



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**



---

---

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA**

**“RELACIÓN ENTRE EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y LA RESILIENCIA EN  
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II”**

**TESIS**

**QUE PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA**

**SÁNCHEZ PICHARDO Yael Elizabeth**

**NUMERO DE CUENTA:**

**0412249**

**ASESOR:**

**DRA en C. S. BRENDA RODRÍGUEZ AGUILAR**

**TOLUCA, MÉX.**

**AGOSTO, 2014**

## DEDICATORIAS

*A mis Padres:*

*Silvia y Artemio por todo el esfuerzo y apoyo que me brindaron durante este proceso de mi vida, por todas las palabras de aliento y fortaleza que me han dado para poder seguir adelante y poder llegar hasta este punto, por todo su ejemplo, amor que me han llenado de satisfacción para poder compartir esto con ustedes. Los Amo*

*A mi Hermano:*

*Por su ejemplo y apoyo en las situaciones donde lo he necesitado, por estar conmigo en los momentos más difíciles y poder aprender uno del otro, para lograr nuestros objetivos. Lo Amo*

*A mi Novio:*

*Por todo el apoyo que me ha brindado en la última etapa de mi vida académica apoyándome en todos los sentidos y procurando que pueda lograr mis sueños, por su paciencia tolerancia y amor. Por estar conmigo y acompañarme cada día para poder lograr mis sueños.*

*A la Dra. Brenda Rodríguez*

*Por todo el apoyo en este proceso, ya que sin ella no hubiera sido lo mismo, por brindarme la oportunidad de poder crecer como profesionalista por su amistad y por siempre compartir todo su conocimiento para poder crecer, por todas sus horas dedicadas a esta investigación y sobre todo por creer en este proyecto y apostar para que esta investigación trascienda.*

## AGRADECIMIENTOS

*Primero le quiero agradecer a Dios por haberme dado la fuerza, sabiduría y amor en esta vida para lograr mis sueños.*

*A la UAEMex por haber pertenecido a esta casa de estudios, sintiéndome orgullosa de todo el conocimiento adquirido y de las grandes experiencias, amistades que me ha dado.*

*Al Dr. Victor Alcántara*

*Por haberme dado la oportunidad de poder hacer mi investigación dentro del ISSEMyM, por brindarme todo su conocimiento y apoyo con respecto al estudio además de haber confiado en esta investigación, también por darse la oportunidad de apoyar a los jóvenes y estar abierto a nuevas investigaciones, pero sobre todo por apoyar dentro de su campo de la medicina al área de psicología.*

*Además de mis revisores Dr. Hans Oudhof van Barneveld y Lic. Psic. Gonzalo Vázquez Delgado por brindarme todo su conocimiento, su tiempo, apoyo y aportaciones de esta investigación. Y a todas y cada una de las personas que participaron directa o indirectamente en este proceso.*



**Universidad Autónoma del Estado de México**  
**UAEM Facultad de Ciencias de la Conducta**



Toluca, México, 6 de Marzo de 2012.

**MTRA. IRMA ISABEL CRTIZ VALDEZ**  
**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE TITULACIÓN**  
**DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA,**  
**P R E S E N T E.**

Sirva el presente para hacerle llegar un cordial saludo y al mismo tiempo, me permito informarle a Usted que el Proyecto de Tesis titulado "FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II DE ACUERDO AL TIEMPO DE EVOLUCIÓN" a sugerencia de la Comisión Revisora será modificado, quedando de la siguientes manera: **"PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II"**.

Sin más por el momento y en espera de una respuesta favorable, quedo de Usted.

**ATENTAMENTE**

  
**Yael Elizabeth Sánchez Pichardo**  
Nº de Cuenta **0412249**

DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA  
**RECIBIDO**  
6/03/2012  
SECRETARÍA ACADÉMICA  
TITULACIÓN PROFESIONAL

Vo. Bo.

**DRA. BRENDA RODRÍGUEZ AGUILAR**  
**ASESOR**



Universidad Autónoma del estado de México



UAEM Facultad de Ciencias de la Conducta

Departamento de Titulación

Toluca, México 8 de marzo de 2012

**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE TITULACION**

**PRESENTE**

Habiendo concluido la revisión del **PROYECTO** del trabajo escrito intitulado

"Percepción del Funcionamiento Familiar en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo II"

Que para optar por el: título de Licenciado en Psicología

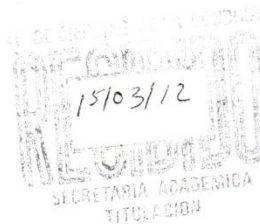
Presenta: Yael Elizabeth Sánchez Pichardo

Con número de cuenta: 0412249

Nos es grato comunicarle que dicho proyecto cumple con las características y condiciones necesarias para su **APROBACION**

**ATENTAMENTE  
COMISION REVISORA**

  
Mtro. Enrique Navarrete Sánchez



  
Dr Hans Oudhof van Barneveld

  
Lic. Psic Gonzalo Vázquez Delgado



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA

Toluca, 5 de Mayo del 2014

Presente:

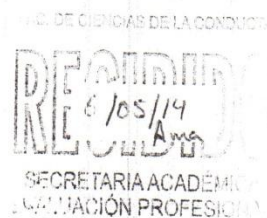
Mtra. Irma Ortiz Vidéz

Por medio de la presente informo que el borrador de tesis para optar por el título de Lic. en Psicología de la alumna Yael Elizabeth Sánchez Pichardo con número de cuenta 0412249, fue cambiado a petición de la Dra. Brenda Rodríguez Aguilar para poder realizar el estudio correspondiente sustituyéndolo por **"RELACIÓN ENTRE EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y LA RESILIENCIA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II"**, aprobado por la comisión revisora.

Sin más por el momento agradezco su atención

Yael Elizabeth Sánchez Pichardo

Dra. En C.S. Brenda Rodríguez Aguilar





8.5 Voto Aprobatorio : Evaluación Profesional

Facultad de Ciencias de la Conducta  
Subdirección Académica  
Departamento de Evaluación Profesional



Versión Vigente No. 04

Fecha: 22/05/2014

## VOTO APROBATORIO

Toda vez que el trabajo de evaluación profesional, ha cumplido con los requisitos normativos y metodológicos, para continuar con los trámites correspondientes que sustentan la evaluación profesional, de acuerdo con los siguientes datos:

Nombre del pasante	Yael Elizabeth Sanchez Pichardo		
Licenciatura	PSICOLOGÍA	Nº de cuenta	0412249
Opción	TESIS	Escuela de Procedencia	FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA
Nombre del Trabajo para Evaluación Profesional	"RELACIÓN ENTRE EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y LA RESILIENCIA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II"		

	NOMBRE	FIRMA DE VOTO APROBATORIO	FECHA
ASESOR	DRA. BRENDA RODRIGUEZ AGUILAR		9 mayo 2014

	NOMBRE	FIRMA Y FECHA DE RECEPCIÓN DE NOMBRAMIENTO	FIRMA Y FECHA DE ENTREGA DE OBSERVACIONES	FIRMA Y FECHA DEL VOTO APROBATORIO
REVISOR	DR. HANS OUDHOF VAN BARNEVELD	9/ mayo / 2014	8/ julio / 2014	11 agosto / 2014
REVISOR	LIC. GONZALO VAZQUEZ DELGADO	9/ mayo / 14	28/ julio / 14	20 agosto / 14

Derivado de lo anterior, se le AUTORIZA LA REPRODUCCIÓN DEL TRABAJO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL de acuerdo con las especificaciones del anexo 8.7 "Requisitos para la presentación del examen de evaluación profesional".

	NOMBRE	FIRMA	FECHA
ÁREA DE EVALUACIÓN PROFESIONAL	DRA. GUADALUPE MIRANDA BERNAL		27 agosto / 2014



8.11 Carta de Cesión de Derechos de Autor: Evaluación Profesional

Facultad de Ciencias de la Conducta  
Subdirección Académica  
Departamento de Evaluación Profesional



Versión Vigente No. 00

Fecha: 22/05/2014

**CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR**


El que suscribe Yael Elizabeth Sánchez Pichardo Autor(es) del trabajo escrito de evaluación profesional en la opción de Tesis con el título Relación entre el Funcionamiento Familiar y la Resiliencia en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II, por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor, así como los artículos 35 y 36 fracción II de la Ley de la Universidad Autónoma del Estado de México; manifiesto mi autoría y originalidad de la obra mencionada que se presentó en Facultad de Ciencias de la Conducta (lugar) para ser evaluada con el fin de obtener el Título Profesional de Licenciado en Psicología.

Así mismo expreso mi conformidad de ceder los derechos de reproducción, difusión y circulación de esta obra, en forma NO EXCLUSIVA, a la Universidad Autónoma del Estado de México; se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental, todo ello siempre y cuando sus fines sean académicos, humanísticos, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura.

Entendiendo que dicha cesión no genera obligación alguna para la Universidad Autónoma del Estado de México y que podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Por lo que el autor da su consentimiento para la publicación de su trabajo escrito de evaluación profesional.

Se firma presente en la ciudad de Toluca, a los 22 días del mes de Septiembre de 20 14.

  
Yael Elizabeth Sánchez Pichardo  
Nombre y firma de conformidad



## **INDICE**

<b>RESUMEN</b>	12
----------------	----

<b>INTRODUCCION</b>	14
---------------------	----

### **CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO**

I.- Salud – Enfermedad.....	17
-----------------------------	----

1.1.- Concepto de salud.....	17
------------------------------	----

1.2.- Binomio salud – enfermedad.....	19
---------------------------------------	----

1.3. Enfermedades crónicas.....	20
---------------------------------	----

1.3.1.- Diabetes Mellitus tipo II.....	21
--	----

1.3.2.- Definición.....	23
-------------------------	----

1.3.3.- Etiología.....	25
------------------------	----

1.3.4.- Prevalencia.....	26
--------------------------	----

1.3.5.- Relación con salud mental.....	27
--	----

### **CAPÍTULO II.- ENFOQUE SISTÉMICO.**

2.1.- Teoría General sistémica.....	30
-------------------------------------	----

2.1.1.-Definición de Sistema.....	32
-----------------------------------	----

2.1.2.- Clasificación de sistema.....	33
---------------------------------------	----

2.2.- Comunicación Familiar.....	34
----------------------------------	----

2.3.- Terapia Sistémica.....	36
------------------------------	----

2.4.- Intervención Sistémica.....	38
-----------------------------------	----

### **CAPÍTULO III.- FAMILIA.**

3.1.- Concepto de Familia.....	39
3.2.- Tipos de Familia.....	42
3.3.- Estructura Familiar.....	47
3.4.-Subsistemas.....	49
3.5.- Funciones de la Familia.....	51
3.6.- Familia y ciclo vital de la Familia.....	53
3.7.- La Familia con enfermos crónicos.....	57
3.8.-Funcionamiento Familiar y Resiliencia.....	58

### **CAPÍTULO IV. RESILIENCIA.**

4.1.- Concepto de Resiliencia.....	63
4.1.1.- Características de la Resiliencia.....	65
4.1.2- Tipos de Resiliencia.....	67
4.2.- Resiliencia y Salud.....	68

### **CAPÍTULO V.-MÉTODO DE INVESTIGACIÓN**

5.1.- Objetivo General.....	71
5.1.1.- Objetivos Específicos.....	71
5.2.- Planteamiento del Problema.....	72
5.3.- Tipo de Estudio.....	73
5.4.- Hipótesis de Investigación.....	74
5.5.- Definición de Variables.....	74
5.6.- Población.....	77

5.7. Muestra.....	77
5.7.1.- Criterios de Inclusión.....	77
5.7.2.- Criterios de Eliminación.....	78
5.8.- Instrumentos.....	78
5.8.1.- Implicaciones Bioéticas.....	79
5.9.- Diseño de Investigación.....	79
5.10.- Etapas de la Investigación.....	80
5.11.- Análisis Estadístico.....	80
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>81</b>
<b>DISCUSION.....</b>	<b>90</b>
<b>CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....</b>	<b>101</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>104</b>

## RESUMEN

La salud es definida como una visión holística del mundo basado, en una nueva comprensión científica de la vida y todos los niveles de los sistemas vivientes (Capra, 1998). Esta visión adquiere relevancia debido a que se considera el resultado de la interacción y adaptación entre los individuos y el medio ambiente físico y social. En consecuencia de lo anterior, se deriva un conjunto de factores psicológicos, afectivos, físicos, sociales, cognitivos y espirituales del individuo que intervienen en la salud. De esta manera la enfermedad es considerada como la expresión de una triple situación etiológica: física, social y cultural, privilegiándose el factor físico, biológico, al no considerar al individuo como sujeto y objeto de procesos socioculturales. (Timio, 1979). Para la medicina moderna, las enfermedades son tipos específicos de reacciones biológicas ante una clase de lesión o cambio que afecta el medio ambiente. Al tomar en cuenta estos dos conceptos, consideramos que ni la salud ni la enfermedad son estáticas ni estacionarias. Detrás de toda condición de salud o enfermedad está el riesgo de su alteración constante. Estas condiciones “son procesos continuos; una lucha por parte del hombre para mantener su equilibrio contra las fuerzas biológicas, físicas, mentales y sociales que tienden a alterar ese equilibrio de salud” (Freitez, 2001, p 51).

Estas generan dependencia total o parcial, la primera se caracteriza porque hay una pérdida total de la autonomía y, en consecuencia, se necesita indispensablemente un cuidador para ayudar a cumplir con las actividades cotidianas (Molina, 1999).

Y en la dependencia parcial el individuo es capaz de favorecer el autocuidado; pero requiere un cuidador que le proporcione apoyo y acompañamiento en la enfermedad y en la asistencia de los servicios de salud.

La enfermedad en la que se enfocó este estudio fue en la Diabetes Mellitus tipo II No insulino-dependiente presentándose en la edad adulta a la cual corresponden aproximadamente el 90 por ciento de los casos; la enfermedad crónica degenerativa se refleja sobre la imagen corporal, otorgando al cuerpo un notorio deterioro y transformación (Ibancovich, 1994). Montes y Bayle (2002) comentan que “el deterioro físico junto con los sentimientos de inferioridad van a ir limitando las relaciones sociales y familiares de los pacientes” (p. 8).

El paciente lucha con un duelo permanente que va deteriorando las actividades laborales, sociales y familiares. Por ello se habla de un modelo biopsicosocial el cual permite una comprensión donde se integran aspectos vinculados a la salud y la enfermedad, junto con aspectos a nivel individual y familiar, dando como resultado influencias recíprocas entre los patrones familiares de interacción y la función psicológica individual de la persona.

(Herscovici, 2002).

Desde la teoría general de sistemas se conceptualiza que todos los niveles de organización se encuentran relacionados unos con otros, en donde el cambio en una parte del sistema afecta y cambia a los otros integrantes del mismo (Engel, 1977). Un ejemplo de sistema es la familia desde una perspectiva psicológica, Estrada (1991), considera a la familia como una unidad de personalidades interactuantes, que forman un sistema de emociones y necesidades organizadas entre sí, en la que tanto niños como adultos en algún momento buscan dentro de su seno la satisfacción casi total de sus necesidades emocionales. Sin embargo en la familia se desarrollan ciertas funciones y estas van a permitir una funcionalidad familiar, está es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. (Huerta, 1999). El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros como la Diabetes, con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional. Otro factor que interviene en la familia y el enfermo es la resiliencia esta es entendida como la capacidad de un individuo o de un sistema social de vivir bien y desarrollarse positivamente a pesar de las condiciones de vida difíciles (Vanistendael, 2001 y Haz 2003).

El objetivo principal de esta investigación fue: conocer si existe relación entre los factores de Resiliencia y los factores de Funcionamiento Familiar en enfermos de Diabetes Mellitus tipo II. El estudio se realizó en el Hospital de Concentración Toluca "Juan Fernández Albarrán" del ISSEMyM donde se trabajó con una muestra de 65 pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II previamente por Medicina Interna de los cuales 66% fueron mujeres y 34% hombres además oscilaron con un rango de edad de 30 a 65 años. Dentro de los resultados obtenidos: Se observó que el factor con mayor asociación a los indicadores de funcionamiento familiar es el de apoyo familiar; mostrando así que las relaciones familiares son fundamentales en el padecimiento de la diabetes. Respecto a las comparaciones entre el género, edad y las variables de estudio no se encontraron diferencias significativas. De acuerdo al tiempo de evolución, si se dan diferencias significativas siendo el tiempo un factor de adaptación a la enfermedad. Sin embargo, se observa que el tiempo de evolución de los pacientes los hace menos independientes, lo que se podía deber a las complicaciones físicas de la misma enfermedad

## INTRODUCCIÓN

La salud surge como un proceso complejo donde interactúan prácticamente todos los aspectos de la vida de un ser humano: su funcionamiento biológico, sus ideas sentimientos, y emociones su interacción social, su historia sus aspectos económicos y sus necesidades de trascendencia y espiritualidad (Mansilla y Figallo, 2004). Sin embargo, los cambios sociales, las enfermedades, y la transición demográfica, entre otros, son factores generadores de modificaciones en la estructura y funcionamiento familiar.

En México, como en muchos otros países, la familia representa la unidad básica de la sociedad, comparte entre sus miembros las fortalezas, debilidades, el conocimiento y significado que tienen de sí mismos y de su realidad.

De acuerdo con (Friedemann, 1995), la familia es una unidad con estructura y organización que interactúa con su medio ambiente, es un sistema social, con subsistemas interpersonales definidos por uniones emocionales y responsabilidades comunes, sujeta a cambios que pueden afectar su estabilidad. La familia funcional no difiere de la disfuncional por la ausencia de problemas, lo que las hace diferentes es el manejo que hacen de sus conflictos, no la ausencia o presencia de ellos. (Huerta, 1999). Cuando se presenta una enfermedad crónica como la Diabetes Mellitus tipo II el paciente está obligado a realizar complejos cambios individuales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana, ante esta enfermedad, la cooperación familiar es indispensable (Batista, 1998).

Aunado a lo anterior la cohesión familiar (González, 2003) la define como el vínculo emocional y autonomía existente entre los miembros de la familia, además menciona que la adaptabilidad es la habilidad del sistema familiar para modificar las estructuras de poder, roles y las reglas de relación, en respuesta al desarrollo evolutivo vital de la familia.

Los pacientes enfrentan múltiples problemas que con el tiempo están directamente asociados a las diferentes fases de la enfermedad y a los procesos terapéuticos. Por lo que es importante abordar el funcionamiento de la dinámica familiar ya que influye determinadamente en cada uno de los integrantes que padezca Diabetes Mellitus. Definiendo la función familiar como la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis que atraviesa (Huerta, 1999). Cuando se presenta una enfermedad en la familia se modifica su estructura dinámica, ya que las personas con Diabetes Mellitus tienen una esperanza de vida reducida y una mortalidad mayor dos veces que la población general. (Chena, 2001)

Esta investigación se desarrolló en cuatro capítulos, el primero se abordó con el concepto de salud y enfermedad haciendo énfasis en la Diabetes Mellitus tipo II, en el segundo capítulo se discutió el enfoque sistémico y sus intervenciones, el tercer capítulo abordó la familia y su funcionalidad, para culminar con el cuarto capítulo con resiliencia y los diferentes tipos que existen. Posteriormente abordaremos las conclusiones, discusión y sugerencias.

En la actualidad ante la presencia de una enfermedad crónica degenerativo, como la Diabetes Mellitus es fundamental conocer el impacto que tiene en la familia ya que mientras más funcional sea la familia tendrá mayor oportunidad de enfrentar el diagnóstico de una enfermedad crónica y/o degenerativa y ayudará a manejar el apoyo en sus integrantes y la capacidad de afrontamiento que presenta la persona con la enfermedad y su familia por lo tanto se consideró importante conocer la relación entre el funcionamiento familiar y la resiliencia en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.

Se considera a la resiliencia un proceso de adaptación positiva ante la adversidad: se precisa identificar las características y los mediadores interrelacionados que intervienen y le dan un carácter multideterminado, en particular en situaciones de alta vulnerabilidad como es una enfermedad crónica degenerativa.

Ya que la resiliencia es parte integral para la prevención en salud mental, la reducción de factores de riesgo y la promoción de factores protectores es el centro de la prevención para las enfermedades mentales, así como el diseño de programas de intervención a nivel individual, familiar y comunitario, del campo de la clínica. (Nájera 2008). Por esto es importante indagar acerca de la relación entre estos dos factores como Funcionamiento Familiar y Resiliencia en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II. La resiliencia cambia a través de las diversas etapas de la vida de las personas, surgen nuevas vulnerabilidades y fortalezas en cada periodo de la vida e identificarlas permite dar cuenta de la naturaleza dinámica del constructo (Masten y Powell, 2003), por lo tanto es importante el estudio de este factor ya que determinará la herramientas de afrontamiento de los pacientes con este tipo de enfermedades. La resiliencia es un constructo dinámico del desarrollo, por lo que existe la necesidad de investigar su estabilidad a lo largo del tiempo y la habilidad de los individuos resilientes para recuperarse después de periodos difíciles (Luthar, 2000).

# MARCO TEÓRICO



## **CAPITULO I: Salud – Enfermedad**

### **1.1. Concepto de salud**

El presente capítulo tiene por objeto analizar los diferentes conceptos de salud y enfermedad, el tipo de enfermedades crónicas que provoca un cambio en la persona, y en específico la Diabetes Mellitus tipo II.

Este capítulo se encuentra dividido en varios apartados comenzando por el: Concepto de Salud, Binomio Salud-Enfermedad, Enfermedades Crónicas, y en específico la Diabetes Mellitus tipo II.

También se examinan sus Definiciones, Etiología, Prevalencia y Criterios Diagnósticos. Del mismo modo se considera pertinente conocer el significado de la Salud Mental y la Relación con ella.

Tanto la salud como la enfermedad tienen una dimensión social y un impacto en la actualidad, se considera importante definir su significado.

Como concepto universal, se tiene en la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su carta fundacional de 2005: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia.” (p. 20). En el mismo documento se estableció que la salud es un derecho inalienable de todo individuo, independientemente de su raza, religión, ideología y condición sociocultural.

Resulta difícil definir la salud, al igual que los procedimientos para mantenerla o recuperarla, los cuales están determinados por la propia definición. El hecho de que todas las personas tengan un cierto grado de salud adquiere numerosas formas (Almeida, 2000), cambiando en cada persona y en ciertos momentos de su vida (Juárez, 2010).

Cuando hay una ausencia de enfermedad esta no garantiza la salud, sin embargo indica que debe haber otra clase no asociada a la enfermedad (Nordenfelt, 2000).

Por lo tanto se habla de salud positiva la cual no se centra en la enfermedad. En la salud positiva caben dimensiones, tales como la salud social, física, intelectual, espiritual y emocional, propiciándose la interacción entre sus componentes (Mezzich, 2005). También pueden existir indicadores molares del estado de bienestar y de percepción de los individuos sobre su vida (Keyes, 2002).

Por otro lado el concepto de salud negativa es interpretada como la disfunción perjudicial o no, introduciendo un enfoque social (Wakefield, 2007).

En este enfoque la enfermedad tiene una causa natural (Boorse, 1975). Además de, cierta perspectiva de resiliencia como recuperación ante eventos de alto riesgo, también se basa en este concepto de salud, ya que la recuperación es la ausencia del daño o la superación del mismo. (Hartling, 2008)

Por otro lado la medicina actual no puede centrar la atención en un individuo, desconociendo el ambiente físico y social en el cual está inmerso tampoco puede centrar la atención en órganos enfermos, desconociendo la totalidad de la persona a quien pertenece ese órgano. Son pocos los teóricos en el campo de las ciencias de la salud que han hecho importantes contribuciones al esclarecimiento de la necesidad de cambiar el paradigma biomédico por el nuevo paradigma biopsicosocial, mucho más acorde con las evidencias científicas alcanzadas en este campo.

Como se ha definido el concepto de salud debe estar entendido como una visión holística del mundo, basado en una nueva comprensión científica de la vida y todos los niveles de los sistemas vivos (Capra, 1998). Esta visión sistémica adquiere especial importancia debido a que se considera es el resultado de la interacción y adaptación entre los individuos y el medio ambiente físico y social. En consecuencia de lo anterior, se deriva un conjunto de factores psicológicos, afectivos, físicos, sociales, cognitivos y espirituales del individuo.

Por lo tanto se propone un modelo biopsicosocial, el cual fue propuesto por Engel (1977), quien afirma que el mismo se enmarca dentro de la teoría general de sistemas, es un modelo que asume de manera explícita la multiplicidad de causas de la salud.

El modelo biopsicosocial es una propuesta integradora, comprensiva y sistémica de los niveles, biológicos, psicológicos y sociales del individuo. Dichos sistemas interactúan intercambiando información, energía y otras sustancias (Sperry, 2008), permitiendo la confluencia de perspectivas muy diferentes en una concepción holista integrada, tal como ocurre con la psicología individual (Sperry, 2008).

El modelo biopsicosocial proporciona una gran flexibilidad en la aproximación a la salud. Esta actitud contrasta con la realidad actual, en la que se ha evidenciado que el proceso salud-enfermedad es un problema no sólo médico, que las comunidades y las personas son sujetos y como tales tienen derechos y deberes que ejercer, tienen opiniones y sentimientos y capacidad para elegir y tomar decisiones.

El estilo de vida relacionado con la salud, se inscribe en la definición en términos positivos, de bienestar y al mismo tiempo, de capacidad para funcionar, desde una perspectiva integral de la persona, e implica la consideración de las diferentes dimensiones que componen este concepto.

Ya que la salud no es considerada como un estado estático debido a que se convierte en un proceso cambiante para cada individuo.

## 1.2.-Binomio salud – Enfermedad

Desde la óptica de las ciencias sociales, el binomio salud-enfermedad constituye el resultado global, dinámico, colectivo y al mismo tiempo individual, de todas las influencias y determinantes sociales que se originan en las estructuras y el funcionamiento de las formaciones en que se ha vivido (San Martín, 1990). Por lo tanto los estados de salud y enfermedad están condicionados por la dinámica de las interrelaciones de tipo ecológico, económico, histórico, demográfico, político, social, cultural y religioso que se materializan en cada uno de los contextos sociales. Esta definición se remonta a dos cuestiones iniciales “la salud y la enfermedad”; anteriormente definida salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia.”(OMS, 2005). La salud surge como un proceso complejo donde interactúan prácticamente todos los aspectos de la vida de un ser humano: su funcionamiento biológico, sus ideas sentimientos, y emociones su interacción social, su historia sus aspectos económicos y sus necesidades de trascendencia y espiritualidad (Mansilla y Figallo, 2004). Se habla de una noción de salud considerado como un producto o construcción social, o como diría Emile Durkheim (citado en Ritzer, 2002), “un hecho social que puede ser tratado como cosa y es externo y coercitivo al individuo” (p 67). Con respecto a la salud considerada en un enfoque del individuo, la definición de salud por la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad sugieren que para abordarlo es necesario hacer un “diagnóstico físico del individuo, un reconocimiento de los factores del medio ambiente geográfico que puedan causar las alteraciones en la salud y considerar asimismo la salud teniendo en cuenta su dimensión social” (Bonilla-Castro, 1999 p. 40).

Por su parte la enfermedad es considerada como la expresión de una triple situación etiológica: física, social y cultural, privilegiándose el factor físico, biológico, al no considerar al individuo como sujeto y objeto de procesos socioculturales. (Timio, 1979). Para la medicina moderna, las enfermedades son tipos específicos de reacciones biológicas ante una clase de lesión o cambio que afecta el medio ambiente.

Al tomar en cuenta estos dos conceptos se considera que ni la salud ni la enfermedad son estáticas ni estacionarias. Detrás de toda condición de salud o enfermedad está el riesgo de su alteración constante. Estas condiciones “son procesos continuos; una lucha por parte del hombre para mantener su equilibrio contra las fuerzas biológicas, físicas, mentales y sociales que tienden a alterar ese equilibrio de salud” (Freitez, 2001). Por lo tanto se habla de salud y enfermedad como un binomio ya que representan la unión del proceso que se entrelazan y se diferencian al mismo tiempo se trata de un fenómeno multidimensional y multicausal que va trascendiendo.

### **1.3.-Enfermedades Crónicas**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas son aquellas de larga duración y de progresión lenta. Así mismo de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el 2008 las enfermedades crónicas constituyeron las principales causas de enfermedad y muerte en el mundo (OMS, 2005). La enfermedad crónica es definida como aquel trastorno orgánico-funcional que obliga a una modificación en el estilo de vida de un individuo que es probable persista por un largo tiempo. El diagnóstico de enfermedad crónica cambia la forma como la persona se ve a sí misma y a su vida, afecta profundamente su auto concepto, ya que desde ese momento será distinto. Su proyecto de vida deberá ser revisado y a menudo no podrá saber cuál será el curso. La adaptación de la enfermedad crónica depende de una multiplicidad de factores como: la edad, el género, el estatus social, el apoyo, la educación, las creencias religiosas, los patrones de personalidad, la inteligencia, los auto esquemas y los estilos de afrontamiento (Stefano, 2003).

Estas generan dependencia total o parcial, la primera se caracteriza porque hay una pérdida total de la autonomía y, en consecuencia, se necesita indispensablemente un cuidador para ayudar a cumplir con las actividades cotidianas (Molina, 2006). Y en la dependencia parcial el individuo es capaz de favorecer el autocuidado; pero requiere un cuidador que le proporcione apoyo y acompañamiento en la enfermedad y en la asistencia de los servicios de salud. Las enfermedades de dependencia parcial comparten características particulares, pues son enfermedades que evolucionan de manera progresiva a través del tiempo, requieren modificación en estilos de vida, visitas continuas al médico y apoyo educativo. El impacto que generan estas enfermedades no solo interviene al paciente sino a su familia. (Barrante, 2007)

Por otro lado las enfermedades crónicas se utilizan para describir un grupo de condiciones de salud que duran mucho tiempo, la palabra raíz de la crónica es "Cronos", que se refiere al tiempo. El padecimiento de una enfermedad crónica y las incapacidades que producen algunas enfermedades exigen un proceso de reajuste psicológico y social, tanto en la aceptación como en la rehabilitación de la enfermedad, por lo que son procesos que implican la adquisición de nuevas destrezas físicas, psicológicas o sociales que contribuyan a un mejor y mayor ajuste psicosocial. Cuando es diagnosticado con una enfermedad crónico-degenerativa atraviesa un proceso de estrés, depresión y ansiedad, puede ser que a través del tiempo el paciente comience a superar o a controlar estos estados emocionales, producto de lo que socialmente significa vivir con una enfermedad de este tipo de características como lo es para toda la vida, sin embargo puede suceder que nunca logre

superar esta condición y conforme pasa el tiempo las etapas depresivas sean más profundas y prolongadas. De acuerdo a (Oblitas, 2006) las personas diagnosticadas con una enfermedad crónica experimentan una situación de pérdida de salud y autonomía y a este conjunto de reacciones emocionales se denomina duelo, que se vive desde 5 etapas: a).- negación, b).- enojo, c).-desesperación y/o negociación d).- depresión y f).- reconciliación o aceptación de la realidad.

El enfermo crónico junto con su red de apoyo su familia toma decisiones y lleva a cabo acciones que se convierten en una relación e interacción social donde el enfermo significa y da sentido a lo que le ocurre a partir de sus propio lenguaje acerca de las representaciones sobre su enfermedad y el proceso que conlleva. (Alfaro, 2006). Por lo tanto esta enfermedad puede causar alteraciones emocionales como miedo y ansiedad que repercuten de forma negativa en el bienestar (Zabala, Vásquez 2006).

Una de las enfermedades crónicas más prevalentes en los últimos años es la diabetes mellitus considerada como una de las enfermedades crónico-degenerativas que por sus características propias se ha convertido en uno de los mayores obstáculos para que la población pueda tener una mejor calidad de vida. En la actualidad constituye un problema de salud pública por la magnitud y trascendencia de sus complicaciones.

En los últimos años, el número de diabéticos diagnosticados se ha elevado en forma considerable en las unidades de primer nivel de atención. Existen confirmaciones recientes de los efectos preventivos del buen control metabólico en la aparición y velocidad de progresión de las complicaciones crónicas asociadas con la diabetes.

### **1.3.1.-Diabetes Mellitus Tipo II**

En 1997 la Asociación Americana de Diabetes (ADA), propuso una clasificación que está vigente. Se incluyen 4 categorías de pacientes y un 5º grupo de individuos que tienen glicemias anormales con alto riesgo de desarrollar diabetes (también tienen mayor riesgo cardiovascular):

#### ✓ Diabetes Mellitus tipo 1:

Caracterizada por una destrucción de las células beta pancreáticas, deficiencia absoluta de insulina, tendencia a la cetoacidosis y necesidad de tratamiento con insulina para vivir (insulinodependientes).

Se distinguen dos sub-grupos:

- ✓ **Diabetes autoinmune:** con marcadores positivos en un 85-95% de los casos, anticuerpos antiisletos (ICAs) antiGADs (*decarboxilasa del ac. glutámico*) y anti tirosina fosfatasas IA2 e IA2. Esta forma también se asocia a genes HLA.
- ✓ **Diabetes idiopática:** Con igual comportamiento metabólico, pero sin asociación con marcadores de autoinmunidad ni de HLA.
  
- ✓ Diabetes Mellitus tipo 2

Se enfocó en la diabetes Mellitus tipo II No insulino-dependiente (DMNID) presentándose en la edad adulta a la cual corresponden aproximadamente el 90 por ciento de los casos (Rangel, 1991), siendo esta última por su frecuencia la que adquiere mayor relevancia para su prevención y control en el sector salud. Se caracteriza por insulina-resistencia y deficiencia (no absoluta) de insulina. Es un grupo heterogéneo de pacientes, la mayoría obesos y/o con distribución de grasa predominantemente abdominal, con fuerte predisposición genética no bien definida (multigénica). Con niveles de insulina plasmática normal o elevada, sin tendencia a la acidosis, responden a dieta e hipoglucemiantes orales, aunque muchos con el tiempo requieren de insulina para su control, pero ella no es indispensable para preservar la vida (insulino-requiere).

Otra clasificación de la diabetes mellitus, según Halabe y Cols (1997), está aceptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por la Asociación Americana de Diabetes (ADA) se expresan como sigue:

- ✓ Diabetes mellitus insulino-dependiente (Tipo 1)
- ✓ Diabetes Mellitus No insulino-dependiente (Tipo 2)
  - a).- Sin Obesidad
  - b).- Con obesidad
- ✓ Relacionada con Desnutrición
- ✓ Secundaria
  - a).- Enfermedades Pancreáticas
  - b).- Enfermedades endocrinas
  - c).- Por fármacos o sustancias.

Se debe tener presente que la propuesta de los organismos internacionales sobre el tratamiento de la Diabetes Tipo 2, se basa principalmente en la modificación de la dieta, la

reducción y prevención de la obesidad, una actividad física acorde con la edad, sexo y ocupación y en caso necesario el empleo de hipoglucemiantes orales de insulina.

### **1.3.2. Definición**

La diabetes, como problema endocrino consiste en la disminución de la producción de insulina o modificaciones en su forma química, por lo que esta hormona resulta incapaz de mantener la glucosa sanguínea dentro de los límites normales. (Aguilar, 1997). La diabetes es una enfermedad debido a causas diversas que se caracteriza por hiperglucemia, secundaria o deficiencia de la acción o la cantidad de insulina, que si no se trata apropiadamente puede causar alteraciones metabólicas agudas y trastornos crónicos que deterioran la función y la estructura de diversos órganos. Según Gallar (2006) la Diabetes Mellitus es una enfermedad que se produce como consecuencia de un mal funcionamiento del metabolismo o de los hidratos de carbono, básicamente debido a una insuficiente producción de insulina o a una resistencia a la acción de la insulina. Como afirma Ribes (1984) el organismo es una identidad biológica y por ende aunque exista una variable disposicional de índole biológica como es el caso de la Diabetes Mellitus, no se puede olvidar que el individuo a través de su comportamiento es el actor o protagonista de la misma, no solo porque es quien la sufre o vive, sino porque es quien puede controlarla a través de su conducta.

Se debe enfatizar que es el sujeto quien tiene la enfermedad no es la enfermedad quien tiene al sujeto. Son los comportamientos que emite el individuo en su entorno lo que al final de cuentas puede mitigar los efectos que produce la misma por lo que Fernández y Pérez (2003) aseveran que el tratamiento médico de la Diabetes Mellitus consiste en ejercer un control externo sobre la glucosa.

Por otro lado en Insuli-Free Worl Foundation (2001), se dice que la diabetes es una enfermedad causada por la destrucción de las células en el páncreas que producen insulina. La subsecretaria de Prevención y Control de Enfermedades (Coordinación de vigilancia epidemiológica 2000), define la diabetes como una enfermedad sistemática, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

Islas y Lifshitz (1999), comentan que los factores de riesgo son la probabilidad que tiene un individuo o una población a enfermarse. Los factores de riesgo no solo se relacionan con la etiología de la enfermedad, sino también se refieren a aquellos factores que modifican su

presentación, o factores pronósticos. Algunos factores participan en la génesis de la diabetes mellitus, pero su persistencia contribuye al mal pronóstico de la enfermedad.

- ✓ Edad y Sexo: La mayor incidencia de la diabetes mellitus insulino dependiente ocurre en los niños de 10 a 14 años de edad, mientras la diabetes mellitus no insulino dependiente incrementa su incidencia progresivamente con la edad.
- ✓ Raza: La diabetes mellitus insulino dependientes es un poco mayor en los blancos, mientras que la ocurrencia de la diabetes mellitus no insulino dependientes es mayor en la población negra o de ascendencia hispana.
- ✓ Concentración sérica de glucosa: Los niveles altos de glucemia son predictores del desarrollo de la diabetes mellitus no insulino dependiente. Cerca del 11% de los sujetos con intolerancia a la glucosa se convertirán en diabéticos en cinco años y 21% a los diez años.
- ✓ Obesidad: cerca de dos terceras parte de los diabéticos son obesos al momento del diagnóstico.
- ✓ Lípidos plasmáticos: Se asocia con la diabetes y la obesidad, pero más con el aumento sérico de colesterol, lipoproteínas de muy baja intensidad y triglicéridos.
- ✓ Tensión arterial: Se encontró asociación de hipertensión arterial con ocurrencia de diabetes independiente de otras variables como edad, índice de masa corporal y educación.
- ✓ Enfermedad vascular periférica: Es una complicación de la diabetes mellitus.
- ✓ Agentes químicos y otros fármacos: Varios fármacos se relacionaron con la presencia de diabetes, aunque el mecanismo no está bien establecido.
- ✓ Otros factores de riesgo metabólico: Se ha observado un riesgo mayor de desarrollar diabetes en personas con hiperuricemia.
- ✓ Factores de riesgo relacionados con el estilo de vida: Aquellas personas que cambian su estilo de vida de oriental a occidental tienden a desarrollar diabetes con mayor frecuencia.
- ✓ Actividad Física: El ejercicio disminuye la resistencia periférica a la insulina al modificar el metabolismo de la glucosa y la insulina en el riesgo de desarrollar diabetes con mayor frecuencia.
- ✓ Dieta: En relación con la cantidad de calorías consumidas como en relación con la calidad de los alimentos que se consumen.
- ✓ Resistencia a la insulina a hiperinsulinemia: Los sujetos con niveles de insulina sérica más altos tienen 3.12 veces mayor riesgo de desarrollar diabetes mellitus no insulino dependientes a ocho años.



De acuerdo con Halabe y Cols (1997), se consideran síntomas iniciales de la Diabetes mellitus, los siguientes:

- ✓ Polifagia
- ✓ Polidipsia
- ✓ Poliuria
- ✓ Perdida rápido de peso
- ✓ Astenia
- ✓ Tendencia al sueño
- ✓ Visión borrosa
- ✓ Sequedad de mucosas, deshidratación
- ✓ Cetoacidosis: Hipernea, deshidratación grave, aliento cetónico, coma
- ✓ Balanitis diabética
- ✓ Vaginitis por *Candida albicans*
- ✓ Neuropatía
- ✓ Impotencia
- ✓ Claudicación intermitente

Por lo tanto se define la Diabetes mellitus como una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de etiología múltiple, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, que se caracteriza con una deficiencia en la producción o acción de la insulina, propiciando alteraciones en el metabolismo puede favorecer la aparición de complicaciones agudas y crónicas.

### **1.3.3. Etiología**

La palabra diabetes tiene su origen en el griego y significa “atravesar o discurrir a través”, mientras que mellitus proviene del latín y significa “dulce como la miel”.

La diabetes es una enfermedad conocida desde épocas muy antiguas. La primera referencia histórica, figura en un papiro egipcio descubierto en una tumba de Tebas, por Ebert en 1862 papiro que había sido escrito aproximadamente en el año 1500 antes de JC.

El término diabetes, fue acuñado hasta el siglo I por un médico ruso, Areteo de Capadocia. Galeno, en el siglo II, interpretó que la diabetes era producida por la incapacidad del riñón para retener agua, y esta idea persistió hasta el siglo XVII, cuando Thomas Willis se atrevió a probar la orina de un diabético descubriendo que la orina tenía sabor dulce.

En 1775 Mathew Dobson descubrió que el sabor dulce de la orina era debido a la presencia de azúcar, concluyendo que la pérdida de peso y fuerza de los diabéticos era debido a la pérdida de material nutritivo por la orina.

Por otro lado Diabetes es una palabra griega, que significa “fluir a través de un sifón” por el exceso de orina que provoca este padecimiento, en el siglo II después de Cristo, Areteo de Capadocia (130-200), es un método asiático helenizado, describió con precisión la diabetes y sus síntomas: “ Es una afección extraña que funde la carne y las extremidades en la orina... los pacientes nunca cesan de orinar... todos sufren nauseas, inquietud y una sed quemante... y en un plazo no muy largo expiran (Hoyos, 2001).

En Inglaterra se estableció por el año de 1788 la relación entre diabetes y el páncreas, casi un siglo después en 1909 él termino de insulina para la hormona generada por las células beta del páncreas (Aguilar, 1997).

Por lo tanto la diabetes, es considerada como una enfermedad heredada, aunque no pueda existir en las mismas líneas familiares y si alcanza a varias generaciones, sin embargo, si la herencia biológica de la diabetes es débil, es posible que ninguno de los hijos llegue a sufrir la enfermedad, aunque todos sean portadores y transmisores de la diabetes. (Aguilar, 1997).

#### **1.3.4. Prevalencia**

Son múltiples los factores que se han asociado al aumento de la prevalencia de la Diabetes Mellitus detectada en la edad adulta, entre ellos se encuentran mayor longevidad, tipo de alimentación, estrés, sedentarismo, obesidad, factores del medio ambiente. (Devies, 1998). En México es considerada la diabetes como un grave problema de salud pública, puesto que es una enfermedad incurable que origina altos costos económicos a la persona que la sufre. Alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años de edad padece diabetes y cerca del 30% de los individuos afectados, desconoce que la tiene.

Se reconoce que esta enfermedad comprende a un grupo heterogéneo de trastornos clínicos y genéticamente diferentes, en los cuales la hiperglucemia es el común denominador, frecuentemente acompañada después de un tiempo por las complicaciones específicas micro vasculares, macro vasculares neuropatías (Rangel, 1991). La prevalencia (proporción de la población que padece la enfermedad) es variable en distintas comunidades. En México, se estima que la prevalencia de Diabetes alcanza al 1.2% de la población general (2007) y a 6.3% de la población mayor de 17 años (2009). Sin embargo hay diferencias notorias con la edad. La prevalencia es baja en niños: 0,024% (fundamentalmente DM tipo 1), elevándose en forma notoria en mayores de 40 años, cuando se hace más frecuente la DM tipo 2.

El 90% de los diabéticos son tipo 2, un 8% tipo 1, y el resto son de clasificación imprecisa o son secundarias a otras patologías. La gran mayoría de los diabéticos son tipo 2 obesos.

### **1.3.5. Relación con la Salud Mental**

Conocer de cerca las emociones que presenta la enfermedad, da lugar a entender emocionalmente al sujeto, sus estados de ánimo, cambios repentinos de conducta ya que se presenta con una nueva adaptación de circunstancias, para el sujeto donde su pareja y familia ocupan un lugar indispensable. (Nava, 2003). En las personas con diabetes mellitus detectada en la edad adulta, el control glucémico es importante ya que su objetivo principal es la prevención de complicaciones, no solo a largo plazo sino también las complicaciones metabólicas agudas. Se hace necesario llevar a cabo por parte del paciente medidas adecuadas que contemplen básicamente medicamento y dieta, reflejándose en el control de alteraciones metabólicas como la hiperglucemia. El diagnóstico inicial puede tener un fuerte impacto emocional en la persona, y la forma de reaccionar depende de cómo se informa sobre el diagnóstico y si se esclarecen o no dudas. Tomando en cuenta que el auto cuidado es sumamente importante en el tratamiento, con el paso del tiempo el diabético puede empezar a manifestar ciertas emociones o sentimientos como tristeza, ansiedad o estrés, por lo tanto es importante que pueda recibir soporte emocional de sus familiares y amigos más cercanos y si es necesario de un profesional de la salud mental. Las personas con diabetes pueden sentirse tristes de vez en cuando, lo cual es natural tomando en cuenta las restricciones y preocupaciones en relación a su salud que enfrentan a diario.

Dentro de los múltiples mecanismos de enfermedad que sufre una persona, todos tienen en común el hecho de constituir para ella un conflicto, como dice Maldonado: "Todo hombre enfermo es, por definición, un hombre conflictuado, una persona que sufre por esa causa y cuya vida se modifica transitoria o definitivamente a causa de tal enfermedad" (Maldonado, 1986, p. 45).

Si bien, las alteraciones de la salud no son la única fuente de conflicto de un individuo, se constituyen en demandas particularmente exigentes sobre las capacidades de afrontamiento emocional, ya que generan niveles graves de amenaza y requieren de fuentes externas de ayuda (Lotman, 1991). Por lo tanto es indispensable la salud mental ya que ayuda a manejar el estrés, a relacionarse positivamente con otras personas y tomar decisiones asertivas para que el tratamiento tenga mejores resultados.

De alguna manera, el optimismo para enfrentar la enfermedad, contribuye para aceptar el padecimiento y seguir las indicaciones de los especialistas.

El estudiar la salud mental, factores psicológicos y familiares en pacientes diabéticos es algo que resulta relevante si se considera las escasas investigaciones en el área de la psicología

realizadas actualmente, en comparación a la amplia necesidad y demanda de esta enfermedad crónica.

De acuerdo al (Ministerio de Salud, 2004) señala la importancia de equipos multidisciplinarios en el trabajo con personas diabéticas, indicando la importancia de un psicólogo, en especial para el manejo de la enfermedad, ya que es importante comprender la vivencia de la Diabetes Mellitus en la actualidad, por su frecuencia y la repercusión individual, familiar y social se considera como un problema de salud pública que ha alcanzado una gran magnitud a nivel mundial ante esto, la organización mundial de la salud ha establecido lineamientos y estrategias generales para el desarrollo de programas de atención, que persiguen metas en relación a medidas de prevención y control; el de prevenir o retrasar la aparición de complicaciones y en esa forma disminuir la morbilidad y mortalidad por diabetes y por ende su repercusión económico-social (Ovalle,2001).

Psicológica y emocionalmente la diabetes, ocasiona en el sujeto un sin número de emociones, sentimientos, ocasionados en la persona que no se ve con fe para vencer la enfermedad.

Por ejemplo tristeza y depresión: Se presenta con sentimientos de pérdida de algo o alguien, moviliza un proceso de trabajo interno que se conoce como duelo cuya meta es el logro de aceptación y pérdida. (Vásquez, 2002).

En (Con Salud, 2002), uno de los problemas que más afectan a los diabéticos desde el momento mismo de su diagnóstico, es la depresión. Mientras la depresión, afecta en la población general entre 10% y 25% en mujeres y 5% a 12 % de varones, entre los diabéticos esta cifra aumenta hasta 33%. Si bien cualquier enfermedad crónica incrementa el riesgo de depresión, la correlación con diabetes es particularmente fuerte debido a las numerosas complicaciones de este padecimiento.

En este sentido, para que la persona con una enfermedad crónica como lo es la diabetes mellitus detectada en la edad adulta, siga un plan terapéutico y mantenga un adecuado control glucémico implica una serie de cambios trascendentales en su conducta y comportamiento, así como del estilo; estos cambios pueden representar un problema difícil de superar y es necesario que cuente con el apoyo de la familia.

El notificar a un paciente crónico su actual estado de salud, es un momento que conlleva una serie de cambios a quien se le notifica.

Con el modelo contemporáneo de salud (biopsicosocial) es de suma importancia hacerle saber al paciente la naturaleza del padecimiento y de los estragos que pueda llegar a causarle. Suele ocurrir como mencionan (Flores y Vega, 1992) que “en ocasiones no se le informa al sujeto de su gravedad, con el pretexto de la piedad, pero generalmente termina por darse cuenta al ver que su salud empeora” (p 74).

Por todo esto la enfermedad toma un significado de pérdida que Montes y Bayle (2002) enumeran en tres puntos:

- Pérdida de salud y bienestar
- Pérdida del status socio-familiar y profesional
- Pérdida de libertad y autonomía personal.

Aramburu y Guerra (2002) expresan que el auto concepto se nutre de la percepción de personas significativas del entorno social del paciente, y si existe congruencia en la relación entre el auto concepto del paciente con la percepción de la familia produce el fortalecimiento de la autoestima del paciente.

La enfermedad crónica degenerativa se refleja sobre la imagen corporal, otorgando al cuerpo un notorio deterioro y transformación (Ibancovich, 1994).

Montes y Bayle (2002) comentan que “el deterioro físico junto con los sentimientos de inferioridad van a ir limitando las relaciones sociales y familiares de los pacientes” (p 60).

En la medida que avanza la enfermedad, el paciente adquiere expectativas distintas a un futuro útil para los suyos y para él mismo.

La familia tiene un papel primordial en el soporte y apoyo del paciente, esto puede ocurrir en cualquier etapa de la enfermedad. La pérdida de la salud, hace referencia hacia el aspecto biológico. La pérdida del estatus, remite al aspecto social. La pérdida de la autonomía y la libertad, encaja en el aspecto psicológico, por los factores por las que el paciente pierde estas facultades.

De esta manera es importante no solo tomar en cuenta la parte biológica sino la parte psicología que tiene repercusiones en la salud del paciente y en la manera de interactuar con las demás personas provocando una serie de sentimientos que repercuten en su entorno.

## **CAPITULO II “ENFOQUE SISTEMICO”.**

Como se mencionó en el capítulo anterior la Diabetes Mellitus no solo es una enfermedad que se pueda observar de manera aislada ya que muchos factores son los que influyen para que la persona diagnosticada con este tipo de enfermedades crónicas pueda enfrentar la situación y obtener mejores resultados en su tratamiento, por lo tanto se considera importante abordar los siguientes temas: Teoría general de sistemas, definición de sistema así como su clasificación al igual que la teoría de la comunicación humana, comunicación familiar, terapia sistémica y la intervención sistémica.

### **2.1.- Teoría General Sistémica.**

El Enfoque Sistémico aparece en la segunda mitad del siglo XX produciendo un salto de nivel lógico en el pensamiento humano, a través del descubrimiento de otra manera de mirar la realidad y de comprender al ser humano como y dentro de un sistema. La teoría general de los sistemas se presenta como una forma sistemática y científica de la realidad, y al mismo tiempo como una orientación hacia una práctica para formas de trabajo interdisciplinarias.

El enfoque sistémico es la aplicación de la teoría general de los sistemas y surge de la síntesis de diferentes campos de investigación.

- a).-La teoría general de sistemas de Ludwig Von Bertalanffy (1962-1968)
- b).-Los estudios del equipo de Palo Alto liderado por Gregory Bateson (1949)
- c).-La teoría de Juegos de Von Neumann y Morgenstern, (1944)
- d).- La teoría de la información de Shannon y Weaver,(1949)
- e).-La teoría de los tipos lógicos de Whitehead y Russell
- f).-La cibernética de Nobert Wiener, 1948 y Heinz Von Foerster
- g).-La teoría de la Comunicación Humana de Paul Watzlawick 1974
- h).-Los estudios en Terapia Familiar

Es posible decir que la teoría general de los sistemas, desarrollada por Ludwig Von Bertalanffy, es la exploración científica del todo y de sus totalidades, la nueva ciencia de los sistemas ha pasado por una gran cantidad de precursores para al final llegar a esta nueva concepción. (Sánchez, 2000)

Se presenta como una forma sistemática y científica de aproximación y representación de la realidad, se caracteriza por su perspectiva holística e integradora, en donde lo importante son las relaciones y los conjuntos que a partir de ellas surge. Bajo las consideraciones anteriores, la Teoría General de los sistemas es un ejemplo de perspectiva científica (Arnold y Rodríguez, 1990).

De acuerdo a Rodríguez, (1990), los objetivos de la Teoría General de Sistemas son los siguientes:

- Impulsar el desarrollo de una terminología general que permita describir las características, funciones y comportamientos sistémicos.
- Desarrollar un conjunto de leyes aplicables a todos estos comportamientos

La primera formulación en tal sentido es atribuible al biólogo Ludwig von Bertalanffy (1901-1972), quien acuñó la denominación "Teoría General de Sistemas". Para él, la Teoría General debería constituirse en un mecanismo de integración entre las ciencias naturales y sociales y ser al mismo tiempo un instrumento básico para la formación y preparación de científicos (Sánchez, 2000).

La teoría general de los sistemas aplica al funcionamiento de los diversos grupos humanos, sustentar que se puede concebir como un sistema, el cual a la vez puede ser visto como parte de sistemas más amplios. Se considera que los sistemas humanos funcionan de acuerdo con las características propias de cuyo estudio se encarga la cibernética como ciencia de la pauta y organización. (Keneey, 1987).

En este sentido se señala en los sistemas la capacidad de conservarse a pesar de las modificaciones que le ocurren como también la habilidad para organizarse y para adaptarse a tales cambios. La forma de operar se posibilita dada la habilidad del sistema para transmitir y procesar la información, definiéndola como todo intercambio en los procesos de interacción entre el organismo y el medio ambiente. (Watzlawick, 1986).

De la teoría general de sistemas de Von Bertalanffy, el modelo biopsicosocial propone una aproximación holística, en donde la persona enferma se encuentra en un contexto interpersonal con interacciones del funcionamiento biológico, psicológico y social.

En base al principio de totalidad de los sistemas lo biológico no puede ser separado de lo psicosocial, en donde una perturbación en una parte del sistema, afecta al todo.

El modelo biopsicosocial permite una aproximación comprensiva en donde se integran aspectos vinculados a la salud y la enfermedad, junto con aspectos a nivel individual y familiar, dando como resultado influencias recíprocas entre los patrones familiares de interacción y la función psicológica individual de la persona. (Herscovici, 2002). Desde la teoría general de sistemas se conceptualiza que todos los niveles de organización se encuentran relacionados unos con otros, en donde el cambio en una parte del sistema afecta y cambia a los otros integrantes del mismo (Engel, 1977). Por lo tanto es importante definir un sistema.

### 2.1.1.-Definición de Sistema

El sistema se identifica como un conjunto de elementos que guardan estrechas relaciones entre sí, que mantienen al sistema directo o indirectamente unido de modo estable y cuyo comportamiento global persigue, normalmente, algún tipo de objetivo. Hall y Fagen han definido el sistema como: conjunto de objetos, junto con las relaciones entre los objetos y entre sus propiedades. Ya que desde un punto de vista sistémico enfatiza el no aislar los elementos necesariamente, sino relacionarlos entre ellos con el fin de comprenderlos en su interacción contextual e intrínseca (Sánchez, 2000). Por lo tanto se concibe a un sistema como un conjunto de partes interrelacionadas. Los conceptos básicos de la Teoría General de Sistemas son (Wiener, 1979):

- **AMBIENTE:** Área de sucesos y condiciones que influyen sobre el comportamiento de un sistema.
- **ATRIBUTO:** características y propiedades estructurales o funcionales que caracterizan las partes o componentes de un sistema
- **CIBERNÉTICA:** Campo interdisciplinario que intenta abarcar el ámbito de los procesos de control y de comunicación tanto en máquinas como en seres vivos.
- **COMPLEJIDAD:** Estos fenómenos han sido trabajados por la cibernética y están asociados a los postulados de Ashby (1984), en donde se sugiere que el número de estados posibles que puede alcanzar el ambiente es prácticamente infinito.
- **CONGLOMERADO:** Cuando la suma de las partes, componentes y atributos en un conjunto es igual al todo. (Johannsen. 1975).
- **ELEMENTO:** Sistema las partes o componentes que lo constituyen



- **ENERGIA:** se incorpora a los sistemas se comporta según la ley de la conservación de la energía.
- **EMERGENCIA:** es la posesión de cualidades y atributos que no se sustentan en las partes aisladas y que, por otro lado, los elementos o partes de un sistema actualizan propiedades y cualidades que sólo son posibles en el contexto de un sistema dado.
- **ESTRUCTURA:** Las interrelaciones más o menos estables entre las partes o componentes de un sistema, que pueden ser verificadas
- **FRONTERA:** En términos operacionales puede decirse que la frontera del sistema es aquella línea que separa al sistema de su entorno y que define lo que le pertenece y lo que queda fuera de él (Johannsen, 1975).

### 2.1.2.-Clasificación de sistemas

Los sistemas pueden ser agrupados en reales, ideales y modelos. Mientras los primeros comprenden una existencia independiente del observador, los segundos son construcciones simbólicas, como el caso de la lógica y las matemáticas, mientras que el tercer tipo corresponde a abstracciones de la realidad, en donde se combina lo conceptual con las características de los objetos. Con relación a su origen los sistemas pueden ser naturales o artificiales, distinción que apunta a destacar la dependencia o no en su estructuración por parte de otros sistemas. Con relación al ambiente o grado de aislamiento los sistemas pueden ser cerrados o abiertos, según el tipo de intercambio que establecen con sus ambientes. (Arnold, & Rodríguez. 1991).

Los sistemas pueden ser:

- **SISTEMA ABIERTO:** Relación permanente con su medio ambiente, intercambia energía, materia, información. Interacción constante entre el sistema y el medio ambiente.
- **SISTEMA CERRADO:** Hay muy poco intercambio de energía, de materia, de información con el medio ambiente, utiliza su reserva de energía potencial interna.

## 2.2.-Comunicación Familiar

La teoría de la comunicación se ha ido construyendo desde perspectivas muy diferentes. Desde la teoría físico-matemática de Shannon, conocida como “Teoría matemática de la información”, la teoría psicológica con base a la percepción propuesta por Abraham Moles, pasando por una teoría social con base en la lengua de Saussure, también han destacado las aportaciones en el campo de los efectos de la comunicación de masas, y las teorías críticas de la comunicación. Este panorama pone en evidencia la complejidad del asunto, las múltiples aportaciones con que se ha tratado de dotar de coherencia a lo que se concibe como Teoría de la Comunicación (Wiener, 1985).

Desde el enfoque sistémico de la comunicación, uno de cuyos máximos representantes es Paul Watzlawick, la comunicación se puede definir como un conjunto de elementos en interacción en donde toda modificación de uno de ellos afecta las relaciones entre los otros elementos (Marc y Picard, 1992). Esta definición acerca al concepto de sistema, cuyo funcionamiento se basa a partir de la existencia de dos elementos: por un lado, la energía que lo mueve, los intercambios, las fuerzas, los móviles, las tensiones que le permiten existir como tal y por el otro, la circulación de informaciones y significaciones. En este sentido, la comunicación es un sistema abierto de interacciones, siempre en un contexto determinado. La definición de comunicación de acuerdo a (Bateson, 1984) afirma que “la comunicación es la matriz en la que se encajan todas las actividades humanas”. La teoría de los sistemas aplicada a la terapia familiar permite una nueva concepción de los problemas, del comportamiento y de sus relaciones. La comunicación es la forma como interactúan los componentes de los sistemas. El concepto de intercambio de información introducido por la teoría sistémica, el concepto de retroalimentación, donde las transacciones son circulares y crean espirales de intercambio cada vez más complejos. (Quintero, 1997). La forma en que las personas se comunican es aprendida, especialmente de su sistema familiar y muy probablemente arrastran tipos de comunicación tanto positiva como negativa. Es importante conocer el tipo de comunicación familiar que se presente, debido a que, la comunicación en una familia, permite conocer el tipo de relaciones que se establecen y en gran medida su funcionamiento.

La familia es un sistema parcial que tiene la función de incluir a la persona de los participantes en la comunicación, además todas las acciones y experiencias aun aquellas que se viven fuera de la familia (el entorno) son potencialmente relevantes para la comunicación familiar y esta función solo es posible a través de lo que se conoce como reentrada del sistema familiar en la persona. (Guadarrama, 2006)

Olson 1989 (citado en Martínez y Panpliega; 2006) alude que la comunicación es una dimensión facilitadora cuya relación con el funcionamiento familiar es lineal, es decir, a mejor comunicación familiar mejor funcionamiento familiar. Así mismo da a conocer varios conceptos que se relacionan con la comunicación los cuales son la empatía y escucha activa por parte del receptor, habilidades del emisor, libertad de expresión, claridad de expresión, continuidad, respeto y consideración.

Es decir la familia es el primer sistema donde se tiene contacto, por ello de esta puede depender que el individuo se inserte satisfactoriamente en los demás sistemas sociales.

También dentro de la familia se establecen las funciones que pueden favorecer el desarrollo y mantenimiento de la humanidad y fomentar el crecimiento armónico de esta en las generaciones futuras. Una vez que el ser humano llega a este mundo, la comunicación resulta el factor más importante que determina el tipo de relaciones que vaya a tener con los demás y lo que le suceda en el mundo que le rodea (Satir, 1978).

La clave es intensificar y favorecer la comunicación familiar mediante:

- El desarrollo y fomento de la capacidad de escuchar.
- La creación de un ambiente favorable para expresar libremente las opiniones y los sentimientos.
- El fomento del respeto al punto de vista de los demás

De forma continua se emiten conductas, las conductas provocan en otros el efecto de un mensaje de una comunicación. Incluso en aquellas ocasiones que eligen "no comunicar", están transmitiendo al interlocutor lo que sentimos sin expresarlo (Barbaranne, 1992).

La comunicación transmite una percepción del mundo, es un proceso de influencia mutua entre dos o más personas, la comunicación familiar positiva hace referencia al envío de mensajes claros, congruentes y razonados, a la empatía, a las frases de apoyo, a solicitar opinión y escuchar activamente a las habilidades en la resolución de los problemas diarios.

Por el contrario, una comunicación negativa influye mensajes incongruentes y descalificadores, falta de empatía, frases negativas con falta de apoyo, habilidades deficientes en resolución de problemas y mensajes con doble interpretación. (Satir, 1991).

La misma autora, identifica también un tipo de comunicación sana, que llama niveladora o fluida, en la que el lenguaje verbal y no verbal se conducen en el mismo sentido que lo que se quiere expresar en realidad, de manera clara, directa y objetiva .

La comunicación familiar refleja los patrones de interacción a través de los cuales los miembros de una familia interactúan, intercambian mensajes con contenidos afectivos informativos o normativos

### **2.3.- Terapia Sistémica**

Desde principios de los años ochenta, se planteó que el modelo sistémico podría aplicarse a un solo individuo aunque no asistiera toda la familia. Una de las obras pioneras fue la de Fisch, Weakland y Segal (1982) “La táctica del cambio” (Herder, 1984) que supone un desarrollo de la terapia breve del MRI de Palo Alto. Plantea que es preciso trabajar sólo con los verdaderos “clientes”, los que verdaderamente están interesados en la terapia aunque a menudo sea sólo uno, y a veces no, ni tan sólo el portador del síntoma. Desde la óptica de la teoría de sistemas (Bertalanffy, 1968), cualquier conjunto de individuos que comparte un mismo contexto e interactúa con cierta frecuencia y permanencia en el espacio y en el tiempo, tiende a generar características y pautas diferenciadas de funcionamiento que lo distingue de los demás. Partiendo de esta definición amplia, la familia sería un sistema abierto, sujeto a cambios tanto en el transcurso de su ciclo de vida, como en respuesta a las crisis del contexto social. Al mismo tiempo, la familia como sistema necesita proveer a sus miembros de cierta estabilidad y permanencia para garantizar la cohesión y sentido de pertenencia de los miembros, así como la construcción de relaciones afectivas significativas, las cuales están basadas en el intercambio de sentimientos, valores, creencias a través de las conductas cotidianas (Platone, 1999). El sistema familiar está en continuo desarrollo y transformación, sujeto a cambios durante el ciclo de vida y en respuesta a las crisis del contexto social. Es un sistema activo y autorregulado a través de las transacciones de sus miembros y de los demás contextos sociales.

El enfoque sistémico propone considerar al individuo en contexto, es decir siempre relacionado con su medio ambiente, implica que las personas forman parte de sistemas más amplios. La terapia familiar sistémica plantea que la generación de un cambio en el contexto siempre va a influir a los miembros del mismo y que, cuando un individuo genera un cambio, este influye en el sistema total. El enfoque sistémico trata de contextualizar la problemática en un modo más amplio y da significado del individuo en este caso la familia, por lo tanto se abordará uno de los sistemas más importantes.

Para Satir (1991) un sistema familiar funcional consta de lo siguiente:

- **Un objeto o meta:** En las familias el objetivo es desarrollar nuevos individuos y favorecer el crecimiento de los ya existentes.
- **Partes esenciales.** Esto incluye a los adultos, a los niños, a los jóvenes, a hombres y mujeres.
- **Un orden de partes funcionales.** Dentro del grupo familiar esto se refiere a la autoestima, las reglas y la comunicación de los diversos miembros de la familia
- **Fuerzas para conservar la energía del sistema y permitir que funcionen las partes.** Esta fuerza se deriva del techo, el aire, el agua, la actividad y las creencias sobre la vida emocional, intelectual, física, social y espiritual de los miembros de la familia y como funciona en conjunto.
- **Las formas de interacción con el exterior.** En la familia significa relacionarse con el cambio, con todo lo nuevo y diferente.

De acuerdo a Sánchez (2000). Los principios básicos de la teoría de los sistemas en la terapia familiar son:

1.-Todo sistema familiar es una unidad organizada a través de sus reglas propias, donde los elementos de organización son necesariamente interdependientes; por lo tanto el comportamiento de un individuo no se podrá comprender de manera aislada sino en su interacción con el sistema.

2.-La estructura sistémica familiar está formada por subsistemas donde existen jerarquías, estas delimitan los subsistemas, sus obligaciones y responsabilidades los que generalmente están determinados por las generaciones, la edad, el género y función.

3.-Los patrones que rigen el sistema familiar son circulares y no lineales; esto es la familia se ve como un sistema de retroalimentación donde el comportamiento A es consecuencia e influye en el comportamiento de B,C, D.

4.-Los sistemas familiares mantienen su estabilidad por el mecanismo de homeostasis, es mantener el equilibrio. Sin embargo los sistemas y las familias rompen su equilibrio no necesariamente por la destrucción, sino también estos cambios pueden darse por el principio de crecimiento.

## 2.4.- Intervención Sistémica

Los teóricos sistémicos que trabajan con las ideas del construccionismo social cuestionan el dualismo sujeto/objeto y el poder que tiene el terapeuta de hacer cambiar a los consultantes teniendo en cuenta que los comportamientos interpersonales no pueden considerarse como simples respuestas a lo que otros hacen, sino que están en función de los significados que los individuos atribuyen a su comportamiento (Fruggeri, 1996).

Se trata de un enfoque de terapia breve creado en 1968, después de la muerte de Jackson, quien fundó el grupo de MRI en 1959. Actualmente Watzlawick, Weakland, Fish y Segal integran Instituto de Palo Alto. Su trabajo se caracteriza por intervenir sobre aquellas respuestas que los pacientes y sus familias desarrollan para solucionar la situación sintomática.

a).-Evaluación: El síntoma se origina en un cambio en la vida del paciente y/o de su familia, al que los autores denominan dificultad (Watzlawick, 1976).

b).-Intervención: Se ubica al final de la entrevista y consta fundamentalmente de una redefinición, a las que se suman tareas para realizarse en casa.

Tomm, profesor en el Departamento de psiquiatría de la Facultad de Medicina en la Universidad de Calgary y director del Programa de terapia familiar, postula la entrevista circular que genera cambios, sin necesidad de recurrir a intervenciones adicionales al final de la entrevista. El cambio se suscitara a través de las implicaciones de las preguntas del terapeuta y/o a través de las respuestas verbales y no verbales de los miembros de la familia. (Penn, 1982). En este sentido señala que los miembros del Grupo de Milán planifican detalladamente todos sus movimientos a lo largo de la sesión y no únicamente en la pausa previa a la intervención, y que constantemente están tomando decisiones consciente o inconscientemente para favorecer el cambio (Tomm, 1984). La circularidad de la entrevista es la capacidad que debe poseer el terapeuta para confirmar o falsar sus hipótesis a partir de la información en la familia en base a las respuestas. (Tomm, 1987). Otra terapia de intervención sistémica es la llamada "Terapia Estructural" se fundamenta en el concepto de "estructura" que alude al conjunto de demandas de los miembros de una familia reflejo de los procesos de interacción familiar en un momento dado (Minuchin, 1977). Define que no se puede evaluar al sistema familiar como si se tratara de una entidad estática, sino que el centro de la experiencia diagnóstica debe ser el proceso de interacción de la familia con el terapeuta como agente de cambio. La coparticipación implica que, más avanzada la entrevista, el terapeuta intente alterar las reglas familiares y observe las reacciones de cada una de las personas a la modificación (Minuchin, 1984)

## CAPITULO III “FAMILIA”

No solo la terapia sistémica interviene en el proceso de reajuste psicológico en el paciente con Diabetes Mellitus, sino que la familia sigue siendo, la unidad básica de prestación de servicios, así como la principal institución de asistencia en aspectos de crianza, atención a la salud, la manutención o el alojamiento (Roige, 1997). Por lo tanto es fundamental conocer lo que se abordará en el siguiente capítulo: Familia, Concepto de Familia, Tipos, Estructura, Subsistemas, el Funcionamiento Familiar sus Funciones, el Ciclo Vital de la Familia y la Familia con enfermedades crónicas.

### 3.1.-Concepto de Familia

Dentro de las disciplinas, se han ofrecido conceptos de lo que es la familia desde elementos biológicos, psicológicos y sociales lo que permite comprender los conceptos que se tienen sobre la familia los cuales se presentan a continuación.

Desde el punto de vista biológico, la familia humana tiene como razón de ser y como fin último la continuación y la perpetuidad de la especie con el hijo, la unión conyugal se convierte en una familia, una entidad colectiva que sobrepasa a los esposos convertidos en padres. Una de las principales funciones de la familia es la procreación. (Leclercq, 1979).

Desde la perspectiva sociológica, se ha definido a la familia como una unidad primaria de la sociedad que tiene que sobrevivir a las presiones externas que se están ejerciendo sobre ella. (Herrera, 1990). Otro autor desde esta perspectiva es Phillips (1998) la define como la estructura social formada por personas que se relacionan por la sangre, matrimonio o adopción, aunque los valores sobre los que se basa varíen de una cultura a otra.

Estrada (1991), establece que la familia puede ser considerada como una célula social cuya membrana protege en el interior a sus individuos y los relaciona al exterior con otros organismos semejantes.

Desde una perspectiva psicológica, Estrada (1991), considera a la familia como una unidad de personalidades interactuantes, que forman un sistema de emociones y necesidades organizadas entre sí, en la que tanto niños como adultos en algún momento buscan dentro de su seno la satisfacción casi total de sus necesidades emocionales.

La familia como instancia de socialización se ubica con más influencia que la escuela, los movimientos juveniles, pandillas adolescentes o simplemente como intermediaria entre lo que corresponde a lo individual y privado y lo que pertenece a lo social, cultural o público. (Hochmann citado en Adolfi, 1994).

Sarabia (1977) menciona que la familia, en sus distintas formas, ha operado como una comunidad de ayuda y soporte cuya eficacia se multiplica en situaciones de penuria, catástrofe o enfermedad.

De la Fuente (2000), la familia es el elemento primario en la estructura de la sociedad, siendo esencialmente, un sistema durable de interrelaciones humanas que opera como una banda de transmisión de la cultura y que presta a la sociedad servicios que le aseguren su supervivencia; facilitando la reproducción de la especie y el mantenimiento físico de sus miembros, la localización social y la socialización de los niños.

Satir (1983) y Minuchin (1974) la definen como un grupo compuesto de dos adultos de ambos sexos, que mantienen una relación sexual socialmente aceptada y viven bajo el mismo techo, y los hijos procreados o adoptados por dicha pareja; pero en primer término la definen como sistema considerado como un todo que contiene varias partes individuales, cada una de ellas es fundamental y tiene relación con las demás para alcanzar un resultado. En el enfoque sistémico, las personas y los eventos se estudian en términos de sus interacciones, es decir, como se relacionan dentro del sistema que forman, en el presente. De manera que cuando se estudia a la familia a partir de este enfoque, se considera como la unidad de tratamiento, ya que se trabaja con el sistema y no en término de personas enfermas.

En síntesis, se puede afirmar que la familia representa para el ser humano su grupo natural de adscripción, convirtiéndose en una matriz de desarrollo psicosocial que asegura la supervivencia del hombre como individuo y como especie. (Macías, 1981).

Por otro lado se considera a la familia como un grupo humano primario, natural e irreducible, que se forma por la unión de la pareja hombre-mujer (Sandoval, 1997). No se reduce a los aspectos biopsicosociales privativos por sus miembros, sino que éstos se relacionan según ciertas disposiciones que dominan sus transacciones. Sin embargo Satir (1978) menciona un concepto tradicional de la familia que consiste en el lugar donde pueden encontrarse el amor, la comprensión y el apoyo, aun cuando todos los demás hayan fracasado, el lugar donde se recupera el aliento y sacar nuevas energías para enfrentar mejor al mundo exterior.



Con ello sentir realmente el apoyo entre miembros de la familia es señal de que existe la confianza y la seguridad para expresar las emociones que están afectando a la persona y que no permiten el buen desempeño de sus actividades tanto familiares como laborales. Actualmente la familia es considerada una organización social que vigila y promueve el desarrollo y bienestar de sus miembros, los cuales están vinculados por unión sanguínea o social. (Montiel, 2006).

Es decir se trata de la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia común que se quiere duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia. (Rodrigo y Palacios, 2001).

Por otro lado Dorsch, 1991 (citado en Montiel, 2006) concibe a la familia desde cuatro puntos de vista.

- **Biología:** Esta rama la define dentro de dos aspectos principales, la categoría taxonómica y la vida en común de dos individuos para la reproducción y conservación de la especie y la crianza de los hijos en el ámbito familiar.
- **Psicología:** En este enfoque se describe como una institución social que constituye un área de desenvolvimiento social. Es decir se crea un sentimiento de pertenencia al lugar de nacimiento, en el cual se adquieren costumbres, tradiciones y cultura que diferencia una de otra.
- **Psicología Etiología:** En este aspecto la familia consiste en la vida en común, duradera de una mujer con sus hijos, con distribución del trabajo y bajo la protección y ayuda de un hombre, refiriéndose a una familia nuclear.
- **Sociología:** Esta rama ve a la familia como una comunidad interhumana constituida al menos por tres miembros. En la cual interactúan estas pequeñas unidades pero significativas, para así crear el sistema que denominamos sociedad.

Otra definición es la de Minuchin (1997) establece un esquema basado en la concepción de la familia, como un sistema que opera dentro de los contextos sociales e incluye tres aspectos:

- 1.- La estructura de la familia, es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación.
- 2.-La familia, muestra un desarrollo desplazándose a través de cierto número de etapas que exigen reestructuración.

3.-La familia se adapta a las circunstancias cambiantes, de modo tal que se mantiene en una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro.

Define entonces a la familia, como un sistema abierto en transformación; es decir, que constantemente recibe y envía descargas del medio externo a las diferentes demandas de las etapas de desarrollo que enfrenta. En la actualidad existen diferentes conceptos acerca de lo que es la familia, pero en todas se consideran las características o aspectos que la conforman; donde se prepara al niño para convertirlo en adulto y es el lugar donde se ensayan las primeras relaciones en un ambiente de protección, de tolerancia, de firmeza y cariño para enfrentarse al mundo exterior. (Montiel, 2006). Así la familia es un sistema que trabaja por medio de pautas interaccionales; estas pautas sirven de base al sistema que se mantiene a su vez por dos sistemas; el primero se refiere a las reglas universales que regulan las organizaciones familiares y la segunda implica las expectativas de los miembros de la familia. (Watzlawick, 1967).

### **3.2.- Tipos de Familia**

Las estructuras familiares en las diferentes sociedades están ligadas a factores de orden cultural. La definición del lazo de parentesco no tiene que ver con criterios estrictamente biológicos: a veces no existe ninguna diferencia entre los hijos legítimos y los adoptivos. El grupo de parentesco implica a personas formalmente organizadas que pertenecen a una colectividad consanguínea.

El grupo familiar, en cambio, implica una relación de afinidad, es decir, de vinculación por matrimonio. (Guadarrama, 2006). La Conapo (2004) refiere que la familia ha evolucionado y con ella se han creado nuevas formas de vida familiar y por ende actualmente existen varios tipos de familia como lo son:

- 1.-Una pareja que no tiene hijos porque no los desean, o porque de momento así lo prefieren.
- 2.- Por la pareja y los hijos que son la mayoría
- 3.-Uno de los padres y los hijos. Generalmente esta situación se debe a que las parejas se divorcian o se separan.
- 4.-Hijos y abuelo u otros parientes o amigos que se hicieron cargo de los niños.

Además Guadarrama (2006) menciona que en México se reconocen distintos tipos de estructuras familiares como: conyugal nuclear, ampliada, monoparental de cabeza femenina, monoparental de cabeza masculina y la recompuesta.

McGoldrick y Gerson (1985), clasifican a la familia de acuerdo a su estructura en:

1.-Familia nuclear intacta: Se considera la “típica” familia tradicional. Esta estructura aparece como cónyuges casados por primera vez con sus hijos biológicos

2.- Familia con solo un padre. Es aquella donde uno de los padres está educando a los hijos.

3.-Familias de segundas nupcias: Es una familia donde uno o ambos padres han vuelto a casarse luego de un divorcio.

4.- Hogar con tres generaciones: es un hogar con tres generaciones, el/los padres viven con el/los abuelos de un lado de la familia.

También se puede hablar de familias funcionales o disfuncionales descritas por Sandoval (1997).

1.-Familia funcional: es aquella que ha logrado conservar su homeostasis a través de una estructura adecuada, permeable y abierta, que permite el crecimiento de cada uno de sus miembros y funciona como una entidad total que es fuente de seguridad, intimidad, afecto y salud.

2.-Familia disfuncional: Se considera a la familia donde no se ha logrado encontrar un mecanismo adecuado de resolución de conflictos, funciona como un sistema cerrado y constituido con falta de estabilidad.

Para Satir (1978), las familias difieren en cuanto en su forma de relación y comunicación entre los miembros, por tanto se clasifica en:

-Familia muy conflictiva y perturbada: La que posee un clima frío y hostil, donde los cuerpos y rostros de los integrantes manifiestan sufrimiento, tristeza e indiferencia, se caracteriza por baja autoestima.

-Familia nutridora: Donde se escuchan a todos los miembros de la familia habiendo intereses comunes, tienen consideración, se demuestran el afecto así como también el dolor y desacuerdos.

No se tiene miedo de correr riesgos puesto que toda la familia comprende inevitablemente que a veces se cometen errores, los cuales son una señal de madurez.

Sandoval (1997) describe a este tipo de familias en:

-Familia conyugal: Establecido como unidad funcional fué el primero en la historia humana, que se integró en las estructuras sociales. La función del grupo conyugal se basa en una presunción de permanencia: el individuo establece una relación duradera con algún individuo del sexo opuesto se ajusta a lo que se consideran condiciones óptimas para el desarrollo de la personalidad de los individuos jóvenes. El niño requiere mucho afecto y una correspondencia por parte de los adultos, por encima de la satisfacción de sus necesidades fisiológicas.

-Familia consanguínea: Consanguinidad (del latín, consanguíneas "sangre común), característica de todas aquellas personas que pertenecen a una colectividad consanguínea. El grupo familiar en cambio, implica, una relación de afinidad, es decir, de vinculación por matrimonio.

La poliandria es un tipo de familia que implica o lleva al matriarcado; la mujer ejerce la autoridad y fija los derechos y obligaciones de los distintos miembros, sobre todo de los descendientes. Esto explica que el parentesco se determine por la línea femenina al no existir la certeza de la paternidad. La poliginia es la forma de constitución familiar en que un solo varón es marido de varias esposas.

En la actualidad, destaca la familia nuclear, la cual está integrada por el padre, la madre y los hijos a diferencia de la familia extendida que incluye los abuelos, suegros, tíos, primos, etc. En este núcleo familiar se satisfacen las necesidades más elementales de las personas, como comer, dormir, alimentarse, etc.

El resultado es la visualización de la familia nuclear, - es decir los seres que viven bajo un mismo techo y que tienen un peso emotivo significativo entre ellos, como un sistema que incluye en su órbita a tres subsistemas principales:

- 1.-El sub-sistema marital (la pareja)
- 2.-El sub-sistema padres- hijos
- 3.- El sub-sistema hermanos

En Palomar (1998), se hace referencia a seis tipos de familias derivadas de este modelo:

1.-Las orientadas hacia la expresión, las cuales hacen énfasis en la expresión de las emociones.

2.-Las familias orientadas hacia la estructura, las cuales dan mayor importancia a la organización, la cohesión, la religión, la expresión, el control, la aspiración de logro y la orientación intelectual-cultural.

3.-Las familias orientadas hacia la independencia son asertivas y autosuficientes. De este tipo de familias existen tres categorías: a).- Las independientes y expresivas: estas perciben un alto nivel de cohesión y conflicto y mantienen actitudes ético-religiosas, b).-Las independientes y estructurales se perciben como independientes, pero poco expresivas, cohesivas y poco conflictivas, c).-independientes apáticas son percibidas como independientes, organizadas y orientadas hacia la creación.

4.-Las familias orientadas hacia la obtención de logros son competitivas y trabajadoras. Se distinguen dos tipos : a)las que obtienen logros por la vía de la independencia, las cuales son más bien controladoras y mantienen actitudes ético-religiosas convencionales y b) las familias que aspiran alcanzar logros por la vía del conformismo; obtiene bajos puntajes en las escalas de conflicto e independencia.

5.-Familias orientadas hacia la religión.

6.-Las familias orientadas hacia el conflicto y poco estructuradas son menos cohesivas y son desorganizadas. Por otra parte, son expresivas, independientes y con orientación hacia la recreación. Perciben altos niveles de conflicto. Las estructuradas y orientadas hacia el conflicto perciben poca cohesión, expresión de los afectos e independencia.

Para Saucedo y Foncerrada, 1985 (citado en Montiel, 2006) existen dos tipos de familias las cuales son la familia funcional y familia disfuncional.

La familia funcional. Es aquella que promueve en sus miembros un desarrollo adecuado tanto a nivel físico como psíquico a través de:

- 1.-Una comunicación fluida, abierta y directa
- 2.-Congruencia entre lo que se dice y lo que se hace
- 3.-Una comunicación de pautas que rijan la jerarquía, límites y libertad dentro de la familia
- 4.-La existencia de límites definidos, pero no rígidos

- 5.-Una separación clara entre los diferentes subsistemas (padres, hijos, hermanos) sin que exista demasiada distancia o falta de comunicación entre ellos.
- 6.-Percepciones y expectativas realistas por parte de los padres acerca de ellos mismos y de sus hijos.
- 7.-Conceder importancia a su pareja (esposo y esposa) y que los niños no sientan que al acercarse a uno de sus padres se separan del otro.
- 8.-Favorecer el desarrollo de la autonomía e identidad personal en todos los miembros de la familia.
- 9.-La existencia de expresiones de cariño y afecto no posesivo entre padres y hermanos
- 10.-Suficiente apertura de la familia para permitir que sus miembros se involucren con otras personas
- 11.-Ausencia de violencia, en la familia, que permita a su vez que las relaciones entre sus miembros se basen en principios de igualdad, respeto y comprensión.
- 12.-Una autoridad que no se confunda con autoritarismo, por parte de los padres hacia los hijos
- 13.-Dar oportunidad a los hijos de sentirse productivos al asignarles deberes dentro de su hogar, acordes a su edad.
- 14.-Dividir el tiempo familiar en tres partes: tiempo para cada persona este sola (tiempo propio); tiempo para que cada persona la pase con otra (tiempo de compañeros); tiempo para estar todos juntos (tiempo de grupo).
- 15.-Reconocer los problemas y tratarlos de resolver con apoyo de sus miembros internos y auxilio externo cuando se requiera.
- 16.-Buscar la solución más apropiada para cada problema, es más importante que la lucha por el poder.
- 17.-Ser lo suficiente flexible (como sistema familiar) para cambiar cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen.
- 18.- Tener libertad de pensamiento, percepción y sentimiento, por parte de cada uno de los miembros de la familia. Así como tener deseos y metas propias.
- 19.-Validar y contemplar las necesidades de cada integrante dentro del sistema familiar.

20.-La existencia de respeto y valoración mutua.

21.-La posibilidad de cometer errores y capacidad de perdonar

La familia disfuncional: es aquella donde el sistema familiar está al servicio de mantener la patología de la familia por medio es:

1.-La utilización del mecanismo de defensa de negación.

2.-La existencia de una total idealización o total evaluación de los niños hacia sus padres.

3.-La existencia de mucha necesidad de control

4.-Una autoestima que depende de los otros

5.-Roles rígidos, no muy claros o impuestos

6.-Ser un sistema cerrado al exterior

7.-Tener límites poco permeables y rígidos

8.-La existencia de muchos secretos

9.-Presentar comportamientos adictivos o compulsivos

### **3.3.-Estructura Familiar**

El concepto de estructura describe la totalidad de las relaciones existentes entre los elementos de un sistema dinámico. La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia, es el conjunto de demandas funcionales que indica a los miembros como deben funcionar. Así pues, una familia posee una estructura que puede ser vista en movimiento.

Minuchin (1977) también afirma que la familia es un sistema que opera dentro de los contextos sociales específicos y tiene tres aspectos importantes:

A).- La familia está en constante transformación por la necesidad de adaptarse a las diversas exigencias de los estadios de desarrollo por los que atraviesa de manera que asegure continuidad y crecimiento psicosocial a los miembros que la componen. Este doble proceso de continuidad y crecimiento se da a través de dos funciones tendencia homeostática y capacidad de transformación.

B).- La estructura de una familia es la de un sistema sociocultural abierto que se autogobierna mediante reglas que se han desarrollado y modificado en el tiempo a través del ensayo y error, delimitando que está permitido en la relación y que no, hasta llegar a una definición estable de la misma, es decir, a la formación de una unidad sistemática regida por modalidades transaccionales.

Minuchin (1977) afirma que estas modalidades transaccionales que regulan el comportamiento de los miembros de la familia se mantienen por obra de dos sistemas coactivos.

La familia es en esencia un sistema vivo de tipo "abierto", tal como lo describió Bertalanffy en 1968. Al conceptualizarlo así, dicho sistema se encuentra ligado e intercomunicado con otros sistemas como el biológico, el psicológico, el social además la familia, pasa por un ciclo donde despliega funciones como: nacer, crecer, reproducirse y morir, las cuales pueden encontrarse dentro de un marco de salud y normalidad o bien adquirir ciertas características de enfermedad o patología.

El ser humano es un animal social, busca a los de su misma especie, desde el nacimiento, el impulso primario va hacia el mantenimiento del contacto y comunicación interpersonal, y por tanto se encuentra en constante interacción consigo mismo y con los otros. Por lo tanto no puede considerarse al individuo, a la familia, a la estructura social como sistemas cerrados o como entidades separadas e independientes, sino que son interrelacionadas de un todo que cambian y se transforman a lo largo del tiempo. Pues el individuo y el grupo actúan recíproca e interdependientemente, ambos influyen selectivamente en el proceso de cambio, el hombre es un sistema abierto a un continuo intercambio de energía entre su organismo y el ambiente exterior.

Estos conceptos de estructura constituyen el fundamento de la terapia de familiar. Sin embargo, la terapia estructural de familia debe partir de un modelo de normalidad que le permita medir las anomalías.

Las funciones de la familia sirven a dos objetivos distintos, uno interno y el otro externo:

- a) La protección psico-social de sus miembros (interno)
- b) La acomodación y transmisión de una cultura (externo)

Con todo esto se puede observar que la estructura familiar estará compuesta por diversos sistemas y funciones que proporcionaran a la familia encontrar los recursos para una buena funcionalidad como.



Otro factor importante en la estructura familiar es la cohesión de acuerdo a González (2003) la cohesión familiar es el vínculo y autonomía existente entre los miembros de la familia; independencia, límites internos y externos, límites generales, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, interés y ocio. Además Olson, 1989 (citado en Martínez y Panpliega; 2006) clasifica a las familias según su cohesión en:

1.-No relacionada

2.-Semi relacionada

3.-Relacionadas

4.- Aglutinadas

Así mismo Atri y Zetune (1987) definen a la cohesión como el involucramiento afectivo, el cual se refiere al grado en que la familia, como un todo, muestra interés y valora las actividades e intereses de cada uno de sus miembros.

Por otra parte Rodrigo y Palacios (2001) argumentan que la familia es un núcleo que puede dar problemas y conflictos pero que también constituye un elemento de apoyo ante dificultades surgidas fuera del ámbito familiar y un punto de encuentro para tratar de resolver las tensiones surgidas en su interior. De acuerdo a Jaes (1992) la cohesión es la coalición emocional que los miembros de una familia tienen entre sí. Hay cuatro niveles de cohesión; desvinculada (muy baja), separada (baja a moderada), conectada (moderada a alta) y enmarañada (muy alta). Los niveles centrales de cohesión separada y conectada, son los más viables para el funcionamiento de la familia, los niveles extremos como cohesión desvinculada o enmarañada, se consideran problemáticos y en el extremo opuesto se encuentran sistemas desvinculados donde se estimula un alto grado de autonomía.

### **3.4.- Subsistemas**

Para Minuchin, (1977) afirma que la familia es un sistema que opera dentro de los contextos sociales específicos y tiene aspectos importantes: Como la familia está en constante transformación por la necesidad de adaptarse a las diversas exigencias de desarrollo que atraviesa de manera continua además hay un proceso de crecimiento y continuidad a través de dos funciones homeostasis y transformación. El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas". Los individuos son subsistemas en el interior de una familia. Las díadas, como la de marido-mujer, madre-hijo o hermano-hermana, pueden ser subsistemas. Los subsistemas pueden ser formados por generación,

sexo, interés o función. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas.

De acuerdo Minuchin (1997):

El "subsistema parental" (padres), se constituye al nacer el primer hijo. El funcionamiento eficaz requiere que los padres y los hijos acepten el hecho de que el uso diferenciado de autoridad constituye un ingrediente necesario del subsistema parental. Ello se convierte en un laboratorio de formación social, para los niños, que necesitan saber cómo negociar en situaciones de poder desigual.

El "subsistema fraterno" (hermanos), es el primer laboratorio social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales. En el mundo fraterno, los niños aprenden a negociar, cooperar y competir.

El "Suprasistema": Engloba los sistemas con los que la familia mantiene contacto. El sistema familiar que se ha descrito se relaciona con otros según su capacidad para dar y recibir información.

El suprasistema incluye la familia de origen, el colegio, el trabajo, los amigos, las asociaciones de todo tipo, etc. Las informaciones que produce enriquecen el sistema familiar y contribuyen a su crecimiento.

De acuerdo con Jackson (1998) define a la familia como un sistema gobernado por reglas. Las reglas son "formulaciones hipotéticas elaboradas por un observador para explicar la conducta" p.60. En la familia que comienza no hay reglas establecidas, cada miembro componente de la misma aportará, a lo sumo, sus propias experiencias y sus propios modelos de intercomunicación según los esquemas aprendidos o elaborados en el sistema familiar de origen; pero esto no bastará para todo lo que ahora han de ir estructurando.

Las reglas se pueden clasificar en tres categorías:

A) Reglas reconocidas (rr):

Son reglas que se han establecido explícitamente y de manera directa y abierta. Comprenden acuerdos en distintas áreas, tales como normas de convivencia, asignación de tareas, responsabilidad de ciertos papeles, expresión de necesidades personales, etc.

B) Reglas implícitas (ri):

Estas reglas constituyen funcionamientos sobreentendidos acerca de los cuales la familia no tiene necesidad de hablar de modo explícito. Se dan en la dinámica de la familia, aunque no

se han verbalizado.

### C) Reglas secretas (rs).

Estas son las más difíciles de descubrir al estudiar una familia. Son modos de obrar con los que un miembro, por ejemplo, bloquea las acciones de otro miembro; son actos que tienden a desencadenar actitudes deseadas por quien manipula el resorte que los provoca.

## 3.5.-Funciones de la Familia

Históricamente la familia ha desempeñado algunos papeles que, en términos generales, se siguen cumpliendo. Varios autores han establecido las funciones que cualquier familia debe de cumplir con sus integrantes, aludiendo a estas su razón de ser y su importancia.

De acuerdo a Huerta (2005) las funciones de la familia son las responsabilidades fundamentales que determinan su supervivencia.

Tienen como objetivo:

- 1.-Protección psicosocial de sus miembros
- 2.-La acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura a sus descendientes.

A continuación se presenta una recopilación de lo que diversos autores han establecido (Ackerman, 1988; Alvarado y Francisco, 1995; Herrera, 1990).

- Satisfacer las necesidades físicas y afectivas de sus integrantes
- Procrear y reproducir la especie humana
- Procurar la crianza y educación de los hijos
- Asegurar el sano crecimiento físico y mental de los hijos
- Iniciar su proceso de socialización mediante las interrelaciones con los demás integrantes de la familia
- Fomentar el respeto hacia los demás y propiciar el desarrollo intelectual y cultural
- Promover los valores de afecto, amor, aprendizaje, ayuda, comunicación, comprensión, convivencia, confianza, cooperación, dialogo, fidelidad, igualdad, respeto, responsabilidad y solidaridad.
- Brindar la oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar; este vínculo de identidad proporciona la integridad y fuerza psíquica para enfrentar nuevas experiencias

- Moldear los roles sexuales, lo que prepara el camino para la maduración y relación sexual
- Promover la ejercitación social para integrarse en roles sociales y aceptar la responsabilidad social
- Fomentar el aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual
- Promover la auto aceptación, autoimagen y autoestima de sus miembros.
- Cuidar de los ancianos y de la salud de sus miembros
- Ser una representación civico-política
- Ser medio de producción, apropiación y consumo

Si se concibe a la familia como grupo dinámico, con su cultura, su carácter y su ideología, se debe trazar ahora cuáles son sus funciones de acuerdo a Freedman (1984), propone otras funciones que la familia debe desempeñar y estas son:

a).-Funciones Matrimoniales: La familia debe satisfacer las necesidades de los esposos y permitirles realizar una constelación familiar adecuada

b).-Funciones de crianza: Abarcan el aporte de alimentos y los cuidados físicos. El hecho de comer juntos, al menos una vez al día no es solo un ritual sino un rito importante en la familia para la comunicación, el aprendizaje, la interacción como grupo.

c).- Función de relación: Cuando se haya ayudado al niño de encontrar su lugar en la familia permitiéndole sentirse como las interrelaciones intra familiares.

d).-Funciones comunicativas: El hecho de hablar con el niño acerca de sus experiencias internas y externas más precoces es esencial para que empiece a hablar y comunicarse significativamente. Solo a través del lenguaje y su base simbólica se convierte la conciencia del cuerpo en conocimiento, y sólo por medio del lenguaje pone confianza básica madre e hijo

e).- Funciones emancipadoras: La meta final para todo niño es la de crecer y ocupar su lugar como miembro pleno de la sociedad en la cual le ha colocado la familia.

e).-Funciones recuperativas: La familia debe facilitar la relación de sus miembros, la relación de modales y costumbres e incluso de defensas esenciales para la interacción en la comunidad.

En esta función Ledebón (1980) menciona que hasta cierto punto la familia permite también a sus miembros comportarse y comprometerse en actividades creativas, y otro tipo que aporte el alivio en la monotonía de muchos trabajos.

La familia como grupo exige y enseña a controlar los impulsos. Según Gergen (1997), la realidad de la familia es concebida como un juego lógico de creencias y significados, dentro de un contexto determinado, que se mantiene a través del lenguaje y de las interacciones que contribuyen a la construcción de una historia consensual. Por eso, el cambio reside en cambiar los patrones de interacción de los miembros de la familia, que producen círculos viciosos e impiden la solución de los problemas y la flexibilidad necesaria para adaptarse a nuevas circunstancias.

Reyes (1986) menciona las funciones con base a las necesidades que cubre, las convierten a la familia en un sistema único.

- Necesidades referentes a la supervivencia física
- Necesidades referentes al desarrollo personal

Otras funciones importantes son moldear los roles sexuales, con lo cual ayuda a la maduración y realización sexual, abastecer la oportunidad para mostrar la identidad personal ligada a la familia, vinculo que facilita la integridad y fortaleza psíquica para enfrentar nuevas experiencias; ejercitar la integración a roles sociales y la aceptación de la responsabilidad social, fomentar el aprendizaje, creatividad e iniciativa individual. (Ackerman, 1988).

### **3.6.-Familia y Ciclo Vital de la Familia**

El estudio del ciclo vital de una familia permite analizar la historia de la familia, desde su formación hasta su disolución. Cada etapa de la familia tiene a su vez fases que permiten distinguir los eventos de cada uno, es importante tomar en cuenta que debe haber un proceso de crecimiento y maduración, ya que la familia no es una organización estática, pasiva o inmutable, es más bien un organismo vivo integrado por cada uno de sus miembros, ya que interactúan constantemente. (Huerta, 2005).

Para Minuchin (1986) la familia se desarrolló en el transcurso de cuatro etapas a lo largo de las cuales el sistema familiar sufre variaciones; los períodos de desarrollo pueden provocar transformaciones al sistema y un salto a una etapa nueva y más compleja. Las cuatro etapas son:

- a) Formación de la pareja
- b) La pareja con hijos pequeños

c) La familia con hijos en edad escolar y/o adolescentes

d) La familia con hijos adultos

Minuchin también señala que cada etapa requiere de nuevas reglas de interacción familiar, tanto al interior como al exterior del sistema. Sin embargo, hay familias que pueden permanecer en una misma etapa a pesar de que el sistema familiar requiere de una transformación (nacimiento de un hijo (a), crecimiento de los hijos (as) con lo que ello implica como puede ser ingreso al ámbito educativo formal, cambio de nivel escolar, cambio de escuela, alejamiento del hogar por cuestiones de trabajo, por estudios, matrimonio, etc.). Este estancamiento en alguna etapa del ciclo vital puede llevar a la disfuncionalidad familiar. Al comienzo del matrimonio, una joven pareja debe enfrentar un cierto número de tareas. Los esposos deben acomodarse mutuamente en un gran número de pequeñas rutinas. Por ejemplo deben desarrollar rutinas para acostarse y levantarse aproximadamente a la misma hora, debe existir una rutina para comer juntos y para salir a lugares que son del gusto de ambos.

En este proceso de mutua acomodación, la pareja desarrolla una serie de transacciones, formas en que cada esposo estimula y controla la conducta del otro y, a su vez, es influido por la secuencia de la conducta anterior.

Estas pautas transaccionales constituyen una trama invisible de demandas complementarias que regulan muchas situaciones de la familia.

La pareja también enfrenta la tarea de separarse de cada familia de origen y de negociar una relación diferente con los padres, hermanos y parientes políticos, las prioridades deben modificarse, ya que los deberes fundamentales de los nuevos esposos conciernen a su matrimonio. Las familias de origen deben aceptar y apoyar esta ruptura.

Cada esposo debe conocer a los amigos del otro y seleccionar a aquéllos que serán los amigos de la pareja.

El nacimiento de un niño señala un cambio radical en la organización de la familia. Las funciones de los cónyuges deben diferenciarse para enfrentar a los requerimientos del niño, de atención y alimento para encarar las restricciones impuestas al tiempo de los padres. El compromiso físico y emocional con el niño requiere un cambio en las pautas transaccionales de los conyuges. En la organización de la familia aparece un nuevo grupo de subsistemas en el que los niños y los padres tienen diferentes funciones.

Este periodo requiere también una renegociación de las fronteras con la familia en su conjunto y con los elementos extra familiares.

Los abuelos, tías y tíos pueden incorporarse para apoyar, orientar u organizar las nuevas funciones en la familia, o la frontera alrededor de la familia nuclear puede fortalecerse.

Los niños se hacen adolescentes y luego adultos. Nuevos hermanos se unen a la familia, o a los padres se convierten en abuelos. En diferentes períodos del desarrollo, así se le requiere a la familia que se adapte y reestructure. Los cambios de la fuerza y productividad relativa de los miembros de la familia requieren acomodaciones continuas, al igual que el cambio genera de la dependencia de los niños frente a sus padres, a medida que los hijos abandonan la familia, reaparece la unidad original del marido y mujer, aunque en situaciones sociales distintas. 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 (Carter y McGoldrink, 1989).

Los hechos en la evolución familiar que forman parte del "ciclo vital de la familia" son: el nacimiento y crianza de los hijos, la partida de éstos del hogar y la muerte de algún miembro (Carter y McGoldrink, 1981). Todos ellos producen cambios adaptativos vinculados a las variaciones en la composición de la familia que precisan una reorganización de los roles y reglas del sistema, así como una modificación de los límites familiares internos y externos.

En otras, se diferencian y distancian unos de otros bajo la influencia de fuerzas intrafamiliares centrífugas como es la emancipación de los hijos (Minuchin, 1994).

Es imprescindible que, en cada una de las fases, los participantes desplieguen habilidades adecuadas de comunicación y negociación que les permitan ajustarse a los cambios evolutivos.

Existen ciclos vitales "alternativos", como sucede en la separación o divorcio, la muerte prematura y la incidencia de una enfermedad crónica en el sistema familiar. En estas ocasiones, el ciclo normal se trunca y los miembros de la familia deben adaptarse a la nueva situación para seguir viviendo.

El ciclo se ha dividido en las etapas siguientes: el primer contacto, el establecimiento de la relación; la formalización de la relación; la luna de miel; la creación del grupo familiar y la segunda pareja.

a).- Contacto

La primera etapa para la formación de una nueva familia comienza cuando los componentes de la futura pareja se conocen.

b).- Establecimiento de la relación

A medida que la relación se va consolidando se crea una serie de expectativas de futuro y una primera definición de la relación. Los miembros de la pareja negocian sus pautas de intimidad, cómo comunicarse el placer y el displacer y como mantener y manejar sus lógicas diferencias como personas distintas que son.

c).- Formalización de la relación

La relación adquiere un carácter formal mediante el contrato matrimonial, que señala la transición de la vida de noviazgo a la nueva vida de casados. Las reacciones de las familias de origen ante la boda son importantes porque normalmente causan un fuerte impacto en el desarrollo posterior de la pareja.

Así mismo, los recién casados negocian la naturaleza de los límites que regulan la relación entre ellos y sus familiares de origen, sus amigos, el mundo del trabajo, el vecindario y otros contextos importantes.

Las nuevas pautas establecidas regirán la forma en que cada uno se experimentará a sí mismo y a su pareja dentro del contexto matrimonial, por lo que cualquier conducta que esté fuera de lo acordado se considera una desviación e incluso una traición al pacto (Minuchin, 1984).

d).-Luna de miel

Cuando los conyugues comienzan a compartir su nueva vida de casados se produce un contraste entre las expectativas generadas en la segunda etapa y la realidad que conlleva la convivencia. Es necesaria una división de las funciones que desempeñará cada miembro de la pareja, la creación de pautas de convivencia- el grado de convivencia- el grado de intimidad emocional y sexual- y una segunda definición de la relación.

e).- Creación del grupo familiar

Abarca un amplio espacio temporal, desde que aparecen los hijos hasta que estos empiezan a emanciparse de los padres. Por consiguiente, comprende importantes sub etapas como son: el matrimonio con niños pequeños, el matrimonio con chicos en edad escolar, el matrimonio con hijos adolescentes y el matrimonio con hijos jóvenes en edad de emanciparse.



La evolución del grupo familiar supone que el subsistema parental tiene que modificarse y establecer nuevas negociaciones de la relación y nuevos repartos de roles a medida que los chicos van creciendo.

Así en determinadas etapas de la vida de una familia, sus miembros se involucran estrechamente entre si bajo la influencia de fuerzas familiares. En otras se diferencian y se distancian unos de otros bajo la influencia de fuerzas intrafamiliares como es el caso de la emancipación de los hijos (Minuchin, 1984).

### **3.7.- La Familia Con Enfermos Crónicos**

En México como en muchos otros países, la familia representa una unidad básica de la sociedad en la que comparte sus miembros, la vida, sus fortalezas, debilidades y el conocimiento y significado que tiene de sí mismo y de su realidad. Sin embargo los cambios sociales, como la aparición de nuevos roles son factores generadores de modificaciones en la estructura y la dinámica familiar.

Se considera paciente crónicamente enfermo a toda aquella persona con incapacidad total o parcial derivada de una patología irreversible que conduce a la deficiencia, pérdida o anomalía de una función en las áreas fisiológicas o psicológicas. (Roque, 2004).

La enfermedad interfiere con los ciclos evolutivos de las personas y de la familia en su conjunto, es decir, las tareas normativas que debe enfrentar la familia se ven influenciadas por la vivencia de la enfermedad, por esto las estrategias de afrontamiento que posea la familia así como el apoyo de redes sociales son fundamentales para el buen cumplimiento de estas. (Rolland, 2000).

Aunque cada individuo y cada familia responda de forma particular a la presencia de una enfermedad crónica existen semejanzas que permite distinguir cinco etapas por la que atraviesa en su conjunto de crisis.

1.- Etapa 1 de negación del padecimiento

2.-Etapa 2 de enojo o resentimiento

3.- Etapa 3 o de pacto, los miembros de la familia replantean actitudes para beneficiar al enfermo

4.-Etapa 4 o de depresión

5.-Etapa 5 aceptación de la enfermedad.

La enfermedad crónica dada la evolución puede presentarse a través de todas las fases del ciclo de la vida familiar, desde la fase de expansión hasta la de retiro, y enfrentarse a ella resulta un verdadero reto para todo el núcleo familiar, en los que van a involucrarse recursos económicos, educacionales, mentales, emocionales, físicos y sociales. (Roque, 2004).

El impacto psicosocial de la enfermedad crónica en los miembros de la familia es considerable requiriendo un cambio de roles y una distribución de las tareas, la etapa del desarrollo durante la cual aparece la enfermedad crónica puede ser de importancia crucial por el impacto social sobre el paciente. (Barrón, 1996).

Se ha observado en las familias con enfermos crónicos que las tareas evolutivas de sus miembros se prolongan debido a la necesidad de cuidar a la persona enferma, interfiriendo con los proyectos personales, profesionales y amistades de los miembros de la familia (Navarro, 2004). Por lo tanto la familia se ve obligada a establecer nuevas formas de funcionamiento y aceptar una continua presencia en la integración de sus miembros. Debido a esto consideramos que la familia tiene que ver mucho con el apoyo de la persona enferma y de la manera de enfrentar las adversidades que se le presenten,

### **3.8.- Funcionamiento Familiar y Resiliencia**

El estudio sobre el funcionamiento familiar y resiliencia es relativamente joven, remontándose a las últimas tres décadas. Algunos autores han propuesto modelos teóricos que en algunos casos se han operacionalizado, sirviendo de base, entre otras, a la construcción de instrumentos de medición que evalúan este fenómeno en sus diferentes dimensiones teóricas. (Palomar, 1998). Ya que en la actualidad, puede representar una invitación a la desesperanza, donde se visualizan las carencias, obstáculos y dificultades de las familias, no obstante desde el enfoque de la resiliencia, puede ofrecer una mirada positiva a la realidad que abarca las fortalezas y recursos de las familias.

La familia se puede ver como un sistema de gran influencia a nivel preventivo, puede desarrollar actitudes y comportamientos para enfrentar los factores de riesgo, una fuente relevante que proporciona al individuo herramientas y recursos para enfrentar la adversidad. En este sentido, Minuchin (1977) afirma que la familia normal no puede ser distinguida de lo anormal, por su ausencia de problemas; por lo tanto para estudiarla y atenderla debe disponer de un esquema conceptual del funcionamiento familiar que lo ayude a analizarla en su circunstancia particular. Sin embargo, es claro que en la dinámica interna de cualquier familia puede considerarse dentro de un rango que va desde lo funcional hasta lo

disfuncional, de acuerdo con sus características. Por ello, algunos autores (Beavers y Hampson, 1955) han establecido parámetros para determinar el grado de funcionalidad de las familias. Según Gergen (1997) la realidad de la familia es concebida como un juego lógico de creencias y significados, dentro de un contexto determinado, que se mantiene a través del lenguaje y de las interacciones que contribuyen a la construcción de una historia consensual. Por eso, cuando aparece una modificación se cambian los patrones de interacción de los miembros de la familia, que producen círculos viciosos e impiden la solución de los problemas y la flexibilidad necesaria para adaptarse a nuevas circunstancias. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. (Huerta, 1999).

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor que influye en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros como la Diabetes por lo tanto si la familia cumple o deja de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional. Una familia funcional es lo suficientemente flexible para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que puede conservar la homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas. En cambio, una familia disfuncional favorece la resistencia al cambio y la aparición de crisis que amenazan o rompen el equilibrio. La familia funcional no difiere de la disfuncional por la ausencia de problemas, lo que las hace diferentes es el manejo que hacen de sus conflictos, no la ausencia o presencia de ellos. (Huerta, 1999).

En relación a los problemas, Satir (1980) afirma que las familias que funcionan bien requieren lapsos diversos para resolverlos sin paralizar sus procesos interaccionales. En estas familias los conflictos suelen ejercer un efecto positivo en cuanto a que estimulan los cambios de desarrollo necesarios. La familia toma una importancia fundamental en el contexto social del individuo para el desarrollo y mantenimiento en presencia de una enfermedad. También aparece la dinámica familiar considerada como un conjunto de fuerzas tanto positivas como negativas determinantes del buen o mal funcionamiento de esta unidad biológica natural. Jackson (1965, citado en Saucedo y Foncerrada, 1985)

Para Olson, 1989 (citado en Martínez y Panpliega; 2006) el funcionamiento familiar se compone principalmente por la cohesión y la adaptabilidad de las familias, las cuales tienen la comunicación como una dimensión facilitadora cuya relación con el funcionamiento familiar es lineal. González (2003) define a la cohesión familiar como el vínculo emocional y autonomía existente entre los miembros de la familia, además menciona que la adaptabilidad es la habilidad del sistema familiar para modificar las estructuras de poder, roles y las reglas de relación, en respuesta al desarrollo evolutivo vital de la familia.

Para entender mejor el funcionamiento familiar, el individuo como ser social se relaciona dentro de su sistema familiar y este acapara lo positivo o negativo de su contexto a su desarrollo personal. Además las familias pueden entenderse en términos de su funcionamiento ya sea asintomático, promedio, según los procesos transaccionales y optimo, como a continuación se describe cada uno de ellos (Bravo, 2004).

- **Funcionamiento Familiar asintomático:** La familia es considerada normal, al no existir síntomas de disfunción o psicopatología en los miembros de la familia.
- **Funcionamiento familiar promedio:** Implica que las familias en el rango medio de funcionamiento están tan desviadas de la norma como las familias severamente disfuncionales ya que la mayoría de las familias tienen problemas.
- **Funcionamiento familiar según los procesos transaccionales:** Las familias normales se conceptualizan en términos de procesos universales, características desde los sistemas, implican integración, mantenimiento y crecimiento de la unidad familiar en relación con el sistema individual y social.

Minuchin (1989), propone dos categorías para investigar el funcionamiento de una familia:

- a).-Distribución de roles y
- b).-Jerarquías de poder

Satir (1991), considera las siguientes:

- a).-Grado de colaboración y apoyo entre sus miembros
- b).-Distribución de tiempos y
- c).- Grado de organización o “ingeniería” familiar

Estrada (1991), propone las siguientes categorías:

- a).-La capacidad para reconocer y resolver problemas emocionales
- b).- La intensidad y calidad de la comunicación
- c).-La clase y graduación de la expresión afectiva
- d).-El nivel de autonomía que se permite a sus miembros, y
- e).-La presencia o ausencia de problemas psicopatológicos en tres o más miembros de una familia.

Otro aspecto importante para poder conocer el funcionamiento familiar es el modelo de Sistemas de Beavers, que de acuerdo a Beavers y Hampson (1995), se elaboró durante un estudio sobre salud familiar con el objetivo de identificar aquellas cualidades de la familia asociadas con el éxito en importantes funciones familiares como la crianza de los hijos. Este esquema de evaluación familiar puede ser un valioso mecanismo para aprender a “pensar en sistemas”, es decir, a pensar en los pacientes y en la enfermedad como fenómenos contextuales como:

a).-Familias que también tienen diversos estilos de funcionamiento, que pueden tener relación con la adaptación o la competencia y

b).-El modelo debería ser compatible con conceptos clínicos esenciales del funcionamiento familiar, que han sido producidos por la terapia familiar.

Un punto indispensable para que una familia se desarrolle plenamente es su funcionamiento, el cual se entiende como los patrones de comportamiento e interacción de la familia, estos de acuerdo con algunas dimensiones como cohesión, comunicación, roles, estructura de poder, resolución de conflictos, expresión de afectos, control de la conducta entre otros. (Bowlby, 1996). Por otro lado McCubbin (1998) definieron la resiliencia familiar como cualidades y propiedades de las familias que les ayudan a ser resistentes frente a los cambios; facilitan la adaptación en situaciones donde se vive una crisis, mediante procesos que promuevan la sobrevivencia, salir adelante y resistir.

Algunas de las contribuciones que da la familia a la resiliencia del individuo incluyen: relaciones de confianza y de cuidado; el desarrollo de un propósito positivo en las expectativas de la vida; soportar decisiones que se han tomado y proveer una familia con cohesión y apoyo. Walsh (1998) comenta que el enfoque de resiliencia desde la perspectiva de la terapia sistémica, ve a la familia que atraviesa por una situación adversa como una entidad desafiada en lugar de considerarla como una entidad perjudicada, y procura comprender en que forma logra sobrevivir y regenerarse en medio de un estrés, reafirmando con ello su capacidad de auto reparación. Ya que una familia resiliente posee fortalezas que protege y ayuda a sus miembros a recuperarse de las experiencias negativas; se benefician y contribuyen a una red de relaciones en sus comunidades. Para Patterson (1983) una familia resiliente es aquella que cuenta con cierta flexibilidad y moldeamiento, son capaces de cambiar su aproximación de la crisis haciéndola más comprensible, manejable y significativa; intercambian recursos familiares, soporte social, percepción de su situación y habilidades para resolver problemas al mediar el nivel de adaptación a la crisis.

Patterson (2002) establece que una familia resiliente se distingue por la cohesión que existe entre sus miembros, la flexibilidad, la comunicación abierta y el significado en la familia como unidad por parte de cada integrante.

En la búsqueda de las variables más relevantes que contribuyen a la resiliencia y el buen funcionamiento de las familias se han encontrado tres dimensiones básicas: a) el sistema de creencias familiares, que permiten dar un significado a las situaciones de crisis facilitando una salida positiva y con ciertas esperanzas; b) los patrones de organización en que mediante una estructura flexible se comparte el liderazgo, con un soporte mutuo y trabajo en equipo; y c) los procesos de comunicación (Walsh, 1998).

Por lo tanto la capacidad que tenga la persona para poder enfrentar las diversas situaciones va a ser la resiliencia, por ello también es importante conocer el significado y los diferentes tipos que existen así como sus conceptos y definiciones más apropiados, todo esto lo abordaremos en el siguiente capítulo.

## CAPITULO IV “RESILIENCIA”

En capítulos anteriores se ha abordado lo que es salud, enfermedad, Diabetes Mellitus Tipo II, y cómo impacta en el sistema donde se presenta, hasta la función de los integrantes que tienen con respecto a la persona que presenta la enfermedad, incluso el propio panorama de las personas que lo padecen, sin embargo otro aspecto importante de desarrollar en este tipo de enfermedades crónicas es la resiliencia ya que va a ser un factor muy importante para poder entender el tipo de afrontamiento y las herramientas con que cuenta la persona que padece Diabetes Mellitus para salir adelante; en este capítulo se desglosarán los siguientes temas: Concepto de Resiliencia, Características, Tipos, Resiliencia y Salud.

### 4.1.- Concepto de Resiliencia

El concepto de resiliencia apareció aproximadamente desde la segunda mitad del siglo XX, tiene como origen la palabra latina “resilio” que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. (Luthar, 2006). Considerada como la capacidad que posee un individuo frente a las adversidades, para mantenerse en pie de lucha, con dosis de perseverancia, tenacidad, actitud positiva y acciones, que permiten avanzar en contra de la corriente y superarlas. (Chávez e Yturralde, 2006). Es por ello que se consideró de gran importancia para el estudio en personas con Diabetes Mellitus.

Al hablar de resiliencia se refiere a las fuerzas negativas, expresadas en término de daño o riesgo encuentran un verdadero escudo protector que hará que dichas fuerzas no actúen linealmente, sino que actúen los efectos negativos y en otras circunstancias las transformen en factor de superación de la situación adversa. (Muñiz, 1998). La palabra resiliente ha sido generalmente aplicada a personas que se sobreponen a las dificultades, o bien, para describir a una persona que tiene una buena trayectoria de adaptaciones exitosas frente al estrés o a los cambios. (Smith, 1992). Es considerada como un proceso dinámico que tiene por resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad Luthar (2006). En el ámbito de Psicología se habla que este término cobra importancia a través de los trabajos del Psiquiatra Michael Rutter, quien considera que la resiliencia “no debe ser entendida como la animada negación de las difíciles experiencias de la vida, dolores y cicatrices, es más bien la habilidad para continuar adelante a pesar de ello” (Rutter, 1986).

La familia ha sido reconocida como factor de protección, además como un agente facilitador de resiliencia, contrario a la idea tradicional de la familia, como origen de psicopatología (López, 2008).

Es por ello que no solo el estudio de la familia va a ser importante en el padecimiento de enfermedades también la resiliencia como facilitador por eso es importante identificar algunas definiciones acerca de su origen.

La resiliencia proviene del latín *resilio* que significa volver atrás, volverse de un salto, rebotar, saltar hacia atrás ser repelido o resurgir. (Sánchez, 2007). El vocablo llegó del inglés *resilience* para expresar la capacidad de un material para recuperar su forma original después de haber sido sometido a altas presiones (Douglas, 1976). También Dowling (1999), explica que la resiliencia es un concepto que se utiliza para describir la primera parte de lo que sucede en una prueba de tensión.

Por lo tanto la resiliencia es entendida como la capacidad de un individuo o de un sistema social de vivir bien y desarrollarse positivamente a pesar de las condiciones de vida difíciles (Vanistendael, 1997 y Haz 2003). Se ha introducido una perspectiva diferente en el ámbito de la psicopatología al confiar más en la fortaleza de las personas, en sus posibilidades de realizar cambios positivos así como capacidad de adaptación a nuevos ambientes. Por otro lado la resiliencia (Nájera 2008) es parte integral de la prevención en salud mental, la reducción de factores de riesgo y la promoción de factores protectores es el centro de la prevención para las enfermedades mentales, así como el diseño de programas de intervención a nivel individual, familiar y comunitario, del campo de la clínica.

Ya que la resiliencia es un proceso dinámico en el que los individuos presentan una adaptación positiva a pesar de las experiencias de adversidad significativa o trauma, el termino no representa un rasgo de la personalidad o un atributo de la persona, es una construcción de dos dimensiones que implica la exposición a la adversidad y la manifestación de resultados de ajuste positivo (Luthar, 2007). Por su parte Melillo (2004) define a la resiliencia como la capacidad de los seres humanos de superar los efectos de una adversidad a la que están sometidos e incluso, salir fortalecidos de la situación.

Vera (2006) menciona que ante un suceso traumático, las personas resilientes consiguen mantener un equilibrio estable sin que afecte a su rendimiento y a su vida cotidiana. A diferencia de aquellos que se recuperan de forma natural tras un periodo de disfuncionalidad, los individuos resilientes no pasan por este periodo, sino que permanecen en niveles funcionales a pesar de la experiencia traumática.

Para Manciaux (2003) se define como: recuperarse, ir hacia adelante tras una enfermedad. Es vencer las pruebas y las crisis de la vida, es decir, resistirlas primero y superarlas después para seguir viviendo lo mejor posible, es rescindir un contrato con la adversidad.



En esta perspectiva, se sostiene que la resiliencia esta potencialmente presente durante todo el desarrollo de la persona (Galende, 2004) y que no es estática, ya que fluctúa con el paso del tiempo. Desde la perspectiva psicoanalítica la persona no posee previamente esa capacidad resiliente, no se encuentra preparada para pasar las adversidades de la vida, pues son esas mismas circunstancias las que producen las condiciones subjetivas que enriquecen sus posibilidades potenciales de actuar sobre la realidad que vive, transforma. Sin embargo Grotberg (1995 en Melillo 2005) plantea que la resiliencia requiere la interacción de factores resilientes provenientes de tres niveles diferentes: soporte social (yo tengo), habilidades (yo puedo) y fortaleza interna (yo soy y yo estoy), organiza los factores de resiliencia en un modelo tríadico e incorpora como elemento esencial la dinámica e interacción entre estos factores.

Luthar (2007) expresa que la resiliencia se refiere a un proceso dinámico que abarca adaptación positiva en el contexto de la adversidad significativa. Implícitas en esta idea están dos condiciones fundamentales:

- 1.-La exposición a la amenaza o adversidad severa
- 2.-La realización de la adaptación positiva a pesar de ataques importantes en el proceso de desarrollo.

Se distinguen tres grupos de fenómenos de resiliencia:

- 1.-Las personas en situación de riesgo muestran resultados mejores de lo esperado
- 2.-La adaptación positiva se mantiene a pesar de la aparición de experiencias estresantes
- 3.-Hay una buena recuperación del trauma

Con respecto a este se habla no de un estado sino de un proceso (Martínez, 2006). Para Melillo (2005), la idea de proceso permite entender la adaptación resiliente en función de la interacción dinámica entre múltiples factores de riesgo y factores resilientes, o factores de protección, los cuales pueden ser familiares, bioquímicos, fisiológicos, cognitivos , afectivos, biográficos, socioeconómicos, sociales y culturales.

#### **4.1.1.- Características de la Resiliencia**

Existe la impresión que la resiliencia no es un atributo de la personalidad, más bien se considera como un conjunto de recursos y fortalezas que son capaces de potenciarla y proveerla cuando la situación lo requiera (Greve y Staudinger, 2006).

Algunas características de la resiliencia son:

- **La identidad Positiva:** tiene que ver con que los mayores se reconozcan a sí mismos con una identidad positiva y ricamente construida, evaluándose positivamente y estableciendo en el presente diferentes niveles de funcionamiento, de esta forma pueden ser más exitosos y menos vulnerables ante las crisis (Coleman, 1982).
- **Control personal:** este mecanismo interno juega un papel funcional en la adaptación exitosa ante las situaciones difíciles e incluso, puede mediar la relación de otros recursos como la autoestima y la auto eficacia, que a su vez activan el sistema de adaptación ante las crisis, los retos y la conducta individual (Coleman, 1982).

Otras características que contribuyen la resiliencia:

Luthar (2007), explica que los primeros esfuerzos al estudio de la resiliencia se centraron principalmente en las cualidades como la autonomía o la alta autoestima. Sin embargo, las características importantes en la resiliencia son:

a).-Los atributos de la propia persona

b).-Aspectos de sus familias

C).-Características del entorno social más cercano

Cyrułnik (2004) subraya la importancia de diversos factores que intervienen en la formación de la resiliencia, da importancia primordial a dos ámbitos:

a).-Características intrínsecas propias, únicamente del individuo

b).-Factores extrínsecos, aquellos que guardan relación con el entorno familiar o micro social.

Así mismo Barudy (2005), reconoce que la resiliencia es el resultado de las interacciones entre el individuo y sus semejantes, sus condiciones de vida y su ambiente vital.

La resiliencia es un proceso de adaptación positiva ante la adversidad: por eso se precisó identificar las características y los mediadores interrelacionados que intervienen y le dan un carácter multideterminado, en particular en situaciones de alta vulnerabilidad como es una enfermedad crónica degenerativa. Como señalo Walhs (1998) la resiliencia no ocurre separada de la adversidad sino por ella.

#### **4.1.2.- Tipos de Resiliencia**

Para Kimberly (2003), la resiliencia es un fenómeno multifacético, que se presenta en diferentes dominios de la vida de las personas.

1.-Resiliencia Familiar: Murphy y Smith (2005) la definen como “la habilidad de una familia para responder positivamente a una situación adversa y emerger de ella fortalecida, con más recursos y más segura que antes. También se indica que “Involucra procesos dinámicos de la familia que fomentan su habilidad para resistir y recuperarse de la adversidad, la crisis, los estresores persistentes o los cambios de vida negativos y dolorosos, lo que le permite prevalecer sobre las circunstancias de vida”. (Walsh, 2003).

2.-Resiliencia Educativa: Refiere a la mayor probabilidad de éxito en la escuela, a pesar de adversidades personales, ocasionadas por condiciones y experiencias ambientales tempranas (Kimberly 2001).

Otros tipos de Resiliencia de acuerdo a (Rutter, 2007) son los siguientes:

1.- Resiliencia psicológica, como una combinación de rasgos personales positivos y de respuestas o conductas de afrontamiento que facilitan la gestión exitosa de los cambios inesperados o estresantes en la vida

2.-Resiliencia familiar, como el conjunto de procesos interactivos entre los miembros de la familia que fortalecen, con el transcurso del tiempo, tanto a cada individuo como a todo el grupo, permitiéndoles acomodarse a sus diversos estilos de organización o creencias, recursos y limitaciones internas, así como amoldarse a los desafíos psicosociales que se les plantean desde fuera de la familia (Rolland y Walsh, 2006).

3.-Resiliencia comunitaria, como el conjunto de valores, disposiciones y movilizaciones colectivas que permiten a ciertas poblaciones enfrentar solidariamente los daños causados por desastres naturales a sus comunidades, saliendo finalmente exitosas de tales crisis y con una nueva autoimagen de fortaleza y cohesión entre las personas involucradas en dichos eventos (Melillo, 2003).

4.-Resiliencia vicaria, como efecto único y positivo que transforma al psicoterapeuta en respuesta a la propia resiliencia de un paciente sobreviviente de un trauma, proceso que podría darse también en forma generalizada en otros ámbitos distintos, como el de familiares, amigos, grupos laborales o religiosos, entre otros

5.-Resiliencia espiritual, definida como la capacidad para responder a los factores estresantes, a la adversidad y a los eventos traumáticos, sin presentar síntomas patológicos

crónicos o verse disminuidas las capacidades vitales del espíritu (como son el poder amar, comprender, perdonar o servir generosamente a los demás), de la mente (como el poder pensar de forma racional, objetiva y equilibrada) y del cuerpo (básicamente, funcionar de forma saludable), sino más bien resultando éstas fortalecidas (Dugal, 2009).

#### **4.2.- Resiliencia Y Salud**

La resiliencia es un constructo que se refiere a un proceso dinámico que refleja adaptación positiva, aunque existan experiencias de adversidad importantes o trauma. Para Luthar (2006) la resiliencia no puede medirse directamente, por lo que es inferida indirectamente basándose en la evidencia de las dos condiciones señaladas. En este sentido y de acuerdo con Luthar (2006) la adaptación positiva apunta a la adaptación que es mucho mejor que la que se esperaría cuando la persona está expuesta a circunstancias de riesgo y que se relaciona con características del individuo y de su ambiente, esto es, con los factores protectores que aumentan la resiliencia. Un aspecto importante lo constituye el estrés, los factores de riesgo y la adversidad, que de acuerdo con Ruther (1993) no son experimentados de la misma forma, en el mismo nivel o intensidad por las personas, ya que afectan a algunas más que otras.

Como Theis (2003) señaló, se ha podido demostrar que mientras más dificultades acumula una persona, mayor es el riesgo de disfunción o de psicopatología.

Para Theis los factores de riesgo pueden agruparse en cuatro categorías, lo que demuestra la existencia de niveles diversos de influencias en las personas.

- 1.-Problemas crónicos de salud del individuo o de su familia: deficiencia física, enfermedad grave.
- 2.-Situación familiar alterada: ausencia, separación, muerte, trastornos psiquiátricos o adicciones de los padres, separación del tutor por un periodo largo durante los primeros años de vida, maltrato, violencia familiar crónica, etc.
- 3.- Factores sociales y ambientales: pobreza, situación socioeconómica precaria
- 4.-Amenzas como la guerra, catástrofes naturales o traslados forzosos.

Algunos factores que promueven la resiliencia de acuerdo a La American Psychological Association (APA, 2004) son:

- Tener relaciones de amor, cariño, apoyo, amor y confianza, dentro y fuera de la familia, que provean modelos a seguir y que ofrezcan estímulos y seguridad.
- Capacidad para hacer planes realistas y seguir los pasos necesarios para llevarlos a cabo.
- Tener una visión positiva de sí mismo y confianza en las propias fortalezas o habilidades.
- Destreza en la comunicación y en la solución de problemas.
- Capacidad para manejar sentimientos e impulsos fuertes.

La investigación sobre la resiliencia, subraya la importancia de entender la adaptación buena o mala de la competencia tanto como los síntomas y los procesos protectores y de riesgo (Masten, 2003), es importante tomar en cuenta el bienestar y prevención o mejora de sistemas que ayuden a la salud, por ellos es importante retomar las fortalezas, comunicación, y procesos protectores para generar las herramientas que las personas con este tipo de enfermedades obtenga y su resiliencia se mantenga.

# **CAPÍTULO V**

## **MÉTODO DE INVESTIGACIÓN**

## **CAPITULO V.- MÉTODO DE INVESTIGACIÓN**

### **5.1.- OBJETIVO:**

Observar si existe relación entre los factores de resiliencia y los factores de funcionamiento familiar en enfermos de Diabetes mellitus tipo II.

#### **5.1.1.-Objetivos Específicos:**

- Identificar el nivel de competencia social y confianza en sí mismo de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.
- Identificar el nivel de apoyo social de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.
- Identificar la capacidad de organizarse, planear actividades, organizar el tiempo y tener reglas bien definidas (Estructura) de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.
- Identificar la percepción que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, respecto a los patrones de comportamiento que rigen en su familia en relación con relación de pareja.
- Identificar la percepción que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, respecto a los patrones de comportamiento que rigen en su familia en relación con comunicación.
- Identificar la percepción que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, respecto a los patrones de comportamiento que rigen en su familia en relación con la Cohesión.
- Identificar la percepción que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, respecto a los patrones de comportamiento que rigen en su familia en relación con falta de reglas y apoyo.
- Identificar la percepción que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, respecto a los patrones de comportamiento que rigen en su familia en relación con tiempos que comparte la familia.
- Identificar la percepción que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, respecto a los patrones de comportamiento que rigen en su familia en relación con roles y trabajo doméstico.
- Identificar la percepción que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, respecto a los patrones de comportamiento que rigen en su familia en relación con autonomía.
- Identificar la percepción que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, respecto a los patrones de comportamiento que rigen en su familia en relación con la organización.

- Identificar la percepción que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, respecto a los patrones de comportamiento que rigen en su familia en relación con autoridad.
- Identificar la percepción que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, respecto a los patrones de comportamiento que rigen en su familia en relación con Violencia física o verbal.

## 5.2.- Planteamiento Del Problema

La familia, siendo la primera y principal instancia formativa, juega un papel fundamental tanto en el establecimiento de prioridades, como en el grado y estilo en que se satisfacen, siendo así el marco del proceso adaptativo, el “agente psicológico” de la sociedad (Palomar, 1998). La familia suele representar para los mexicanos los aspectos más positivos en relación a la esfera emocional del proceso formativo (Andrade y Díaz 1982).

Por lo tanto, resulta fundamental favorecer el funcionamiento familiar. Durante todas las etapas del ciclo vital en un funcionamiento respetuoso ya que este facilita el desarrollo de sus integrantes; esto significa que todos y cada uno adquieran la capacidad de ver las limitaciones y posibilidades tanto de sí mismos como de los demás.

Sin embargo, cuando aparece una enfermedad, la necesidad de prever y comprender la relevancia y de intervenir urgentemente contra ellas es una cuestión cada vez más importante. Para ello es importante reforzar las actividades de prevención y control de las enfermedades, así como la comunidad de salud pública.

El 80% de las muertes por enfermedades crónicas se dan en los países de ingresos bajos y medios, y estas muertes afectan en igual número a hombres y mujeres.

- La amenaza es cada vez mayor: el número de personas, familias y comunidades afectadas está aumentando.
- La amenaza que suponen las enfermedades crónicas se puede superar a partir de conocimientos encontrados.
- Para tener éxito se requiere una acción amplia e integrada a nivel de país, dirigida por los gobiernos. (Informe de la OMS, 2002).

En epidemiología se entienden como enfermedades crónicas aquellas de alta prevalencia, larga duración y no curables: insuficiencia cardiaca, asma, artritis reumatoide, diabetes



mellitus, enfermedades renales etc., siendo las principales causas de mortalidad en el mundo (informe de la OMS, 2002).

Aguilar (citado en García Tafolla, 2005), señala que las enfermedades crónicas repercuten en la autopercepción del individuo, por tanto, se puede decir que actúan como un estímulo estresor que puede afectar física y emocionalmente a las personas. Cada persona tiene una manera particular de responder a las alteraciones emocionales, la respuesta adaptativa requiere tiempo y esfuerzo.

Teniendo en cuenta la relevancia de este fenómeno, no solo a nivel familiar, sino social, fué importante observar la relación entre el funcionamiento familiar y la resiliencia en pacientes con diabetes mellitus tipo II ya que es de gran importancia debido al cambio que se presenta por la enfermedad y se ve reflejado en la función familiar, sin embargo no solo es el paciente, también es la familia que lo rodea, las modificaciones que se hacen en su ambiente, la forma en que se lleva la relación y los cambios que se presentan ante la presencia de la enfermedad, definiendo el Funcionamiento Familiar como la capacidad con que las familias cumplen de manera adecuada o inadecuada sus funciones (Macías 1981).

Con base en lo anterior esta investigación radicó en observar la relación entre el funcionamiento familiar y la resiliencia en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, se espera beneficiar a especialistas en el tema para poder aplicarlo como propuesta en este tipo de personas, además de analizar el impacto que tiene en su vida cotidiana el contraer este tipo de enfermedades.

De acuerdo a lo anterior, se propone la siguiente pregunta de investigación:

¿Existirá relación entre los factores de Funcionamiento Familiar y los factores de Resiliencia en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II?

### **5.3.- Tipo De Estudio**

Será no experimental y descriptivo, de tipo transversal, por lo que solo se habrán de estudiar las variables de forma simultánea en una sola medición, en el momento en que se lleve a cabo el estudio (Hernández, Fernández y Baptista 2010).

La investigación no experimental es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente las variables. Lo que se hace es observar fenómenos tal y como se da en su contexto natural, para después analizarlos. (Hernández, Fernández y Baptista 2010).

El principal objetivo de los estudios transversales es estudiar el fenómeno en un momento determinado (Pick y López, 2007).

#### **5.4.- Hipótesis de Investigación.**

La hipótesis de trabajo es aquella que le sirve al investigador como base de su investigación, trata de dar una explicación tentativa al fenómeno que se está investigando (Pick y López, 2007). La hipótesis de trabajo que se planteó para esta investigación fue la siguiente:

Hipótesis Alternativa: Si existe relación estadísticamente significativa entre la resiliencia y la percepción del funcionamiento familiar en enfermos de Diabetes mellitus tipo II.

Hipótesis Nula: No existe relación estadísticamente significativa entre la resiliencia y la percepción del funcionamiento familiar en enfermos de Diabetes mellitus tipo II.

#### **5.5.- Definición De Variables.**

Una variable se puede definir como una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible de medirse (Hernández et al,2000)

## “VARIABLES DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y RESILIENCIA”

	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
<b>RESILIENCIA</b>	<p>La Resiliencia es la capacidad de las personas para desarrollarse psicológicamente sanas y exitosas, a pesar de estar expuestas a situaciones adversas e incluso salir fortalecidos de ellas. La Resiliencia es un constructo multidimensional que incluye habilidades de diversa índole que ayudan a los individuos a enfrentar la vida. (Palomar, 2010)</p>	<p>La resiliencia fue medida a través de la escala Mexicana de Resiliencia RESI-M desarrollada por Joaquina Palomar (2010) para la población Mexicana. La escala contiene cinco factores:</p> <p>a) Factor 1: Fortaleza y confianza en sí mismo: el cual se refiere a la claridad que los individuos tienen sobre sus objetivos, al esfuerzo que hacen por alcanzar sus metas, a la confianza que tienen de que van a tener éxito y al optimismo, fortaleza y tenacidad con la que enfrentan sus retos.</p> <p>b) Factor 2: Competencia social. Hace referencia a la competencia de los individuos para relacionarse con los demás, la facilidad para hacer nuevos amigos, hacer reír a las personas y disfrutar de una conversación.</p> <p>c) Factor 3: Apoyo familiar. Está referido a las relaciones familiares y al apoyo que brinda la familia, también a la lealtad entre los miembros de la familia y a que los miembros compartan visiones similares de la vida y pasen tiempo juntos.</p> <p>d) Factor 4: Apoyo Social. Principalmente de los amigos, al hecho de contar con personas en momentos difíciles, que puedan ayudar, que den aliento y que se preocupen por uno.</p> <p>e) Factor 5: Estructura. Está relacionado con la capacidad de las personas para organizarse, planear las actividades y el tiempo, tener reglas y actividades sistémicas aun en momentos difíciles.</p>	INTERVALAR	Cuantitativa Continua

# FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE
<p>Siendo este la capacidad con que las familias cumplen de manera adecuada o inadecuada sus funciones (Macías 1981). El funcionamiento familiar se encuentra compuesto por los siguientes factores:</p> <p><b>Cohesión:</b> Se refiere al grado en el cual los miembros de la familia tienen un sentido de unión y pertenencia. Este grado de unión familiar se refleja en el apoyo y cooperación entre los miembros de la familia tanto para realizar actividades cotidianas como para resolver problemas, así como, con el hecho de que los miembros de la familia realicen actividades juntos.</p> <p><b>Relaciones de pareja:</b> Se refiere a la fuerza y calidad de la diada paterna. Esta dimensión está relacionada con el grado en el que la pareja comparte intereses, se apoya mutuamente, se siente querido y valorado con el otro, puede hablar abiertamente de sus sentimientos y expresar sus afectos a través del contacto físico. También está relacionado con el grado en el que la pareja comparte tiempo sin los hijos y puede resolver sus problemas sin que sea necesaria la intervención de algunos de ellos.</p> <p><b>Autonomía:</b> Grado en el cual se fomenta en la familia que cada uno de los miembros sea independiente, pueda resolver por sí mismo sus problemas y tome sus propias decisiones sin que ello ocasione distanciamiento y/o desunión familiar.</p> <p><b>Estructura de poder:</b> Se refiere en la distribución de poder en el sistema familiar y a la claridad por parte de los miembros de la familia acerca de quién o quienes ejercen dicho rol.</p> <p><b>Comunicación:</b> Esta dimensión mide la capacidad de la familia para expresar abiertamente las ideas, discutir los problemas, negociar los acuerdos y expresar verbal y no verbalmente el afecto.</p> <p><b>Reglas:</b> Esta dimensión se refiere al grado de flexibilidad-rigidez y a la claridad de la familia respecto a las reglas que le dan estructura. La autora elabora una serie de distinciones: Familias con control de conducta rígido, familias con control de conducta flexible, familias con control de conducta caótico.</p> <p><b>Roles:</b> Esta dimensión se refiere a los patrones de conducta por medio de los cuales la familia asigna a los individuos funciones familiares, a la claridad de las tareas que deben cumplir los individuos.</p> <p><b>Organización:</b> estructura y orden en la familia</p> <p><b>Tiempo compartido:</b> momentos de interacción entre los miembros de la familia</p>	<p>Se mide la percepción del funcionamiento familiar a través de un instrumento constituido por 78 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre; que conforman diez indicadores que son: Relación de pareja, comunicación, cohesión, falta de reglas y apoyo, tiempo compartido, roles y trabajo doméstico, autonomía e independencia, organización, autoridad y poder, y finalmente violencia física y verbal</p>	<p>INTERVALAR</p>	<p>Cuantitativa Continua</p>

## **5.6.-Población**

La población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, podemos decir que la población es la totalidad del fenómeno a estudiar, en donde las unidades de población poseen una característica común la cual estudia y da origen a los datos. (Hernández Sampieri y otros, 2000)

La población fueron las personas que padecen Diabetes Mellitus tipo II en el hospital Regional de Concentración Toluca del ISSEMYM del Estado de México

## **5.7.- Muestra**

Se trabajó con un muestreo no probabilístico de tipo intencional, ya que la muestra no probabilístico, de acuerdo a (Hernández, et al 2010) la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características del investigador.

Se tomaron 65 pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II previamente por Medicina Interna de los cuales 66% fueron Mujeres y 34% fueron hombres con un rango de edad de 30 a 60 años.

### **5.7.1.-Criterios de Inclusión**

Se trabajó con una muestra no probabilística de tipo intencional con 65 pacientes con los siguientes criterios de inclusión:

- 1.-Pacientes que sean derechohabientes del ISSEMYM
- 2.-Pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo II previamente por la especialidad de medicina interna
- 3.-Que tengan al menos 2 años con la enfermedad
- 4.-Que oscilen en un rango de edad de 30 a 60 años
- 6.-Que acepten participar en el estudio de consentimiento informado

## 5.7.2.- Criterios de Eliminación

1.-Cuestionarios Incompletos

2.-Edad fuera del rango

## 5.8.- Instrumentos

La investigación se llevó a cabo utilizando instrumentos los cuales se mencionan a continuación.

### INSTRUMENTO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Palomar (1998) elaboró el instrumento de funcionamiento Familiar con la finalidad de crear una forma de medición que fuera válida y confiable para la cultura mexicana. El instrumento consta de 78 reactivos que se refieren al funcionamiento familiar y que comprenden 10 factores, tipo Likert con cinco opciones de respuesta: nunca; casi nunca; a veces; casi siempre y siempre.

- **Relación de pareja:** establece las características particulares de la relación de pareja, e intereses en común
- **Comunicación:** expresión de sentimientos, pensamientos y opiniones
- **Cohesión:** grado de pertenencia o apoyo entre los miembros de la familia
- **Falta de reglas y apoyo:** ausencia de límites y soporte entre los miembros de la familia
- **Tiempo compartido:** momentos de interacción entre los miembros de la familia
- **Roles y trabajo domestico:** papel que cada miembro de la familia juega en relación con las actividades o quehaceres de la casa
- **Autonomía:** nivel de independencia de cada uno de los miembros como individuo
- **Organización:** estructura y orden en la familia
- **Autoridad y poder:** cumplimiento de las reglas establecidas y figuras que lo rigen y violencia
- **Violencia física y verbal:** nivel de agresión entre los miembros de la familia

Como Palomar (1998) indica, debido a los problemas semánticos y diferencias culturales, se ha visto la conveniencia de contar con instrumentos elaborados en México cuyos reactivos estén formulados en un lenguaje accesible a la población mexicana y de acuerdo con

nuestras características culturales. La varianza explicada es de 53%, y un alfa de cronbach de .84.

## **INSTRUMENTO RE RESILIENCIA**

Para medir la Resiliencia se utilizó el instrumento de The Resilience Scale For Adults (RSA), elaborado por Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen en el año 2001 y validado para muestras mexicanas por Palomar (2010).

Cuenta con cinco dimensiones:

### **Fortaleza y confianza, Competencia social, Apoyo familiar, Apoyo social, Estructura personal**

Este instrumento contiene 43 ítems, es de tipo Likert con cinco opciones de respuesta: nunca, casi nunca; a veces; casi siempre y siempre.

Cuenta con una confiabilidad de los factores de .67 a .90 y la confiabilidad de la escala total es de .93. A su vez, la confiabilidad test- retest oscilo entre .69 a .84.

### **5.8.1.-Implicaciones Bioéticas**

Debido a que el presente trabajo tiene por objeto de estudio a seres humanos, se apegó a la declaración de Helsinki de la Asociación Mundial Mexicana (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, 1993) y la Ley General de Salud (Art. 100) en México; que establece que para formar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados, así como también pueden retirarse en cualquier momento sin exponerse a represalias por parte de investigador. Los instrumentos se aplicaron de manera anónima y los datos obtenidos se resguardaron confidencialmente.

### **5.9.- Diseño De Investigación**

El tipo de diseño que empleamos para alcanzar los objetivos de esta investigación corresponde a la no experimental, bajo este enfoque, el diseño que se utilizó fué transversal, ya que los datos son recolectados en un solo momento o tiempo único, buscando describir las variables del estudio y analizar su incidencia. (Hernández, et. al.; 2000)

## **5.10.-Etapas de la Investigación**

Primera Etapa:

Se solicitó el permiso al Hospital Regional de Concentración Toluca del ISSEMyM para la aprobación del protocolo de investigación.

Segunda Etapa:

Se revisó y aprobó el protocolo de investigación por el comité de bioética y enseñanza

Tercera Etapa:

Se aplicaron los instrumentos de manera individual a cada participante canalizado por el servicio de medicina interna y previamente diagnosticado con diabetes mellitus.

Cuarta Etapa:

Se llevó a cabo la aplicación en un consultorio con una duración de 60 minutos en promedio (previamente se les pidió que llenaran una carta de consentimiento informado)

Quinta Etapa:

Finalmente se realizó el procesamiento de la información y el análisis estadístico.

## **5.11.- Análisis Estadístico**

Se realizaron los análisis descriptivos para conocer las características de la muestra. Posteriormente se utilizó el estadístico de correlación de Pearson para conocer la relación entre las variables de Funcionamiento Familiar y de Resiliencia, finalmente se utilizó la prueba de análisis de varianza (ANOVA) de una vía para observar si existen diferencias en la Resiliencia y el Funcionamiento Familiar, según la edad y el tiempo de evolución.

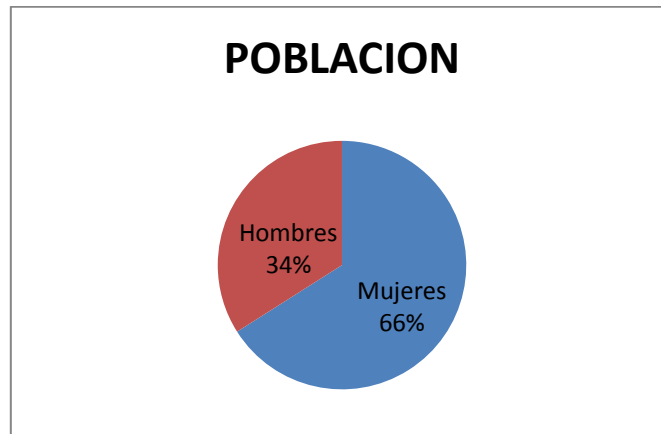


# RESULTADOS

## RESULTADOS

Las características sociodemográficas que se obtuvieron fueron los siguientes:

Tabla 1.- Población



De la población (65 pacientes con Diabetes Mellitus tipo II) analizada el 66% fueron mujeres y 34% hombres.

Tabla 2.- Edad

Las edades oscilaron entre 30 y 60 años con un Promedio de Edad de 53 años.

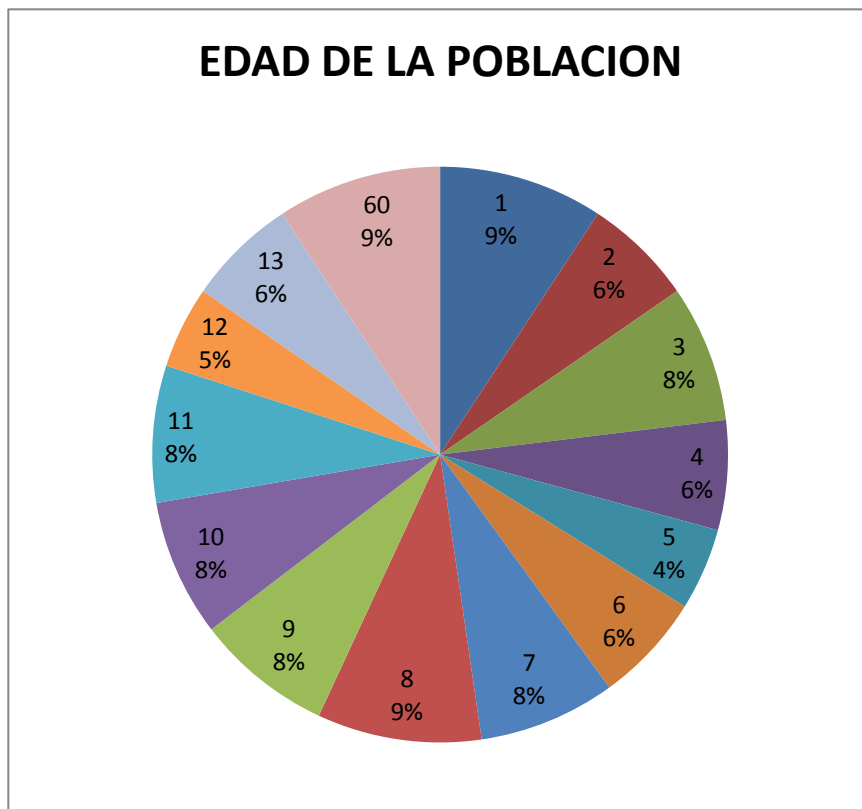
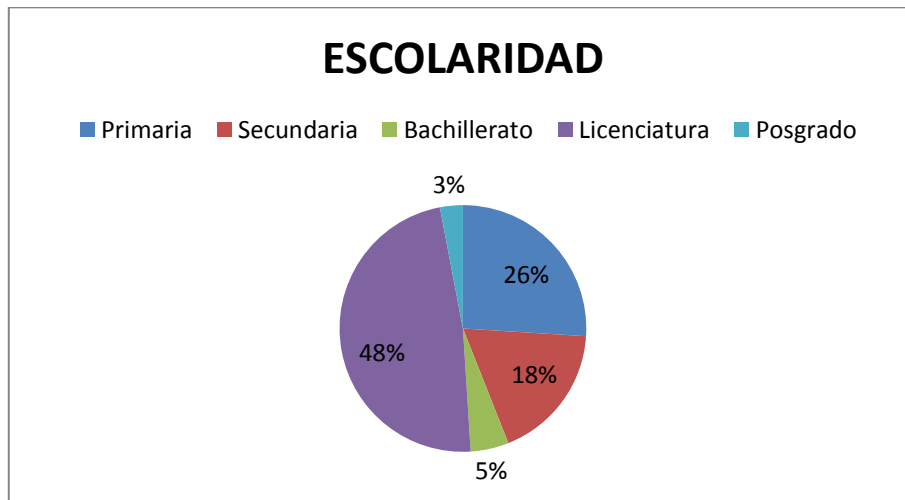
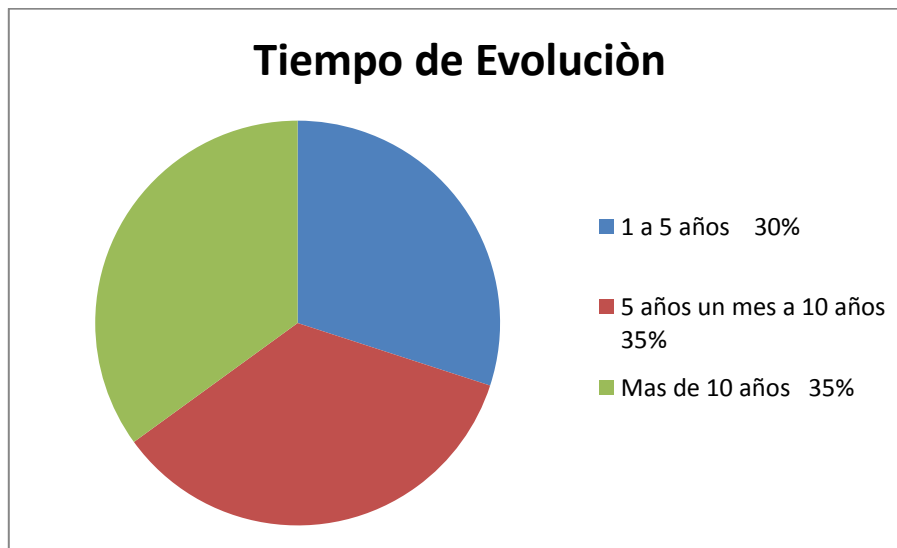


Tabla 3.- Escolaridad.



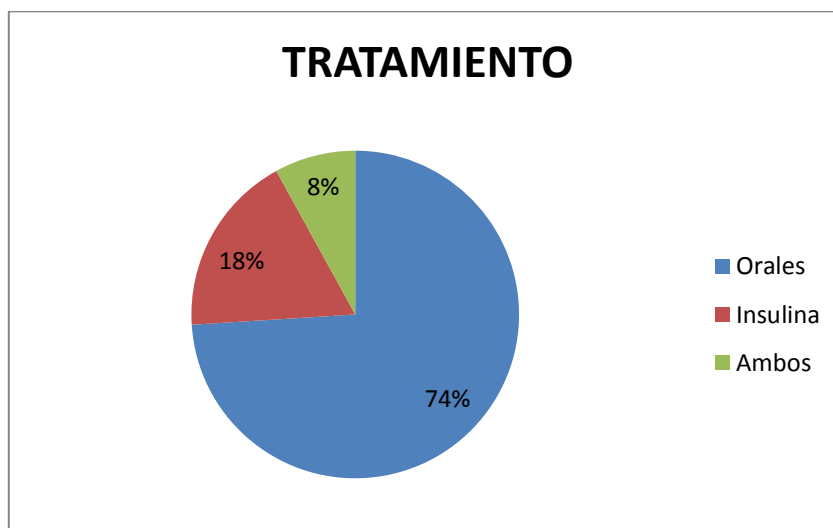
Respecto al nivel de escolaridad se encontraron los siguientes datos: 26% primaria, 18% secundaria, 5% bachillerato, 48% licenciatura y 3% posgrado.

Tabla 4.-Tiempo de Evolución.



Respeto al tiempo de evolución se observó con un 30% pacientes que padecen la enfermedad de 1 a 5 años, 35% con 5 años 1 mes a 10 y por ultimo con 35% más de 10 años.

Tabla 5.- Tratamiento



En cuanto al tratamiento se encontraron con un 74% los medicamentos Orales, posteriormente con un 18% la insulina y con un 8% ambas.

Respecto a la correlación entre los factores de funcionamiento familiar y resiliencia se encontraron los siguientes resultados:

- El factor de funcionamiento familiar "Relación de pareja" en relación con el factor de resiliencia fortaleza y confianza obtuvo una relación baja positiva lo que indica que a mayor relación de pareja, mayor fortaleza y confianza.
- El factor de funcionamiento familiar "Comunicación" en relación con el factor de resiliencia fortaleza y confianza obtuvo una relación positiva baja lo que indica que a mayor comunicación mayor fortaleza y confianza.
- El factor de funcionamiento familiar "Cohesión" en relación con el factor de resiliencia fortaleza y confianza obtuvo una relación baja positiva lo que indica que a mayor cohesión, mayor fortaleza y confianza.
- El factor de funcionamiento familiar "Tiempo compartido" en relación con el factor de resiliencia fortaleza y confianza obtuvo una relación baja positiva lo que indica que a mayor tiempo compartido, mayor fortaleza y confianza.
- El factor de funcionamiento familiar "Roles" en relación con el factor de resiliencia fortaleza y confianza obtuvo una relación alta positiva lo que indica que a mayor cohesión, mayor fortaleza y confianza.
- El factor de funcionamiento familiar "Autonomía" en relación con el factor de resiliencia fortaleza y confianza obtuvo una relación alta positiva lo que indica que a

mayor autonomía, mayor fortaleza y confianza.

- El factor de funcionamiento familiar “Violencia” en relación con el factor de resiliencia fortaleza y confianza obtuvo una relación alta negativa lo que indica que a menor fortaleza y confianza mayor violencia.

Respecto a la correlación entre los factores de Funcionamiento Familiar y Apoyo Familiar se encontraron los siguientes resultados:

- El factor de funcionamiento familiar “Relación de pareja” en relación con el factor de resiliencia apoyo familiar obtuvo una relación baja positiva lo que indica que a mayor apoyo familiar, mayor relación de pareja.
- El factor de funcionamiento familiar “Comunicación” en relación con el factor de resiliencia apoyo familiar obtuvo una relación positiva alta lo que indica que a mayor comunicación mayor apoyo familiar.
- El factor de funcionamiento familiar “Cohesión” en relación con el factor de resiliencia apoyo familiar obtuvo una relación alta positiva lo que indica que a mayor cohesión, mayor apoyo familiar.
- El factor de funcionamiento familiar “Reglas y Apoyo” en relación con el factor de resiliencia apoyo familiar obtuvo una relación baja positiva lo que indica que a mayor apoyo familiar mayor reglas y apoyo.
- El factor de funcionamiento familiar “Tiempo Compartido” en relación con el factor de resiliencia apoyo familiar obtuvo una relación alta positiva lo que indica que a mayor tiempo compartido, mayor apoyo familiar.
- El factor de funcionamiento familiar “Roles” en relación con el factor de resiliencia apoyo familiar obtuvo una relación alta positiva lo que indica que a mayor apoyo familiar, mayores roles.
- El factor de funcionamiento familiar “Autonomía” en relación con el factor de resiliencia apoyo familiar obtuvo una relación alta positiva lo que indica que a mayor autonomía mayor apoyo familiar.
- El factor de funcionamiento familiar “Violencia” en relación con el factor de resiliencia apoyo familiar obtuvo una relación alta negativa lo que indica que a mayor violencia menor apoyo familiar.

Respecto a la correlación entre los factores de Funcionamiento Familiar y Apoyo Social se encontraron los siguientes resultados:

- El factor de funcionamiento familiar “Relación de pareja” en relación con el factor de resiliencia apoyo social obtuvo una relación baja positiva lo que indica que a mayor relación de pareja, mayor apoyo social.
- El factor de funcionamiento familiar “Comunicación” en relación con el factor de resiliencia apoyo social obtuvo una relación positiva baja lo que indica que a mayor comunicación mayor apoyo social.
- El factor de funcionamiento familiar “Cohesión” en relación con el factor de resiliencia apoyo social obtuvo una relación alta positiva lo que indica que a mayor cohesión, mayor apoyo social.
- El factor de funcionamiento familiar “Tiempo compartido” en relación con el factor de resiliencia apoyo social obtuvo una relación baja positiva lo que indica que a mayor tiempo compartido, mayor apoyo social.
- El factor de funcionamiento familiar “Roles” en relación con el factor de resiliencia apoyo social obtuvo una relación baja positiva lo que indica que a mayores roles, mayor apoyo social.
- El factor de funcionamiento familiar “Autonomía” en relación con el factor de resiliencia apoyo social obtuvo una relación alta positiva lo que indica que a mayor autonomía, mayor apoyo social.
- El factor de funcionamiento familiar “Violencia” en relación con el factor de resiliencia apoyo social se obtuvo una relación alta negativa lo que indica que a menor apoyo social mayor violencia.

Respecto a la correlación entre los factores de Funcionamiento Familiar y Estructura Personal se encontraron los siguientes resultados:

- El factor de funcionamiento familiar “Reglas y Apoyo” en relación con el factor de resiliencia estructura personal obtuvo una relación baja positiva lo que indica que a mayores reglas y apoyo, mayor estructura personal.
- El factor de funcionamiento familiar “Autonomía e Identidad” en relación con el factor de resiliencia estructura personal obtuvo una relación positiva baja lo que indica que a mayor autonomía mayor estructura personal.
- El factor de funcionamiento familiar “Violencia” en relación con el factor de resiliencia estructura personal obtuvo una relación negativa alta lo que indica que a mayor violencia menor estructura personal. (Ver Tabla 6).

**Tabla 6.-Correlación entre los factores de Funcionamiento Familiar y Resiliencia**

<b>Factor</b>	<b>FUNCIONAMIENTO FAMILIAR</b>	Relación Personal	Comunicación	Cohesión	Reglas y Apoyo	Tiempo Compartido	Roles	Autonomía	Violencia
<b>Resiliencia</b>	<b>FORTALEZA Y CONFIANZA</b>	.324	.302	.342		.449	.536	.631	-.522
	<b>APOYO FAMILIAR</b>	.393	.596	.631	.350	.556	.536	.631	-.522
	<b>APOYO SOCIAL</b>	.320	.268	.586		.359	.283	.483	-.501
	<b>ESTRUCTURA PERSONAL</b>				.266			.313	-.406

*P < .05*

Para comparar el tiempo de evolución y los factores de funcionamiento familiar se utilizó el estadístico ANOVA, encontrando diferencias significativas solo en dos factores de funcionamiento familiar, observando que a medida que aumenta la evolución de la enfermedad con pacientes que tienen más de 10 años la cohesión aumenta, y la autonomía disminuye; respecto a la autonomía el grupo que tiene entre 1 y 5 años con la enfermedad es el que presenta mayor autonomía. (Ver Tabla 7).

**Tabla 7.- Comparación entre el Funcionamiento Familiar y el Tiempo de Evolución de la Diabetes Mellitus. (Anova)**

<b>Factor</b>	<b>1-5</b>	<b>5.1- 10</b>	<b>+10</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
	<b>Años</b>	<b>Años</b>	<b>Años</b>		
	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>		
<b>Cohesión</b>	<b>3.0 ±.8</b>	<b>3.1 ±.7</b>	<b>3.7 ±.8</b>	<b>9.6</b>	<b>.001</b>
<b>Autonomía</b>	<b>3.9 ±.8</b>	<b>3.6 ±.9</b>	<b>3.3 ±.9</b>	<b>2.4</b>	<b>.04</b>



Para la comparación entre los factores de Resiliencia y el Tiempo de Evolución se utilizó el ANOVA encontrando diferencias significativas solo en dos factores de resiliencia, observando que el grupo que presenta mayor fortaleza y confianza es el de pacientes que tienen de 5 años un mes a 10 años con la enfermedad; sin embargo el Apoyo Familiar el grupo que tiene más de 10 años con la enfermedad presenta mayor apoyo familiar ya que los miembros de la familia brindan más atención y comprensión a lo largo de ella. (Ver Tabla 8).

**Tabla 8.-Comparación entre Resiliencia y el Tiempo de Evolución de la Diabetes Mellitus (Anova).**

<b>Factor</b>	<b>1-5</b>	<b>5.1- 10</b>	<b>+10</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
	<b>Años</b>	<b>Años</b>	<b>Años</b>		
	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>		
<b>Fortaleza y Confianza</b>	<b>3.3±.9</b>	<b>3.6±.9</b>	<b>3.3±.8</b>	<b>2.6</b>	<b>.03</b>
<b>Apoyo Familiar</b>	<b>3.1±.7</b>	<b>3.4±.6</b>	<b>3.7±.8</b>	<b>3.5</b>	<b>.02</b>

# DISCUSIÓN

## DISCUSIÓN

La investigación tuvo como objetivo general observar si existe relación entre los factores de resiliencia y los factores de funcionamiento familiar en enfermos de Diabetes mellitus tipo II del Hospital Regional de Concentración “Juan Fernández Albarrán” del ISSEMyM. La muestra estuvo constituida por 65 pacientes, las edades oscilaron entre 30 y 60 años del sexo masculino y femenino con un promedio de edad de 53 años, previamente diagnosticados por medicina Interna teniendo mínimo 2 años con la enfermedad.

La información obtenida en esta investigación pone de manifiesto que respecto a la correlación entre los factores de funcionamiento familiar y resiliencia se encontraron los siguientes resultados:

El factor de funcionamiento familiar relación de pareja en relación con el factor de resiliencia fortaleza y confianza obtuvo una relación baja positiva lo que indica que a mayor relación de pareja, mayor fortaleza y confianza ya que los recursos personales de los individuos para hacer frente a los eventos estresantes o perturbadores, colaboran a la relación de pareja, debido a que estos recursos se traducen como la fortaleza y confianza personal que tiene cada individuo para adaptarse y sobreponerse a las condiciones adversas a las que está expuesto, así como el estrés de la vida cotidiana y le permiten al individuo enfrentar los retos de manera saludable (Moskovitz, 1983).

Este mismo factor de funcionamiento familiar con el factor de resiliencia apoyo familiar obtuvo una relación baja positiva lo que indica que a mayor apoyo familiar, mayor relación de pareja. Esto concuerda con las investigaciones de Howard, Dryden y Johnson (1999) las cuales mostraron que en el ámbito familiar resulta muy importante el cómo se establece la relación de pareja, ya que la familia puede ser un factor protector si es generadora de sostén y contención para un apoyo social y adquirir habilidades que permitan tener una conducta resiliente al adaptarse a situaciones de adversidad debido a que la familia es el primer sistema donde se tiene contacto, ya que va a depender si el individuo se inserta satisfactoriamente o no en los demás sistemas sociales.

Con respecto al factor de resiliencia apoyo social en cuanto al mismo factor de relación de pareja se obtuvo una relación baja positiva lo que indica que a mayor relación de pareja, mayor apoyo social. Como mencionan Westley y Epstein (1997) no solo el apoyo de amigos o conocidos va a influir en el apoyo social sino también en cuestión de relación de pareja debido a que se relaciona la salud emocional de los individuos con una relación cariñosa y proveedora de seguridad en la pareja.

Por otro lado el factor de funcionamiento familiar que es comunicación en relación con el factor de resiliencia fortaleza y confianza obtuvo una relación positiva baja lo que indica que a mayor comunicación mayor fortaleza y confianza. Dado que la comunicación es un sistema de intercambio de información dentro de la familia se puede definir como un conjunto de elementos en interacción en donde toda modificación de uno de ellos afecta las relaciones entre los otros elementos (Marc y Picard, 1992), por lo cual la comunicación ayuda a mejorar las relaciones dentro de la familia y de la pareja.

Este mismo factor correlacionó de manera positiva con el factor de apoyo familiar obteniendo una relación positiva alta lo que indica que a mayor apoyo familiar mayor comunicación. Ante ello Davidson (1998) refiere que se utiliza a la comunicación para instruir, aprender y relacionarse entre la familia; pero, sobre todo para expresar los sentimientos, por lo cual la comunicación ayuda a mejorar las relaciones dentro de la familia. De esta manera Estrada (1991), establece que uno de los factores primordiales para mantener una familia unida es la comunicación, esta encierra cualquier otro factor que pudiera existir, si existe una buena comunicación no hay conflicto, duda o frustración que no se pueda resolver.

Además Minuchin (1986), señala que cuando la comunicación es buena, dará las pautas con las que se regirá la familia y le ayudará a funcionar normalmente, estas regulan la conducta de los miembros de la familia los límites y la libertad dentro de la misma. Al contrario, si la familia no cumple con estas funciones o no sabe manejar el estrés que produce la enfermedad, la evolución de esta tiende a ser negativa. Esto se demuestra en la influencia que ejerce la familia en la mayor o menor adherencia al tratamiento que tiene una persona con enfermedades crónicas como la Diabetes. (Lucero, 2004), dado que la comunicación, la afectividad, el apoyo emocional, económico y de información, son funciones esenciales que tienen un efecto positivo en la recuperación de la salud ante una enfermedad crónica.

La familia es un sistema parcial que tiene la función de incluir a la persona de los participantes en la comunicación, además todas las acciones y experiencias aun aquellas que se viven fuera de la familia (el entorno) son potencialmente relevantes para la comunicación familiar y esta función solo es posible a través de lo que se conoce como reentrada del sistema familiar en la persona. (Guadarrama ,2006).

Este factor en relación al apoyo social obtuvo una relación positiva baja lo que indica que a mayor comunicación mayor apoyo social, Olson 1989 (citado en Martínez y Panpliega; 2006) alude que la comunicación es una dimensión facilitadora cuya relación con el

funcionamiento familiar es lineal, es decir, a mejor comunicación familiar mejor funcionamiento familiar y esto tiene un impacto sobre la resiliencia, donde es importante tomar en cuenta el bienestar y prevención o mejora de sistemas que ayuden a la salud, por lo que el apoyo social puede amortiguar los acontecimientos estresantes por ello el retomar las fortalezas, comunicación y procesos protectores generan herramientas que las personas con este tipo de enfermedades necesitan. (Masten, 2003).

Respecto al área de cohesión familiar, la cual es el vínculo emocional que los miembros de un sistema tienen entre sí, correlacionó de manera positiva con el factor de fortaleza y confianza lo que indica que a mayor cohesión, mayor fortaleza y confianza, dando como resultado que la familia se involucre en la toma de decisiones, intereses y tiempo de ocio; asimismo Atri y Zetune (1987) mencionan que la cohesión es el grado en que la familia, como un todo, muestra interés y valora las actividades e intereses de cada uno de sus miembros.

En relación con el factor apoyo familiar obtuvo una correlación alta positiva lo que indica que a mayor cohesión, mayor apoyo familiar. De acuerdo a González (2003) la cohesión familiar es el vínculo y autonomía existente entre los miembros de la familia; independencia, límites internos y externos, límites generales, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, interés y ocio, por eso mismo se presenta un mayor apoyo familiar ya que cumple con las funciones que tiene cada familia. De acuerdo a Jaes (1992) la cohesión es la coalición emocional que los miembros de una familia tienen entre sí distinguiendo niveles de cohesión; con respecto a los resultados obtenidos se encontró una conectada (moderada a alta) y enmarañada (muy alta) ya que correlacionó de manera alta y significativa.

Rodrigo y Palacios (2001) argumentan que la familia es un núcleo que puede dar problemas y conflictos, pero que también constituye un elemento de apoyo ante dificultades surgidas fuera del ámbito familiar y un punto de encuentro para tratar de resolver las tensiones surgidas en su interior como la presencia de una enfermedad crónica.

Respecto al factor de apoyo social obtuvo una correlación alta positiva lo que indica que a mayor cohesión, mayor apoyo social debido a que las familias deben reestructurarse con el paso del tiempo adaptándose a las demandas externas que le impone la realidad. Con lo anterior se puede decir que la cohesión es un factor importante para que se dé un buen funcionamiento familiar, ya que existe un involucramiento o vínculo emocional que puede traer como consecuencia que la familia conozca o no los intereses, las actividades de sus miembros y el apoyo ante enfermedades crónicas como es el caso de la Diabetes.

Las familias que desarrollan límites traen como consecuencia una comunicación entre los sistemas, y funciones protectoras. El factor de reglas y apoyo en relación con el factor de apoyo familiar obtuvo una relación baja positiva lo que indica que a mayor apoyo familiar mayor reglas y apoyo. De tal manera que las reglas y apoyo que cada familia defina le va a permitir la adaptabilidad para poder modificarse frente a circunstancias externas o internas que de acuerdo a Jaes (1992) va a ser la capacidad del sistema conyugal o familiar de cambiar de estructura de poder, roles, reglas y respuestas al estrés situacional o evolutivo, así como de la Fuente (2000), menciona que la familia es el elemento primario en la estructura de la sociedad, siendo esencialmente, un sistema durable de interrelaciones humanas que opera como una banda de transmisión de la cultura y que presta a la sociedad servicios que le aseguren su supervivencia.

En relación con el factor de resiliencia estructura personal obtuvo una correlación baja positiva lo que indica que a mayor reglas y apoyo, mayor estructura personal. La estructura es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Así pues, una familia posee una estructura que puede ser vista en movimiento. (López, 2008). La familia está en constante transformación por la necesidad de adaptarse a las diversas exigencias de los estadios de desarrollo por los que atraviesa de manera que asegure continuidad y crecimiento psicosocial a los miembros que la componen, por lo tanto Minuchin (1977) afirma que estas modalidades o reglas van a regular el comportamiento de los miembros de la familia. Esto indica que la estructura y orden en la familia permiten al individuo desarrollar un sentido de optimismo y esperanza con respecto al futuro así como la capacidad de enfrentarse a la adversidad. Esto concuerda con la postura de McCubbin y Patterson (1983) quienes destacan que el esquema familiar es aquel conformado, por prioridades, expectativas y visión del mundo que manejan todos los integrantes de la familia y permiten dar significado a los eventos estresantes.

Por otro lado Santos (1997), encuentra que el tiempo compartido, representa un área problemática cuando existen pocos intereses y actividades en común ya que las familias tienen dificultades para postergar la satisfacción de necesidades individuales y para satisfacer las demandas y la participación familiar, sobre todo en actividades recreativas, contrario a esto se encontró que las familias estudiadas correlacionaron de manera positiva con respecto al factor de fortaleza y confianza, obtuvo una relación baja positiva lo que indica que a mayor tiempo compartido, mayor fortaleza y confianza.

De acuerdo al factor de apoyo familiar obtuvo una correlación alta positiva lo que indica que a mayor tiempo compartido, mayor apoyo familiar. Ya que la familia ha sido reconocida como factor de protección, además como un agente facilitador de resiliencia, contrario a la idea tradicional de la familia, como origen de psicopatología. (López, 2008). En relación con el factor de apoyo social obtuvo una relación baja positiva lo que indica que a mayor tiempo compartido, mayor apoyo social. El tiempo compartido es otro factor ya que el individuo y el grupo actúan recíproca e interdependientemente, ambos influyen selectivamente en el proceso de cambio, el hombre es un sistema abierto a un continuo intercambio de energía entre su organismo y el ambiente exterior. Asimismo se destaca que la resiliencia se relaciona con la competencia o apoyo social, que es la capacidad de los individuos para desarrollar y establecer relaciones saludables con otros, ya que está ligada con la habilidad para adaptarse a los estresores (Murria, 2003).

Otro factor importante en este estudio en base al factor de funcionamiento familiar fueron los roles que se refieren a los patrones de conducta, por medio de los cuales, la familia asigna a los individuos funciones familiares, por lo tanto el factor de funcionamiento familiar roles en relación con el factor de resiliencia fortaleza y confianza obtuvo una relación alta positiva lo que indica que a mayores roles, mayor fortaleza y confianza.

Para Palomar (1998), los roles va a ser la dimensión que aborda los patrones de conducta por medio de los cuales la familia asigna a los individuos funciones familiares, a la claridad respecto a las tareas que deben cumplir los miembros de la familia, al grado de cumplimiento de las funciones y a la distribución de dichos roles.

El mismo factor en relación con el apoyo familiar obtuvo una relación alta positiva lo que indica que a mayor apoyo familiar, mayores roles ya que como mencionó Martínez (1993), las demandas de tener una persona con alguna enfermedad, frecuentemente altera los roles en el funcionamiento familiar, por lo que se puede inferir que la asignación de roles en algún miembro de la familia va a intervenir en la flexibilidad (como sistema familiar) para cambiar cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen.

En relación con el factor de apoyo social obtuvo una relación baja positiva lo que indica que a mayores roles, mayor apoyo social, ya que se refiere principalmente a los amigos, al hecho de contar con personas en momentos difíciles, que pueden ayudar, que den aliento y que se preocupen por la persona. Por otro lado Murria (2003) define el apoyo social como la capacidad de los individuos para desarrollar y establecer relaciones saludables con otros, ya que está ligada con la habilidad para adaptarse a los estresores.

Por lo tanto el impacto psicosocial de la enfermedad crónica en los miembros de la familia es considerable requiriendo un cambio de roles y una distribución de las tareas, la etapa del desarrollo durante la cual aparece la enfermedad crónica puede ser de importancia crucial para el impacto social sobre el paciente. (Barrón, 1996). Sin embargo, otro factor importante fue la autonomía que se refiere al sentido de la propia identidad, la habilidad para poder actuar independientemente y el control de algunos factores del entorno, en correlación con el factor de fortaleza y confianza obtuvo una relación alta positiva lo que indica que a mayor autonomía, mayor fortaleza y confianza.

Con respecto a la correlación del factor de resiliencia apoyo familiar obtuvo una relación alta positiva lo que indica que a mayor autonomía mayor apoyo familiar. Palomar (1998) define la autonomía como el grado de independencia en el que se fomenta en la familia para cada uno de los miembros y que puedan resolver por sí mismos sus problemas y tomen sus propias decisiones, sin que ello ocasione distanciamiento y/o desunión familiar. Así en determinadas etapas de la vida de una familia, sus miembros se involucran estrechamente entre si bajo la influencia de fuerzas familiares y a la vez generan la confianza para ser autónomos e independientes. (Minuchin, 1984).

Se debe tomar en cuenta que el grado de independencia o autonomía de cada uno de los miembros de la familia es un factor relacionado con el desarrollo de habilidades en la resiliencia. Esto puede deberse a que la capacidad para tomar decisiones propias y ser independiente con respecto al resto de la familia promueve la seguridad individual y confianza en la capacidad del individuo para poder superar los obstáculos.

Respecto al factor de apoyo social obtuvo una relación alta positiva lo que indica que a mayor autonomía, mayor apoyo social. De acuerdo a Freedman (1984), se concibe a la familia como grupo dinámico, con su cultura, su carácter y su ideología, se debe trazar sus funciones para poder ser realizadas de manera exitosa en un sistema externo; entre ellas está la autonomía es por ello que al haberse asignado bien la función de la autonomía podrá insertarse en el sistema social.

De acuerdo al factor de funcionamiento familiar, con el factor de resiliencia estructura personal obtuvo una relación positiva baja lo que indica que a mayor autonomía mayor estructura personal. El modelo estructural se define como el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia (Minuchin, 1977). La estructura familiar debe ser relativamente fija y estable para poder sustentar a la familia en sus tareas y funciones, protegiéndola de las fuerzas externas y dando un sentido de pertenencia a sus miembros; pero al mismo tiempo debe aceptar un



grado de flexibilidad para poder acomodarse a los diversos requerimientos de las situaciones de vida y de las distintas etapas del desarrollo por las que evoluciona la familia, con lo que facilita el desarrollo familiar, los procesos de individuación y de autonomía.

Según la OMS (2002) define violencia como el uso intencional de la fuerza o el poder físico, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones, con respecto a esto el factor de funcionamiento familiar violencia en relación con el factor de resiliencia fortaleza y confianza obtuvo una relación alta negativa lo que indica que a menor fortaleza y confianza mayor violencia, entre menos recursos posea el enfermo con respecto a las habilidades para sobreponerse frente a adversidades la violencia juega un papel importante debido a que estas personas enfrentan múltiples problemas que con el tiempo están directamente asociados a las diferentes fases de la enfermedad y a los procesos terapéuticos además el enfermo lucha con un duelo permanente que va deteriorando las actividades laborales, sociales y familiares y esto en muchas situaciones provoca problemas de agresión, hostilidad tanto de la familia como del propio paciente (Herscovici, 2002).

El mismo factor en correlación al factor de resiliencia apoyo familiar obtuvo una relación alta negativa lo que indica que a mayor violencia menor apoyo familiar, la hostilidad o enojo que presentan muchos de los pacientes con Diabetes Mellitus influye en los demás ya que el impacto psicosocial de la enfermedad crónica en los miembros de la familia es considerable requiriendo un cambio de roles y una distribución de las tareas.

En relación al factor apoyo social, que se refiere a las relaciones informales o formales con familiares, amigos, compañeros, vecinos u otras personas, en donde existe una preocupación auténtica por la persona, obtuvo una relación alta negativa lo que indica que a menor apoyo social mayor violencia que de acuerdo a Claramunt (1999) refiere que la violencia adquiere otro significado, puesto que existe un contacto más íntimo y familiar entre las personas implicadas, e incluso en la cual se presupone debe existir un lazo de amor. Asimismo se destaca como importante que la resiliencia se relaciona de manera importante con la competencia o apoyo social, que es la capacidad de los individuos para desarrollar y establecer relaciones saludables con otros, ya que está ligada con la habilidad para adaptarse a los estresores (Murria, 2003).

Respecto al mismo factor de funcionamiento familiar en relación con el factor de estructura personal obtuvo una relación negativa alta lo que indica que a mayor violencia menor estructura personal. Donde la estructura es el conjunto invisible de demandas funcionales

que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Así pues, una familia posee una estructura que puede ser vista en movimiento. (López, 2008). Otra característica importante es que los factores protectores como la estructura incluyen un alto componente de interacción, manifestando sus efectos ante la presencia de algún estresor, modificando la respuesta de la persona, encontrando una mejor estructura ya que la violencia se presenta ante circunstancias estresantes como la enfermedad.

Por otro lado para comparar el tiempo de evolución y los factores de funcionamiento familiar se utilizó el estadístico ANOVA, encontrando diferencias significativas solo en dos factores de funcionamiento familiar, observando que a medida que aumenta la evolución de la enfermedad con pacientes que tienen más de 10 años la cohesión aumenta, donde se puede inferir que hay mayor unión, cooperación y pertenencia en la familia; conforme pasa el tiempo de Evolución la autonomía disminuye; respecto a la autonomía el grupo que tiene entre 1 y 5 años con la enfermedad es el que presenta mayor autonomía en donde se puede inferir que la persona es más autosuficiente y más independiente al inicio de la enfermedad, y conforme va avanzando la Autonomía se vuelve más escasa.

De acuerdo a Valdés (2007), apunta que la familia se relaciona con los contextos en los que se inserta, dependiendo del grado de permeabilidad, por lo que al tener una cohesión alta podría no estar permitiendo la entrada de las redes de apoyo externas como las redes de vecinos o amigos, lo cual se relaciona con el sentimiento de falta de apoyo que se percibe como alto sin embargo en la familia se establecen las funciones que pueden favorecer el desarrollo y mantenimiento de la cohesión y fomentar el crecimiento armónico (Satir, 1978).

Además el sistema familiar está en continuo desarrollo y transformación, sujeto a cambios durante el ciclo de vida y en respuesta a las crisis del contexto social. Es un sistema activo y autorregulado a través de las transacciones de sus miembros y de los demás contextos sociales, por lo que se observó que los pacientes con un mayor tiempo de evolución de la enfermedad la familia se ve obligada a establecer nuevas formas de funcionamiento y aceptar una continúa integración de sus miembros. Para Olson (1989) nombra la cohesión familiar como el apoyo mutuo y compromiso hacia metas colectivas. Sin embargo generar espacios y procesos de comunicación en la familia, resolver conjuntamente los problemas y apoyo mutuo fortalecen la cohesión familiar y crea fuentes de apoyo social (Benzies & Mychasiuk, 2008).

Con respecto a la autonomía esto concuerda con la postura de McCubbin y Patterson (1983) en donde resulta interesante destacar que el grado de independencia de cada uno de los miembros de la familia es un factor relacionado con el desarrollo de habilidades en la resiliencia.

Esto puede deberse a que la capacidad para tomar decisiones propias y ser independiente con respecto al resto de la familia promueve la seguridad individual y confianza en la capacidad del individuo para poder superar los obstáculos que se presentan en una enfermedad. Esto indica que la estructura y orden en la familia permiten al individuo desarrollar un sentido de optimismo y esperanza con respecto al futuro así como la capacidad de enfrentarse a la adversidad.

Por otro lado en cuanto a la comparación entre la Resiliencia y el Tiempo de Evolución de la Diabetes Mellitus se encontró mayor Fortaleza y Confianza a partir de 5.1 a 10 años lo que habla de mayor claridad para alcanzar sus objetivos al igual que confianza para tener éxito y fortaleza en sus retos cuando se ha alcanzado una estabilidad y punto medio en la enfermedad, en cuanto al Apoyo familiar se encontró mayor a partir de los 10 años ya que los miembros de la familia brindan más atención y comprensión a lo largo de la Enfermedad. Aquí se puede observar la resiliencia familiar que se ha definido como los patrones conductuales positivos y competencias funcionales que la unidad familia demuestra bajo estrés o circunstancias adversas, determinando su habilidad para recuperarse manteniendo su integridad como unidad, al tiempo que asegura y restaura el bienestar de cada miembro de la familia y del apoyo familiar como un todo (McCubbin, 2002).

Debido a que se pueden presentar muchos factores que cambien esta fortaleza y confianza como el estrés que experimenta una familia tiene que ver con la previsibilidad de la enfermedad y el grado de incertidumbre; por lo que las familias tienen la capacidad para soportarlas por largos periodos de tiempo, y para evitar una disfunción (Rolland, 2000). Un aspecto importante lo constituye el estrés, los factores de riesgo, la adversidad, como el padecimiento de alguna enfermedad crónica, que de acuerdo con Ruther, (1993) no son experimentados de la misma forma, en el mismo nivel o intensidad por las personas, ya que afectan a algunas más que otras.

Por lo tanto se habla no de un estado sino de un proceso (Martínez, 2006). Para Melillo, (2005), la idea de proceso permite entender la adaptación resiliente en función de la interacción dinámica entre múltiples factores de riesgo y factores resilientes, o factores de protección, los cuales pueden ser familiares, bioquímicos, fisiológicos, cognitivos, afectivos, biográficos, socioeconómicos, sociales y culturales.

La evidencia posibilita establecer que pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes requieren de cuidados y del apoyo familiar para un mejor control de sus patologías. En este mismo sentido Valadez (1993) menciona la importancia que tiene el cumplimiento adecuado de las funciones familiares en el control o descontrol de pacientes con enfermedad crónica. Llegando a los resultados que se expondrán en el siguiente apartado.

**CONCLUSIONES**

**Y**

**SUGERENCIAS**

## CONCLUSIONES

Después de analizar la base teórica de diversos autores y expertos en el tema, así como el análisis estadístico correspondiente a la investigación sobre la relación entre el funcionamiento familiar y la resiliencia en pacientes con diabetes mellitus tipo II de la muestra estudiada, se llegó a la siguiente conclusión. Se observó que el factor con mayor asociación a los indicadores de funcionamiento familiar es el de apoyo familiar; mostrando así que las relaciones familiares son fundamentales en el padecimiento de la diabetes.

Respecto a las comparaciones entre el género, edad y las variables de estudio no se encontraron diferencias significativas.

De acuerdo al tiempo de evolución, si se encontraron diferencias significativas siendo el tiempo un factor de adaptación a la enfermedad. Sin embargo, se observa que el tiempo de evolución de los pacientes los hace menos independientes, a diferencia de la cohesión que aumenta conforme el tiempo de evolución además del apoyo hacia la persona que padece la enfermedad,

Finalmente de acuerdo al tiempo de evolución se observó que los factores de resiliencia pueden asociarse como factor protector y agente facilitando su habilidad para recuperarse manteniendo su integridad como unidad, al tiempo que asegura y restaura el bienestar y apoyo de cada miembro de la familia.

## SUGERENCIAS

Con base en los resultados anteriores se propone plantearse resultados relacionados con el tema en dos vertientes importantes: la acción preventiva y terapéutica, a partir de los valiosos datos obtenidos y la continuidad en la investigación.

### Acción preventiva y terapéutica

Si bien, el grupo estudiado no fue muy numeroso, se conformó con pacientes afiliados al ISSEMyM de la Policlínica “Juan Fernández Albarrán”, por lo tanto a pesar de que quedan elementos por abordar, se sugiere algún programa de orientación familiar para pacientes con la enfermedad de Diabetes Mellitus II, agregando opciones para el afrontamiento tanto para el paciente como para la familia. Las sesiones de trabajo terapéutico o de orientación, permitirán a los miembros de la familia enfocarse en un mismo objetivo dando protección y respaldo al paciente, para poder brindarle las herramientas suficientes para su propia independencia o autonomía no solo al inicio de la enfermedad, también conforme al tiempo de evolución. Ahora bien, con la intervención familiar, no se descarta el trabajo individual con el paciente, sino que resulta complementaria, para favorecer e involucrar a la familia es ya una de las herramientas terapéuticas que se empela para poder prevenir la falta de cohesión y apoyo familiar, compartiendo responsabilidades y apoyo con el paciente.

### Continuidad en la investigación.

En relación con la investigación es preciso ampliar los datos recabados además de los obtenidos con los instrumentos empleados , incluso poder aplicar el estudio no solo a personas afiliadas al ISSEMyM sino también a instituciones como IMSS, ISEM etc. donde se concentra la mayoría de la población con enfermedades crónicas, ya que se quiere beneficiar no solo a los especialistas sobre el tema sino de manera principal al paciente que padece la enfermedad y su familia, incluso explorar otros indicadores sistémicos de la familia que pueden ser reveladores, tales como alianzas, relación entre los miembros, impacto de la enfermedad asociado a síntomas depresivos y factores resilientes frente a las consecuencias de la Diabetes Mellitus. Con todo esto se busca retroalimentar tanto a especialistas como a los mismos pacientes obteniendo información que les ayudara a poder manejar la enfermedad ya que es durante toda su vida.

## REFERENCIAS

- Adolfi, M., y Angelo. C. (1994). Detrás de la máscara familiar, la familia rígida un modelo de psicoterapia racional. Buenos Aires: Amorrortur.
- Aguilar, A. (1997). Estudio exploratorio de la percepción familiar de niños de bajos recursos según su sexo y tipo de familia. Tesis de la Licenciatura en psicología. México, D. F.: Universidad Iberoamericana.
- Álvarez, M. y Puñales, A. (1998). Familia y Terapia Familiar. Revista de Ciencias Médicas, II, 15.
- Aramburu, M. y Guerra, J. (2002). Autoconcepto: dimensiones, origen, funciones incongruencias, cambios y consistencia.  
En: [http://www.psiquiatria.com/articulos/psicologia\\_art.htm](http://www.psiquiatria.com/articulos/psicologia_art.htm).
- Arnold, M & D. Rodríguez. (1990). El Perspectivismo en la Teoría Sociológica. Revista Estudios Sociales, Núm. 65, 20.
- Ashby, W.R. (1984). Sistemas y sus Medidas de Información. En Tendencias en la Teoría General de los Sistemas. (220). Madrid: Alianza Madrid.
- Arteaga A. Maíz A., Olmos P. y Velasco N. (1997). Manual de Diabetes y Enfermedades Metabólicas. Depto. Nutrición, Diabetes y Metabolismo. Escuela de Medicina. P. Universidad Católica de Chile.
- Atri y Zetune, R. (2006). Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. México: Pax.
- Barbaranne J. (1992). Un niño especial en familia. México: Trillas.
- Barrón, A. (1996). Apoyo Social: Aspectos teóricos y aplicaciones. Barcelona: Siglo XXI.
- Benzies, K. & Mychasiuk, R. (2008). Fostering family resiliency: A review of the key protective factors, 14, 103-114.
- Barudy, G. (2005). El dolor Invisible de la Infancia. Barcelona: Paidós.
- Bateson, Gregory (1998): Pasos hacia una ecología de la mente. Buenos Aires, Lohlé-Lumen.
- Bertalanffy Von, (1976). L. Teoría General de los Sistemas. Editorial Fondo de Cultura Económica. México.



Beavers, R. y Hampson. (1990). Familias exitosas. Evaluación, tratamiento e intervención. . Barcelona: Paidós.

Bonilla, E. (1999). Salud, desarrollo y equidad. Ciencias sociales y salud en América Latina: un balance. Caracas: Fundación Polar. p.40

Bowlby (1996). La familia. México: Interamericana

Buckley, W. (1973). La Sociología y la Teoría Moderna de los Sistemas. Buenos Aires: Amorrortu.

Capra, F. (1998) La trama de la vida, Barcelona: Anagrama.

Cárter, E. y McGoldrick, M. (1989). The changing family Ufe cycle. Boston: Allyn y Bacon

Chávez - Yturralde, (2006). Tu fortaleza. México: E.Y.A.

Con Salud (2002). Diabetes y Depresión. Manuscrito no publicado.

Coleman J. (1982). Psicología de la Adolescencia. Londres: Morata.

Davidson, A. (1998) Los secretos de los buenos padres. Barcelona: Medici.

De la Fuente, R. (1967). El aspecto psiquiátrico. En Álvarez, J. (Comp.). Desintegración Familiar. México: Obra Nacional de la Buena Prensa.

Douglas, J.D. (1976). Investigative social research: Individual and team field research. Beverly Hills: Sage.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science. New York: New Series.

Estrada. L. (1991). El ciclo vital de la familia. México, DF. (1997). México: Editorial Grijalbo.

Epstein y Westley. (2006). Generative social science studies in agent-based computational modeling. University Press: Princeton.

Fernández (2003). Abordaje teórico y clínico del adolescente. Buenos Aires, Nueva Visión.

Flores, M. y Vega. (1992). Apoyo psicológico a familias de enfermos crónicos: Reporte de investigación. Tesis de Licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Freitez, N. (2001). Proceso salud enfermedad y sus modelos curativos. Trabajo no publicado, Curso Medio de Salud Pública, Universidad de Los Andes, Mérida.

- Friedemann, ML. (1989). El concepto de enfermería familiar. *Journal of Advances in Nursing*, 14, 211-2116.
- Fruggeri, L (1996). El proceso terapéutico como construcción social del cambio. Barcelona: Paidós
- Forrester, J.W. (1968). *Principles of Systems..* New York: Wright-Allen Press.
- Gallar. (2006). *Psicología de la educación y del desarrollo en contexto escolares.* Madrid: Pirámide.
- García G, Díaz R. (2005). Diabetes Mellitus tipo 2: auto concepto, evolución y complicaciones. *Revista Desarrollo Científico de Enfermería.*
- Gergen, K (1998). *Realidad y relaciones: aproximaciones a la construcción social.* Barcelona – España: Paidós.
- González, P. (2003). Adaptabilidad y cohesión familiar, implicación parental en conductas autor regulatorias, auto concepto del estudiante y rendimiento académico, recuperado en: <http://www.psicothema.com/pdf1090.pdf>.
- González, V. (1997). *Gerontología y Salud.* Madrid: Biblioteca Nueva.
- Guadarrama, R. (Agosto, 2006). Familia y medios de comunicación. *Pistas para pensar en la investigación*, 10, 127-149
- Halabe, J. (1997). *El internista Medicina Interna para Internistas.* México: Interamericana Mc-GrawHill.
- Haley, Jay (1988): "Terapia no convencional". Ed. Nueva visión.
- Hall. & F. (1975). Definition of System. En: *General Systems.*
- Herder. Wiener, N. *Cibernética y Sociedad.* Editorial Sudamericana. Buenos Aires. 1979
- Hernández, Fernández y Baptista (2006). *Metodología de la investigación.* México: Mc Graw Hill
- Herrera P. (1990). *La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud.* Cuba: Médica Internacional
- Herscovici, P. (2002). Padres que hacen la diferencia. *Revista Sistemas Familiares.*

Howard, S. Dryden, J. (1999). *Childhood Resilience: Review and Critique of Literature*. Oxford Review of Education.

Hoyos, R. (2001). *La sociología*. *Muy Interesante*, 10, 42.

Huerta, J. (1999). *Estudio de salud familiar en Programa de actualización continúa en medicina familia*. México: Intersistemas.

Islas, S. Lifshitz. (1999). *Diabetes Mellitus*. México: Mc Graw Hill

Ibancovich, G. (1994). *Instrumento de evaluación para determinar la calidad de vida de pacientes con alguna enfermedad crónica*. Tesis de Licenciatura.. México: Universidad Autónoma del Estado de México.

Jaes, C. (1992). *Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida*. Buenos Aires: Amorrortu.

Keeney. (1987). *Construcción de terapias familiares sistémicas. Espíritu en la terapia*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Kern, B. (2007). *Resiliencia en niños enfermos crónicos: Aspectos teóricos [Versión electrónica]*. Psicólogo en Maringá, Studio.

Keyes, C.L.M. (2002). *The mental health continuum*. En *From languishing to flourishing in life*. *Journal of Health and Social Behavior* (207-222). Cambridge: University Press.

Jackson, D. (1998), *Familias y terapia familiar*, Nueva Visión, Buenos Aires.

Johannsen, O. (1975). *Introducción a la Teoría General de Sistemas*. Facultad de Economía y Administración. Universidad de Chile.

Leclercq, J. (1979). *La familia según el derecho natural*. Barcelona: Herder.

López. (2008). *El arte de la mala comunicación*. México: Trillas.

López, F. (2008). *Necesidades en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.

Lucero, C. (2004). *Salud y Familia*. Universidad de Chile. Facultad de ciencias de la Salud y de los Alimentos. Salud Pública.

Lotman, R. (1991) *Las fronteras del dolor*. Buenos Aires: Paidós.

Luthar, S. & Becker, B. (2000). *The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work*. N.Y: Child Development

Lukas, E. (1991). Para validar la logoterapia. Barcelona: Herder.

Macías, R. (1981). El grupo familiar, su historia, su desarrollo, su dinámica. México: Instituto de la Familia, A. C.

Mansilla y Figallo C. (2004). Medicina y sociedad. Una aproximación a la salud integral desde la persona al colectivo. Venezuela: Fondo Editorial de la Universidad pedagógica Experimental Libertador FEDUPEL. .

McCubbin, H. & Patterson, J. (1983). Family transitions: Adaptation to stress. In McCubbinand Figley. Stress and the Family, Volume 1.

McGoldrick, M. y Gerson, R. (1987). Genograma en la evaluación familiar. Barcelona: Gedisa.

Maldonado E, (1986) Sinopsis de psicología médica. Bolivia: Editorial lillial.

Marc. E. Picard. (1992). L'École del Palo Alto. Paris: Retz.

Martínez, P. (206) El divorcio, una posible reacción en padres que enfrentan el problema de la deficiencia mental. Tesina de Licenciatura. UIA

Masten, A. (2001). Resilience come of age: Reflections on the past and outlooks for the next generation of researchers. Nueva York.

Masten, A. (2003). Competence and resilience in development. Annals of the New York Academy of Sciences, 1094(1), 13-27.

Melillo, A. y Suarez E.. (2005). Resiliencia: Descubriendo las propias Resiliencias. Buenos Aires: Paidós.

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

Minuchin, S. y Fishman, H. (1990). Técnicas de terapia familiar. México: Paidós

Minuchin, S; Fishman, C. (1997): Técnicas de terapia familiar. Barcelona. Paidós Terapia Familiar.

Molina, S. (1999). Deficiencia Mental. Aspectos psicoevolutivos y educativos. Granada: Albije.

- Montes, M. y Bayle, M. (2002). Aspectos psicológicos y psiquiátricos en unidades especiales de hospitalización. En: <http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria>. p.60
- Montiel, R. (2006). Educación Sexual: ¿Qué les digo?, ¿Cómo les digo?, ¿Qué hago?. Valencia, Venezuela: Vadel Hermanos.
- Moskovitz, S. (1983) Love despite hate. New York: Schocken Books.
- Nardone. (2003). Modelos de familia conocer y resolver los problemas entre padres e hijos. Barcelona: Herder.
- Navarro, J. (2004). Enfermedad y familia. Barcelona: Paidós.
- OMS (2002) Programa Mundial de Acción en Salud Mental. Madrid Ginebra. P. 45
- OMS (2005) Informe sobre la salud en el mundo 2005. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. P. 20
- Oblitas G. (2006). Sus aportes a la Psicología de la Salud. Revista PsicologiaCientifica.com. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/luis-armando-oblitas-guadalupe-aportes-psicologia-de-la-salud>.
- Ovalle, B.J. F. (2001). Educación. Base Primordial del Tratamiento en la Diabetes Mellitus tipo2. México Mc Graw-Hill.
- Palomar, J. (1995). Diseño de instrumento de medición sobre calidad de vida. Tesis de Maestría de Psicología Clínica, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Palomar, J. (1998). Funcionamiento familiar y calidad de vida. Tesis de doctorado. UNAM.
- Palomar, J. (1999). Relación entre la escolaridad y la percepción del funcionamiento familiar en Revista Mexicana de Investigación Educativa, 4, 8.
- Patterson, J.M. (2002). Integrating Family Resilience and Family Stress Theory. Journal of Marriage and Family.
- Penn, P. (1982) Circular questioning, Family Process, 21(3), pags. 267-80.
- Pick, S. y López, (2007) Como investigar en Ciencias Sociales. México, Trillas
- Philip, L. (1998). Combining quantitative and qualitative approaches to social research in human geography, an impossible mixture Environment and Planning: 30 (2), p. 261-276.

Platone, M. L. (1999). Familia y Sociedad: El enfoque sistémico del cambio Cuadernos de Postgrado, N. 19, Caracas: UCV.

Quintero, V. (1997). Trabajo Social y procesos familiares. Buenos Aires: Lumen.

Rangel, J. (2001). Salud Mental y Género. Venezuela: Otras Miradas.

Ribes, E. (1984). Técnicas de modificación de conducta: Su aplicación al retardo en el desarrollo. México: Trillas.

Ritzer, G. (2002). Teoría sociológica clásica. Madrid: Mc Graw Hill, Quinta Edición.

Rodríguez, D. & M. Arnold. (1990). Sociedad y Teoría de Sistemas. Editorial Universitaria. Chile: Santiago.

Rodrigo, M.J. y Palacios, J. (2001). Conceptos y Dimensiones en el Análisis Evolutivo de la Familia. En Familia y Desarrollo Humano (120-133). Madrid: Alianza.

Rolland, J.S. (2000). Familias, enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica. España: Gedisa.

Roque (2004). Factores de riesgo, protectores y resiliencia en madres de niños con enfermedad. Memorias del XII Congreso Mexicano de Psicología. Una mirada al Futuro.

Rolland, J. (2000). Familias, Enfermedad y Discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica. Barcelona: Gedisa.

Rutter, M. (1985) Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. British Journal of Psychiatry, 147.

Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. Journal of Adolescent Health, 14.

Sánchez P, (1999) Medicina Interna. México con D.F. Editorial Masson.

Sandoval. (1997). Investigación cualitativa. Medellín: Ascun.

Sarabia, B. (1997). La familia, un grupo en evolución. Revista de occidente.

Satir, V. (1991). Relaciones humanas en el núcleo familiar. México: Pax-México

Sauceda, G. & y Cuevas, U. (2006). Funcionamiento familiar y su relación con bajo rendimiento escolar, la adaptación psicosocial y psicopatología en adolescentes mayores. *Revista Psiquis (México)*, 15 13-23. Recuperado el 1 de diciembre del 2008, en: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?met\\_hod=s\\_howDetai&id\\_articulo=47563&id\\_seccion=3011&id\\_ejemplar=4822&id\\_revista=180](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?met_hod=s_howDetai&id_articulo=47563&id_seccion=3011&id_ejemplar=4822&id_revista=180)

Timio (1979). *Clases sociales y enfermedad: Introducción a una epidemiología diferencial*. México: Editorial Nueva Imagen.

Tomm, A. (1984). *Teaching as a moral craft*. Nueva York: Logman.

Valdez M. (2007). *Los roles contemporáneos de los hombres y las mujeres en México..* México: Trillas.

Vanistedaël, S. (2001). *La Resiliencia en lo cotidiano*. En Manciaux. *La Resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa.

Vázquez, J (2002). *La necesidad de una psicología social de la salud*. En *Psicología y Salud* (143-153). México: Asociación Mexicana de la salud.

Vera, B. (2006). *Psicología positiva: Una nueva forma de entender la psicología*. Papeles del psicólogo. Madrid: Forum

Walsh, F. (1998). *A Family Resilience Framework: Innovative Practice Applications*. *Family Relations*.

Watzlawick (1995). *Cambio Formación y Solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.

Watzlawick, P. Beavin B.J.(2002). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.

Wiener, N.(1979). *Cibernética y Sociedad*. Buenos Aires: Sudamericana.

World Health Organization. *World Health Report (2004). Changing history*. Geneva.

Zavala MR, (2007) *La fortaleza de los pacientes con enfermedad crónica*. *Revista Aquichan*.49, 14-22.