

PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO DE ESTUDIOS DE LA MUJER

P.I.E.M.

Proyecto de Investigación

MULTIMORTALIDAD Y ESTRUCTURA FAMILIAR

Mario Bronfman

El Colegio de México

C.E.D.D.U.

## INTRODUCCION

"La proposición general de que cambios en las tasas de fecundidad, mortalidad y migración sólo pueden ser entendidas con referencia al sistema social más amplio en el cual estos cambios demográficos ocurren resulta ya poco más que una afirmación de sentido común".

Aceptar esta propuesta implica, para el caso de los estudios sobre mortalidad, prácticamente invalidar de ahora en adelante los estudios que sean una redundante constatación de la existencia de diferenciales. La abundante literatura que existe en esta línea ha generado una situación que ha sido descrita con originalidad por Sawyer(1985?) como la de un rompecabezas en el que, simultánea y paradójicamente, sobran y faltan piezas. Parte del problema se encuentra en el hecho de que "parte de las piezas están siendo reproducidas por distintos fabricantes para ocupar el mismo espacio del escenario". La reiteración de este estilo de trabajo, la obsesiva búsqueda de diferenciales, resulta comprensible pues permite navegar en aguas seguras, cercanas a la costa. Superarlo implica la doble dificultad de, por un lado, revisar, adoptar provisionalmente y poner a prueba alguno de los modelos conceptuales existentes y, por el otro, hacerse cargo "de que la mortalidad como objeto de estudio requiere de una interdisciplinaria orgánica".

En cuanto a los modelos conceptuales, si bien llegaron con retardo a los estudios de mortalidad, hoy en día coexisten varios que pueden resultar fructíferos. El más difundido en la

literatura es el de Mosley y Chen (1983) pero no es el único. En América Latina desde la segunda mitad de la década de los setentas distintos grupos nacionales han venido proponiendo y perfeccionando un abordaje conceptual del proceso salud-enfermedad-muerte en el que se enfatiza su carácter social. Sin embargo, postular el carácter social de ese proceso no lleva a conclusiones unívocas. Una línea, a la que no es ajena parte de la producción epidemiológica de los países centrales, señala que "lo social" produce una particular configuración de factores de riesgo que da origen a perfiles de morbimortalidad de grupos y sociedades. Lo social aparece entonces como un determinante jerarquizado pero aún externo al proceso. Según una de las autoras más importantes del grupo de la Medicina Social latinoamericana (Laurell, 1986) una segunda vía

"ha sido el intento de teorizar las articulaciones internas y externas del proceso salud-enfermedad enfatizando que no sólo está socialmente determinado sino que tiene carácter social en sí mismo. Es decir, no se restringen a enunciar que los procesos sociales determinan una constelación de factores de riesgo sino que intentan comprender la interrelación dinámica entre lo social y lo biológico postulando, sin embargo, la subsunción de éste a aquél. (...) esta interrelación no puede ser reducida a constelaciones particulares de factores de riesgo sino que tiene que ser pensada en función del contenido de los procesos sociales que transforma los procesos biológicos de un modo más complejo que el simple cambio en las probabilidades de estar expuesto a tal o cual factor de riesgo".

Con esta teorización como sustrato la década de los ochentas ha sido prolífica en investigaciones en las que nuevas categorías hacen su aparición para explorar el proceso salud-enfermedad-muerte. Las más frecuentemente utilizadas son la "clase social", la "reproducción social" y "el proceso de trabajo". Sin embargo,

a pesar de los avances logrados aún quedan muchas preguntas sin respuesta. Es evidente que la pertenencia a ciertos grupos sociales genera condiciones que favorecen la ocurrencia de muertes infantiles. Sin duda la desigualdad opera segregando grupos en los que se concentran los valores negativos de los indicadores socioeconómicos los que a su vez se asocian a resultados negativos. Ello resulta claro en el caso de la mortalidad infantil. Sin embargo, lo que no resulta tan claro es porqué cuando operan "condicionantes" similares los resultados son diferentes. Esto es válido para distintos integrantes de un mismo grupo social pero también para distintos miembros de una misma familia. Przeworski(1982) plantea esta situación con notable claridad. Dice él que

"si consideramos a las relaciones sociales en su complejidad...como una estructura de opciones disponibles (y no disponibles) a los individuos localizados en los lugares particulares dentro de las relaciones de producción, entonces los patrones de inserción dentro del sistema de producción, de reproducción, de relaciones conyugales y de migración no están determinados únicamente por la localización de clase dentro de las relaciones de producción. Por el contrario, esperaríamos sistemáticamente que la conducta de individuos que comparten una localización de clase no fuera homogénea, debido precisamente a las condiciones objetivas que estructuran las elecciones".

Es a partir de estas ideas que creemos que un camino válido en la investigación sobre mortalidad infantil sigue siendo el de "estrechar el cerco" que permita definir con mayor especificidad los grupos de "alto riesgo" al interior de los sectores que tienen las tasas más altas de mortalidad infantil.

#### ANTECEDENTES

En un estudio realizado en Venezuela (Machado et.al.1979) cuyo

objetivo central era analizar el impacto que había tenido sobre la salud materno-infantil el proceso de industrialización típicamente dependiente que caracterizó a dicho país pudimos constatar que además de que las muertes infantiles se concentraban en los grupos menos privilegiados de la población, al interior de estos grupos la mortalidad no se distribuía de una manera "equitativa". En otras palabras, aún compartiendo condiciones económicas y sociales igualmente deterioradas había familias que tenían éxito en lograr la supervivencia de toda su descendencia mientras que otras experimentaban la muerte de varios de sus hijos.

Años después en un trabajo sobre la relación entre clase social y mortalidad en la niñez (Bronfman y Tuirán, 1984) volviamos a observar este mismo fenómeno. Decíamos entonces que

"entre las mujeres que han sufrido la pérdida de un hijo menor de 5 años, a una de cada tres se le ha muerto más de un hijo de esa edad o, para referirlo al total, casi el 9% de las madres han perdido más de un hijo".

En un trabajo sobre las familias pobres y sus necesidades realizado en Chile (Valiente et.al., 1982) se señala que el 11% de las familias del Gran Santiago tienen 2 o más hijos muertos antes del año sin que esta evidencia merezca ningún comentario ni análisis detallado.

La ausencia de mayor información sobre el tema y la presunción de su importancia nos llevó a profundizar en su análisis. Para ello aprovechamos la información que proporciona la Encuesta Nacional Demográfica llevada a cabo por el Consejo Nacional de Población de México en 1982. En el cuestionario aplicado se incluía una Historia de Nacimientos en la que se registraba la

situación de supervivencia de los nacidos vivos y la fecha de la muerte en el caso de los fallecidos. Los datos de mortalidad infantil fueron obtenidos de este instrumento. Comenzamos tratando de cuantificar la magnitud del problema al que denominamos "multimortalidad infantil", es decir, mujeres con más de un hijo muerto antes del año. Con este fin dividimos nuestro universo en tres categorías: mujeres sin defunciones de menores de un año, mujeres con una defunción y mujeres con más de una defunción. Se calculó el aporte porcentual de cada uno de estos tres grupos al total de hijos nacidos vivos y al total de defunciones de menores de un año. Para aquellas mujeres con por lo menos un hijo muerto y con el objeto de facilitar las comparaciones se aplicaron dos medidas simples:

a) Razón de mortalidad infantil (RMI): consiste en dividir el total de defunciones de menores de un año entre el total de hijos nacidos vivos. El resultado indica la proporción de niños nacidos vivos que murieron antes de cumplir el año de edad.

b) Razón de contribución relativa (RCR): consiste, para cada subgrupo, en dividir la contribución porcentual al total de las defunciones entre la contribución porcentual al total de los nacimientos. Cuando el resultado es igual a la unidad significa que la contribución, tanto a las defunciones como a los nacimientos, es equivalente. La desviación del resultado con respecto a la unidad significará, por lo tanto, una mayor contribución a uno de los dos eventos. Si es mayor a la unidad habrá predominado la contribución relativa a las defunciones, y si es menor a la unidad habrá predominado el aporte a los

nacimientos.

La lectura del cuadro 1 nos da una primera evidencia de que estamos tratando con un problema que merece atención. Al 14% de las mujeres con por lo menos un hijo nacido vivo (MHNV) se le murió un hijo y al 5% se le murió más de uno antes de cumplir el año. Este último grupo, que aporta el 11% del total de hijos nacidos vivos "contribuye" con el 50% de las muertes infantiles. El 50% de las muertes de menores de un año concentrada en sólo el 5% de las mujeres!

Si restringimos nuestro universo a aquellas mujeres con al menos un hijo muerto antes del año (cuadro 2), la proporción de niños muertos antes de cumplir el año de edad en el grupo de mujeres con más de una defunción es prácticamente el doble de la proporción en el otro grupo (30.1 y 16.5 respectivamente).

El grupo de MHNV con una sola defunción aporta más a los nacimientos que a las muertes siendo la RCR menor que la unidad (0.77) mientras que entre las que tienen dos o más defunciones ocurre lo contrario siendo mayor su aporte a las defunciones (RCR=1.41).

No se nos escapan algunos problemas metodológicos que, aún cuando pudieran modificar parcialmente los resultados, no afectarían el carácter más global de las conclusiones. La información se refiere, como ya lo señalamos, a mujeres que al momento de la encuesta tenían entre 15 y 49 años y que tuvieron por lo menos un hijo nacido vivo. Tomarlas en bloque implica no considerar que sus experiencias de mortalidad infantil se produjeron a lo largo de un periodo de 35 años en los cuales hubo

cambios en las acciones de salud que pudieron influir directamente en la probabilidad de supervivencia. Pero, por tratarse de un evento poco frecuente, la posibilidad de contar con casos suficientes que permitan desagregaciones sustantivas obliga a trabajar con periodos relativamente amplios.

Los cuadros 3 y 4 nos permiten, al menos en primera instancia, descartar dos hipótesis alternativas:

- a) que las muertes ocurrieron fundamentalmente al comienzo del periodo;
- b) que las muertes se concentran en las mujeres en edades tempranas o bien en las edades extremas.

Con base en la comparación de la distribución porcentual de los tres grupos de mujeres según diversas variables seleccionadas, encontramos que aquellas mujeres con más de una defunción de menores de un año son:

- las de mayor edad al momento de la encuesta
- las que más hijos vivos han tenido
- las de menor escolaridad
- las que tienen el porcentaje más bajo de actividad laboral
- las que tienen una proporción mayor de migrantes
- las que viven mayoritariamente en viviendas con malas condiciones sanitarias
- las que tienen una sobrerrepresentación del "proletariado" y una subrepresentación de la "burguesía" entre las clases sociales no agrícolas
- las que tienen una mayor proporción de los sectores campesinos y una menor proporción del proletariado agrícola entre las clases



sociales agrícolas

Las MHNV que sólo tuvieron un hijo muerto ocupan, en todas las variables, un lugar intermedio, en general equidistante de los otros dos grupos.

La asociación estadística entre cada una de las variables seleccionadas y la variable de respuesta -experiencia de defunciones de menores de un año- resulta, en todos los casos, significativa ( $P < 0.05$ ).

Las MHNV con dos o más defunciones de menores de un año han tenido, en promedio, 8.8 hijos nacidos vivos y 2.7 defunciones de menores de un año. Esto significa que, en este grupo, de cada 100 nacidos vivos aproximadamente 30 mueren antes de cumplir el año (cuadro 3) siendo mayor la proporción entre mujeres de menor edad (<de 25 años) y con menos hijos nacidos vivos (2 a 4) (cuadro 5) entre las que también es mayor su contribución a las defunciones que a los nacimientos ( $RCR < 1.50$ ). Con respecto al resto de las variables, el valor de la RCR es cercano a la unidad (cuadro 5). Al analizar simultáneamente la edad de la madre y el número de hijos nacidos vivos (cuadro 6) encontramos que tanto la RMI como la RCR son mayores en el grupo de 2 a 4 hijos para cualquier edad de la madre. No es esta la primera vez que el riesgo mayor se observa entre las familias menos numerosas. En un trabajo de Minujin et.al. (1984) en el que utilizan la técnica de Automatic Interaction Detector (AID) para el análisis de la mortalidad infantil, señalan que

"...el número de miembros del hogar modifica el nivel de riesgo de la mortalidad infantil. Los hogares con pocos miembros tienen un nivel de riesgo significativamente mayor!

Este hecho arroja nueva evidencia de que no necesariamente la familia pequeña vive mejor".

#### CONCLUSIONES PRELIMINARES

La alta concentración de muertes infantiles entre las mujeres con más de una defunción hace que este grupo resulte de interés para su análisis en términos demográficos y en una perspectiva de salud pública.

Las MHNV con más de un hijo muerto antes de cumplir un año constituyen un grupo caracterizado por la agudización, en términos porcentuales, de las categorías que expresan las condiciones de vida más deterioradas y/o que implican mayor riesgo. Sin embargo, el conjunto de estas características no determinan unívocamente la pertenencia al grupo sino que sólo la hacen más probable. Al analizar a este grupo según un conjunto de variables, éstas presentan, para todas sus categorías, resultados sorprendentemente homogéneos (cuadro 5). La escolaridad de la madre, tradicionalmente la variable que más discrimina, deja a la RMI y a la RCR sin ninguna variación para las tres categorías de educación. Lo mismo ocurre con la "condición de actividad de la mujer", con la "condición migratoria de la mujer", con el "índice sanitario de la vivienda", con el "lugar de residencia" y con la "ocupación del compañero o padre".

En resumen, el comportamiento de la relación nacimientos/defunciones entre las mujeres con más de un hijo muerto antes del año no ofrece diferencias para la mayoría de las variables utilizadas. Da la impresión de que las variables que permitirían avanzar en la caracterización del grupo y en la

explicación del fenómeno no están presentes en estudios demográficos del tipo del que estamos utilizando para este análisis. Habrá que considerar la posibilidad de incluir otro tipo de variables diferentes a las socioeconómicas y demográficas como son las relacionadas con la utilización de los servicios de salud, la nutrición, la estructura familiar, etc. Si el grupo de mujeres con más de un hijo muerto pudiera ser acotado en sus características más específicas podríamos avanzar en la delimitación de un grupo de "alto riesgo" y ofrecer a las políticas de salud la posibilidad de una intervención altamente efectiva y eficaz.

#### UNA PROPUESTA DE INVESTIGACION

Dadas las características del fenómeno a investigar y la ausencia de bibliografía específica sobre el problema se planteó la necesidad de buscar indicios adicionales en campos afines. Dos áreas nos parecieron especialmente relevantes: los estudios sobre nutrición y las investigaciones sobre lo que en la literatura médica se llama el "non organic failure to thrive" y que podría ser traducido como "fracaso no orgánico en el desarrollo". En el primer campo, un estudio especialmente atractivo por su similitud con nuestras preocupaciones fue realizado en México por Muñoz de Chavez et.al. (1974) en el que estudian la epidemiología de la buena nutrición en una población con alta prevalencia de desnutrición. La conclusión a la que llegan es que el hecho de pertenecer a determinado "estrato social" crea una mayor susceptibilidad a la malnutrición pero que existen otros factores

que la precipitan en un mayor o menor grado. En el otro campo investigaciones muy cuidadosas desde el punto de vista del diseño encuentran que, después de controlar los aspectos socioeconómicos, las diferencias más importantes fueron en la interacción madre-hijo (Haynes,1984), en el estilo de vida familiar o en antecedentes de privación en la infancia de los padres (Oates,1985), o en la existencia de conflictos entre los padres (Altemeier,1985).

Otra bibliografía proveniente del campo biomédico pone en tela de juicio la relación entre la tendencia a repetir resultados negativos del embarazo y factores como la elevada paridad, el corto intervalo intergenésico y aspectos específicamente biológicos(Bakketeig,1979).

El conjunto de estos resultados permitiría hipotetizar que la mortalidad infantil es, probablemente, una entidad heterogénea. Es decir, que las muertes repetidas se deben a factores diferentes que las muertes que ocurren aisladamente. En otras palabras, entre las mujeres y/o familias que pierden un hijo y las que pierden más de uno no hay sólo diferencias de grado- cuantitativas- sino, fundamentalmente, cualitativas.

Planteado de esta manera, resulta inevitable hacerse cargo de la afirmación de Sawyer que recordábamos al principio según la cual la "mortalidad como objeto de estudio requiere de una interdisciplinariedad orgánica". Para ello se constituyó un equipo integrado por profesionales de la sociodemografía, la medicina, la epidemiología y la psicología.

## HIPOTESIS Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

La hipótesis central de este trabajo, es que dicha tendencia- la de repetir muertes infantiles- está relacionada con determinadas características de la estructura familiar. En otras palabras: a igualdad de condiciones socioeconómicas y demográficas, la estructura de las familias con más de un hijo muerto será diferente a la de aquellas sin hijos muertos.

Para poner a prueba esta hipótesis, se elaboró el siguiente diseño de investigación. Se realizaron 24 entrevistas familiares a cada uno de los siguientes grupos:

- .familias con más de un hijo muerto
- .familias con sólo un hijo muerto
- .familias sin hijos muertos.

Las familias se equipararon por triadas de acuerdo a los factores demográficos y socioeconómicos.

Las 72 familias pertenecían a un estrato socioeconómico bajo. Se eligió trabajar con este estrato porque es en el que se concentran las tasas más elevadas de mortalidad infantil.

Las familias a ser entrevistadas, fueron seleccionadas de la siguiente manera: se repartieron en distintas escuelas públicas cuestionarios para que las maestras los repartieran, a su vez, entre las madres. El cuestionario constaba de 5 preguntas:

- nombre y dirección de la madre
- cantidad de hijos nacidos vivos
- cantidad de hijos sobrevivientes
- edad de los niños que hubieran muerto
- año en que se produjeron las muertes.

Se desecharon las familias con niños muertos antes de 1978 para evitar problemas de memoria. Sólo se tomaron en cuenta los niños muertos durante el primer año de vida, y cuya causa de muerte fuera clasificada como evitable. En otras palabras, se desecharon los casos en que la muerte se hubiera producido por factores congénitos y/o hereditarios. Lo que se obtuvo, fue un censo de, aproximadamente, 40 escuelas públicas de la zona sur del Distrito Federal.

En base a estos cuestionarios se seleccionaron los casos con muertes repetidas. A cada uno de estos casos, se le apareó uno con sólo un hijo muerto y otro con ningún hijo muerto que tuvieran las mismas características demográficas y socioeconómicas. Las que se tomaron en cuenta para el apareamiento demográfico, fueron la edad de la madre y la cantidad de partos. Las características socioeconómicas resultaron apareadas de hecho por asistir a la misma escuela y compartir las mismas condiciones de residencia por habitar en la misma zona.

Para cada una de las familias entrevistadas se obtuvo la siguiente información:

- características socioeconómicas de la familia
- aspectos culturales, especialmente los asociados a las concepciones de salud y enfermedad y a los hábitos nutricionales
- relación con, utilización de y concepciones sobre los servicios de salud
- historias detalladas de los embarazos, partos, crianzas y muertes

-características biológicas y de salud de los niños muertos y de los sobrevivientes, de los padres y de las familias de origen de los padres

-estructura familiar.

Se realizaron 3 entrevistas con cada familia en sus domicilios. En la primera, realizada por un sociólogo, se obtuvo información de los aspectos socioeconómicos y culturales. En la segunda, a cargo de un médico-demógrafo, se recabó información sobre aspectos de salud y hábitos nutricionales. En la tercera, realizada por un terapeuta familiar, se obtuvo información sobre la estructura familiar. El sociólogo que realizaba la primera entrevista acompañaba a los que realizaban las otras dos para darle continuidad a la relación con la familia. En todos los casos se utilizaron guías de entrevistas y no cuestionarios estructurados. Se grabaron todas las entrevistas, las que después fueron transcritas para facilitar el análisis.

#### MARCO CONCEPTUAL

La hipótesis central de esta investigación es que "la tendencia a repetir muertes infantiles está asociada significativamente a las características de la estructura y el proceso familiares".

Para poner a prueba esta hipótesis no sólo rastreamos las características actuales del proceso y de la estructura, sino también aquellas que prevalecían en el momento en que se sucedieron las muertes infantiles.

Podemos observar a la familia a través de su estructura (corte

transversal) o de su proceso (corte longitudinal). De acuerdo a su estructura, entendida como el conjunto de patrones estables de interacción, hemos considerado dos tipos de familia según su funcionalidad: el funcional y el disfuncional.

Definimos la estructura familiar funcional como aquella que tiene:

- subsistemas diferenciados,
- límites selectivamente permeables,
- jerarquías claras,
- coaliciones cambiantes y/o manifiestas y/o intrageneracionales, y
- redes de apoyo estructuradas.

Definimos estructura familiar disfuncional como aquella que tiene:

- subsistemas indiferenciados,
- límites indiscriminados o impermeables,
- jerarquías confusas,
- coaliciones estereotipadas y/o ocultas y/o intergeneracionales, y
- redes de apoyo poco estructuradas o inexistentes.

Desde el punto de vista del proceso distinguimos entre familias flexibles y rígidas.

Decimos que una familia es flexible cuando tiene capacidad de modificar sus patrones de interacción para responder a los cambios internos y externos, es decir, de crear nuevas alternativas. Los cambios internos se refieren a la incorporación o a la partida de algún miembro, así como a la evolución natural de la familia. Los cambios externos, se refieren a todas las circunstancias que constituyen el entorno



familiar.

La familia rígida es aquella que tiene dificultades para adecuarse a los cambios internos o externos, e incapacidad para evolucionar a etapas superiores de desarrollo, ya que repite patrones de interacción que se autoperpetúan, sin posibilidades de desarrollar nuevas alternativas.

Para detectar flexibilidad y rigidez, comparamos la etapa cronológica en que se encuentra la familia con la funcional, es decir, sus patrones de funcionamiento. Si hay adecuación de ambas etapas hablamos de flexibilidad, si no la hay hablamos de rigidez. A mayor diferencia entre etapa cronológica y funcional mayor rigidez.

#### OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

En cada estructura familiar, podemos distinguir diferentes subsistemas: conyugal, parental y fraterno. Cada uno de ellos cumple distintas funciones. La del conyugal consiste en promover el desarrollo de las personas que forman la pareja; la del parental en asegurar la crianza y educación de los hijos y la del fraterno en propiciar la socialización del niño a través del grupo de pares. Estas funciones pueden ser cubiertas por distintos miembros de la familia o por personas ajenas en forma temporal o permanente.

Entendemos por subsistema diferenciado a aquel que define claramente su holon-su ámbito-, es decir, quiénes están fuera y quiénes dentro del mismo, asegurando el cumplimiento de sus funciones específicas.

Estos subsistemas requieren de límites para diferenciarse y así poder cumplir con estas funciones. Los límites pueden considerarse conceptualmente como una línea común que divide dos sistemas o subsistemas entre sí definiendo quién está afuera y quién adentro de cada uno de ellos.

En función de la interacción que puede darse a través de los sistemas y subsistemas entre:

- límites selectivamente permeables que, como su nombre lo indica, seleccionan las interacciones que permiten pasar;
- indiscriminados, que permiten el paso de cualquier interacción;
- impermeables, que prácticamente no permiten interacción con el entorno, por lo que el sistema actúa como si fuera cerrado.

En un sistema familiar es importante considerar los límites entre los diferentes subsistemas que componen la familia nuclear y los que existen entre esta y las familias de origen, por un lado, y con el entorno en general, por el otro.

En todo sistema existen diferentes roles que implican una distribución desigual del poder, de jerarquías. Distinguimos entre jerarquías claras y confusas según si las diferencias entre roles y el manejo del poder son estables y coherentes, en cuyo caso las llamamos claras. Si no lo son las consideramos confusas.

Aún cuando los límites al interior de la familia sean claros y selectivamente permeables, que es la situación deseable, tienden a darse asociaciones entre dos o más miembros en función de metas, valores, actitudes, intereses comunes, las que implican un mayor número de interacciones entre los miembros que las

constituyen. Cuando estas alianzas se dan en contra de un tercero se las llama coaliciones. Cuando estas son duraderas las llamamos estereotipadas, implicando un funcionamiento no adecuado o disfuncional del sistema familiar. Esto se agrava si la coalición es entre miembros de diferentes generaciones y, más aún, si son encubiertas. Si se estructuran coyunturalmente y son intrageneracionales las llamamos cambiantes.

La familia al interactuar con el entorno puede o no establecer redes de apoyo. Estas se integran a partir de la elección que las distintas personas hacen de otras, así como también de su cercanía geográfica. La red se basa en gran medida en lazos de afecto que pueden ser de distintos tipos y grados: cariño, solidaridad, confianza, empatía, etc. La función básica de la red es la ayuda mutua como por ejemplo: transmitir y compartir informaciones útiles, cuidados de niños, de enfermos, acciones solidarias en situaciones de crisis. Además cumple funciones sociales y laborales. Algunos autores como Lomnitz (1980) y Ramos (1981), enfatizan la importancia de las redes como medio de supervivencia en grupos marginales. La ayuda mutua funciona como un mecanismo de adaptación, como un sistema de seguridad social que permite cierta estabilidad, organización y prevención en la vida cotidiana. Pattison (1975) considera la capacidad para establecer redes como un indicador de salud mental.

Nos referimos a redes estructuradas cuando estas ofrecen una cobertura de solidaridad firme y redes poco estructuradas o inexistentes cuando la familia cuenta poco o no cuenta con ese apoyo. Dentro de esta última se incluyen aquellas circunstancias

en las que, por alguna razón determinada, se produce la pérdida temporal o definitiva de red. Esto es lo que ocurre en algunos procesos migratorios, cambios de vivienda y de colonia. Estos eventos nos interesan especialmente cuando coinciden en el tiempo con el nacimiento y la crianza de los hijos.

#### ANALISIS DE LA INFORMACION DE LAS ENTREVISTAS

(NOTA: La abundancia del material disponible y las dificultades involucradas en su análisis impiden, en este momento, presentar lo que equivaldría a un informe final. Sin embargo, decidimos presentar con carácter provisorio los primeros resultados que hacen evidente la plausibilidad de la hipótesis central de la investigación. Ellos se refieren a las familias sin hijos muertos y a las familias con más de un hijo muerto. La versión final de este análisis pretende ser una publicación de mayor envergadura por lo que exigirá un tiempo adicional).

Si tuviéramos que hacer una síntesis de las historias de vida de las familias entrevistadas, desde la constitución de la pareja, veríamos que los procesos en ambos grupos son muy parecidos.

La pareja, por lo general, se conoce en el vecindario en el que habita con su familia de origen o en las inmediaciones del lugar de trabajo. Ambos son muy jóvenes, alrededor de 17 años en promedio la mujer y 21 años el hombre (cuadro 7). El noviazgo es breve y en la mayoría de los casos no cuenta con la aceptación de alguna de las dos familias de origen. Al no poseer suficientes

medios económicos para instalarse independientemente, la pareja pasa a vivir con los familiares de alguno de ellos, por lo general con la familia del compañero. Se instalan en una habitación de la misma casa compartiendo cocina y baño. Con el transcurrir del tiempo y dependiendo, en gran medida del mejoramiento de sus ingresos, esta situación cambia. Construyen en el mismo predio una vivienda independiente que consta, por lo general, de una habitación que cumple las funciones de dormitorio, comedor y cocina. El baño suele estar separado y, a veces, es compartido con el resto de la familia.

En otros casos, se presenta la necesidad de migrar por diversas razones, por lo general económicas. Esta migración es, casi siempre, de áreas rurales al Distrito Federal. A veces la pareja se estructura después del proceso migratorio, lejos del lugar de origen. Otras veces la migración incluye a la familia constituida con hijos pequeños. En estos casos, generalmente, el hombre migra primero; se instala en casa de algún familiar, amigo cercano o compadre. Una vez ubicado y con cierta estabilidad laboral manda llamar al resto de la familia.

En algunos casos, la decisión de convivir está relacionada con el hecho de que la joven resulta embarazada; en otros, con la soledad, o con conflictos con la familia de origen como, por ejemplo, el sufrir situaciones de violencia, alcoholismo, fuertes oposiciones al noviazgo. En casi todos los casos a la unión sobrevienen inmediatamente los hijos.

Es, por lo tanto, un período de muchos cambios que se suceden rápidamente en el tiempo: separación de la familia de origen,

adaptación a la familia con la que van a convivir, responsabilidad por la crianza de los hijos, responsabilidad económica.

Para el miembro de la familia que permanece en su hogar se producirá un cambio estructural en su status que deberá asumirlo interna y externamente, tendrá que aceptarse y ser aceptado como alguien adulto, en pareja, en proceso de construir su propia familia.

Los cambios que se producen en ambas familias de origen son también intensos: la familia del miembro que se va tiene que elaborar esta separación, y la que acoge al nuevo miembro tendrá que hacer un espacio estructural y material para incorporarlo.

Un nuevo sistema se construye. De las vicisitudes de este proceso, de la construcción de este nuevo sistema con un mayor grado de complejidad dependerá, en parte, su ubicación en alguno de los grupos definidos en esta investigación.

En otras palabras: los nuevos patrones de interacción entre los miembros del sistema, constituirán la matriz que, si es adecuada, permitirá criar y desarrollar niños con alta probabilidad de supervivencia, y si no lo es aumentará su riesgo de muerte.

Como lo señalamos anteriormente, las familias de ambos grupos comparten características demográficas y socioeconómicas. Ello es así porque el propio diseño de la investigación exigía esta equiparación para poner a prueba la hipótesis central. Los cuadros 8 y 9 muestran que las diferencias en el promedio de la edad actual de las madres y del número de partos tienen

variaciones menores. Recordamos, asimismo, que las familias eran escogidas de las mismas escuelas y en el mismo vecindario, con condiciones de vivienda similares.

Sin embargo, y a los efectos de eliminar hipótesis alternativas, fue necesario evaluar la similitud de las familias en otras variables fundamentales. Una de ellas fue la edad de ambos cónyuges al contraer la unión. El cuadro 7 muestra que las diferencias son también menores en este rubro. Mientras que en el grupo sin hijos muertos (SHM) la edad promedio de la mujer fue de 18 años y la del hombre de 22, ambas aproximadamente, en el de más de un hijo muerto (MHM) fue de 17 y 22, respectivamente.

También la edad en que la mujer inició su vida sexual activa revela la comparabilidad de ambos grupos (cuadro 10). Son pocas las que lo hicieron antes de los 15 años -17% y 21%, respectivamente- y la única diferencia importante se manifiesta en las que lo hicieron después de los 20 años donde el grupo de MHM duplica al de SHM. Sin embargo hay que destacar que en ambos grupos la mayoría inició su vida sexual activa antes de los 20 años.

No sólo el número de partos en las mujeres de ambos grupos fue similar, sino también el número de gestaciones (cuadro 11). Entre las SHM el promedio de gestaciones fue de 7.9 mientras que entre las MHM ascendió a 8.0.

La única variable que presenta diferencias importantes, las que deberán ser retomadas al momento del análisis final, es la que se refiere a la disponibilidad teórica de prestaciones de salud. Insistimos en el hecho de que se trata de disponibilidad

teórica pues ello no implica, necesariamente, la utilización de esas facilidades. El cuadro 12 muestra que las mujeres SHM están cubiertas en un 50% de los casos por algún sistema de seguridad social, y este porcentaje desciende al 29% entre las mujeres con MHM.

En cuanto a la condición de actividad de las mujeres de ambos grupos esta es, prácticamente, similar (cuadro 13).

La proporción de familias migrantes es mayor entre las SHM- 83%- que entre las MHM -67%- (cuadro 14), siendo esta diferencia atribuible al hecho de que hay mayor proporción de hombres migrantes en esas familias.

De todos estos datos se puede concluir que nos encontramos ante dos grupos de familias que comparten, básicamente, las mismas condiciones demográficas y socioeconómicas. Ello denota las bondades del diseño de investigación que tuvo por objeto lograr esta equiparación.

El punto central de este análisis lo constituye la caracterización de la estructura y los procesos familiares en ambos grupos.

Pasaremos ahora a describir las características de las familias con más de un hijo muerto.

Como se había señalado anteriormente la nueva pareja, generalmente, pasa a compartir la vivienda con otros familiares. En la mitad de las familias entrevistadas de este grupo existían relaciones conflictivas con la familia de origen. La separación necesaria para poder construir y consolidar el espacio de la pareja se daba con dificultad, permanecían sobreinvolucrados, lo



que producía tensiones al interior de la misma que se cronificaban en el tiempo. Vale la pena citar aquí el ejemplo, de una señora que relataba que la familia del marido nunca la había aceptado totalmente porque preferían una novia que él había tenido anteriormente y otro ejemplo en el que la señora señalaba que cuando se peleaban su madre tomaba partido por el marido y cuando él finalmente la abandonó la madre le retiró por completo su apoyo. En otros casos la suegra adoptaba a la nuera como hija y la enfrentaba con el hijo. En resumen, encontramos que en un 50% de las familias de este grupo había conflictos con la familia de origen y en el 67% había conflictos en la pareja (cuadro 20).

En cuanto al análisis de los límites, cuya importancia conceptual destacamos anteriormente, el cuadro 15 muestra que si bien estos son adecuados al interior de la familia nuclear en un 67% de los casos esta situación se va deteriorando al referirse a las familias de origen y, más aún, al entorno en general.

Este dato, además de su importancia en sí mismo, preanuncia la dificultad que tendrán estas familias para consolidar una red que les sirva de soporte en las circunstancias en que fuere necesario. Por ello no resulta sorprendente constatar que sólo el 50% de estas familias disponen de algún tipo de red (cuadro 20). Pero más revelador aún es el hecho de que sólo para el 13% la red se extiende más allá de la propia familia. Sin ánimo de dramatizar, constatamos el hecho de que a las dificultosas condiciones materiales de existencia de estas familias hay que agregarle la carencia de red social y vecinal que se exprese solidariamente para hacerlas menos penosas.

Las distintas funciones que cumplen los miembros de los subsistemas indican de qué manera se constituyen las jerarquías dentro del sistema. En este grupo el 62% de las jerarquías son claras y el 38% son confusas (cuadro 20). La convivencia conflictiva con la familia de origen, a la que hacíamos referencia anteriormente, incide, en una importante proporción de los casos, en un manejo inadecuado del poder. Esto se puede ejemplificar con el caso de una familia en la que el manejo del dinero recaía en la suegra que, además, era alcohólica y de otros casos en los que era permanente la descalificación entre los miembros de la pareja.

Otro dato que llama la atención es el alto porcentaje de coaliciones estereotipadas, lo que ocurre en el 62% de los casos (cuadro 20). Los conflictos tanto en la pareja como con la familia de origen y los límites indiscriminados, que no los contienen dentro de cada sistema o subsistema, propicia que los miembros de la familia se involucren en coaliciones intergeneracionales. A veces estas coaliciones incluyen a las tres generaciones. Estas coaliciones, en muchos casos, se cronifican en el tiempo. Se puede ejemplificar esta característica con el caso de una familia en el que una suegra y su nuera que no se hablaban hacía ya varios años a pesar de compartir la misma estufa y en la que el esposo tomaba partido por su madre en contra de la mujer.

El resultado de estas caracterizaciones parciales nos permite concluir que casi el 60% de estas familias pueden ser diagnosticadas como de estructura disfuncional y un porcentaje similar con procesos rígidos, siendo mayor, lógicamente, el

porcentaje de las que reúnen algunas de estas dos características(Cuadro 20).

En cuanto a las familias SHM encontramos una situación en la que todos los indicadores presentan valores más positivos.

Si bien la presencia de conflictos con las familias de origen es elevado -42%- por las razones generales comentadas anteriormente, los existentes en la pareja son sensiblemente menores -25% de los casos. Los límites resultan adecuados en la gran mayoría de los casos (cuadro 16) tanto al interior de la familia nuclear como entre esta y las de origen y con el entorno. Al igual que en el grupo anterior, pero con un signo inverso, la consecuencia es que la totalidad de estas familias -el 100%- disponen de una red social que, en la mayoría de los casos, no se limita a la familia. Igualmente la proporción de coaliciones estereotipadas es baja -12%- y las jerarquías son claras en la mayoría de los casos. En resumen, en este grupo de familias sólo encontramos que el 8% tienen una estructura disfuncional, y un porcentaje similar presenta procesos rígidos(cuadro 20).

Los cuadros 17, 18, 19 y 20 evidencian las diferencias más notables entre ambos grupos de familias. A modo de resumen podríamos decir que los dos grupos muestran características claramente diferentes en cuanto a sus procesos y estructura sistémicas.

Resulta evidente que la combinación de variables que tienen más peso y se asocian con más fuerza a la repetición de muertes infantiles son por un lado, el alto grado de disfuncionalidad y de rigidez y, por el otro, la poca capacidad de estas familias

para establecer redes de apoyo.

#### BIBLIOGRAFIA

ALTEMEIER, W.A. et. al.  
(1985)

Prospective study of antecedents for nonorganic failure to thrive; J. Pediatrics, 1985, mar; 106(3), 360-5

ANDOLFI, Mauricio et. al.  
(1983)

Behind the family mask; Bruner and Mazel Publ., New York, 166 p.

- BAKKETEIG, L. et. al.  
(1979) Perinatal mortality by birth order within cohorts based on subship size; B. Medical Journal, 3:693
- BAKKETEIG, L. et. al.  
(1979) The tendency to repeat gestational age and birth weight in successive births; American J. Obstetrics and Gynecology, 135:1086-1102.
- BRONFMAN M. y TUIRAN R. La desigualdad social ante la (1984) muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez; en Memorias Cong. Lat. Población y Desarrollo, México, UNAM-PISPAL
- HAYNES CF, et. al.  
(1984) Hospitalized cases of non-organic failure to thrive; Child Abuse Negl. 8(2); 229-42
- LAURELL A.C.  
(1986) El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina; Cuad. Med. Sociales; Rosario, 37, p. 3-18
- LOMNITZ L.  
(1980) Cómo sobreviven los marginados; Siglo XXI; México.
- MACHADO Y. et. al.  
(1979) Estructura familiar, salud materno infantil e industrialización dependiente; UCV, mimeo.
- MINUCHIN S.  
(1979) Familias y terapia familiar, Gedisa, Barcelona.
- MINUCHIN S. y FISCHMAN CH.  
(1981) Family Therapy techniques; Harvard University Press
- MINUJIN A. et. al.  
(1984) Factores sociodemográficos asociados a la mortalidad infantil; en Memoria del Con. Lat. Población y Desarrollo; México, UNAM-PISPAL
- MOSLEY WH y CHEN L.  
(1984) An analytical framework for the study of child survival in developing countries; Population and Development Review
- MUÑOZ DE CHAVEZ et. al.  
(1974) The epidemiology of good nutrition in a population with high prevalence of malnutrition; en Ecology of Food and Nutrition, vol. 3, p. 227
- DATES RK et. al.  
(1985) Long-term effects of non-organic failure to thrive; Pediatrics, Jan

PRZEWORSKI A.  
(1982)

Teoría sociológica y el estudio de la población; en Reflexiones teórico metodológicas sobre investigaciones en población; El Colegio de México,

RAMOS S.  
(1981)

Las relaciones de parentesco y de ayuda en los sectores populares urbanos, Buenos Aires, CEDES.

RESSEGUIE LJ  
(1973)

Influence of age, birth order and reproductive compensation on still-birth ratios; J. Biosocial Sciences; 5:443-452

ROMAN E. et.al.  
(1978)

Fetal loss, gravidity and pregnancy order; Early Human Development, 2: 131-138

SAWYER D.O.  
(1985?)

Consideracoes sobre o estado das artes nas pesquisas de mortalidade; mimeo.

SCHAPIRA et.al.  
(1968)

Infant, perinatal, maternal and childhood mortality in the U.S. Harvard University Press, Cambridge.

Cuadro 1  
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MHNV(\*) SEGUN EL NUMERO DE  
DEFUNCIONES DE MENORES DE UN AÑO Y SU CONTRIBUCION RELATIVA  
AL TOTAL DE HIJOS NACIDOS VIVOS Y AL TOTAL DE DEFUNCIONES  
DE MENORES DE UN AÑO

MEXICO 1982

No.de Defunciones	% de Mujeres	% de HNV	% de Defunciones
Ninguna	80.5	69.1	-
Una	14.1	19.8	49.5
Más de una	5.4	11.1	50.5
Total	100.0	100.0	100.0

(\*) MHNV: Mujeres con por lo menos un Hijo Nacido Vivo  
Fuente : Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

Cuadro 2  
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MHNV Y AL MENOS UN HIJO MUERTO  
ANTES DEL AÑO, SEGUN NUMERO DE DEFUNCIONES DE MENORES DE UN  
AÑO, CONTRIBUCION RELATIVA A LOS NACIMIENTOS Y A LAS  
DEFUNCIONES DE MENORES DE UN AÑO, PROPORCION DE HNV MUERTOS  
ANTES DEL AÑO (RMI) Y RAZON DE CONTRIBUCION RELATIVA A LAS  
DEFUNCIONES Y A LOS NACIMIENTOS (RCR)

MEXICO 1982

No.Defunciones	%de Mujeres	% de HNV	%de Defunciones de Menores de un año	RMI	RCR
Una	72.2	64.4	49.5	16.5	0.77
Más de una	27.8	36.0	50.5	30.1	1.41
Total	100.0	100.0	100.0	21.4	1.00

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

E  
A

Cuadro 3  
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS DEFUNCIONES DE MENORES DE UN AÑO ENTR  
LAS MHNV Y MAS DE UN HIJO MUERTO ANTES DEL AÑO SEGUN AÑO DE OCURRENCI  
Y EDAD DEL NIÑO AL MOMENTO DE LA DEFUNCION.

Año de Ocurrencia	Menos de un mes	1 mes y más	total
1947-1951	3	3	3
1952-1956	10	4	8
1957-1961	15	9	12
1962-1966	21	18	20
1967-1971	20	25	22
1972-1976	17	27	21
1977-1981	14	14	14
Total	100	100	100

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

E  
A

Cuadro 4  
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS DEFUNCIONES DE MENORES DE UN AÑO ENTR  
LAS MHNV Y MAS DE UN HIJO MUERTO ANTES DEL AÑO SEGUN LA EDAD DE L  
MADRE Y EDAD DEL NIÑO AL MOMENTO DE LA DEFUNCION

Edad de la Madre	Menos de un mes	1 mes y más	Total
Menos de 20 años	26	28	27
20-24 años	30	29	29
25-29 años	17	18	17
30-34 años	14	12	13
35 y más	13	13	13
Total	100	100	100

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.



Cuadro 5

	Edad	X HNV	X DEF 1a	RMI	RCR
1	Menos de 25	4.0	2.2	48.4	1.6
5	25-29	6.1	2.5	40.6	1.3
8	30-34	7.8	3.0	38.6	1.2
0	35 y más	9.6	2.6	27.2	0.9
=====					
	HNV				
5	2-4	3.3	2.0	61.6	2.0
3	5-7	6.0	2.4	39.9	1.3
7	8-10	9.0	2.7	29.1	0.9
8	11 y más	13.0	3.1	23.6	0.7
=====					
	Escolaridad				
9	sin	9.2	2.7	29.8	0.9
0	Primaria Inc.	8.9	2.7	30.1	1.0
5	Prim.Com. T.	7.8	2.4	31.4	1.0
=====					
	Ocupación				
4	Agrícola	9.8	2.8	28.4	0.9
5	No Agrícola	8.1	2.6	31.5	1.0
=====					
	C.Laboral de la Madre				
2	Trabaja	8.2	2.5	30.5	1.0
9	No Trabaja	9.2	2.7	29.8	0.9
=====					
	Condición Migratoria de la Madre				
8	Migrante	8.7	2.5	29.2	0.9
4	No Migrante	9.0	2.8	30.9	1.0
=====					
	INSAVI				
5	B	8.1	2.5	28.7	0.9
9	R	9.3	3.1	32.8	1.0
9	M	9.2	2.7	29.7	0.9
-	---	---	---	---	---
	Total	8.8	2.7	30.1	1.0
=====					
	Residencia				
5	A.Metropolitana	8.8	2.5	28.7	0.9
2	Resto Urbano	8.8	2.8	30.7	1.0
3	Rural	9.2	2.6	31.0	1.0
-	-----	-----	-----	-----	-----
	Total	8.8	2.7	30.1	1.0

Cuadro 5 (Cont.)

Clase Social no Agrícola						
4	1		7.6	2.2	29.2	0.9
6	2		8.9	2.7	29.8	0.9
8	3		7.9	2.4	30.4	0.9
7	4		8.7	3.1	36.1	1.1
-			-----	-----	-----	-----
0	Total		8.1	2.5	31.0	1.0
=	=====					
Clase Social Agrícola						
9	1		10.9	3.5	32.1	1.1
2	2		10.4	2.6	24.8	0.9
1	3		9.4	2.7	27.4	1.0
-			-----	-----	-----	-----
0	Total		10.3	2.8	27.1	1.0
=	=====					

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica

Cuadro 6

			Menor 25	25-29	30-34	35y
5	2-4	RMI	69.2	57.2	56.5	65.
1		RCR	1.43	1.41	1.46	2.4
-	-----					
2	5-7	RMI	41.4	43.4	38.3	39.
4		RCR	0.86	1.07	0.99	1.4
-	-----					
2	8-10	RMI		31.3	37.8	27.
0		RCR		0.77	0.98	1.0
-	-----					
6	11 y más	RMI			39.8	22.
3		RCR			1.03	0.8
-	-----					

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica

Cuadro 7  
 PROMEDIO DE EDAD AL MOMENTO DE LA UNION DE  
 LOS CONYUGES, SEGUN CANTIDAD DE HIJOS MUERTOS  
 (en porcentajes)

Promedio de edad	Ninguno	Mas de uno
el	22.13	21.6
ella	17.95	16.95
	(24)	(24)

Cuadro 8  
 EDAD ACTUAL DE LAS MUJERES, SEGUN CANTIDAD DE  
 HIJOS MUERTOS (en porcentajes)

	Ninguno	Mas de uno
Menos de 30	25	33
30-39	29	29
40 y mas	46	38
	(24)	(24)

Cuadro 9  
 NUMERO DE PARTOS DE LAS  
 MUJERES, SEGUN CANTIDAD DE  
 HIJOS MUERTOS (en porcentajes)

Numero de partos	Ninguno	Mas de uno
Hasta 5	25	29
6-7	17	29
8-9	41	25
10 y mas	17	17
Promedio	7.5	7.3
	(24)	(24)

Cuadro 10  
 EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA  
 DE LAS MUJERES, SEGUN CANTIDAD DE  
 HIJOS MUERTOS (en porcentajes)

	Ninguno	Mas de uno
Antes de los 15	17	21
15-19	58	66
20 y mas	25	13
	(24)	(24)

Cuadro 11  
 NUMERO DE GESTACIONES DE LAS  
 MUJERES, SEGUN CANTIDAD DE  
 HIJOS MUERTOS (en porcentajes)

Numero de gestaciones	Ninguno	Mas de uno
Hasta 5	21	25
6-7	21	21
8-9	33	25
10 y mas	25	29
Promedio	7.9	8
	(24)	(24)

cuadro 12  
 DISPONIBILIDAD DE PRESTACIONES DE SALUD, SEGUN  
 CANTIDAD DE HIJOS MUERTOS (en porcentajes)

Disponibilidad de prestaciones	Ninguno	Mas de uno
Si	50	29
No	50	71
	(24)	(24)

Cuadro 13  
 CONDICION DE ACTIVIDAD DE LA MUJER, SEGUN  
 CANTIDAD DE HIJOS MUERTOS (en porcentajes)

condicion de actividad	Ninguno	Mas de uno
Trabaja	67	63
No trabaja	33	37
	(24)	(24)

Cuadro 14  
CONDICION MIGRATORIA DE LAS FAMILIAS, SEGUN  
CANTIDAD DE HIJOS MUERTOS (en porcentajes)

condicion migratoria	Ninguno	Mas de uno
<u>Migrantes</u>	<u>83</u>	<u>67</u>
.Solo el	29	13
.Solo ella	25	21
.Ambos	29	33
<u>No migrantes</u>	<u>17</u>	<u>29</u>
.Desconocido		4
	(24)	(24)

Cuadro 15  
TIPO DE LIMITES DE LAS FAMILIAS CON MAS DE UN HIJO MUERTO, SEGUN  
AMBITO DE REFERENCIA DE LOS LIMITES (en porcentajes)

Tipo de limites	Ambito de los limites		
	Limites en la familia nuclear	Limites con la familia de origen	Limites con el entorno
Selectivamente permeables	67	50	46
Indiscriminados	29	25	0
Impermeables	4	25	54
	(24)	(24)	(24)

Cuadro 16  
 TIPO DE LIMITES DE LAS FAMILIAS SIN HIJOS MUERTOS, SEGUN AMBITO  
 DE REFERENCIA DE LOS LIMITES (en porcentaje)

Ambito de los limites

Tipo de limites	Limites en la familia nuclear	Limites con la familia de origen	Limites con el entorno
Selectivamente permeable	92	88	83
Indiscriminados	8	8	0
Impermeables	0	4	17
	(24)	(24)	(24)

Cuadro 17  
 TIPO DE LIMITES EN LA FAMILIA NUCLEAR,  
 SEGUN TIPO CANTIDAD DE HIJOS MUERTOS  
 (en porcentaje)

Tipo de limites	Familias sin hijos muertos	Familias con mas de un hijo muerto
Selectivamente permeable	92	67
Indiscriminados	8	29
Impermeables	0	4
	(24)	(24)

Cuadro 18  
 TIPO DE LIMITES CON LAS FAMILIAS DE ORIGEN,  
 SEGUN CANTIDAD DE HIJOS MUERTOS  
 (en porcentaje)

Tipo de limites	Familias sin hijos muertos	Familias con mas de un hijo muerto
Selectivamente permeable	88	50
Indiscriminados	8	25
Impermeables	4	25
	(24)	(24)

Cuadro 19  
 TIPO DE LIMITES CON EL ENTORNO,  
 SEGUN CANTIDAD DE HIJOS MUERTOS  
 (en porcentaje)

Tipo de limites	Familias sin hijos muertos	Familias con mas de un hijo muerto
Selectivamente permeable	83	46
Indiscriminados	0	0
Impermeables	17	54
	(24)	(24)



Cuadro 20  
 CARACTERISTICAS SELECCIONADAS DE LAS  
 FAMILIAS, SEGUN CANTIDAD DE HIJOS MUERTOS  
 (en porcentajes)

	Familias sin hijos muertos	Familias con mas de un hijo muerto
Subsistemas diferenciados	75	33
Limites selectiva- mente permeables		
.En flia nuclear	92	67
.Con flia origen	87	50
.Con entorno	83	46
Jerarquias claras	79	62
Coaliciones cambiantes	88	38
Conflicto con la familia de origen	46	50
Conflictos de pareja	25	67
Redes de apoyo	100	50
Familias con estructura:		
Funcional	92	42
Familias con procesos Flexibles	92	42
	(24)	(24)