrarrestar la enfermedad es la diálisis peritoneal, la hemodiálisis y el trasplante los cuales son indispensables para que la persona que la padece se mantenga con vida.

Teniendo la enfermedad es indispensable para la persona enferma el apoyo de la familia, la cual reacciona de manera rápida para tratar de adaptarse y brindarle fuerza al miembro enfermo; pero la enfermedad en sí y más si es una enfermedad crónica genera demandas variarán dependiendo de factores propios de la enfermedad, como la severidad del proceso, del grado y tipo de incapacidad, del pronóstico de vida, del curso de la enfermedad, de los protocolos de tratamiento químico y sus efectos secundarios, del dolor y de los síntomas de impotencia e inhabilidad experimentados por la enfermedad (Rolland, 2000).

En el caso de un diagnóstico de enfermedad crónica en este caso de la insuficiencia renal que amenaza la vida del enfermo y éste a su familia, se enfrentan por primera vez a la realidad de que puede fallecer y la familia se

enfrenta a la posibilidad de perder a uno de sus miembros, ambos sufren un desequilibrio, todos entran en crisis aunque cada uno a su manera. No se trata de la vida o muerte de una sola persona, sino de todo un sistema. (Renteria, 2003).

Hay cambios en las jerarquías, en el control, en los roles, en el estilo de relación, en la comunicación, en los afectos, en los recursos que como familia poseen y posiblemente queden espacios vacíos en las funciones familiares (Suchecky, 1989).

El efecto psicológico que una enfermedad produce en el paciente y su familia, depende en parte del tipo de enfermedad de que se trate, tomando en cuenta que si no se tiene una consolidación en la unidad familiar, puede dar como resultado una desintegración total. (Robles y Cols., 1987).

Las demandas que la insuficiencia renal y la gravedad de la misma se encuentran inversamente relacionadas con el grado de adaptación familiar al padecimiento.

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

Los cambios que se producen en el interior de la familia dependen en gran medida, de las características propias de cada familia, de la etapa en que ésta se encuentre, del momento de la vida del paciente, del lugar que ocupe en la familia, así como de los requerimientos de los distintos tipos de enfermedades y sus tratamientos. Respecto al momento de la vida del paciente, tiene diferentes implicaciones para la familia, dependiendo de si el enfermo es un hijo o uno de los padres.

La Insuficiencia renal produce una crisis ante el hecho de que “la familia que era, ya no será más” pues esta situación produce cambios y reestructuraciones

en la dinámica familiar aunque no lo deseen. Y afecta su organización y funcionamiento.

En las familias de investigación se pudo constatar todos los cambios y consecuencias descritas por la teoría como lo es la comunicación, la forma de relacionarse, distanciamientos, enojo y una actitud de impotencia que no permiten a la familia desarrollarse de manera positiva; presentar dificultades para adaptarse a las nuevas circunstancias que están viviendo.

La investigación trajo consigo una descripción de todas las funciones de la familia y las características específicas para ser familias funcionales o disfuncionales a pesar de la enfermedad. Así mismo se encontró que 4 de las familias son disfuncionales y solo una es funcional.

Las diferencias entre la familia funcional y las disfuncionales fueron representativas ya que la funcionalidad presentó altas puntuaciones en autoridad, control, afecto, apoyo, conductas disruptivas y recursos. Y en los casos de disfuncionalidad presentaron bajas en los mismos ítems antes mencionados.

Por lo cual, se concluye que la insuficiencia renal es devastadora para la familia afecta directamente a partir de lo avanzado de la enfermedad en la funcionalidad, en las características y funciones de la familia. Es necesario que la familia retome y adquieran de manera voluntarias las funciones adecuadas a la situación para que puedan manejar de manera correcta las situaciones, sobre todo teniendo una buena comunicación, autoridad, límites, clima familiar, apoyo, afectos positivos y recursos emocionales para adaptarse a las nuevas situaciones con las que los va enfrentando la enfermedad.

Los resultados obtenidos por las 5 familias no son generalizables debido a que es pequeña la muestra tomada y la funcionalidad es dinámica; porque constantemente pueden pasar acontecimientos en la familia y modificar la dinámica y organización familiar.

## **LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.**

### **1. LIMITACIONES.**

La escala de Espejel (1997), utilizada durante el proyecto de tesis resultó de mucha importancia durante la investigación pero hubo ciertos aspectos que se detectaron.

Entre las principales limitaciones es posible nombrar las siguientes:

- Dadas las características de las familias, el instrumento de Espejel (1997), no era aplicable para ellas por lo que hubo reactivos que se tuvieron que adaptar, ya que eran para personas con mayor edad y algunas ya con sus propias familias.
- El instrumento de Espejel (1997), tiene preguntas que quedan poco claras para las familias de nivel socioeconómico bajo.

La Insuficiencia renal es una enfermedad crónico terminal muy difícil para la familia por lo cual fue difícil encontrar familias que quisieran participar en la investigación.

Los resultados no son generalizables, depende mucho de la familia, el tipo de familia, el ciclo vital por el que esté pasando, el miembro que éste enfermo y las funciones que realizaba la posición económica, para poder determinar el impacto de la enfermedad en la familia,

## 2. SUGERENCIAS.

Entre las sugerencias aplicables para la Escala son:

- Se sugiere aplicar la nueva versión de la escala de Espejel, (1997) que tiene una puntuación global estandarizada.
- Se sugiere solo aplicar la escala de Espejel, (1997) en el núcleo familiar de donde vive el enfermo.
- Por el tipo de familias que fueron evaluadas en la investigación se pudo observar que las familias no concordaban con ciertas preguntas que tiene la escala ya que la mayoría de los evaluados son mayores de edad con sus propias familias y la escala mide aspectos que no corresponde al ciclo de vida que están viviendo. Se sugiere: utilizar un instrumento que mida la funcionalidad de la familia, que sea aplicable a familias con hijos adultos, y que ya hayan creado sus propias familias.
- Se sugiere un estudio confirmatorio porque la familia siempre está en constante cambio, por lo cual los resultados no son generalizables.
- Propiciar más investigación en la familia del enfermo con Insuficiencia renal ya que hay muy poca investigación en este campo en nuestro entorno.

## REFERENCIAS.

Alcalá, M. (2009). *El funcionamiento familiar y su relación con los significados psicológicos de familia*. Tesis de maestría, no publicada. México: UVAQ.

Alfaro, I., Rizo, M. A. (2008). *Modificación de la dinámica familiar con un integrante enfermo de cáncer*. Tesis de Licenciatura, no publicada. México: UVAQ.

Andreu, L., Forcé, E. (2001). *500 cuestiones que plantea el cuidado del Enfermo Renal*. España: Masson.

*Aportaciones e impacto de cuidar*. (2006). Revista electrónica psicológica científica. 81 recuperado el 16 de marzo del 2009. Disponible. <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-81-cuidadores-familiares-de-personas-con-enfermedades-neurodegenerativas.pdf>.

Argimbau, R. (2006). *Estructura y funcionamiento de las familias con un hijo enfermo de leucemia*. Tesis de licenciatura, no publicada. México: UMSNH.

Arroyo, M. (2009). *Experiencia de 3 familias morelianas en torno a la presencia de Diabetes en uno de sus miembros*. Tesis de maestría, no publicada. México: UVAQ.

Behar, D. (2004). *Un buen morir*. México: Pax.

Bonilla, P. (1997). *Manual para elaboración de trabajos de investigación*. México: Intercontinental.

Borrero, J, Montero, O. (2003) *Fundamentos de medicina, Nefrología*. Medellín Colombia: Corporación para investigaciones biológicas.

Botello, J. (2002). *Manual de nefrología clínica*. España: Masson.

Corless, I, Germino, B., Pittman, A. (2005). *Agonía, muerte y duelo*. México: Manual Moderno.

Domingo, A, Pinto, P. (2001). *Medicina*. España: Complutenses.

Dorsch, F. (1991). *Diccionario de Psicología*. España: Herber.

Espejel, E. (1997). *Manual para la escala de funcionamiento familiar*. México: Instituto de la familia A.C.

Esquivel, M; Prieto, G; Fierro, J; López, R; Ortega, C; Martínez, J; Mendoza, V ; Velasco, R. (2009). *Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia Renal crónica terminal en hemodiálisis*. Revista del IMSS. México: IMSS. (22), 20-35. Recuperado el 22 septiembre del 2009, disponible en <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-iner/em-in.htm>

Estrada, L. (2002). *El ciclo vital de la familia*. México: Grijalbo.

*Folleto acerca de la insuficiencia renal crónica una guía para los pacientes y sus familiares*. (2003). National Kidney foundation. Recuperado el 24 de febrero, 2009, disponible [http://translate.googleusercontent.com/translate\\_c?hl=es&sl=en&u=http://www.ackdjournal.org/webfiles/html/nocookies.html&prev=/search%3Fq%3DNational%2BKidney%2BFoundation,%2BInc.%26hl%3Des%26rlz%3D1W1GPCK\\_es&rurl=translate.google.com.mx&usg=ALkJrhjSqA53Z8sWINGAPT7wprslfUDRbQ](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=es&sl=en&u=http://www.ackdjournal.org/webfiles/html/nocookies.html&prev=/search%3Fq%3DNational%2BKidney%2BFoundation,%2BInc.%26hl%3Des%26rlz%3D1W1GPCK_es&rurl=translate.google.com.mx&usg=ALkJrhjSqA53Z8sWINGAPT7wprslfUDRbQ).

Frankl, V. (2003). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.

García, M; Ocampo, P; Barrio, O y Quiroz, R. (2002). *Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal: intermitentes y ambulatorias* Tesis de licenciatura, no publicada. México: UNAM.

Gómez, C. (2001). *Procesos Sociales y familia*. México: Pax.

Hernández, A., Ramírez, A. (2007). *Funcionamiento familiar y conductas adaptativas en deficientes mentales*. Tesis de licenciatura, no publicada. México: UMSNH.

Hernández, S., Fernández, C., Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

Hoffman, L; Paris, S; Hall, E. (1996). *Psicología del desarrollo hoy*. Madrid: Mc. Graw- Hill.

Huerta, C., Urbina, U. (2010). *Reorganización, funcionamiento y adaptación familiar de la insuficiencia renal crónica*. Tesis de licenciatura, no publicada. México: UMSNH.

Kelly, W. (1991). *Medicina Interna*. Buenos Aires: Médica Panamericana.

Kornblit, A. (1996). *Enfermedad orgánica y familia*. España: Gedisa.

Kübler-Ross, E. (1998). *La rueda de la vida*. Bilbao: Grafo.

*La familia, valores y autoridad*. (2000). México: Trillas.

Lara, E., Martínez, C., Pandolfi, M., Penroz, K., Perfett, R., Pino, G. (2001). *El adulto*. España: Herder.

Lefrancois, G. (2004). *El ciclo de la Vida*. México: Thomson.

Mateo, I., Millán, A., Gracia, M. Gutiérrez, P., Gonzalo, E., López, L.A. (2002). *Cuidadores familiares de personas con enfermedades neurodegenerativas: Perfil, aportaciones e impacto de cuidar*. Revista electrónica psicológica científica. Disponible. <http://www.psicologiaincientifica.com/bv/psicologiapdf-81-cuidadores-familiares-de-personas-con-enfermedades-neurodegenerativas.pdf>.

Merck & Cols. (2007). Manual de Merck: *Diagnóstico y tratamiento*. España: Elsevier

Minuchin, S., Fishman, H. (2005). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.

Nissenson, R., Fine, N. (2009). *El manual de diálisis*. Barcelona: Elsevier Masson.

Palomo, F; Llamas, P., Bravo, B. (2004). *Estadísticas*. Fundación Mexicana del riñón A.C. Recuperado el 20 de enero del 2010, disponible en <http://fundrenal.org.mx/estadisticas.html>

Papalia, D., Wendkos, S., Druskin, R (2005). *Desarrollo Humano*. España: Mc Graw Hill.

Pérez, C., Rodríguez, F. (2006). *Afrontamiento de la enfermedad oncológica por el grupo familiar*. Revista electrónica psicología científica. Cuba: Disponible en <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-81-afrontamiento-de-la-enfermedad-oncologica-por-el-grupo-familiar.pdf>.

Pérez, J., Ros, J. (2003). *Sociología de la familia y sexualidad*. España: Edicep.

Ramírez, P. (2008). *Funcionamiento familiar y migraña con aura*. Tesis de licenciatura, no publicada. México: UMSNH.

Rentería, M. A. (2003). *Funcionamiento familiar en la diabetes mellitus*. Tesis de maestría, no publicada. México: UVAQ.

Robles T, Eustace R, Fernández, CM. (1987). *El enfermo crónico y su familia*. México: Nuevo mar.

Rodrigo, J., Palacios, J. (2002). *Familia y desarrollo humano*. España: Alianza.

Rodríguez, P. (2004). *La familia en Iberoamérica 1550-1980*. Colombia: Colecciones influencias.

Rojas, M. (2009). *Experiencia de tres familias morelianas, en torno a la presencia de diabetes en uno de sus miembros*. Tesis de maestría, no publicada. México: UVAQ.

Rolland, S. (2000). *Familia, enfermedad y discapacidad*. Barcelona: Gedisa.

Satir, V. (2002). *La familia*. México: Paidós

Serna, P. (2001). *Reacciones de los profesionales y la familia ante la enfermedad terminal*. Revista de la sociedad de psiquiatría de la comunidad de valencia. España: Disponible en [http://redfarmamedica.com/spcv/revista/colaboraciones/col\\_28.htm](http://redfarmamedica.com/spcv/revista/colaboraciones/col_28.htm).

Solís, L. (2004). *La parentalidad*. México: Manual Moderno.

Sucheki, D (1989). *¿Por qué no hablar de la muerte?*, *Psicoterapia familiar*, México: Universidad Autónoma de Tlascala.

Tizón, L. (2004). *Pérdida, Pena y duelo*. España: Paidós.

Ulloa, S. (2009). *Funcionamiento familiar y estabilidad emocional en niños y niñas*. Tesis de licenciatura, no publicada. México: UMSNH.

Velasco, C., Sinibaldi, F. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia*. México: Manual moderno.

## **ANEXO 1**

Escala de funcionamiento familiar

De Espejel, (1997).

## Escala de Funcionamiento Familiar

Espejel E. / Cortés J. / Ruiz Velasco V. / Copyright 1995

Familia: \_\_\_\_\_

Tiempo de Unión: \_\_\_\_\_ Edad del primer hijo (a) \* \_\_\_\_\_

Ingreso familiar: \_\_\_\_\_ Ingreso per capita: \_\_\_\_\_

Posición	Sexo	Edad	Escolaridad	Ocupación	Aportación económica a la familia
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Descripción de la vivienda: \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

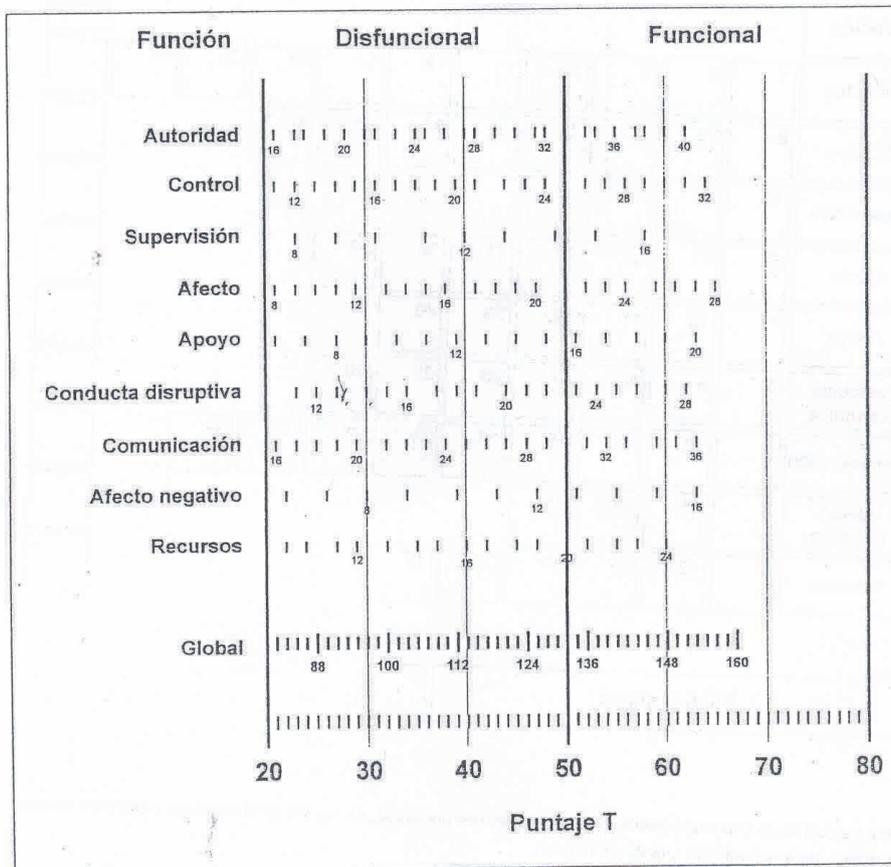
\_\_\_\_\_

Material de investigación  
Prohibida su reproducción sin permiso expreso de los autores

\* Se indica la edad del hijo mayor que  
viva en la familia

## Perfil de funcionamiento familiar

Familia: \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_  
 Tiempo de formada: \_\_\_\_\_ años Etapa de ciclo vital: \_\_\_\_\_  
 Nivel socioeconómico: \_\_\_\_\_ Número de miembros: *Adultos* \_\_\_\_\_  
*Adolescentes* \_\_\_\_\_ *niños* \_\_\_\_\_ Tipo de familia: \_\_\_\_\_



# Perfil de funcionamiento familiar

## Formato de calificación

Cada cuadro tiene el número de ítem que le corresponde. Escribir el puntaje de funcionamiento en los cuadros según el ítem que les corresponda. Un mismo ítem puede aparecer en varios conceptos (por ejemplo el 40) después de haber hecho el vaciado sumar cada escala. El puntaje global se obtiene sumando los puntos de los 40 ítems, debido a la repetición de ítems en diferentes escalas no se puede hacer la suma por escalas.

Función											Suma
Autoridad	1	3	4	5	11	12	14	28	39	40	
Control	8	10	17	26	31	34	35	40			
Supervisión	16	25	26	28							
Afecto	22	23	24	27	31	32	33				
Apoyo	7	16	18	20	39	40					
Conducta Disruptiva	5	9	36	37	38	39	40				
Comunicación	4	10	15	18	19	21	22	36	38		
Afecto negativo	6	15	29	34							
Recurso	2	12	13	14	17	40					
<b>Puntaje global</b>											

Una vez obtenido el puntaje global y la suma horizontal por áreas, se vacían en el siguiente perfil para obtener la gráfica de funcionalidad o disfuncionalidad.

**Instrucciones para el examinador:** marque con una cruz el o los cuadros que correspondan al miembro de la familia al que se refiera la respuesta expresada por los entrevistados.

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
<input type="checkbox"/>							

Funcionalidad

2. Quién organiza la alimentación en la familia (ir al mercado, decir los menús, etc.)

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>							

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
<input type="checkbox"/>							

Funcionalidad

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>							

Funcionalidad

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>							

Funcionalidad

6. ¿Quién o quiénes de la familia intervienen cuando los padres discuten o pelean entre sí?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>							

Funcionalidad

**Instrucciones para el examinador:** las casillas oscuras nunca deben marcarse

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>							

Funcionalidad

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>							

Funcionalidad

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>							

No existen horarios  Funcionalidad

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>							

No ha sucedido  Funcionalidad

**Instrucciones para el examinador:** a partir de esta pregunta explore todos los indicadores. Cuando la respuesta involucre a toda la familia, marque las celdas necesarias.

11. Cuando alguien invita a la casa a quién se le avisa...

A quién se le avisa:

Quién invita	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	No avisa
Padre	<input type="checkbox"/>						
Madre	<input type="checkbox"/>						
Hijos	<input type="checkbox"/>						
Hijas	<input type="checkbox"/>						
Otro familiar	<input type="checkbox"/>						
Otro no familiar	<input type="checkbox"/>						

Nunca invitan  Funcionalidad

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

<i>Estatus</i>	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar
<i>Trabaja y participa</i>						
<i>Trabaja y no participa</i>						
<i>No trabaja y participa</i>						
<i>No trabaja</i>						

Funcionalidad

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

<i>Responsable</i>	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
<i>Otro no familiar</i>							

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? A quién se pide permiso:

<i>Pide permiso</i>	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
<i>Otro no familiar</i>							

Funcionalidad



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

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
<i>Otro no familiar</i>							

Funcionalidad

21. Si conversan ustedes unos con otros, ¿quién con quién lo hace?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
<i>Otro no familiar</i>							

Funcionalidad

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

No

Funcionalidad

23. ¿Quiénes tienen 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?

A quién se le hace saber

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 transmitir los 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 quiénes 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 llegan 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 quien?

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

Instrucciones para el examinador: A partir de esta pregunta explorar la frecuencia con que se presentan los eventos cuestionados

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, etcétera) ¿Quién los ha tenido?

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
<i>Padre</i>			
<i>Madre</i>			
<i>Hijos</i>			
<i>Hijas</i>			
<i>Otro familiar</i>			
<i>Otro no familiar</i>			

Funcionalidad

39. ¿Quién ha presentado algún problema emocional?

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
<i>Padre</i>			
<i>Madre</i>			
<i>Hijos</i>			
<i>Hijas</i>			
<i>Otro familiar</i>			
<i>Otro no familiar</i>			

Funcionalidad

40. ¿Quién en la familia se aísla?

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
<i>Padre</i>			
<i>Madre</i>			
<i>Hijos</i>			
<i>Hijas</i>			
<i>Otro familiar</i>			
<i>Otro no familiar</i>			

Funcionalidad

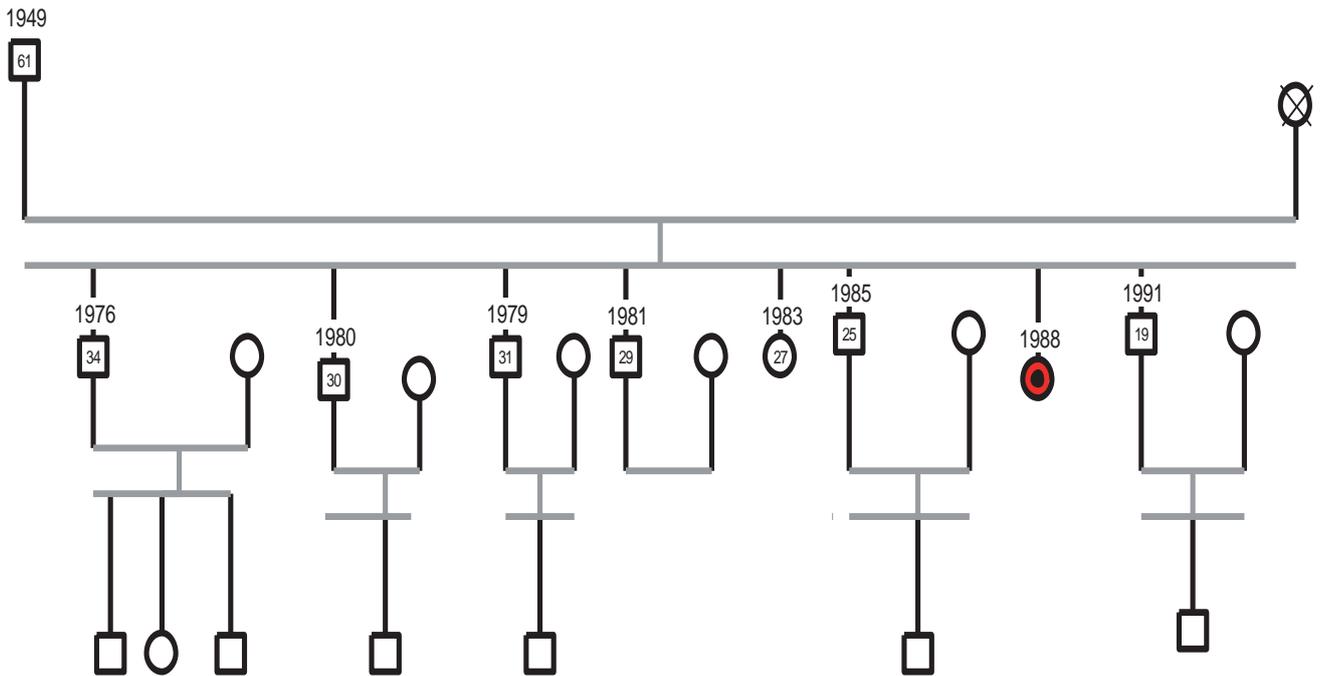
## **ANEXO 2.**

### **GUÍA DE ENTREVISTA.**

- a) Ficha de identificación.
- b) Duración de la enfermedad.
- c) Antecedentes familiares de la enfermedad.
- d) Actitud de la familia ante la presencia de un miembro enfermo.
  - a. Actitud del enfermo ante su enfermedad.
- e) Apoyo.
- f) Afectos.
- g) Comunicación en la familia.
- h) Sentimientos ante la enfermedad.
- i) Cambios en la estructura familiar a partir de la enfermedad.
- j) Funciones de la familia.
- k) Cuidados especiales.
- l) Convivencia familiar.
- m) Repercusiones familiares a partir de la enfermedad.
- n) Vivencias a partir del diagnóstico.
- o) Conflictos familiares a partir del diagnóstico de enfermedad.

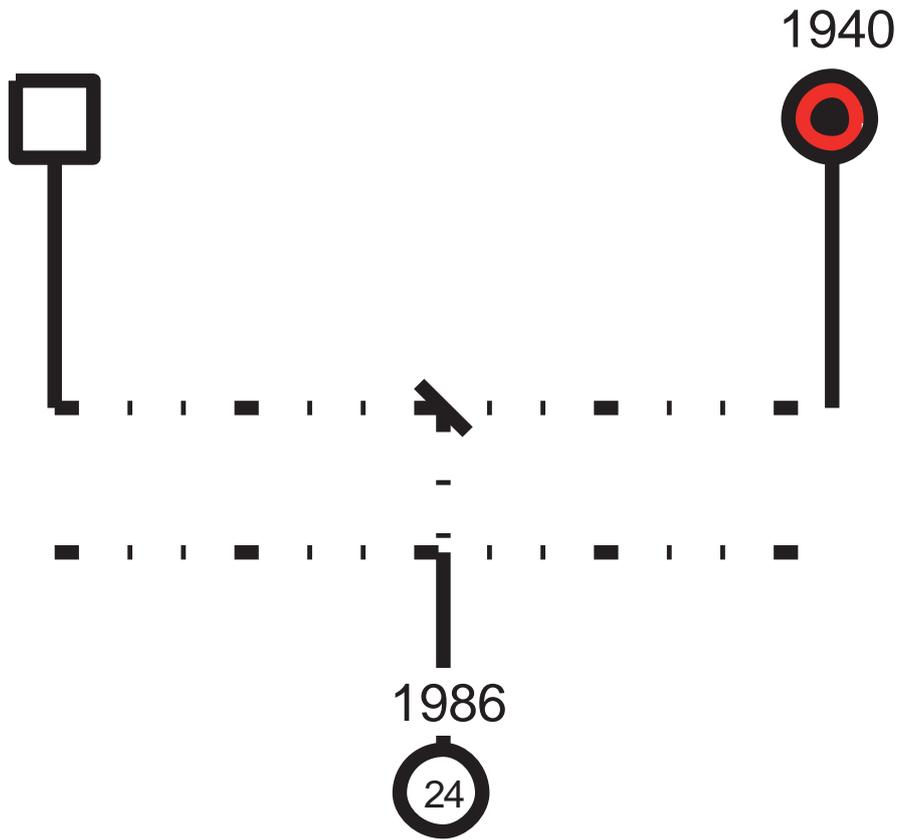
ANEXO 3  
FAMILIOGRAMAS.

FAMILIA 1.



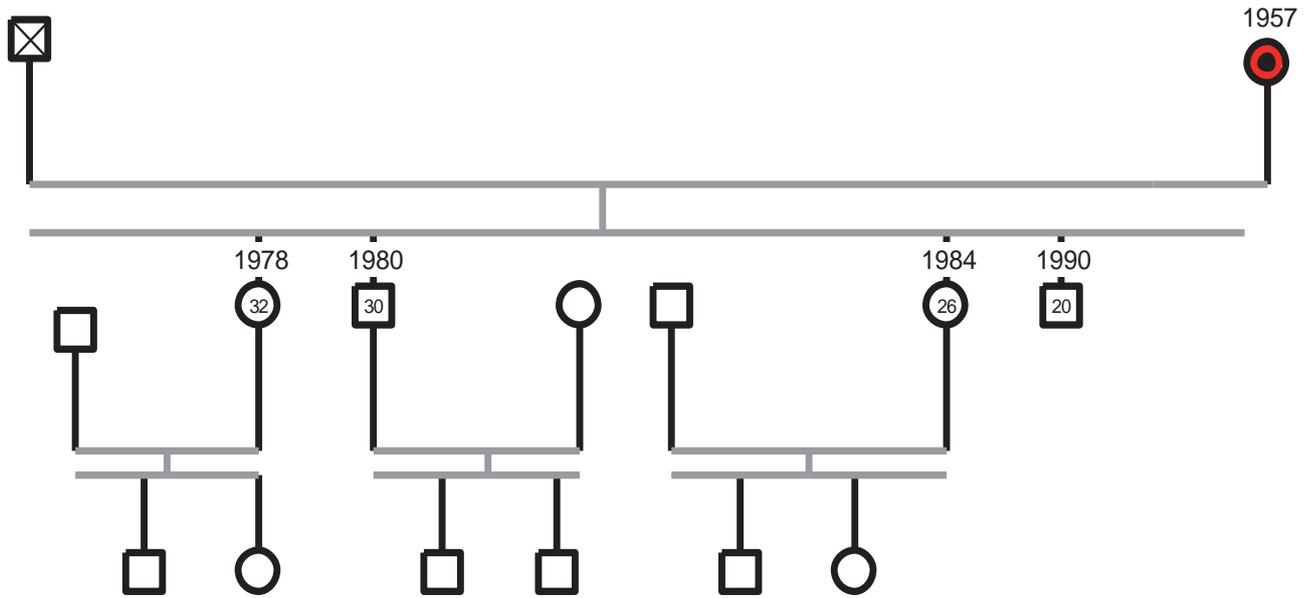
ANEXO 4.

FAMILIA2.



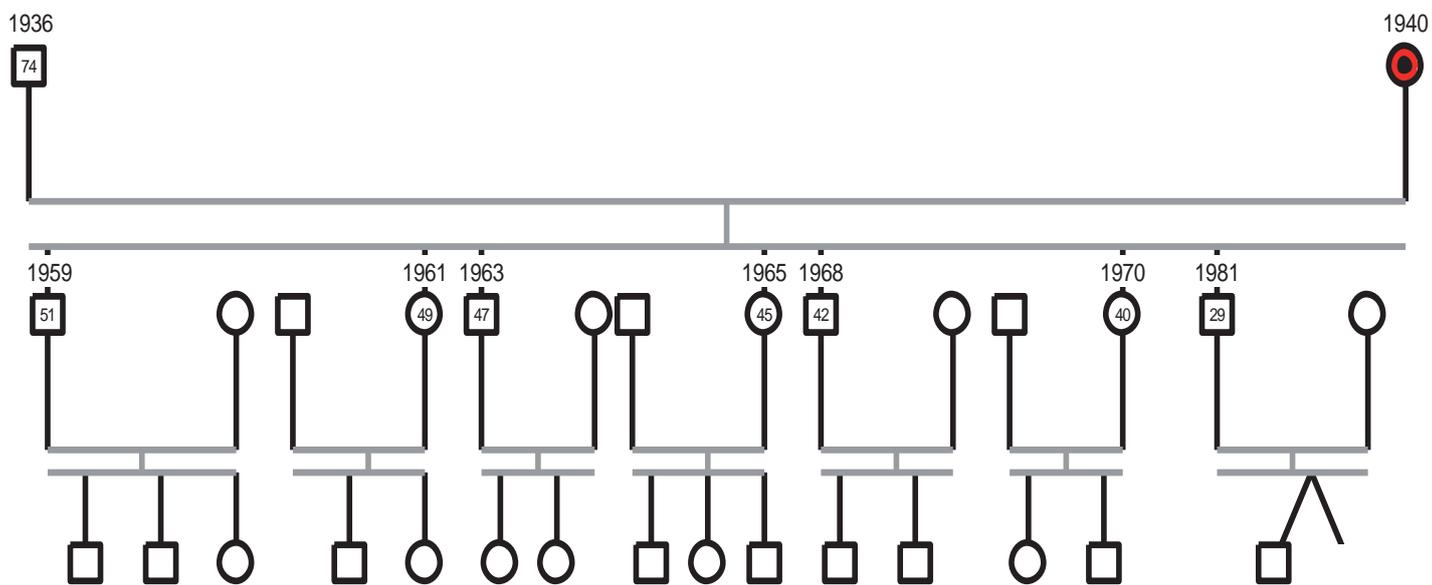
ANEXO 5.

FAMILIA 3.



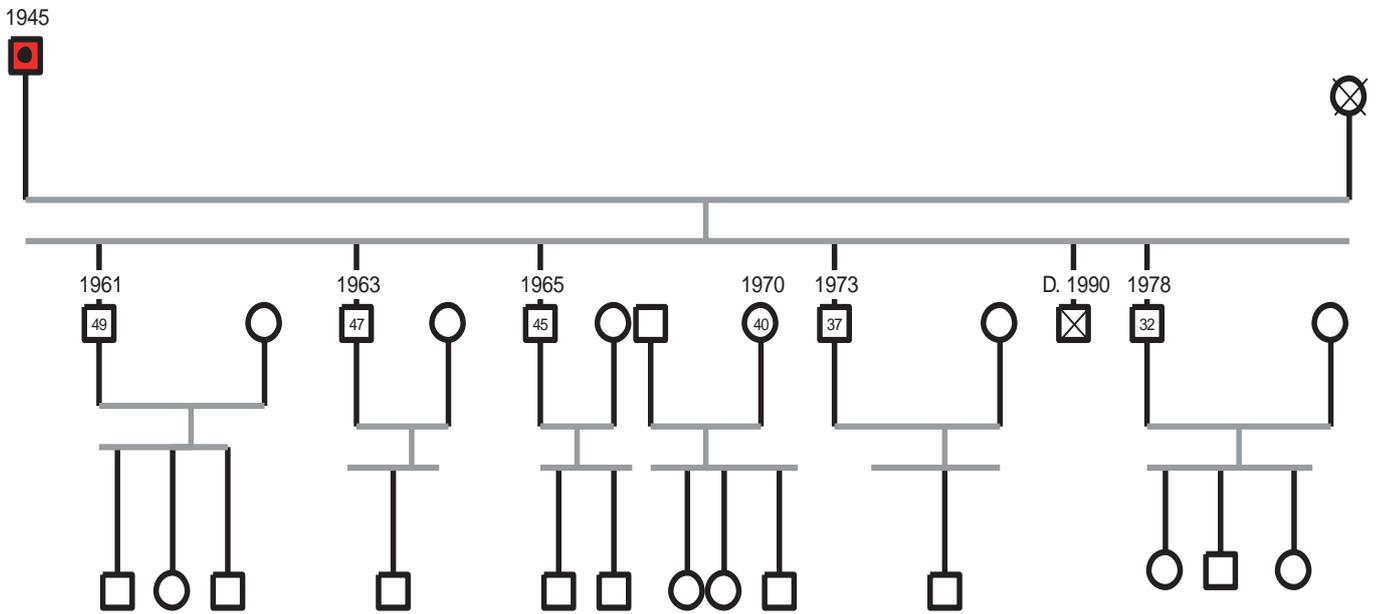
ANEXO 6.

FAMILIA 4.



ANEXO 7.

FAMILIA5.



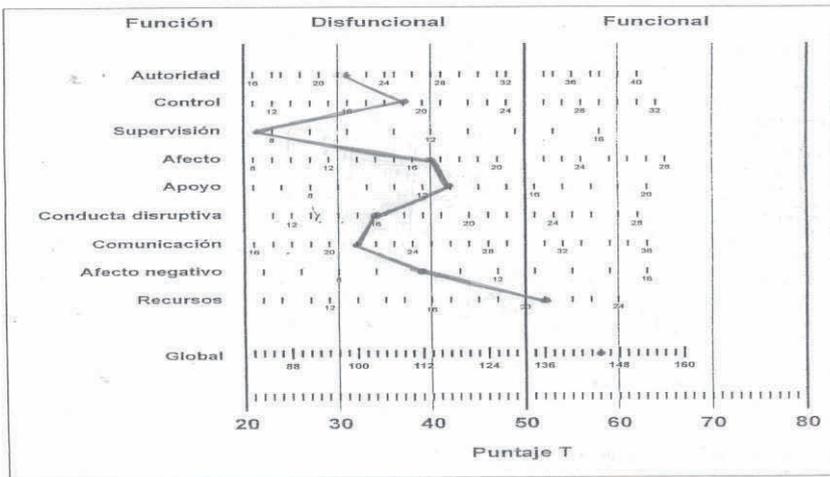
# ANEXO 8

## PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.

### FAMILIA 1.

#### Perfil de funcionamiento familiar

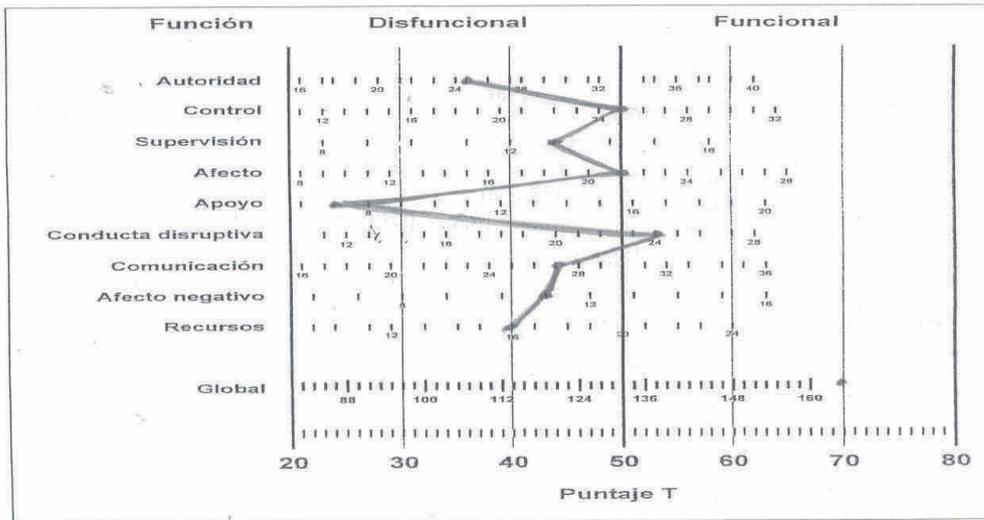
Familia: 1 Fecha de aplicación: 16 Junio 2010  
 Tiempo de formada: 36 años Etapa de ciclo vital: Reencuentro  
 Nivel socioeconómico: \_\_\_\_\_ Número de miembros: Adultos 9  
 Adolescentes 0 niños 0 Tipo de familia: semiestructura



**FAMILIA 2.**

**Perfil de funcionamiento familiar**

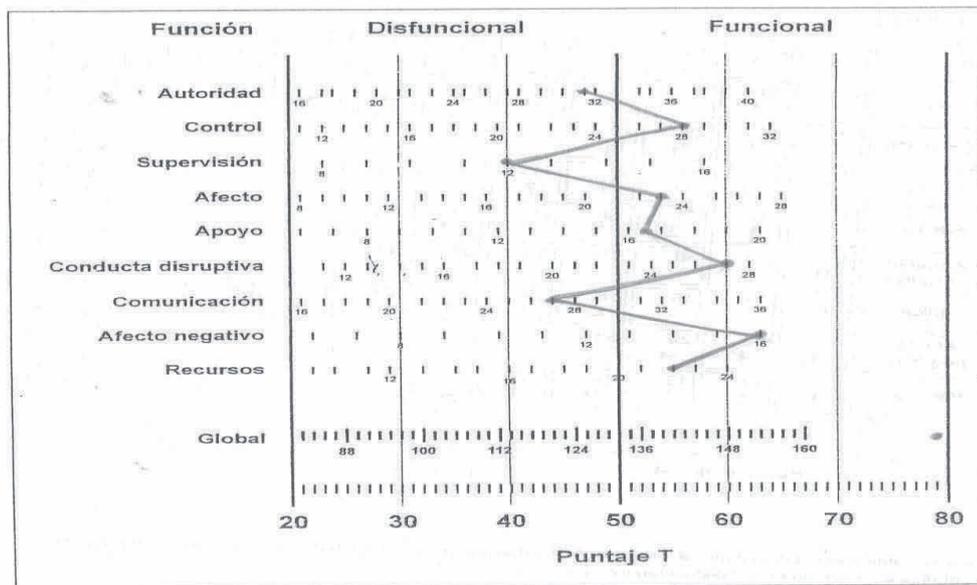
Familia: 2 Fecha de aplicación: 15 junio  
 Tiempo de formada: 24 años Etapa de ciclo vital: Vejez  
 Nivel socioeconómico: Bajo Número de miembros: Adultos 2  
 Adolescentes 0 niños 0 Tipo de familia: Nuclear



### FAMILIA 3.

#### Perfil de funcionamiento familiar

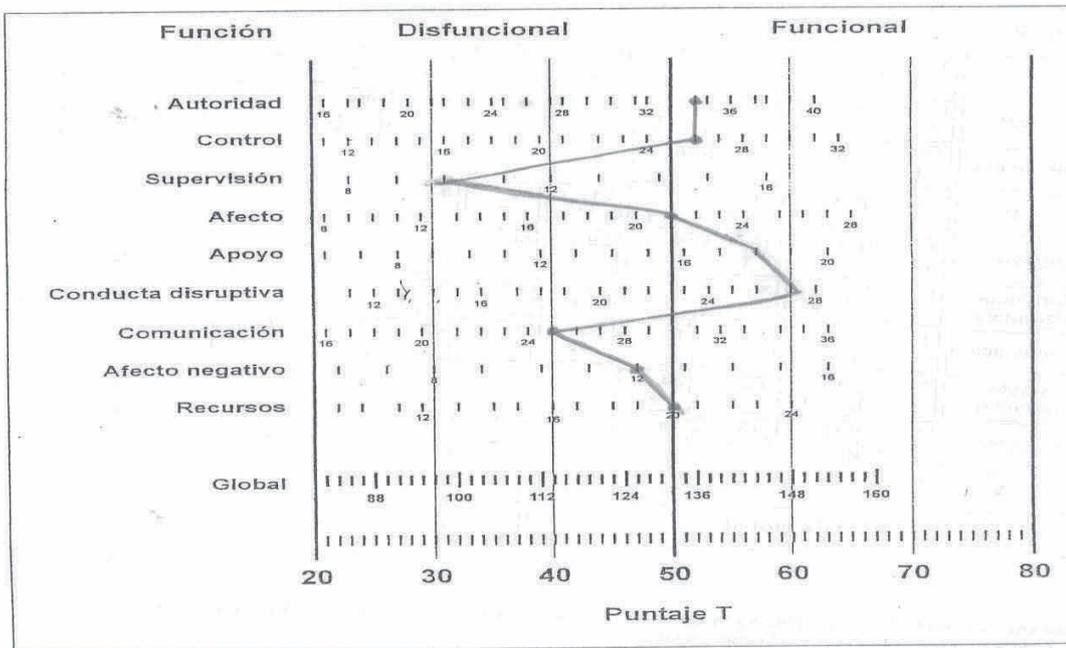
Familia: 3 Fecha de aplicación: 15 junio 2010  
 Tiempo de formada: 25 años Etapa de ciclo vital: Vejez  
 Nivel socioeconómico: Bajo Número de miembros: Adultos 5  
 Adolescentes 0 niños 0 Tipo de familia: extensa



# FAMILIA 4.

## Perfil de funcionamiento familiar

Familia: familia 4 Fecha de aplicación: 01/Julio/2010  
 Tiempo de formada: 52 años Etapa de ciclo vital: Vejez  
 Nivel socioeconómico: 1 Número de miembros: Adultos 9  
 Adolescentes 0 niños 0 Tipo de familia: Nuclear



**FAMILIA 5.**

**Perfil de funcionamiento familiar**

Familia: 5 Fecha de aplicación: 30 Junio / 2010  
 Tiempo de formada: 30 años Etapa de ciclo vital: Vejez  
 Nivel socioeconómico: \_\_\_\_\_ Número de miembros: Adultos 8  
 Adolescentes 0 niños 0 Tipo de familia: Extensa

