



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
UNIDAD ACADÉMICA
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
"GUSTAVO A. MADERO", MÉXICO D.F.**



**PERFIL DE LAS FAMILIAS CON AUTOPERCEPCIÓN DE
DISFUNCIÓN FAMILIAR**

**DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
"GUSTAVO A. MADERO" ISSSTE**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

ISSSTE
PRESENTA: "GUSTAVO A. MADERO"
DIRECCIÓN

DRA. MIRIAM CONSUELO TOVAR GRANADA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

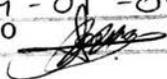
ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Miriam Consuelo

Tovar Granada

FECHA: 19-01-03

FIRMA: 

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE

POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS

SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR

“GUSTAVO A. MADERO”, MÉXICO D.F.

PERFIL DE LAS FAMILIAS CON AUTOPERCEPCIÓN DE DISFUNCIÓN FAMILIAR

DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR

“GUSTAVO A. MADERO” ISSSTE

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MIRIAM CONSUELO TOVAR GRANADA

MÉXICO D.F. 2003

REGISTRO 11.2002

**PERFIL DE LAS FAMILIAS CON AUTOPERCEPCIÓN
DE DISFUNCIÓN FAMILIAR**

DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR

“GUSTAVO A. MADERO” ISSSTE

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MIRIAM CONSUELO TOVAR GRANADA

AUTORIZACIONES


DRA. LAURA ELENA SÁNCHEZ ESCOBAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
EN LA C.M.F. “GUSTAVO A. MADERO” ISSSTE
MEXICO D. F.



ASESORES



DR. EFRÉN RAÚL PONCE ROSAS
PROFESOR TITULAR "A", T.C. INTERINO
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR

**PERFIL DE LAS FAMILIAS CON AUTOPERCEPCIÓN
DE DISFUNCIÓN FAMILIAR**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MIRIAM CONSUELO TOVAR GRANADA

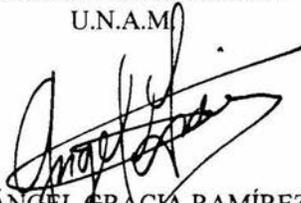
AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



~~DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA~~
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ÁNGEL GRACIA RAMÍREZ
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**PERFIL DE LAS FAMILIAS CON AUTOPERCEPCIÓN DE
DISFUNCIÓN FAMILIAR**

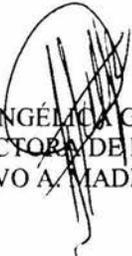
DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
"GUSTAVO A. MADERO" ISSSTE

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

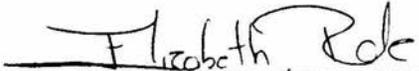
PRESENTA:

DRA. MIRIAM CONSUELO TOVAR GRANADA

AUTORIDADES DE LA CLÍNICA



DRA. MARÍA ANGÉLICA GALLEGOS FLORES
DIRECTORA DE LA C.M.F.
"GUSTAVO A. MADERO" ISSSTE



DRA. ELIZABETH RODRÍGUEZ PONCE
JEFA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
C.M.F. "GUSTAVO A. MADERO" ISSSTE

DEDICATORIA

A mi esposo Juan Carlos por su comprensión,
amor y apoyo brindado.

A mi bebé Karla que es motivo de
mi vida y esfuerzo.

A la memoria de mi padre quién con su ejemplo
me impulso a continuar adelante.

A mi madre la cual es la persona que más
admiro en la vida, quiero y respeto

A mis hermanos y primos
por su ayuda incondicional

A mi tía Evita por su apoyo y
ayuda brindada

AGRADECIMIENTOS

A los doctores:

E. Raúl Ponce Rosas

Laura E. Sánchez Escobar

Blanca L. Valadés Rivas

Maria Angélica González Ortiz

Margarita Arenas Cedillo

Silvia Landgrave I.

Por su invaluable guía e instrucción.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el perfil general de las familias con autopercepción de disfunción familiar

Diseño: Estudio descriptivo, transversal y observacional.

Lugar: Clínica de Medicina Familiar en México D.F., de Abril a Junio del 2001.

Participantes: 63 cédulas básicas de identificación familiar que reportaron disfunción familiar.

Material y Métodos: Se realizó un análisis descriptivo de las variables, se calcularon mediante medidas de resumen (porcentajes y frecuencia) y medidas de tendencia central y dispersión (promedio y desviación estándar).

Resultados: *Perfil de las familias con autopercepción de disfunción familiar:* los padres con una edad promedio entre los 52 a 56 años, la ocupación de la madre más frecuente es el hogar y la del padre empleado federal, con escolaridad de los cónyuges primaria incompleta, el estado civil más frecuente casados, seguido de viudos con un promedio de unión conyugal de 25 años; la mayoría de las familias tenían hijos en etapa adulta y correspondían a familias nucleares, según su estructura familiar; cursando gran parte por la etapa del ciclo vital en retiro y muerte; con las patologías más frecuentes de diabetes mellitas e hipertensión. 55 de las CEBIF-3 reportaron disfunción leve y 8 con disfunción grave o severa.

Conclusiones: La familia disfuncional no puede distinguirse de la familia funcional por la presencia de problemas, sino por la utilización de patrones de interacción recurrente que dificultan el desarrollo biopsicosocial de sus miembros, su adaptación y la resolución de conflictos. Debería realizarse acciones de apoyo familiar e individual, como programas de comunicación, relaciones humanas y valoración personal, que favorezca la salud familiar e individual.

Palabras clave: Disfunción familiar, Medicina familiar, APGAR familiar.

SUMMARY

Families profile with self-perception of non-functional.

Objective: To identify the profile of families with self-perception as non-functional.

Design: Descriptive and cross-sectional study.

Setting: Family health care unit in Mexico City from April to June , 2001.

Participants: 63 basic family identity cards which reported non-functional families.

Material and Methods: It was made a descriptive analysis of variances that were estimated by using summary measurements (percentages and frequency) as well as (average and standard deviation).

Results: Families with self-perception as non-functional. Parents with average age from 52 to 56. Where the most frequent mother occupation was to be house wife and about the father to be bureau employment . In accordance to their schooling had an incomplete basic education. Marital status: to be married for 25 years and following those who were widow. Most of the families were nuclear and passing for the vital cycles of retire and death. More frequent pathologies: Diabetes Mellitus and Hypertension. 55 families reported slight non-functional and 8 severe non-functional.

Conclusions: There were identified recurrent interactions patterns that obstructed the development of their members. There must be made actions to support and increase family and individual health.

Key words: Non-functional, Family Medicine, Family APGAR.

ÍNDICE

Pag.

| | |
|---|-----------|
| 1. MARCO TEÓRICO | 01 |
| 1.1 Antecedentes | 01 |
| 1.1.1 Familia | 01 |
| 1.1.2 Dinámica familiar | 02 |
| 1.1.3 Ciclo vital de la familia | 03 |
| 1.1.4 Funcionalidad familiar | 04 |
| 1.1.5 Disfunción familiar | 09 |
| 1.1.5.1 Crisis familiares | 10 |
| 1.1.6 Instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar | 11 |
| 1.1.7 Perfil del médico familiar | 16 |
| 1.1.8 Niveles de implicación en la familia | 19 |
| 1.2 Planteamiento del problema | 21 |
| 1.3 Justificación | 22 |
| 1.4 Objetivos | 24 |
| 2. MATERIAL Y METODOS | 25 |
| 2.1 Tipo de estudio | 25 |
| 2.2 Diseño de investigación del estudio | 25 |
| 2.3 Población | 26 |
| 2.4 Muestra | 26 |
| 2.5 Criterios de inclusión | 26 |
| 2.6 Criterios de exclusión | 26 |
| 2.7 Variables | 27 |
| 2.8 Instrumentos de recolección de datos | 27 |
| 2.9 Método de recolección de datos | 27 |
| 2.10 Análisis estadístico | 28 |
| 2.11 Consideraciones éticas | 28 |
| 3. RESULTADOS | 29 |
| 3.1 Consultorio | 29 |
| 3.2 Turno | 30 |
| 3.3 Edad | 30 |
| 3.4 Ocupación de la madre | 31 |
| 3.5 Escolaridad | 31 |
| 3.6 Ocupación del padre | 32 |
| 3.7 Estado civil | 33 |
| 3.8 Número de hijos | 34 |
| 3.9 Convivencia con personas | 34 |

| | |
|--|-----------|
| 3.10 Clasificación estructural de la familia | 35 |
| 3.10.1 Familia nuclear | 36 |
| 3.10.2 Familia extensa | 36 |
| 3.11 Etapa del ciclo vital | 37 |
| 3.12 FAPGAR | 37 |
| 3.13 Patología familiar | 38 |
| 3.14 Apoyo a cuidadores | 38 |
| 4. DISCUSIÓN | 39 |
| 5. CONCLUSIONES | 42 |
| 6. BIBLIOGRAFÍA | 43 |
| 7. ANEXOS | 47 |

PERFIL DE LAS FAMILIAS CON AUTOPERCEPCIÓN DE DISFUNCIÓN FAMILIAR

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes

1.1.1 Familia

Existen múltiples definiciones de familia; ya que a través de la historia, el hombre ha experimentado con diferentes clases de familia, de acuerdo con su época, cultura y sociedad en que se ha desarrollado.

Desde el punto de vista de la Medicina Familiar, uno de los enfoques más utilizados para estudiar a la familia se fundamentó en la **Teoría General de Sistemas**; donde se considera a la familia “como un subsistema social abierto, en constante interacción con el medio natural, cultural y social, donde cada uno de sus integrantes interactúa como microgrupo con un entorno familiar y en la cual existen factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia en la determinación del estado de salud y enfermedad.”^{5,7}

La Organización Mundial de la Salud define a la familia como “miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”.¹³

Según Virginia Satír “La familia es un grupo compuesto de adultos de ambos sexos, dos de los cuales (los cónyuges) viven bajo el mismo techo y mantienen una relación sexual socialmente aceptada”.¹⁴

Desde el punto de vista sociológico, se considera a la familia como una institución básica de la sociedad ya que constituye la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana, cumpliendo funciones importantes en el desarrollo bio-psico-social del ser humano, asegurando junto a otros grupos la socialización y educación del individuo.¹⁵

El consenso Norteamericano, define a la familia como “un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras, por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción.”¹⁶

De acuerdo con el consenso Canadiense “la familia se define como el grupo compuesto por un marido, una esposa con o sin hijos, o un padre o madre con uno o mas hijos, que viven bajo el mismo techo”¹⁶, considerando que es lo que más se acerca a la familia mexicana.

1.1.2 Dinámica Familiar

El significado de dinámica familiar son las fuerzas tanto positivas como negativas que actúan dentro de la familia y que producen determinados comportamientos o síntomas.¹⁷ En otras palabras la dinámica familiar es el conjunto de pautas transaccionales que establece de qué manera, cuándo y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo con el ciclo vital por el que atraviesa dicha familia.¹⁸

Por lo tanto, la dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, que le permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde además el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás. Existe un equilibrio interno que conserva unida a la familia a pesar de las presiones producidas tanto en el interior como en el exterior de ella, éste equilibrio es denominado homeostasis familiar, que opera por mecanismos relativamente automáticos e involuntarios.¹⁸

Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal, que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez.

Existen dos principales elementos que afectan a la dinámica familiar, el primero son los cambios obligados que se producen en el tránsito de una etapa a otra del ciclo vital (estrés normativo o crisis evolutivas), el segundo, la presentación de acontecimientos vitales estresantes (estrés no normativo o paranormativas).²

1.1.3 Ciclo vital de la familia

En el curso de su desarrollo, la familia pasa por varias etapas de transición predecibles; en las cuales existen diferentes expectativas, necesidades y fenómenos que pueden afectar la salud de sus miembros. El estudio de las etapas del desarrollo familiar permite el análisis genérico de la historia natural de una familia, desde su formación hasta su disolución y constituye según Estrada Inda¹⁸, un útil instrumento de organización y sistematización invaluable para el pensamiento clínico. Su principal valor radica en identificación de las tareas específicas que debe desempeñar la familia en cada una de sus fases, de manera que, si en alguna de ellas no se completan dichas tareas, pueden surgir problemas de funcionamiento con efecto en las etapas subsiguientes.

El ciclo vital de la familia es una evolución en el curso de la cual, la familia se contrae a medida que el medio social con el que cada uno de sus miembros está en contacto se va extendiendo.¹⁸

La familia, como todo grupo humano tiene su inicio, desarrollo y ocaso; a semejanza del hombre que es engendrado, nace, crece, se desarrolla, reproduce y muere; la familia por su parte sigue un patrón similar; esquema propuesto por Geyman en 1980, el cual se utiliza con mayor frecuencia en México.¹⁶

- Fase de matrimonio: se inicia con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo con la llegada del primer hijo.
- Fase de expansión: se inicia la expansión del grupo familiar, incluye la crianza y desarrollo de los hijos, durante sus primeros años y se inicia la apertura hacia el exterior (ingreso a la escuela).
- Fase de dispersión: se identifica por el hecho de que todos los hijos asisten a la escuela y ninguno se encuentra trabajando, en esta etapa de la vida familiar, se para el camino para la próxima independencia de los hijos mayores que se encuentran en plena adolescencia.
- Fase de independencia: al inicio de esta fase, la pareja debe aprender a vivir nuevamente en "independencia", sus hijos han formado nuevas familias.
- Fase de retiro y muerte: esta etapa comprende dos fases; la de independencia en la que la pareja nuevamente sola, debe llevar a cabo el ajuste final del papel de proveedor por jubilación o retiro del jefe de familia, y la disolución, en la cual la pareja anciana debe afrontar diversas situaciones como el desarrollo de nuevas relaciones con los hijos, nietos y demás familiares, la pérdida de sus habilidades; la dependencia de otros y el fallecimiento de amigos y familiares.

Por ello, el conocimiento y manejo adecuado del paciente y su familia en cada una de sus etapas del desarrollo, permite al equipo de salud preveer fenómenos y actuar en forma integral en las diferentes situaciones y momentos que afecten la salud del grupo familiar.^{16,18}

1.1.4 Funcionalidad Familiar

Existen diferentes funciones que la familia debe llevar a cabo para un bienestar de sus miembros; según Minuchin se determina a la estructura familiar como “el patrón repetitivo de las interacciones de la familia para llevar a cabo sus funciones, determinado así su estructura familiar, disfunción o funcionalidad familiar”.³ Carmen Peñalva

Dentro de las funciones de la familia se encuentran, la solución de problemas, comunicación, roles, respuesta afectiva, involucramiento afectivo, control de la conducta, funcionamiento familiar, límites, alineamiento, poder o fuerza, cuidado, afecto, reproducción, socialización, estatus y nivel socioeconómico.

La guía de **Mc Master**²² es un modelo para evaluar la funcionalidad familiar, que a través del tiempo ha sufrido una serie de cambios y de parámetros. Actualmente sólo cuenta con 7 puntos los cuales son:

1. Solución de problemas. Este elemento es de gran importancia ya que muchas veces pretendemos actuar sin conocer el problema y la actitud de la familia frente a él. Será conveniente explorar las siguientes interrogantes:

- a) Identificación de problemas: ¿Que problemas identifica la familia y quien los identifica?
- b) A quién se los comunica: ¿Qué alternativas hay para resolverlas y si son adecuadas?
- c) Decisión de alternativas: ¿Quién toma la decisión?. Es importante observar aquí, qué tan permeable o impermeable la familia, es decir, que tanto recibe la influencia del medio externo.
- d) ¿Cómo se ejecutan las alternativas?
- e) ¿Quién lo hace?
- f) ¿Qué resultado obtienen?

Cuando se observa que una familia efectúa todos y cada uno de los pasos o la mayoría, significa que tiene mayores posibilidades para la solución de sus conflictos, sin embargo, hay familias que ni siquiera identifican sus problemas y menos aún los resuelven.

2. La comunicación. Puede ser:

- Verbal y no verbal. Verbal es aquella que se establece con la palabra, la no verbal es enviada a través de actitudes o conductas.
- Instrumental y efectiva, la comunicación instrumental se refiere a los aspectos físicos o materiales; la comunicación afectiva se relaciona con los aspectos emocionales.

Para que la comunicación sea funcional debe ser clara, directa, congruente, confirmada y retroalimentada. Es importante cómo y a qué nivel se comunica la familia.

3. Roles. Un rol es la asignación de funciones o conductas a una persona éstos pueden ser múltiples, es decir, al mismo tiempo que desempeñamos el rol de hijos, podemos ser padres, hermanos, tíos etc. Los roles son:

- Tradicionales. Son moldeados socialmente. El primer elemento de diferenciación de roles está condicionado a la identidad de hombre o mujer, posteriormente a la generación a la que pertenezca de padre, hijo, tío, abuelo etc.
- Idiosincráticos. Son moldeados por la familia a nivel inconsciente: chivo expiatorio, emergente, apaciguador, bueno, malo, "loco", etc. Estos tienen un sentido y un significado para la vida del individuo y la familia ya que generalmente proporciona el equilibrio, es decir que muchas veces por estos roles las familias continúan funcionando.

Características de un rol funcional; flexible, aceptado, complementario, satisfactorio, intercambiable en condiciones de requerimientos o crisis, claro.

Elementos de disfuncionalidad; ambigüedad, rivalidad o competencia, no aceptación, rigidez, no complementariedad, inversión.

Los roles también son instrumentales y funcionales, por ejemplo el rol instrumental tradicionalmente se le ha designado al padre y el afectivo o emocional al madre. En la familia es necesario conocer como es el ejercicio y la asignación de roles de cada uno de los integrantes de familia.

4. Expresión de afectos. Emociones de bienestar y malestar. Explorar cómo y cuáles son los afectos que se expresan en la familia, permite conocer de alguna manera, que tan satisfactoria es la vida dentro del grupo familiar. Lo más adecuado es poder expresarlo abiertamente, congruente al estímulo, verbal y no verbal y en toda la gama de expresiones.

5. Involucramiento afectivo. El tipo de involucramiento afectivo de la familia dependerá de la etapa del ciclo vital que estén cursando, tanto del individuo como de la familia y cómo el medio ambiente influye en la familia.

Existen diferentes tipos de involucramiento afectivo: ausencia o desvinculación, involucramiento empático, sobre involucramiento o aglutinamiento, involucramiento simbiótico, muestra de interés sin involucramiento o viceversa, involucramiento narcisista.

6. Control de la conducta. Es importante que se observe el contexto en el que se aplica el control y por quién. Los tipos de control son: rígido (explicarlos), flexible, laissez faire, caótico.

7. Funcionamiento general de la familia como sistema. Es decir, como satisfacen sus necesidades y a que nivel, cómo se organizan y qué resultados obtienen, si permiten el desarrollo de sus integrantes y del sistema como tal, o sea si dejan crecer a los hijos y al mismo tiempo crece la familia.

Según **Minuchin** (referido por Peñalva³) considera tres dimensiones estructurales importantes para el estudio del buen funcionamiento familiar, las cuales son las siguientes:

1. Límites. Son las reglas que definen quién y cómo participan en una operación; es la definición de los roles necesarios para cumplir una actividad.

2. Alineamientos. Se refiere a la definición de roles en la familia; son las reglas de unión u oposición entre los miembros o los subsistemas para cumplir una función.

3. Poder o fuerza. Se refiere a la influencia relativa de cada miembro en una actividad determinada, es un atributo relativo y no absoluto, que depende de la operación en curso.

Irigoy n¹⁶ establece cinco funciones de la familia importantes para el buen funcionamiento de la misma:

1. Socialización. La tarea fundamental de la familia es transformar en un tiempo determinado, a una persona totalmente dependiente de sus padres, en un individuo autónomo, con independencia para desarrollarse en la sociedad.

2. Cuidado. Es la función de la familia que permite la preservación de la especie, se determinan cuatro determinantes en ella; alimentación, vestido, seguridad física y apoyo emocional.

3. Afecto. En relación con esta necesidad de recibir afecto y proporcionarlo, se determinan en gran medida las relaciones familiares.

4. Reproducción. Se ha definido a la familia como la institución encargada de proveer de nuevos miembros a la sociedad, con el compromiso de efectuar esta tarea familiar con responsabilidad.

5. Estatus y Nivel socioeconómico. Aceptando el concepto de la familia como institución mediadora entre el individuo y la sociedad, se entenderá claramente, cómo el conferir a un miembro de la familia tal o cual nivel socioeconómico equivale a transferirle derechos y obligaciones.

El conocimiento de estas funciones de la familia, son de gran utilidad para determinar la integración familiar y facilitar el diagnóstico de la familia.

Para determinar el grado de funcionalidad familiar, **Satir** (referido por De la Revilla²) emplea los siguientes criterios:

- **Comunicación.** la cual debe ser clara, directa, específica y congruente.
- **Individualidad.** La autonomía de los miembros de la familia es respetada y las diferencias individuales no sólo se toleran, sino que se estimulan para favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.

- Toma de decisiones. La búsqueda de la solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha por el poder.
- Reacción a los eventos críticos. Una familia funcional es lo suficientemente flexible para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que se puede conservar la homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas.

Para poder decir que una familia es **normofuncional** “debe ser capaz de cumplir las tareas que le están encomendadas (las funciones anteriormente referidas), de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo o entorno”.

1.1.5 Disfunción familiar

Una familia **disfuncional** se define “como aquella que se ve imposibilitada para realizar de un modo adecuado las funciones familiares, afectándose áreas como la educación y el desarrollo afectivo”.^{2,7}

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes y gran parte de los trastornos psicosociales tienen su origen en dicha disfunción. Los miembros de familias disfuncionales suelen utilizar frecuentemente los servicios de salud, denotar incongruencia entre el sufrimiento de sus padecimientos y la naturaleza relativa de menor de sus síntomas, a veces el paciente adulto se hace acompañar por un familiar y con frecuencia les resulta difícil encontrarle sentido a sus problema actual o consultar por síntomas vagos e inespecíficos, así como por conflictos emocionales o de relación, manifestaciones somatoformes o trastornos de ansiedad.^{2,18}

1.1.5.1 Crisis familiares

Una crisis es cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de la familia, que ocasionan cambios en la funcionalidad de sus miembros y conduce a un estado de alteración y que requiere una respuesta adaptativa de la misma. ¹⁸

Al enfrentar la familia una crisis, se ve afectado su funcionamiento y alterados sus roles, y dependerá de los medios con los que cuente (apoyo afectivo, estructural, económico o de otro tipo) de acuerdo con las necesidades que precise cada caso, para salir de la misma, hacia una fase de adaptación o inadaptación y/o de equilibrio o desequilibrio. Cuando estos apoyos son inadecuados la familia tiene que recurrir a recursos extrafamiliares, entre los que se encuentran los servicios sanitarios, uno de ellos es el médico familiar, el cual debe comprender el impacto que las crisis ocasionan en el estado funcional de las familias. ^{18,19}

Como señala Louro I. La familia en crisis no es necesariamente disfuncional; el hecho de vivir en crisis no es sinónimo de causa de disfunción familiar, sino el modo cómo se enfrenta a pérdidas, cambios, problemas interpersonales o a conflictos internos y son de dos tipos: ¹⁹

- Crisis normativas. (evolutivas o intrasistémicas). Están en relación con las etapas del ciclo vital de la familia y son definidas como situaciones planeadas, esperadas o que forman parte de la evolución de la vida familiar, tales como embarazo, matrimonio, jubilación etc.
- Crisis paranormativas (no normativas o intersistémicas). Son expectativas adversas o inesperadas. Incluyen eventos provenientes del exterior, las crisis no normativas que ocurren en el interior de la familia, tales como infidelidad, divorcio, alcoholismo y actividades criminales, habitualmente ocasionan mayor disfunción familiar que cualquier otro tipo de evento crítico. Presentan dificultades para la comunicación y para identificar los recursos necesarios para resolverlas. ¹⁸

Las crisis familiares no siempre resultan negativas, son situaciones que demandan cambios en el sistema, generando separación de viejos modelos de interacción y asimilando nuevas

formas de organización, contribuyendo esto a la maduración, desarrollo y crecimiento del sistema familiar.¹⁸

Entre los recursos más importantes de la familia se encuentran, la **cohesión**, que se expresa en el nivel de apoyo mutuo, afecto y confianza entre los miembros de la familia; y la **flexibilidad** que se refiere a la organización interna de la estructura familiar, adoptando así nuevos roles y reglas, que le permiten la capacidad de adaptabilidad para enfrentar los cambios y adaptarse al medio social.¹⁹ Idarmis González Benítez.

1.1.6 Instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar

Para evaluar la funcionalidad familiar existen diferentes instrumentos y modelos con sustento teórico, basados en investigaciones que los respaldan.

Estos instrumentos se dividen en:

Observacionales: Permite la evaluación directa de los patrones de interacción familiar, proveen una visión externa del fenómeno.

Autoaplicación: Proporcionan una perspectiva interna de la funcionalidad, proveen de información individual de los integrantes de una familia incluyendo percepciones sobre sí mismo y sobre los demás miembros de la familia, actitudes, roles, valores, etc. Y requieren ser aplicados a la totalidad de los integrantes de la familia. Su propósito es la evaluación de la calidad de las relaciones dentro de la familia y las características de su ambiente, que permiten identificar una funcionalidad saludable.⁸

Entre los instrumentos más utilizados se encuentran:

The Family Assessment Devise (FAD)

Es un instrumento diseñado por Epstein, Bishop y Baldwin para proporcionar información de la funcionalidad familiar, con base en la identificación de problemas y operacionalizando el modelo de funcionalidad familiar de Mc Master (MFFM). De acuerdo a este modelo la función primaria de la familia es el desarrollo integral de sus miembros considerando aspectos sociales, psicológicos y fisiológicos. Puede ser contestado por cualquier persona mayor de 12 años de edad. ^{8,18}

Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales (FACES)

Olson y sus colaboradores desarrollaron FACES para hacer operativas dos de las tres dimensiones del modelo circunflejo de los sistemas familiares y conyugales; ha sido el más exitoso, propicia la integración entre la práctica, la teoría y la investigación, estimulando además el diálogo profesional entre clínicos e investigadores.

El modelo circunflejo integra tres dimensiones de la vida familiar; cohesión, adaptabilidad y comunicación, se estima que esta última es una dimensión facilitadora que contribuye que las otras dos se mantengan en niveles saludables.

El FACES III es un instrumento de autoaplicación que permite evaluar las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, pueden ser contestados por cualquier miembro de la familia mayor de 12 años y se dispone de versiones adaptadas y probadas para parejas sin hijos, con hijos, con hijos adolescentes y parejas en etapa de retiro. Permite clasificar a las familias en 16 posibles combinaciones de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. ¹⁸

The Self-Report Family Inventory (SFI)

Es un instrumento creado para operacionalizar las percepciones de los miembros de la familia mediante dos dimensiones: competencia y estilo; las cuales constituyen el sustento del Modelo Sistémico de Beavers para la funcionalidad familiar (BSM).

El BSM se basa en un enfoque sistémico de la familia y se integra por dos ejes fundamentales, el primero relacionado con la estructura, información disponible y flexibilidad adaptativa del sistema, autonomía individual y expresión de los sentimientos. El segundo es llamado de estilo, el cual define dos extremos, el centrípeto y el centrífugo. El estilo centrípeto considera que la mayoría de las satisfacciones en la relación interpersonal surge del seno familiar más que del exterior. El estilo centrífugo es lo opuesto. La familia con un estilo intermedio se considera competente, ya que puede cambiar su estilo y adaptarse a las necesidades de cambio de los integrantes del grupo familiar.¹⁸

The Family Assessment Measure (FAM)

Se desarrolla para proporcionar una definición operativa de los constructos del Modelo Proceso (MP) de la funcionalidad familiar, el cual se basa en el Modelo de Funcionalidad Familiar de Mc Master (MFFM). Este modelo se focaliza en la funcionalidad, considerando la interrelación de dimensiones básicas. El MP postula que la meta a lograr para una familia es el afrontamiento exitoso de tareas básicas tanto durante su desarrollo como en crisis. Se requieren de 30 a 45 minutos para su aplicación y pueden contestarlo personas de por lo menos 10 años de edad.¹⁸

The Family Environment Scale (FES)

Los autores del FES crearon este instrumento probablemente con el propósito de evaluar como un todo al funcionalidad familiar mediante un instrumento de autoaplicación, del cual no se manifiesta en forma explícita las razones de su diseño ni el modelo de funcionalidad familiar que lo respalda. ¹⁸

The Family Functioning Index (FFI)

Este instrumento se creó basado en la idea de contar con un cuestionario que permitiera discriminar las familias que requieren de apoyo terapéutico de las que no lo requieren. La preguntas están orientadas hacia la evaluación de la satisfacción de la vida conyugal, motivos de alegría en el grupo familiar, cercanía física, emocional y en la frecuencia de episodios de desacuerdo, toda la información se obtiene de los padres de familia, las instrucciones para aplicarlo son escuetas y los criterios de calificación e interpretación no son muy claros. ¹⁸

The Family Functioning Questionnaire (FFQ)

Es un cuestionario integrado por ocho reactivos que exploran ocho áreas: la estima, conversación abierta, ayuda de la familia, expresión de amor, tiempo empleado juntos, toma de decisiones, contactos externos a la familia y sentimientos de cercanía; no se especifica edad mínima para aplicarlo, se desconoce su verdadero valor clínico y su capacidad discriminativa. ¹⁸

The Family APGAR (FAPGAR)

Definición de los componentes de APGAR Familiar:

- Adaptabilidad (adaptation). Capacidad de utilizar recursos intra y extrafamiliares para resolver situaciones de crisis.
- Participación o compañerismo (partnership). Capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para la toma de decisiones.
- Crecimiento (growth). Capacidad de cursar las etapas del ciclo vital familiar en forma madura permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia.
- Afecto (affection). Capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar distintas emociones, tanto de bienestar como de emergencia.
- Resolución (resolve). Capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo tiempo y recursos especiales y materiales de cada miembro de la familia.^{8,18}

El FAPGAR fue elaborado por un médico familiar. Smilkstein lo publicó en 1978, con el propósito de diseñar un breve instrumento de tamizaje, para uso diario en el consultorio, dejando obtener datos que reflejaran el punto de vista de sus pacientes en relación con la situación funcional de sus familias.

Se elaboró con base en cinco elementos o constructos esenciales: *adaptabilidad*, *compañerismo*, *desarrollo*, *afectividad* y *resolución*, aplicables mediante una breve entrevista a diferentes miembros de una familia y en distintos momentos para percibir variaciones. Mientras mayor sea el número de individuos a quienes se aplique, más completa será la visión del funcionamiento del sistema familiar. Sin embargo, como cada persona contribuye al total, incluso la respuesta de uno de ellos puede ser de valor. La escala de calificación incluye tres categorías de respuesta: casi siempre, algunas veces o casi nunca, con puntajes de cero a dos.^{8,18}

El autor afirma que puntajes de 7 a 10 sugieren una familia funcional, de 4 a 6 se considera moderadamente disfuncional y de cero a 3 es una familia fuertemente disfuncional.

Mide el funcionamiento familiar a través de la percepción de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia constituye un instrumento de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si por el contrario, contribuye a su enfermedad.

Dentro de sus desventajas se encuentra que debido a la brevedad del cuestionario, también es limitada la información que puede proporcionar, pero su valor real puede identificar en forma inicial a las familias con cierto grado de disfuncionalidad.⁸

En revisiones anteriores se ha establecido que el FAPGAR, se ha utilizado como instrumento de tamizaje para determinar funcionalidad familiar; sin embargo otras revisiones determinan que el FAPGAR evalúa el grado de satisfacción de apoyo que el paciente percibe de su familia, ante una situación de estrés (normativo y no normativo).

Para el médico familiar y para el investigador en el área de la atención primaria pueden considerarse dos aspectos importantes; la evaluación de la funcionalidad familiar, la evaluación del estrés familiar y la forma de afrontarlo, para proporcionar estrategias que ayuden a corregir dichos eventos.

1.1.7 Perfil del médico familiar

La medicina familiar es la disciplina que capacita al médico para brindar atención médica primaria, continua e integral al individuo y su familia. Esta disciplina comprende una serie de actividades, que se fundamentan en tres ejes de acción:²⁷

- **Continuidad.** Se comprende desde una perspectiva que integra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en un esquema longitudinal que permite el seguimiento del proceso salud-enfermedad del individuo.
- **Acción anticipatoria.** Se basa en un enfoque de riesgo, el cual brinda la oportunidad de planear estrategias más adecuadas para el manejo de las enfermedades, en una

perspectiva integradora del tratamiento médico curativo con las medidas preventivas en los grupos expuestos a determinados factores causales.

- **Estudio de la familia.** Permite el entendimiento del entorno biopsicosocial fundamental en el que se desarrolla el individuo y señala a la familia como un grupo social en el que el proceso salud-enfermedad se maneja bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional y cultural que puede favorecer o limitar la salud individual o familiar.

Además de los ejes de acción,²⁷ se establecen cinco áreas de práctica profesional del médico familiar, que son las siguientes:²⁸

1. Área de atención al individuo. La cual se realiza en todas las etapas del ciclo vital, el médico familiar podrá participar en el cuidado de la salud en todas sus formas de intervención, mediante actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación del individuo, siendo capaz de integrar las dimensiones psicológicas y sociales junto a las puramente orgánica. Por ello, la relación médico-paciente, representa un lugar privilegiado dentro de la actividad del médico familiar; así también le corresponde la función educadora del paciente con la finalidad de promover el autocuidado.
2. Área de atención a la familia. El triángulo formado por el individuo, la familia y el médico constituye la base del médico familiar, debe tener en cuenta que la familia tiene un lado positivo como recurso de la salud de sus miembros y un lado negativo como generadora de enfermedad y de conductas de salud erróneas. Por ello el médico familiar debe ser un elemento neutro para todos los miembros de la familia, haciendo resaltar esta postura, pues de ello va a depender su capacidad como terapeuta, así también tener una continua actitud de observación para recoger información del grupo familiar. Debe así estar capacitado para realizar intervenciones

mínimas ante crisis familiares que detecte, recurriendo siempre a otros profesionales cuando las dimensiones del problema exceda sus límites de competencia.

3. Área de atención a la comunidad. Incluye la necesidad de su conocimiento de los problemas de salud de la comunidad, así como de los recursos de la misma. En primer lugar su sentido de anticipación a los problemas, reconocimiento de los factores determinantes del estado de salud y su responsabilidad en tratar de modificarlos, y su papel activo en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. En segundo lugar, el médico familiar deberá considerar el derecho de la comunidad a participar en el proceso de atención a la salud y en la definición de problemas comunitarios, su priorización y las intervenciones sobre los mismos, promover esta participación cuando no exista o esté limitada. En tercer lugar, el médico familiar debe centrar su atención en los problemas prioritarios y tener una orientación comunitaria, diseñar programas comunitarios con una metodología de planificación, que permita la sistematización de las actividades, la racionalidad en la asignación de recursos y la evaluación de la efectividad, la eficiencia y la equidad. Debe llevar a cabo acciones de educación para la salud y promoción de la participación comunitaria.
4. Área de docencia e investigación. Una vez finalizado el período de formación, el médico familiar necesita desarrollar una actividad continuada de formación y de investigación para la mejora de su competencia profesional, y para elevar el nivel científico de la atención primaria.
5. Área de apoyo. El médico de familia, por último reconoce las ventajas del trabajo en equipo y su necesidad para optimizar la atención prestada a la población; tiene presente el concepto de limitación de recursos y la necesidad de priorizarlos en su utilización; reconocer la importancia de la información sanitaria como base para la realización de múltiples actividades de atención primaria, y acepta la necesidad de

las actividades de garantía de calidad por la trascendencia social del trabajo que realiza.

1.1.8 Niveles de implicación en la familia

Doherty y Baird, crearon un modelo de cinco niveles de implicación en las familias.^{29, 31} Este modelo plantea la base de conocimientos cognitiva, el desarrollo personal y las habilidades clínicas esenciales para cada nivel. Los grados de implicación apropiados para la mayoría de las familias son los de los niveles II y III, aunque el médico puede utilizar niveles superiores.

- Nivel I. Sugiere una implicación mínima en las familias de los pacientes, es la práctica de la medicina sin “medicina familiar”.
- Nivel II. El médico trabaja en colaboración con los pacientes y las familias y comprende la naturaleza triangular de la relación médico-paciente-familia. Escuchar con respeto es la clave de este nivel, que no comporta una intervención.
- Nivel III. En este nivel el médico ha recibido una formación que le permite comprender su propio sistema familiar y es consciente de cómo puede afectar su actitud ante los pacientes; conoce las técnicas de entrevista familiar y la manera de averiguar sus preocupaciones y sentimientos, lo cual constituye el comienzo de una integración plena de los sistemas familiares en la propia práctica de la medicina y requiere una cierta enseñanza formal y supervisión.
- Nivel IV. En este nivel el médico está adiestrado en la evaluación de familias y puede planificar y realizar intervenciones a nivel familiar; un médico que actúe en el nivel IV tiene la confianza, respeto y capacidad necesarias para hacer participar a los familiares del paciente identificado en la evaluación y el tratamiento inicial de trastornos crónicos como las adicciones, los trastornos de dolor crónico y la depresión.
- Nivel V. Es la terapia familiar formal. Ello comporta una serie de interacciones planificadas con los pacientes y las familias, destinadas a modificar patrones de

interacción familiar fundamentales, creencias o estados de ánimo de la familia que la socavan pero que se hallan muy establecidos.

Cuando las familias presentan problemas que requieren un tratamiento formal, el médico familiar suele ser más eficaz al prestar un apoyo a la actuación de otros profesionales, como terapeutas familiares, que pueden aplicar una terapia familiar formal.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El diagnóstico integral de la familia se obtiene del conocimiento del tipo y estructura familiar, fase del ciclo vital en que se encuentra, complicaciones del desarrollo, funciones, eventos críticos, recursos familiares y grado de funcionalidad familiar entre otros. De la investigación de estos hechos es posible reconocer los factores de riesgo de la familia alrededor de los cuales gira el trabajo del equipo de salud.

En el año 2001 en la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero (G.A.M.) del ISSSTE, de la ciudad de México, zona norte, se realizó un estudio de investigación en el que se aplicó una cédula básica de identificación familiar en su 3ra. Versión (CEBIF-3), instrumento que fue elaborado por un grupo de investigadores del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México. La finalidad del estudio referido fue realizar diagnósticos de salud familiar, obteniendo datos de una manera sistematizada. En el estudio se observó que en un total de 961 CEBIF-3, se encontraron 63 cédulas (6.5%) con evaluación de 0 a 3 o de 4 a 6 en APGAR familiar.^{23,24,25} Como se mencionó anteriormente, estos valores de evaluación del APGAR corresponden a familias fuertemente disfuncionales y moderadamente disfuncionales, respectivamente. Sin embargo, en dicho estudio no se describió el perfil de las familias que se percibieron con disfunción familiar, sus características demográficas, estructurales, del ciclo vital, patología familiar y redes de apoyo.

El diagnóstico de salud es un pilar en la práctica de la medicina familiar ya que brinda información importante para conocer a las familias a las cuales se les brinda atención y que forman parte de una comunidad, para poder identificar y establecer prioridades sobre los problemas de salud encontrados y los principales riesgos de salud existentes.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El médico familiar tiene dentro de sus funciones la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como la de conocer la funcionalidad de las familias a su cargo. Por lo que es importante identificar los factores demográficos, estructurales, de etapa del ciclo vital, patología familiar y redes de apoyo con la presencia de disfunción familiar percibida por algún miembro de la familia, con la finalidad de ampliar el horizonte de práctica mediante la elaboración de estudios de salud familiar.

El estudio de salud familiar, comprende los aspectos biológicos de la enfermedad, las situaciones y problemas del paciente en el contexto de sus características biopsicosociales y culturales, las cuales no deben ser consideradas aisladamente ya que constituyen factores de riesgo para la salud del grupo familiar.

La utilidad del presente estudio es conocer las características que presentan las familias con autopercepción de disfunción familiar "focos rojos", y de esta manera despertar la inquietud en los médicos de consultorio, en la investigación del entorno de las familias a su cargo, así como de conocer los recursos con las que cuentan para enfrentar dichas situaciones que les condicionan disfunción.

De esta forma, es más probable que el médico familiar pueda atender a las familias según el modelo de Doherty y Baied en los niveles II y III de intervención del médico familiar, que como ya se mencionó con anterioridad constituyen una integración plena de los sistemas familiares.

Con los resultados obtenidos de esta investigación, se podrán priorizar las necesidades de las familias con la intención de una adecuada intervención para poder orientarlas y en su caso diferirlas a otros profesionales de la salud familiar (psicólogos, terapeutas familiares, trabajo social etc.) para un mejor manejo de las crisis familiares y su manera de afrontarlas.

Se pretende que el equipo de salud y las familias mismas sean capaces de crear condiciones más favorables para detectar la presencia de trastornos biopsicosociales que afecten a la salud familiar, mediante medidas de orientación, prevención y capacitación.

La familia forma parte del equipo de salud y su participación resulta fundamental e indispensable para el logro y mantenimiento de su estado de salud. Además no es solo fuente potencial de enfermedad, sino también un excelente recurso para prevenir, curar y rehabilitar.

Identificar el perfil de las familias con autopercepción de disfunción familiar, conduce al médico familiar, estar alerta ante estos casos para llevar a cabo una adecuada evaluación de la funcionalidad familiar, no solo a través de la entrevista clínica, sino a través de los diferentes instrumentos que existen para la evaluación de la funcionalidad familiar, con la finalidad de una adecuada y pronta solución a estos tipos de problemas o crisis familiares.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivos generales

1. Caracterizar el perfil general de las familias con disfunción familiar.
2. Identificar los elementos demográficos, estructura familiar, del ciclo vital, de la patología familiar y redes de apoyo de la familia que se presentan en familias con disfunción familiar.

1.4.2 Objetivos específicos

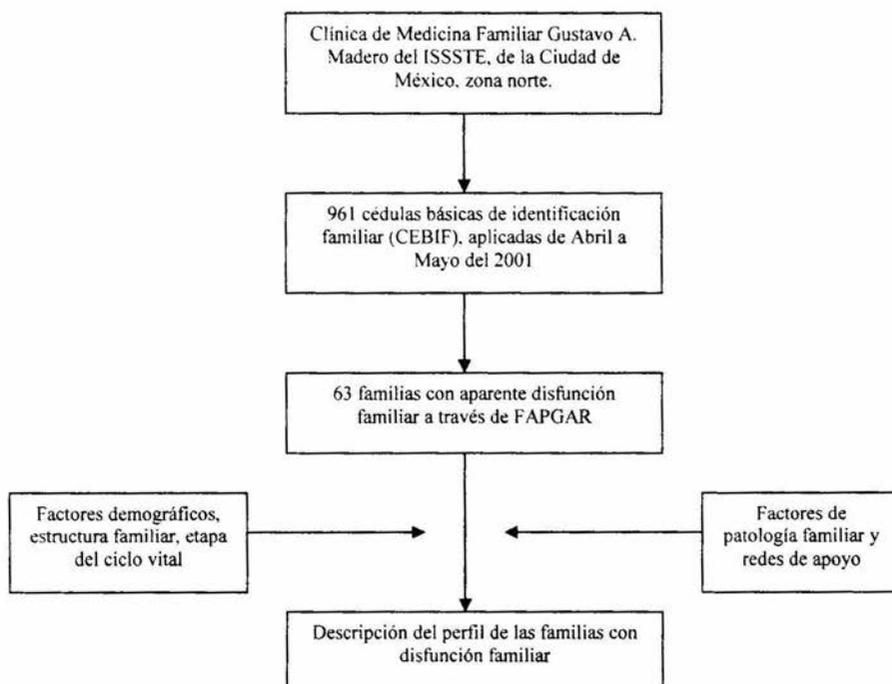
- Describir las características sociodemográficas de las familias con disfunción familiar.
- Identificar las características de las familias disfuncionales según su estructura familiar y etapa del ciclo vital.
- Describir las características de las familias disfuncionales según su patología familiar.
- Identificar las características de las familias disfuncionales según sus redes de apoyo.

2. MATERIAL Y METODOS

2.1 Tipo de estudio:

Descriptivo, transversal y observacional.

2.2 Diseño de investigación del estudio



2.3 Población

Se incluyeron a todos los pacientes con expedientes clínicos de los consultorios 2, 3, 11, 12, 14 y 15 de la C.M.F. Gustavo A. Madero del ISSSTE, con un total de 961 CEBIF-3 aplicadas durante el periodo de Abril a Junio del 2001 (anexo 1). Como resultado del análisis, se detectaron 63 cédulas con aparente disfunción familiar (55 con disfunción leve y 8 con disfunción grave), valorada a través de FAPGAR.

2.4 Muestra

Se trabajó con las 63 cédulas, que resultaron con disfunción familiar por lo que corresponde al 100% de muestra y a un 6.5% del universo.

2.5 Criterios de inclusión

1. Derechohabientes vigentes en la clínica.
2. Pacientes que aceptaron contestar la cedula CEBIF-3 en forma voluntaria y completa.
3. Pacientes mayores de 18 años, ambos sexos.
4. Cédulas CEBIF-3 que en la evaluación de FAPGAR, presentaron algún grado de disfunción familiar.

2.6 Criterios de exclusión

1. Derechohabientes no vigentes en la clínica
2. Pacientes que no aceptaron contestar la cédula CEBIF-3
3. Pacientes menores de 18 años
4. CEBIF-3 con evaluación de FAPGAR mayor a 7 puntos

2.7 Variables

La CEBIF-3 es un instrumento que consta de 126 reactivos, del cuál se tomó para la presente investigación las siguientes variables:

- Ficha de identificación. Género, edad, ocupación, estado civil y años de unión conyugal.
- Factores demográficos. Número de hijos, si viven con otras personas en el hogar, estructura familiar, etapa del ciclo vital de la familia.
- APGAR Familiar
- Patología familiar. Enfermedades crónico-degenerativas, infecciosas, trastornos de la nutrición y otros.
- Apoyo a cuidadores.

2.8 Instrumento de recolección de datos

Del instrumento CEBIF-3 realizado en el periodo de Abril a Junio del 2001 se identificaron las cédulas que presentaban una puntuación de FAPGAR menor a 7 puntos. La CEBIF-3 se muestra en el anexo 1.

2.9 Método de recolección de datos

La aplicación del instrumento CEBIF-3 se realizó del mes de Abril a Junio del 2001, en la C.M.F. Gustavo A. Madero del ISSSTE, con previa autorización de investigadores del departamento de medicina familiar y autoridades de la clínica, se decidió aplicar cédulas en la sala de espera, pasillos y consultorios de la misma unidad, con una duración de aplicación, de aproximadamente de 15 a 20 minutos por cédula. La aplicación del instrumento fue realizada por la autora de este trabajo, en colaboración con los demás médicos residentes de esta unidad sede, con previo entrenamiento y capacitación impartido por los investigadores del departamento de medicina familiar.

La información fue obtenida por la autora de este estudio, y fue registrada en una base de datos diseñada y capturada en Excell. Para el análisis estadístico, los datos se almacenaron en el programa estadístico SPSS.

2.10 Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables, se calcularon mediante medidas de resumen (porcentajes y frecuencia) y medidas de tendencia central y dispersión (promedio y desviación estandar).

2.11 Consideraciones éticas

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud ³⁵ en materia para la investigación en la salud, vigente en nuestro país, el trabajo tiene conforme al título segundo, capítulo 1, artículo 17 categoría "I" investigación sin riesgo, debido a que se utilizaron para el estudio cédulas CEBIF, en la que se recabaron datos a través de la entrevista de pacientes y revisión de expedientes clínicos, lo cual no provoca daños físicos ni mentales; así mismo la investigación, no viola y esta de acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos contenidos en la declaración de "Helsinki" de la asociación médica mundial enmendada en la 52ª. Asamblea Médica Mundial en Edimburgo, Escocia en Octubre del 2000. ³²

3. RESULTADOS

Se obtuvieron los datos de las 63 CEBIF-3 aplicadas en el periodo de Abril a Junio del 2001 en la C.M.F. Gustavo A. Madero, las cuales presentaron una calificación menor a 7 puntos en APGAR.

Se intentó localizar a las familias vía telefónica o en su domicilio, con la intención de una nueva aplicación del mismo instrumento (APGAR), sin embargo no se logró ya que existieron cambios de domicilio, no correspondieron sus números telefónicos y algunos otros se negaron a contestar nuevamente el instrumento.

3.1 Consultorio

Se encontró que el consultorio con mayor frecuencia de percepción de disfunción familiar a través de APGAR fue el 12 con un 30.2% de la muestra total.

Cuadro 1
Cédulas aplicadas por consultorios de Medicina Familiar
de la C.M.F Gustavo A. Madero de Abril a Junio del 2001

| Número de consultorio | Cédulas aplicadas | Porcentaje |
|-----------------------|-------------------|------------|
| 12 | 19 | 30.2% |
| 3 | 12 | 19.0% |
| 11 | 10 | 15.9% |
| 2 | 9 | 14.3% |
| 14 | 7 | 11.1% |
| 15 | 6 | 9.5% |
| Total | 63 | 100% |

n=63
Fuente: CEBIF-3

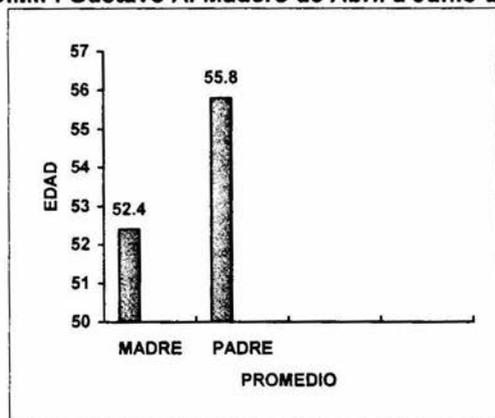
3.2 Turno

Las 63 CEBIF-3 estudiadas fueron aplicadas en el turno matutino.

3.3 Edad

En lo referente a la edad materna se encontró rango entre los 25 a los 87 años, con una edad media de 52.40 años y una desviación estándar 13.42. Cinco de las CEBIF-3 no contaban con la figura materna, por fallecimiento o por separación de la pareja. En comparación con la edad de la madre, la edad del padre tuvo un rango entre los 28 a 83 años, con una edad media de 55.88 años y una desviación estándar de 14.20. Solo 40 casos contaban con la figura paterna, ya que las demás refirieron fallecimientos, ser madres solteras, separación, divorcios etc.

Figura 1
Edad promedio de la madre y el padre de familias disfuncionales
en la C.M.F. Gustavo A. Madero de Abril a Junio del 2001



n= 63
Fuente: CEBIF-3

3.4 Ocupación de la Madre

De acuerdo con el cuadro, destaca que la mayoría de las madres no forman parte de la población económicamente activa con un 47.6%, seguido del grupo de otros, donde cabe aclarar que se agrupan a todas aquellas que están pensionadas, que son comerciantes o que trabajan por su cuenta.

Cuadro 2
Ocupación de la Madre de familias disfuncionales
en la C. M. F. Gustavo A. Madero de Abril a Junio del 2001

| Ocupación | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|------------|------------|
| Profesionista | 8 | 12.7% |
| Empleado federal | 6 | 9.5% |
| Hogar | 30 | 47.6% |
| Desempleado | 1 | 1.6% |
| Otros | 13 | 20.6% |
| Total | 58 | 92.7% |

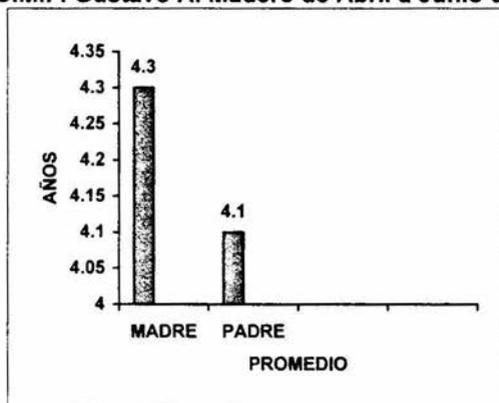
n=63

Fuente: CEBIF-3

3.5 Escolaridad

Con respecto a la escolaridad en la madre, se presentó que la media de los años cursados fue de 4.34, con una desviación estándar del 2.57, y en el padre un promedio de 4.13 con una desviación estándar de 2.57, ambos con un mínimo de 1 año cursado y un máximo de 9 años, lo que correspondería a una primaria incompleta o secundaria completa.

Figura 2
Escolaridad del padre y de la madre de familias disfuncionales
de la C.M.F. Gustavo A. Madero de Abril a Junio del 2001



n= 63
 Fuente: CEBIF-3

3.6 Ocupación del Padre

Por lo que respecta a la ocupación del padre se observó que el grupo de mayor frecuencia y porcentaje corresponde a otros, donde se engloban a todos los que se dedican a trabajar por su cuenta, son comerciantes o se encuentran pensionados o jubilados.

Cuadro 3
Ocupación del Padre de familias disfuncionales
de la C.M.F. Gustavo A. Madero de Abril a Junio del 2001

| Ocupación | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|------------|------------|
| Profesionista | 4 | 6.3% |
| Empleado federal | 12 | 19.% |
| Hogar | 1 | 1.6% |
| Desempleado | 1 | 1.6% |
| Otros | 20 | 31.7% |
| Total | 38 | 60.3% |

n= 63
 Fuente: CEBIF-3

3.7 Estado civil

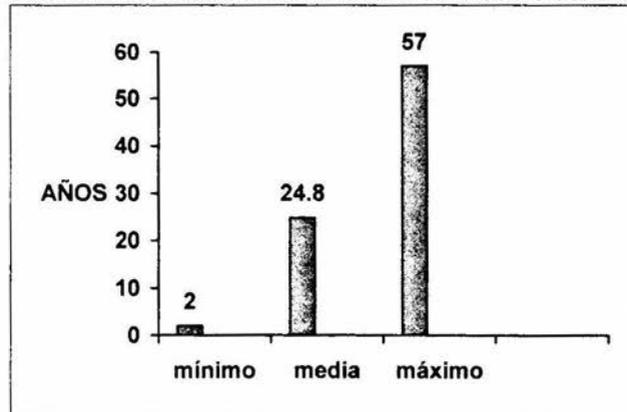
En la variable de estado civil se observa que en su gran mayoría, pertenecen al grupo de casados; con respecto al número de años de unión conyugal existe una media de 24.89 años y una desviación estándar de 13.94, general para todos los grupos de estado civil (Cuadro 4 y Figura 3).

Cuadro 4
Estado civil de los cónyuges de familias disfuncionales en la C.M.F. Gustavo A. Madero de Abril a Junio del 2001

| Estado Civil | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Casados | 27 | 42.9% |
| Unión Libre | 3 | 4.8% |
| Divorciados | 8 | 12.7% |
| Viudos | 14 | 22.2% |
| Solteros | 8 | 12.7% |
| Separados | 3 | 4.8% |
| Total | 63 | 100% |

n= 63
Fuente: CEBIF-3

Figura 3
Años de unión conyugal en las familias disfuncionales de la C.M.F. Gustavo A. Madero de Abril a Junio del 2001

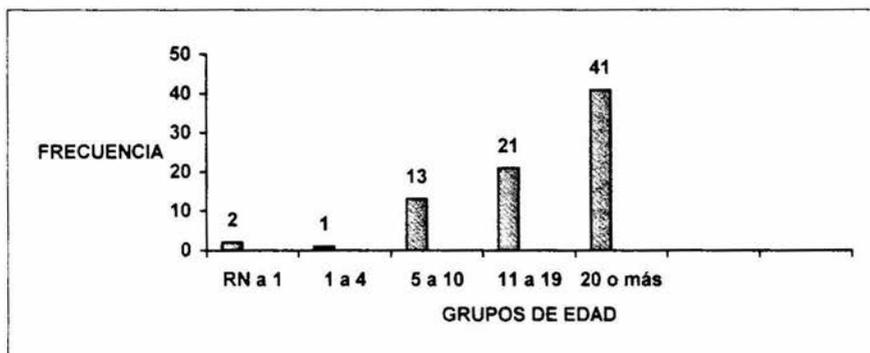


n=63
Fuente: CEBIF-3

3.8 Número de hijos

Se observó que el grupo más frecuente fue el de 20 o más años, y así sucesivamente en forma decreciente. Cabe destacar que 6 familias no contaban con hijos, ya sea porque no los tuvieron o eran personas que vivían solas.

Figura 4
Número de hijos en las familias disfuncionales de la
C.M.F. Gustavo A. Madero de Abril a Junio del 2001



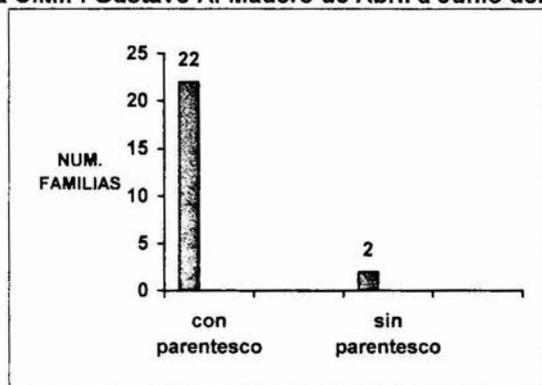
n= 63

Fuente: CEBIF-3

3.9 Convivencia con personas

En este rubro se encontró que existían 22 familias que convivían con personas con algún parentesco como abuelos, tíos, yernos, nueras, nietos etc. y 2 familias que convivían con personas sin ningún parentesco como personal de servicio doméstico, amigos etc.

Figura 5
Convivencia con otras personas en familias disfuncionales
de la C.M.F. Gustavo A. Madero de Abril a Junio del 2001



n= 63
 Fuente: CEBIF-3

3.10 Clasificación Estructural de la Familia

En cuanto a la clasificación estructural de la familia se encontraron de la siguiente manera.

Cuadro 5
Clasificación estructural de las familias disfuncionales de
la C. M. F. Gustavo A. Madero de Abril a Junio del 2001

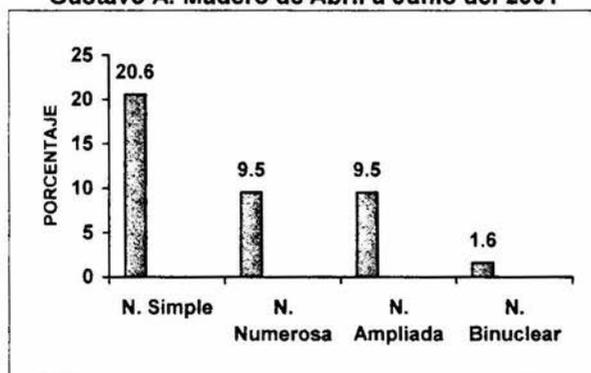
| C. E. de la familia | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------|------------|------------|
| F. Nuclear | 26 | 41.3% |
| F. Extensa | 11 | 17.5% |
| F. Monoparental | 16 | 25.4% |
| Equivalentes familiares | 3 | 4.8% |
| Personas que viven solas | 7 | 11.1% |

n= 63
 Fuente: CEBIF-3

3.10.1 Familia nuclear

Con la clasificación utilizada en la cual se desglosan 4 subtipos de la familia nuclear, se encuentra que la más frecuente es la nuclear simple, con 13 familias en esta categoría que corresponde al 20.6%, de un total de 26 familias registradas en este grupo.

Figura 6
Familias nucleares simples de la C. M. F.
Gustavo A. Madero de Abril a Junio del 2001

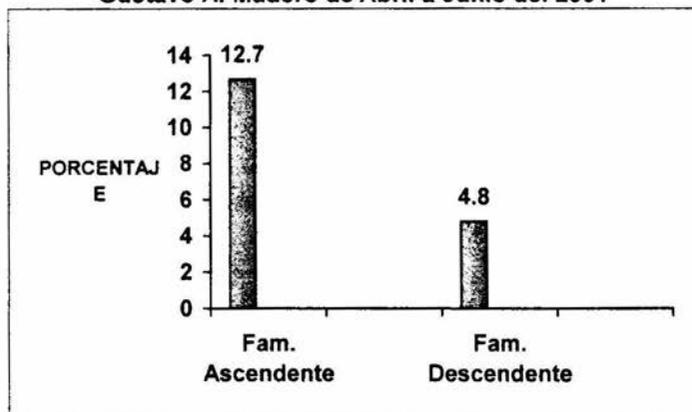


n= 63
Fuente: CEBIF-3

3.10.2 Familia extensa

Esta se subdivide en 2 tipos; siendo la más frecuente la ascendente, con 8 familias.

Figura 7
Familias extensas de la C.M.F.
Gustavo A. Madero de Abril a Junio del 2001



n= 63
Fuente: CEBIF-3

3.11 Etapa del ciclo vital

Hubo un 41.3% de familias que cursaban en etapa de retiro y muerte, siendo esta la etapa más frecuente. Existieron 3 familias que no correspondieron a ninguna etapa, ya que vivían en equivalentes familiares, como los amigos que viven en grupo.

Figura 8
Etapa del ciclo vital de las familias disfuncionales
de la C.M.F. Gustavo A. Madero de Abril a Junio del 2001

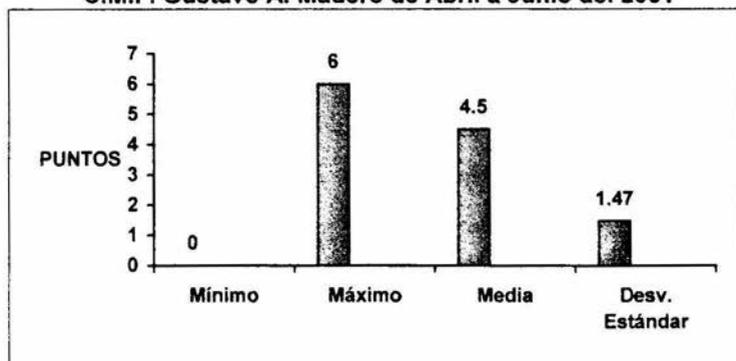


n= 63
Fuente: CEBIF-3

3.12 APGAR

La calificación total de APGAR que se obtuvieron en las CEBIF-3 se encuentra entre los rangos de 0 a 6 puntos, lo que corresponde a familias con autopercepción de disfunción familiar.

Figura 9
APGAR total de las familias disfuncionales de la
C.M.F. Gustavo A. Madero de Abril a Junio del 2001



n= 63

Fuente: CEBIF-3

3.13 Patología familiar

Con respecto a la patología familiar, en el siguiente cuadro se presentan las 10 más frecuentes

Cuadro 4
Patología familiar

| Patología | Frecuencia |
|-----------------------|------------|
| Diabetes Mellitus | 34 |
| Hipertensión Arterial | 32 |
| Tabaquismo | 26 |
| Alcoholismo | 23 |
| Caries Dental | 23 |
| Enf. del Corazón | 19 |
| Obesidad | 17 |
| Otro Cáncer | 9 |
| Desnutrición | 5 |
| Cáncer de Próstata | 4 |

n= 63

Fuente: CEBIF-3

3.14 Apoyo a Cuidadores

Solo existieron 3 familias que otorgan apoyo a cuidadores, 2 de las cuales se tratan de enfermedades crónico-degenerativas y 1 por enfermedad infecciosa.

4. DISCUSIÓN

Esta línea de investigación surgió de los resultados arrojados de las CEBIF-3, que fueron aplicadas como se menciona con anterioridad en una clínica de ISSSTE del D. F. tomándose los que presentaban una calificación de Apgar menor a 7 puntos, lo que habla de familias con autopercepción de disfunción familiar; se intentó contactar nuevamente estas familias, con el fin de aplicar nuevamente el instrumento después de un año de la primera aplicación, sin embargo encontramos que algunos domicilios no correspondían con los descritos en las CEBIF-3, otros presentaron cambios de domicilio, o simplemente se negaron a contestar nuevamente el cuestionario, por lo que se decidió que el estudio fuera únicamente descriptivo.

Respecto a la edad de los cónyuges se observó que existía una edad promedio semejante en ambos sexos, con rangos de edad de la misma manera; lo que llama la atención es que de la muestra total del estudio, 5 familias no contaban con la figura materna y 23 no contaban con la figura paterna, por diferentes causas mencionadas ya sea por viudez, separación o divorcio, o simplemente porque se trataban de personas que vivían solas o que eran madres solteras. Como se refiere en la literatura el estado de no casados (divorciado/separado) es un factor importante para la génesis de crisis familiares, así como la falta de alguno de los cónyuges en la familia. ^{1, 2, 19}

Otro factor importante es la escolaridad de los cónyuges en la cual también se presentó semejanzas, cursando la mayoría en primaria incompleta o secundaria completa, esto contrasta con lo presentado en la literatura donde el analfabetismo se relaciona con la presencia de disfunción familiar. ¹

Respecto al número de hijos, el grupo de más frecuencia fue el de mayor de 20 años, lo que habla de hijos en etapas adultas, por lo que el ciclo vital de la familia más frecuente fue el de retiro y muerte, con un porcentaje del 43%, cabe destacar que también se trataba de familias que en un 41% eran nucleares, según la clasificación utilizada en este estudio en que

especifica a la familia nuclear en 4 diferentes subtipos, siendo la nuclear simple la más frecuente, clasificación que no se adapta a la familia mexicana, ya que en la nuclear ampliada engloba a lo que en nuestro medio clasificamos como extensa, en la cual se convive con personas con lazos consanguíneos y extensa compuesta en la cual se convive con personas con la cual no se tiene ninguna relación, como el personal doméstico.³³

Además se menciona en la literatura que el convivir con otros familiares serviría para la familia como una red de apoyo en etapas de crisis, sin embargo en el presente estudio, se observó, que en algunas familias en las cuales convivían con alguna otra persona existía disfunción familiar.

En la variable de Apgar, se observó que la media de puntaje fue de 4 puntos, lo que correspondería a familias moderadamente disfuncionales, la literatura refiere que el Apgar es considerado como un tamiz que evalúa el grado de satisfacción que percibe algún miembro de la familia, de su entorno familiar, que algunas de sus ventajas es la aplicación sencilla y rápida en la consulta; y permite observar un panorama general de las relaciones familiares, debe también tomarse en cuenta como mencionan algunos artículos que el grado de escolaridad se considera un factor importante ya que mientras menor sea este causan sentimientos de inferioridad, disminuyendo así su autoestima, respondiendo difícilmente a las etapas de crisis familiar.

Otro factor importante es la relación de disfunción familiar con la presencia de patologías en la familia, lo encontrado en el estudio, concuerda con lo referido en la literatura, ya que es frecuente relacionar la disfunción a patologías crónico-degenerativas, las cuales son más frecuentes en la población en etapa de retiro y muerte.

Es importante en las crisis familiares contar con redes de apoyo a la familia, para en un momento dado estas ayuden a enfrentar mejor a la familia a dichos eventos, evitando caer en disfunción familiar.

La disfunción familiar es un problema en esta clínica de medicina familiar, por lo que se requiere de un compromiso, a fin de realizar un seguimiento más estrecho de las familias disfuncionales, con personal médico y paramédico interesado en la salud familiar, en su diagnóstico y la oportuna intervención, por personal capacitado.

La práctica médica basada en el modelo holístico e integral y con principios de la medicina familiar, preventiva y continua, mostrara la presencia de disfunción familiar y mediante el interés de la realización de estudios de familia, así como el apoyo del equipo de salud (psicólogos, psiquiatras, trabajadoras sociales etc.) llegar a un diagnóstico certero e implementar medidas con un enfoque de educación, orientación y la creación de grupos de ayuda que permitan mejorar las redes sociales del paciente, con el fin de un mejor estilo de vida.

Se encontró que el perfil de las familias con autopercepción de disfunción familiar era el siguiente; los padres tenían una edad promedio entre los 52 a 56 años, la ocupación de la madre más frecuente fue el hogar y del padre empleado federal y otros, entre los que se encuentran los jubilados, pensionados y comerciantes. La escolaridad promedio de los cónyuges fue la primaria incompleta, el estado civil más frecuente fue el de casados, seguido por el de viudos con un promedio de años de unión conyugal de 25 años, la mayoría de las familias con disfunción familiar tenían hijos en etapa adulta y correspondían a familias nucleares, según su estructura familiar, cursando gran parte por la etapa de retiro y muerte; con patologías más frecuente de diabetes mellitas e hipertensión, con este perfil las mayoría de las familias entran según el apgar en moderadamente disfuncionales.

Algunas de las variables estudiadas, concuerdan con lo referido en la literatura como factores de riesgo para la génesis de disfunción familiar, entre las que están principalmente el estado civil, número de hijos, escolaridad, y la patología familiar. ^{1, 4, 9, 10}

5. CONCLUSIONES

Es imprescindible que en atención primaria se cuente con instrumental que permita clasificar adecuadamente la red de relaciones establecida en el entorno familiar para determinar posibles disfunciones que influyan en la salud del individuo. Para estudiar a la familia se puede recurrir a distintos métodos, como la entrevista clínica, el genograma, el estudio del ciclo vital, etc. El Apgar ha demostrado ser un cuestionario fácil de contestar y perfectamente comprensible para los pacientes, incluso para la población de bajo nivel sociocultural, sin dificultades en el momento de completarlo. Se destaca que el Apgar es una técnica adecuada para un acercamiento de la percepción de disfunción familiar, que debe orientarse hacia aquellas familias con un perfil descrito en el presente estudio, las cuales cursan en etapa de retiro y muerte y que sean portadoras de alguna enfermedad crónico-degenerativa, que tengan dificultad en la convivencia con otras personas o que se traten de familias sin hijos, además de aquellas familias en la que falta alguno de los cónyuges por la causa que sea, cursen con problemas de comunicación, cooperación, apoyo, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive de sus crisis familiares.

La familia disfuncional no puede distinguirse de la familia funcional por la presencia de problemas, sino por la utilización de patrones de interacción recurrente que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación y la resolución de conflictos.

Deberían realizarse acciones de apoyo familiar e individual, con programas de comunicación, relaciones humanas y valoración personal, que favorezca la salud familiar e individual. Se sugiere continuar con esta línea de investigación y realizar estudios más completos sobre la funcionalidad familiar.

Para concluir se puede decir que se cumplieron los objetivos descritos, ya que se logró describir el perfil de las familias con autopercepción disfuncional.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Fernández E, Gea Serrano A, Gómez Moraga A, García González J.M. Estudio de la función familiar a través del cuestionario Apgar. *Atención Primaria* 1996; 17(5): 338-341.
2. De la Revilla L. La disfunción familiar. *Atención Primaria* 1992;10(2): 582-583.
3. Peñalva Carmen. Evaluación del funcionamiento familiar por medio de la "Entrevista Estructural". *Salud mental* 2001; 24(2): 32-42.
4. De la Revilla L., Marcos Ortega B, Castro Gómez J. A, Aybar Zurita R, Marín Sánchez I, Mingorance Pérez I. Percepción de salud, apoyo social y función familiar en VIH positivo. *Atención Primaria* 1994; 13(4): 161-164.
5. De la Revilla Ahumada L, Sevilla García E. Influencias socioculturales en los cuidados de salud. La participación comunitaria. *Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta*: Martín Zurro A. Cano Pérez J.F. 2da edición Doyma pp 94-105.
6. Chávez Aguilar V. Instrumentos de abordaje para el estudio integral de la salud familiar. *Rev. Mex. Med. Fam.* ; 3(2): 49-67.
7. Huerta Martínez N, Valadés Rivas B, Sánchez Escobar L. Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de medicina familiar del ISSSTE en la ciudad de México. *Rev. Archivos de Medicina familiar* 2001; 3(4): 95-98.
8. Gómez Clavelina F.J, Irigoyen Coria A, Ponce Rosas E. R. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. *Archivos de Medicina Familiar* 1999; 1(2): 45-57.
9. Bellón Saameño J.A, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo J, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención primaria* 1996; 18(6): 289-296.

10. Montalban Sánchez J. Relación entre ansiedad y dinámica familiar. Atención Primaria 1998; 21(1); 29-34.
11. García Lozano L, Mérida Quiñones F, Mestre Reoyo I, Gallego Parrilla M. D, Duarte Romero A. J, Mesa Ramos R.G, Rodríguez Escalera. La depresión del anciano y el papel de la dinámica familiar. Atención Primaria 2000; 25(4): 226-229.
12. Rodríguez Fernández E, Gómez Moraga A, García Rodríguez A. Relación entre percepción familiar y consumo de alcohol. Atención Primaria 1997; 19(3): 117-121.
13. Santacruz Varela J. La familia unidad de análisis. Rev. Med. IMSS 1983. (10 pantallas). Disponible en URL: <http://occmata07a.terra.com.mx/MessageRead?>.
14. Satir Virginia. Tensiones que afectan a la familia moderna. Psicoterapia Familiar Conjunta. 2da edición. Ediciones científicas, La prensa Médica Mexicana. 1995. pp 22-25.
15. Martínez Calvo Silvia. La familia: una aproximación desde la salud. Rev. Cubana Med. Gen. Integr 2001; 17(3): 257-262
16. Irigoyen Coria. Fundamentos de medicina familiar. México 1998: pp 7, 36-37.
17. Diccionario Mosby de medicina y ciencias de la salud 1995 edición en español. Ed. Mosby/Doyma libros, pp 343,347.
18. Inda Estrada escribió por Huerta J. L. Programa de actualización continúa para el médico familiar. "La familia como unidad de estudio". Edición de intersistemas, Primera edición 1999. México D. Fpp.11-38.
19. González Benítez Idarmis. Las crisis familiares. Rev. Cubana Med. Gen. Integr 2000; 16(3): 270-276.
20. Molina Ríos Fernando. Perfiles de funcionalidad familiar un contraste intra e Inter. Familiar. Médico de familia 1993; 2(1): 11-16.
21. Medalie Jack H, Kathy Cole-Kelly. The clinical importance of defining family. American Family Physician 2002; 65(7): 1227.
22. Guía de Mc Master pp. 73-80. Material de apoyo del curso de Medicina Familiar

23. Ramírez Muñoz M. A. Modelo sistemático de atención médica familiar (MOSAMEF) en el microécenario. Consultorio 10 de la clínica de medicina familiar "Gustavo A. Madero" ISSSTE. Trabajo de fin de curso. Especialidad de medicina general familiar. UNAM, México 2002.
24. Reyes Ruiz Edith. Modelo sistemático de atención médica familiar (MOSAMEF) en el microécenario. Consultorio 11 de la clínica de medicina familiar "Gustavo A. Madero" ISSSTE. Trabajo de fin de curso. Especialidad de medicina general familiar. UNAM, México 2002.
25. Cruz Mejía Yanet S. Modelo sistemático de atención médica familiar (MOSAMEF) en el microécenario. Consultorio 12 de la clínica de medicina familiar "Gustavo A. Madero" ISSSTE. Traba de fin de curso. Especialidad de medicina general familiar. UNAM, México 2002.
26. González Villarubia Pedro I. Semblanza de la familia. Rev. Cubana Med. Gen. Integr 2000; 16(1): 80-88.
27. Narro Robles J. Medicina Familiar En: "La salud en México, testimonio 1998". Las especialidades médicas en México. Pasado, presente y futuro. Soberón G. Kumate J. Laguna J. México, Ed. Fondo de cultura económica 1989; Vol. 2 Tomo IV, 239-252.
28. Gallo Vallejo F. J, Altisent Trota R, Díez Espino J, Fernández Sánchez C, Foz i Gil G, Granados Menéndez M. I, Lago Deibe F. Perfil profesional del médico de familia. Atención Primaria 1999; 23(4): 236-248.
29. Taylor Robert B. Medicina de Familia Principios y Práctica. Niveles de implicación en la familia. 5ta edición, Barcelona Ed. Doyma 1999, pp 32-33.
30. Hennen Brian. Continuidad y alcance de la atención por médicos de familia. Comunidad y alcance de la atención por médicos de familia. Medicina de Familia. pp. 24-28.
31. Macaran Baird. Importancia de trabajar con familias. Medicina de familia. pp. 49-58.

32. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en URL: http://www.wma.net/s/policy/17-c_s.htm. (5 pantallas).
33. Márquez Contreras E, Gascón Vivó J, Domínguez Gómez B, Gutiérrez Marín M. C. y Garrido Burgos C. Clasificación demográfica de la familia en la Zona Básica de Salud. La Orden de Huelva. Atención Primaria 1995; 15(1): 30-32.
34. Comité internacional de editores de revistas médicas. Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas. Atención Primaria 1998; 21(5): 331-339.
35. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Secretaría de Salud, México 1987.



CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (CEBIF-3)

Gómez-Clavelina FJ, Ponce-Rosas ER, Irigoyen-Coria A, Terán Trillo M.

IDENTIFICACIÓN

Fecha: _____

Folio: _____

Familia: _____, No. Exp.: _____, Consul./Turno: ____/____,

Domicilio: _____ Teléfono: _____

SALUD REPRODUCTIVA

| Edad | Ocupación | Esc. (años) | A.G.O. | | | | | PF | | Método |
|-------|-----------|-------------|--------|---|---|---|----------|----|----|--------|
| | | | G | P | A | C | Embarazo | Si | No | |
| | | | | | | | | | | |
| Madre | | | | | | | Si | No | | |
| Padre | | | | | | | Si | No | | |

Estado civil de los cónyuges: Casados __, Unión Libre __, Divorciados __, Viudos __, Solteros __, Años de unión conyugal: _____

Nombre de la persona que responde esta cédula: _____, Parentesco familiar: _____

FACTORES DEMOGRÁFICOS

| Número de Hijos: | Si viven otras personas en el hogar: ¿Cuántas y cuáles? |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ RN a un año _____ ▪ 1 a 4 años _____ ▪ 5 a 10 años _____ ▪ 11 a 19 años _____ ▪ 20 o más años _____ ▪ Total _____ | <p>Con parentesco familiar. (abuelos, tíos, nietos, sobrinos, nueras, yernos) Num. _____, Especifique: _____</p> <p>Sin parentesco familiar. (compadres, amigos, servicio doméstico, huéspedes) Num. _____, Especifique: _____</p> |

Clasificación Estructural de la Familia

| | | | |
|-----------|-----------------|---------------------------|--------------|
| ▪ Nuclear | Simple () | ▪ Monoparental | Simple () |
| | Numerosa () | | Ampliada () |
| | Ampliada () | ▪ Equivalentes familiares | () |
| | Binuclear () | | |
| ▪ Extensa | Ascendente () | ▪ Persona que vive sola | () |
| | Descendente () | | |

Etapa del Ciclo Vital de la Familia

| | |
|-----------------------------------|---------------------|
| ▪ Matrimonio o unión conyugal () | ▪ Independencia () |
| ▪ Expansión () | ▪ Retiro () |
| ▪ Dispersión () | |

APGAR FAMILIAR

(TAMIZ)

¿Esta satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?

si Nunca A veces Casi siempre

¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?

si Nunca A veces Casi siempre

3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?

si Nunca A veces Casi siempre

¿Estas satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?

si Nunca A veces Casi siempre

5. ¿Siente que su familia le quiere?

si Nunca A veces Casi siempre

Total

FACTORES ECONÓMICOS

| Vivienda | | Si | No |
|---|-------------------------------------|-----|------------------------------------|
| ▪ Número de personas que contribuyen al Ingreso familiar: _____ | ▪ Teléfono | () | () |
| | ▪ Computadora | () | () |
| ▪ Casa: | ▪ Num. de hijos en escuela pública. | () | () |
| | Propia () | | |
| Financiamiento () | ▪ Num. de hijos en escuela privada. | () | () |
| Rentada () | | | |
| Prestada () | ▪ Num. de hijos con becas | () | () |
| ▪ Agua entubada intradomiciliaria () | | | |
| ▪ Automóviles: 0, 1, 2, 3 o más | | | |
| Desarrollo Comunitario | | | |
| | Si | No | |
| ▪ Serv. de agua potable | () | () | ▪ Alumbrado público () () |
| ▪ Drenaje subterráneo | () | () | ▪ Pavimentación () () |
| ▪ Energía eléctrica | () | () | ▪ Banquetas () () |
| ▪ Servicio telefónico | () | () | ▪ Serv. de transp. público () () |
| | | | ▪ Vigilancia () () |

| Índice Simplificado de Marginación Familiar | | |
|--|--------------------------|-------|
| Indicadores | Categorías | Punt. |
| Ingreso económico familiar | < 1 salarios mínimos | 3 |
| | 1-2 salarios mínimos | 2 |
| | 3-4 salarios mínimos | 1 |
| | 5 ó más salarios mínimos | 0 |
| Número de hijos dependientes | 3 ó más hijos | 3 |
| | 2 hijos | 2 |
| | 1 hijo | 1 |
| | ningún hijo | 0 |
| Escolaridad materna | Sin instrucción | 3 |
| | Primaria incompleta | 2 |
| | Primaria completa | 1 |
| | Post-primaria | 0 |
| Hacinamiento (número de personas por dormitorio) | 5 ó más personas | 3 |
| | 4 personas | 2 |
| | 3 personas | 1 |
| | 1 a 2 personas | 0 |
| Total | | |

| REDES SOCIALES Y APOYO | |
|---|--------------------------|
| Cuando Usted y/o su familia necesitan de servicios de atención a la salud (consulta, detecciones, cuidados, pláticas, orientaciones, terapias, exámenes de laboratorio, etc.) se apoyan en: (Marque todas las opciones que el paciente indique) | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Padres y abuelos () ▪ Pareja () ▪ Amigos, vecinos () ▪ Hijos mayores () ▪ Prestaciones laborales (incapacidad, cuidados maternos, etc.) () ▪ Servicios públicos () ▪ Servicios privados () ▪ Otros () ▪ No requiere () | |
| Hace uso de los servicios que otorgan las siguientes instituciones: (Marque todas las opciones que el paciente indique) | |
| IMSS () | DIF () |
| SSA () | PEMEX () |
| SEDENA () | Secretaría de Marina () |
| Privado () | Otros () |
| ISSSTE () | Especifique: _____ |

FACTORES DE RIESGO. PATOLOGIA FAMILIAR

| | Crónico Degenerativas | | | | | | | Infecciosas | | | | Trastornos de la Nutrición | | Otros | | | | | | | | | | | | |
|---------|-----------------------|-------------------|--------------|------|---------|-------------|-------------|-------------|------------------|------|----------|----------------------------|-----------------|--------------|--------------|----------|------------------|------------|-------------|-----------------|-------------------|--------------------|--------------------|--------------|--|--|
| | Diabetes Mellitus | Hipertensión Art. | Enf. Corazón | CaCu | Ca Mama | Ca Próstata | Otro cáncer | Ins. Renal | Enf. Cerebrovas. | Asma | Sida/VIH | Otro ETS | Hepatitis B y C | TB. Pulmonar | Desnutrición | Obesidad | Anorexia Bulimia | Tabaquismo | Alcoholismo | Otras farmacod. | Violencia Intraf. | Enf. Psiquiátricas | Riesgo ocupacional | Discapacidad | | |
| Padre | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Madre | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hijos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Abuelos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tíos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

c= en control sc=sin control

| ATENCIÓN A LA SALUD DEL NIÑO | | | | | | | | |
|------------------------------|------|------|------------|----------|------------|--------------------|--------------|----------|
| Núm. de cuadros por año | IRAS | EDAS | Edad | Vacunas | | Estado Nutricional | | |
| | | | | Completo | Incompleto | Normal | Desnutrición | Obesidad |
| Menos de 3 | | | 0 - 1 años | | | | | |
| | | | 3 ó más | | | | | |
| | | | 1 - 5 años | | | | | |

APOYO DE CUIDADORES

¿Algún miembro de su familia proporciona cuidados continuos a alguna persona enferma? No ___ Si ___

¿Quién proporciona los cuidados? _____

¿A quién le proporciona los cuidados? _____

¿Cuál es el motivo o la enfermedad por el que necesita cuidados? _____

| DETECCION DE CÁNCER | | | | |
|---------------------|----------|----|-------------------|----|
| | Cada año | | Positivo a Cáncer | |
| | Si | No | Si | No |
| DOC cacu | | | | |
| DOC mama | | | | |