

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS



UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE AGUASCALIENTES

**“EFECTO EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS GRUPOS DE
AUTOAYUDA DE SOBREPESO, OBESIDAD, DIABETES E HIPERTENSIÓN,
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DEL IMSS ESTADO DE
AGUASCALIENTES”**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA MARÍA ELENA LUJÁN SALAZAR

ASESOR:

DR JOSE DE JESUS VALDIVIA MARTÍNEZ

AGUASCALIENTES, AGS FEBERERO DE 2009

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



**APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACION.
DR PRESIDENTE DEL COMITÉ DE TITULACIÓN.
PRESENTE**

Por medio de la presente le informo que la residente de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS de la delegación Aguascalientes

María Elena Luján Salazar

Ha cumplido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“EFECTO EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA DE SOBREPESO, OBESIDAD, DIABETES E HIPERTENSIÓN, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DEL IMSS ESTADO DE AGUASCALIENTES”

Número de Registro: **R-2008-101-19** del Comité Local de Investigación No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS

La residente María Elena Luján Salazar asistió a las azotáis correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se haga definitiva ante el comité que usted preside, para que sea nombrado el jurado para su evaluación.

Sin otro particular agradezco a usted que se sirva presente y quedo de usted.

ATENTAMENTE,

Dr. José de Jesús Valdivia Martínez

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS



ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

“EFECTO EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA DE SOBREPESO, OBESIDAD, DIABETES E HIPERTENSIÓN, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DEL IMSS ESTADO DE AGUASCALIENTES”

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA MARÍA ELENA LUJAN SALAZAR.

DIRIGIDO POR:

DR. JOSÉ DE JESÚS VALDIVIA MARTÍNEZ

SINODALES


PRESIDENTE: _____

SECRETARIO: _____

VOCAL 1 : _____

VOCAL 2 : _____

VOCAL 3 : _____


DR. JOSÉ DE JESÚS VALDIVIA MARTÍNEZ
COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme terminar esta especialidad, por darme fortaleza en momentos de flaqueza y paciencia en momentos de incertidumbre.

A mi familia principalmente mis padres ya que gracias a ellos, tuve la oportunidad de vivir dentro de una familia, que me apoyo no sólo en cuestión económica, sino con su paciencia, interés, preocupaciones y afecto, porque gracias a esto conozco el valor de la familia y agradezco a Dios por permitir aún contar con ello.

A los pacientes por darme su fe y confianza

A las trabajadoras sociales de la UMF No. 1 por permitirme trabajar con ellas para el desarrollo de esta tesis.

A mis amigos y compañeros por los momentos agradables y desagradables que pasamos juntos.

A mi asesor el Dr. Valdivia, por su paciencia y enseñanza.

Al personal del cuerpo medico de los hospitales de zona 1 y 2 de Aguascalientes por su apoyo en el desarrollo de mis prácticas médicas, así como jefes y personal de Enseñanza por la paciencia que me fue brindada durante la especialidad.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

DEDICATORIA

A mis padres, hermanas, hermanos y amigos.



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

RESUMEN

Título: “Efecto en la funcionalidad familiar de los grupos de autoayuda de sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión, en la unidad de medicina familiar No. 1 del IMSS estado de Aguascalientes”

Introducción: El Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Dirección de Prestaciones Médicas tiene como responsabilidad la definición de actividades encaminadas a la prevención y control de padecimientos crónico-degenerativos, logrando la conformación de grupos de autoayuda, pretendiendo el desarrollo de grupos maduros capaces de tomar decisiones para el cambio, con la intervención y apoyo de su familia y del equipo de salud, al utilizar técnicas de educación para adultos. Mediante este trabajo se pretende hacer un enfoque de la familia partiendo del criterio de la funcionalidad de ésta, al considerar el hecho de que una familia con un funcionamiento adecuado, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables en éstas.

Objetivo: Caracterizar el funcionamiento familiar de los grupos de autoayuda de sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión, (SODHI) en las unidades de medicina familiar No. 1 del IMSS del estado de Aguascalientes al término de las sesiones del grupo de autoayuda y con seguimiento a los 3 meses

Material y métodos: Se realizó un estudio cuasi-experimental,, a un total de 34 familias de pacientes que acudieron a los grupos de autoayuda SODHI, de la Unidad de Medicina Familiar No.1 del IMSS, Aguascalientes, México, con un tipo de muestreo por conveniencia, en un período comprendido de septiembre a Noviembre de 2008, realizando una encuesta inicial y otra a los 3 meses cuando nuevamente los integrantes se reúnen para el seguimiento en la unidad familiar. Se aplicó un cuestionario semiestructurado para evaluar 9 áreas del funcionamiento familiar, como la autoridad, control, supervisión, afecto, apoyo, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y recurso.

Resultados: El funcionamiento familiar de las familias que se integraron al grupo SODHI antes de la intervención fue medianamente funcional, posterior a la intervención de este grupos de autoayuda no se encontró diferencia significativa y la funcionalidad familiar persistió como medianamente funcional.

Conclusión: La funcionalidad familiar en estas familias no mostraron un cambio en ningún dominio de la funcionalidad familiar de la escala de Espejel y col., posterior a la implementación de la estrategia SODHI. Se recomienda evaluar la dinámica de los grupos SODHI desde una perspectiva costo efectividad. Se debería sistematizar las acciones para los grupos con la participación homogénea en el programa.

Palabras claves. Funcionalidad Familiar, grupos de autoayuda.

INDICE

CARTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE TITULACION	ii
CARTA DE PRESENTACION A SINODALES	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
DEDICATORIA	v
RESUMEN	vi
INDICE DE CONTENIDO	vii
I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES CIENTIFICOS	2
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
IV. JUSTIFICACION	10
V. MARCO CONCEPTUAL	11
VI. MARCO TEORICO	17
VII. OBJETIVOS	37
VIII. MATERIAL Y METODOS	38
a. Plan de recolección de datos	39
b. Plan de análisis	39
c. Análisis de datos	39
d. Logística	40
e. Prueba piloto	40
f. Consideraciones éticas	40
IX. RESULTADOS	41
X. DISCUSIONES	43
XI. CONCLUSIONES	44
XII. RECOMENDACIONES	45
XIII. SECCION DE ANEXOS	46
a. Instrumento de evaluación	47
b. Cronograma de actividades	54
c. Carta de consentimiento informado	55
d. Operacionalización de conceptos	56
XIV. GLOSARIO	62
XV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	63

I. INTRODUCCIÓN

El Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Dirección de Prestaciones Médicas tiene como responsabilidad la definición de actividades encaminadas a la prevención y control de padecimientos crónico-degenerativos, logrando la conformación de grupos de autoayuda con estos pacientes, pretendiendo el desarrollo de grupos maduros capaces de tomar decisiones para el cambio, con la intervención y apoyo de su familia y del equipo de salud, al utilizar técnicas de educación para adultos.

Uno de los principales objetivos de los grupos de autoayuda denominados "SODHI", es la importancia del apoyo familiar, para facilitar el cambio conductual del paciente, es conveniente que el resto de los miembros de la familia modifique también su estilo de vida.

Mediante este trabajo se pretende hacer un enfoque de la familia partiendo del criterio de la funcionalidad de ésta, al considerar el hecho de que una familia con un funcionamiento adecuado, o familia funcional, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables en éstas. Así como también que una familia disfuncional o con un funcionamiento inadecuado, debe ser considerada como factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros.

Para poder hablar de estado de salud adecuado es necesario tener en cuenta el modo de vida del individuo y por tanto, sus condiciones y su estilo de vida. Por lo general, el hombre pertenece, vive y se desarrolla dentro del grupo social primario denominado "familia" y de ahí que consideramos muy importante también para su salud, su modo de vida familiar.

El objetivo principal de este trabajo se resume en la posible modificación del funcionamiento familiar posterior a un grupo de autoayuda, en las unidades UMF1 del IMSS siendo nuestro instrumento de valoración la Escala de Emma Espejel.

II. ANTECEDENTES

Para la elaboración de esta tesis se realizó una exhaustiva búsqueda de artículos referentes a la efectividad de la intervención de los grupos de autoayuda en el funcionamiento familiar encontrándose escasa y casi nula información, sin embargo, existe información relacionada con otros padecimientos que los grupos de autoayuda han mejorado no solo en la funcionalidad familiar sino entre el apoyo entre los mismos familiares o bien los cambios que se motivan posterior a este tipo de intervenciones.

Clara Pérez Cárdenas y cols. realizaron una evaluación de un programa de intervención familiar educativa en el cual participaban 21 familias extensas, y con las cuales se realizaron diversas técnicas grupales con el fin de mejorar diversos indicadores de la funcionalidad familiar en base a la escala FF-SIL. Demostrando la efectividad de estas intervenciones. Se realizó una evaluación inicial y otra al término del programa, obteniendo los siguientes resultados: en su inicio en el 38% de las familias existía armonía, el desempeño de los roles era del 28%, 14% de las familias eran adaptables, en el 33% de las familias existía una adecuada comunicación y solo el 9% eran permeables. Posterior a la intervención se logró una mejoría evidente ya que la armonía mejoró en las familias en un 61%, el desempeño de los roles al 71%, la adaptabilidad en el 71%, la comunicación en el 95% y por último la permeabilidad al 52%.¹

Lorena Weinreich y cols., en el 2004 en el estudio de Health Intervention in High Biopsychosocial Risk Families: Long Term Follow-up of Family Functioning, en un centro de salud de la comunidad de La Florida. Se utilizó un diseño cuasiexperimental prospectivo de mediciones repetidas: pre intervención, post intervención y seguimiento. Se administró el test "Cómo es su familia", a 31 madres de las familias intervenidas, evidenciándose una mejoría significativa en factores importantes del funcionamiento familiar. se observa una mejoría significativa en el área de la comunicación, roles y rutinas ($F = 8.19$; $p < 0.0007$); en el estilo familiar de resolución de problemas ($F = 15.64$; $p < 0.0000$), principalmente por una mejoría en la cohesión y participación de la familia ($F = 11.56$; $p < 0.0001$) y una mayor búsqueda de apoyo de redes institucionales ($F = 47.73$; $p < 0.0000$); en las redes de apoyo de la familia nuclear ($F = 4.23$; $p < 0.0190$); en la satisfacción con la calidad de vida ($F = 11.22$; $p < 0.0001$), principalmente con la familia ($F = 8.48$; $p < 0.0006$); en la percepción de eventos estresantes ($F = 9.55$; $p < 0.0003$), lo que se traduce en una menor percepción de estos, mayoritariamente a nivel familiar ($F = 8.07$; $p < 0.0008$), laboral ($F = 5.80$; $p < 0.0050$) y en salud ($F = 3.44$; $p < 0.0305$). Por último, se aprecia un menor riesgo de trastornos emocionales ($F = 4.01$; $p < 0.0232$) y violencia intrafamiliar ($F = 5.53$; $p < 0.0063$)²

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

García Fuster en 1995, analiza la importancia del apoyo social en el funcionamiento familiar y su relevancia en el contexto de las estrategias de intervención dirigidas a la prevención de los malos tratos en la infancia. Se analizan las características distintivas de los programas de apoyo a la familia y se examinan programas de intervención que han demostrado su efectividad y relevancia en la prevención del maltrato infantil.³

Gatz, Bengtson y Blue en 1990; Pedraza 2000 realizaron estudios sobre la eficacia de los grupos de apoyo para familiares de pacientes arrojan, en conjunto, resultados poco alentadores, al no encontrarse diferencias substanciales en medidas objetivas del bienestar de los cuidadores tras su participación en la actividad.^{4 5}

Diferentes autores han estudiado los programas de autoayuda o ayuda mutua con aplicación en la familia dentro de ellos se destacan los aportes de Kagan, Powell, Werssbourd y Zigler (1987)⁶, Zigler y Black (1989),⁷ Musick y Weissbourd (1988), Weissbourd y Kagan (1989), y Weiss y Halpern (1991)⁸. Dichos autores han sido referenciados por Gracia Fuster en su libro El apoyo social en la intervención comunitaria, y a partir de ellos ha establecido una serie de características distintivas para este tipo de programas en los que se muestra de manera resumida las características esbozadas por Gracia Fuster.⁹

- Promueven el mejoramiento de las habilidades de la familia en el cuidado y educación de los hijos tanto en hogar como en la comunidad donde crece el menor.
- Se basan en la comunidad. Su objetivo es mejorar los servicios y apoyos institucionales.
- Ofrecen diferentes tipos de apoyo: emocional, instrumental e informacional, propendiendo siempre por la integración social.
- Se orientan siempre hacia la prevención primaria y secundaria de los problemas familiares y hacia la promoción de condiciones de bienestar.
- Segurizan a la familia para disminuir lazos de dependencia de profesionales e instituciones de ayuda.
- El ofrecimiento de los servicios de apoyo es innovador, desarrollado por iguales, voluntarios, profesionales y redes informales. El ofrecimiento del servicio es flexible y se presta mediante atención personalizada.
- El apoyo social ofrecido preserva y fortalece la identidad cultural de las familias participantes.
- Enfatizan la relación de interdependencia entre la familia y la comunidad, desde una visión ecológica en el sentido de asumir que la comunidad forma parte integral de la vida familiar, y que en todo apoyo social es básico partir del contexto social en el que se encuentra la comunidad inmersa.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Asumen una visión del funcionamiento familiar y el desarrollo infantil no deficitaria o patológica. Se apoyan en las habilidades y potencialidades de la familia. El objetivo no es “tratar” a la familia, sino trabajar con ella.
 - La participación en los programas es voluntaria. Los programas así ofrecidos son un recurso más de la comunidad, los cuales pueden ser tenidos en cuenta o no por las familias, siempre que lo necesiten.
 - Coordinan actividades con otras instituciones para optimizar los recursos, no duplicar esfuerzos y garantizar que el mayor número de familias se beneficien de los servicios de apoyo.

Entre otras mejoras que se obtienen en la participación de los grupos de auto ayuda como lo expresan Turner (1982), Garbarino (1983) y Cameron (1990), referenciados por Gracia Fuster en el libro mencionado se citan a continuación.

- Disminuye incidencias de enfermedades y controla las mismas.
- Aporta elementos para aumentar el bienestar psicológico.
- Controla la depresión.
- Controla efectos negativos del estrés laboral y del desempleo
- Previene el maltrato infantil y las retiradas de los menores del hogar por otros factores de riesgo psicosocial
- Replantea parámetros de socialización primaria permitiendo la modificación de pautas de crianza hacia su descendencia sobre todo en lo que tiene que ver con violencia doméstica
- Empodera a los sujetos que reciben el apoyo tanto a nivel cognitivo como emocional haciéndolos menos dependientes de los servicios profesionales u oficiales

Miller, Kabacoff, Keitner, Epstein y Bishop (1986)¹⁰, evaluaron el funcionamiento (Escala de Funcionamiento Familiar McMaster, FAD) en pacientes psiquiátricos. Se reporta que estas familias presentaron más deterioro en su funcionamiento en comparación con familias no clínicas.

Existe evidencia de que los pacientes esquizofrénicos son más sensibles a las dificultades y requieren de un adecuado funcionamiento familiar para evitar las recaídas (Rascón y cols. 1997; Long, 1989; Miller y cols. 1986). Rascón, Díaz, López y Reyes (1997)¹¹ observaron que las familias de esquizofrénicos con facilidad tienden a desintegrarse cuando no reciben orientación, surgiendo conflictos entre padres y hermanos con el paciente.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Instituto Mexicano del Seguro Social brinda servicio médico al 64.5% de los derechohabientes en la entidad. Hasta junio del 2006 la UMF1 contaba con 149,208 afiliados, (79,212 mujeres y 69,996 hombres), existiendo una prevalencia de diabetes del 6.6% (59.35% mujeres, 40.65% hombres) y de hipertensión del 16.405% (62% mujeres 38% hombres). Se desconoce la prevalencia de obesidad y sobrepeso en estas unidades, sin embargo en la Encuesta Nacional de Salud 2000, reportó que casi dos tercios de la población tienen un peso corporal por arriba de lo recomendado De cada 10 mexicanos cuatros tienen sobrepeso, dos obesidad y solo cuatro tienen el peso adecuado a su estatura, siendo el problema más frecuente en las mujeres.¹²

El número de hogares en Aguascalientes es de 248 mil 905. La jefatura según el sexo la mujer es jefa en 21 de cada 100 hogares. El promedio de hijos por mujer es de 4.0. El promedio de ocupantes por vivienda es de 4.3.¹ El 37% de los niños viven en familias nucleares, en jóvenes es lo contrario: son 29% de la familia nuclear y 31% de la extensa. Los adultos en el 31% en familias nucleares, los ancianos; forman el 5% de las familias nucleares y el 11% de las extensas.¹³

Las perspectivas de la sociedad misma acerca de la familia son una dimensión de ésta como valor social. Por una parte, el buen funcionamiento familiar es lo más importante para 9 de cada 10 personas. La convivencia se hace cada vez más difícil, lo que se refleja en un alto índice de violencia doméstica (1 de cada 4 hogares), en abandono y ruptura familiar. Se observa una disminución en los matrimonios y un aumento en los divorcios. Estos factores restan oportunidades y desarrollo y exponen a los miembros de la familia a una mayor vulnerabilidad.

Actualmente se estima que existen 10,000 grupos de autoayuda, pero solo un 18.3% de los pacientes se encuentran integrados a dichos grupos.¹⁴ La Unidad de Medicina Familiar No. 1 cuenta con un departamento de trabajo conformado por 3 trabajadoras sociales durante el turno matutino y 2 en el turno vespertino. Dentro de las actividades encabezadas por trabajo social son los grupos "SODHI" (sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión), "grupos de autoayuda, que vinculan y apoyan la comunicación entre sus integrantes y el equipo de salud, la retroalimentación y el intercambio de experiencias ayudan a superar los retos que plantea el manejo de la enfermedad crónica. Los grupos desarrollan cohesión a través del tiempo esto los fortalece y facilita la continuidad de sus tareas. Para facilitar el cambio conductual del paciente es conveniente que el resto de los miembros de la familia modifiquen también su estilo de vida. El curso dura aproximadamente 6 semanas teniendo una sesión por semana en el que se

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

tratan los diferentes objetivos del SODHI, entre los cuales se encuentra la familia. La normativa de grupos de autoayuda y funcionamiento familiar se mencionan a continuación:

- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Es de observancia obligatoria en el territorio nacional para los establecimientos y profesionales de la salud de los sectores público, social y privado que presten servicios de atención a la hipertensión arterial.
- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, publicada el 18 de enero de 2001. Es de observancia obligatoria en el territorio nacional para los establecimientos y profesionales de la salud de los sectores público, social y privado que presten servicios de atención a la diabetes en el Sistema Nacional de Salud.
- Norma Oficial Mexicana Para El Manejo Integral De La Obesidad Nom-174-SSA1-1998. Establece los lineamientos sanitarios para regular el manejo integral de la obesidad
- Guía clínica para el manejo y tratamiento de la hipertensión arterial IMSS.
- Guía clínica para el manejo y tratamiento de la diabetes mellitus IMSS.
- Guía de operación de los grupos de autoayuda (SOHDi) 2006. Tiene la intención de mejorar la operación de los grupos de autoayuda, por lo que contiene criterios de aplicabilidad y flexibilidad para fortalecer la difusión y capacitación del equipo de salud.
- Ley de Asistencia Social. Se fundamenta en las disposiciones que en materia de Asistencia Social contiene la Ley General de Salud para el cumplimiento de la misma.
- Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes
- Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 Familia. Tiene como finalidad establecer objetivos nacionales, las estrategias y las prioridades que durante las presente administración deberán regir la acción del gobierno

Los grupos de autoayuda se hacen un medio social con efectos terapéuticos para muchos de sus integrantes. Un medio para el aprendizaje y el cambio, ya que ofrece diversos recursos específicos que han permanecido y son utilizados, precisamente porque son útiles para abordar problemáticas emocionales, o bien problemáticas referentes a hábitos y

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

conformaciones subjetivas de sus participantes, tales como las adicciones.¹⁵ Mediante el desarrollo de los grupos SODHI se pretende la mejoría del funcionamiento familiar promoviendo el apoyo familiar haciendo evidente el respaldo de la familia ante la problemática del paciente, aunque lo que se observa en la mayoría de las sesiones organizadas por los grupos SODHI, son pacientes que acuden generalmente solos presentando un obstáculo para lograr el impacto a nivel familiar que se espera lograr al acudir a este tipo de grupos.

Pacientes, con obesidad, hipertensión, diabetes y sobrepeso y familiares de las unidad de medicina familiar 1, que acuden a las sesiones del grupo de autoayuda SODHI ya que la estabilidad, el funcionamiento y unidad familiar se ve amenazada cuando ésta tiene que hacer frente a los mayores desafíos de la vida como son la enfermedad, la discapacidad o la muerte.¹⁶

La Intervención Educativa brindada por los grupos SODHI, pretende dotar a las familias de una serie de conocimientos que permitan mejorar su comprensión sobre la enfermedad, así como facilitar ciertos cambios en sus actitudes y conductas. La información permite prevenir, en la medida de lo posible, las recurrencias del trastorno mediante la disminución de factores de riesgo (abandono de la medicación, irregularidad de hábitos y estrés) y la identificación y tratamiento precoz de los síntomas prodrómicos, con lo cual se persigue evitar el empeoramiento del episodio y consecuentemente la posible hospitalización. El facilitar conocimientos y recursos a la familia no sólo contribuye a la comprensión, aceptación y afrontamiento de la enfermedad, sino también a la desestigmatización del trastorno y a una mejoría en la calidad de vida de todos sus miembros. Dichos factores pueden influir positivamente en el curso de la enfermedad disminuyendo el número de recaídas y sus posibles consecuencias. En dependencia de sus resultados se formarán individuos más sanos o menos saludables desde el punto de vista psico-biológico en general y con mejores posibilidades para autorregular su comportamiento en el medio de manera eficiente.

Cualquier miembro de la familia que presente una enfermedad puede "desencadenar" la disfunción familiar. Este miembro enfermo es el portavoz de lo que ocurre en el funcionamiento familiar, y es, a través de este individuo, que se sintetiza la crisis que atraviesa la familia.¹⁷

La prevalencia de diabetes a nivel nacional fue de 7%, e hipertensión arterial en la población de 20 años o más resultó de 30.8 por ciento. Sobrepeso y obesidad son problemas que afectan a cerca de 70% de la población entre los 30 y 60 años, en ambos sexos.¹⁸ El descontrol por diabetes Mellitus en el seguro social es del 72%¹⁹, así como de hipertensión es del 84% de descontrol. En la convivencia cotidiana, una quinta parte de los adultos nos dice que no hay "muestras de cariño" en su hogar, mientras que en un 51.4% hay "gritos, imposición" (40.3%) o "problemas permanentes" (22.5%). El 80% de las familias que acuden a un grupo de autoayuda mejoran su afectividad (siendo en su inicio solo el 45%). El 55% se

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

vuelven más permeables (inicial del 10%). Existe una mejoría en la comunicación familiar ya que antes de la intervención se registra el 35% con buena comunicación y posteriormente se transforma al 95%.²⁰ Múltiples autores han relacionado la funcionalidad familiar al apego del tratamiento y al control metabólico²¹²² de ahí la importancia del seguro social en brindar un apoyo a estas familias con el fin de lograr un mejor control y calidad de vida mediante los grupos de autoayuda fomentándose el apoyo familiar

Las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores: del tipo de familia, la cultura y la educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento, lo que influye en el enfermo. Las actitudes de los parientes acerca del dolor, invalidez, regímenes terapéuticos, o de una enfermedad como la diabetes, pueden establecer la reacción del paciente a sus síntomas o complicaciones.²³²⁴²⁵ Una adecuada educación familiar, favorece la utilización de los servicios en materia de prevención y puede, además, disminuir la policonsulta por motivos o padecimientos menores innecesarios. El aumento en el número de las consultas puede ser un indicio importante de problemas familiares.

Argumento de que el conocimiento disponible no es suficiente para solucionarlo

Se realizó una intensa búsqueda en la red, con el fin de encontrar información que documentará, los cambios que existen en el funcionamiento familiar posterior a una intervención grupal, la información encontrada no fue suficiente para sustentar una mejoría en el funcionamiento familiar posterior a un grupo de autoayuda.

Tipo de información que se espera obtener como resultado del proyecto

Identificar cuál es el funcionamiento familiar antes del grupo de autoayuda de sobrepeso, obesidad hipertensión y diabetes y saber si existen modificaciones del funcionamiento familiar posterior a las sesiones del grupo con un seguimiento a los 3 meses.

Lista breve de los conceptos indispensables utilizados en el planteamiento del problema

Funcionalidad familiar: se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro.²⁶

Grupos de ayuda mutua o autoayuda: Son pequeños grupos formados por personas a las que afecta un problema común. Su objetivo es la prestación de servicios materiales o emocionales, para atender el individuo y la familia.²⁷

Uso de información o posibles resultados

Se podrá valorar el funcionamiento familiar con el fin de aplicar acciones que involucren al paciente y familiares en la problemática, y consecuentemente la mejoría del padecimiento.

Por todo lo anteriormente descrito surgió la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el funcionamiento familiar de los pacientes y familiares antes y a los 3 meses posterior a la intervención de grupos de autoayuda de sobrepeso, obesidad hipertensión y diabetes?



IV. JUSTIFICACIÓN

Existe una gran cantidad de información que documenta como algunas estrategias de intervención en grupos específicos como en diabéticos, hipertensos, obesos, portadores de VIH –Sida, influyen en el mejoramiento del apoyo familiar en los enfermos con enfermedades crónico degenerativas. La estrategia SODHI implementada en las Unidades de Medicinas Familias del IMSS, tiene como objetivo que los pacientes obesos o con sobrepeso, hipertensos y diabéticos, cambien estilos de vida que favorezcan un mejor nivel de salud, a través de la operación de una estrategia de grupos de autoayuda basada en esquemas de educación para adultos y con enfoque psicosocial. Dentro de esta estrategia se tiene considerado trabajar para lograr un apoyo familiar. Por lo anterior las variables relacionadas con el funcionamiento y ambiente familiar que influyen notablemente en el enfermo en cuanto a mejorar sus estilos de vida. Al considerar este reto es importante identificar como es la funcionalidad familiar antes de que estos pacientes se integren al grupo SODHI, al desglosar las características de esta funcionalidad familiar y posteriormente evaluar la misma considerando las acciones dirigidas al mejoramiento de este apoyo familiar.

Mediante este trabajo se pretende hacer un enfoque de la familia partiendo del criterio de la funcionalidad de ésta, al considerar el hecho de que una familia con un funcionamiento adecuado, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables en éstas.

V MARCO CONCEPTUAL

El Funcionamiento Familiar se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro.²⁸

Según el investigador Mc Master,²⁹ el funcionamiento familiar puede evaluarse por la comunicación entre los miembros, el desempeño de roles, la respuesta afectiva, el involucramiento afectivo y el control de la conducta y flexibilidad. También es examinado de acuerdo con el grado de participación de la pareja, en la vida social, estructura de la autoridad, la distribución de tareas domésticas y el rol funcional.³⁰

De la Cuesta Pérez y Louro consideran el Funcionamiento Familiar, como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de la categoría de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, afectividad, participación y adaptabilidad.³¹

El funcionamiento familiar está más relacionado a propiedades sistémicas y transaccionales del sistema familiar que a características intrapsíquicas individuales de los miembros de la familia y su función primordial es la de mantener el equilibrio de sus miembros en los niveles sociales, biológicos y psicológicos, y su funcionamiento debe considerarse al ver cómo organiza su estructura y los recursos a su disposición (Epstein y cols., 1983)³².

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para superar y hacer frente a cada una de las etapas del ciclo vital, y se caracteriza por diez aspectos primordiales como son: un fuerte sentido de pertenencia, afecto maduro y sólido, una actitud positiva para resolver los retos que debe superar la familia, tener una clara definición de los aspectos jerárquicos, con límites precisos, alianzas productivas, flexibilidad para el desarrollo y la autonomía, preocupado por brindar un continuo apoyo y adaptabilidad a las demandas afectivas y sociales de los miembros de la familia, tanto en las demandas internas como externas (Velazco y Chávez, 1994).³³

La estabilidad y unidad familiar se ve amenazada cuando ésta tiene que hacer frente a los mayores desafíos de la vida como son la enfermedad, la discapacidad o la muerte.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Otro enfoque, es el del investigador en familia, Raymundo Macías que considera que el Funcionamiento Familiar se debe evaluar a través de las variables: límites, roles, jerarquía modelos psicosexuales, alianza, expresión de afectos, modos y normas de salud; también plantea que los problemas de salud pueden propiciar o exacerbar un inadecuado Funcionamiento Familiar. Lo disfuncional puede producir síntomas de enfermedad, desencadenar crisis, agravar algún trastorno y hasta puede convertirlo en crónico y fijarlo. También puede incidir desfavorablemente en la evolución de cualquier tipo de tratamiento, y en rehabilitación.³⁴

Dentro de las prestaciones que cuenta el seguro social es la conformación de grupos de autoayuda con pacientes con sobrepeso, obesidad, hipertensión y diabetes pretendiendo el desarrollo de grupos maduros capaces de tomar decisiones para el cambio, con la intervención y apoyo de su familia y el equipo de salud al utilizar técnicas de intervención de educación con la optimización de los recursos institucionales.

Propósito: Integrar grupos de autoayuda con pacientes que padecen sobrepeso, obesidad, hipertensión y diabetes, basados en esquemas de educación para adultos y enfoque psicosocial, de tal forma que se favorezcan cambios en su estilo de vida.

Objetivo General: Lograr junto con los pacientes obesos o con sobrepeso, hipertensos y diabéticos, cambios en sus estilos de vida que favorezcan un mejor nivel de salud, a través de la operación de una estrategia de grupo de autoayuda.

Objetivos específicos:

- Implantar la estrategia de grupos de autoayuda en las Unidades de Medicina Familiar
- Lograr la modificación de los hábitos alimentarios en relación a intercambio de alimentos y manejo de raciones.
- Lograr la modificación de la actividad física en relación a tipo, frecuencia y duración.
- Elevar la proporción de pacientes hipertensos y diabéticos controlados.
- Disminuir la proporción de pacientes obesos o con sobrepeso.
- Mejorar el nivel de bienestar psicosocial de los pacientes obesos, con sobrepeso, hipertensos y diabéticos
- Elevar la satisfacción de los usuarios con el desarrollo de la estrategia de grupos de autoayuda.
- Incrementar la satisfacción de los prestadores de servicio con el desarrollo de la estrategia de grupos de autoayuda.

Grupos de autoayuda: Los grupos de autoayuda reúnen a personas con problemas y objetivos en común. Dado que los miembros del grupo tienen diferentes niveles de conocimiento y experiencia con el problema, la interacción promueve el aprendizaje y la incorporación de conductas exitosas que funcionan como modelo del control del grupo SODHI. Los grupos de autoayuda vinculan y apoyan la comunicación entre sus integrantes y el equipo de salud. La retroalimentación y el intercambio de experiencias ayudan a superar los retos que plantea el manejo de la enfermedad crónica. Los grupos desarrollan cohesión a través del tiempo, esto los fortalece y facilita la continuidad de sus tareas. Estos grupos ofrecen a los enfermos una serie de actividades que favorecen los cambios en conductas de autocuidado, que pueden modificar la historia natural de las enfermedades.

Lo importante de estos grupos es que los pacientes asistan convencidos a las sesiones, que identifiquen sus redes de apoyo y preserven su autonomía, para que aprendan a valerse por sí mismos el máximo tiempo posible y por tanto, aumenten su eficacia y autoestima.

Con ésta estrategia operativa se pretende favorecer la rehabilitación social del enfermo, que le permita su desarrollo, facilitando las relaciones entre pacientes y familiares, al ponerlo en contacto con personas que se encuentran en una situación similar, para que intercambien experiencias, se fortalezcan y se apoyen mutuamente.

Educación para adultos

La práctica se sustenta en la acción participativa de dos actores: el paciente, el familiar o cuidador habitual y el representante del equipo de salud que funciona como coordinador-facilitador.

El coordinador- facilitador precisa transformarse en un tutor eficiente que manifieste la importancia práctica del asunto, sepa canalizar el entusiasmo para la solución de problemas y resalte como la persona con conocimientos que hará la diferencia en la vida de las personas.

Este tipo de práctica supone que el paciente, en vez de ser observador pasivos, se transformen en investigadores dinámicos, participativos, analíticos y críticos en diálogo permanente con los demás, incluso el coordinador-facilitador. Es un proceso que permite incrementar el pensamiento, la autogestión, la calidad de vida y la creatividad del participante adulto.

Los grupos constituyen una rica fuente de consulta por la sumatoria de experiencias de los pacientes. Esta fuente podrá ser explorada a través de diferentes métodos experimentales, como la presentación de la historia personal y aprendizaje basado en problemas, entre otros.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Estas actividades permiten compartir los conocimientos ya existentes para algunos, reforzar la auto-estima del grupo y facilitar la definición de objetivos y metas individuales y grupales. Para ello es necesario proponer reuniones periódicas donde se discutan problemas, buscando sus causas y posibles soluciones, que serán implementadas y revaloradas posteriormente.

Los adultos se sienten motivados a aprender cuando entienden las ventajas y beneficios de un aprendizaje, así como las consecuencias negativas de su desconocimiento. La estrategia propuesta está diseñada para trabajar cuatro áreas: el área psicosocial (que se le ha denominado manejo de emociones para el cambio), el área nutricional, el área del ejercicio físico y el área de aspectos clínicos o de información médica.

1.- Manejo de emociones para el cambio.

Escuchar la historia personal del paciente. Cada persona vive su enfermedad de manera diferente. Escuchar la historia personal de los pacientes nos permite conocer su mundo, ya que las acciones de auto-cuidado tendrán que realizarse en ese mundo particular. En el grupo, el representante del equipo de salud debe ayudar a reconocer las realidades que son percibidas en común por los propios pacientes. Con preguntas como ¿alguien mas ha tenido que convencer a la familia de la importancia de cambiar la manera de comer? ¿Qué hacen cuando alguien les ofrece algún platillo que no tienen contemplado en su plan de nutrición?

2.- Promover el cambio de estilos de vida.

Es importante el uso de las emociones como fuente de motivación de la conducta. El cambio de estilos de vida requiere el movimiento de estas emociones. La indiferencia frente a los problemas, no hace más que mantenerlos. Si estamos enojados con nuestra imagen corporal con obesidad o sentimos frustración por las dificultades que encontramos para hacer ejercicio, el liberarnos de estas emociones nos hace sentir mas satisfechos con nuestra imagen o con el placer de poner el cuerpo en movimiento, que finalmente son emociones que contribuyen a nuestra motivación. La motivación también es el resultado de considerar importante o relevante el cambio que se intenta y sentir la confianza de que ese cambio es posible lograrlo.

3.- Resolución de problemas

El logro de las metas implica el superar una serie de barreras que se presentan a diversos niveles. Una vez que la meta esta identificada y definida es necesario conocer los pasos, las acciones necesarias para alcanzar el objetivo y responder a las preguntas ¿Cómo lo lograremos? ¿Qué dificultades encontraremos para lograrlo? ¿Qué opciones tiene la persona

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

que plantea no tener tiempo para hacer ejercicio o el sentirse demasiado cansada para hacerlo? El apoyo de la familia y del equipo de salud es esencial para facilitar la resolución de problemas que limitan el cambio de conducta.

4.- Importancia del apoyo familiar.

Para facilitar el cambio conductual del paciente, es conveniente que el resto de los miembros de la familia modifiquen también su estilo de vida. El hombre que trabaja difícilmente acudirá a los grupos de autoayuda, sin embargo si su esposa modifica su plan de alimentación saludablemente, toda la familia será beneficiada. La salud de los hijos es un fuerte motivador para que los padres modifiquen sus estilos de vida.

5.- Dieta

El plan de alimentación forma parte de nuestra vida cotidiana, siendo indiscutible que la dieta es uno de los pilares básicos dentro del manejo integral, que permite mantener un buen estado de salud.

La obesidad puede ser visualizada como un desequilibrio no solo de factores nutricionales sino ambientales, psicológicos, sociales y hormonales por tanto para su abordaje requiere de una orientación nutricia practica, con un enfoque integrador hacia la familia, de tal forma que el plan nutricional debe explicarse al paciente, proporcionándole alternativas eficaces a situaciones concretas y evitando que las normas dietéticas se transformen en un código rígido y obligatorio.

6.- Ejercicio físico.

El ejercicio físico es fundamental para obtener la respuesta en salud deseada cuando se atienden a pacientes con diabetes, hipertensión arterial o con obesidad. Se han demostrado múltiples beneficios en los pacientes que incorporan al ejercicio físico como parte de sus actividades diarias y lo mantienen en el transcurso del tiempo. Resaltan por su trascendencia la disminución de complicaciones a largo plazo, como el infarto agudo del miocardio y el aumento en su esperanza de vida. El ejercicio físico tiene efecto directamente para reducir las cifras de tensión arterial, mejorar el funcionamiento metabólico, disminuir las cifras de glucosa y contribuye a la pérdida de peso que es deseable e estos enfermos. Por otro lado existe evidencia acerca de aumento en la autoestima y mejora en el estado de ánimo. Es interesante señalar que el hacer ejercicio, dentro de los lineamientos recomendados, reduce el cansancio y ayuda a un mejor dormir.

Estrategia de grupos de autoayuda

La Estrategia de Grupos de Autoayuda tiene como objetivos responder a las necesidades del paciente, estar basada en la técnica de educación para adultos, uniformar la información que se proporciona a los pacientes, con optimización del trabajo del equipo de salud en las Unidades de Medicina Familiar y que su diseño operativo le de factibilidad a su aplicación.

Así mismo es necesario, es necesario puntualizar que la estrategia está enmarcada en el Proceso de Mejora de Medicina Familiar y cumple con los preceptos de la atención integral a la salud para los pacientes diabéticos, hipertensos, obesos o con sobrepeso.

Los pacientes que serán incluidos en los grupos de autoayuda serán los que presenten una o más de estas entidades clínicas y que curse con descontrol clínico; diabéticos con glucemia >140mg/dl, hipertensos > 140/90 mm Hg. y obesos de 2 do y 3 er grado de Unidades Familiar de diez consultorios y más.

Los grupos estarán conformados de 10 a 15 pacientes, no menos para optimizar el trabajo de salud y no más por las dinámicas que se realizarán durante las sesiones programadas. En el caso de pacientes trabajadores que no puedan acudir a las sesiones o pacientes con discapacidades auditivas, motoras visuales, etc., se incluirá al familiar o cuidador habitual, que los apoye en su control médico y en el cambio de hábitos.

La estrategia consta de cuatro sesiones, una cada semana con duración aproximada de dos horas, donde el uso de videos será el apoyo audiovisual³⁵

VI. MARCO TEÓRICO

La teoría familiar sistémica, abarca cuatro enfoques teóricos, que comparten los mismos cimientos epistemológicos, pero en el que cada uno tiene sus propias particularidades. Se pueden identificar:

- 1) El Modelo de Milán, en el cual Selvini-Palazzoli y Boscoso son sus principales precursores
- 2) La Terapia Centrada en Soluciones con Steve de Shazer
- 3) Terapia Estratégica con Haley
- 4) El Modelo Estructural con Minuchin, que se considera el marco más adecuado para el estudio.³⁶

El modelo estructural centra su atención en el concepto normativo de familia sana y en él se propone un desarrollo ideal para que la familia funcione de manera adecuada. A su vez concibe diferentes subsistemas (individual, conyugal, parental, fraterno) con funciones y mantenimiento de una jerarquía clara basada en la competencia parental, para decidir los asuntos relacionados con la familia, límites claramente dibujados entre los subsistemas y fronteras flexibles.³⁶

McGoldrick (1987)³⁷ propone que la evaluación de la estructura familiar debe considerar la elaboración de genogramas que son representaciones tangibles y gráficas de una familia, las cuales permiten explorar la estructura familiar en forma clara y observar el cuadro familiar a lo largo de varias generaciones, a través de las pautas vinculares, ya que son transmitidas de una generación a otra. Las pautas abarcan: las propiedades de las fronteras; la distribución jerárquica del poder; las secuencias de interacción e hipótesis de la interacción sistémica, entre el contexto total de la familia y las conductas sintomáticas de los miembros.

Minuchin (1979)¹ y McGoldrick (1987)³⁷ proponen que las pautas son aprendidas en la familia de origen y tienden a repetirse al atravesar de una generación con otra a través del legado de la tradición familiar, que como es, de carácter ideológico y de identidad no son cuestionados. Por consiguiente, se recomienda explorar las pautas de tres generaciones en el trazado de genogramas, que es donde se revelarán las interacciones que se transmiten a lo largo de varias generaciones.³⁸

Para la realización del diagnóstico estructural, se propone que se utilicen de tres a cinco sesiones familiares, para recoger las diferentes posturas e interpretaciones del síntoma. Aún cuando la teoría familiar, proponga cómo evaluar la estructura familiar se carece de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

investigaciones que hayan utilizado una metodología científica para la recolección y análisis, que permitan elaborar el diagnóstico (Campbell, 1986).³⁹

Teoría General de los Sistemas (TGS) y su aplicación al estudio de las familias.

Un sistema es un conjunto de elementos en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran. Un sistema es cerrado cuando no intercambia materia, energía y/o información con su entorno. Un sistema es abierto cuando intercambia materia, energía y/o información con su entorno. Minuchin y Fishman (1999)⁴⁰

Postulados básicos de la TGS en el estudio de la familia como sistema.

Ochoa de Alda (1995)⁴¹, explica conceptos básicos de la teoría general de los sistemas de Bertalanffy que son aplicados al sistema familiar:

1. **Totalidad o no sumatividad:** El cambio en un miembro del sistema afecta a los otros, puesto que sus acciones están interconectadas mediante pautas de interacción. Las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos constituyentes (Feixas y Miró, 1993, p. 258)⁴². La independización de un hijo puede desequilibrar las relaciones entre sus padres si éste cumplía la función de mediador en los conflictos que se producían entre ellos (totalidad). Sin embargo, por separado ninguno de los miembros del sistema familiar desempeña el rol que le caracteriza en el sistema familiar (no sumatividad).
2. **Circularidad:** Debido a la interconexión entre las acciones de los miembros de un sistema, las pautas de causalidad no son nunca lineales (en el sentido que una "causa" A provoque un "efecto" B), sino circulares en el sentido que B refuerza retroactivamente la manifestación de A. Las demandas de mayor intimidad de un miembro de una pareja pueden chocar con las reticencias del otro, cosa que aumenta las demandas del primero y así sucesivamente.
3. **Equifinalidad:** Un mismo efecto puede responder a distintas causas. Es decir, los cambios observados en un sistema abierto no están determinados por las condiciones iniciales del sistema, sino por la propia naturaleza de los procesos de cambio. Esta definición no es válida para los sistemas cerrados, ya que éstos vienen determinados por las condiciones iniciales. Por cuestiones meramente pragmáticas o contextuales, dos parejas pueden llegar a una forma de organización doméstica sumamente similar a pesar de que las familias de origen de los cuatro miembros que las componen sean extremadamente diferentes.

4. **Equicausalidad:** la misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos. En esto el terapeuta abandona la búsqueda de una causa pasada al síntoma. Por lo que hay que centrarse en el presente, en el aquí y ahora.
5. **Limitación:** ocurre cuando se adopta una determinada secuencia de interacción que disminuye la probabilidad de que el sistema emita otra respuesta distinta, haciendo que se reitere en el tiempo. Si la secuencia encierra una conducta sintomática, se convierte en patológica porque contribuye a mantener circularmente el síntoma o problema.
6. **Regla de relación:** en todo sistema existe la necesidad de definir cual es la relación entre sus componentes, ya que posiblemente el factor más trascendente de la vida humana sea la manera en que las personas encuadran la conducta al comunicarse entre sí.
7. **Ordenación jerárquica:** en toda organización hay una jerarquía en el sentido que unas personas poseen más poder y responsabilidades que otras, para determinar que se va a hacer. La organización jerárquica incluye responsabilidades, decisiones, protección, ayuda, consuelo y cuidado.
8. **Teleología:** el sistema familiar se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por lo que atraviesa, a fin de asegurar la continuidad y crecimiento psicosocial, de sus miembros. Este proceso de continuidad y crecimiento ocurre a través de dos funciones complementarias en un equilibrio dinámico: homeostasis, que es la tendencia del sistema a mantener su unidad, identidad y equilibrio frente al medio.
9. **Ciclo vital:** el curso vital de las familias evoluciona a través de una secuencia de etapas bastante universal, por lo que se denomina "normativo" a pesar de las diferencias culturales. En ella se observan períodos de equilibrio, adaptación; desequilibrio y cambio. Los miembros se caracterizan por el dominio de las tareas y aptitudes a la etapa del ciclo que atraviesa el grupo familiar, mientras los segundos implican el paso a un estadio nuevo y más complejo, por lo que requieren que se elaboren tareas y aptitudes nuevas.

Conceptos de la Cibernética

Feedback: En un sistema, las acciones de cada miembro se convierten en información para los demás, de forma que favorecen determinadas acciones en ellos (feedback positivo) o las corrigen (feedback negativo). Una pareja presta especial atención (feedback positivo) a su hijo adolescente cuando éste manifiesta una actitud positiva. De esta forma, consciente o inconscientemente, favorecen el mantenimiento de la actitud opositiva. Sin embargo, le ignoran o reprenden (feedback negativo) cuando plantea temas con connotaciones sexuales,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

corrigiendo así al sistema en cuanto a su desviación de un parámetro del tipo "en esta familia no se habla de sexo".

Homeostasis: Proceso de mantenimiento de la organización del sistema a través de feedback negativo. El incremento de la intensidad de las discusiones entre una pareja parental puede ser detenido por la demanda de ayuda de un hijo sintomático (por ejemplo, mediante la manifestación aguda del síntoma). De esta forma, el feedback negativo que proporciona el síntoma mantiene la organización del sistema familiar impidiendo que las discusiones entre la pareja parental alcancen un punto de ruptura.

Morfogénesis: Proceso que facilita el cambio en la organización de cualquier sistema mediante feedback positivo. Los miembros de una familia apoyan activamente la decisión de una hija adolescente de marchar un año al extranjero por cuestiones de estudios, cosa que fomenta una postura de mayor independencia mutua.

Conceptos Comunicacionales (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1967)⁴³

Es imposible no comunicar. En un sistema, todo comportamiento de un miembro tiene un valor de mensaje para los demás. El silencio tenso y la mirada perdida de dos desconocidos que coinciden en un ascensor, a pesar de su intencionalidad no comunicativa (o precisamente debido a ella) transmiten una gran cantidad de información: "no me interesas", "no estoy de humor para entablar conversación", "prefiero ignorarte".

En toda comunicación cabe distinguir entre aspectos de contenido (nivel digital) y relacionales (nivel analógico): Mientras que el nivel digital se refiere al contenido semántico de la comunicación, el nivel analógico cualifica a cómo se ha de entender el mensaje, es decir, designa qué tipo de relación se da entre el emisor y el receptor. El mensaje "Cierra la puerta de una vez" transmite un contenido concreto (la instrucción de cerrar la puerta), pero a la vez cualifica al tipo de relación entre emisor y receptor (de autoridad del primero). En este sentido, "¿Podrías cerrar la puerta, por favor?" transmite la misma información en el nivel digital, pero muy diferente en el nivel analógico.

La definición de una interacción está condicionada por la puntuación de las secuencias de comunicación entre los participantes. Los sistemas abiertos se caracterizan por patrones de circularidad, sin un principio ni un final claro. Así, la definición de cualquier interacción depende de la manera en que los participantes en la comunicación dividan la secuencia circular y establezcan relaciones de causa-efecto. Una hija adolescente se queja de que su madre la trata como a una niña porque intenta sonsacarle información y ella reacciona ocultándole todo lo que puede. Obviamente, la puntuación de la madre es diferente: se queja de que su hija no confía en ella y de que le oculta cosas porque no es lo bastante madura como para gestionar

su propia vida. Como resultará evidente, la puntuación de una refuerza la puntuación de la otra de forma que resulta imposible decir quién es la "responsable" del problema interaccional.

Toda relación es simétrica o complementaria, según se base en la igualdad o en la diferencia respectivamente. Cuando la interacción simétrica se cronifica hablamos de escalada simétrica; cuando se cronifica la interacción complementaria se habla de complementariedad rígida. Desde este punto de vista lo disfuncional no es un tipo u otro de relación, sino la manifestación exclusiva de uno de ellos. Una pareja puede basar su relación en la igualdad de estatus profesional (relación simétrica) de forma que cualquier mejora en las condiciones laborales de uno de sus miembros obliga subjetivamente al otro a igualarlo. En el caso de una escalada simétrica, la competencia entre ambos puede llegar a desestructurar el sistema. Por otra parte, algunas parejas se estructuran en roles complementarios tales como "racional" versus "emocional". Si esta complementariedad se rigidifica puede dar lugar a una relación disfuncional en la que uno de sus miembros debe siempre actuar de forma racional (y por tanto no se puede permitir expresar sus emociones) y el otro debe siempre actuar de forma emocional (y por lo tanto no se puede permitir reflexionar sobre sus acciones).

Conceptos Evolutivos (Haley, 1981)⁴⁴

La familia como sistema atraviesa una serie de fases más o menos normativas y propias de su ciclo vital (noviazgo y matrimonio; procreación; adolescencia, maduración y emancipación de los hijos; nido vacío). La importancia de las nociones evolutivas en TFS no radica sólo en cada fase en sí misma, sino en las crisis a que puede dar lugar el paso de una a otra. En este sentido, el proceso óptimo de superación de tales crisis consiste en modificar la estructura del sistema familiar manteniendo su organización.

Conceptos Estructurales

Un sistema se compone de subsistemas entre los que existen límites que tienen como objetivo proteger la diferenciación del sistema y facilitar la integración de sus miembros en él. En un sistema familiar se dan los siguientes subsistemas:

- a) **Conyugal:** entre los miembros de la pareja funciona la complementariedad y acomodación mutua: negocian, organizan las bases de la convivencia y mantienen una actitud de reciprocidad interna y en relación con otros sistemas.
- b) **Parental:** tras el nacimiento de los hijos, el subsistema conyugal ha de desarrollar habilidades de socialización, nutritivas y educacionales. Se ha de asumir una nueva función, la parental, sin renunciar a las que se caracterizan al subsistema conyugal.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- c) **Filial:** la relación con los padres y entre los hermanos ayuda al aprendizaje de la negociación, cooperación, competición y relación con figuras de autoridad y entre iguales.

Los límites o fronteras familiares internas son identificables por las distintas reglas de conducta aplicables a los distintos subsistemas familiares. Las reglas que se aplican a la conducta de los padres (subsistema parental) suelen ser distintas de las que se aplican a la conducta de los hijos (subsistema filial). Así, normalmente los padres tienen más poder de decisión que los hijos.

Los límites entre subsistemas varían en cuanto a su grado de permeabilidad, pudiendo ser difusos, rígidos o claros. Límites difusos son aquellos que resultan difíciles de determinar; límites rígidos son aquellos que resultan difíciles de alterar en un momento dado; límites claros son aquellos que resultan definibles y a la vez modificables. Se considera que los límites claros comportan una adaptación ideal.

Los límites difusos caracterizan a las familias aglutinadas; los límites rígidos caracterizan a las familias desligadas. Las familias aglutinadas no tienen límites establecidos claramente y no saben cuál es el rol de cada uno de sus miembros. Las características generales de las familias aglutinadas son:

- a) exagerado sentido de pertenencia;
- b) ausencia o pérdida de autonomía personal;
- c) poca diferenciación entre subsistemas con poca autonomía;
- d) frecuente inhibición del desarrollo cognitivo/afectivo en los niños;
- e) todos sufren cuando un miembro sufre;
- f) el estrés repercute intensamente en la totalidad de la familia.

Las familias desligadas se caracterizan por límites internos muy rígidos de forma que prácticamente cada individuo constituye un subsistema. Comparten muy pocas cosas y, por lo tanto, tienen muy poco en común. Las características generales de las familias desligadas son:

- a) exagerado sentido de independencia;
- b) ausencia de sentimientos de fidelidad y pertenencia;
- c) no piden ayuda cuando la necesitan;
- d) toleran un amplio abanico de variaciones entre sus miembros;
- e) el estrés que afecta a uno de los miembros no es registrado por los demás,
- f) bajo nivel de ayuda y apoyo mutuo.

Los límites pueden separar subsistemas del sistema familiar o a la totalidad del sistema del exterior. En este último caso, los límites exteriores se denominan fronteras. Las fronteras

del sistema familiar vienen determinadas por la diferencia en la conducta interaccional que los miembros de la familia manifiestan en presencia de personas que no forman parte de la familia. El concepto de tríada rígida se refiere a las configuraciones relacionales paterno-filiales en las que el hijo se usa rígidamente para desviar o evitar los conflictos parentales. Según Minuchin (1974)⁴⁵, se pueden dar tres configuraciones de tríada rígida.

- a) **Triangulación**: cada uno de los cónyuges trata de obtener el respaldo del hijo en su conflicto con el otro.
- b) **Coalición**: Uno de los progenitores respalda al hijo en un conflicto planteado entre éste y el otro progenitor; esta situación tiene el efecto de crear un vínculo entre el progenitor defensor y el hijo para ir en contra del otro cónyuge.
- c) **La desviación de conflictos**, que se produce cuando se define a un hijo como "malo" y los padres, a pesar de sus diferencias mutuas en otros aspectos, se unen en su esfuerzo para controlarlo o cuando se le define como "enfermo" y se unen para cuidarlo y protegerlo.

La Familia desde la Óptica Sistémica: Síntesis

Teniendo en cuenta todo lo antedicho, la familia se puede concebir como un sistema abierto organizacionalmente, separado del exterior por sus fronteras y estructuralmente compuesto por subsistemas demarcados por límites con diferentes grados de permeabilidad y con diversas formas de jerarquización interna entre ellos. Los miembros del sistema familiar organizan y regulan su interacción mediante procesos comunicativos digitales y analógicos, que definen relaciones de simetría y/o complementariedad. Dicha organización se caracteriza por las propiedades de totalidad o no sumatividad, por patrones de circularidad, y por el principio de equifinalidad. El sistema familiar mantiene su organización mediante procesos homeostáticos (por ejemplo, mientras modifica su estructura a través de una serie de fases evolutivas), y la altera mediante procesos morfogénicos.

En conclusión, el enfoque sistémico ha elaborado, mediante estudios teóricos e investigaciones empíricas, su propio análisis sobre los sistemas interactivos familiares en cuanto a sistemas abiertos, capaces de autorregularse mediante procesos homeostáticos y evolutivos. Por consiguiente, cuando ocurre un suceso que expresa un notable valor informativo capaz de provocar cambios y modificaciones estructurales en el sistema, la organización sistémica puede proceder a realizar una serie de maniobras homeostáticas a fin de oponerse a la información trastornante, modificándola.⁴⁶

Hacia una conceptualización de la familia como sistema.

La investigación y la teoría sistémica se han desarrollado entre otras cosas para atribuir mayor cientificidad a las ciencias biológicas y psicosociales. En el campo de la psicología, diversos especialistas como Grinker (1967), Millar (1978) y Bateson (1976) han estudiado los procesos de organización y las modalidades de relación interpersonal a través del modelo sistémico. En 1971, Bertalanffy proponía que la psicología abandonara las posturas americanas (clásica o neoconductista), para pasar a teorías de raíz cibernética, basadas en la concepción del cálculo matemático. El modelo de hombre que propone la visión sistémica, al momento de captar los aspectos de relación y globalidad, propone la idea de un sistema de personalidad activo en el que la creatividad, la imprevisibilidad y la capacidad de elegir constituyen las características más representativas.⁴⁷

Al aplicar los principios sistémicos a la psicología, se empezó a dar la importancia que la familia tiene para la formación de la personalidad de los individuos y, para explicar los comportamientos, tanto normales como anormales. Por consiguiente, el estudio de la psicología sistémica se ha centrado en las modalidades relacionales, convirtiéndose en un instrumento para determinar las reglas que caracterizan la compleja organización del sistema familiar, la cual se considera como el sistema relacional primario en el proceso de individuación, crecimiento y cambio del individuo. Cabe mencionar de acuerdo a Malagoli-Togliatti (1983), que el sufrimiento del individuo es una expresión de la disfuncionalidad de todo el sistema, ya sea en sus relaciones internas o con el ambiente exterior.⁴⁸

Por su parte Hall y Fajen definen que un sistema es “un conjunto de objetos así como de relaciones entre los objetos y entre sus atributos”, en el que los objetos son los componentes o partes del sistema, los atributos son las propiedades de los objetos, y las relaciones “mantiene unido al sistema”. En este sentido los objetos pueden ser seres humanos individuales y los atributos son sus conductas comunicacionales.⁴⁸

En la visión sistémica, se concibe a la familia como una estructura organizativa antepuesta a la mediación y a la integración de las exigencias internas y externas al sistema. La misión de la organización familiar consiste, en buscar el equilibrio entre las expectativas y deseos de sus miembros; en la mediación entre las exigencias de cada individuo o de todo el núcleo y las expresadas por la sociedad.⁴⁸

La familia se concibe como un grupo social natural, que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y el exterior (Minuchin, 1999),⁴⁸ que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción, las cuales constituyen la estructura familiar. La estructura rige el funcionamiento de los miembros que la conforman, define la gama de sus conductas y facilita su interacción recíproca (Minuchin y Fishman, 1999).⁴⁰

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Por otra parte, el sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones, a través de sus individuos como subsistemas. En el que cada uno de estos pertenece a su vez a otros subsistemas y posee diferentes niveles de poder, en los que aprende habilidades para competir con los demás en el medio de una familia nuclear y extensa, en la que es un todo y una parte al mismo tiempo (Minuchin, 1999; Minuchín y Fishman, 1999) ^{49, 49}. Es en esta relación dialéctica donde se despliega su energía, en búsqueda de la autonomía y de su autoconservación como un todo. De lo que se deduce que, parte y todo se contiene recíprocamente en un proceso continuado, actual, corriente, de comunicación e interrelación. De ahí, que en el sistema familiar tradicional se identifiquen el subsistema individual, el conyugal, el parental y el de los hermanos (Minuchin y Fishman, 1999).⁵¹

En resumen, el sistema familiar se compone de un conjunto de personas relacionadas entre sí, que forman una unidad frente al medio externo. Con objeto de definir quiénes pertenecen a un sistema son necesarios los límites, los cuales funcionan como líneas de demarcación y lugares de intercambio de comunicación entre dos sistemas o subsistemas¹³.

Indicadores del funcionamiento familiar

Los principales indicadores del funcionamiento familiar propuestos por Andolfi (1997)⁵⁰ se presentan a continuación:

- a) La familia como sistema en constante transformación: la familia como sistema se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por los que atraviesa, con el fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a los miembros que la componen. Este doble proceso de continuidad y de crecimiento ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones aparentemente contradictorias, tendencia homeostática y capacidad de transformación.
- b) La familia como sistema activo que se autogobierna: mediante reglas que se han desarrollado y modificado en el tiempo a través del ensayo y el error, que permiten a los diversos miembros experimentar lo que está permitido en la relación y lo que no lo está, hasta llegar a una definición estable de la relación, es decir a la formación de una unidad sistémica regida por modalidades transaccionales peculiares del sistema mismo y susceptibles, con el tiempo, de nuevas formulaciones y adaptaciones. Así todo tipo de tensión dentro de la familia (nacimiento de los hijos, divorcios, duelo) o del exterior (cambios de residencia o de condiciones en el trabajo), vendrá a pesar sobre el sistema de funcionamiento familiar y requerirá un proceso de adaptación, es decir, una transformación constante de las interacciones familiares, capaz de mantener la continuidad de la familia, por un lado, y consentir el crecimiento de sus miembros, por otro.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- c) La familia como sistema abierto en interacción con otros sistemas: las relaciones interfamiliares se observan en relación dialéctica con el conjunto de las relaciones sociales: las condicionan y son condicionadas a su vez por las normas y los valores de la sociedad circundante, a través de un equilibrio dinámico.

El sistema de creencias familiares

Los sistémicos han subrayado que el comportamiento de una familia no puede entenderse de manera adecuada si no se tiene en cuenta su historia (Boszornenyi-Nayi y spark, 1973; Bowen, 1978; Carter y McGoldrick, 1989; Framo, 1992; Paul y Grosser, 1965; Walsh y McGoldrick, 1991). Legados y pautas de adaptación multigeneracionales dan forma a mitos, creencias y expectativas que influyen sobre el modo en que las familias perciben una crisis de salud y guían el tipo de sistemas que desarrollan en presencia de la adversidad.⁵¹

Para Dallos (1996)⁵² la palabra creencia se utiliza en un sentido amplio e incluye toda una gama de significados. Puede sugerir creencias religiosas o actitudes morales. Es posible que se refiera a cogniciones o a lo que consideramos como real, o puede representar la aceptación de las afirmaciones de alguien. Sin embargo, la creencia contiene la idea de un conjunto de interpretaciones y premisas acerca de aquello que se considera como cierto. Además existe un componente emotivo o un conjunto de afirmaciones emocionales acerca de lo que debe ser cierto.

Por su parte, la familia es creativa, la crean las personas que la forman, y al mismo tiempo, es una estructura social definida por la sociedad. Las familias tienen la capacidad de construir significados, de dar sentido al mundo a su alrededor y a aquello que les está sucediendo. Las personas construimos significados para entender lo que ocurre a nuestro alrededor. No es que simplemente los significados están fuera y nosotros los absorbamos; la gente crea el sentido de las cosas, intenta dar significado a los sucesos que experimenta, a las acciones de los demás y a las suyas propias.⁵⁹

De tal forma que todos, individualmente y como integrantes de una familia y de otros sistemas, desarrollamos un sistema de creencias o filosofía que determina nuestras pautas de comportamiento en relación con los desafíos comunes de la vida. Así, las creencias brindan coherencia a la vida familiar, porque facilitan la continuidad entre el pasado, el presente y el futuro; proponen un modo de abordar las situaciones nuevas y ambiguas. A nivel práctico los sistemas de creencias sirven como mapa cognoscitivo que orientan las decisiones y la acción. Las creencias pueden rotularse como valores, cultura, religión, visión del mundo o paradigma familiar, según el sistema que estemos abordando.⁵²

La estructura familiar

Hacia una conceptualización de la estructura familiar

Minuchin entre los años 1965 y 1979 desarrolló su trabajo como director en la clínica de orientación infantil de Filadelfia, creó un enfoque terapéutico central en la estructura familiar, donde definió que los procesos del sistema familiar se reflejaban temporalmente en sus estructuras.⁵³ En sus investigaciones se dedicó a estudiar y especializarse en el estudio de la estructura familiar y la definió como “una serie invisible de demandas funcionales que se organizan en la manera en que los miembros interactúan”.⁵⁴

La estructura denota la configuración de la familia, ésta se produce cuando los miembros de la familia adoptan una cierta aproximación o distancia entre unos y otros. Las actividades de la estructura cambian de acuerdo con su evolución. Por ello la estructura está constituida por pautas de interacción que se establecen entre sus miembros, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema en una forma altamente recíproca, reiterativa y dinámica.

En un intento de ahondar en estas interacciones se especifican algunos parámetros: estructura familiar, límites y fronteras, jerarquías, rol, díadas, tríadas, triangulaciones, alianzas, coaliciones, relaciones complementarias-simétricas, hijos parentales, padres periféricos o ausentes; pautas de interacción y comunicación.⁵⁵

Sin embargo, las variables estructurales específicas en las que se centra son los límites, que implican reglas de participación, y las jerarquías, que encierran reglas de poder. El acento recae en la organización jerárquica del sistema familiar y en la descripción de las distintas estructuras de comunicación que conllevan los tipos de límites. La terapia estructural asume que la modificación de las reglas concernientes a los límites y las jerarquías impactan profundamente en las transacciones familiares, por ende producen un desequilibrio en los patrones de interacción que contienen y mantienen el síntoma. Tales alteraciones obligan a la familia a reestructurarse sobre unas bases menos patológicas.⁵⁵

Por lo tanto, una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse y estas pautas apuntalan el sistema. Dichas pautas regulan la conducta de los miembros de la familia, que son mantenidas por dos sistemas de coacción, el primero es genérico e implica reglas universales que gobiernan la organización familiar y el segundo, el idiosincrásico que implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia, estas negociaciones pueden ser explícitas e implícitas entre los miembros de la familia, relacionándolas a menudo con los acontecimientos diarios. De este modo el sistema se mantiene a sí mismo.

Elementos diagnósticos de la estructura familiar y funcionamiento familiar

Desde el punto de vista estructural, el síntoma es la consecuencia lógica de una organización fallida dentro de la familia. Esta estructura fallida se explica generalmente en términos de confusión de roles y fronteras, jerarquías invertidas, alianzas inter-generacionales o coaliciones entre miembros o sub-sistemas, y un menoscabo de funciones ejecutivas, lo cual puede estar en la raíz de interacciones familiares disfuncionales.⁶⁵

Se considera que la familia es el primer y el más importante sistema al que pertenece una persona, las interacciones familiares tienden a ser altamente significativas, recíprocas, a la vez que pautadas y reiterativas. Lo que sucede en una generación a menudo se repetirá en la siguiente, es decir, las mismas cuestiones tienden a aparecer de generación en generación, a pesar de que la conducta actual puede tomar variedad de formas (McGoldrick, 2000). Para Bowen las pautas de interacción en generaciones previas pueden suministrar modelos implícitos para el funcionamiento familiar en la siguiente generación, a esta metodología para evaluación de pautas lo denomina transmisión generacional de pautas familiares.⁵⁶

La herramienta que apoya la búsqueda de pautas de funcionamiento, relaciones y estructuras que se continúan o se alternan de una generación a otra es el genograma, la cual se define como un formato para dibujar el árbol familiar, que registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones por lo menos tres generaciones, en una representación gráfica de la información. El paradigma es que un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y la evolución, tanto del problema como del contexto a través del tiempo.⁶⁷

El genograma consiste en una representación gráfica del mapa familiar. En él se registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones en al menos tres generaciones. Con ello se obtiene información no sólo de las relaciones entre los distintos miembros de un sistema familiar, sino también del por qué ciertas conductas y reglas de la relación pueden, pasar de unas generaciones a otras. Por consiguiente, la información plasmada se convierte en una fuente de hipótesis sobre cómo un problema puede estar relacionado con el contexto familiar y sobre la evolución tanto del problema como del contexto a través del tiempo.⁵⁷

La construcción del genograma se realiza en tres niveles⁵⁷: en primer lugar, el trazado de la estructura familiar; en segundo lugar, el registro de la información sobre la familia y, en tercer lugar, la representación de las relaciones familiares.

- a) Trazado de la estructura familiar: permite mostrar gráficamente como están biológica y legalmente relacionados los diferentes miembros de una familia.⁵⁸

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- b) El registro de la información familiar: incorpora la información demográfica, la información funcional y los sucesos familiares críticos. Los datos demográficos incluyen edades, fechas de nacimiento y muerte, ocupación y educación de los integrantes del sistema familiar. La información funcional se refiere a los datos sobre el funcionamiento médico, emocional y conductual de cada miembro de la familia. Los eventos o sucesos familiares críticos son las crisis y transiciones importantes, cambios de relaciones, migración, fracasos y éxitos que pudieron afectar la estructura.⁷¹
 - c) La representación de las relaciones familiares: a través de las edades y fechas relevantes muestra cuáles son las transiciones del ciclo vital a las que se adapta el sistema familiar, y si los roles, las funciones familiares y las edades corresponden a las expectativas normativas. Cuando no es así, se investiga qué dificultades tiene la familia para atravesar esa fase de su ciclo evolutivo. La representación de las relaciones familiares permite evaluar la naturaleza de las mismas y, tener en cuenta la estructura familiar y la posición en el ciclo vital, formular hipótesis sobre la presencia en el sistema de importantes vínculos y pautas triangulares.⁶⁰

En la evaluación familiar a través de genogramas se considera importante la entrevista que se realiza para recopilar información que suele darse en el contexto de una entrevista familiar. Esta puede obtenerse también de un solo miembro de la familia o bien de varios. Se debe preguntar acerca del problema actual, de la familia anexa y sistemas sociales más amplios. De la situación actual de la familia a una cronología histórica de hechos familiares. De interrogantes fáciles a cuestiones difíciles que provocan ansiedad. De hechos obvios sobre el funcionamiento y las relaciones e hipótesis sobre pautas familiares.⁶⁴

Así también son importantes los roles y expectativas que dependen del género, de tal forma que se necesita un modelo multigeneracional de ciclo de vida que integre coherentemente los legados y temas relacionados con la enfermedad que, incluyen el ciclo de vida de la enfermedad, del individuo y de la familia, de una manera útil para la evaluación de la situación y la intervención.

McGoldrick (2000)⁷⁴ señala que, el genograma ofrece información familiar gráfica, de manera que provee a simple vista una gestalt de los complejos patrones familiares y un recurso, para la elaboración de hipótesis acerca de cómo el problema clínico puede ser conectado con el contexto familiar y la evolución de ambos; problema y contexto, a través del tiempo.

De esta forma, las pautas reiterativas se hacen evidentes cuando se abordan los temas con la familia sobre los mitos, reglas y cuestiones con cargas emocionales de generaciones previas. Así, se pueden ver con claridad las pautas de enfermedades previas y cambios

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

tempranos en las relaciones de la familia, originados por los cambios en la estructura familiar y otros cambios críticos de la vida, lo cual proporciona una rica fuente de hipótesis sobre, qué es lo que lleva al cambio a una determinada familia (McGoldrick, 2000).⁷⁴

Carter (1978), considera que el flujo de ansiedad en un sistema familiar se da tanto en la dimensión vertical como en la horizontal. El flujo vertical deriva de pautas de funcionamiento que se transmiten históricamente de un generación a otra, en especial a través del proceso del triángulo emocional (de padres a hijos). El flujo de ansiedad horizontal surge de tensiones actuales que pesan sobre la familia a medida que avanza a través del tiempo soportando los cambios inevitables, las desgracias y las transiciones en el ciclo de vida de la familia.⁷⁴

La andragogía

Es la disciplina que se ocupa de la educación y el aprendizaje del sujeto adulto. Múltiples autores han intentado conceptualarla como una ciencia que, al igual que otras, ha tenido su historia y desarrollo.⁵⁹

El uso del concepto de andragogía se remonta al año 1883 cuando el maestro alemán Alexander Kapp lo utilizó por primera vez con el propósito de dar explicación a la teoría educativa de Platón; al no ser generalizado su uso, cae en el olvido.⁶⁰

Posteriormente, Eugen Rosenback, a principios del siglo XX retoma el término para referirse al conjunto de elementos curriculares propios de la educación de adultos, como son: profesores, métodos y filosofía.⁷⁹

No obstante estos intentos iniciales por conceptualizar y sistematizar la educación de adultos, la integración básica sobre educación de adultos se inició, en Europa y en Estados Unidos de Norte América, en forma bastante tardía en comparación con su equivalente en el ámbito de la pedagogía. Es apenas a finales de los años 50 cuando se inician los esfuerzos de sistematización, articulación y difusión de teorías específicas acerca del aprendizaje del adulto; así como de estrategias y métodos capaces de expresarse en términos de una didáctica para un aprendizaje que no es niño ni adolescente: el adulto. Knowles (1970) es considerado el padre de la educación de adultos por elaborar una teoría de la andragogía más acabada, la considera como “El arte y la ciencia de ayudar a adultos a aprender”⁶¹

Alcalá (1997) hace una propuesta más abarcadora y conceptualiza con mayor profundidad su concepción y explica que la praxis andragógica es “Un conjunto de acciones, actividades y tareas que al ser administradas aplicando principios y estrategias andragógicas adecuadas, sea posible facilitar el proceso de aprendizaje en el adulto”

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Puede notarse que cada definición enriquece la idea de que la andragogía es considerada como una disciplina educativa que tiene en cuenta diferentes componentes del individuo, como ente psicológico, biológico y social; una concepción nueva del ser humano como sujeto de su propia historia, cargado de experiencias dentro de un contexto socio cultural. Las definiciones antes expuestas nos deberían dar pistas de la prioridad de ver la capacitación desde la óptica de esta disciplina

Principios de la andragogía

Esta disciplina se basa en dos principios: La Participación y la Horizontalidad.⁶²

a) Principio de Participación

La Andragogía proporciona la oportunidad para que el adulto decida qué aprender; participe activamente en su propio aprendizaje e intervenga en la planificación, programación, realización y evaluación de las actividades educativas. Los adultos desean tener autonomía y ser el origen de su propio aprendizaje, es decir, quieren implicarse en la selección de objetivos, contenidos, actividades y evaluaciones. En el contexto antes descrito, se inscriben los Comité Bipartito de Capacitación, como también lo que en alguna medida, se puede, a través de internet y de sus plataformas electrónicas, las personas pueden conectarse a cursos determinados, desde su puesto de trabajo o desde sus casas, de manera asincrónica, de acuerdo a su libre disposición.-

b) Principio de Horizontalidad

Las actividades se hacen en condiciones de igualdad entre los participantes y el facilitador. Lo anterior, conjuntamente con un ambiente de aprendizaje adecuado, determinan lo que podría llamarse una buena praxis andragógica. Hoy en día, las teorías organizacionales apuntan a establecer las comunidades de aprendizaje, tanto de manera presencial(espacio abierto) como virtual (vía correo electrónico; el chat ; el foro ; video-conferencias u otras instancias) para el desarrollo multidisciplinario de los talentos.-

Objetivos generales de la educación de adultos

El proceso de educación de adultos debe ser orientado por el Facilitador del aprendizaje, con el fin de incrementar el pensamiento, la autogestión, el mejoramiento de sus prácticas laborales para una calidad de vida digna y de creatividad del participante adulto, lo que debería dar como resultado final una oportunidad para que logre su autorrealización. En definitiva, en el contexto andragógico, el rol del instructor pasa a ser necesariamente Facilitador, creando o recreando las condiciones del aprendizaje, de tal manera que el participante ,individual o colectivamente, pueda sistematizar la experiencia, resolviendo algún problema o simplemente mejorando los procesos y los procedimientos.

Características de los adultos

Lo fundamental en la Andragogía es el conocimiento de los sujetos como destinatarios y participantes en los procesos educativos o de capacitación. Entre sus particularidades de los adultos tenemos:

- Están conscientes, en general, de sus necesidades de capacitación
- Tienen suficiente experiencia a través de la vida y el trabajo; lo cual les permite valorar y aplicar conocimientos particulares a su rango de experiencia.
- Son capaces de discriminar, cuándo y dónde estudiar y aprender, pudiendo medir los costos de dicho aprendizaje (costos, ya sea en términos de tiempo, dinero u oportunidades perdidas).
- Tienen tiempo limitado para estudiar al tener que balancear las demandas de la familia, el trabajo, el entretenimiento y la educación.
- Igualmente se puede asumir que estos, ya han adquirido un conocimiento propio y del mundo, suficiente para sobrevivir; aunque no puedan controlar su entorno a su gusto.

Hoy en día, gradualmente han internalizado que los conocimientos y/o los aprendizajes adquiridos, deben actualizarse. Las características fundamentales de los adultos Y el por qué aprenden y para que deben aprender.

El auto concepto

Tienen necesidad psicológica de ser autodirigidos. El aprendizaje de adultos tiene siempre una implicación personal que deriva en el desarrollo del autoconcepto, juicios personales y autoeficacia. El aprender para un adulto es significativo, pues le entrega un valor agregado a su existencia.

La experiencia

La experiencia acumulada sirve como recurso de aprendizaje y como referente para relacionar aprendizajes nuevos. Valiéndose de sus experiencias anteriores el participante puede explorar y/o descubrir su talento y capacidades. La orientación adulta al aprendizaje se centra en la vida. Por lo tanto, lo pertinente para el aprendizaje son situaciones reales para analizarlas y vivirlas de acuerdo con su proyecto personal de vida y las experiencias

acumuladas. En estas circunstancias la formación cobra gran importancia si concuerda con sus expectativas y necesidades personales.

Esta experiencia que en algunos momentos puede ser buena, en otros momentos, un problema para el logro de nuevos aprendizajes. En algunos casos, el adulto trata de conservar vivencias, conocimientos, creencias, paradigmas que les fueron útiles en un momento; pero que ya no lo son y, por lo tanto, se convierten en fuente de resistencia interna del individuo. Dadas estas circunstancias, un requisito básico para el aprendizaje es el “desaprendizaje”. Desaprender es sencillamente eliminar lo que hemos aprendido que ya no nos sirve y dejar espacio para que lo que necesitamos aprender puede entrar en nuestro cerebro con facilidad. Para realizar esto, el ser humano debe darse la oportunidad de verse a sí mismo como el poseedor de un punto de vista sobre cualquier aspecto y desarrollar la conciencia de la existencia de muchos más puntos de vista que puedan ser tan o más válidos que el percibido por él. Esto obviamente exige el postergar el juicio crítico, lo cual no es una costumbre arraigada en la mayoría de los adultos, mucho menos cuando estos poseen un alto nivel intelectual; pues cuanto más ha invertido en aprender cierta información, mayor compromiso existe en defender esta información ante otra nueva. El desaprendizaje es un eslabón ubicado entre el aprendizaje y el “reaprendizaje”

La prontitud en aprender

Los adultos se disponen a aprender lo que necesitan saber o poder hacer para cumplir su papel en la sociedad. Ellos deben mirar la capacitación como un proceso para mejorar su capacidad de resolver problemas y modificar positivamente el mundo que les rodea. De esta manera, pueden desarrollar modelos de conducta en situaciones dadas que le faciliten su adaptación a circunstancias particulares en las que puedan encontrarse en un momento determinado.

La inmediatez del aprendizaje

La orientación de los adultos para el aprendizaje tiende a la búsqueda de la solución a los problemas que se le presentan en la vida real, en el día a día; con una perspectiva de buscar la inmediatez para la aplicación de los conocimientos adquiridos; cuyos objetivos responden a sus necesidades y expectativas de formar parte de las mejoras.

Motivación

La motivación de los adultos para aprender generalmente es interna; lo que puede hacer el relator – facilitador es animarlos a aprender, orientar su aprendizaje y crear las condiciones que promuevan lo que ya existe en los adultos. El aprendizaje adulto se fomenta

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

mediante conductas y actividades de capacitación, en las que se demuestre respeto, confianza y preocupación por el que aprende.

Factores condicionantes del aprendizaje de adultos

Forman grupos heterogéneos en: edad, intereses, motivaciones, experiencia y aspiraciones. El interés general gira en torno al ascenso laboral, al bienestar, a ser reconocidos y a la autoestima.

- Los objetivos deben ser claros y concretos, elegidos y valorizados.
- Los logros y éxitos serán deseados intensamente o con ansiedad.
- Existe preocupación por el fracaso.
- Probables susceptibilidad e inseguridad ante las críticas.
- A menudo arrastra el peso de experiencias de aprendizaje frustrantes que le convencen de que no es capaz de adquirir conocimientos nuevos.
- Fuentes de conocimientos heterogéneas, a veces contradictorias.
- Mayor concentración en clases, lo cual favorece el aprovechamiento del tiempo en clases.
- Posee mecanismos de compensación para superar las deficiencias y los recursos de la experiencia.
- Necesita alternancia y variabilidad por su relativa capacidad de un esfuerzo intelectual prolongado.

Contextos del aprendizaje

Las actividades de formación en los adultos pueden desarrollarse de manera relativamente autónoma y personal; pero también ocurre en un espacio compartido, es decir de manera grupal. Así, el aprendizaje adulto no debe entenderse como un fenómeno aislado, sino como una experiencia que se desarrolla en interacción con otros sujetos, de manera que el conocimiento no es solamente una cuestión del pensamiento y las personas; sino de relaciones que esas personas mantienen; aprender (llegar a conocer) implica mantener relaciones funcionales, en que cada participante puede convertirse en un recurso para el otro y este intercambio proporciona una transacción dinámica del conocimiento. Se debe prestar gran atención al entorno de la formación, los adultos prefieren seleccionar el lugar para llevar a cabo las acciones de formación. Fundamentalmente optan por lugares que se relacionen con sus necesidades, así una gran parte de la formación se realiza en los sitios de trabajo o en lugares donde puedan asociarse positivamente, ya sea en locales de reuniones, en aulas de postgrados. Sin embargo, es necesario considerar, en otras oportunidades, espacio distintos a los cotidianos para poder mirar de manera diferentes los fenómenos.

Métodos de trabajo ⁶³

El diseño e implementación de cualquier método de capacitación debe partir de la propuesta de objetivos que den respuesta a las necesidades reales de aprender del sujeto participante del proceso de enseñanza – aprendizaje. A la hora de diseñar un método de capacitación de adultos hay que tener en cuenta las Leyes de la Andragogía que enuncia Calderón (1998):

1° Ejercitación: Se recuerda con mayor claridad y por un espacio mayor de tiempo lo que se ha repetido y ejercitado, sobre todo vinculado con la solución de una actividad práctica, pues ello eleva el nivel de motivación de las personas. Por ello los métodos que se seleccionen para ejecutar los programas de estudio, deben asegurar la participación activa de los estudiantes. Existen investigaciones que demuestran que se memoriza: 90 % de lo que se hace, 70 % de lo que se habla, 50 % de lo visto y oído, 30 % de lo visto, 20 % de lo oído y 10 % de lo leído.

2° Efecto: Las experiencias asociadas con resultados satisfactorios son mejor comprendidos y memorizados que los asociados a un fracaso. No se aprende mejor si constantemente se demuestra la incapacidad de los individuos. Por eso los objetivos deben formularse acorde con las posibilidades de cumplirlos y que permitan a través de ellos manifestar potencialidades y desarrollar capacidades. Los adultos se resisten a aprender en situaciones que creen que ponen en duda su competencia.

3° Primacía: La primera experiencia una impresión más fuerte e imborrable que las sucesivas es importante enfocar los contenidos desde ese ángulo. En esta ley tiene su origen la máxima de que es más fácil enseñar que borrar lo aprendido.

4° Intensidad: Todo aprendizaje debe asociarse a vivencias que provoquen un impacto emocional puesto que enseñan más y mejor. Las experiencias rutinarias y monótonas hacen que decaiga el interés y con ello se entorpece el aprendizaje.

5° Utilidad: Los conocimientos aprendidos y las capacidades desarrolladas son mejor recordadas y consolidadas si está asociadas a las actividades que posteriormente realizarán los adultos durante el ejercicio de su profesión.

6° Error: oportunidad de mejora. Es reconocido que en nuestra prácticas laborales el error es motivo de condena. Mas, en los sistema de calidad , el error es oportunidad de mejora o mejor dicho, para las empresas o instituciones, y principalmente para las personas es fuente de aprendizaje. Por eso se debe ir incorporando el error como elemento constitutivo del método. Según Kraft (1995), los adultos se comprometen a aprender cuando los métodos y objetivos se consideran realistas e importantes y se perciben con utilidad inmediata.

Capacitación en base a competencias en el adulto

Todo proceso de capacitación se debe hacer en base a las competencias que necesitan las personas para desarrollar su trabajo de manera más eficiente y eficaz al tiempo que tiene buenas relaciones interpersonales, con el mundo circundante y consigo mismo. Las principales competencias que se proponen desarrollar en el adulto que se capacita son las siguientes:

a) Aprender a conocer: Desarrollar habilidades, destrezas, hábitos, actitudes y valores que le permitan al adulto adquirir las herramientas de la comprensión como medio para entender el mundo que lo rodea, comunicarse con los demás y valorar la importancia del conocimiento y la investigación.

b) Aprender a aprender: Desarrollar habilidades, destrezas, hábitos, actitudes y valores que le permitan adquirir o crear métodos, procedimientos y técnicas de estudio y aprendizaje para que puedan seleccionar y procesar información eficientemente, comprender la estructura y el significado del conocimiento a fin de que lo pueda discutir, negociar y aplicar. El aprender a aprender constituye una herramienta que le permite al adulto seguir aprendiendo toda la vida.

c) Aprender a hacer: De esta manera puede desarrollar sus capacidades de innovar, crear estrategias, medios y herramientas que le dan la posibilidad de combinar los conocimientos teóricos y prácticos con el comportamiento socio cultural, desarrollar aptitudes para el trabajo en grupo, la capacidad de iniciativa y de asumir riesgos.

d) Aprender a ser: En este caso se habla de las habilidades para el desarrollo de la integridad física, intelectual, afectiva y social; teniendo en cuenta las relaciones que establece con todo el entorno; tanto laboral como en la sociedad; y ética del sujeto en su calidad de adulto, de trabajador, como miembro de una familia, de estudiante, como ciudadano.

VII. OBJETIVOS

Objetivo General:

Caracterizar el funcionamiento familiar de los grupos de autoayuda de sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión, en las unidades de medicina familiar No. 1 del IMSS del estado de Aguascalientes, antes y a los 3 meses de la intervención del grupo de autoayuda

Objetivo Especifico:

Identificar el funcionamiento familiar en los pacientes y familiares que acuden a grupos SODHI antes de la intervención del grupo de autoayuda

Identificar el funcionamiento familiar en pacientes y familiares que acuden a grupos SODHI a los 3 meses de la intervención de los grupos de autoayuda.

Comparar el funcionamiento familiar al término de las 6 sesiones con seguimiento a los 3 meses después de la intervención de los grupos de autoayuda SODHI.

VIII. MATERIAL Y MÉTODOS

- a. **Tipo de Diseño:** Cuasiexperimental.

- b. **Universo de Trabajo:** Familiares y Pacientes con Diabetes, Hipertensión Sobrepeso y Obesidad que acudan a los Grupos de Autoayuda SODHI de las Unidades de Medicina Familiar Urbana 1 del IMSS, Aguascalientes

- c. **Unidad de Observación:** Familiares y Pacientes con Diabetes, Hipertensión Sobrepeso y Obesidad que acudan a los Grupos de Autoayuda SODHI de las Unidades de Medicina Familiar Urbana 1 del IMSS, Aguascalientes

- d. **Población Blanco:** Familiar y paciente en grupo SODHI de la UMF # 1.

- e. **Unidad de Análisis:** Familiar y paciente en grupo SODHI.

- f. **Criterios para selección de la Población**
 - **Inclusión.** Los pacientes que presenten una o mas de estas entidades clínicas y que cursen con descontrol clínico; diabéticos con glucemia mayor de 140 mg/dL hipertensos con tensión arterial mayor de 140/90, obesos de segundo u tercer grado o con sobrepeso. Incluyendo a familiares de estos pacientes que acudan al grupo de autoayuda SODHI. pertenecientes a la Unidades de Medicina Familiar 1 del IMSS de la Ciudad de Aguascalientes.
 - **Exclusión.** Los pacientes que presenten una o mas de estas entidades clínicas y que cursen con descontrol clínico; diabéticos con glucemia mayor de 140 mg/dL hipertensos con tensión arterial mayor de 140/90, obesos de segundo u tercer grado o con sobrepeso que no acudan a grupos de autoayuda SODHI
 - **Eliminación.** Pacientes que no terminen el curso de los 6 módulos que constituyen el grupo SODHI

- g. **Tipo de muestreo:** Por conveniencia.

- h. **Unidad muestral:** Familiar y paciente en grupo SODHI

- i. **Marco muestral:** Se cuenta con información a nivel de la delegación que durante el 2007, un total de 893 pacientes acudieron a grupos de autoayuda SODHI de los cuales sólo 687 pacientes terminaron las 6 sesiones de la que consta el curso de este grupo de autoayuda.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

j. **Tamaño de muestra y muestreo:** Calculé el tamaño de la muestra para este estudio en base a lo siguiente:

- la población de pacientes que culminaron a nivel delegacional el curso SODHI es de 687.
- Con una prevalencia esperada del factor estudiado del 30% y con un peor resultado aceptable del 15%.
- Con un intervalo de confianza del 95% y un poder del 80%.
- Con lo anterior, el tamaño de la muestra es de 34 pacientes del grupo SODHI.

1. Plan de recolección de datos

Se acudirá a la unidad de medicina familiar y se le invitará a participar en el estudio a pacientes y familiares que acudan al grupo de Autoayuda SODHI, explicándoles el propósito de la investigación, y se les solicitará en caso de su aceptación el consentimiento informado, se garantizará el anonimato y confidencialidad.

Elaboración del instrumento:

Se cuenta con la escala de funcionamiento familiar de Emma Espejel Aco, y colaboradores, que consta de 40 reactivos que investigan 9 áreas que miden el funcionamiento dinámico, sistémico estructural de la familia. Ellas son: autoridad, control, supervisión, afecto, apoyo, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y recurso. Aunque este cuestionario se ha diseñado para ser contestado por el grupo familiar, es susceptible de aplicarse en forma individual. Tiene una confiabilidad de .91 que discrimina sensiblemente las familias funcionales de las disfuncionales.

2. Plan de análisis

Se utilizará el programa computacional El INFO 6 para la captura, procesamiento y análisis de los datos. Se caracterizará a la población de estudio con valores absolutos y porcentajes en las siguientes variables: sexo edad, nivel de escolaridad, estado civil; para las variables de tipo cuantitativo como edad y tiempo de la enfermedad se obtendrán medidas de tendencia central (media aritmética), y de dispersión (desviación estándar). Para buscar diferencias del grupo antes y a los 3 meses de la intervención SODHI se analizará mediante una prueba de significancia para determinar diferencias significativas, utilizando la prueba de Chi cuadrada.

Los datos obtenidos en los instrumentos de trabajo de campo se capturarán y almacenarán en forma cotidiana, con un proceso de captura – recaptura para validar la confiabilidad del proceso.

4. Logística

Se acudirá a la unidad de medicina familiar para obtener información de las fechas de inicio de los cursos SODHI así como hora y lugar donde se desarrollará el curso, se establecerá comunicación con el departamento de trabajo social para obtener la información previamente mencionada, además de la planeación para la aplicación de la encuesta, sin que intervenga en el desarrollo de la sesión de autoayuda. Se aplicará la encuesta al paciente o familiares que acudan al grupo de manera personalizada y resolviendo las dudas que se presenten en el transcurso de la encuesta, al término de las 6 sesiones del grupo de autoayuda así como el seguimiento a los 3 meses posterior a la intervención.

5. Prueba piloto

Para identificar problemas potenciales en el estudio se efectuará una prueba piloto para revisar la metodología y la logística en la recolección de los datos en la UMF No. 1 y se evaluará las posibles reacciones de los integrantes del grupo SODHI a los procedimientos de investigación, evaluar los instrumentos de recolección de datos y la habilidad del investigador asociado en la aplicación de los instrumentos. La aplicación de los instrumentos será efectuada por el investigador asociado.

La prueba piloto tiene una duración aproximada de 4 días. Se llevará a cabo en la unidad de Medicina Familiar No. 1, mediante la selección de 7 pacientes y familiares del grupo de autoayuda del turno matutino a los cuales se les solicitará su participación en la contestación de los cuestionario de Funcionamiento familiar de Emma Espejel y cols. Con esto se observará la aceptabilidad del método usado, así como las preguntas planteadas y la disposición de los integrantes para contestar las preguntas y colaboración con el estudio. Cada pregunta del cuestionario se discutirá con los pacientes y familiares para asegurar que los términos y las definiciones empleadas se entiendan claramente.

6. Consideraciones éticas

El protocolo de investigación corresponde a una investigación sin riesgo ya que no se realiza ninguna intervención o modificación intencional en las variables de conducta y afectividad, ya que únicamente se consideran entrevistas participantes del grupo de autoayuda. Invariablemente se utilizará carta de consentimiento informado por escrito donde se especifique la justificación y objetivos del estudio, los procedimientos, los riesgos esperados y beneficios de la investigación, queda en claro la libertad de retirar su consentimiento. Se garantizará su confidencialidad, y anonimato.

IX RESULTADOS

Se estudiaron 34 familias de las cuales 22 de ellas (66.7%) eran constituidas por familia nuclear, 9 familias (26.4%) eran extensas y el resto extensa ampliada y extensa modificada. La autoridad real en 28 familias eran ejercida por el varón, en las 6 restantes la mujer proveía del sustento económico, siendo el promedio de ingresos mensuales de 7717.4 ± 4849 pesos. El promedio de hijos por familia fue de 4. El promedio de años de unión familiar fue de 27 ± 9 años.

En el cuadro único se compara el funcionamiento familiar de las familias en estudio antes de la intervención SODHI y posterior a esta como se podría observar las dimensiones que comprenden el funcionamiento familiar y en base al análisis estadístico no se observó diferencias significativas después de la intervención SODHI, lo anterior nos permite aseverar los siguientes comentarios.

Se han identificado características familiares desde el punto de vista tipológico, en donde las familias extensas apoyan más al enfermo crónico degenerativo; así mismo existen factores relacionados que hacen que las familias no tengan una adecuada funcionalidad familiar como el nivel educativo, los ingresos económicos y que juegan un papel importante para que esta funcionalidad familiar se vea afectada. (Leff & Vaughn, 1981; Kottgen, Sonnichsen, Mollenhauser & Jurth., 1984; Hogarty, Anderson & Reiss, 1991).

Variable		Antes de la estrategia		Después de la estrategia		X ²	P
		N	%	N	%		
Autoridad	Disfuncional	0	0	0	0	3.24	0.1978
	Poco funcional	5	14.7	3	8.8		
	Medio Funcional	28	82.4	26	79.4		
	Funcional	1	2.9	5	14.7		
Control	Disfuncional	0	0	0	0	3.2	0.2009
	Poco funcional	3	8.8	1	2.9		
	Medio Funcional	20	58.8	22	64.7		
	Funcional	11	32.4	11	32.4		
Supervisión	Disfuncional	0	0	0	0	0.36	0.8340
	Poco funcional	8	23.5	6	17.6		
	Medio Funcional	25	73.5	27	79.4		
	Funcional	1	2.9	1	2.9		
Afecto	Disfuncional	1	2.9	0	0	1.47	0.6887
	Poco funcional	2	5.9	3	8.8		
	Medio Funcional	20	58.8	18	52.9		
	Funcional	11	32.4	13	38.2		
Apoyo	Disfuncional	0	0	0	0	1.02	0.6015
	Poco funcional	1	2.9	0	0		
	Medio Funcional	3	6.6	2	5.9		
	Funcional	30	88.2	32	94.1		
Conducta Disruptiva	Disfuncional	1	2.9	0	0	1.18	0.7589
	Poco funcional	5	14.7	6	17.6		
	Medio funcional	20	58.8	19	55.9		
	Funcional	8	23.5	9	26.5		
Afecto negativo	Disfuncional	1	2.9	0	0	1.21	0.7505
	Poco funcional	3	8.8	4	11.8		
	Medio Funcional	14	41.2	13	38.2		
	Funcional	16	47.1	17	50		
Recurso	Disfuncional	0	0	0	0	1.22	0.5438
	Poco funcional	4	11.8	2	5.9		
	Medio Funcional	23	67.6	22	64.7		
	Funcional	7	20.6	10	29.4		
Comunicación	Disfuncional	1	2.9	1	2.9	1.46	0.6908
	Poco funcional	6	17.6	3	8.8		
	Medio Funcional	23	67.6	27	79.4		
	Funcional	4	11.8	3	8.8		
Puntaje Total	Disfuncional	0	0	0	0	2.27	0.3210
	Poco funcional	6	17.6	2	5.9		
	Medio Funcional	19	55.9	22	64.7		
	Funcional	9	26.5	10	29.4		

X DISCUSIÓN

En nuestro estudio encontramos que la premisa fundamental fue la de familias con media funcionalidad y que después de la intervención SODHI no se modificó a una familia funcional.

Por otro lado y uno de los factores para la discusión de este trabajo está dirigido hacia la propia intervención la cual está programada para 6 sesiones de 2 horas aproximadamente y una de las cuales solo está dedicada al manejo del apoyo familiar, lo que traduciría una mejora en el funcionamiento familiar. Sin embargo autores como Clara Pérez Cárdenas Odalis de la Caridad Fernández Benítez han trabajado estrategias educativas en relación a este parámetro y que han dedicado un promedio de 6 meses a 2 años para mejorar aspectos relacionados con la funcionalidad familiar.

Otro factor importante y que en este estudio no se valoró es el tipo de estrategia con que se interviene sobre todo considerando al tipo de población, condiciones socioeconómicas socioculturales que permitan un cambio en la funcionalidad familiar (Leff & Vaughn, 1981; Kottgen, Sonnichsen, Mollenhauser & Jurth., 1984; Hogarty, Anderson & Reiss, 1991).

Otra variable importante que dificulta mejorar la funcionalidad familiar es el contar con un miembro de la familia enfermo en este estudio como es el caso de diabéticos y/o hipertensos, lo anterior genera una mayor demanda y atención por parte del enfermo y de la familia.

Al considerar las dimensiones de la funcionalidad familiar según el criterio de Espejel 1997, los aspectos de comunicación apoyo afecto, toma de decisiones, modos de control de conducta y supervisión al desglosar los ítems del instrumento encontramos que existen miembros de la familia con disposición para escuchar sin embargo, existieron respuestas que van dirigidas a dictaminar violencia intrafamiliar, así mismo, problemas de conducta en la escuela y con las normas sociales y que en unas de ellas también problemas de salud mental como depresión y ansiedad estos aspectos juegan un papel importante como lo expresa (Rascón, Díaz, López y Reyes, 1997; Long, 1989; Miller y cols. 1986), que en su estudio percibieron una fuerte carga emocional asociada a la enfermedad que condiciona una disfuncionalidad familiar.

Como se observó en este estudio la categoría de familias medio funcionales y que estudios como Miller, Kabacoff, Keitner, Epstein & Bishop, 1986, quienes evaluaron enfermos crónicos degenerativos encontraron que los enfermos eran más sensibles a las dificultades y requerían de un adecuado funcionamiento familiar para evitar recaídas.

XI CONCLUSIONES

- El funcionamiento familiar de pacientes y familiares que acudieron la grupo SODHI antes de la intervención fue medianamente funcional.
- El funcionamiento familiar de paciente y familiares a los 3 meses de la estrategia SODHI fue medianamente funcional..
- Al comparar la funcionalidad familiar antes y a los 3 meses de la estrategia SODHI no se encontraron cambios significativos en ningún dominio de la funcionalidad familiar marcada por Espejel y col.



XII RECOMENDACIONES

De Investigación en salud:

- Evaluar la dinámica de los grupos SODHI desde una perspectiva costo efectividad.

Política de salud:

- Sistematizar las acciones para los grupos SODHI con la participación homogénea en el programa



XIII SECCION DE ANEXOS

1. Instrumento de evaluación
2. Cronograma de actividades
3. Carta de consentimiento informado
4. Operacionzalización



Perfil de funcionamiento familiar
Formato de calificación

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

Función		Suma
Autoridad	1__ 3__ 4__ 5__ 11__ 12__ 14__ 28__ 39__ 40__	_____
Control	8__ 10__ 17__ 26__ 31__ 34__ 35__ 40__	_____
Supervisión	16__ 25__ 26__ 28__	_____
Afecto	22__ 23__ 24__ 27__ 31__ 32__ 33__	_____
Apoyo	7__ 16__ 18__ 20__ 39__ 40__	_____
Conducta disruptiva	5__ 9__ 36__ 37__ 38__ 39__ 40__	_____
Afecto negativo	6__ 15__ 29__ 34__	_____
Recurso	2__ 12__ 13__ 14__ 17__ 40__	_____

Escala de funcionamiento familiar

- Familia:
- Tiempo de unión
- Edad del primer Hijo
- Ingreso Familiar
- Tipología

Posición	Sexo	Edad	Escolaridad	Ocupación	Aportación económica a la familia

Descripción de la vivienda

Observaciones

Escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel Aco y colaboradores

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

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

3. En su familia ¿hay alguna persona que sean más reconocidas y tomadas en cuenta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

No existen horarios _____

Funcionalidad _____

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

No ha sucedido _____

Funcionalidad _____

Instrucciones para el examinador: a partir de esta pregunta explore todos los indicadores. Cuando la respuesta involucre a toda la familia, marque las celdas necesarias

11. Cuando alguien invita a la casa ¿a quién se le avisa?

Quién invita	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	No avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro No fam.							

Nunca invitan _____ **Funcionalidad** _____

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

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

Funcionalidad _____

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

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

No existen obligaciones definidas _____ **Funcionalidad** _____

14. En las decisiones familiares importantes ¿Quiénes participan?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

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

Pide permiso	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro No familiar							

Funcionalidad _____

16. Cuando alguien comete una falta ¿quién y cómo castiga?

Quién castiga	Verbalmente	Corporalmente	Instrumentalmente
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro No familiar			

No se castiga _____ **Funcionalidad** _____

17. Si acostumbran hacer promesas sobre premios y castigos ¿Quiénes las cumplen siempre?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

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

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

Funcionalidad _____

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

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

Funcionalidad _____

20. En esta familia ¿quién protege a quién?

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

Funcionalidad _____

21. Si conversan ustedes unos con otros ¿quién con quién lo hace?

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

Funcionalidad _____

22. Si consideran ustedes que expresan libremente sus opiniones ¿Quiénes son los que lo hacen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

23. ¿Quiénes tienen mejor disposición para escuchar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

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

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

No hay acuerdos _____ **Funcionalidad** _____

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

26. ¿Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

33. ¿Quiénes en la familia se abrazan espontáneamente?

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

Funcionalidad _____

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

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

Funcionalidad_____

35. ¿Se han llegado a golpear en esta familia? ¿Quién con quien?

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

Funcionalidad_____

Instrucciones para el examinador: A partir de esta pregunta explorar la frecuencia con que se presentan los eventos cuestionados

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

	Muy frecuente	Algunas Veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro No familiar			

Funcionalidad_____

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

	Muy frecuente	Algunas Veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro No familiar			

Funcionalidad_____

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

	Muy frecuente	Algunas Veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro No familiar			

Funcionalidad_____

39. ¿Quién ha presentado algún problema emocional?

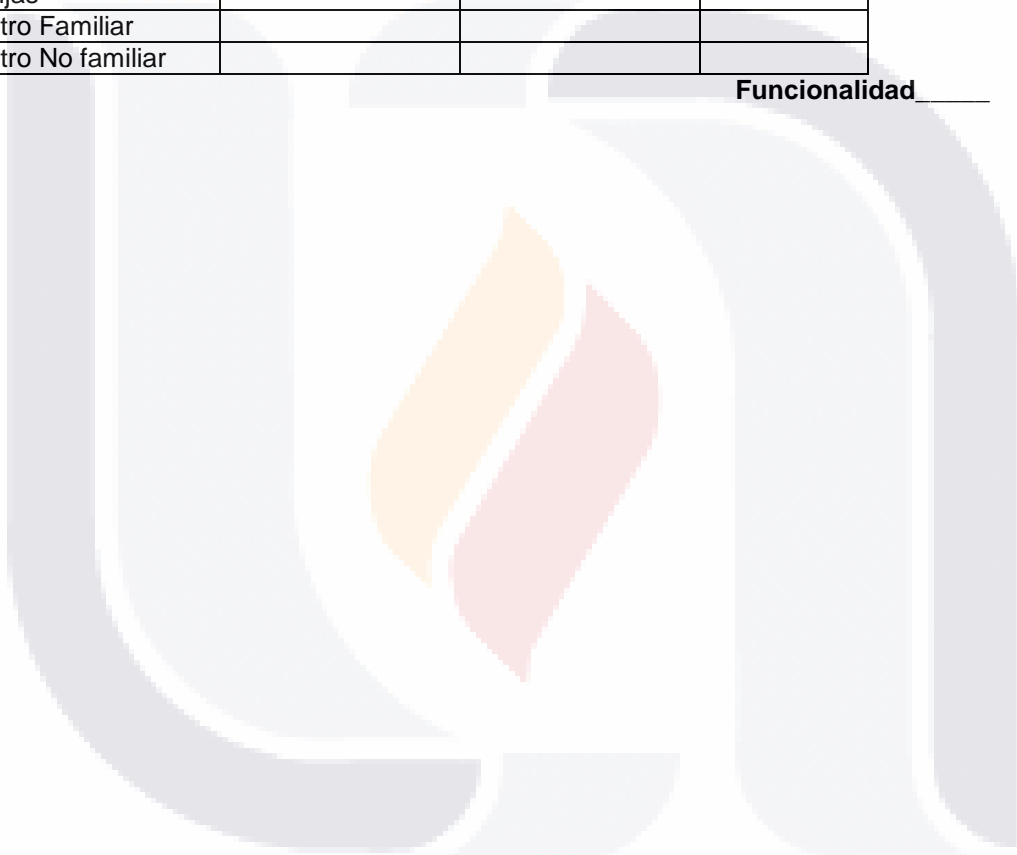
	Muy frecuente	Algunas Veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro No familiar			

Funcionalidad_____

40. ¿Quién en la familia se aísla?

	Muy frecuente	Algunas Veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro No familiar			

Funcionalidad_____



Cronograma

Actividad / mes	May - Jun 2006	Jul-Ago 2006	Sep-Oct 2006	Nov-Dic 2006	Ene - Abr 2007	May - Ago 2007	Sep -Dic 2007	Ene - Feb 2008	Mar - Abr 2008	May - Jun 2008	Jul-Ago 2008	Sep 2008	Oct 2008	Nov 2008
Elección del tema	x													
Recopilación de datos		x	x	x										
Elaboración del protocolo					X	x	x							
Presentación del protocolo								x	x	x	x			
Recolección de información											x	x		
Construcción de base de datos												X	x	
Análisis de resultados													x	
Elaboración de tesis													x	x
Reporte final														x

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
DELEGACION REGIONAL AGUASCALIENTES.
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS.
DEPARTAMENTO ENSEÑANZA E INVESTIGACION.
ESPECIALIDAD MEDICINA FAMILIAR.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES EN PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA.

Aguascalientes, Ags. A de del 2008.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto titulado “Efecto en la funcionalidad familiar de los grupos de autoayuda de sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión, en las unidades de medicina familiar No. 1 del IMSS estado de Aguascalientes”.

Registrado ante el comité local de investigación con el N° _____.

El objetivo de este estudio, es Caracterizar el funcionamiento familiar de los grupos de autoayuda de sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión, en las unidades de medicina familiar No. 1 del IMSS del estado de Aguascalientes.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: contestar un cuestionario de 40 preguntas, con el fin de valorar la efectividad que tienen los grupos SODHI para mejorar el apoyo familiar en los participantes de este grupo de autoayuda

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias o beneficios derivados de mi participación en el estudio como son:

- **Riesgo:** Ninguno.
- **Inconvenientes:** Ninguno.
- **Molestias:** Dedicar unos minutos para contestar las preguntas que se incluyen en los cuestionarios.
- **Beneficios:** Identificar las necesidades de capacitación de las Trabajadoras Sociales en el apoyo familiar, con la posibilidad de lograr un adecuado funcionamiento familiar que apoye y sostenga al enfermo.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre la realización del protocolo, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del protocolo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Para cualquier duda o aclaración comunicarse con la Dra. María Elena Luján Salazar, con domicilio en calle Francisco Márquez #122, Colonia Heroes o al teléfono 044-449-155-66-55.

Encuestado

Dra. María Elena Luján Salazar

Testigo

Testigo

OPERACIONALIZACION DE CONCEPTOS

OBJETIVO	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICES	ITEMS
<p>Caracterización de la Funcionalidad familiar antes y después de los grupos de autoayuda de sobrepeso,</p> <p>Lista breve de los conceptos indispensables utilizados en el planteamiento del problema</p>	<p>1 Funcionalidad familiar: se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la</p>	<p>a. Autoridad: evalúa la eficiencia de la autoridad dentro de la familiar. Considera como más funcionales aquellas familias donde la autoridad reside en el subsistema parental y es compartida por ambos padres</p> <p>b. Orden o control: evalúa cómo se manejan los límites y los modos de control de conducta. Considera como más</p>	<p>CRITERIOS DE CALIFICACION PARA LA ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DEL MANUAL PARA LA ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR</p>	<p>1. Disfuncionalidad 2. Poco Funcional 3. Medianamente funcional 4. Funcional</p> <p>1. Disfuncionalidad 2. Poco Funcional 3. Medianamente funcional</p>	<p>1. ¿Hay en su familia algún o algunos miembros considerados como los más trabajadores? 3. En su familia ¿hay alguna persona que sean más reconocidas y tomadas en cuenta? 4. Si se reúne la familia para ver la televisión ¿Quién decide el programa? 5. ¿Quién o quienes de la familia tienen más obligaciones? 11. Cuando alguien invita a la casa ¿a quién se le avisa? 12. ¿Quiénes participan y quienes no participan en la economía familiar? 14. En las decisiones familiares importantes ¿Quiénes participan? 28. Cuando algo se descompone ¿quién organiza su reparación? 39. ¿Quién ha presentado algún problema emocional? 40. ¿Quién en la familia se aísla?</p> <p>8. ¿Quién reprende a los hijos cuando cometen una falta? 10. Si uno de los padres castiga a un hijo ¿quién interviene? 17. Si acostumbran hacer promesas sobre premios y castigos ¿Quiénes las cumplen siempre?</p>

<p>Funcionalidad familiar: se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y</p>	<p>interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro. <i>Ésta será caracterizada en familiares y pacientes que acuden a Grupos de Sobrepeso obesidad hipertensión y diabetes, que son grupos de autoayuda formados dentro de las unidades familiares del IMSS, a</i></p>	<p>funcionales a las familias con límites bien establecidos y respetados.</p> <p>c. Supervisión: evalúa la funcionalidad de la vigilancia de normas y comportamiento.</p> <p>d. Afecto: evalúa cómo se presentan las muestras de sentimientos y emociones entre los miembros de la familia.</p>	<p>CRITERIOS DE CALIFICACION PARA LA ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR</p>	<p>4. Funcional</p> <p>1. Disfuncionalidad</p> <p>2. Poco Funcional</p> <p>3. Medianamente funcional</p> <p>4. Funcional</p> <p>1. Disfuncionalidad</p> <p>2. Poco Funcional</p> <p>3. Medianamente funcional</p> <p>4. Funcional</p>	<p>26. ¿Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos?</p> <p>31. En esta familia ¿quiénes son los más alegres o los que se divierten más?</p> <p>34. Cuando se llegan a enojar en esta familia ¿quiénes son los que lo hacen y con quiénes?</p> <p>35. ¿Se han llegado a golpear en esta familia? ¿Quién con quien?</p> <p>40. ¿Quién en la familia se aísla?</p> <p>16. Cuando alguien comete una falta ¿quién y cómo castiga?</p> <p>25. ¿Quién supervisa el comportamiento escolar de los hijos?</p> <p>26. ¿Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos?</p> <p>28. Cuando algo se descompone ¿quién organiza su reparación?</p> <p>22. Si consideran ustedes que expresan libremente sus opiniones ¿Quiénes son los que lo hacen?</p> <p>23. ¿Quiénes tienen mejor disposición para escuchar?</p> <p>24. Cuando entre algunos de ustedes se toma una decisión o se llega a algún acuerdo, ¿a quiénes se les hace saber con claridad?</p> <p>27. Para transmitir los valores más importantes en esta familia. ¿quién se ha responsabilizado de su transmisión y vigencia?</p>
---	---	---	---	---	--

<p>la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro.⁶⁴</p> <p>Grupos de ayuda mutua o autoayuda: Son pequeños grupos formados por personas a las que afecta un problema común. Su objetivo es la</p>	<p><i>continuación se define a los grupos de ayuda mutua</i></p> <p>2 Grupos de ayuda mutua o autoayuda: Son pequeños grupos formados por personas a las que afecta un problema común. Su objetivo es la prestación de servicios materiales o emocionales, para atender el</p>	<p>e. Apoyo: es la forma en que los miembros de la familia se proporcionan soporte social, dentro y fuera del grupo familiar.</p> <p>f. Conducta disruptiva: evalúa el manejo de conductas no aceptadas socialmente como adicciones, problemas con la autoridad o alguna situación emergente.</p> <p>g. Comunicación: evalúa la forma de relación verbal o no verbal que se da dentro de una familia.</p>	<p>DEL MANUAL PARA LA ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disfuncionalidad 2. Poco Funcional 3. Medianamente funcional 4. Funcional <ol style="list-style-type: none"> 1. Disfuncionalidad 2. Poco Funcional 3. Medianamente funcional 4. Funcional <ol style="list-style-type: none"> 1. Disfuncionalidad 	<p>31. En esta familia ¿quiénes son los más alegres o los que se divierten más?</p> <p>32. ¿Quién en esta familia estimula las habilidades y aptitudes?</p> <p>33. ¿Quiénes en la familia se abrazan espontáneamente?</p> <p>7. En los problemas de los hijos ¿quién o quiénes intervienen?</p> <p>16. Cuando alguien comete una falta ¿quién y cómo castiga?</p> <p>18. Cuando alguien se siente triste, decaído o preocupado ¿quién pide ayuda?</p> <p>20. En esta familia ¿quién protege a quién?</p> <p>39. ¿Quién ha presentado algún problema emocional?</p> <p>40. ¿Quién en la familia se aísla?</p> <p>5. ¿Quién o quienes de la familia tienen más obligaciones?</p> <p>9. Si en casa existen horarios para comer o llegar ¿Quiénes respetan los horarios de llegada?</p> <p>36. ¿En esta familia hay alguien que se embriague con alcohol o tome otro tipo de estimulantes?</p> <p>37. ¿Quién tiene o ha tenido problemas de comportamiento en la escuela, el trabajo o con los demás?</p> <p>38. Si en esta familia ha habido problemas con la autoridad (policía, jefes, maestros, etc.) ¿Quién los ha tenido?</p>
---	---	--	--	---	---

<p>prestación de servicios materiales o emocionales, para atender el individuo y la familia.⁶⁵ obesidad, diabetes e hipertensión.</p>	<p>individuo y la familia.</p>	<p>h. Afecto negativo: evalúa la funcionalidad de la presencia de sentimientos y emociones de malestar dentro de la familia.</p> <p>i. Recursos: se refiere a la existencia de potencialidades instrumentales y la capacidad de la familia para</p>	<p>CRITERIOS DE CALIFICACION PARA LA ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DEL MANUAL PARA LA ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR</p>	<p>2. Poco Funcional 3. Medianamente funcional 4. Funcional</p> <p>1. Disfuncionalidad 2. Poco Funcional 3. Medianamente funcional 4. Funcional</p> <p>1. Disfuncionalidad 2. Poco</p>	<p>39. ¿Quién ha presentado algún problema emocional? 40. ¿Quién en la familia se aísla?</p> <p>4. Si se reúne la familia para ver la televisión ¿Quién decide el programa? 10. Si uno de los padres castiga a un hijo ¿quién interviene? 15. Para ausentarse de la casa ¿quién le avisa o pide permiso a quién? 18. Cuando alguien se siente triste, decaído o preocupado ¿quién pide ayuda? 19. ¿Quiénes de ustedes salen juntos con cierta frecuencia? 21. Si conversan ustedes unos con otros ¿quién con quién lo hace? 22. Si consideran ustedes que expresan libremente sus opiniones ¿Quiénes son los que lo hacen? 36. ¿En esta familia hay alguien que se embriague con alcohol o tome otro tipo de estimulantes? 38. Si en esta familia ha habido problemas con la autoridad (policía, jefes, maestros, etc.) ¿Quién los ha tenido?</p> <p>6. ¿Quién o quiénes de la familia intervienen cuando los padres discuten o pelean entre si? 15. Para ausentarse de la casa ¿quién le avisa o pide permiso a quién? 29. ¿Quién o quiénes participan en la solución de un</p>
--	--------------------------------	---	--	--	--


		<p>desarrollarlos y utilizarlos. 2,12,13,14,1740</p>		<p>Funcional 3. Medianament e funcional 4. Funcional</p>	<p>problema grave? 34. Cuando se llegan a enojar en esta familia ¿quiénes son los que lo hacen y con quiénes? 2. ¿Quién organiza la alimentación en la familia (ir al mercado, decir los menús, etc.)? 12. ¿Quiénes participan y quienes no participan en la economía familiar? 13. Si cada quién tiene obligaciones definidas en esta familia ¿quién sustituye a quién para cumplirlas cuando no se puede hacerlo el responsable? 14. En las decisiones familiares importantes ¿Quiénes participan? 17. Si acostumbran hacer promesas sobre premios y castigos ¿Quiénes las cumple siempre? 40. ¿Quién en la familia se aísla?</p>
--	--	--	--	--	--

UNIVERSO DE TRABAJO Y MUESTRA

OBJETIVO GENERAL	UNIVERSO DE TRABAJO	UNIDAD MUESTRAL	UNIDAD DE OBSERVACION	UNIDAD DE ANALISIS	TIPO DE MUESTREO	TAMAÑO DE LA MUESTRA	PARAMETROS UTILIZADOS
<p>Caracterización de la Funcionalidad familiar antes y después de los grupos de autoayuda de sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión</p>	<p>Familiares y Pacientes con Diabetes, Hipertensión Sobrepeso y Obesidad que acudan a los Grupos de Autoayuda SODHI de las Unidades de Medicina Familiar Urbana 1 del IMSS, Aguascalientes</p>	<p>Familiar y paciente en grupo SODHI</p>	<p>Familiares y Pacientes con Diabetes, Hipertensión Sobrepeso y Obesidad que acudan a los Grupos de Autoayuda SODHI de las Unidades de Medicina Familiar Urbana 1 del IMSS, Aguascalientes</p>	<p>Familiar y paciente en grupo SODHI</p>	<p>Muestreo por conveniencia</p>	<p>34 Pacientes o familiares</p>	<p>Los pacientes que presenten una o mas de estas entidades clínicas y que cursen con descontrol clínico; diabéticos con glucemia mayor de 140 mg/dL hipertensos con tensión arterial mayor de 140/90, obesos de segundo u tercer grado o con sobrepeso. Incluyendo a familiares de estos pacientes que acudan a este grupo de autoayuda.</p>

ELABORACION DE CUESTIONARIOS

ITEMS	METODO DE RECOLECCION DE DATOS	INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	FUENTE DE INFORMACION	PREGUNTAS: (abiertas o cerradas) en caso de entrevistas o cuestionarios
<p>1. ¿Hay en su familia algún o algunos miembros considerados como los más trabajadores? 2. ¿Quién organiza la alimentación en la familia (ir al mercado, decir los menús, etc.)? 3. En su familia ¿hay alguna persona que sean más reconocidas y tomadas en cuenta? 4. Si se reúne la familia para ver la televisión ¿Quién decide el programa? 5. ¿Quién o quienes de la familia tienen más obligaciones? 6. ¿Quién o quiénes de la familia intervienen cuando los padres discuten o pelean entre si? 7. En los problemas de los hijos ¿quién o quiénes intervienen? 8. ¿Quién reprende a los hijos cuando cometen una falta? 9. Si en casa existen horarios para comer o llegar ¿Quiénes respetan los horarios de llegada? 10. Si uno de los padres castiga a un hijo ¿quién interviene? 11. Cuando alguien invita a la casa ¿a quién se le avisa? 12. ¿Quiénes participan y quienes no participan en la economía familiar?</p>	<p>Se aplicará la escala de la Dra. Espejel a familias y pacientes que llegan al Grupos de Autoayuda SODHI remitidas por el médico familiar de la Unidad de Medicina Familiar 1</p>	<p>Escala de funcionamiento familiar de Emma Espejel Aco y colaboradores. Validada con un instrumento cuantitativo por jueces de la UNAM (1987). Alcanzando una confiabilidad de 0.91 con la prueba ALFA de Crobach de consistencia interna con los reactivos. Fue aprobada por el IFAC (instituto de la Familia) y por la Universidad de Tlaxcala, siendo también aceptada por</p>	<p>Familiares y Pacientes con Diabetes, Hipertensión Sobrepeso y Obesidad que acudan a los Grupos de Autoayuda SODHI de las Unidades de Medicina Familiar Urbana 1 del IMSS, Aguascalientes</p>	<p>Instrumento de entrevista semi-estructurada y dirigida conformado por cuarenta reactivos que investigan nueve áreas que miden el funcionamiento dinámico sistémico estructural de la familiar</p>

<p>13. Si cada quién tiene obligaciones definidas en esta familia ¿quién sustituye a quién para cumplirlas cuando no se puede hacerlo el responsable?</p> <p>14. En las decisiones familiares importantes ¿Quiénes participan?</p> <p>15. Para ausentarse de la casa ¿quién le avisa o pide permiso a quién?</p> <p>16. Cuando alguien comete una falta ¿quién y cómo castiga?</p> <p>17. Si acostumbran hacer promesas sobre premios y castigos ¿Quiénes las cumplen siempre?</p> <p>18. Cuando alguien se siente triste, decaído o preocupado ¿quién pide ayuda?</p> <p>19. ¿Quiénes de ustedes salen juntos con cierta frecuencia?</p> <p>20. En esta familia ¿quién protege a quién?</p> <p>21. Si conversan ustedes unos con otros ¿quién con quién lo hace?</p> <p>22. Si consideran ustedes que expresan libremente sus opiniones ¿Quiénes son los que lo hacen?</p> <p>23. ¿Quiénes tienen mejor disposición para escuchar?</p> <p>24. Cuando entre algunos de ustedes se toma una decisión o se llega a algún acuerdo, ¿a quiénes se les hace saber con claridad?</p> <p>25. ¿Quién supervisa el comportamiento escolar de los hijos?</p> <p>26. ¿Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos?</p> <p>27. Para transmitir los valores más importantes en esta familia. ¿quién se ha responsabilizado de su transmisión y vigencia?</p>		<p>al Federación Mexicana de Salud Mental.</p>		
---	---	--	--	--

<p>28. Cuándo algo se descompone ¿quién organiza su reparación?</p> <p>29. ¿Quién o quiénes participan en la solución de un problema grave?</p> <p>30. ¿Quiénes tomaron la decisión de vivir en este lugar?</p> <p>31. En esta familia ¿quiénes son los más alegres o los que se divierten más?</p> <p>32. ¿Quién en esta familia estimula las habilidades y aptitudes?</p> <p>33. ¿Quiénes en la familia se abrazan espontáneamente?</p> <p>34. Cuando se llegan a enojar en esta familia ¿quiénes son los que lo hacen y con quiénes?</p> <p>35. ¿Se han llegado a golpear en esta familia? ¿Quién con quien?</p> <p>36. ¿En esta familia hay alguien que se embriague con alcohol o tome otro tipo de estimulantes?</p> <p>37. ¿Quién tiene o ha tenido problemas de comportamiento en la escuela, el trabajo o con los demás?</p> <p>38. Si en esta familia ha habido problemas con la autoridad (policía, jefes, maestros, etc.) ¿Quién los ha tenido?</p> <p>39. ¿Quién ha presentado algún problema emocional?</p> <p>40. ¿Quién en la familia se aísla?</p>				
---	--	--	--	--

XIV GLOSARIO

Funcionalidad familiar: se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro.⁶⁶

Grupos de ayuda mutua o autoayuda: Son pequeños grupos formados por personas a las que afecta un problema común. Su objetivo es la prestación de servicios materiales o emocionales, para atender el individuo y la familia.⁶⁷



XV REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1 Clara Pérez Cárdenas y Odalis de la Caridad Fernández Benítez 2005 Evaluación de un programa de intervención familiar educativa.

2 Intervención de Salud en Familias de Alto Riesgo Biopsicosocial: Seguimiento a Largo Plazo del Funcionamiento Familiar PSYKHE 2004, Vol.13, N° 1, 33-42

3 Garcia Fuster, Enrique 1995. "El rol del apoyo social en la prevención del maltrato infantil: programas de apoyo a la familia" Revista sobre igualdad y calidad de vida Vol-no-pags: n. 10, p. 17-30

4 Pedraza, S 2000 La sobrecarga de los cuidadores de pacientes, programa de intervención asistencial

5 Gatz ; Bengston V. y Blue M. 1990 Varegiving families En Biren y Schaie (Eds) Handbook of the Opsychology of aging (pp 404-426) London: Academic Press

6 Kagan, S.L., Powell, D.R., Werssbourd, B. & Zigler. E.F. (comps.) (1987). Americas family support programs: Perspectives and prospects. New Haven, CT: Yale University Press.

7 Zigler, E. & Black, K.B. (1989). Americas family support movement: Strengths and limitations. American Journal of Orthopsychiatry, 59, pp. 6-19.

8 Weiss, H. & Halpern, R. (1991). Community based family support and education programs: Something old or something new? Nueva York: National Center for Children in Doverty.

9 García Fuster, Enrique El apoyo social en la intervención comunitaria, 1997

10 Miller, Y., Kabacoff, R., Keitner, G., Epstein, N. & Bishop, D. (1986). Family functioning in the families of psychiatric patients. Comprehensive Psychiatric, 27, (4) 302-312.

11 Rascón, M.L., Díaz, R., López, J. & Reyes, C. (1997). La necesidad de atención en los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos. Memoria del Cuarto Encuentro Nacional de Investigadores sobre Familia. México: Universidad Autónoma de Tlaxcala.

12 Sistema de información de atención integral de la salud

13 II Censo de Población y vivienda 2005 INEGI

15 Encuesta nacional de Salud 2000

15 <http://articulos-rmf.ayudamutua.org/art-el-grupo-anonimo-y-la-familia.htm>

16 Velasco O, Chávez A. La Disfunción Familiar, un Reto Diagnóstico-Terapéutico. Rev Méd IMSS 1994; 32(3).

17 Louro I. Algunas consideraciones acerca de la familia en el proceso Salud Enfermedad. Experiencia en la Atención Primaria de Salud. C de La Habana. 1993

18 Encuesta nacional de salud 2006

19 García de Alba G., J. E. y A. L. Salcedo R., 2004, Perspectives of Diabetes Control in Two Groups of Mexican Diabetics

20 Clara Pérez Cárdenas¹ y Odalis de la Caridad Fernández Benítez² 2005 Evaluación de un programa de intervención familiar educativa.

21 Adam B. Lewin, MS^{1,2}, Amanda D. Heidgerken The Relation Between Family Factors and Metabolic Control: The Role of Diabetes Adherence January 19, 2005

22 Dulce María Méndez López y cols. 2003 Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2

23 Valadez I, Aldrete G. La familia como unidad de auto-atención. Rev. Asoc. Méd. de Jalisco, 1990;19:15-17.

24 Rodney MC. Sociología de la medicina. Madrid: Alianza Universidad, 1984:111-139

25 Brand J, Maymhen C. Fogarty systems therapy a four dimensional concept of selfed. Washington D.C.: Groome Child Guidance Center, 1971.

26 Ortiz M.T. Louro I. Proyectos de Intervención en Salud Familiar. Una Propuesta Metodológica. Tesis para optar por Maestría en Salud Pública. 1996

27 M. Campuzano. Revisión histórica de algunas corrientes teóricas en psicoterapia en grupo, Revista análisis grupal. IV (4):3-23

28 Ortiz M.T. Louro I. Proyectos de Intervención en Salud Familiar. Una Propuesta Metodológica. Tesis para optar por Maestría en Salud Pública. 1996

29 Baldwin M. Modelo Mc Master de evaluación familiar. Editorial Gedesa, Buenos Aires, 1998:239-41.

30 Macias R. Antología de la sexualidad humana II. 1 ed. Méjico. Editora Migunicosel Porrua, 1994:163-5.

31 De la Cuesta D. Pérez E. Louro I. Funcionamiento Familiar. Construcción y validación de un instrumento. Trabajo para optar por el título de Master en Psicología de la Salud. C. Habana. 1996

32 Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The Mc. Master Family Assessment Device Journal of marital and family. Therapy 1983; 9(2): 171-180.

33 Velazco O, Chávez A. La Disfunción Familiar, un Reto Diagnóstico-Terapéutico. Rev Méd IMSS 1994; 32(3).

34 Macias R. Antología de la sexualidad humana II. 1 ed. Méjico. Editora Migunicosel Porrua, 1994:163-5.

35 Guía SODHI

36 Ochoa de Alda I (1995). Enfoques en terapia familiar sistémica. Editorial Herder. España: pp 36-42, 127.

37 McGoldrick M, Gerson (1987). Genogramas en la evaluación familiar. Editorial Gedisa. España: pp 20-180.

38 Ochoa de Alda I (1995). Enfoques en terapia familiar sistémica. Editorial Herder. España: pp 36-42, 127.

39 Campbell Thomas L. (1986). "Family's impact on health. A critical review". Family Systems Medicine; 4: 135-200.

40 Minuchin, Fishman (1999). Familias y terapia familiar. Editorial Gedisa. Barcelona: pp 125-167.

41 Ochoa de Alda I (1995). Enfoques en terapia familiar sistémica. Editorial Herder. España: pp 36-42, 127.

42 Feixas, G., y Miró, M.T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos. Barcelona: Paidós.

43 Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1967). Pragmatics of human communication. New York: Norton.

44 Haley, J. (1981). Uncommon therapy. New York: Norton.

45 Minuchin, S. (1974). Families and family therapy. Cambridge MA: Harvard University Press.

46 Goldman Howard H (1998). Psiquiatría General. 4ª. Edición. Editorial Manual Moderno. México: pp 449-459.

47 Bertalanffy V (1971). Teoría general de los sistemas. Editorial Fondo de cultura económica. México: pp 10-19.

48 Minuchin (1999). Familias y terapia familiar. Editorial Gedisa. Barcelona: pp 78-99.

49 Minuchin (1999). Familias y terapia familiar. Editorial Gedisa. Barcelona: pp 78-99.

50 Andolfi M (1997). Terapia familiar. Paidós. México: pp 39-54.

51 Rolland J (2000). Familias, enfermedad y discapacidad. Gedisa. Barcelona: pp 67-159.

52 Dallos R (1996). Sistema de creencias familiares. Editorial Paidós. Barcelona: pp 78-98

53 Ochoa de Alda I (1995). Enfoques en terapia familiar sistémica. Editorial Herder. España: pp 36-42, 127.

54 Minuchin, S., Rosman, B.L., Baker, L. (1979). Familias psicósomáticas. España: pp 35-122, 134-146, 189.

55 Ochoa de Alda I (1995). Enfoques en terapia familiar sistémica. Editorial Herder. España: pp 36-42, 127.

56 Mc Goldrick, Gerson (2000). Genogramas en la evaluación familiar. Editorial Gedisa. Barcelona: pp 47-59.

57 McGoldrick M, Gerson (1987). Genogramas en la evaluación familiar. Editorial Gedisa. España: pp 20-180.

58 Ochoa de Alda I (1995). Enfoques en terapia familiar sistémica. Editorial Herder. España: pp 36-42, 127.

59 www.monografias.com/trabajos6/anci.shtml

60 www.wikilearning.com/monografía/la_andragogía/15831

61 www.sappiens.com/.../BEC8DD2657E5D20DC1256D71005D026!opendocument

62 www.monografias.com/trabajos16/andragogia/andragogia.shtml

63 www.atinachile.cl/content/view/29909/ANDRAGOGIA

64 Ortiz M.T. Louro I. Prtos de Intervención en Salud Familiar. Una Propuesta Metodológica. Tesis para optar por Maestría en Salud Pública. 1996

65 M. Campuzano. Revisión histórica de algunas corrientes teóricas en psicoterapia en grupo, Revista análisis grupal. IV (4):3-23

66 Ortiz M.T. Louro I. Proyectos de Intervención en Salud Familiar. Una Propuesta Metodológica. Tesis para optar por Maestría en Salud Pública. 1996

67 M. Campuzano. Revisión histórica de algunas corrientes teóricas en psicoterapia en grupo, Revista análisis grupal. IV (4):3-23