

**UNIVERSIDAD NACIONAL EVANGELICA  
-UNEV-**



**FACULTAD DE HUMANIDADES**

Unidad de Post-Grado  
Maestría en Terapia Familiar

**Título**

**Dinámicas de las Relaciones Familiares en Pacientes Hipertensos que Asisten  
al Hospital Regional Dr. Antonio Musa, San Pedro de Macorís, Rep. Dom.  
Periodo Julio-Septiembre del 2011**

**Tesis para optar por el Título de Maestría en Psicología  
Mención Terapia Familiar**

**Sustentantes:**

**Licda. Martiria Guzmán  
Licda. Odalis Cedeño**

**Asesores:**

**Melquiades Feliz, M.A  
Dra. Ada Valdez**

**Santo Domingo, República Dominicana  
Noviembre 2011**

# INDICE

## CAPITULO I

### DISEÑO CONTEXTUAL

#### Agradecimientos

1.1 Introducción.....	1
1.2 Marco geográfico.....	2
1.3 Antecedentes de la investigación.....	4
1.4 Justificación de la investigación.....	6

## CAPITULO II

### DISEÑO TEORICO DE LA INVESTIGACION

2.1 Situación problemática.....	7
2.2 Planteamiento del problema.....	9
2.3 Formulación del problema científico.....	10
2.4 Objetivo de estudio.....	11
2.5 Campo de acción.....	12
2.6 Presupuestos hipotéticos.....	13
2.6.1 Ideas científicas a defender.....	13
2.6.2 Preguntas científicas a responder.....	13
2.6.3 Guía temática.....	14
2.7 Objetivo científico.....	15
2.8 Tareas de la investigación.....	16
2.9 Tipo de investigación.....	17
2.10 Fundamentación teórica de la investigación.....	18
2.10.1 Definición de la familia desde la perspectiva sistémica.....	18
2.10.2 Estructura de la familia desde la perspectiva sistémica.....	22
2.10.3 Dinámica relacional desde la perspectiva sistémica.....	26
2.10.4 Tipos de familias.....	27
2.10.5 Hipertensión arterial.....	40
2.10.6 La familia con pacientes hipertensos.....	46

2.11 Aporte teórico de la investigación.....	50
2.12 Aporte practico.....	51
2.13 Novedad científica.....	52
2.14 Indicadores.....	54
2.15 Glosario de términos.....	55

### **CAPITULO III**

#### **DISEÑO METODOLOGICO**

3.1 Método teórico.....	58
3.2 Método empírico-fundamental.....	58
3.3 Método empírico complementario.....	58
3.3.1 Universo.....	59
3.3.2 Población.....	60
3.3.3 Muestra.....	61
3.3.4 Instrumento de medida.....	62
3.4 Método matemático estadístico.....	68
3.4.1 Recolección de datos.....	68
3.4.2 Organización y tabulación de datos.....	68
3.4.3 Procesamiento y organización de datos.....	69
3.4.4 Estadísticas aplicadas a la investigación educativa.....	69
3.4.5 Operacionalizacion de las variables.....	70

### **CAPITULO IV**

#### **PRESENTACION ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

4.1 Resultados de la investigación .....	71
4.2 Análisis de los resultados.....	76
4.3 Conclusiones.....	77
4.4 Recomendaciones.....	78
4.5 Bibliografía.....	79

#### **Anexos**

# CAPITULO I

## DISEÑO CONTEXTUAL

### 1.1 Introducción

La familia se entiende como un sistema vivo, formado por elementos y por las relaciones entre ellos, los cuales conforman una estructura que determinará su funcionamiento y evolución en el tiempo.

Existen situaciones, muchas veces estresantes, que van acompañadas de múltiples procesos psicológicos de ajuste y adaptación (Durand y Massey, 2004; Farley, Galves, Dickinson Díaz-Pérez, 2005), lo que puede asociarse con problemas en el funcionamiento y en la composición familiar que pueden desembocar en una crisis, ante la cual, para lograr una adaptación, la familia deberá poner en marcha mecanismos de autorregulación que le permitirán seguir funcionando; uno de estos mecanismos pueden ser la aparición de enfermedades (Fernández, 2004).

El desarrollo de esta investigación se hace conforme a las etapas del conocimiento: la etapa factoperceptual, sensible o empírica; la etapa del conocimiento abstracto y la etapa de lo concreto. La organización del estudio responde a cuatro capítulos principales. En el capítulo uno, se describe el contexto donde se realiza la investigación, los antecedentes del tema y la justificación.

En lo concerniente al segundo capítulo, se plantea el problema de investigación, los objetivos y las ideas a defender. En el tercer capítulo se describe el método utilizado en la investigación: el método empírico fundamental, el método complementario y el estadístico.

Finalmente, el cuarto capítulo expone los resultados de la investigación, así como las conclusiones y recomendaciones de lugar.

## **1.2 Marco geográfico**

Ubicado en el municipio de San Pedro de Macorís, provincia de San Pedro de Macorís. Es un Hospital Regional del Tercer Nivel, que cumple funciones de hospital municipal, provincial y regional:

- Ubicado en la provincia de San Pedro de Macorís, en el Km 2 de la carretera Mella.
- Es el Hospital de referencia de la Red Regional Este de Servicios de Salud

(Región V)

- El Hospital Regional Dr. Antonio Musa tiene 246 camas hábiles.
- La Región tiene una superficie territorial de 8036 Km<sup>2</sup>
- La población al 2002 era de 880,468 con una tasa de crecimiento anual de 2.4%, proyectada al 2010 la población estimada es de 1,064,416
- La provincia tiene una extensión territorial de 1,255.46 Km<sup>2</sup>

- La población de la provincia en el censo del 2002 fue de 301,744, la proyectada al 2011 de 355,536
- En diciembre del año 1999 se inaugura el Hospital Regional “Dr. Antonio Musa”, ubicado en la carretera Mella Kilómetro 21/2 cubre una población con un área influencia directa, y otra indirecta y una sustentación del área de influencia compuesta por las personas que potencialmente solicitarán servicios

Área de influencia Indirecta: la constituye toda la población pobre de la región oriental del país, 513,580 habitantes. La sustentación del área de influencia la constituyen los usuarios que potencialmente solicitaran servicios al hospital:

- 172,837 usuarios correspondientes a:
  - 20 % de la población pobre de las provincias de mayor índice de pobreza (el Seybo y Hato Mayor).
  - 10 % de las provincias de La Altagracia y La Romana y la población pobre de San Pedro de Macorís.
  - Área de influencia directa: 132,465

## **MISIÓN**

La Misión del Hospital Regional Antonio Musa es ser una institución pública de salud, docente, que presta servicios generales y especializados a la población municipal, provincial y regional del este del país, con talento humano calificado, equilibrio financiero, capacidad resolutiva y competitiva para lograr la satisfacción y adhesión de los usuarios.

## **VISIÓN**

El Hospital Regional Antonio Musa ha definido su Visión como ser una institución pública de salud, modelo de excelencia en la provisión de servicios, de referencia y contrarreferencia, autosostenible, con formación y desarrollo de talento humano, acreditada nacional e internacionalmente, manteniendo la población de usuarios de la región este satisfecha y con adherencia al hospital.”

### **1.3 Antecedentes de la investigación**

Existen cientos de estudios que abarcan el tema de la hipertensión arterial. Sin embargo, desde la perspectiva sistémica, no existen estudios que vinculen específicamente una dinámica sistémica de relaciones con la hipertensión arterial.

Algunas investigaciones de salud familiar señalan, como es el caso de la de Fernando y Arias (1992), las formaciones psicológicas integradas en dos síntesis reguladoras de la personalidad: la Capacidad de Anticipación; integración sistémica de la autovaloración, los ideales y los propósitos, que dirigen la proyección de futuro y la capacidad de Organización de la Vida, comenzada a estudiar recientemente que incluye: posición ante la vida, reflexión, sentido de la vida y estilo de vida. Se estudiaron algunas de estas formaciones psicológicas en pacientes infartados a través de diferentes técnicas, las cuales arrojaron resultados muy interesantes acerca de la posible participación de estas en la propensión al infarto.

Algunos antecedentes de investigación de estos temas en la familia pueden encontrarse en los trabajos de Ortega, De la Cuesta y Dias (1999), Velasco y Sinibaldi (2001), Rivera y Andrade

(2006), Velasco y Luna (2006), Andrade y Betancourt (2008) y Rodríguez, Kanán, Vázquez y cols. (2008), entre otros.

Entre los esfuerzos que se han realizado para hacer intervenciones psicológicas con pacientes hipertensos cabe mencionar el trabajo realizado por Riveros, Ceballos, Laguna y Sánchez-Sosa (2005), quienes utilizaron un enfoque cognitivo-conductal para su propuesta de intervención.

En un estudio con igual número de pacientes hipertensos que de pacientes sanos, Marín y Rodríguez (2001) confirmaron que, dado que el manejo de la hipertensión arterial esencial incluye medidas de tratamiento farmacológico, ejercicio y dieta, aquellos pacientes que demostraron un adecuado control de la enfermedad y apego a las recomendaciones médicas contaron con un mayor apoyo de sus familiares.

Un factor adicional de análisis de la hipertensión arterial es su asociación con otras enfermedades crónicas. Huerta, Bautista, Irigoyen y Arrieta (2005) hallaron diabetes mellitus, tabaquismo e hipercolesterolemia en una muestra de 246 pacientes hipertensos. Otros factores de riesgo menos graves, pero también presentes en esta población, fueron el sedentarismo, la menopausia y la obesidad.

#### **1.4 Justificación de la investigación**

Las enfermedades no transmisibles representan aproximadamente 60% de las muertes en el mundo, y dentro de este grupo de enfermedades se encuentra la hipertensión arterial esencial, la cual es una de las más importantes enfermedades cardiovasculares debido al prolongado



tiempo de evolución y a las complicaciones que puede generar, por lo que constituye un gran problema de salud pública ya que representa al tercer factor de riesgo en cuanto a mortandad por padecimientos crónicos en general (World Health Organization [WHO], 2003).

Dentro de los tipos de hipertensión identificables, la hipertensión arterial esencial (así llamada cuando se desconocen sus causas orgánicas) fue el padecimiento más frecuentemente diagnosticado durante el año 2001 y el principal motivo de consulta externa durante 2002 en la mayor parte de los países de Latinoamérica (IMSS, 2003; Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2006).

Se trata de una enfermedad física que puede estar asociada a factores psicológicos tales como el estrés, que se relaciona a su vez con el desarrollo de enfermedades psicosomáticas (Grosse, Díaz e Iguzquiza, 1995).

Otro factor a considerar en la hipertensión es la edad y la etapa del ciclo vital en que se encuentran el individuo y su familia. Si se toma en cuenta que dicho padecimiento aumenta con la edad, será, por lo tanto, más frecuente en las personas de la tercera edad.

Si se considera que en el año 2020 la esperanza de vida al nacer será de 85 años, cabe esperar un incremento de la demanda de atención médica de estos pacientes y un importante impacto en su calidad de vida y en la de sus familiares (Azcárate y Eraso, 2006).

## **CAPITULO II DISEÑO TEORICO DE LA INVESTIGACION**

### **2.1 Situación problemática**

Dado a que las enfermedades crónicas van en aumento y generan 60% de las muertes en el mundo, identificar los factores asociados a ellas es cada día más relevante.

Hasta el momento se han encontrado diversos factores que incrementan el riesgo de padecerlas, entre los que destacan el bajo peso, el sexo sin protección, la hipertensión arterial y el consumo de tabaco y alcohol, entre otras (WHO, 2003). Sin embargo, ninguno de estos factores se ha enfocado en la visión sistémica de la familia.

Sin duda, los trastornos hipertensivos tienen una gran relevancia no sólo debido a su alta incidencia, sino por su papel fundamental como factor de riesgo de los trastornos de tipo cardíaco, así como de los cerebro-vasculares.

La hipertensión esencial constituye uno de los trastornos de mayor incidencia y se ubica entre las primeras causas de enfermedad en el mundo, calculándose que una disminución de 4% en una cifra media de presión arterial puede llegar a lograr un decremento de 15% de la mortalidad por accidentes cerebro-vasculares y de 9% por cardiopatía isquémica (Coutin, Borges, Batista y Feal, 2001).

La hipertensión arterial tiene en la sociedad un impacto incalculable en los sectores sanitario, económico y social, el cual sólo podrá reducirse si se avanza en el diagnóstico correcto, el tratamiento adecuado y el control óptimo de los pacientes.

Entre las enfermedades no trasmisibles, es sin duda una de las principales causas de muerte, y este dato sorprende no sólo en países en desarrollo con una relativa baja mortandad, como México, sino también en países desarrollados.

En el mundo se calcula que este trastorno afecta aproximadamente a mil millones de personas (Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, 2003; WHO, 2003).

**Debido**, por tanto, a la alta incidencia y prevalencia de la hipertensión, y a su carácter incapacitante e incluso mortal, no debería llamar su atención al aspecto médico o psicológico aisladamente. Su atención debe abarcar la intervención sistémica familiar.

## **2.2 Planteamiento del problema**

En el Hospital Regional Dr. Antonio Musa, la situación de los pacientes con hipertensión arterial no dista de la realidad mundial. Acuden decenas de pacientes todos los meses de distintas edades y condiciones cardiovasculares en general, siendo la hipertensión arterial; la más común de las condiciones.

Los factores asociados a esta condición responden, según sus expedientes, a condiciones de naturaleza física, sin embargo, el aspecto sistémico no se contempla en ninguno de las causas asociadas a la condición de estos pacientes. Existen situaciones familiares estresantes y

relaciones de naturaleza conflictivas que pudieran desencadenarse como un factor causante o ligado a la condición de hipertensión arterial.

### **2.3 Formulación del problema científico**

¿Cuál es la dinámica relacional en las familias de pacientes con hipertensión arterial que asisten al Hospital Dr. Antonio Musa, San Pedro de Macorís, en el periodo Julio-Septiembre 2011?

### **2.4 Objeto de estudio**

Pacientes con hipertensión arterial diagnosticada

### **2.5 Campo de acción**

Hospital Regional Dr. Antonio Musa, San Pedro, República Dominicana

### **2.6 Presupuestos hipotéticos**

#### **2.6.1 Ideas científicas a defender**

- 1) La dinámica relacional en las familias de pacientes con hipertensión arterial que asisten al Hospital Dr. Antonio Musa, está determinada en su mayoría por vínculos conflictivos.

#### **2.6.2 Preguntas científicas a responder**

- 1) ¿Está determinada la dinámica relacional en las familias de pacientes con hipertensión arterial que asisten al Hospital Dr. Antonio Musa, en su mayoría por vínculos conflictivos?

### **2.6.3 Guía temática**

- 1) Definición de la familia desde la perspectiva sistémica
- 2) Estructura de la familia desde la perspectiva sistémica
- 3) Dinámica relacional de la familia desde la perspectiva sistémica
- 4) Hipertensión arterial
- 5) Papel de la familia en el paciente hipertenso

### **2.7 Objetivo científico**

Determinar la dinámica relacional en las familias de pacientes con hipertensión arterial que asisten al Hospital Dr. Antonio Musa, San Pedro de Macorís, periodo Julio-Septiembre 2011.

### **2.8 Tareas de la investigación**

1. Analizar las características sociodemográficas de pacientes con hipertensión arterial que asisten al Hospital Dr. Antonio Musa, San Pedro de Macorís, periodo Julio-Septiembre 2011.

2. Identificar la dinámica relacional existente en el subsistema conyugal de las familias de pacientes con hipertensión arterial que asisten al Hospital Dr. Antonio Musa, San Pedro de Macorís, periodo Julio-Septiembre 2011.
3. Analizar la dinámica relacional existente en el subsistema filial de las familias de pacientes con hipertensión arterial que asisten al Hospital Dr. Antonio Musa, San Pedro de Macorís, periodo Julio-Septiembre 2011.
4. Analizar la dinámica relacional existente en el subsistema fraterno de las familias de pacientes con hipertensión arterial que asisten al Hospital Dr. Antonio Musa, San Pedro de Macorís, periodo Julio-Septiembre 2011.

## **2.9 Tipo de investigación**

En esta parte se define la dimensión del estudio que comprende el grado de estructuración impuesta por anticipado al estudio. Los tipos de estudios son, los estudios cualitativos, cuya estructuración es flexible; permite e incluso estimular la realización de ajustes en la investigación, a fin de sacar provecho a la información reunida en las fases tempranas de su realización.

Por otro lado se encuentra el tipo de investigación cuantitativa, que tiende a ser altamente estructurada, de modo que el investigador especifica las características principales del diseño antes de obtener un solo dato. Es el tipo de investigación correspondiente a este estudio.

## **2.10 Fundamentación teórica de la investigación**

### **2.10.1 Definición de la familia desde la perspectiva sistémica**

La epistemología sistémica en su aplicación a la terapia familiar cuenta con más de cuarenta años de historia y con una complejidad conceptual. El estudio de la familia como crisol de todo lo saludable y lo patológico que pueda darse en el individuo hizo que la Psicología y la Psiquiatría empezaran a poner el acento en el contexto social del individuo (Mc.Daniel & Campbel, 1998).

La idea de que el hombre está influido por el contexto social y éste, a su vez, es influido por el individuo es algo frecuentemente aceptado. En todas las orientaciones se da más o menos importancia a este contexto: teóricamente siempre es mencionado, pero las técnicas terapéuticas han sido meramente individuales y obvian este aspecto social hasta muy recientemente (Mc.Daniel & Campbel, 1998).

La aplicación de la Teoría General de los Sistemas a la Psicología dio un nuevo auge a la visión ambientalista de los problemas psicopatológicos y añadió una nueva perspectiva de la familia al considerarla como un sistema vivo.

Todo sistema vivo es un sistema abierto. Se puede definir sistema abierto como una entidad que tiene un conjunto de reglas y que intercambia información y energía con el mundo

exterior. Los sistemas abiertos no son entidades estáticas, sino dinámicas, mantenidas por la interacción entre la homeostasis (persistencia) y el cambio (evolución).

Según Umbarger (1983), las características de los sistemas abiertos aplicadas a la familia son:

**Totalidad:** Cada elemento de un sistema sólo puede ser entendido en su relación con los demás, lo que supone que cualquier cambio en una de las partes afectará a todas las demás. Esto lleva consigo considerar a un sistema como un todo diferente a la suma de sus partes (no sumación), con cualidades propias. Aplicado a la familia, se diría, entonces, que la conducta de un individuo está relacionada con la de los otros. Un individuo es un todo y, a la vez, parte del sistema donde está incluido.

La conducta de una persona influye en los miembros familiares y, por otra parte, lo que ellos hagan determinará la respuesta de esa persona. Como individuos somos un todo, pero también se es parte de los sistemas sociales a los que se pertenece. Por otra parte, el análisis de una familia es más que la suma de sus miembros individuales. La familia (cada familia) tiene sus propias reglas inherentes.

**Organización:** Una de las características de todo sistema es la presencia de una organización que permita relacionar sus elementos entre sí y al sistema mismo en su adaptación al contexto. Para ello requiere unos límites interiores del sistema y con el exterior del mismo. Esto dará lugar a que el sistema se organice mediante jerarquías, de forma que cada sistema esté formado por subsistemas y que, a su vez, se pueda integrar en diversos suprasistemas.



Vista la familia como un sistema, se observa en su estructura diversos subsistemas (parental, conyugal, fraternal), organizados jerárquicamente y con límites más o menos permeables que regulan la relación entre sus miembros.

**Regulación:** Todo sistema se regula a sí mismo mediante circuitos cibernéticos de retroalimentación (feed-back). Lo que caracteriza a un circuito cibernético es la circularidad en contraposición con la linealidad.

Los circuitos de retroalimentación pueden ser positivos o negativos. Por retroalimentación negativa se entiende el proceso autocorrectivo que intenta contrarrestar toda desviación de salida que sobrepasa determinados límites.

Lo característico de este feed-back es, por tanto, su tendencia a la homeostasis, a mantener al sistema en un estado constante, a impedir que se produzca el cambio y a intentar mantener la estructura inalterada.

La retroalimentación positiva, al contrario, amplifica la desviación de salida y tiende al cambio: este feed-back es básico para la supervivencia del sistema, para su capacidad de adaptación a situaciones de crisis, de forma que la amplificación de la desviación produzca un nuevo reequilibrio en el sistema, que éste sea capaz de autoorganizarse y generar una estructura distinta que se adapte al nuevo contexto.

En relación con la familia esto quiere decir que cada conducta de un miembro suministra información al sistema familiar, información que puede favorecer o contrarrestar la aparición de conducta en otros miembros.

La repetición de determinados circuitos genera redundancias o reglas que constituyen el funcionamiento del sistema (por ejemplo: el primogénito adolescente negociará con la autoridad parental el horario de llegada nocturna, que, de paso, servirá para los que vengan detrás; si alguno de los hermanos quiere cambiar la regla tendrá que pelear duro).

En su historia evolutiva cada familia generará un sistema de reglas (explícitas, implícitas, secretas...) que le permitirán permanecer estable, equilibrada. En el transcurso del tiempo la familia sufrirá diversas situaciones de cambio (nacimientos, muertes, separaciones, crisis de desarrollo...) a las que habrá de adaptarse.

Reglas demasiado rígidas impedirán una evolución adecuada y podrán producir conflictos y/o patología. Las reglas generadas por la familia en el transcurso de su trayectoria son un área importante a explorar en toda familia, por su capacidad para significar y mediatizar comportamientos.

Estas reglas se pueden clasificar en tres tipos:

**Explícitas.** Son las que se establecen de un modo claro y directo por los miembros de la familia.

Todos las conocen, se ha hablado de ello, incluso se han negociado: asignación de las tareas domésticas, roles a ejercer en el cuidado de los hijos, relación con los suegros, libertad y relación con las amistades... Si bien, parece que lo deseable es que exista el mayor número de reglas claras y explícitas, normalmente no ocurre así y la mayoría de las reglas de las familias pertenece al segundo tipo.

**Implícitas.** Son reglas que están ahí y ejercen su función, pero no han sido verbalizadas ni consensuadas; si se hablara de ellas explícitamente, no habría muchas dificultades para llegar al acuerdo. Al señalarlas desde fuera se suele obtener la respuesta de: "Sí, funcionamos así, pero no nos habíamos dado cuenta, nunca lo habíamos hablado". Dicho de otro modo, estas reglas pertenecen al mundo de lo sobreentendido, se dan por aceptadas.

**Secretas.** Son reglas implícitas que parecen ocultas, enterradas por el paso del tiempo, habitualmente sobre temas sin resolver o delicados; son, de alguna manera, como viejas minas de una antigua guerra (si se pisa en el sitio inadecuado pueden estallar): un suicidio familiar, un embarazo prematrimonial, una historia de infidelidad en la pareja, la presencia de relaciones incestuosas, entre otras.

El propósito de una familia es proveer de un contexto que apoye los logros necesarios para todos sus miembros individuales. Este propósito va encaminado sobre todo a la protección y supervivencia de cada uno de ellos y de la familia como tal, y a la adaptación al sistema social donde se mueve y la transmisión del mapa de creencias particulares de cada familia.

Así se evidencia que toda familia presenta un grado de cohesión que le permite mantenerse unida y generar un sentimiento de pertenencia grupal. Tiene, además, una capacidad de adaptación a sistemas sociales más amplios que proveen a sus miembros de socialización y facilita la diferenciación individual.

Por último, la familia trasmite no sólo una herencia genética, sino también todo un puzzle comunicacional y de creencias, una papilla informativa. La estructura de la familia es un conjunto de pautas funcionales que organizan la manera en que se relacionan los miembros de la misma.

### **2.10.2 Estructura de la familia desde la perspectiva sistémica**

Hidalgo y Carrasco (1999) establecen que la estructura de la familia según la perspectiva sistémica es la siguiente:

#### 1) Jerarquía

Es el resultado de la administración del poder entre los distintos miembros. Todo sistema requiere que exista una jerarquía, una distribución del poder. Para valorar la jerarquía en una familia hay que observar quién ostenta el mando, quién ejerce control sobre quién, el nivel de competencia individual y de dependencia de cada uno de los miembros familiares.

Habitualmente en una familia se establece una jerarquía de poder entre los padres y los hijos; también entre los hermanos. Un hijo puede mostrarse muy sumiso con su madre y luego asumir el rol de padre con su hermano menor e indicarle con ello lo que debe hacer en cualquier situación.

Para la funcionalidad familiar es necesaria una jerarquía clara y unívoca, independientemente de que varíe su distribución en el transcurso del ciclo vital. Los terapeutas familiares mencionan el fenómeno de la "incongruencia jerárquica" como base de muchos problemas psicopatológicos, sobre todo, en la adolescencia.

Se encuentra esto en situaciones como la del hijo que ejerce una función parental y desplaza

al padre; o en el hijo o la hija confidente de los problemas conyugales de uno de los padres.

También la alteración de la jerarquía dentro del grupo de los hermanos puede traer problemas, como cuando se salta al primogénito en algún privilegio y se le señala así como no competente.

## 2) Límites

Los límites o fronteras tienen una gran importancia para el funcionamiento familiar. Vienen definidos por las reglas que rigen los subsistemas y aclaran quiénes participan y de qué manera.

Los límites facilitan que haya diferenciación entre los subsistemas y establecen el grado de intimidad personal de cada uno de los miembros familiares.

Familia aglutinada es la que se encierra en sí misma, desconectada del exterior, con límites difusos entre sus miembros, fijando su atención y los intercambios comunicativos casi exclusivamente entre ellos. Su lema podría ser el de "familia unida jamás será vencida" llevado a sus últimas consecuencias, lo que la conduce a perder recursos y capacidad de reacción ante situaciones de estrés.

Familia desligada es la familia de puertas cerradas entre sus miembros. Suele desarrollar límites rígidos y la comunicación se hace extremadamente difícil. Cada miembro va por libre, cada uno a lo suyo, con excesiva autonomía, de modo que sólo una catástrofe, o incluso ni eso, puede hacer reaccionar a la familia como grupo.

Todas las familias tienen algún aspecto aglutinado o rígido en sus esquemas y relaciones, algo que pueden variar a lo largo del ciclo vital. Se ha observado, por ejemplo, que las familias acrecientan su aglutinamiento ante una situación de crisis.

Lo importante será la flexibilidad de las reglas familiares y su desenvolvimiento ante los problemas que se presenten. El interjuego de límites y jerarquía en la historia familiar dará lugar al establecimiento de alianzas, coaliciones y triángulos.

La alianza es la proximidad afectiva entre dos miembros de una familia. Las alianzas son frecuentes, incluso necesarias, en la familia. Suelen ser cambiantes, forzadas por los acontecimientos del ciclo vital, es decir, funcionales.

Los problemas pueden aparecer cuando se vuelven rígidas y sirven de refuerzo y mantenimiento a secuencias sintomáticas: cuando un conflicto entre los padres queda desviado, oculto en la atención de un hijo problemático (desviación del conflicto) o en el ataque (asignación de chivo expiatorio).

La coalición es un triángulo de dos contra uno. Este tipo de estructura genera per se suficiente estrés familiar. Hay un tipo especial con el que se correlaciona mayor patología: la coalición intergeneracional (abuela coaligada con nieta contra la madre, por ejemplo).

### 3) Subsistemas

El subsistema conyugal se forma en el momento en que dos adultos deciden unirse con ese propósito. Requiere que se establezcan reglas propias y consigan fijar bien los límites. Cada compañero trae un conjunto de valores y expectativas, trae su propio mapa de la realidad, compuesto de costumbres, pequeños rituales y reglas, creencias, la mayor parte aportados por la propia familia de origen.

La pareja ha de desarrollar pautas de acomodación y establecer reglas de funcionamiento (desde quién hace la compra hasta cómo se administra la economía). Estas reglas pueden ser verbalizadas y consensuadas (explícitas) y también pueden establecerse inconscientemente de forma paulatina por sí mismas (implícitas). Cada cónyuge perderá individualidad y ganará, a cambio, pertenencia.

Una de las tareas más importantes es la fijación de límites para su propia protección y satisfacción como pareja. Unos límites mal fijados sobre el resto del mundo extrafamiliar (amigos, parientes políticos, familia de origen...) pueden ocasionar conflictos y acarrear patología.

El subsistema conyugal es importante para el desarrollo afectivo de los hijos. Los hijos aprenden a expresar afecto, hostilidad, y entre comida y comida se les van transmitiendo los valores, creencias y expectativas paternas. Hay situaciones patológicas en las que un hijo se puede convertir en chivo expiatorio o pasar a ser aliado de un cónyuge contra el otro.



En cuanto al subsistema parental, su función es la crianza y educación de los hijos. Cuando en un sistema conyugal aparece un hijo se deben diferenciar las funciones para desempeñar las tareas de socialización del hijo.

Se deben trazar límites que faciliten el acceso al hijo a ambos padres, pero que impidan, a la vez, su intromisión en las relaciones conyugales. En este período de fijación de límites al hijo, éste aprende lo que le está permitido y lo que no; no fijarlos, o que resulten contradictorios, producirá confusión e inseguridad al niño.

Es la coherencia y la predecible conducta de los padres lo que hace que el niño se sienta seguro y confiado: una de las actitudes parentales más nocivas es que ante una misma travesura del niño unas veces se consiente y otras se reprime; esta confusión primaria sobre lo que es lícito y lo que no lo es suele estar en la base de futuras conductas asociales.

El subsistema parental puede tener una composición variable. Puede incluir a otros parientes (un tío, una abuela...) y puede excluir a alguno de los padres; o bien un hijo puede cumplir una función parental.

Si bien los adultos tienen el deber de socializar y proteger a los hijos, tienen también sus derechos. El principal es el de que la autoridad está de su parte y habrán de ejercerla a la hora de tomar decisiones respecto a la evolución de la familia como tal. Todo dependerá de cómo ejerzan esa autoridad.

El subsistema fraterno está compuesto por los hermanos. Es el primer grupo humano donde los niños aprenden a tratar con sus iguales, sus pares. Negociación, competición, colaboración en las relaciones normales, son aspectos que se aprenden en el subsistema fraterno. Los mecanismos relacionales básicos son la imitación (forma primitiva de empatía, que facilita la comprensión del otro) y la rivalidad (ayuda a la propia diferenciación).

Al iniciar su contacto con el mundo extrafamiliar actúan según las pautas aprendidas del mundo fraterno; luego, poco a poco, irán incorporando pautas nuevas y alternativas. Los niños sin hermanos, los hijos únicos, suelen desarrollar pautas tempranas de adaptación al mundo adulto, lo que da lugar a un desarrollo precoz en su socialización; pero, a la vez, puede originar dificultades de autonomía en el futuro.

El orden dentro de la fratria también puede ser importante. Los primogénitos tienden a considerarse más especiales, mostrarse más responsables y sentirse obligados a seguir la tradición familiar; por el contrario, los hijos menores tienden a ser más irresponsables y a retrasarse en su maduración psicológica.

### **2.10.3 Dinámica relacional de la familia desde la perspectiva sistémica**

Minuchin y Fishman (1993) plantean que el concebir a la familia como un sistema de relaciones implica que las conductas de los individuos son interdependientes y mutuamente reguladas. Este mecanismo regulador interno está constituido por un entramado de reglas implícitas y explícitas.

Las relaciones familiares son singulares y se advierten en las pautas de interacción que se dan en forma recurrente en el tiempo. Por tanto es posible hablar de una familia en términos de la forma particular de relacionarse de sus miembros, construida, estabilizada y desarrollada través del tiempo.

Dicho de otro modo, la familia, como grupo natural, elabora en el curso del tiempo pautas de interacción que constituyen su estructura, la cual rige el funcionamiento de sus miembros, facilita la interacción recíproca y define una gama de conductas posibles (Umbargo, 1983).

Minuchin (1986) señala que los miembros de una familia se relacionan de acuerdo a ciertas reglas que constituyen la estructura familiar a la cual define como el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia.

Por otra parte la familia es un sistema social abierto, en constante interacción con el medio natural, cultural y social; transmite los valores y creencias propias de la cultura a la cual

pertenece. Conforma un microgrupo con dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de alta relevancia en la determinación del estado de salud o enfermedad de sus componentes (Satir, 1991).

En ese sentido, frente al problema clínico de una determinada persona no es suficiente que sea considerado como un fenómeno individual e interno, sino que los problemas de las personas pueden ser entendidos en conjunto con su contexto relacional y en un determinado contexto social (Florenzano, 1995).

### **2.10.3 Tipos de familia**

Cada familia es única e irreplicable y de ahí la imposibilidad de crear tipos de familias para acomodarlas a determinados patrones. Así, existen configuraciones familiares y se ha de entenderlas como guías para investigar y tratar la vida familiar, pues la tarea es llegar a obtener

información que los miembros de la familia no consideran pertinente y más difícil todavía obtener la información que aquellos no disponen ( Minuchin, 1977).

Según la teoría sistémica estructural, estas configuraciones familiares son ( Minuchin, 1977):

## **1. FAMILIAS DE PAS DE DEUX**

En la familia compuesta de dos personas, se puede conjeturar que con probabilidad las personas están muy apegadas. En el caso de la madre e hijo es posible que éste pase mucho tiempo en compañía de adultos. El niño puede mostrar adelanto en su capacidad verbal, parecerá más maduro e interesado en algunos temas relevantes para sus coetáneos.

La madre tiene la posibilidad de dar al hijo más atención de la que podría si tuviera marido u otros hijos. En consecuencia parecerá muy sagaz para interpretar los gestos de un hijo, satisfacer sus necesidades y responder sus preguntas. En síntesis, puede generarse un estímulo de vinculación interna que alimente al mismo tiempo la mutua dependencia y el resentimiento recíproco.

Otra familia de pas de deux es la pareja cuyos hijos ya han dejado el hogar. Padecen el síndrome del nido vacío. También, un ejemplo más constituye un progenitor y un único hijo adulto.

En general, la estructura de dos personas es proclive a una formación del liquen, en que los individuos contraen una recíproca dependencia casi simbiótica. El entrevistador puede investigar

las fuentes extra – familiares de apoyo o de interés a fin de cuestionar la concepción "somos una isla".

Si las observaciones indican que la unión excesiva limita las potencialidades de los miembros, pueden plantearse intervenciones para deslindar la frontera entre los componentes de la diada y al tiempo cancelar las que mantienen a cada uno de estos individuos desvinculados de otras personas.

## **2. FAMILIAS DE TRES GENERACIONES**

Tiende a ser la más característica de clase media baja y los grupos socioeconómicos marginales. Por eso, existe una inclinación a considerar en esta configuración familiar sus deficiencias, en lugar de buscar las fuentes de fortaleza.

En una familia compuesta por la madre, la abuela y un hijo (a), la primera pregunta suele ser: ¿Quién se encarga de criar al niño (a)? Es probable que la abuela viva con su hija y nieto. Pero puede ser también la cabeza de la casa y madre e hijo a su cuidado.

Hay aquí una estructura deslindada con claridad en que ambos adultos viven como iguales y uno actúa como el progenitor primario del hijo. ¿Cooperan los adultos en una organización que contempla funciones y pericias diferenciadas, o los dos adultos están empeñados en una lucha por la supremacía? Si esto último es el caso, ¿Está el niño coaligado con una de las mujeres en contra de la otra?

Son muchas las formas de familias de tres generaciones, desde una combinación de progenitor soltero, abuelos y niño hasta la compleja red de vastos sistemas de parentesco que no necesitan ser alojados en un mismo domicilio para ejercer notable influencia.

Puede ser indispensable descubrir cuál es realmente "la familia", cuántos miembros tiene y qué nivel de contacto sostienen éstas con la red extensa. En ningún caso, se debe subestimar el influjo de familia extensa sobre las funciones de la familia nuclear.

### **3. FAMILIAS CON SOPORTE**

Cuando las familias aumentan de tamaño, es preciso delegar autoridad. Cuando son muchos los niños en un hogar por lo común uno de ellos, a veces varios de los mayores reciben responsabilidades parentales. Estos toman sobre sí funciones de crianza de los demás niños, como representantes de los padres.

Este ordenamiento, funciona sin tropiezos mientras las responsabilidades del niño parental están definidas con claridad por los padres y no sobrepasan su capacidad de acuerdo a su nivel de madurez.

Existe el peligro potencial de que estos menores contraigan síntomas cuando se descargan sobre sus hombros responsabilidades superiores a sus fuerzas o no les confieren la autoridad que les permitiera ponerlas en práctica.

Los niños parentales por definición, quedan entre dos fuerzas. Se sienten excluidos del contexto de los hermanos, pero no aceptados de manera genuina en el Holón<sup>1</sup>parental. Además,

el hijo parental puede bloquear el ejercicio de los cuidados que los demás niños pequeños necesitan de sus padres.

#### **4. FAMILIAS ACORDEÓN**

Se caracterizan porque uno de los progenitores permanece alejado por lapsos prolongados. Las funciones parentales se concentran en una sola persona durante una parte de cada ciclo y el cónyuge que permanece en el hogar asume funciones adicionales a expensas de la colaboración entre los miembros de la pareja.

Los niños pueden actuar en el sentido de promover la separación de los padres e inclusive de cristalizarlos en los papeles de "padre bueno, madre mala abandonadora". Es posible que los problemas en esta familia surjan cuando un progenitor viajero cambia de trabajo y se convierte en figura "nueva" algo difícil de aceptar porque las "partes de la familia han permanecido juntas durante largo tiempo", sólo la configuración familiar es nueva.

#### **5. LAS FAMILIAS CAMBIANTES**

Algunas familias cambian de domicilio constantemente. También el cambio puede estar referido a la composición misma de la familia, tal es el caso del progenitor que cambia de pareja una y otra vez.



En lo referente a las variaciones de domicilio, hay pérdida de sistemas de apoyo, tanto familiares como de la comunidad. La familia queda aislada. Los niños han perdido su red de compañeros, deben de ingresar en un contexto escolar nuevo y pueden desarrollar disfuncionalidad.

Resulta esencial, no dar por supuesto que la crisis es producto de una patología existente en la familia, pues, esta forma parte de un contexto más vasto cuando este último se altera también la familia manifestará distorsiones por tratarse de un sistema abierto.

## **6. FAMILIAS HUÉSPEDES**

Un niño huésped es por definición miembro de una familia. Como ejemplo se tiene, la ubicación temporal de un menor por un tiempo determinado. Un problema potencial en esta configuración es que en ocasiones la familia se organiza como si no fuera huésped. El niño es incorporado al sistema familiar.

Lo interesante, si desarrolla síntomas, es que puede ser el resultado de tensiones dentro del organismo familiar. No obstante, el entrevistado y la familia pueden suponer que los síntomas del menor son producto de su experiencia previa al ingreso en la familia, o bien una patología internalizada.

Por consiguiente, resulta necesario evaluar el nexo del síntoma con la organización familiar. Aquel puede deberse a una crisis transitoria del niño al ingresar a un sistema nuevo o bien, si ya

está plenamente integrado, a la organización familiar y las tensiones manifestadas por otros miembros.

## **7. FAMILIAS CON PADRASTRO O MADRASTRA**

Cuando un padre adoptivo se agrega a la unidad familiar, pasa por un proceso de integración más o menos prolongado. El nuevo padre puede no entregarse a la nueva familia con un compromiso pleno o la unidad originaria mantenerlo en una posición periférica.

En esta configuración, las crisis son comparables a los problemas que surgen en un organismo familiar reciente; se deben considerar normales. No obstante, la cultura occidental impone la formación instantánea de la familia, tras el ritual legal o paralegal, pero el tiempo no les ha conferido aún su legitimidad funcional.

Virginia Satir hace un análisis de estas familias "mixtas". Y plantea tres formas básicas:

- a.** Una mujer con hijos que se casa con un hombre sin hijos.
- b.** Una mujer sin hijos que se casa con un hombre con hijos.
- c.** Ambos, mujer y hombre, tienen hijos de matrimonios anteriores.

En el primer caso, la familia mixta se compone de la esposa, sus hijos, esposo y del ex-marido de la señora. En el segundo caso la unidad comprende al esposo, con sus hijos, la esposa y la ex

– esposa. En el tercer caso, la familia incluye a la esposa y sus hijos, al esposo y sus hijos, a la ex - esposa y al ex - esposo respectivos.

Aunque estos grupos pueden o no (y seguramente no), vivir bajo el mismo techo, ellos mal que bien forman parte de las otras vidas. Hay que tener lugar para ellos. Son importantes para el crecimiento y éxito de la familia mixta. Mucha gente en esta familia trata de vivir como si estas personas no existieran.

Todos los integrantes tienen autoridad en una u otra forma. Los problemas surgen cuando no se encuentra tiempo para hablar abiertamente unos con otros. Cuando están en desacuerdo, o en algunos casos cuando son enemigos acérrimos.

Al tener lo expuesto V. Satir (1988) sentencia que cuando los adultos cercanos al niño saben ser sinceros unos con otros, y asumir la responsabilidad de lo que piensan o sienten, el niño se beneficia de esta honestidad y tiene mayor libertad de elegir porque también a su vez puede ser honesto. Ser sincero con alguien no significa que hay que quererlo. No se puede esperar que los padres que estuvieron casados sigan amándose, pero si pueden ser sinceros y no cargar a los hijos con sus problema.

## **8. FAMILIA CON UN FANTASMA**

La familia que ha sufrido la muerte o deserción puede tropezar con problemas para reasignar las tareas del miembro faltante. Nadie quiere asumir las funciones de la madre o padre fallecido, por deslealtad a su memoria.

Los miembros de estas familias pueden vivir sus problemas como la consecuencia de un duelo incompleto. Pero a partir de este supuesto puede cristalizar a la familiar en lugar de ayudarla. En realidad se trata de una familia en transición, en la cual, la configuración anterior estorba las nuevas estructuras.

## **9. FAMILIAS DESCONTROLADAS**

Uno de los miembros presenta síntomas en el área de control. Se ha de suponer la existencia del problema en:

- La organización jerárquica de la familia.
- Deficiencias en las funciones ejecutivas de los padres.
- Proximidad entre miembros de la familia.

El tipo de problemas de control varía según la etapa de desarrollo o ciclo vital de los miembros de la familia. En la edad preescolar es común el niño "monstruo" que no quiere admitir regla alguna (S. Minuchin, 1987).

En las familias con adolescentes, posiblemente los problemas de control se ligan con la incapacidad de los progenitores para pasar del estadio de padres solícitos de niños pequeños al de padres respetuosos de adolescentes.

En familias con hijos delincuentes, el control de los progenitores depende de su presencia. Hay mutuo acuerdo que, tras cierto número de demandas parentales el hijo responderá. Las pautas de comunicación tienden a ser caóticas en estas familias. Los participantes no cuentan con

ser escuchados y los mensajes sobre la modalidad del vínculo son más importantes que el contenido.

Otra familia, los niños con maltratos. El sistema no puede controlar las respuestas destructivas de los padres hacia los hijos. Responden a los hijos como si sólo fueran una continuación de ellos mismos. Los progenitores, en esta situación, carecen de un contexto donde pudieran desenvolverse completamente. La familia se convierte en el único campo en que el progenitor puede desplegar poder y capacidad y esta regresión excesiva aflora como agresión.

En ciertos casos, la familia que maltrata a sus hijos se organiza en torno de una diada demasiado unida, uno de los progenitores y un hijo. Por lo común, la forma, la madre y el hijo, a quienes el padre ataca de manera indiscriminada como si se tratara de una alianza enemiga.

## **10. LAS FAMILIAS PSICOSOMÁTICAS**

Cuando la queja, que motiva la demanda, es un problema psicosomático de alguno de los miembros de la familia, la estructura de ésta incluye una excesiva insistencia en los cuidados tiernos. La familia parece funcionar óptimamente cuando alguien está enfermo.

Entre las características de estas familias se descubre sobreprotección, fusión o unión excesiva entre los miembros de la familia; la incapacidad para resolver conflictos, enorme preocupación por mantener la paz, evitar conflictos y una rigidez extrema.

Estas familias parecen internamente normales, la familia típica. Sus miembros son buenos vecinos. No se querellan con nadie. Destacan las relaciones de lealtad y protección. En suma, es

la familia ideal. Justamente, su carácter agradable es un problema: el entrevistador puede creer que cooperan con él, sólo para sentirse una y otra vez decepcionado por los problemas que le presentan, así como por la facilidad con que lo absorben en su política de paz a cualquier precio.

Existe una clasificación distinta de las configuraciones o tipos de familia dada por Helm Stierlin, (1981):

## **11. FAMILIA EN PROCESO DE DISOLUCIÓN**

Un problema especial lo constituyen las familias que se parten porque los padres están separados o a punto de hacerlo. Con frecuencia no llegan a tratamiento por propia iniciativa, sino porque lo aconsejan o lo han dispuesto tribunales o instituciones de bienestar social y no pocas veces se comunican sólo a través de abogados.

Cabe plantearse las siguientes interrogantes:

- ¿Existen ligazones afectivas dignas de mención, cargadas, negativas o ambivalentes entre los cónyuges?
- ¿Hasta qué punto los padres convierten a los hijos en sus aliados, es decir en qué medida delegan a los niños combatir y destruir al cónyuge y los exponen con ello a insolubles conflictos de encargos y lealtades?
- ¿Determinados niños, obstaculizan que los padres tengan nuevas relaciones o funden una nueva familia?

Por regla general, estos padres podrán volver a ser buenos progenitores en la medida que la separación de los cónyuges si fuera inevitable, los lleve a nuevas formas de individualización relacional y una mayor capacidad de comprensión y disposición a reconciliarse. Esta actitud crea luego condiciones para que los padres puedan trabajar juntos en interés de sus hijos, pese y quizá precisamente a causa de su separación.

En este sentido, puede hablarse de una separación constructiva de los cónyuges, posiblemente a través de una "terapia de divorcio". A la inversa, también es cierto que la intervención y cooperación paternas, en beneficio de los niños, no sólo favorecen a éstos, sino también a los propios padres porque entonces aumentan sus posibilidades de ser amados y respetados por sus hijos, incrementan su integridad personal y se liberan de la culpabilidad derivada de una actitud de esa naturaleza.

## **12. FAMILIAS CON INTEGRANTES PSICÓTICOS**

En todos los casos, una perturbación aguda o crónica de uno o varios miembros de la familia significa un reto especial para el entrevistador. Esto vale sobre todo para perturbaciones esquizofrénicas.

En numerosas, tal vez en todas estas familias, a lo largo de los años se les viene realizando estudios de comunicación que confunden a las personas que participan de la misma desde afuera; las vuelven impotentes y les dan la impresión de estar pisando arena movediza. Puede hablarse de estilos de comunicación o de relación esquizofrénicos o esquizofrenógenos.

Los miembros de la familia hablan sin entenderse; es más, parecen "decirse necesidades hasta volverse locos", descalifican de modo sutil lo que acaban de decir, o sea, se dan, según las palabras de Luce Kaufrán (1975) "recibos falsos", cambian imperceptiblemente la dirección de la conversación y no contestan en la misma longitud de onda.

### **13. FAMILIAS CON JÓVENES DELINCUENTES**

Estas familias, y en especial los padres se encuentran en una auténtica situación de crisis: él (o los) jóvenes delincuentes les demuestran en forma drástica su fracaso como padres en su función de fijar límites y valores. Desairan, hacen pública su vergüenza y los llevan a una justificada preocupación por el futuro. Al mismo tiempo, un joven de esta índole revela la impotencia aparente o real de los padres.

Paradójicamente, se puede ayudar a los padres a volverse más fuertes y eficientes si les damos la posibilidad de aceptar y confesar su debilidad en presencia de los jóvenes. Así se lleva "ad absurdum" la lucha por el poder (Bateson, 1972).

Por tanto, en lugar de la disputa cargada de odio, ahora se puede iniciar una "disputa con amor". Una disensión llevada por la confianza y el respeto mutuo, en el que se pueden articular claramente contrastes, comprender y definir conflictos y revelar y estipular las cuentas corrientes de los méritos (Stierlin, 1975).

### **14. FAMILIAS CON INTEGRANTES DE TENDENCIA DROGADICTA**

El abuso de estupefacientes incluye tanto a jóvenes que los consumen durante un tiempo como toxicómanos insalvables, y en muchos casos adictos, las relaciones familiares cumplen un



importante papel. Así las perturbaciones de la individualización relacional se manifiestan en los drogadictos sobre todo en dos ámbitos:

- a. En su menguada capacidad para hacer suyos determinados sentimientos desagradables y convivir con ellos; sobre todo con enojos, soledad o aburrimientos prolongados.
- b. En la ineficiencia para guiarse a sí mismo con responsabilidad propia orientados hacia el futuro.

Los modos de interacción familiar pueden estar caracterizados tanto por la ligazón extrema, cuanto por una expulsión. Stierlin informa sobre familias de ghettos americanos, en las que las madres ligaban a sus hijos adolescentes mediante un mimar regresivo que, de vez en cuando llegaba a incluir la provisión de heroína.

Otros jóvenes drogadictos, en cambio, son expulsados temprana y duramente. Les falta experiencia de ser necesitados por los demás y de ser importantes para ellos. Tales jóvenes, buscan en las drogas "inyecciones de leche tibia y nutritiva" un poco de ese calor y esa seguridad que no se les brindó en las familias.

## **15. FAMILIAS CON INTEGRANTES DE TENDENCIA SUICIDA**

Cuando en una entrevista familiar se indica que hay riesgo de suicidio, ha de tomarse en serio y ésto depende sobre todo de dos puntos de vista:

- a. De la tendencia a la repetición de intentos de suicidio.
- b. De la constelación familiar.

Sobre este segundo aspecto casi siempre ocurren tres factores:

- Un crecimiento y agotamiento del miembro familiar en peligro y el aumento del sentimiento de ser explotado y abandonado, el cual, sin embargo, a menudo no es admitido ni comunicado a sus allegados.
- Fuertes sentimientos de soledad, abandono, imposibilidad de hablar, una desolación, desesperanza y desamparo, los cuales, suelen ser asimismo retenidos y no percibidos por los demás integrantes familiares.
- Un impulso de revancha y vergüenza, que se dirige a los demás miembros de la familia en los que el suicidio genera sentimientos de culpabilidad profundísimos y nunca liquidables como contra la propia persona.

Con frecuencia una conversación familiar bien llevada consigue no sólo captar estos factores, sino también influir en ellos de modo que el riesgo de suicidio disminuye notablemente. Por lo demás, la labor terapéutica con toda la familia es en general la profilaxis del suicidio más eficaz.

## **16. FAMILIAS CON NIÑOS CON IMPEDIMENTOS PSÍQUICOS O FÍSICOS**

Generalmente, estas familias sienten una carga extraordinaria que suele intensificarse recíprocamente en el sentido de un círculo negativo. Las cargas son tanto de naturaleza económica como social y emocional.

La carga económica a menudo puede reducirse si el terapeuta o asesor brinda a la familia la información que le falte respecto a la asistencia social y si es necesario, establecer los contactos correspondientes.

Más difícil es aliviar la carga social. Pues las familias con niños con discapacidad suelen ser emocionalmente aisladas. Experimentan una y otra vez que otros niños miran a su niño de hito, lo evitan, acaso se burlan de él y que también entre los adultos desencadena sentimientos de desaliento y una actitud más o menos culpabilizada de evitarlo. La consecuencia es una mayor sensibilización frente a rechazos abiertos o encubiertos, un aislamiento aún mayor y un repliegue a la propia familia.

Ahora bien, este repliegue refuerza la carga emocional de todos los integrantes de la familia. Aislados de los recursos del medio finalmente se sienten más sobreexigidos. Se presentan estados de agotamiento e irritación permanentes, reacciones depresivas, perturbaciones vegetativas, alcoholismo o abuso de estupefacientes, los cuales, no hacen más que agudizar el círculo negativo de soledad, desvalimiento, vergüenza y culpa en que se halla apresada la familia.

En estos casos con frecuencia se forma una dinámica especial de delegación con un correspondiente cómputo de méritos: los hermanos sanos reciben el encargo de compensar o incluso tapan la vergüenza o el defecto familiar a través de méritos excepcionales y brillantes; el éxito externo y el brillo suelen encubrir entonces el hecho de que el delegado exitoso está profundamente sobreexigido y, como los demás miembros familiares, al borde del agotamiento.

En tales familias se encuentran con frecuencia, ya en la primera conversación, duras recriminaciones o auto acusaciones de tono depresivo.

Ambas alivian momentáneamente a quien las formula, pero a la larga agravan el dilema de todos. Por eso, de lo que se trata es de reconocer las cargas y los méritos de todos y de guiar a la

vez la familia hacia la necesaria confrontación con su situación especial y al trabajo de duelo inherente que las recriminaciones y auto acusaciones no hacen más que rechazar.

#### **2.10.5 Hipertensión arterial**

Son clasificados como hipertensos, de acuerdo con los criterios de la OMS (Organización Mundial de la Salud) aquellos sujetos que durante al menos tres tomas casuales se encuentran incluidas o por encima en las cifras que para cada intervalo de edades se señalan a continuación:

De 15 - 19 años: 140/90 mm de Hg

De 20 - 29 años: 150/90 mm de Hg

De 30 - 64 años: 160/95 mm de Hg

De 65 - y más: 170/95 mm de Hg

La hipertensión arterial (HTA) ocupa el tercer lugar entre los factores de riesgo de mortalidad en la población mundial. La presión arterial (PA) aumenta en forma continuada con la edad, por lo que la mayoría de los individuos desarrollan hipertensión en su madurez y vejez.

Los resultados del Framingham Heart Study muestran que todas las personas que son normotensas a la edad de 55 años tienen un riesgo del 90% de desarrollar hipertensión en el resto de sus vidas<sup>1</sup>. La morbi-mortalidad por infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, y otras enfermedades vasculares aumenta progresivamente como consecuencia de la HTA.

#### **El diagnóstico de HTA**

La definición operativa se basa en que el promedio de 2 o más determinaciones de la PA por el método esfigmomanométrico sea igual o superior a 140 mm Hg de sistólica (PAS) y/o de 90

mm Hg de diastólica (PAD), en dos o más consultas clínicas sucesivas, efectuadas después de la detección inicial de cifras tensionales elevadas<sup>2,3</sup>.

### **@@ Las causas de HTA**

En el 90-95% de los pacientes, no responde a una causa única identificable. Por eso, a esa enfermedad crónica de origen multifactorial se la ha llamado hipertensión primaria o esencial. En un pequeño porcentaje de hipertensos (5-10%) se reconoce la causa de la enfermedad, permitiendo su curación mediante un tratamiento específico médico-quirúrgico.

### **Grupos de riesgo y comorbilidades**

La población anciana se halla en constante aumento en todo el mundo, sobre todo en los países más desarrollados. Como la PAS tiende a incrementarse progresivamente con la edad, la HTA afecta al 60-70% de los ancianos.

Ellos se hallan más expuestos que los adultos jóvenes a sufrir complicaciones cardiovasculares si no se controla su hipertensión mediante el tratamiento, en especial si padecen alguna cardiopatía o enfermedad cerebrovascular previas, u otra comorbilidad.

En el anciano hay un deterioro de los mecanismos de regulación fisiológica de la PA, por lo que puede presentar episodios de hipotensión al sentarse o ponerse de pie, y después de las ingestas, o hay aumentos exagerados de la PAS en respuesta a estímulos opresores como por ejemplo, las situaciones de estrés.

También se altera la autorregulación de la perfusión sanguínea cerebral, por lo que leves descensos posturales de la PA pueden provocar importantes reducciones del flujo sanguíneo cerebral.

Esto hace que los ancianos sean más vulnerables a los descensos marcados de la PA, ya sean espontáneos o inducidos por fármacos. La HTA es más frecuente en la diabetes mellitus que en la población no diabética. En los pacientes con diabetes tipo 1 la HTA es relativamente rara en ausencia de afectación renal.

En cambio, aproximadamente el 50% de los diabéticos tipo 2 presentan HTA antes de que se descubran signos de daño renal. En la diabetes tipo 2 la HTA se asocia con obesidad e insulinoresistencia. La disminución de los riesgos cardiovasculares que deriva de un efectivo tratamiento antihipertensivo en el diabético con HTA es tanto o más significativa que la obtenida por el estricto control de la glucemia.

Hay consenso actualmente en que todos los pacientes diabéticos cuya PA sea superior a 130/85 mm Hg deben recibir medicación antihipertensiva. Las enfermedades renales crónicas son las causas identificables más comunes de HTA y a su vez, la HTA es la segunda causa después de la diabetes mellitus, de enfermedad renal crónica terminal.

### **El método Esfigmomanométrico**

La mayoría de los tensiómetros empleados en la determinación indirecta de la PA se basan en dispositivos que permiten la oclusión de una arteria en uno de los miembros del individuo. Lo que se determina es la presión requerida para colapsar la arteria en el brazo o en el miembro inferior.

El estándar de oro es la utilización del esfigmomanómetro de mercurio, que se prefiere por ser más exacto que el aneroide, tener un mantenimiento más fácil y menos posibilidad de decalibrarse.

La columna de mercurio debe tener una altura y una escala de calibración que va de 0 a 300 mm Hg. Los manómetros de mercurio requieren su limpieza y revisión cada 6 meses para uso hospitalario y cada 9 meses para su uso particular.

El manómetro aneroide es también ampliamente utilizado y si está adecuadamente calibrado permite obtener determinaciones exactas. Sin embargo, debido a su diseño, el manómetro aneroide es más propenso a sufrir alteraciones mecánicas que el de mercurio, las que pueden afectar la exactitud de las determinaciones.

La aguja del manómetro aneroide debe hallarse a nivel 0 antes de que se proceda a inflar el manguito y retornar a ese punto después de proceder a desinflarlo. La exactitud de su calibración debe ser evaluada regularmente con el manómetro de mercurio, usando un tubo en Y.

Se requiere la recalibración cuando las lecturas obtenidas con el manómetro aneroide difieren de las recogidas con el manómetro estándar de mercurio en más de 4 mm Hg. Cuando el balón inflable es excesivamente estrecho o muy corto causa sobreestimación de la PA, lo que lleva a un exceso de diagnósticos de HTA; si es muy ancho o muy largo condiciona su subestimación y que se pase por alto hasta en un 30 % el diagnóstico de la HTA.

La American Heart Association recomienda que el ancho del balón inflable sea 12-14 cm (cubriendo por lo menos 40 % de la circunferencia del brazo en su porción media), y que su longitud corresponda al 80% de la circunferencia del brazo. Es muy recomendable disponer en el consultorio de 3 manguitos que contengan manguitos de las siguientes dimensiones: una standard, de 12 x 26 cm para la mayoría de los adultos; otra para personas obesas, que mida 12 x 40 cm, y otra para niños y adultos muy delgados de 12 x 18 cm<sup>4,9</sup>.

### **Los factores que modifican los niveles de PA**

La continua variabilidad de la PA en el transcurso del día se debe a diversos factores. Entre estos, se incluyen a las emociones, el ejercicio físico, la realización de cálculos aritméticos y otros estrés psíquicos, la frecuencia respiratoria, las comidas, fumar cigarrillos, consumir bebidas alcohólicas, la temperatura ambiental y del paciente, el dolor, y la distensión de la vejiga.

Para poder obtener una determinación exenta de factores distorsionantes, se aconseja efectuarla con el paciente relajado, en un ambiente sin ruidos estridentes y con una temperatura confortable. Un breve periodo de reposo (3 minutos) debe preceder a la medición de la PA.



Para tener un registro casual que sirva para descartar la HTA no hay que efectuar la lectura inmediatamente después de un ejercicio ni antes que transcurra por lo menos media hora de que el individuo haya ingerido café o fumado un cigarrillo. Cuando estas condiciones son imposibles de lograr, se dejará constancia en la ficha clínica del paciente, junto al valor observado, por ejemplo, “PA 164/84, brazo D, fase V (paciente muy nervioso)”.

El observador que efectúa la medición de la PA tiene que estar en una posición confortable con el brazo descubierto, con el fin de:

1°- inflar y desinflar gradualmente el manguito,

2°- ver el manómetro y el menisco de la columna mercurial o la aguja indicadora de la escala en el manómetro aneroide,

3°- oír los ruidos de Korotkoff, diferenciándolos de los ruidos extraños o artefactos,

4°- registrar el nivel de la presión que corresponde a: la aparición de los ruidos de Korotkoff, aquel en que disminuyen su intensidad y el correspondiente a su desaparición, mientras continúa desinflando el manguito, =

5°- registrar la presión con una exactitud cercana a los 2 mm Hg.

De ser necesario, se redondea la cifra al intervalo de clase de 2 mm Hg inmediatamente superior<sup>4,9</sup>. La postura del individuo afecta la medición de la PA, por lo que esta se efectúa primero en posición acostada apoyando el brazo del individuo sobre una almohada, y luego de que transcurra por lo menos 1 minuto de haber adoptado la posición sentada.

Se indicará que, una vez sentado, el individuo coloque su brazo descansando sobre una mesa, a una altura algo por encima de su cintura, en posición horizontal con la flexura del codo a nivel del corazón (aproximadamente, del 4to espacio intercostal, en su unión con el esternón). Si se coloca el brazo por debajo del nivel del corazón se obtendrán valores superiores a los verdaderos (sobrestimación de la PA)<sup>4,6</sup> mientras que si se ubica por encima del nivel del corazón se registrarán valores que subestimen su nivel real.

En posición sentada, las piernas del individuo deben estar firmemente apoyadas en el piso, no entrecruzadas, suspendidas ni columpiándose. Tiene que apoyar su espalda en el respaldo de una silla o en su defecto, en una pared<sup>4</sup>. Estas recomendaciones se deben a que cualquier tipo de esfuerzo isométrico durante la medición aumenta transitoriamente el nivel de la PA.

La PAD puede aumentar hasta un 10% cuando el paciente tiene su brazo extendido y sin apoyo, durante la determinación<sup>4,5</sup>. Cuando se efectúa la medición de la PA con el individuo en posición de pie, el brazo debe ser sostenido por el examinador a la altura del corazón. La PAD es mas elevada en posición sentada que con el individuo acostado (5 mm Hg), mientras que la PAS es mas alta (hasta 8 mm Hg) en posición supina <sup>6,7</sup>.

## **Determinación de la PA en ambos brazos**

Esto se recomienda que se efectúe en la primera consulta; cuando se detecta una diferencia significativa se tendrá en cuenta para la evaluación los niveles en el brazo en que fueron más elevados. Resulta asimismo de gran utilidad para detectar la obstrucción arterial en uno de los miembros superiores (trombosis, embolia, arteritis de Takayasu, disección aórtica).

## **Pseudohipertensión**

En individuos con arteriosclerosis avanzada que con frecuencia tienen lesiones calcificadas confiriendo rigidez marcada a esos vasos, mas común en ancianos, en pacientes con nefropatías avanzadas y en diabéticos, es muy difícil que el manguito inflado a alta presión pueda comprimir las arterias completamente.

En esas condiciones, pueden palparse los latidos tanto de la arteria humeral como de la radial distalmente al manguito inflado a niveles mas elevados a los que corresponde la verdadera PAS determinada en forma directa (intraarterial) (signo de Osler). A eso se llama pseudohipertensión, que solo puede descartarse por cateterismo arterial.

En un anciano la comprobación de cifras elevadas de PAS sin coexistencia de daño de órganos blanco puede sugerir la existencia de pseudohipertensión. Sin embargo, la maniobra de Osler no es una forma confiable de descartar la pseudohipertensión, pues puede ser positiva en hipertensos

aun con manifestaciones de daño significativo de órganos nobles, y también en ausencia de pseudohipertensión<sup>15,16</sup>.

### **2.10.5 La familia con pacientes hipertensos**

Para el manejo de un paciente hipertenso, no basta seguir centrándose en el tratamiento medicamentoso o farmacológico; es necesario detectar los mecanismos que incluyan los efectos conductuales, cognitivos y emocionales que influyen no sólo en el diagnóstico sino en su manejo y tratamiento.

Hoy día se están realizando importantes esfuerzos dirigidos a la prevención, control y tratamiento de la hipertensión arterial, los cuales están requiriendo de acciones multidisciplinarias, por lo que es fundamental el reconocimiento de la influencia de factores de índole psicosocial, como la familia (Moleiro y García, 2004).

La familia es, sin duda, la fuente principal de creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud. Las tensiones que sufre a través de su ciclo evolutivo pueden manifestarse en forma de síntomas, los cuales pueden ser la expresión de procesos adaptativos del individuo y ser mantenidos por las conductas familiares (Minuchin, Rosban y Baker, 1987).

Así, los síntomas somáticos que no mejoran con las medidas convencionales son muchas veces un reflejo de problemas ocultos relacionados con el entorno del paciente, y ese entorno suele ser el familiar. Pero no sólo en la familia se pueden gestar las enfermedades, sino que es el

medio donde se puede comprender el problema y es un recurso de incalculable valor para atender estos problemas y a su vez enriquecer la salud desde una perspectiva biopsicosocial.

## **Familia y enfermedad**

La familia es la institución social más antigua y es objeto de estudio de diferentes áreas de la psicología en los ámbitos educativo, social y clínico. Sería imposible estudiar la psicología humana sin hacer referencia a este grupo primario.

Generalmente ha sido analizada como el contexto “de” y no como un objeto de estudio en sí misma (Muzio, 1998). La aparición de cualquier enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia representa un serio problema en su funcionamiento y estructura, pues la enfermedad introduce una información nueva en el sistema que lo perturba y desorganiza, por lo que con frecuencia implica una crisis que impacta sistémicamente a cada uno de sus miembros (Téllez, 2007).

De forma directa o indirecta, la presencia de la enfermedad se ve reflejada en las esferas afectiva, física, económica y social de la familia. Se han estudiado y considerado las respuestas adaptativas de la familia para enfrentar a la enfermedad.

Algunas familias, a partir del manejo que dan a dicha situación crítica, logran crecer y fortalecerse; otras integran el síntoma como un elemento homeostático que favorece el equilibrio del sistema. Estas últimas favorecen la permanencia y cronificación de la enfermedad, produciéndose un círculo vicioso que hace más severa la crisis y dificulta su manejo (Kornblit, 1996).

@@ Definitivamente, para poder estudiar a la familia en el contexto de la enfermedad, debe cambiarse la lente de su estudio, y así pasar de un modelo lineal a una perspectiva sistémica (Auerswald, 1986).

Desde este enfoque, se conceptualiza a la familia como un sistema vivo, formado por sus elementos y por las relaciones entre estos. Todo sistema tiene una estructura que determina su funcionamiento y evolución en el tiempo (von Bertalanffy, 1968/1991).

Sin duda, en cualquier familia hay problemas, los que sistémicamente se estudian de un modo relacional; de aquí que la persona que muestra el síntoma –en este caso la hipertensión arterial– sigue teniendo una relación con alguien más o con el mundo en general. Si la familia es el contexto natural para crecer y desarrollarse, también puede serlo para estancarse y sufrir (Minuchin, 2004).

Dentro del enfoque sistémico se sostiene que la conducta inusual o anormal por parte de alguno de los miembros de la familia puede relacionarse con problemas del interior de la organización familiar, la cual posee un complejo equilibrio.

Esto es, el dolor que experimenta uno de los miembros es en ocasiones tolerado e incluso fomentado inadvertidamente por el resto de la familia; por ende, las relaciones entre los miembros familiares deben constituir el enfoque central del tratamiento. Si se reconoce que las relaciones con la familia primaria pueden funcionar como una valiosa fuente curativa, las posibilidades de éxito en la no cronicidad del síntoma serían significativas (Onnis, 1996).

La familia no es tan sólo un conjunto de individuos que se relacionan entre sí, sino también una unidad que posee un significado emocional. El todo supera la suma de las partes, es decir, los individuos que conforman la familia.

La conducta y manera de ser de cada individuo reflejan la influencia del sistema familiar y, a su vez, influyen en dicho sistema. Los patrones al interior de la familia provienen de generaciones anteriores y sientan las bases para las generaciones futuras (Bowen, 1991).

La enfermedad que tiende a la cronicidad o que incluso se convierte en terminal favorece que el paciente sea etiquetado, lo que afectará el tipo de relación interpersonal con los demás miembros de la familia y con su medio en general.

Dicha relación puede evolucionar hasta llegar a situaciones de estrés crónico que lentamente pueden ocasionar el deterioro familiar, pues durante el proceso de enfermedad la familia sufre de igual manera que el paciente, por lo que indiscutiblemente es necesario no perder de vista a la familia como red de apoyo y en el proceso de recuperación, y esto, sin duda, a partir del trabajo multidisciplinario en el campo de la salud (Pérez y Díaz, 2006).

De aquí la importancia de evaluar el funcionamiento familiar, lo que permitirá conocer los recursos y limitaciones que tiene el propio sistema familiar, y en ello se incluye la capacidad para resolver problemas, la comunicación, el establecimiento de límites, el involucramiento afectivo entre sus miembros y el manejo de las dificultades, la unión y el apoyo.

### **2.11 Aporte teórico de la investigación**

El principal aporte teórico de esta investigación es el vasto conjunto de datos, recientes y de importantes autores tanto internacionales como nacionales, sobre el tema de la dinámica relacional de familias de pacientes hipertensos.

### **2.12 Aporte práctico**

En esta investigación se aborda una problemática que hasta el momento nunca había sido abordada en el contexto del Hospital Regional Dr. Antonio Musa.

### **2.13 Novedad científica**

Identificación de rasgos característicos de las relaciones familiares de pacientes hipertensos.

### **2.14 Indicadores**

- 1) Dinámica relacional de la familia
- 2) Pacientes con hipertensión arterial

### **2.15 Glosario de términos**



- 1) **Familia:** sistema estructurado y abierto compuesto por personas que conviven e interactúan entre sí. El propósito de una familia es proveer de un contexto que apoye los logros necesarios para todos sus miembros individuales.

Este propósito va encaminado sobre todo a la protección y supervivencia de cada uno de ellos y de la familia como tal, y a la adaptación al sistema social donde se mueve y la transmisión del mapa de creencias particulares de cada familia.

Así se evidencia que toda familia presenta un grado de cohesión que le permite mantenerse unida y generar un sentimiento de pertenencia grupal. Tiene, además, una capacidad de adaptación a sistemas sociales más amplios que proveen a sus miembros de socialización y facilita la diferenciación individual.

Por último, la familia trasmite no sólo una herencia genética, sino también todo un puzzle comunicacional y de creencias, una papilla informativa. La estructura de la familia es un conjunto de pautas funcionales que organizan la manera en que se relacionan los miembros de la misma.

- 2) **Sub-sistema conyugal:** El subsistema conyugal se forma en el momento en que dos adultos deciden unirse con ese propósito. Requiere que se establezcan reglas propias y consigan fijar bien los límites. Cada compañero trae un conjunto de valores y expectativas, trae su propio mapa de la realidad, compuesto de costumbres, pequeños rituales y reglas, creencias, la mayor parte aportados por la propia familia de origen.

La pareja ha de desarrollar pautas de acomodación y establecer reglas de funcionamiento (desde quién hace la compra hasta cómo se administra la economía). Estas reglas pueden ser verbalizadas y consensuadas (explícitas) y también pueden establecerse inconscientemente de forma paulatina por sí mismas (implícitas). Cada cónyuge perderá individualidad y ganará, a cambio, pertenencia.

Una de las tareas más importantes es la fijación de límites para su propia protección y satisfacción como pareja. Unos límites mal fijados sobre el resto del mundo extrafamiliar (amigos, parientes políticos, familia de origen...) pueden ocasionar conflictos y acarrear patología.

El subsistema conyugal es importante para el desarrollo afectivo de los hijos. Los hijos aprenden a expresar afecto, hostilidad, y entre comida y comida se les van transmitiendo los valores, creencias y expectativas paternas. Hay situaciones patológicas en las que un hijo se puede convertir en chivo expiatorio o pasar a ser aliado de un cónyuge contra el otro.

En cuanto al subsistema parental, su función es la crianza y educación de los hijos. Cuando en un sistema conyugal aparece un hijo se deben diferenciar las funciones para desempeñar las tareas de socialización del hijo.

Se deben trazar límites que faciliten el acceso al hijo a ambos padres, pero que impidan, a la

vez, su intromisión en las relaciones conyugales. En este período de fijación de límites al hijo, éste aprende lo que le está permitido y lo que no; no fijarlos, o que resulten contradictorios, producirá confusión e inseguridad al niño.

Es la coherencia y la predecible conducta de los padres lo que hace que el niño se sienta seguro y confiado: una de las actitudes parentales más nocivas es que ante una misma travesura del niño unas veces se consiente y otras se reprime; esta confusión primaria sobre lo que es lícito y lo que no lo es suele estar en la base de futuras conductas asociales.

- 3) **Sub-sistema parental o filial:** El subsistema parental puede tener una composición variable. Puede incluir a otros parientes (un tío, una abuela...) y puede excluir a alguno de los padres; o bien un hijo puede cumplir una función parental.

Si bien los adultos tienen el deber de socializar y proteger a los hijos, tienen también sus derechos. El principal es el de que la autoridad está de su parte y habrán de ejercerla a la hora de tomar decisiones respecto a la evolución de la familia como tal. Todo dependerá de cómo ejerzan esa autoridad.

El subsistema fraterno está compuesto por los hermanos. Es el primer grupo humano donde los niños aprenden a tratar con sus iguales, sus pares. Negociación, competición, colaboración en las relaciones normales, son aspectos que se aprenden en el subsistema fraterno. Los mecanismos relacionales básicos son la imitación (forma primitiva de empatía, que facilita la comprensión del otro) y la rivalidad (ayuda a la propia diferenciación).

Al iniciar su contacto con el mundo extrafamiliar actúan según las pautas aprendidas del mundo fraterno; luego, poco a poco, irán incorporando pautas nuevas y alternativas. Los niños sin hermanos, los hijos únicos, suelen desarrollar pautas tempranas de adaptación al mundo adulto, lo que da lugar a un desarrollo precoz en su socialización; pero, a la vez, puede originar dificultades de autonomía en el futuro.

El orden dentro de la fratria también puede ser importante. Los primogénitos tienden a considerarse más especiales, mostrarse más responsables y sentirse obligados a seguir la tradición familiar; por el contrario, los hijos menores tienden a ser más irresponsables y a retrasarse en su maduración psicológica.

- 4) **Sub-sistema fraterno:** El subsistema fraterno está compuesto por los hermanos. Es el primer grupo humano donde los niños aprenden a tratar con sus iguales, sus pares. Negociación, competición, colaboración en las relaciones normales, son aspectos que se aprenden en el subsistema fraterno. Los mecanismos relacionales básicos son la imitación (forma primitiva de empatía, que facilita la comprensión del otro) y la rivalidad (ayuda a la propia diferenciación).

Al iniciar su contacto con el mundo extrafamiliar actúan según las pautas aprendidas del mundo fraterno; luego, poco a poco, irán incorporando pautas nuevas y alternativas. Los niños sin hermanos, los hijos únicos, suelen desarrollar pautas tempranas de adaptación al mundo

adulto, lo que da lugar a un desarrollo precoz en su socialización; pero, a la vez, puede originar dificultades de autonomía en el futuro.

El orden dentro de la fratria también puede ser importante. Los primogénitos tienden a considerarse más especiales, mostrarse más responsables y sentirse obligados a seguir la tradición familiar; por el contrario, los hijos menores tienden a ser más irresponsables y a retrasarse en su maduración psicológica.

5) **Hipertensión arterial:** Son clasificados como hipertensos, de acuerdo con los criterios de la OMS (Organización Mundial de la Salud) aquellos sujetos que durante al menos tres tomas casuales se encuentran incluidas o por encima en las cifras que para cada intervalo de edades se señalan a continuación:

De 15 - 19 años: 140/90 mm de Hg

De 20 - 29 años: 150/90 mm de Hg

De 30 - 64 años: 160/95 mm de Hg

De 65 - y más: 170/95 mm de Hg

## **CAPITULO III DISEÑO METODOLOGICO**

### **3.1 Método teórico**

El método teórico se refiere al plan o estrategia concebida para describir los conceptos teóricos que funcionan como base del estudio. En esta investigación, **se utiliza como método teórico el lógico deductivo** en la medida en que se aplican los principios ya descubiertos a casos particulares, a partir de un enlace de juicios. El papel de la deducción en la investigación es doble. Primero consiste en encontrar principios desconocidos, a partir de los conocidos

### **3.2 Método empírico- fundamental**

El método empírico fundamental de la investigación se refiere al plan o estrategia concebida para responder a las preguntas problémicas del estudio de manera práctica y concreta.

El método empírico fundamental aplicado en esta investigación corresponde **al no experimental**. Es decir, que el plan para responder las preguntas de investigación se realiza sin la manipulación deliberada de variables, si no observando el fenómeno tal y como se da en su contexto natural para después analizarlo.

### **3.3 Método empírico complementario**

El método empírico complementario de la investigación se refiere al plan o estrategia concebida para complementar el proceso que permite el logro de los objetivos del estudio. Abarca cuatro aspectos fundamentales que son el universo, la población, la muestra y la descripción de instrumentos de medida.

#### **3.3.1 Universo**

El universo está compuesto por todos los pacientes que asistieron a consulta de cardiología en el periodo Julio-Septiembre en el Hospital Dr. Antonio Musa.

#### **3.3.2 Población**

La población está compuesta por todos los pacientes con hipertensión arterial que asistieron a consulta de cardiología en el periodo Julio-Septiembre en el Hospital Dr. Antonio Musa.

#### **3.3.3 Muestra**

La muestra corresponde a los 10 pacientes que accedieron a ser entrevistados.

#### **3.3.4 Instrumento de medida**

**@@@ El genograma**

**El genograma es una herramienta gráfica que resume la información relevante sobre una familia. Permite registrar y conocer la información de una manera "visible" e ilustrar acerca de la etapa del ciclo vital actual, acontecimientos vitales, relaciones afectivas y recursos del grupo familiar.** Puede ser analogado a una "radiografía de la familia, en la que se evidencian las pausas relacionales actuales y transgeneracionales y se consignan las enfermedades y acontecimientos vitales importantes.

El genograma podrá ser usado como un instrumento diagnóstico al permitir al integrante del equipo de salud contrastar hipótesis relacionadas con la contribución que el sistema familiar hace al problema detectado. Esto se aplica a familias con problemas recurrentes de toda índole, de la cual no se excluyen aquellos sistemas que involucran enfermos crónicos, graves o terminales que requieren un apoyo determinado. **Hay seis categorías informativas contenidas en el genograma:**

**La estructura familiar:**

Comprende la composición de la familia (familia extensa, nuclear íntegra, nuclear con parientes próximos, nuclear ampliada, binuclear y monoparental) y el subsistema fraternal (orden e nacimiento, diferencias de edad y género).

**Adaptación al ciclo vital familiar:**



Implica conocer en qué etapa del ciclo vital está la familia; las transiciones o crisis normativas a las que se está adaptando y la posibilidad del surgimiento de una asincronía en alguna de las etapas, entendiéndola como un acontecimiento desplazado en el tiempo.

### **Repetición de pautas a través de generaciones:**

Esto permite ayudar a las familias y evitar repeticiones presentes y futuras de las pautas que tengan un carácter negativo. La repetición de patrones a lo largo de generaciones puede relacionarse con la estructura, la morbilidad o pautas de funcionamiento familiar.

### **Sucesos de la vida y funcionamiento familiar:**

Esto se refiere a acontecimientos vitales estresantes que puedan estar causando crisis y disfunciones familiares. Estas situaciones pueden ser recientes (pérdidas tales como: fallecimientos, abandonos, separación) o pasados. Para estudiar el impacto debe analizarse la tipología familiar, las edades de los miembros y las redes de apoyo con que cuenta. También puede haber coincidencia o recurrencia de fechas, edades o acontecimientos significativos, cuando se observa que situaciones críticas ocurren en una determinada época y es posible descubrir tensiones en la historia familiar que las explican (por ejemplo: las reacciones de aniversario)

Al estudiar el genograma se pueden indicar los recursos cuantitativos (red social), en cuanto al número de personas y su relación de parentesco; a quién es posible dirigirse en un momento de crisis, etc. Esto es central para el diseño de estrategias de intervención frente a acontecimientos vitales graves.

## **Pautas vinculares:**

El genograma es un medio útil para reconocer las relaciones de cercanía, distancia, triangulaciones, conflictos, etc. del grupo familiar. Sin embargo, este aspecto puede cambiar con el tiempo, por lo que es esencial su corrección periódica.

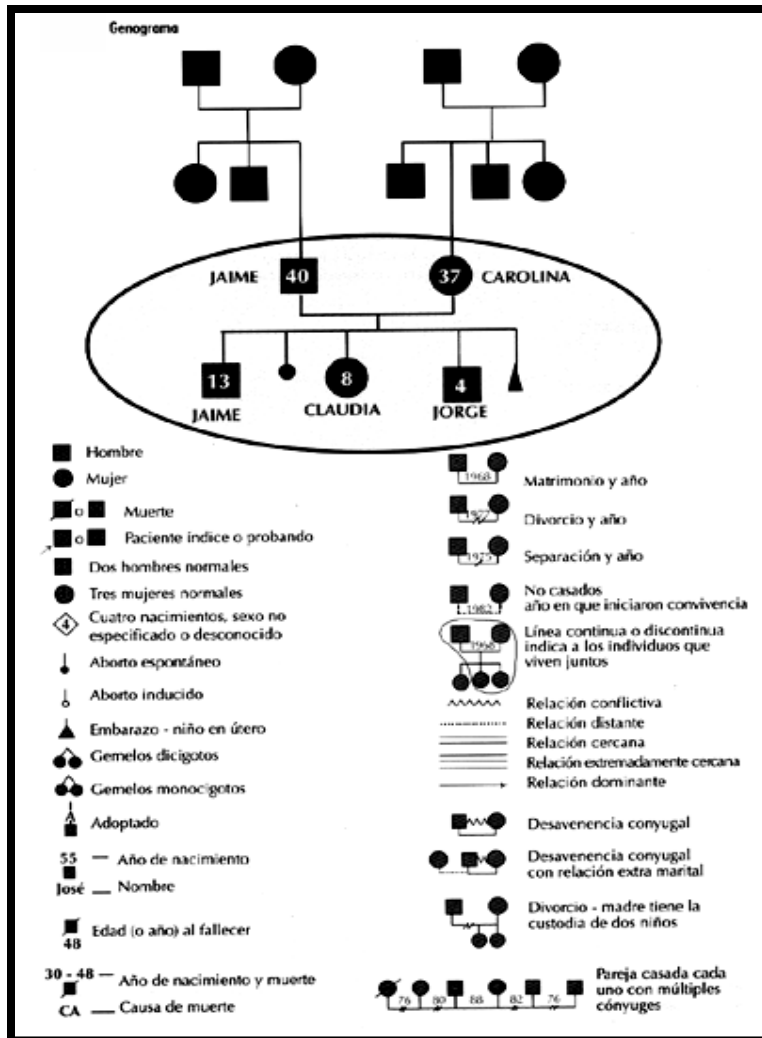
## **Diseño del Genograma**

Para la realización del genograma es recomendable seguir tres pasos:

- 1) Realizar el trazado de la estructura familiar, tomando en cuenta los siguientes aspectos:
  - a. Consignar los miembros de la familia, representando con un cuadrado a los hombres y con un círculo a las mujeres.
  - b. Consignar el matrimonio entre dos personas a través de una línea horizontal continua que une el cuadrado con el círculo, teniendo presente que el cuadrado se sitúa a la izquierda y el círculo a la derecha.
  - c. Consignar a las parejas convivientes a través de una línea horizontal discontinua.
  - d. Ubicar a los hijos de mayor a menor, en orden de izquierda a derecha, uniéndolos a la línea horizontal que une a los padres.
  - e. Dibujar, en el caso de hijos adoptivos, la línea que une a la pareja con el (los) hijo (s) adoptivos de manera discontinua.
  - f. Consignar el parto con feto muerto a través de una "X" en el símbolo correspondiente.
  - g. En el caso de aborto, graficarlo con un círculo negro en el caso que sea espontáneo, y con una X (en vez del símbolo de hombre o mujer) en el caso que sea provocado.

- h. Trazar la interrupción del matrimonio a través de dos barras inclinadas sobre la línea horizontal de matrimonio o convivencia.
- i. En los casos de múltiples matrimonios o convivencias se debe tener en cuenta las diferentes posibilidades:
  - Cuando sólo el hombre o la mujer se ha casado más de una vez, se registra el último matrimonio (o convivencia) a la derecha.
  - Cuando son los dos miembros de la pareja quienes se casan (o conviven) nuevamente, situar el más reciente en el centro.
- j. Señalar a las personas que viven en una misma casa con una línea discontinua alrededor de todas ellas.
- k. Consignar al paciente índice por una línea doble alrededor del cuadrado o del círculo, según se trate de un hombre o mujer, respectivamente.
- l. Señalar el fallecimiento de un miembro de la familia trazando una "X" dentro del símbolo correspondiente.
- m. Consignar las edades de los miembros de la familia y las fechas de sucesos significativos. Esto sirve como medio para ubicar la etapa del ciclo vital en que se encuentra la familia y comprender las crisis normativas de ella. En este segundo paso no deben dejar de considerarse ciertos aspectos:
  - m. Registrar la edad de cada miembro de la familia dentro del símbolo de cada uno.
  - n. Registrar la fecha de nacimiento y fallecimiento encima del símbolo correspondiente, a la izquierda y derecha respectivamente.

- o. Señalar la edad de la persona al morir al interior del símbolo correspondiente.
  - p. Registrar fechas de matrimonio y separación en la línea horizontal que une a la pareja.
- 2) Registrar información relevante en el momento de "leer" el genograma de una familia, como la siguiente:
- a. Indicar los recursos familiares tanto económicos como afectivos, con un asterisco sobre el símbolo correspondiente. Anotar a pie de página de qué tipo de recurso se trata.
  - b. Registrar las relaciones entre los miembros de la familia a través de diversos tipos de líneas que unen los símbolos correspondientes a los miembros de la familia. Las relaciones pueden ser: muy unidas o fusionadas, unidas, distantes, separadas o conflictivas.
  - c. Consignar los problemas de salud a la derecha de la persona (símbolo)
  - d. Registrar los sucesos familiares críticos, como pérdida de trabajo o migraciones, a la izquierda del símbolo correspondiente, con la sigla AV (acontecimiento vital estresante) y al pie de página señalar de qué acontecimiento se trata.



### 3.4 Método matemático estadístico

El método matemático estadístico de la investigación se refiere al plan o estrategia matemática estadística concebida para organizar, procesar e interpretar los datos que funcionan como respuesta a los objetivos del estudio. Abarca cuatro aspectos fundamentales que son la recolección de datos, organización y tabulación de los datos, el procesamiento e interpretación de datos y las estadísticas aplicadas a la investigación. y operacionalización de las variables.

### **3.4.1 Recolección de datos**

Para la recolección de los datos, en primer lugar, se solicita el permiso al director del Hospital Regional Dr. Antonio Musa en San Pedro de Macorís, República Dominicana.

Luego, se hace el acercamiento a los pacientes en sala de espera y se le presenta el estudio y se solicita su cooperación. Una vez accedían se les entrevistaba. En la primera fase de la entrevista, aquellos que respondían estar diagnosticados con hipertensión se continuaba entrevistándoles, los que no se concluía en la primera fase la entrevista.

### **3.4.2 Organización y tabulación de datos**

Para la organización y tabulación de los datos, se verificó, en primer lugar, que todos los evaluados tuviesen completadas la evaluación de aspectos sociodemográficos y su genograma. Luego fueron tabulados tanto los genogramas los datos seociodemográficos contenidos en el instrumento.

### **3.4.3 Procesamiento e interpretación de datos**

Los datos se procesan por medio del sistema digital de Microsoft Excel, correspondiente al paquete de Microsoft Office. La interpretación se realiza por medio de tablas y gráficos de pastel.

### **3.4.4 Estadísticas aplicadas a la investigación educativa**

Las estadísticas que se aplicaron a la investigación fueron estadísticas descriptivas para cada variable con que abarca la distribución de frecuencias y sus respectivos porcentajes.

### 3.4.5 Operacionalización de las variables

**Objetivo científico: Determinar la dinámica relacional en las familias de pacientes con hipertensión arterial que asisten al Hospital Dr. Antonio Musa, San Pedro de Macorís, periodo Julio-Septiembre 2011.**

Variable	Definición de Variable	Indicador	Pregunta
<b>Características sociodemográficas</b>	Aspectos que definen a nivel social y demográfico	Edad Sexo	Ficha técnica
<b>Dinámica relacional de la familia</b>	Características de las relaciones entre los diferentes sub sistemas que componen la familia	a) Cercana b) Muy cercana c) Distante d) Conflictiva No existe	Genograma
<b>Pacientes hipertensos</b>	Pacientes con condición crónica de presión arterial por encima de los parámetros normales	De 15 - 19 años: 140/90 mm de Hg  De 20 - 29 años: 150/90 mm de Hg  De 30 - 64 años: 160/95 mm de Hg  De 65 - y más: 170/95 mm de Hg	Expediente medico

## CAPITULO IV RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 4.1 Resultados

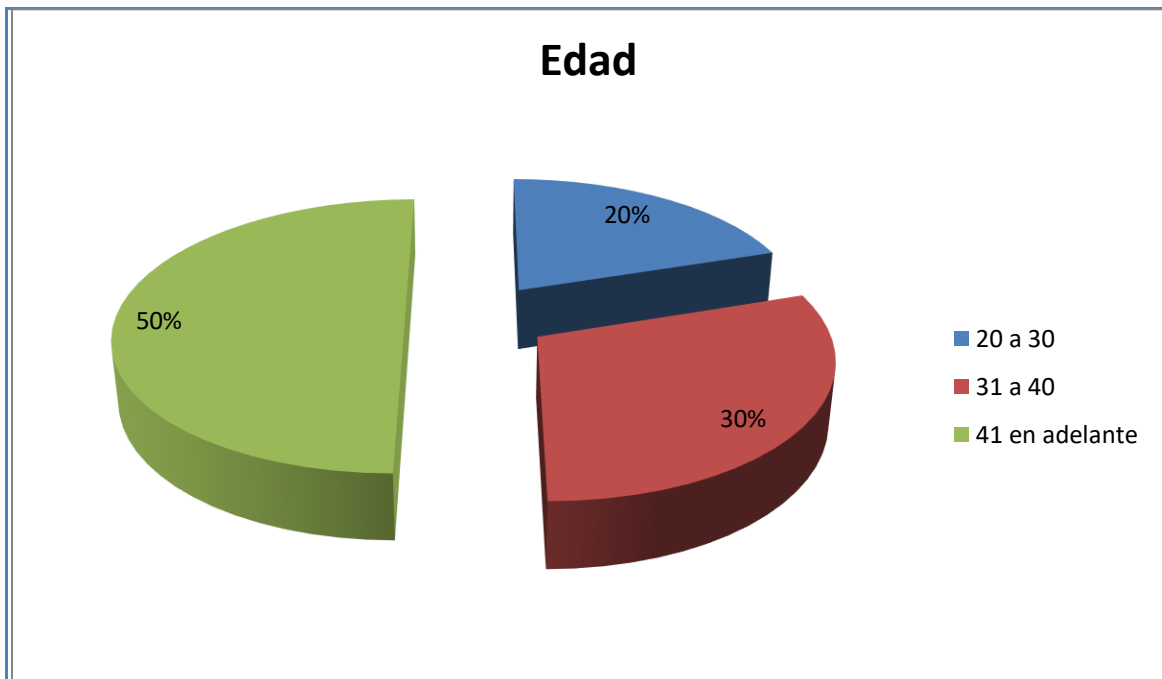
**TABLA I**

**Edad**

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b> %
20-30	2	20
31-40	3	30
41 en adelante	5	50
<b>TOTAL</b>	10	100

Fuente: ficha técnica

**GRAFICO I**

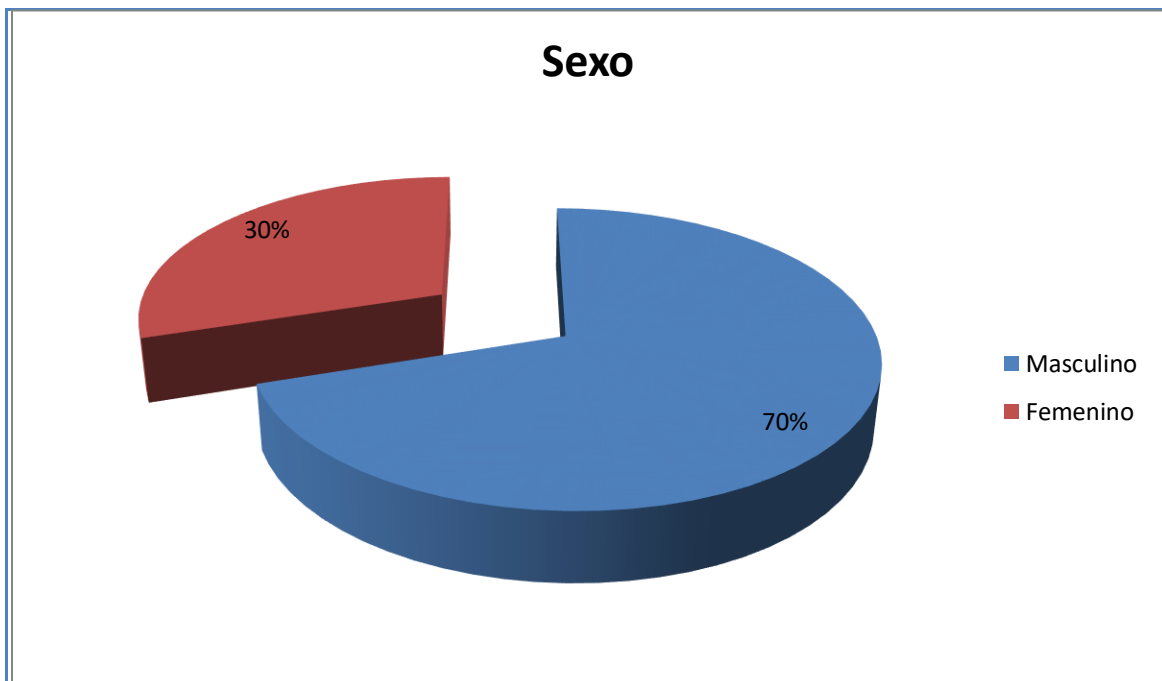


Fuente: Tabla I



**TABLA II**  
**Sexo**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje %
Masculino	7	70
Femenino	3	30
Total	10	100



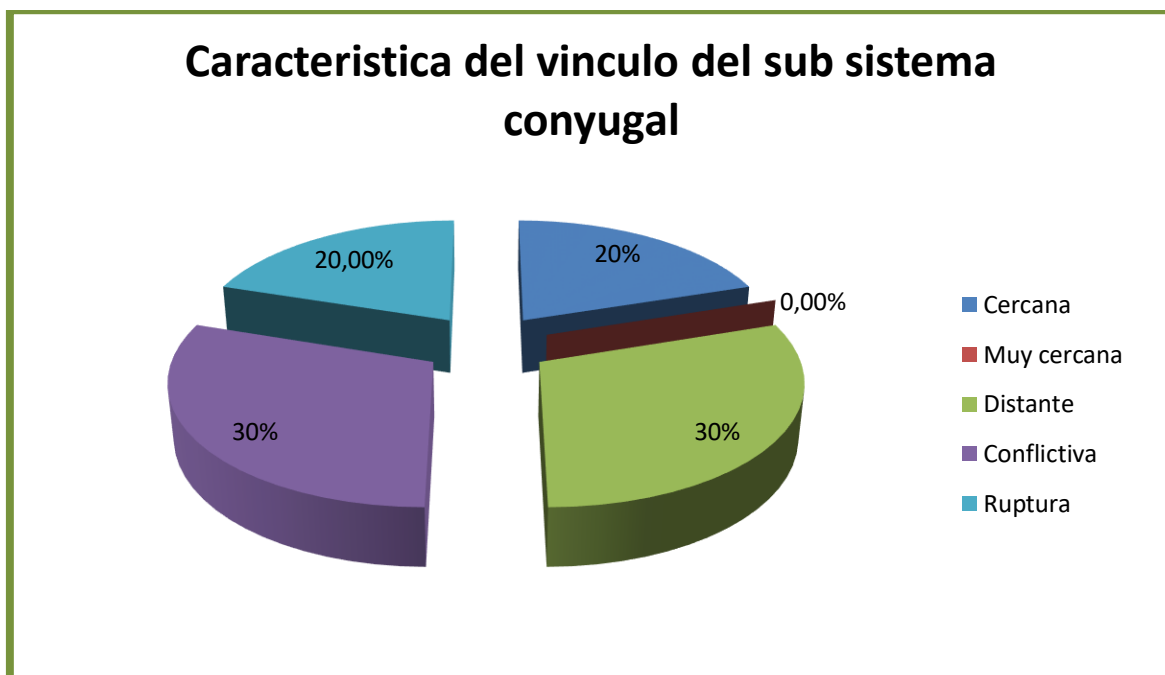
**TABLA III**

**Característica del vínculo sub-sistema conyugal**

Característica del vínculo Sub-sistema conyugal	Frecuencia	Porcentaje %
Cercana	2	20
Muy cercana	0	0
Distante	3	30
Conflictiva	3	30
Ruptura	2	20
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fuente: Genograma

**GRAFICO III**



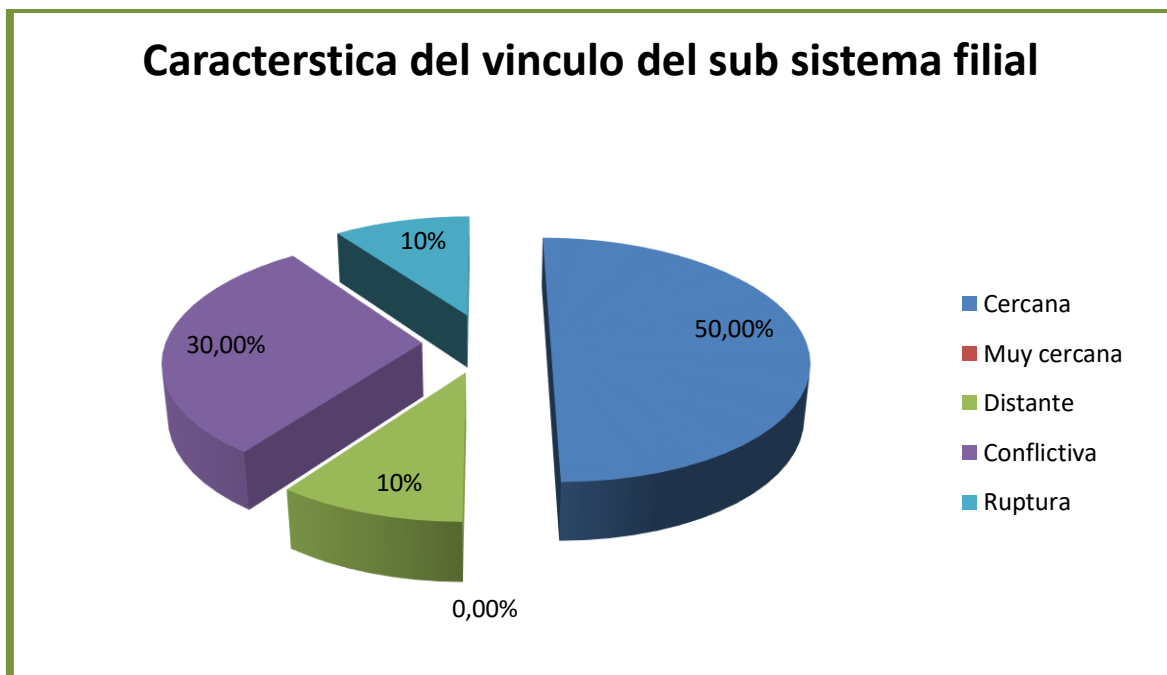
Fuente: Tabla III

**TABLA IV**  
**Característica del vínculo sub-sistema filial**

<b>Característica del vínculo Sub-sistema filial</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje %</b>
Cercana con mayoría de hijos	5	50
Muy cercana con mayoría de hijos	0	0
Distante con mayoría de hijos	1	10
Conflictiva con mayoría de hijos	3	30
Ruptura con mayoría de hijos	1	10
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fuente: Genograma

**GRAFICO IV**



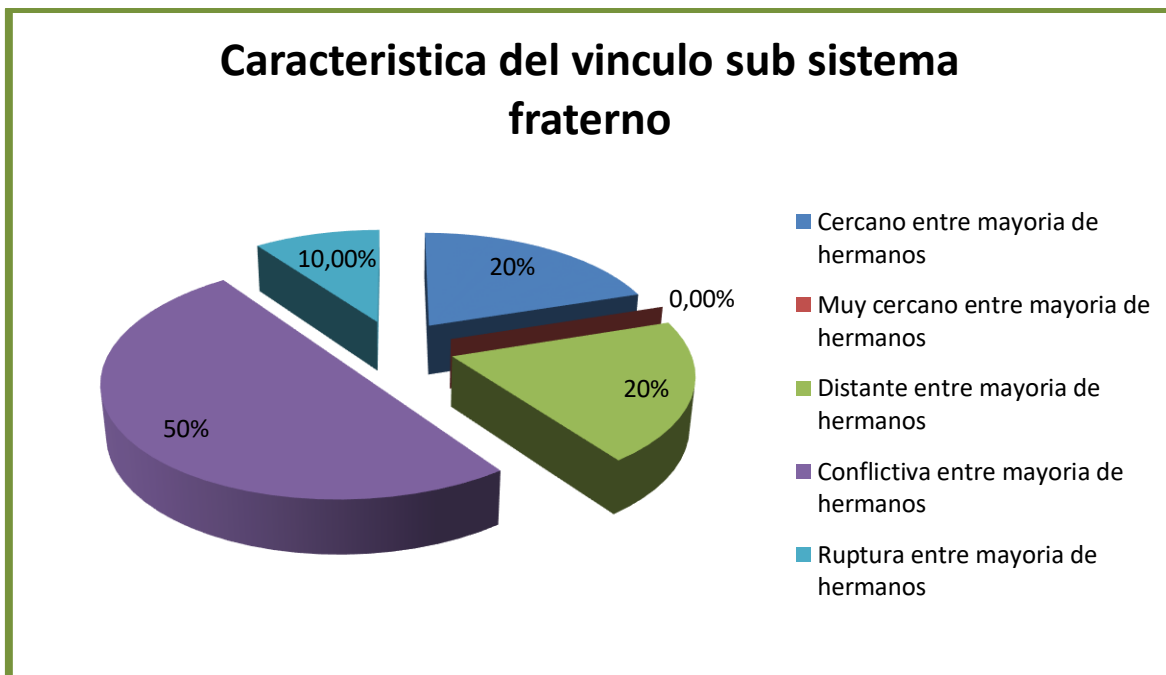
Fuente: Tabla IV

**TABLA V**  
**Característica del vínculo sub-sistema fraterno**

<b>Característica del vínculo Sub-sistema fraterno</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje %</b>
<b>Cercana entre mayoría de hermanos/as</b>	<b>2</b>	<b>20</b>
<b>Muy cercana entre mayoría de hermanos/as</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Distante entre mayoría de hermanos/as</b>	<b>2</b>	<b>20</b>
<b>Conflictiva entre mayoría de hermanos/as</b>	<b>5</b>	<b>50</b>
<b>Ruptura entre mayoría de hermanos/as</b>	<b>1</b>	<b>10</b>
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fuente: Genograma

**GRAFICO V**



Fuente: Tabla V

## **4.2 Análisis de los resultados**

La edad de las personas evaluadas oscila en más de la mitad de las mismas entre 41 años en adelante/ el 30% tiene entre 31 y 40 años y un 20 % entre 20 y 30 años. El 70% fueron hombre y un 30% de la muestra fueron mujeres.

El 30% de los evaluados presenta un vínculo conflictivo o distante en el subsistema conyugal un 20% presenta vinculo apartado y una misma cantidad cercano.

El subsistema filial o parental de la mayor parte de los pacientes hipertensos está caracterizado por la cercanía (50%), mientras que una buena parte esta caracterizado por los conflictos también (30%).

En el subsistema fraterno el 50% de los hogares de los evaluados plantean que el 50% de sus hijos presentan vínculos conflictivos entre ellos, es decir, como hermanos, mientras que un 20% los tiene apartados y cercanos.

## **4.3 Conclusiones**

El objetivo principal de esta investigación es el de determinar la dinámica relacional de las familias de los pacientes hipertensos que asisten al Hospital Antonio Musa, San Pedro, República Dominicana, periodo Julio-Septiembre 2011.

La aplicación de la Teoría General de los Sistemas a la Psicología dio un nuevo auge a la visión ambientalista de los problemas psicopatológicos y añadió una nueva perspectiva de la familia al considerarla como un sistema vivo.

Todo sistema vivo es un sistema abierto. Se puede definir sistema abierto como una entidad que tiene un conjunto de reglas y que intercambia información y energía con el mundo exterior. Los sistemas abiertos no son entidades estáticas, sino dinámicas, mantenidas por la interacción entre la homeostasis (persistencia) y el cambio (evolución).

Según Umbarger (1983), las características de los sistemas abiertos aplicadas a la familia son:

**Totalidad:** Cada elemento de un sistema sólo puede ser entendido en su relación con los demás, lo que supone que cualquier cambio en una de las partes afectará a todas las demás. Esto lleva consigo considerar a un sistema como un todo diferente a la suma de sus partes (no sumación), con cualidades propias. Aplicado a la familia, se diría, entonces, que la conducta de un individuo está relacionada con la de los otros. Un individuo es un todo y, a la vez, parte del sistema donde está incluido.

La conducta de una persona influye en los miembros familiares y, por otra parte, lo que ellos hagan determinará la respuesta de esa persona. Como individuos somos un todo, pero también se es parte de los sistemas sociales a los que se pertenece. Por otra parte, el análisis de una familia es más que la suma de sus miembros individuales. La familia (cada familia) tiene sus propias reglas inherentes.

**Organización:** Una de las características de todo sistema es la presencia de una organización que permita relacionar sus elementos entre sí y al sistema mismo en su adaptación al contexto. Para ello requiere unos límites interiores del sistema y con el exterior del mismo. Esto dará lugar a que el sistema se organice mediante jerarquías, de forma que cada sistema esté formado por subsistemas y que, a su vez, se pueda integrar en diversos suprasistemas.

Vista la familia como un sistema, se observa en su estructura diversos subsistemas (parental, conyugal, fraternal), organizados jerárquicamente y con límites más o menos permeables que regulan la relación entre sus miembros.

**Regulación:** Todo sistema se regula a sí mismo mediante circuitos cibernéticos de retroalimentación (feed-back). Lo que caracteriza a un circuito cibernético es la circularidad en contraposición con la linealidad.

Los circuitos de retroalimentación pueden ser positivos o negativos. Por retroalimentación negativa se entiende el proceso autocorrectivo que intenta contrarrestar toda desviación de salida que sobrepasa determinados límites.

Lo característico de este feed-back es, por tanto, su tendencia a la homeostasis, a mantener al sistema en un estado constante, a impedir que se produzca el cambio y a intentar mantener la estructura inalterada.

La retroalimentación positiva, al contrario, amplifica la desviación de salida y tiende al cambio: este feed-back es básico para la supervivencia del sistema, para su capacidad de

adaptación a situaciones de crisis, de forma que la amplificación de la desviación produzca un nuevo reequilibrio en el sistema, que éste sea capaz de autoorganizarse y generar una estructura distinta que se adapte al nuevo contexto.

En relación con la familia esto quiere decir que cada conducta de un miembro suministra información al sistema familiar, información que puede favorecer o contrarrestar la aparición de conducta en otros miembros.

La repetición de determinados circuitos genera redundancias o reglas que constituyen el funcionamiento del sistema (por ejemplo: el primogénito adolescente negociará con la autoridad parental el horario de llegada nocturna, que, de paso, servirá para los que vengan detrás; si alguno de los hermanos quiere cambiar la regla tendrá que pelear duro).

. En su historia evolutiva cada familia generará un sistema de reglas (explícitas, implícitas, secretas...) que le permitirán permanecer estable, equilibrada. En el transcurso del tiempo la familia sufrirá diversas situaciones de cambio (nacimientos, muertes, separaciones, crisis de desarrollo...) a las que habrá de adaptarse.

Reglas demasiado rígidas impedirán una evolución adecuada y podrán producir conflictos y/o patología. Las reglas generadas por la familia en el transcurso de su trayectoria son un área importante a explorar en toda familia, por su capacidad para significar y mediatizar comportamientos.



Estas reglas se pueden clasificar en tres tipos:

**Explícitas.** Son las que se establecen de un modo claro y directo por los miembros de la familia.

Todos las conocen, se ha hablado de ello, incluso se han negociado: asignación de las tareas domésticas, roles a ejercer en el cuidado de los hijos, relación con los suegros, libertad y relación con las amistades... Si bien, parece que lo deseable es que exista el mayor número de reglas claras y explícitas, normalmente no ocurre así y la mayoría de las reglas de las familias pertenece al segundo tipo.

**Implícitas.** Son reglas que están ahí y ejercen su función, pero no han sido verbalizadas ni consensuadas; si se hablara de ellas explícitamente, no habría muchas dificultades para llegar al acuerdo. Al señalarlas desde fuera se suele obtener la respuesta de: "Sí, funcionamos así, pero no nos habíamos dado cuenta, nunca lo habíamos hablado". Dicho de otro modo, estas reglas pertenecen al mundo de lo sobreentendido, se dan por aceptadas.

**Secretas.** Son reglas implícitas que parecen ocultas, enterradas por el paso del tiempo, habitualmente sobre temas sin resolver o delicados; son, de alguna manera, como viejas minas de una antigua guerra (si se pisa en el sitio inadecuado pueden estallar): un suicidio familiar, un embarazo prematrimonial, una historia de infidelidad en la pareja, la presencia de relaciones incestuosas, entre otras.

El propósito de una familia es proveer de un contexto que apoye los logros necesarios para todos sus miembros individuales. Este propósito va encaminado sobre todo a la protección y

supervivencia de cada uno de ellos y de la familia como tal, y a la adaptación al sistema social donde se mueve y la transmisión del mapa de creencias particulares de cada familia.

Así se evidencia que toda familia presenta un grado de cohesión que le permite mantenerse unida y generar un sentimiento de pertenencia grupal. Tiene, además, una capacidad de adaptación a sistemas sociales más amplios que proveen a sus miembros de socialización y facilita la diferenciación individual.

Por último, la familia trasmite no sólo una herencia genética, sino también todo un puzle comunicacional y de creencias, una papilla informativa. La estructura de la familia es un conjunto de pautas funcionales que organizan la manera en que se relacionan los miembros de la misma.

Para el manejo de un paciente hipertenso, no basta seguir centrándose en el tratamiento medicamentoso o farmacológico; es necesario detectar los mecanismos que incluyan los efectos conductuales, cognitivos y emocionales que influyen no sólo en el diagnóstico sino en su manejo y tratamiento.

Hoy día se están realizando importantes esfuerzos dirigidos a la prevención, control y tratamiento de la hipertensión arterial, los cuales están requiriendo de acciones multidisciplinarias, por lo que es fundamental el reconocimiento de la influencia de factores de índole psicosocial, como la familia (Moleiro y García, 2004).

La familia es, sin duda, la fuente principal de creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud. Las tensiones que sufre a través de su ciclo evolutivo pueden manifestarse en forma de síntomas, los cuales pueden ser la expresión de procesos adaptativos del individuo y ser mantenidos por las conductas familiares (Minuchin, Rosban y Baker, 1987).

Así, los síntomas somáticos que no mejoran con las medidas convencionales son muchas veces un reflejo de problemas ocultos relacionados con el entorno del paciente, y ese entorno suele ser el familiar. Pero no sólo en la familia se pueden gestar las enfermedades, sino que es el medio donde se puede comprender el problema y es un recurso de incalculable valor para atender estos problemas y a su vez enriquecer la salud desde una perspectiva biopsicosocial.

La investigación evidenció que los pacientes hipertensos tienen familias cuyos vínculos son en su mayoría conflictivos en el subsistema conyugal y fraterno, lo que se corresponde con el

#### **4.4 Recomendaciones**

#### **4.5 Bibliografía**

Hidalgo, C. y Carrasco, E. (1999). "Salud Familiar: un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria", Ediciones Universidad Católica de Chile.

Hoffman L. (1992). Fundamentos de la Terapia Familiar. México: Fondo de Cultura Económica.

Martínez, T. (1986). Terapia Sistémica de Familia: Evaluación Crítica de Algunos Postulados. Revista Latinoamericana de Psicología, 18, 1, pp. 43-56.

McDaniel S., Campbell T. y Seaburn, D. (1998). Orientación Familiar en Atención Primaria. Nueva York, Springer.

Minuchin, S. (1986). Familias y Terapia Familiar. Ed. Gedisa, México.

Minuchin, S. y Fishman, Ch. (1993). Técnicas de Terapia Familiar. Ed. Paidós, México.

Quintero, A. (1997). "Trabajo social y procesos familiares", Buenos Aires, Editorial LUMEN/HVMANITAS.

Sampieri (2001). Metodología de la Investigación. Mac. Graw Hill, México.

Satir, V. (1991). , "Nuevas Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar", Editorial Pax México.

Sauceda J. & Maldonado J.(2003). La familia: su dinámica y tratamiento. Washington: OPS.

Tomas J. y Bargada M., "Valoración de la Familia en Situación de Crisis", Documento de trabajo Universidad de Chile.

Umbarger, C. (1983). Terapia Familiar Estructural. Argentina: Amorrortu

Urreta, Maritza E. (2008). Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del hospital San de Lurigancho, México.

Andrade P., P. y Betancourt, D. (2008). Factores individuales, familiares y sociales y conductas de riesgo en adolescentes. En P. Andrade P., D. Betancourt O. y J. L. Cañas (Comps.): Investigaciones psicosociales en adolescentes (pp. 181-227). México: Colección Montebello, UNICACH y UNAM.

Auerswald, E.H. (1986). Reflexiones sobre el pensamiento en terapia familiar. En H. C. Fishman, y B. L. Rosean (Eds.): El cambio familiar: desarrollos de modelos (pp. 27-41). Buenos Aires: Gedisa.

Azcárate, M.L. y Eraso, A.I. (2006). La investigación operativa en las Ciencias de la Salud. Anales del Sistema Sanitario, 29(3). Disponible en línea: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol29/n3/revis2.html> (Recuperado el 8 de abril de 2008).

Bowen, M. (1991). De la familia al individuo (1ª ed.). Barcelona: Paidós.

Córdova A., A., Andrade P., P. y Rodríguez K., S.E. (2006). Características de resiliencia en jóvenes usuarios y no usuarios de drogas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 7(2), 101-122.

Corona, R. (2000). Características del flujo laboral: continuidad y cambio. Publicaciones de la CONAPO. Disponible en línea: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/migra3/07.pdf> (Recuperado el 10 de octubre de 2007).

Coutin, G., Borges, J., Batista, R. y Feal, P. (2001). El control de la hipertensión arterial puede incrementar la esperanza de vida. *Revista Cubana de Medicina*, 2(1), 28-36. Funcionamiento familiar de los pacientes hipertensos con y sin la experiencia de la migración 211

Durand, J. y Massey, D. (2004). *Crossing the border: research from the Mexican migration project*. New York: Russell Sage Foundation.

Falicov, C. (2001). Migración, pérdida ambigua y rituales. *Perspectivas Sistémicas*, 69. Disponible en línea: <http://www.redsistemica.com.ar/migracion2.htm> (Recuperado el 30 de agosto de 2008).

Farley, T., Galves, A., Dickinson, M y Diaz, M. (2005) Stress, coping, and health: A comparison of Mexican immigrants, Mexican-Americans, and non-Hispanic whites. *Journal of Immigrant Health*, 7, 213-220.

Fernández O., M.A. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 47(6), 251-254.

Fresneda S., J. (2001) Redefinición de las relaciones familiares en el proceso migratorio ecuatoriano a España. *Migraciones Internacionales*, 1(1), 135-144.

González V., T., Bonilla F., P., Jáuregui O., B., Yamanis, T. y Salgado de Snyder, V.N. (2007). Well-being and family support among elderly rural Mexicans in the context of migration to the United States. *Journal of Aging Health*, 19, 334-355.

Grosse, A., Díaz A. e Iguzquiza, O. (1995). *Estrés, vida y padecimiento humano*. Tucumán (Argentina): Ediciones el Graduado.

Huerta V., D., Bautista S., L., Irigoyen C., A. y Arrieta P., R. (2005). Estructura familiar y factores de riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial. *Archivos en Medicina Familiar*, 7(3), 87-92.

Iniciativa de Salud de las Américas (2007). *Migración, salud y trabajo. Datos frente a los mitos*. México: Universidad de California y Secretaria de Salud.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2003). Motivos de consulta en medicina familiar en el IMSS, 1991-2002. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 41, 441-448.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2005). Migración (versión electrónica). Disponible en línea: <http://cuentame.inegi.gob.mx/poblacion/migracion.aspx?tema=P> (Recuperado el 23 de septiembre de 2007)

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2006). Estadísticas de mortalidad. Aguascalientes: México. Disponible en línea: <http://cuentame.inegi.gob.mx/poblacion/migracion.aspx?tema=P>.

Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud (2000). Encuesta Nacional de Salud. México: Autores. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (2003). The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Disponible en línea: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/express.pdf>

Kornblit, A. (1996). Somática familiar, enfermedad orgánica y familia. Barcelona: Gedisa.  
López N., J.J. (2007). Cuestionario de Funcionamiento Familiar. Disponible en línea: <http://terapiayfamilia.blogspot.com/2007/07/cuestionario-de-funcionamiento-familiar.html> (Recuperado el 20 de mayo de 2008).

Marín R., F. y Rodríguez M., M. (2001). Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Pública de México*, 43(4), 336-339.

Martínez R., D.T. (2008). Tan lejos y tan cerca: la dinámica de los grupos familiares de migrantes desde una localidad michoacana en contexto transnacional. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Mastropaolo, L. (1999). Interculturalidad, trabajo de red, mediación familiar. Pensamiento sistémico en contextos cambiantes. *Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 5, 29-47.

Minuchin, S. (2004). Familias y terapia familiar. México: Gedisa.

Minuchin, S., Rosban, B. y Baker, L. (1987). *Psychosomatic families*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Moleiro, O. y García, G. (2004). Contribuciones y retos de la psicología de la salud en el abordaje de la hipertensión arterial. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 13(2), 101-109.

Mummerf, F.G. (2003). Del metate al destape: trabajo asalariado y renegociación de espacios y relaciones de género. En H.

Fowler-Salamini y M. K. Vaugitan (Eds.): *Mujeres del campo mexicano, 1850-1990*. México: El Colegio de Michoacán- Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Muzio, P. (1998). Hogar dulce hogar. Propuesta de un diseño teórico metodológico para intervención familiar en salud comunitaria. La Habana: Grupo de Estudio de Familia.

Onnis, L. (1996). Terapia familiar de los trastornos psicomaticos. Barcelona: Paidós.

Organización Internacional para las Migraciones (2003). Informe sobre las migraciones en el mundo en 2003. Ginebra: Autor.

Ortega V., T., De la Cuesta F., D. y Dias R., C. (1999). Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. Revista Cubana de Enfermería, 15(3), 164-168.

Pérez, C. y Díaz, K. (2006). Duelo en oncología y su repercusión en la salud familiar. *Psicologiacientifica.com*, 1-11.

Rivera H., M.E., y Andrade P., P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida.

*Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8(2), 23-40.

Rivera H., M.E. y Andrade P., P. (2008). Conductas autodestructivas e intento suicida en los adolescentes. En P. Andrade P., D. Betancourt O. y J. L. Cañas M. (Comps.): Investigaciones psicosociales en adolescentes (pp. 89-110). México: UNAMUNICACH.

Riveros, A., Ceballos, A., Laguna, R. y Sánchez-Sosa, J.J. (2005). El manejo psicológico de la hipertensión esencial: efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(3), 493-507.

Rodríguez O., A.R., Kanán C., G., Vázquez R., M.E., León G., A., Barbosa S., C.E. y Tejeda C., R.G. (2008). Perfil organizativo funcional de la familia nuclear psicósomática con un hijo asmático. *Salud Mental*, 63-68.

Romero O., J. (2007). Ejercicio de los derechos constitucionales a la salud de los migrantes en transito. Memoria del Congreso Internacional de Migraciones Globales. Mazatlán (México): Universidad Autónoma de Sinaloa.

Smilkstein, G. (1978). The Family A GAR: A proposal for family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239.

Téllez A., T. (2007). Manejo de la enfermedad en la familia. Reporte de experiencia profesional. Tesis de maestría en Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Velasco C., M.L. y Luna P., M.D. (2006). Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. México: Pax.

Velazco, M.L. y Sinibaldi, J. (2001). Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias). México: El Manual Moderno.

von Bertalanffy (1968/1991). Teoría general de los sistemas. México: Fondo de Cultura Económica.

Wallace, S.P., Gutiérrez V.F., Castañeda, X. (2008). Access to preventive services for adults of Mexican origin. *Journal of Immigrants Minor Health*, 10(4), 363-371.

World Health Organization (2003). *The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. Paris: Sadag.

Abuljanova, K.A. (1980). *Actividad y psicología de la personalidad*. Editorial Nauka, Moscú, (En ruso).

Bozhovich, L.I. (1972). *La personalidad y su desarrollo en la edad infantil*. Editorial Pueblo y Educación, La Habana.

Domínguez, Z. (1987). *Regularidades de la personalidad en pacientes Infartados e Hipertensos*. Trabajo de Diploma.

González Rey, F. (1982). La categoría personalidad en la psicología marxista, en *Algunas cuestiones teóricas y metodológicas sobre el estudio de la personalidad*. Editorial Pueblo y Educación, La Habana.

(1983). *Motivación moral en adolescentes y jóvenes*. Editorial Científico Técnica, La Habana.

(1984). La categoría personalidad y su definición, en *la Psicología de la personalidad*. Editorial de Ciencias Sociales, La Habana.

Pérez Padrón, E. (1988). *La regulación psicológica de la personalidad en pacientes hipertensos esenciales*. Aproximación a su estudio. Trabajo de Diploma.

Shorojova, E.V. (1974). Aspectos psicológicos del problema de la personalidad, en *Problemas teóricos de la personalidad*. Editorial Orbe, La Habana.



