

11226



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

63

FUNCIONALIDAD Y ESTRUCTURA FAMILIAR COMO  
FACTOR DE RIESGO EN FAMILIAS CON RECIEN  
NACIDOS DE BAJO PESO.

TESIS DE POSTGRADO  
QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE:  
MEDICO DE FAMILIA  
P R E S E N T A :  
ELVIA ONESIMA GUZMAN SAENZ

ASESOR: DR. OCTAVIO NOEL PONS A.



MEXICO, D. F.

2001

289953

1998



Universidad Nacional  
Autónoma de México



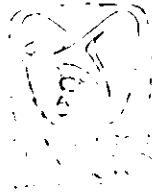
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**FUNCIONALIDAD Y ESTRUCTURA  
FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO  
EN FAMILIAS CON RECIEN NACIDOS  
DE BAJO PESO.**

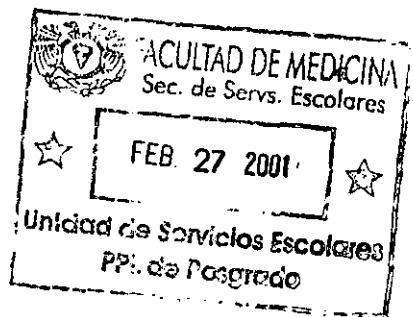


U. M. F. No 20  
DEPTO. ENSEÑANZA E INVESTIGACION

VO. BO.

ASESOR:

DR. OCTAVIO NOEL PONS ALVAREZ.  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE  
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR  
No. 20 DELEGACION I NOROESTE DEL IMSS  
MEXICO, D.F.



VO. BO.

*Yolanda E. Valencia*

---

**DRA. YOLANDA VALENCIA ISLAS.  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.  
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE  
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR  
UMF. 20. IMSS, D.F.  
No. 20 DELEGACION I NOROESTE DEL IMSS  
MEXICO, D.F.**

*Juan Espinosa*

VO. BO.

---

**DR. JUAN ESPINOSA MARTINEZ.  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.  
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE  
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR  
UMF. 20. IMSS, D.F.  
No. 20 DELEGACION I NOROESTE DEL IMSS  
MEXICO, D.F.**

## **DEDICATORIAS.**

**A MIS PADRES;** IRINEO Y LEOVA, sin cuyo incondicional apoyo me hubiese sido difícil alcanzar esta meta.

**A MI ESPOSO:** FRANCISCO, por la entrañable comprensión que me ha brindado y sin cuya fortaleza de espíritu (que siempre me trasmite) hubiera claudicado fácilmente.

**A MI HIJA:** MARIA ELENA, por darle valor a todas las cosas y porque a su corta edad ha aprendido a compartir nuestros esfuerzos e ilusiones.

## **DEDICATORIAS.**

**A MIS HERMANOS:** EDUARDO, ARTURO LINO, IRINEO, MARCO ANTONIO, GUILLERMO Y AQUILES, quienes a pesar del tiempo y la distancia me han estimulado para realizarme como mujer y profesionista.

**A MIS PROFESORES:** OCTAVIO, YOLANDA Y JUAN, por la incanzable labor que realizan año tras año en el esfuerzo de formar médicos familiares comprometidos con la especialidad y por sus invaluable aportaciones a ésta y a nosotros. . . . sus discípulos.

## DEDICATORIAS.

A todas aquéllas personas que han contribuido a mi formación no solo como médico sino como mujer y ser humano y cuya lista sería interminable.

A LA VIDA: por permitirme aceptar el reto de vivir en armonía conmigo misma y con los demás.



## INDICE

<b>OBJETIVOS:</b>	<b>PAGINAS:</b>
<b>GENERALES</b>	<b>1</b>
<b>PARTICULARES</b>	<b>2</b>
<b>MARCO TEORICO</b>	<b>3</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>11</b>
<b>HIPOTESIS</b>	<b>12</b>
<b>MATERIAL Y METODOS</b>	<b>13</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>19</b>
<b>CUADROS Y GRAFICAS</b>	<b>22</b>
<b>ANALISIS E INTERPRETACION</b>	<b>23</b>
<b>ANALISIS ESTADISTICO</b>	<b>27</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>28</b>
<b>COMENTARIOS</b>	<b>29</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>30</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>33</b>
<b>ANEXOS.</b>	<b>36</b>

## **OBJETIVOS.**

### GENERALES:

Demostrar que la función familiar incrementa la probabilidad de bajo peso al nacer.

## **PARTICULARES:**

- Determinar la funcionalidad familiar de las familias con embarazo de 32 –33 SDG.
  
- Identificar la estructura familiar más frecuente en familias con recién nacidos de bajo peso al nacer y en familias con recién nacidos eutróficos.
  
- Señalar el grado de segregación social más frecuente en las familias con recién nacidos de bajo peso y en familias con recién eutróficos.

## MARCO TEORICO.

Los recién nacidos de bajo peso al nacer son un problema de salud pública, ya que, el bajo peso al nacer, causa la mayor parte de las muertes en el periodo neonatal; además de que son el principal grupo de pacientes con alteraciones del neurodesarrollo.

Se calcula que anualmente nacen en los países en vías de desarrollo más de 20 millones de niños con peso bajo; 40 a 70% son pretérmino y el resto son pequeños para su edad gestacional, debido a que sufrieron un retardo en su crecimiento uterino.

Se define como neonato de peso bajo al nacer a todo aquél que nace con peso inferior a 2500g. (OMS); como neonato de peso muy bajo, a aquél con peso menor de 1500g. (499g ó menos); como de extremadamente bajo o diminuto al que pesa menos de 1000g y como neonato feto al que pesa menos de 750g.

El neonato de peso bajo al nacer se puede observar como prematuro (se refiere a la madurez biológica de aparatos y sistemas que permitan la viabilidad del producto) ó como pretérmino (se refiere a que el nacimiento ocurrió antes del término y se relaciona con el tiempo de gestación en semana).

Otro problema epidemiológico que se presenta es que se espera una mayor frecuencia de bajo peso al nacer entre los niños que murieron que entre los sobrevivientes, así como en áreas rurales no todos los nacimientos son registrados ni todos los mortinatos; por lo que la tasa de incidencia se espera mayor en la realidad que hasta lo que actualmente se tiene registrado.

## **EPIDEMIOLOGIA.**

Diversos estudios han demostrado que entre los diversos grupos estudiados, de acuerdo a las definiciones mencionadas con anterioridad, se pudo observar que los que sobrevivieron tenían un mayor peso, mayor edad gestacional y una mejor calificación de Apgar al primer minuto.

La mortalidad varía de un 10 al 20% de acuerdo a las muestras estudiadas.

La mortalidad es muy alta en los neonatos con peso menor a los 1500g y puede llegar a ser hasta de un 63%, pese a la alta tecnología desarrollada en los últimos decenios y que ha permitido un mayor porcentaje de sobrevida en este grupo de recién nacidos.

## **FACTORES RELACIONADOS CON EL BAJO PESO AL NACER**

- A. SOCIO-DEMOGRAFICOS Y ECONOMICOS:**  
Incluyen tamaño de la localidad, de residencia, sector económico, condiciones de la vivienda y escolaridad materna.

B. Y C. PRE-CONCEPCIONALES Y CONCEPCIONALES:  
edad de la menarca, paridad y edad de la madre al nacimiento, intervalo intergenésico, seco del niño y muertes neonatales previas (como indicador de antecedentes obstetricos previos.

D. FACTORES DEPENDIENTES DEL CUIDADO A LA SALUD: atención prenatal.

Se observa que los niños con bajo peso al nacer están sobre-representados en los estratos socio-económicos bajos. Hay también una marcada diferencia en la distribución de peso según la edad de la menarca. Entre las madres cuya menarca ocurrió tardíamente la proporción de niños con BPN (bajo peso al nacer) es de 14.4%, mientras que en aquéllas cuya menarca fue antes de los 15 años fue del 9%.

Los niños cuyas madres tuvieron una ó más muertes neonatales presentan una frecuencia más elevada de BPN (12.5%), también sucede con las madres que no recibieron atención médica (19%) y aquéllas que tienen un intervalo internacimiento con sólo 7 a 11 meses (31.8%).

Los hijos de madres adolescentes o mayores de 35 años de edad muestran una frecuencia ligeramente mayor de BPN. Sorprende encontrar una menor proporción de niños con BPN entre los hijos de madres de paridad elevada (8.8%) y entre las niñas existe una mayor frecuencia que entre los niños.

Una atención profesional deficiente ó nula se relaciona en forma importante con la falta de detección y tratamiento oportunos.

Los niños que habitan viviendas en malas condiciones tienen un riesgo mayor.

Condiciones de vida precarias no significa solamente una escasez de recursos económicos que limitan la adquisición de insumos, sino que producen un sobreesfuerzo de la madre durante el embarazo ó bien, que permanezca en el hogar en donde carga con toda una serie de responsabilidades. El no haber salido de su casa y nunca haber atendido la escuela es el factor de riesgo relevante para el BPN, el cuál se duplica en este grupo de individuos.

Dentro de los factores preconceptionales y conceptionales se encuentran la edad gestacional, ya que es el factor que afecta más a el peso al nacer (una semana extra de embarazo se relaciona con un aumento hasta de 159g.

El tabaquismo, alcohol y el trabajo se han relacionado con el BPN.

La inducción del parto en muchas ocasiones secundario a problemas de salud materna; tales como; hipertensión, eclampsia, diabetes u otras enfermedades crónicas.

## SEGUIMIENTO DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA DE NEONATOS CON BAJO PESO AL NACER

- De acuerdo a los resultados obtenidos en un grupo de neonatos nacidos con BPN se encontró que:
  - Entre los menores de 1500g egresados de las unidades de cuidados intensivos presentan una mayor frecuencia de secuelas psiconeurológicas, audiológicas de lenguaje y oftalmológicas en comparación con neonatos sin complicaciones. Frecuencias que varían considerablemente de acuerdo a los diferentes autores, al tipo de secuela y a los años de seguimiento.
  - Es difícil identificar tempranamente cuáles de estos niños tendrán alteraciones en su desarrollo posterior y actualmente se ha demostrado la importancia de combinar medidas de evolución biológicas y psiconeurológicas, así como factores ambientales; ya que, estas alteraciones de conducta y lenguaje aparecen en épocas más avanzadas de la vida, por lo que estos niños deben de continuar programas de seguimiento.
  - Los neonatos de bajo peso al nacer para la edad gestacional tienden a tener un crecimiento precoz durante la infancia, como un intento por recuperar la deficiencia prenatal de la masa corporal, esquelética y cerebral en un periodo comparativamente corto después de nacer, la recuperación de la circunferencia cefálica es más rápida que la del peso o la de la talla.



De acuerdo a la literatura, podríamos decir que, a excepción de los neonatos de peso bajo por infecciones congénitas o malformaciones graves, el resto de los recién nacidos constituye un grupo muy heterogéneo; por lo que las alteraciones del neurodesarrollo dependerán de la presencia ó ausencia de sucesos perinatales adversos, además del factor causal del peso bajo, por ejemplo: la evolución neurológica depende de la presencia y de la intensidad de la asfixia y del desarrollo de encefalopatía hipoxicoisquémica, convulsiones, traumatismos, etc.

No debe olvidarse que un factor importante en la evolución de las secuelas es el ambiente socioeconómico de la familia, donde el nivel bajo de escolaridad y de ingreso contribuye a que haya un mayor número de secuelas y a que éstas sean más graves.

## ENFOQUE DE RIESGO.

El enfoque de riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad de atención para todos, prestando mayor atención a aquéllos que más la requieran.

Para poder utilizar este método debemos saber que es el riesgo.

Riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud; el enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad la cual se emplea para estimar la necesidad de atención a la salud o de otros servicios.

Factor de riesgo es una característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud.

Los factores de riesgo pueden ser tanto indicadores de riesgo como causas de daños a la salud.

## **DISFUNCION FAMILIAR.**

Se ha denominado disfunción familiar a aquella característica ó serie de características que impiden el desarrollo y crecimiento familiar, es decir, se considera disfuncional a una familia cuando no cumple sus funciones primordiales (afecto, atención, reproducción, status y socialización); cuya comunicación y formas de relación interpersonal se encuentran afectadas y cuyos mecanismos de defensa son estereotipados y paralizantes.

Es cierto que se reconoce a la familia como la base de la sociedad y la creadora y transformadora de ésta a través de su principal aporte a la misma:

Que es la de integrar a la sociedad individuos útiles a ella misma y también es cierto que la misma sociedad influye en sus valores culturales, morales, económicos, etc., estableciéndose una relación de retroalimentación ya sea positiva o negativa.

Es tal la importancia de la funcionalidad familiar que en algunos estudios (pocos; en realidad) se ha observado su estrecha relación con algunos factores de riesgo a la salud tanto individual como familiar.

Es por ésto que esta investigación trata de observar qué tan importante es la disfunción familiar como factor de riesgo en la presencia de RN con bajo peso al nacer.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Es la disfunción familiar un factor de riesgo para tener RN con bajo peso al nacer?

## **HIPOTESIS.**

La disfunción familiar es un facto de riesgo para tener recién nacidos con bajo peso al nacer.

## **MATERIAL Y METODOS.**

Con la finalidad de medir si la funcionalidad familiar es un factor de riesgo para la presencia de RN con bajo peso al nacer se diseñó un estudio prospectivo, transversal, comparativo y observacional.

Nuestros sujetos de estudio fueron 20 familias con embarazo de 32 a 33 SDG adscritas a la U.M.F. No. 20 I.M.S.S. y a quienes se les aplicó el "Modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar".

Los criterios de inclusión: familias con mujeres embarazadas de 32 a 33 SDG. que acepten ser incluidas en el estudio y que pertenezcan a la U.M.F. No. 20 I.M.S.S. Los criterios de no inclusión fueron: Familias con mujeres embarazadas de 32 a 33 SDG que no acepten incorporarse al estudio y de exclusión no hubo.

En el Centro de Estadísticas y Datos de la UMF No. 20 se captaron el total de mujeres embarazadas durante el mes de Nov. y Dic. que hubiesen tenido 32 a 33 SDG, las cuáles fueron: 58, por lo que se considero que 20 familias serían significativas para el estudio constituyendo el 32.5% de la población captada. La muestra se eligió aleatoriamente y a través del Centro de Informática de la U.M.F. No.20 se localizaron domicilios y teléfonos; procediéndose a realizar visitas domiciliarias y llamadas telefónicas para la aplicación de la encuesta, así como para solicitar la autorización de las familias para la realización de la misma.

El instrumento de investigación aplicado es:

El modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar es un instrumento validado y desarrollado en la clínica de la Familia del Departamento de Medicina Psicológica I.N.N.S.Z. y tiene como finalidad abordar al grupo familiar como unidad de estudio.

Consta de 7 variables las cuáles son:

1. **Tiempo de evolución:** Esta variable hace referencia a la capacidad que la familia tiene para percatarse y enfrentar ya sean el conflicto o la aparición de la sintomatología de uno de sus miembros. Las familias muy disfuncionales tienden hacia la perpetuación de las dos situaciones. Desde este primer rubro tenemos un indicador pronóstico, en cuanto a la mayor o menor cronicidad.
2. **Individuación en el sistema (familia origen),** la presente variable hace referencia a la individuación que los actuales cónyuges establecieron con respecto a sus propios padres (los actuales abuelos), esto es, las posibilidades que la familia de origen brindó para que sus hijos (la pareja futura) lleguen al establecimiento de la pareja estable, con una identidad consolidada que les permita una interrelación adecuada, en su vida futura.
3. **Individuación en el sistema (familiar nuclear),** como los patrones conductuales provienen de la internalización de las modalidades vinculares de la familia de origen, estos tienden a "reeditarse" en la familia nuclear, al calificar estos rubros, debe encontrarse una congruencia en los patrones de interacción. De ahí la importancia de observar desde una perspectiva trigeracional.

4. Espectro coalición-colusión: COALICION. Es la unión de dos individuos que tienen intereses y valores comunes. es un vínculo de naturaleza sinérgica (relación que tiende hacia la progresión). COLUSION. Es el vínculo de dos individuos cuyas limitaciones de desarrollo emocional les impiden una relación sinérgica que favorezca la progresión.

Esta variable hace referencia a la interacción de la pareja exclusivamente. La coalición implica el funcionamiento en individuación. La colusión, por lo contrario, implica una relación con una muy pobre delimitación de la identidad de los cónyuges porque las expectativas inconscientes que traía cada uno de ellos, ante la imposibilidad de satisfacción y su frustración consecuente, los pone en un serio riesgo de caer en el conflicto conyugal y de presentar sintomatología de expresión tanto psíquica como somática.

El conflicto conyugal puede evolucionar hacia alguno de los siguientes aspectos: hacia la cronicidad o hacia el divorcio.

Si se perpetúa en la primera (la cronicidad), la sintomatología puede manifestarse en:

- a. Enfermedad psíquica, somática o una mezcla de ambas en uno de los conyuges.
- b. El conflicto disfuncional permanente.
- c. La enfermedad de uno de los hijos (el fenómeno del hijo triangulado).



5. Mecanismos de defensa, se comprenden como procesos inconscientes, adaptativos innatos de naturaleza reguladora. Su función es la de minimizar los cambios bruscos en los ambientes interno y externo.

Los mecanismos de defensa se dividen en dos rubros, los de alto nivel que son aquéllos que giran alrededor de la represión (represión propiamente dicha, formación reactiva, desplazamiento, aislamiento y condensación) y los de bajo nivel que, por el contrario, son aquellos mecanismos de defensa que giran alrededor del mecanismo de escisión, y que empobrecen al yo (escisión, identificación proyectiva patológica, negación, idealización primitiva). Los pertenecen a los individuos y a los sistemas familiares que han alcanzado un adecuado desarrollo emocional.

Los sistemas familiares que comparten el funcionamiento en bajo nivel, muestran una estructura de naturaleza primitiva donde el enfoque individual encontraría graves componentes psicopatológicos y proclive a la sintomatología en virtud de la deficiente individuación.

6. Patrones de comunicación, son las reglas de interacción que gobiernan a un sistema familiar. Se inicia desde las primeras etapas del desarrollo mediante un proceso de aprendizaje. Este proceso, por lo tanto, se transmite a través de las sucesivas generaciones. La manera como se emiten y reciben los mensajes permite, clínicamente, estimar la tendencia dominante en el sistema familiar: hacia la progresión o la detención.

7. Control de conducta, es el proceso mediante el cual se vigilan las reglas de interacción observadas en la conducta manifiesta de los diferentes miembros del sistema familiar. ¿quien participa? Dicha conducta puede obedecer a patrones de naturaleza rigida, caótica, armónica, etc.

La observación de los patrones de comunicación y control de la conducta y su confrontación ante los miembros de la familia, se constituyen como un vehículo para la consecución del cambio terapéutico.

Tratándose de conducta observable, es a partir de ellos como se puede tener acceso a la comprensión de la conflictiva emocional de los participantes. Estas dos ultimas variables (patrones de comunicación y control de la conducta), se procesan como elementos observables directamente durante la entrevista y se utilizan para propósitos de corroboración de lo inferido en la aproximación psicodinámica de los rubros anteriores (2.5) lo cual alude a la congruencia interna del instrumento, (vid infra anexo 1).

Posterior a la aplicación de la entrevista se espero a que las familias terminaran el embarazo para evaluarse el porcentaje de RN a término y de RN con bajo peso al nacer y cotejar los resultados con respecto al planteamiento del problema y corroborar ó disprobar la hipótesis.

Desde el punto de vista estructural, se aplica el familiograma, ampliamente validado por todos aquéllos que trabajan con familias, (vid infra anexo 2).

Las encuestas realizadas se hicieron en el domicilio de 16 familias y a 4 familias se le realizó la encuesta en la U.M.F. No. 20, I.M.S.S.

Excepto en 2 encuestas a las cuáles no asistieron todos los miembros de la familia (solo la mujer embarazada fue la informante): a 18 familias se les realizó entrevista familiar.

## RESULTADOS.

Respecto a la aplicación del Modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar todas y cada una de las familias a quienes se les aplicó cooperaron en forma adecuada al interrogatorio:

Los resultados obtenidos en cada una de las variables evaluadas fue el siguiente:

### **Tiempo de evolución:**

El 50% (10 familias) se encontró entre 1 a 4 años, el 30% (6 familias) entre 5 a 8 años, el 10% (2 familias) entre 13 y 16 años y 5% (1 familia) en cada rango entre 9 a 12 años y 17 a 20 años, (vid infra cuadro No. 1, gráfica No.1).

### **Individuación en el sistema familiar (origen):**

El 25% (5 familias) resultaron ser moderadamente disfuncionales y 75% (15 familias) funcionales, (vid infra cuadro No. 1, gráfica No.2).

### **Individuación en el sistema familiar (nuclear):**

El 15% (3 familias) moderadamente disfuncionales y 85% (17 familias) funcionales, (vid infra cuadro No. 1, gráfica No.3).

### **Espectro coalición colusión:**

15% (3 familias) moderadamente disfuncionales y 85% (17 familias) funcionales, (vid infra cuadro No. 1, gráfica No.4).

**Mecanismos de defensa:**

El 5% (1 familias) moderadamente disfuncional y 95% (19 familias) funcionales, (vid infra cuadro No. 1, gráfica No.5).

**Patrones de comunicación:**

El 15% (3 familias) moderadamente disfuncional y 85% (17 familias) funcionales, (vid infra cuadro No. 1, gráfica No. 6).

**Control de conducta:**

El 10% (2 familias moderadamente disfuncional y 90% (18 familias) funcionales. (vid infra cuadro No. 1, gráfica No. 7).

**De acuerdo a las gestas:**

Se encontró que el 50% (10 familias) eran gesta 2; 30% (6 familias) gesta 1; 10% (2 familias) gesta 3 y 10% (2 familias) gesta 4, siendo el promedio de gestas 2, (vid infra cuadro No. 1, gráfica No. 8).

La edad de las familias con embarazadas de 32 a 33 SDG fue 19 a 36 años con promedio de 25.7 años de edad.

La variable de bajo peso al nacer se encontró sólo en 2 familias: una con un producto de 2325 grs. fue de pretérmino secundario a preeclampsia y otra con producto de 2475 grs. secundario a ruptura prematura de membranas, (vid infra cuadro No. 1, gráfica No. 9).

Respecto a su estructura familiar se encontró que: El 100% de las familias, y de acuerdo a la clasificación geográfica, son urbanas.

De acuerdo a la clasificación histórica: el 80% son tradicionales (16 familias) y el 20% son modernas (4 familias), (vid infra cuadro No. 1, gráfica No. 10).

De acuerdo a su estructura el 40% (8 familias) son extensas y el 60% (12 familias) son nucleares, (vid infra cuadro No. 1, gráfica No. 11).

De todas las familias evaluadas dos fueron funcionales en cada una de las variables calificadas.

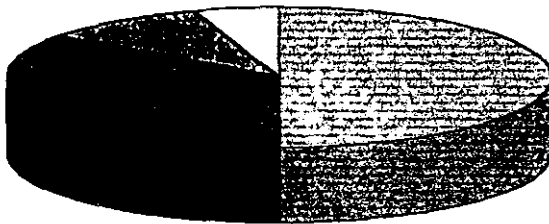
Los pesos obtenidos de las 20 familias con embarazadas variaron entre 2325 y 3850 grs. siendo el peso promedio de 3291 grs.






**CUADROS Y GRAFICAS.**



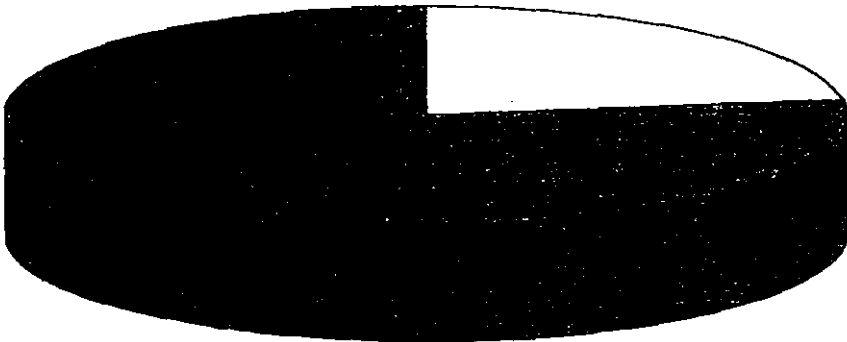


**GRAFICA 1**  
**FAMILIAS EMBARAZADAS SEGÚN TIEMPO DE EVOLUCION.**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**  
**NOVIEMBRE 97 - FEBRERO 98.**



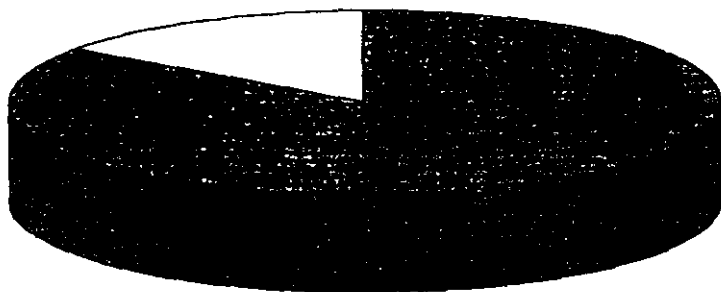
	AÑOS	No. CASOS	%
	1 - 4	10 FAMILIAS	50%
	5 - 8	06 FAMILIAS	30%
	9 - 12	01 FAMILIA	5%
	13 - 16	02 FAMILIAS	10%
	17 - 20	01 FAMILIA	5%

**GRAFICA 2**  
**FAMILIAS EMBARAZADAS SEGÚN**  
**INDIVIDUACION EN EL SISTEMA (ORIGEN).**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**  
**NOVIEMBRE 97 - FEBRERO 98.**



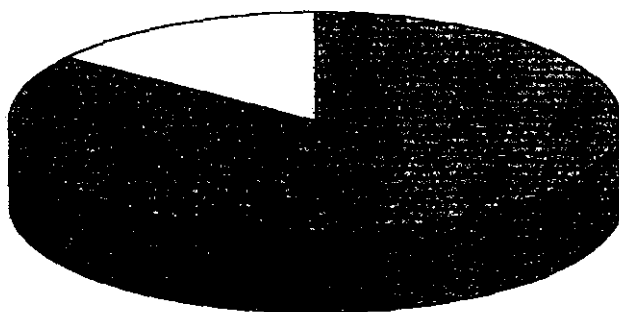
GRADO FUNCIONALIDAD	No. FAMILIAS	%
MODERADAMENTE DISFUNCIONAL	05	25%
FUNCIONAL	15	85%

**GRAFICA 3**  
**FAMILIAS EMBARAZADAS SEGÚN**  
**INDIVIDUACION EN EL SISTEMA (NUCLEAR).**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**  
**NOVIEMBRE 97 - FEBRERO 98.**



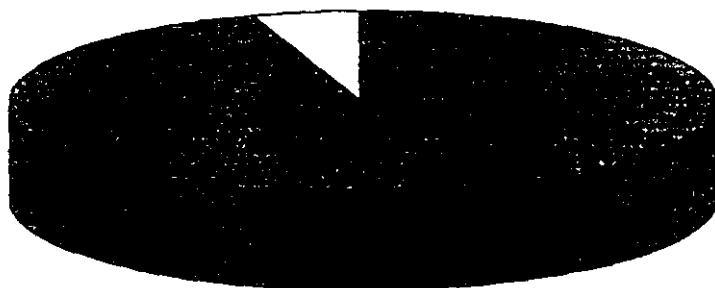
	GRADO FUNCIONALIDAD	No. FAMILIAS	%
	MODERADAMENTE DISFUNCIONAL	03	15%
	FUNCIONAL	17	85%

**GRAFICA 4**  
**FAMILIAS EMBARAZADAS SEGÚN**  
**ESPECTRO COALISION-COLUSION.**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**  
**NOVIEMBRE 97 - FEBRERO 98.**



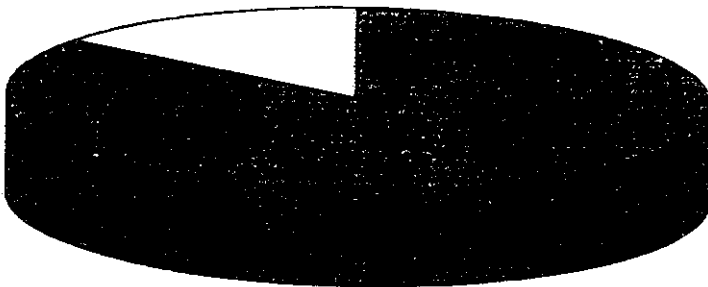
	GRADO FUNCIONALIDAD	No. FAMILIAS	%
□	MODERADAMENTE DISFUNCIONAL	03	15%
■	FUNCIONAL	17	85%

**GRAFICA 5**  
**FAMILIAS EMBARAZADAS SEGÚN**  
**MECANISMO DE DEFENSA.**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**  
**NOVIEMBRE 97 - FEBRERO 98.**



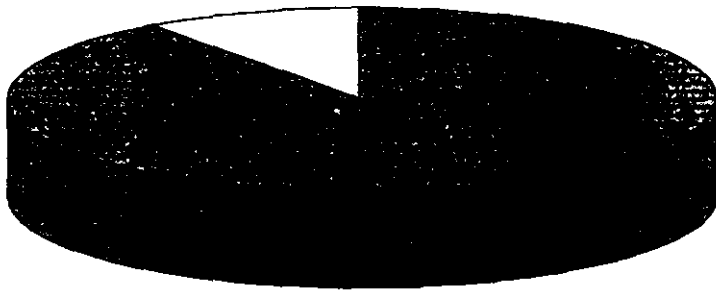
	GRADO FUNCIONALIDAD	No. FAMILIAS	%
□	MODERADAMENTE DISFUNCIONAL	01	5%
■	FUNCIONAL	19	95%

**GRAFICA 6**  
**FAMILIAS EMBARAZADAS SEGÚN**  
**PATRONES DE COMUNICACION.**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**  
**NOVIEMBRE 97 - FEBRERO 98.**



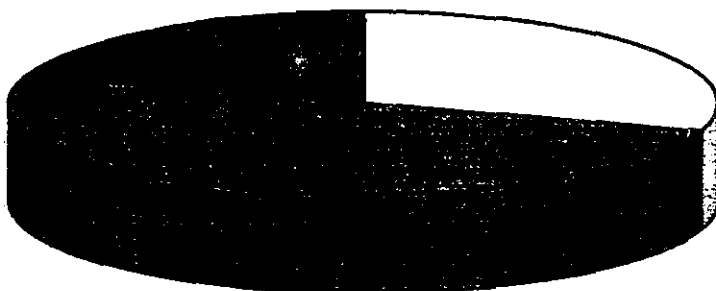
GRADO FUNCIONALIDAD	No. FAMILIAS	%
MODERADAMENTE DISFUNCIONAL	03	15%
FUNCIONAL	17	85%

**GRAFICA 7**  
**FAMILIAS EMBARAZADAS SEGÚN**  
**CONTROL DE CONDUCTA.**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**  
**NOVIEMBRE 97 - FEBRERO 98.**



	GRADO FUNCIONALIDAD	No. FAMILIAS	%
□	MODERADAMENTE DISFUNCIONAL	02	10%
■	FUNCIONAL	19	90%

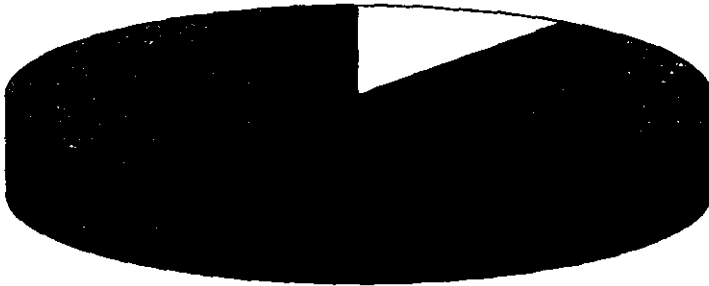
**GRAFICA 8**  
**FAMILIA EMBARAZADA SEGÚN**  
**No. DE GESTA.**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**  
**NOVIEMBRE 97 - FEBRERO 98.**



	<b>GESTA</b>		<b>No. FAMILIAS</b>	<b>%</b>
	GESTA	01	06 FAMILIAS	30%
	GESTAS	02	10 FAMILIAS	50%
	GESTAS	03	02 FAMILIA	10%
	GESTAS	04	02 FAMILIAS	10%

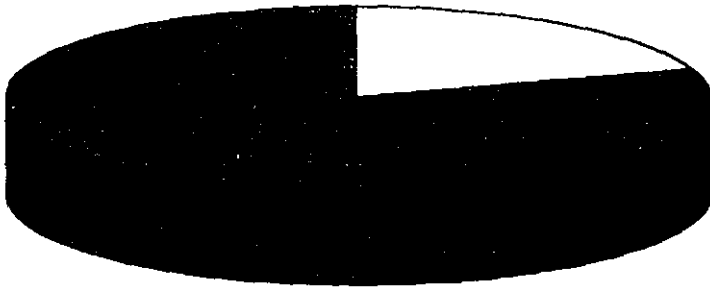


**GRAFICA 9**  
**FAMILIA EMBARAZADAS SEGÚN**  
**PESO AL NACER.**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**  
**NOVIEMBRE 97 - FEBRERO 98.**



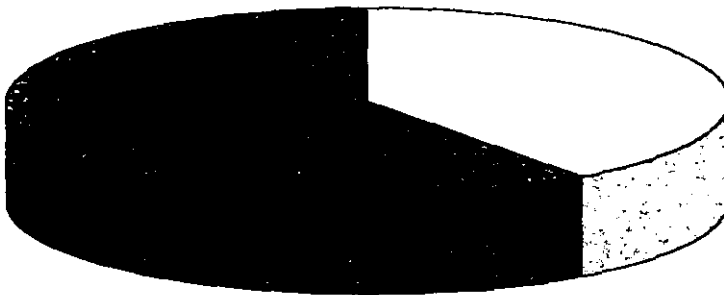
	PESO AL NACER	No. FAMILIAS	%
□	BAJO PESO AL NACER	02	10%
■	PESO ADECUADO AL NACER	18	90%

**GRAFICA 10**  
**FAMILIA EMBARAZADAS SEGÚN**  
**EXTRUCTURA FAMILIAR (HISTORIA).**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**  
**NOVIEMBRE 97 - FEBRERO 98.**



	EXTRUCTURA FAMILIAR (HISTORIA)	No. FAMILIAS	%
□	MODERNAS	04	20%
■	TRADICIONALES	16	80%

**GRAFICA 11**  
**FAMILIA EMBARAZADAS SEGÚN**  
**EXTRUCTURA FAMILIAR (CONFORMACION).**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**  
**NOVIEMBRE 97 - FEBRERO 98.**



	EXTRUCTURA FAMILIAR (CONFORMACION)	No. FAMILIAS	%
□	EXTERNA	08	40%
■	NUCLEAR	12	60%

## ANALISIS E INTERPRETACION.

Las 20 familias con embarazo de 32 – 33 semanas de gestación, fueron clasificadas de acuerdo a las variables del modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar y asociadas estas con el peso normal o bajo peso al nacer, sobre saliendo los siguientes resultados:

De acuerdo a el tiempo de evolución en las familias embarazadas de 32 a 33 SDG y que predomina (50%) es de 1 a 4 años. Estos datos obtenidos en nuestra investigación coinciden con los datos estadísticos obtenidos en otros estudios los cuáles nos indican que la expansión familiar predomina en los primeros 7 años, coincidiendo con nuestros resultados, (vid supra cuadro 1 gráfica 1).

De acuerdo a individuación en el sistema (origen) la mayoría de las familias son funcionales (75%), (para estos datos obtenidos no tenemos referencia previa) sin embargo, sabemos que la evolución de la familia durante el presente siglo y quizá a partir de la década de los 60s comienza a marcar patrones familiares algo diferentes que permiten una readaptación de las mismas a las nuevas necesidades (mujer con mayor independencia que permanece menos tiempo en el hogar y económicamente activa). (vid supra cuadro 1 gráfica 2).

De acuerdo a individuación en el sistema (nuclear) el 85% son funcionales coincidiendo con los resultados obtenidos en la familia de origen ya que los patrones conductuales tienden a reeditarse, este rubro puede ser debido a los cambios familiares, sociales y económicos de nuestras actuales sociedades en que fomentan la independencia de la familia nuclear, (vid supra cuadro 1 gráfica 3).

Entendiendo el espectro coalición-colusión como un vínculo de naturaleza sinérgica (progresión-no progresión) y considerando que el 85% de las familias encuestadas son funcionales podemos interpretar que por lo menos, en este trabajo las parejas ó familias encuestadas muestran cambios evolutivos que permiten una interacción sinérgica e individualizada; es decir una mejor adaptación a los cambios exigidos por la evolución de la familia, (vid supra cuadro 1 gráfica 4).

Este estudio y referente a mecanismo de defensa el 95% de las familias han sido funcionales pudiéndose interpretar que: las familias actuales se encuentran más abiertas a los cambios lo cual les permite una adaptación y evolución hacia la progresión, resultados que coinciden con los cambios actuales, (vid supra cuadro 1, gráfica No. 5).

Los resultados obtenidos de patrones de comunicación nos hablan de una inclinación importante hacia la funcionalidad (85% de familias) pudiéndose interpretar que por lo menos éstas familias encuestadas presentan una adecuada interacción en esta variable, lo cual también les ha permitido adaptarse al medio ambiente y nos conforma el porcentaje de funcionalidad obtenida en cada una de ellas, (vid supra cuadro 1, gráfica No. 6).

De acuerdo al control de conducta el 90% son funcionales lo cual nos habla de la libertad que en la actualidad los miembros de las familias tienen para expresar sus emociones, comentarios, vivencias, (vid supra cuadro 1, gráfica No. 7).

En términos generales se puede concluir que las familias encuestadas y en quienes predomina la funcionalidad familiar existe mayor disposición a los cambios que los tiempos "modernos" en los que vivimos les exigen.

No existen antecedentes en la literatura acerca del tema investigado, considero que puede ser secundario tanto a que el No. de pacientes en encuestadas fuese insuficiente como a que efectivamente, el bajo peso al nacer se relacione poco con la disfuncionalidad familiar, por lo tanto es necesario que se realicen estudios más amplios.

De las 2 familias (10%) en quienes se obtuvo bajo peso al nacer se reportó funcionalidad familiar en todas las variables, atribuyéndose el bajo peso al nacer a factores biológicos (preeclampsia en una y ruptura de membranas en otra).

Quizá por el tamaño de la muestra, no se reportaron datos de disfuncionalidad con el 10% de los recién nacidos con bajo peso al nacer; lo cual puede haber influido en el resultado de esta investigación, sin embargo en datos obtenidos de la literatura (11), se confirma que el bajo peso al nacer está relacionado con bajo nivel socioeconómico y baja escolaridad, coincidiendo con nuestros hallazgos, (vid supra cuadro 1, gráfico 9)

La estructura familiar que predomina en esta investigación es que las familias son urbanas, tradicionales y nucleares. Este resultado considero que nos habla de la transición que presenta la familia, en estos momentos del desarrollo humano, (vid supra cuadro 1, gráfica No. 10 y 11).

Quiero decir con esto que la familia desea continuar con las tradiciones transmitidas previamente, lo cual interpretaría como un vínculo con nuestro pasado, un deseo (quizá) de preservar aquéllos valores que nos unen y conforman como sociedad; además de la apertura a los cambios lo cuál se manifiesta con el predominio de estructura familiar nuclear encontrado en este estudio, ¿Resultado ambivalente?

¡Quizá! Lo único que podría concluir con estos resultados es que la familia evoluciona y al mismo tiempo que somos observadores, también somos partícipes del mismo, en nuestro amplio que hacer como Médicos familiares.

La estructura familiar investigada en las dos familias de recién nacidos con bajo peso al nacer los resultados fueron que ambas familias son tradicionales, una de ellas nuclear y otra extensa, encontrando que ambas familias son de bajos recursos económicos y los padres de las mismas obreros.

Estos resultados coinciden con los reportados en la literatura en la cual el bajo peso al nacer se relaciona con nivel socioeconómico bajo y baja escolaridad. (3, 5).

La no segregación familiar en este estudio nos confirma el predominio hacia la funcionalidad de estas familias, en las cuáles no existen roles estereotipados que permitan la triangulación de la misma.

Los resultados obtenidos en esta investigación si bien disprueban la hipótesis establecida (ya que no existe relación entre disfuncionalidad familiar y bajo peso al nacer), no la descarta del todo puesto que se necesita un estudio similar que incluya una muestra más significativa del universo de pacientes, para corroborar nuestros hallazgos ó aprobar la hipótesis realizada.

## ANALISIS ESTADISTICO.

La probabilidad de que la disfunción familiar sea un factor de riesgo en mujeres embarazadas con productos de bajo peso al nacer es rechazada de acuerdo a las pruebas estadísticas empleadas para validar la hipótesis en este estudio.

Estas pruebas estadísticas utilizadas son:

Chi cuadrada ( $\chi^2$ ) y prueba de Yates corregida obteniéndose para este estudio una  $\chi^2$  de 0.728, siendo aceptada de acuerdo a las tablas estadísticas; interpretar una puntuación de 3.84 para validar la hipótesis, correspondiendo a menos del 5% para validar la hipótesis establecida para este estudio; lo anterior significa que se disprueba la misma.

Referente al riesgo relativo y riesgo atribuible obtenidas con el desarrollo de las tablas tetracóricas y utilizando las fórmulas de incidencia correspondientes fueron = 0, lo cual nos indica que la disfunción familiar no es factor de riesgo en mujeres embarazadas con productos de bajo peso al nacer.

El análisis estadístico nos rechaza la hipótesis del investigador.



## CONCLUSIONES.

1. La disfunción familiar no es factor de riesgo en las mujeres embarazadas para que tengan productos de bajo peso al nacer, de acuerdo a esta investigación.
2. En las familias incluidas en esta investigación el tiempo de evolución entre 1 - 4 años; y resultaron funcionales en cuanto individuación en el sistema tanto de origen como nuclear, espectro coalición-colusión, mecanismo de defensa, patrones de comunicación y control de conducta.
3. Las dos familias (10% de la muestra con recién nacidos con bajo peso al nacer fueron funcionales en todas sus variables.
4. Según la estructura familiar predominaron las familias urbanas, tradicionales y nucleares.
5. Las familias con recién nacidos con bajo peso fueron urbanas y tradicionales; una extensa y la otra nuclear.
5. Ninguna de las familias de la muestra presentaron segregación social.
7. El bajo peso al nacer se dá con mayor frecuencia en familias con bajos recursos económicos y de bajo nivel sociocultural.

## COMENTARIOS.

Las familias a quienes se les aplicó el instrumento de medición utilizado en el estudio aceptaron gustosas el participar en el mismo, lo cual fue un aliciente para el investigador.

Considero importante mencionar que hubo 3 familias que rechazaron participar en el mismo por prejuicios, miedos y desconocimiento del futuro de sus productos, ya que creían podrán ser robados.

El instrumento utilizado en este estudio es completo, su único problema es el tiempo que se requiere para su aplicación (90 minutos), lo cual cansaba a algunos de los entrevistados.

El hecho de que se rechace la hipótesis del investigador no nulifica la importancia que la disfunción familiar tiene en el desarrollo de otras patologías.

Que la disfunción familiar es poco investigada y existen escasos estudios que la relacionen con otros problemas de salud.

Sería interesante realizar estudios de funcionalidad familiar en los que se midan 2 ó más instrumentos en forma comparativa para que se defina cuál es más específico.

Creo sinceramente como médico familiar que hay mucho camino por andar.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

## RESUMEN.

Con la finalidad de medir si la funcionalidad familiar es un factor de riesgo para la presencia de RN con bajo peso al nacer se diseñó un estudio prospectivo, transversal, comparativo y observacional.

Nuestros sujetos de estudio fueron 20 familias con embarazo de 32 a 33 SDG adscritas a la U.M.F. No. 20 I.M.S.S. y a quienes se les aplicó el "Modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar".

Los criterios de inclusión: familias con mujeres embarazadas de 32 a 33 SDG, que acepten ser incluidas en el estudio y que pertenezcan a la U.M.F. No. 20 I.M.S.S. Los criterios de no inclusión fueron: Familias con mujeres embarazadas de 32 a 33 SDG que no acepten incorporarse al estudio y de exclusión no hubo.

El modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar es un instrumento validado y desarrollado en la clínica de la Familia del Departamento de Medicina Psicológica I.N.N.S.Z. y tiene como finalidad abordar al grupo familiar como unidad de estudio.

Consta de 7 variables las cuáles son:

Tiempo de evolución, individuación en el sistema (familiar de origen), individuación en el sistema (familiar nuclear), espectro coalición-colusión, mecanismos de defensa, patrones de comunicación y control de la conducta, variables que sirven para evaluar la funcionalidad familiar.

Desde el punto de vista estructural, se aplica el familiograma, ampliamente validado por todos aquéllos que trabajan con familias.

Las encuestas realizadas se hicieron en el domicilio de 16 familias y a 4 familias se le realizó la encuesta en la U.M.F. No. 20, I.M.S.S.

Excepto en 2 encuestas a las cuáles no asistieron todos los miembros de la familia (solo la mejor embarazada fue la infomante); a 18 familias se les realizó entrevista familiar.

De las 20 familias con embarazo de 32-33 SDG a quienes se les aplico el modelo psicodinamico-sistémico de evaluación familiar y de quienes se obtuvieron los pasos de los productos al nacer, en ninguna de ellas se relaciono disfunción familiar con bajo peso al nacer.

De las 2 familias (10%) en quienes se obtuvo bajo peso al nacer se reporto funcionalidad familiar en todas las variables, atribuyendose el bajo peso al nacer a factores biológicos (preeclampsia en una y ruptura de membranas en otra).

De las variables investigadas se encontro moderada disfunción familiar en cada una de ellas siendo los resultados dedisfunción los siguientes:

Para individuación en el sistema familiar (origen) el 25%, individuación en el sistema familiar (nuclear) 15%, espectro coalición-colusión 15%, mecanismo de defensa 5%, patrones de comunicación 15% y control de conducta 10%.

Ninguna de esta disfunción familiar moderada se relacionó con bajo peso al nacer .

La estructura familiar investigada en las dos familias de RN con BPN: los resultados fueron que ambas familias son tradicionales; una de ellas nuclear y otra extensa y que ambas familias son de bajos recursos económicos y los padres de las mismas obreros.

En las 18 familias restantes se encontró un 20% de profesionistas, 10% comerciantes, 25% empleados gubernamentales, 15% obreros y 20% empleados eventuales.

Relacionandose el bajo peso al nacer con bajos recursos económicos más que con disfunción familiar.

De acuerdo a los resultados obtenidos no se encontro relación entre disfuncionalidad familiar y bajo peso al nacer lo cual disprueba la hipótesis establecida para la realizacion de este estudio.

Lo anterior puede deberse al hecho de que para el universo de mujeres embarazadas la muestra haya sido insuficiente, aunque como conclusión preliminar se puede decir que el bajo peso al nacer se relaciona más con factores biológicos que con funcionalidad familiar, asi como con bajos recursos económicos.

## BIBLIOGRAFIA.

1. Peñuela Marco A. Y Col., Cuevas de crecimiento del neonato pretérmino durante el primer año de vida; Bol. Med Hosp. Infant. Mex.; Sept 91 Vol. 48(9):643-47.
2. Fernández Luis A. Y Col. Evolución neurológica y psicomotora a los dos años de vida de recién nacidos que fueron sometidos a ventilación asistida Bol. Med. Hosp. Infant Mex.; mayo 91; Vol. 48(5)334-39.
3. Udaeta Mora Enrique, El recién nacido. Neonato de bajo peso. Rev. Mex. Puer y Ped., sep-oct 94; Vol. 2(7):24-35.
4. Fernández Luis A. Y Col. Seguimiento durante el primer año de vida. de neonatos con muy bajo peso al nacer, Bol. Med Hosp. Infant. Mex.; mayo 91; Vol. 48(5)326-33.
5. Schlaepfer Loraine, Infante Claudia, Bajo peso al nacer en México. evidencias a partir de una encuesta retrospectiva a nivel nacional. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.; marzo 95; Vol. 52(3)168-79.
6. Rivera Maria Antonieta y Col. Morbilidad y mortalidad en neonatos de bajo peso al nacer. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.; febrero 91; Vol. 48(2)71-7.

7. Arreguin O. Lizardo. Actualidades en alimentación infantil, Rev. 328-34.
8. Rosales López Alfonso y Col. Crecimiento físico diferencial durante el primer año de vida. I. Crecimiento del cuerpo. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.; Octubre 92; Vol. 49(10)641-51.
9. Barrera Reyes René H. y Col. Neurodesarrollo al año de vida en pacientes con displasia broncopulmonar, octubre 95 Vol 52 (10): 572-80 Hol Med Hosp Infant Mex.
10. López Alarcón Mardía G. Y Col. Infecciones agudas, velocidad de crecimiento y estado nutricional en niños de países en desarrollo: una revisión metanalítica. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.; Vol. 49(1)18-25.
11. Escobedo Chávez Ernesto y Col. Embarazo en adolescentes: Hosp. Infant. Mex. Julio 95. Vol. 52 (7): 415-18
12. Roth Jeffrey et Al. Changes in survival patterns of very low-birth-weight infants from 1980 to 1993. Arch Ped Adolesc Med. Vol. 149 dec. 95: 1344-17.
13. Hudson Scholle Saah e Al. Health Status of preterm low-birth weight infants. Arch Ped Adolesc Med Vol. 149, dec. 95: 1351-61.

14. Kim M. Marie et Al. Do parents and professionals agree on the developmental status of high-risk infants? *Pediatrics* Vol. 97 (5): 676-81, may 96.
  
15. Larroque Bearice et Al. Moderate prenatal alcohol exposure and psychomotor development at preschool age. *Am J Pub Health*, dec. 95 Vol. 85 (12): 1654-61.
  
16. Ens-Dokkum Martina H. et Al. Comparison of mortality and rates of cerebral palsy in two populations of very low birthweight infants *Arch Dis Childhood* 94; 70:F96-F100.
  
17. Rizzo Thomas A. et Al. Prenatal and perinatal influences on longterm psychomotor development in offspring of diabetic mothers. *Am J Obstet Gynecol.*, dec 95 Vol. 173 (6): 1753-58.
  
18. Blanco López Armando. Valoración del niño con talla baja. *Rev. Mex. Puer y Ped.* Julio-agosto 94, Vol. 1 (6): 190-94.



**“ANEXOS”**

## ANEXO I

La entrevista familiar diagnóstica utilizando el modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar, supone un grado avanzado de entrenamiento en el conocimiento de la psicoterapia familiar, con énfasis en la comprensión de las teorías sistémicas del abordaje del grupo familiar, sus postulados comunicacionales, así como en la teoría psicodinámica de las relaciones de objeto y su internalización.

Constituye también un esquema conceptual referencial operativo que le permitirá organizar su entrevista diagnóstica en un todo coherente, mediante la evaluación de siete variables básicas del funcionamiento de los sistemas familiares.

La técnica a emplear para su aplicación será la usualmente empleada en psicoterapia de la familia; esto es, utilice el modelo circular de entrevista, evite en la medida de lo posible el establecimiento de una interacción radial rígida, pues esto le limitará en su apreciación de la interacción dinámica de los miembros de la familia entre sí, así como del sistema familiar en relación a usted. Observará simultáneamente el funcionamiento psíquico de los individuos como tales, de subsistemas y del sistema total. Evite el privilegiar su atención a estos componentes en forma aislada; recuerde que existen interacciones de gran riqueza dinámica tanto en la relación de los individuos componentes de los diversos subsistemas, como de éstos (los subsistemas) entre sí, no escatime esfuerzos por confrontar y corroborar lo expuesto por un miembro de la familia sin que sea ratificado o rectificado por otros componentes principalmente pertenecientes a otro subsistema.

Lo que usted va a intentar obtener es una evaluación de la estructura de las interrelaciones de la familia en un rango tri-generacional; la presente no es una entrevista orientada al síntoma; éste constituye sólo una forma más de presentación de la ruptura. Conózcalo si el interesarse por el síntoma le ayudará a establecer una mejor alianza de trabajo con la familia. Después de todo, es el síntoma lo que suele orillar a la búsqueda de ayuda pero recuerde: un terapeuta que sólo alcanza a trabajar el síntoma es un terapeuta limitado en su capacidad de brindar ayuda a un gran número de familias que necesitan un trabajo mayor.

El conocer la estructura del sistema familiar que se tiene enfrente (DIAGNOSTICO ESTRUCTURAL) no constituye un prurito académico más, sino que es la “via regia” para acceder al diseño de la indicación terapéutica, así como de una posible predicción pronóstica y de la fundamentación técnica a emplear. El uso indiscriminado de maniobras aprendidas en su formación como terapeuta, sí no sostenidas en una adecuada evaluación estructural, lo convertirán a usted en un sujeto poco confiable en el manejo de un grupo familiar.

Para llevar a cabo la entrevista de valoración, usted debe contar con tiempo suficiente: es recomendable un mínimo de 90 minutos. Es conveniente dividir la entrevista en dos secciones con un intervalo de 10 minutos durante los cuales usted puede valorar el acopio de material clínico realizado.

El manual que tiene en sus manos constituye sólo una guía que usted debe conocer de antemano en su contexto general: de ninguna manera es un inventario de preguntas a las que la familia será sometida.

Al realizar la entrevista, usted estará operando en dos niveles; registre los ambos. Uno de ellos hace referencia a una relación con la familia, realista, sancionada por la costumbre social; sin embargo, es su deber como clínico el observar otra parte de la interacción, tanto de los miembros de la familia entre ellos mismos como de ellos con usted; y ésta se refiere a un proceso sutil, generalmente pre-verbal, donde se expresan los sentimientos, actitudes y expectativas de la familia tanto entre ellos mismos (transferencia intra-familiar) como hacia usted y la institución, si ésta existe (transferencia extra-familiar).

Al final de cada uno de los indicadores, usted encontrará un signo (+) o (-). El primero indica que el indicador se encuentra a favor del reactivo a evaluar (funcionalidad) mientras que el segundo nos indica que apunta hacia la disfuncionalidad.

Los indicadores abajo listados constituyen sólo una guía o ejemplo de posibles contenidos de una sesión en la cual usted puede basar su calificación. De ninguna manera se consideran como únicos. En este sentido será la experiencia de cada clínico la que proporcionará también una guía a seguir. Lo que no está sujeto a modificación en el instrumento son las variables y reactivos, pues éstos si deberán ser vaciados a la hoja de calificación en forma precisa.

### **Variable 1. Tiempo de evolución.**

Reactivo 1.1 Precise cuándo se inició el conflicto que usted observa y/o apareció el síntoma manifiesto:

1 = hasta 6 meses de evolución de aparición del síntoma.

2 = de 6 mese a 2 años.

3 = más de 2 años

**Variable 2. INDIVIDUACION EN EL SISTEMA FAMILIA DE ORIGEN.**

**REACTIVO 2.1** ¿Considera usted que en la familia de origen de los actuales cónyuges existía espacio para el funcionamiento en individuación?

**SI**

**NO**

**NO VALORABLE**

Indicadores.

- 2.1.1 Los padres (los actuales abuelos) hablan llevando a cabo un adecuado desprendimiento de sus propios padres = (+) \*
- 2.1.2 Los padres (abuelos), tenían un espacio propio para funcionar como individuos, así como pareja = (+).
- 2.1.3 Cuando los hijos eligieron ocupación (elección vocacional), ésta fue aceptada sin conflicto = (+).
- 2.1.4 Las amistades (ambos sexos) que elegían eran aceptadas por lo general = (+).
- 2.1.5 La elección de objeto amoroso (la pareja estable) fue aceptada sin conflicto = (+).
- 2.1.6 ¿Considera usted que la imagen que los actuales cónyuges de la familia nuclear tienen de sus padres (familias de procreación), como parejas, es idealizada y un modelo que se esfuerzan a seguir? = (-)

Reactivo 2.2 ¿Puede la pareja tomar decisiones en forma autónoma?

(Lo anterior no se invalida si hay una consulta con los padres).

**SI**

**NO**

**NO VALORABLE**

Indicadores.

- 2.2.1 Cuándo se unieron, ellos decidieron dónde vivir = (+).
- 2.2.2 Sí acaso esto tuvo lugar con un cambio de ciudad, ¿sufriendo presiones para que esto no sucediera? = (-).
- 2.2.3 ¿Considera usted que el desprendimiento de los hijos (en el caso de que esto haya tenido lugar) causó algún daño a la estabilidad de las propias familias de origen? = (-).
- 2.2.4 La decisión de tener o no hijos, ¿ha estado referida fundamentalmente a la propia pareja? = (+).
- 2.2.5 Los abuelos se han entrometido en la crianza de sus nietos = (-).

Reactivo 2.3 Los abuelos conviven social y familiarmente con sus hijos y nietos, sin coerción y sin conflicto, sea éste por proximidad o a distancia.

**SI**

**NO**

**NO VALORABLE**

Indicadores

- 2.3.1 Cuando se reúnen, ¿pueden intercambiar opiniones divergentes sin conflicto? = (+).

- 2.3.2 Cuando la pareja de la familia nuclear ¿hay conflicto?  
= (-).
- 2.3.3 Se convive sin conflicto de lealtades, con efecto y sin rigidez = (+).

Reactivo 2.4 ¿Existe una bien delimitada independencia económica con respecto a las familias de origen?

**SI**                      **NO**                      **NO VALORABLE**

- 2.4.1 La pareja de la actual familia nuclear ha vivido, desde su inicio, básicamente a expensas de sus propios recursos económicos = (+).
- 2.4.2 La actividad laboral compartida por los diferentes miembros de la familia de origen (cuando esto existe) permite un margen de autonomía a los individuos = (+).
- 2.4.3 Si los padres no han intervenido con ayuda financiera, esto causa resentimiento en la actual pareja de la familia nuclear = (-).
- 2.4.4 La situación financiera de la familia de origen, de alguno de los cónyuges, fue factor determinante en la elección de pareja = (-).

Reactivo 2.5 Los valores, juicios y opiniones ¿se expresan sin que haya conflicto?

**SI**                      **NO**                      **NO VALORABLE**

Indicadores

- 2.5.1 Las opiniones no se descalifican = (+).

2.5.2 Las posiciones políticas divergentes con las de los padres se pueden expresar = (+).

2.5.3 Los valores religiosos, en el caso de que éstos estén presentes, pueden no compartirse = (+).

Reactivo 2.6 ¿Son los afectos igualmente capaces de ser expresados sin que se descalifiquen y/o se desencadene conflicto?

**SI**

**NO**

**NO VALORABLE**

Indicadores

2.6.1 La expresión de la ternura es aceptada = (+).

2.6.2 Se puede manifestar la frustración, en mismo tiempo es escuchada y tomada en cuenta = (+).

Sí usted marcó con "si" cuatro o más reactivos califique la variable = 1.

Sí tres de ellos son afirmativos califique = 2.

Sí existen dos o menos afirmativos califique =3.

Sí usted marcó tres o más reactivos como "no variable", la variable no es calificable (por favor intente valorar todos los reactivos).

### **VARIABLE 3. INDIVIDUACION EN EL SISTEMA FAMILIAR NUCLEAR.**

Reactivo 3.1 ¿Considera usted que en la actual familia nuclear existe espacio para el funcionamiento en individuación?



**SI**

**NO**

**NO VALORABLE**

Indicadores.

- 3.1.1 Los hijos ~~tienen~~ ~~margen~~ ~~para~~ funcionar con autonomía de acuerdo al momento del ciclo vital = (+).
- 3.1.2 Los hijos duermen en cuarto separado al de los padres = (+) (cuando las condiciones socio-económicas lo permiten).
- 3.1.3 Ninguno de los padres muestra una conducta impulsiva hacia la alimentación, vestido o actividades lúdicas de los hijos = (+).
- 3.1.4 Durante la entrevista, hubo dificultades en lograr que contestara precisamente aquel miembro de la familia a quien el entrevistador se dirigía = (-).

Reactivo 3.2 ¿Tienen los hijos espacio para socializar de acuerdo al momento del tránsito vital en que se encuentran?

(verifíquelo con ambos subsistemas, el parental y el filial).

**SI**

**NO**

**NO VALORABLE**

Indicadores

- 3.2.1 Los amigos de los hijos son aceptados y respetados = (+).
- 3.2.2 Si existen objeciones a ello, por parte de los padres, éstas son expresadas en forma violenta o intrusiva = (-).

3.2.3 Si existen tales objeciones, los padres brindan posibilidades alternas de socialización = (+).

Reactivo 3.3 ¿Mantienen los padres para sí las funciones parenterales?

**SI**

**NO**

**NO VALORABLE**

Indicadores

3.3.1 Los hijos no tienen funciones parentales = (+).

3.3.2 Ninguno de los hijos ha sido delegado con una función vital para el equilibrio de la familia = (+).

3.3.3 Ninguno de los hijos ejerce la autoridad, cuando los padres están presentes y con capacidad de ello = (+).

3.3.4 Ninguno de los hijos han sido depositado con la obligación de reparar una falla del "sí mismo" de uno o ambos padres = (+).

Reactivo 3.4 ¿Pueden los valores, juicios y opiniones ser expresados sin que se desencadene opiniones ser expresados sin que se desencadene conflicto?

**SI**

**NO**

**NO VALORABLE**

Indicadores

3.4.1 Los hijos pueden manifestar la rebeldía adolescente y los padres los contienen = (+).

3.4.2 Los

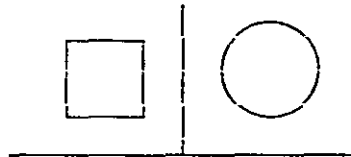
# ANEXO 2 DINAMICA FAMILIAR

FECHA: \_\_\_\_\_

ABUELOS PATERNOS



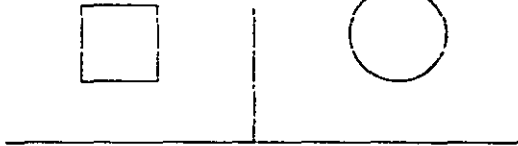
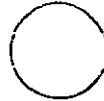
ABUELOS MATERNOS



PADRE



MADRE



HIJOS.

INDIGO	□	○	UNION LIBRE
OMBRE	□	○	FAMILIARES BAJO EL MISMO TECHO
IER	○	○	ABORTO
ERTE	/	—	BUENA RELACION
TRIMONIO	=	—	CONFLICTO-NO-COMUNICACION
ORCIO	∕	—	DEPENDENCIA EXCESIVA.
OS EN ORDEN CRONOLOGICO, DESCENDENTE DE QUIERDO A DERECHA.			