



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN, DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 10
MANZANILLO, COL.

**“DIAGNOSTICO DE DISFUNCION FAMILIAR EN UN
CONSULTORIO DE MEDICINA FAMILIAR”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA

PRESENTA

DRA. MARIA DE LA CRUZ LOPEZ BOLAÑOS

MANZANILLO, COL.

NOVIEMBRE 2006



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.

DEDICATORIA

A DIOS:

*GRACIAS POR PERMITIRME LLEGAR A MI META.
POR DARME EL PODER DE ELECCION Y CON EL, EL
DOMINIO TOTAL DE MI PROPIO DESTINO.*

A MI FAMILIA.....

*POR EL FRATERNAL AMOR, CARIÑO Y
COMPRESION QUE NOS UNE Y NOS MOTIVA A
BUSCAR SIEMPRE LA SUPERACION.*

MUY ESPECIALMENTE.....

A MIS HIJOS:

ESTÉPHANIA Y JUAN...

*GRACIAS, POR SU TIEMPO, PACIENCIA Y CARIÑO EN
ESTE CAMINO DE SUPERACION.
SU AMOR ME MOTIVA AL CRECIMIENTO ESPIRITUAL
Y PROFESIONAL.*

LOS AMO.

M.C.M. FRANCISCO JAVIER VIZCAINO OROZCO
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION
MEDICA, UMF 19, COLIMA, COLIMA

DR. GERARDO SANCHEZ MARTINEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN EL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 10, MANZANILLO, COLIMA

D. EN C. RAUL GONZALEZ SANCHEZ.
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION
MEDICA, HOSPITAL DE ZONA No. 10, MANZANILLO, COLIMA

**MI MÁS SINCERO AGRADECIMIENTO POR SU INFINITA Y
DESINTERESADA COLABORACION EN LA REALIZACION DE MI
TESIS.**

INDICE

INTRODUCCIÓN	4
MARCO CONCEPTUAL	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
JUSTIFICACION	20
OBJETIVOS.	
GENERAL	21
ESPECIFICO	21
MATERIAL Y METODOS .	
DISEÑO	22
UNIVERSO DE TRABAJO	22
TAMAÑO DE LA MUESTRA	22
CRITERIOS DE INCLUSION	23
CRITERIOS DE NO INCLUSION	23
CRITERIOS DE ELIMINACION	23
DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	26
CONSIDERACIONES ETICAS.....	26
PROCEDIMIENTO Y ORGANIZACIÓN GENERAL	26
RECURSOS	27
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	28
RESULTADOS	29
DISCUSION	33
CONCLUSION	35
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS:	
APGAR FAMILIAR	39
CUESTIONARIO DE DATOS GENERALES	40

INTRODUCCION

La salud familiar ha constituido una preocupación para todos aquellos que trabajan con la familia.

En la actualidad el modelo de Medicina Familiar no tiene una de limitación clara entre los problemas de salud individual de los miembros de la familia y la salud del conjunto o del grupo familiar propiamente dicho. En la mayoría de los casos se hace énfasis en la salud individual, sin lograr articular ésta con la salud familiar, lo cual repercute en los sistemas de salud, trayendo como consecuencia un aumento considerable en la demanda de atención por enfermedades de origen psicosomático, agudización de patologías psicosomáticas o bien un mal control de enfermedades crónico degenerativas.

Para el análisis de la salud familiar, el modelo clásico y el método clínico resultan insuficientes, hay que pensar en hacer uso del modelo epidemiológico, partiendo del diagnóstico de problemas de salud familiar, de la determinación de cuales son aquellos factores psicosociales que ejercen un papel protector o de riesgo de enfermar a la familia. Este enfoque permite conocer factores que predisponen o condicionan la salud y con que recursos cuenta la familia para enfrentar el problema.

La salud familiar se expresa en la satisfacción y en el bienestar de los miembros con la familia con una intimidad respetuosa, donde prive el respeto, el derecho individual, se potencie la autodeterminación, la responsabilidad de si mismo y para con la familia, propiciándole crecimiento y desarrollo individual, según las exigencias de cada etapa del ciclo evolutivo, en la capacidad de enfrentar de modo eficiente y adecuado los problemas y conflictos de la vida cotidiana, apoyándose mutuamente para asumir cambios y ajustarse a ellos.

El interés de conocer sobre la vida, las relaciones interpersonales y el funcionamiento familiar, cada día que pasa podemos lograr mejores resultados, lo cual es esencial necesidad del Medico familiar.

Esto se lograría si cada medico de familia conociera ò tuviera un diagnóstico de funcionalidad familiar de su población, como parte integral del diagnostico de salud.

El estudio se realizará principalmente mediante la medición de la funcionalidad familiar a través del Apgar Familiar, como principal instrumento de medición para dicha funcionalidad.

MARCO CONCEPTUAL

El concepto de familia incluye una compleja organización biopsicosocial con diversas funciones. No es simplemente un conjunto de individuos relacionados entre sí. Es la matriz de un grupo muy peculiar, con lazos especiales para vivir juntos y que tiene un potencial para crecer, desarrollarse y comprometerse (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) comprende como parte de la familia a los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.(2)

El censo canadiense define a la familia como “esposo y esposa con o sin hijos, o padre y madre solo con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo”.(1)

La familia es una unidad social constituida por un grupo de personas unidas por vínculos consanguíneos y/o cohabitacionales (3). La familia cumple con funciones determinadas para el individuo y la sociedad, las cuales en ocasiones forman hábitos, costumbres, valores, creencias, percepciones y conductas de riesgo para la salud. Estas funciones condicionan en sus miembros, estilos de afrontamientos característicos ante la presencia de la salud y/o la enfermedad (1).

En 1976 la OMS definió la salud familiar como la salud del conjunto de los miembros en término de funcionamiento efectivo de la familia (2)

En 1997 Pérez E. , define la salud familiar; como el resultado del equilibrio armónico entre sus 3 componentes: salud, factores socio-económicos y culturales y funcionamiento familiar. Siendo éste último, el que juega el papel rector, pues expresa la capacidad, la relación dinámica y sistémica que se establece entre sus miembros y la capacidad que tiene el grupo para enfrentar la crisis(1)

Existen familias que asumen estilos de afrontamientos ajustados, ante determinadas situaciones conflictivas, son capaces de usar mecanismos estabilizadores, que le proporcionan salud y bienestar. Hay otras familias que no pueden enfrentar las crisis por sí solas, a veces pierden el control, no tienen la suficiente fuerza y manifiestan desajustes y desequilibrios, condicionan cambios en el proceso de salud–enfermedad, específicamente en el funcionamiento familiar(4).

La familia tiene la tarea de preparar a los miembros, para enfrentar cambios ó crisis producidas, tanto del exterior como desde el interior y que pueden conllevar modificaciones estructurales y funcionales e incidir en el bienestar de la salud familiar(4).

Funcionalidad familiar; se define como la capacidad del sistema, para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa (3).

El buen o mal funcionamiento de la familia; es un factor determinante en la conservación de la salud, ó en la aparición de la enfermedad, entre sus miembros. En base a lo anterior; se habla de familia funcional ó disfuncional, cuando la familia cumpla ó deje de cumplir eficazmente sus funciones (3).

De acuerdo con las categorías de Offer y Sabshin (1966,1971);

El concepto de normalidad ó salud se puede agrupar en cuatro perspectivas básicas: a) funcionamiento asintomático, b) funcionamiento promedio, c) funcionamiento de procesos transaccionales y d) funcionamiento óptimo.

Funcionamiento familiar asintomático:

En esta perspectiva, familia se considera normal, al no existir síntomas recientes de disfunción o psicopatología en los miembros de una familia, en esta definición la ausencia de síntomas, equivale a salud. Este concepto ha sido utilizado básicamente para comprender mejor el funcionamiento de las familias “normales” como un grupo homogéneo, en comparación con las familias de pacientes emocionalmente perturbados(7).

Funcionamiento familiar promedio:

En esta perspectiva, la definición de “normalidad” es estadística. Las familias en el rango medio de funcionamiento están mas cerca de lo “normal”. Las familias cuyo funcionamiento es óptimo están tan desviadas de la norma como las severamente disfuncionales. Ya que la mayoría de las familias tiene problemas ocasionalmente, un problema por sí mismo no implica que la familia no sea normal (7).

Funcionamiento familiar según los procesos transaccionales:

En ésta perspectiva, las familias normales se conceptualizan en términos de procesos universales característicos de todos los sistemas. Los procesos básicos implican la integración, mantenimiento y crecimiento de la unidad familiar en relación con los sistemas individual y social. Lo “normal” se define en contextos temporales y sociales y varía con las diferentes demandas, ya sea internas o externas, que se requieren para la adaptación mediante el ciclo vital de la familia (7).

Funcionamiento familiar óptimo:

Este enfoque de la normalidad define a la familia exitosa en términos de características ideales o positivas. Las familias con funcionamiento óptimo se encuentran en el extremo más alto, , las familias promedio en el rango medio y las familias severamente disfuncionales en el extremo mas bajo (7)

El término familia sana, generalmente se refiere a una familia ideal adaptada a un modelo basado en resultados, en términos de cumplimiento de tareas familiares, principalmente el desarrollo exitoso de la descendencia (7).

Los modelos estructurales de Minuchin, Montalvo, y Aponte ven la "normalidad" en términos funcionales, es decir, una familia "normal" es aquella que no promueve o refuerza síntomas psicológicos, en ninguno de sus miembros.

El enfoque de la familia orientada hacia la introspección ve la normalidad familiar en términos de modelos específicos de funcionamiento óptimo por "ideal" (7).

Price (1979) señala que existen dos términos; que fácilmente son confundidos con los conceptos de normalidad familiar: funcional y normativo. El primero se refiere a un juicio acerca de la utilidad de un patrón conductual para lograr un objetivo. Este objetivo es accidental ó contingente con los objetivos individuales o sociales y es funcional ¿ para qué fin, para quien y en qué situación?. Lo que puede ser funcional en un nivel de análisis puede no ser necesariamente funcional en los otros. Por ejemplo, un patrón funcional en una etapa del ciclo vital familiar, puede ser disfuncional en otra etapa. El segundo término se refiere a rangos de conducta que se juzgan permisibles. Cada familia establece sus reglas o patrones que sirven como normas para regular la conducta. Las normas o patrones familiares, están influidos por expectativas o juicios de valor, que prevalecen en la sociedad o en una

subcultura étnica. Estos patrones, establecen los que “debe ser” o lo que “se espera”, se crean por medio de leyes, costumbres y folcklore en cada cultura (7).

El modelo de Funcionamiento Familiar de McMaster, proporciona una descripción clara de lo que es una familia “normal”; por medio de seis dimensiones:1) resolución de problemas,2) comunicación, 3) roles, 4) involucramiento afectivo,5) respuestas afectivas y 6) control de conducta. El modelo distingue lo que es una familia normal en cada una de las dimensiones y ello implica con frecuencia hacer un juicio de valor (7).

La definición de las áreas o dimensiones de funcionamiento familiar, que para completar la evaluación de una familia es necesario identificar; son las siguientes:

1. Resolución de problemas:

Se refiere a la habilidad de la familia para resolver problemas a un nivel que mantenga un funcionamiento familiar afectivo. Todas las familias enfrentan mas o menos las mismas dificultades, pero las eficiente solucionan sus problemas, mientras que las ineficientes no son capaces de manejarlos.

Conceptualmente los problemas familiares se subdividen en dos tipos: instrumentales y afectivos.

Los problemas instrumentales se relacionan con aspectos mecánicos de la vida diaria, mientras que los problemas afectivos estan vinculados con aspectos emotivos (coraje depresión, amor etc) (7).

2. Comunicación:

Alude al intercambio de información en la familia. La comunicación es subdividida, para fines de estudio, en áreas instrumentales y afectivas, al igual que en la solución de problemas. La facilidad de comunicarse

en un área supone la facilidad de comunicación en la otra, sin embargo, algunas familias exhiben marcada dificultad en la comunicación afectiva, mientras funcionan muy bien en la comunicación instrumental, lo contrario se presenta rara vez (7).

Cuanto mas enmascarados sean los patrones de comunicación familiar, más ineficiente será para el funcionamiento familiar, y cuanto mas clara y directa sea la comunicación, mas eficiente será. La comunicación confusa e indirecta provoca respuestas confusas (7).

3. Roles:

Se refiere a los patrones de conducta, por medio de los cuales la familia asigna a los individuos funciones familiares, las cuales se dividen en dos áreas: instrumentales y afectivas, que a su vez se subdividen en funciones familiares necesarias y no necesarias (7).

La asignación de roles debe ser razonable y no sobrecargar a ningún miembro, y la evaluación o revisión de funciones debe hacerse de manera clara, deben cumplirse todas las funciones necesarias para la familia, y estaremos hablando de una dimensión de roles mas saludable (7).

4. Involucramiento afectivo:

Se refiere al grado en que la familia, como un todo, muestra interés y valora las actividades e intereses en las actividades e intereses de cada miembro de la familia. El foco está en la cantidad y calidad del interés que los miembros de la familia muestren uno hacia el otro. Existen 6 tipos de involucramiento: ausencia de involucramiento, involucramiento

desprovisto de afecto, involucramiento narcisista, empatía y simbiosis(7).

En el continuo de estos seis grados. La empatía es lo óptimo, a medida que la familia se mueve hacia los extremos, y el funcionamiento familiar se vuelve menos efectivo (7).

5. Respuestas afectivas:

Es la habilidad de la familia para responder con sentimientos adecuados a un estímulo, tanto en calidad como en cantidad.

La calidad de respuestas afectivas se refiere a la habilidad de la familia para responder con una gran gama de emociones, según el tipo de estímulo (7).

La cantidad de respuesta afectiva está relacionada con el grado de respuesta afectiva y describe un continuo, desde la ausencia de respuestas hasta una respuesta exagerada (7).

Se distinguen dos categorías de afecto: sentimientos de bienestar (afecto, ternura, amor, consuelo, felicidad, etc) y sentimientos de crisis (coraje, miedo, depresión, tristeza, etc) (7).

En el extremo saludable de esta dimensión están ubicadas las familias que poseen la capacidad e intensidad razonable y adecuada al estímulo (7).

6. Control de conducta:

Se refiere a los patrones que adopta una familia para manejar el comportamiento en 3 situaciones: situaciones que implican peligro físico. Situaciones que implican enfrentar y expresar necesidades psicológicas y biológicas e instintivas. Situaciones que implican

sociabilización, entre los miembros de la familia y con la gente fuera del sistema familiar (7).

Las familias pueden desarrollar cuatro patrones de control para la conducta: control de conducta dirigido. Control de conducta flexible, control de conducta *laissez-faire* (dejar hacer): control de conducta caótico (7).

El control de conducta flexible es el estilo más efectivo y el control de conducta caótico es el menos efectivo (7).

El funcionamiento familiar es un fenómeno muy complejo que puede ser evaluado de diferentes maneras, la evaluación puede estar basada en la observación de los miembros de la familia en interacción (3).

Otra manera de evaluar el sistema familiar es recopilar información de cada uno de los miembros para, finalmente, combinar todos estos datos de manera que describan la relación familiar como un todo (3).

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes (4).

Gran parte de los trastornos psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar (8).

La salud familiar ha constituido una preocupación para todos aquellos que trabajan con la familia (9).

En la actualidad el modelo de Medicina Familiar no tiene una delimitación clara , entre los problemas de salud individual de los miembros de la familia y la salud del conjunto ó del grupo familiar propiamente dicho (8). En la mayoría de los casos se hace énfasis en la salud individual, sin lograr articular ésta con la salud familiar, lo cual repercute en los sistemas de salud, trayendo como consecuencia un aumento considerable en la demanda de atención por enfermedades de origen psicosomático, agudización de patologías psicosomáticas ó bien un mal control de enfermedades crónico degenerativas (8).

La evaluación de la familia, es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el primer nivel de atención (9). Se puede concebir como un proceso fundamental para realizar intervenciones promocionales y preventivas a favor de la salud, establecer diagnósticos, manejo y tratamiento y en su caso rehabilitación ò paliación, este proceso implica obtener de los individuos y sus familias información relacionada con los elementos que intervienen en el proceso salud enfermedad, su análisis y la planeación de estrategias y toma de decisiones en el contexto biopsicosocial (10).

Para lograr esta evaluación , el médico familiar debe seguir una estrategia de carácter clínico, que incluya a los individuos y sus familias, bajo un enfoque integrador de las esferas biológicas y psicosociales a través del estudio de salud familiar (1).

Para el análisis de la salud familiar, el modelo médico clásico y el método clínico, resultan insuficientes, hay que pensar en hacer uso del modelo epidemiológico, partiendo del diagnóstico del problema de salud familiar, de la determinación de cuales son aquéllos factores psicosociales que ejercen un papel protector ó de riesgo de enfermar a la familia. Este enfoque permite conocer que factores predisponen ó condicionan la salud y con que recursos cuenta la familia para enfrentar el problema (3).

La salud familiar; se expresa en la satisfacción y en el bienestar de los miembros con la familia, con una intimidad respetuosa, donde prime el respeto ó derecho individual, se potencie la autodeterminación, la responsabilidad de sí mismo y para con la familia, propiciándole crecimiento y desarrollo individual, según las exigencias de cada etapa del ciclo evolutivo, en la capacidad de enfrentar de forma adecuada y eficiente los problemas y conflictos de la vida cotidiana, apoyándose mutuamente, para asumir cambios y ajustarse a ellos (1).

La salud familiar puede expresarse en términos de su funcionamiento efectivo, en la dinámica relacional interna, en el cumplimiento de sus funciones para el desarrollo de sus integrantes, en la capacidad de interactuar y enfrentar los cambios del medio social y del grupo para propiciar el crecimiento y desarrollo individual, según las exigencias de cada etapa de la vida (4).

EVALUACION DE LA FUNCION FAMILIAR

La función familiar; se define a través de las tareas que le corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. El cumplimiento de ésta función permite la interacción con otros sistemas sociales y como consecuencia de su propia naturaleza es multidimensional. Esto hace que en la evaluación del grado de normofunción ó disfunción de un sistema familiar muy complejo, no existan en realidad técnicas ó instrumentos que permitan catalogar su función de forma absoluta, solamente se miden aspectos parciales de su función (4).

La evaluación de la función familiar, en medicina familiar, tiene el propósito fundamental de comprender en forma integral el contexto en que se producen los problemas de cada paciente que acude a la consulta, y permite reorientar su tratamiento hacia soluciones distintas a las que se ofrecen tradicionalmente, aportando elementos a la visión biopsicosocial que caracteriza la atención en medicina familiar (10)

Con base en estos conceptos se puede considerar que una familia es funcional cuando cumple con sus funciones como un sistema. (3)

Para el estudio de estos problemas de salud existen algunos instrumentos básicos para el estudio de salud familiar. En nuestro estudio, utilizaremos el APGAR familiar, instrumento de autoaplicación que evalúa la percepción del apoyo familiar. Introducido en 1978, del autor Smilkkestein, Instrumento probado y validado en el ámbito de la medicina familiar (3)(12). Cuyo objetivo es medir la satisfacción de los miembros de la familia.

El APGAR familiar es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia y es útil en la identificación de familias en riesgo.

Se diseñó para el uso potencial de personas en distintos estratos socio-económicos y en diversos contextos socio-culturales, además es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar.

Sus parámetros se delinearon sobre la premisa que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar:

1. adaptación
2. participación
3. crecimiento
4. afecto
5. recursos.

Adaptabilidad:

capacidad de utilizar recursos intra y extra-familiares para resolver situaciones de crisis.

¿Está usted de acuerdo con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema ó pasa por alguna situación crítica?

Participación:

Capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para la toma de decisiones.

¿ Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?

Crecimiento:

Capacidad de cursar las etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia.

¿Encuentra usted que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades ó hacer cambios en su estilo de vida?

Afecto:

Capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembros de la familia y de demostrar distintas emociones, tanto de bienestar como de malestar.

¿Está usted satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar ó malestar?

Resolución:

Capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo tiempo y recursos especiales y materiales de cada miembro de la familia.

¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?

APGAR FAMILIAR

	casi siempre	algunas veces	casi nunca
	2	1	0
Adaptabilidad	_____	_____	_____
Participación	_____	_____	_____
Crecimiento	_____	_____	_____
Afecto	_____	_____	_____
Resolución	_____	_____	_____

TOTAL

00 – 03 PUNTOS	DISFUNCIÓN SEVERA
04 – 06 PUNTOS	DISFUNCIÓN MODERADA
07 – 10 PUNTOS	FAMILIA FUNCIONAL

Si la satisfacción ó la no satisfacción se encuentra en mas de un miembros de la familia, el calificativo se otorga a todo el grupo.

El APGAR familiar se ha validado en varios contextos socio-culturales (1979). (12).

Si bien, la evaluación del funcionamiento familiar ha sido motivo de preocupación y estudio en diferentes países y por varios grupos de investigadores; los estudios realizados revelan un elevado porcentaje de familias disfuncionales, comparado con las familias funcionales. Tal es el caso de la población de Cienfuegos en Cuba (3).

Resultados coincidentes se observaron en investigaciones realizadas para estudiosos de la familia, en la comunidad de Jamainitas en la Habana Cuba; donde se constató que estas alteraciones hacia el interior de la familia desequilibran a aquellos hogares que no tiene estilos de afrontamiento ajustado e inciden desfavorablemente en el funcionamiento familiar (2) (13).

En México, la disfunción familiar se ha asociado significativamente con la aparición y agravamiento de diversas patologías; tales como la desnutrición (14); parálisis cerebral infantil (PCI) (16); y se observa frecuentemente, importante disfunción familiar en las patologías crónico degenerativas (8).

En 1995, se demostraron alteraciones en la dinámica familiar en niños con desnutrición primaria grave (14).

En 2004; (Rodríguez AG) concluye que la funcionalidad familiar, influye directamente en los cuidados que se otorgan al enfermo cronicodegenerativo, lo cual repercute en la calidad de vida y evolución de la enfermedad (8).

En 2005; (Álvarez RA) revela que algunas familias logran afrontar de manera positiva las crisis paranormativas, tales como la discapacidad en alguno de los miembros de la familia; mientras que otras familias llegan incluso a la desintegración familiar.

Como se observa, el fenómeno de Disfunción Familiar es muy importante, por tal motivo el objetivo del presente estudio es evaluar la frecuencia de Disfunción Familiar en una Unidad de Medicina Familiar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA :

Frecuencia y grado de disfunción familiar en los derechohabientes del consultorio no. 3 turno vespertino de la UMF 17, IMSS, Manzanillo, Colima.

JUSTIFICACION:

El interés de conocer sobre la vida, las relaciones interpersonales y el funcionamiento de las familias que atendemos, nos motivó a la realización de este trabajo.

En la Unidad de medicina Familiar, no. 17, en el consultorio no. 3 del turno vespertino, Observamos que un gran no. De pacientes que acuden a consulta de Medicina Familiar, por trastornos de conducta, somatizaciones, signos y síntomas mal definidos, cuadros mixtos, ansioso-depresivos, cefalea de tipo tensional, (menos del 2 % en consulta y del 4% en urgencias, tienen una patología orgánica de fondo), se deben a alteraciones de la función familiar.

Situaciones generalmente benignas, sin embargo pueden llegar a ser incapacitantes, tener repercusiones en la funcionalidad familiar, como causa-efecto indistintamente, lo cual condiciona a que el paciente acuda mayor numero de veces a solicitar consulta de Medicina Familiar.

De la misma forma, la disfunción familiar aumenta los riesgos e influye de manera negativa en el apego a la terapéutica del enfermo crónico, y su vez sus asistencias al control, trayendo como consecuencia, un descontrol y frecuentes descompensaciones, motivo de ingresos frecuentes al servicio de urgencias.

Sabemos que conociendo el funcionamiento familiar, cada día que pasa podemos lograr mejores resultados, lo cual es una esencial necesidad del Medico Familiar.

Por lo tanto con este estudio tratamos de conocer el grado de funcionalidad que existe en la población adscrita al consultorio no. 3 del turno vespertino de la unidad de Medicina Familiar no. 17 del IMSS, siendo factible de realizar por contar con la población de estudio y personal médico, contando con el apoyo de la Dirección de la UMF, así como la colaboración de los asesores correspondientes.

OBJETIVOS :

GENERAL:

Determinar la frecuencia de disfunción familiar en el consultorio numero 3 de la UMF 17 en el IMSS, Manzanillo, Colima.

ESPECIFICO:

- Evaluar el funcionamiento sistémico de la familia
A través del Apgar familiar
- Conocer el grado de disfunción familiar que existe.

MATERIAL Y METODOS :

DISEÑO:

Se realizará un estudio descriptivo y transversal.

UNIVERSO DE TRABAJO.

De 1 058 familias que reciben servicio en el consultorio no. 3 del turno vespertino de la UMF # 17, se llevará a cabo un muestreo no probabilístico, seleccionando 128 familias, y en cada una de ellas se entrevistará al jefe del núcleo mas otro miembro.

Se aplicará una encuesta para conocer las características generales de cada una de las familias, así como el criterio individual acerca del funcionamiento de la familia, utilizando para éste fin el instrumento APGAR.

TAMAÑO DE LA MUESTRA :

Se tomará como base el numero de familias adscritas al consultorio no. 3 turno vespertino de la UMF #. 17, que son un total de 1058 familias, consideramos encuestar un numero de familias con disfunción familiar aproximadamente del 50%, con un error máximo aceptable del 5% , aplicando la formula:

$$N = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q}{d^2} = \frac{3.8416 \times 0.40 \times 0.6}{0.01} = 92$$

Z = intervalo de confianza

P = estimación aproximada (de lo que se espera encontrar)

D = error estándar

Da un total de 92 familias.

No consideramos pérdidas, pues las encuestas se aplicarán en consultorio.

CRITERIOS DE INCLUSION :

- Familias que reciben servicio medico en el consultorio #3 turno vespertino de la UMF #17
- Que tengan una edad comprendida de los 15 a los 60 años
- Que acepten participar en el estudio

CRITERIOS DE NO INCLUSION:

- Personas menores de 15 años.
- Miembros de familia que presenten enfermedades que les impidan realizar adecuadamente el cuestionario, por ejemplo, demencia senil, trastornos psiquiátricos, descompensados a nivel psicótico ó neurótico, retraso mental, etc.
- Que no deseen participar en el estudio

CRITERIOS DE ELIMINACION .

- Personas que no contesten el 100% del cuestionario.

Definición y operacionalización de variables

VARIABLES DEPENDIENTES

FUNCIONALIDAD FAMILIAR:

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

La disfunción familiar se manifiesta por medio de los síntomas en sus integrantes.

TIPO: Cualitativo.

ESCALA.: nominal

INDICADOR: grado de disfunción familiar.

OPERACIONALIZACIÓN.

- funcional: de 7 a 10 puntos
- disfuncional: menos de 7 puntos.

EDAD:

Definición: tiempo transcurrido en años, desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista.

Tipo: cuantitativo

Escala: razón

Indicador: años cumplidos

Operacionalización: interrogatorio en forma directa a través del cuestionario.

GENERO:

Definición: características orgánicas y fisiológicas que marcan las diferencias entre el hombre y la mujer.

Tipo: cualitativo

Indicador: 1) masculino 2) femenino

Escala: nominal.

Operacionalización: a través del interrogatorio y observación directa.

LUGAR DE RESIDENCIA:

Definición: lugar geográfico en donde ha vivido durante los últimos 5 años.

Tipo: cualitativo

Escala: nominal

Indicador: 1) urbana 2) suburbana 3) rural

Operacionalización: interrogatorio directo

NIVEL SOCIOECONOMICO:

Definición: es el status que obtiene un individuo, y que está determinado por la presencia o ausencia de recursos en una población.

Tipo: cualitativo

Escala: ordinal

Indicador: 1) bajo 2) medio 3) alto

Operacionalización: interrogatorio directo.

CONSIDERACIONES ETICAS:

De acuerdo al artículo 96 y 100 del título V de la Ley General de Salud, este estudio con lleva un riesgo mínimo, por lo tanto no requiere consentimiento escrito, solo verbal.

PROCEDIMIENTO Y ORGANIZACIÓN GENERAL

DESCRIPCION DEL ESTUDIO:

1. Se eligieron las personas (dos por familia) que asistieron a solicitar atención medica al consultorio numero 3 turno vespertino de la UMF numero 17 del IMSS en Manzanillo, durante el periodo comprendido del mes de Junio a Septiembre del 2006, seleccionando a los que presentaron una edad comprendida entre los 15 y los 60 años de edad, se les platicó sobre el estudio que se estaba realizando, se les aclararon dudas y se les solicito su autorización para realizarles el cuestionario.
2. A las personas que aceptaron participar se les pidio que firmaran hoja de consentimiento y se les realizo el cuestionario denominado APGAR FAMILIAR (instrumento validado para investigar funcionalidad familiar). El instrumento consta de 5 reactivos o preguntas.
3. Clasificándose de la siguiente manera:

Entre 8 y 10 puntos: funcional

Menos de 8 puntos: disfuncional

RECURSOS:

Para la realización de este estudio, los recursos serán proporcionados por el propio investigador, la papelería para los cuestionarios y el uso de computadora personal para la realización de las hojas de captura y análisis de la información. El uso de los recursos humanos tanto médico como pacientes para la aplicación de las encuestas, se cuenta con la infraestructura, material y equipo suficiente, ya que el mismo se realizará en la UMF No. 17 del IMSS en Manzanillo, Col.

Cronograma de actividades

Del 1o. de octubre del 2005 al 31 de marzo del 2006.

	Elaboración protocolo	Recoleccion informacion	Proc. estadístico	Termino del estudio
Julio04- Julio05				
Octubre- Febrero				
Marzo				
Abril				
Mayo				
Junio				
Julio				
Agosto				

RESULTADO

Se entrevistó a 2 miembros de cada familia, siendo un total de 256 pacientes, que corresponden a 128 familias. Se dividieron en 2 grupos, un grupo que corresponde a los pacientes de edad de 15 a 30 años, siendo un total de 128 pacientes (50%), y un segundo grupo de edad de 31 a 50 años (50%)

TABLA 1

De 15 a 30 años		De 26 a 48 años	
128	50%	128	50%

Del grupo de 15 a 30 años, 80 pacientes son mujeres (62.5%) y 48 son hombres (37.5%), con edad promedio de 18 años.

Del grupo de edad de 31 a 50 años, 96 son mujeres (75%) y 30 son hombres (23.4%), con edad promedio de 35 años.

TABLA 2

15 A 30 años				31 a 50 años			
mujeres		hombres		mujeres		hombres	
80	62.5%	48	37.5%	96	75%	30	23.4%

En cuanto a su estructura familiar, 85 son familias nuclear simple (66.4%) y 43, familia nuclear extensa (mas de 5 miembros en la familia) (33.5%).

TABLA 3

Familia nuclear simple		Familia nuclear extensa	
85	66.4%	43	33.5%

En cuanto al APGAR FAMILIAR.

En el rubro de ADAPTACION, 193 pacientes (75.3%) se sienten satisfechos, 56 pacientes (21.8%) respondieron que en algunas ocasiones y 7 (2.7%) respondieron nunca.

En el rubro de PARTICIPACIÓN de la familia en la resolución de problemas 129 pacientes, (50.3%) se encuentran satisfechos, 104 (40.6%) algunas ocasiones y 19 (7.42%) nunca.

En cuanto al rubro de CRECIMIENTO, 149 pacientes (58.2%) se encuentran satisfechos, 76 (29.6%) algunas veces y 31 (12.1%) nunca.

En el rubro de AFECTO que se demuestran en familia 197 pacientes (76.9%) se encuentran satisfechos, 52 (20.3%) algunas ocasiones y 4 (1.56%) nunca.

En el rubro de RESOLUCION, 76 pacientes (29.68%) están satisfechos, 161 (62.84%) en ocasiones, 19 (7.42%) nunca.

TABLA 4

Componente del APGAR	Casi siempre		A veces		Casi nunca	
adaptabilidad	193	75.39%	56	21.87%	7	2.70%
participación	129	50.39%	104	40.62%	19	7.42%
crecimiento	149	58.20%	76	29.68%	31	12.10%
afecto	197	76.95%	52	20.31%	4	1.56%
resolución	76	29.68%	161	62.89%	19	7.42%

Finalmente, 93 (72.65%) son familias funcionales, 32 (25%) presentan disfunción moderada y 3 (2.3%) tienen disfunción severa.

TABLA 5 GRADO DE DISFUNCION

Familia funcional	93	72.6%
Disfunción moderada	32	25 %
Disfunción severa	3	2.3 %

FUNCIONALIDAD

Familia funcional	93	72%
Familia Disfuncional	35	27.3%

DISCUSIÓN

En nuestro estudio, 50% de los entrevistados se encuentran en etapa de la adolescencia, y el otro 50% en etapa de adultos. Esto es debido a que las familias seleccionadas, fueron las que acudieron a la consulta de medicina Familiar, que por lo regular fueron adolescentes acompañados de un adulto, padre ó madre, que en su mayoría fue la madre quien los acompañó, esto explica el mayor no. De mujeres entrevistadas. Estos resultados coinciden con el estudio de Anagalys Ortega y García Ruiz.

En cuanto al APGAR familiar, en sus componentes de adaptación, participación, crecimiento y afecto, predominó la respuesta casi siempre, al igual que en el estudio de García Ruiz, y a diferencia de Anagalys Ortega.

Esto probablemente sea debido, en el grupo de adolescentes y juventud, a la cercanía física de la madre ó padre acompañante en el momento de responder al APGAR familiar, ocasionando timidez a responder con mas apego a su realidad; y en el grupo de los adultos, sea probablemente a la perspectiva que se tiene sobre el desarrollo de la vida familiar, dado por la madurez propia de la edad adulta.

A diferencia en el rubro de resolución , predominó la respuesta a veces, coincidente con Anagalys Ortega y García Ruiz, siendo el grupo de adolescentes mas insatisfecho en cuanto al tiempo que pasan juntos. Esto probablemente a consecuencia de la vida moderna, en la cual ambos padres deben trabajar para solventar la economía del hogar, por lo cual permanecen menos tiempo con sus hijos.

En cuanto a la estructura familiar, las familias nucleares con hasta 4 miembros de familia, predominó la respuesta casi siempre, y las familias con mas de 4 integrantes, son las que presentaron disfunción.

El resultado detectado, creemos es por una comunicación inadecuada, al existir varios miembros en una familia, en la que la atención tiene que dividirse entre mas personas, a su vez que el tiempo compartido es menos, debido a la necesidad de ambos padres de trabajar, para solventar la economía de una familia extensa.

CONCLUSIÓN

En nuestro estudio, observamos un 72.6% de familias funcionales, contra un 27.3 de familias disfuncionales, valor por debajo de lo esperado para nuestro estudio.

Sin embargo, de las familias disfuncionales, pudimos observar que el hecho de convivir dentro de una familia extensa, aumenta para la familia el riesgo de presentar patrones de disfunción familiar.

El estudio observó que los pacientes pertenecientes a familias disfuncionales, tiene problemas en los rubros de participación y resolución adecuada de crisis familiares; por lo cual es importante realizar acciones preventivas en este grupo de familias, para mejorar su bienestar biopsicosocial.

Adecuar y optimizar los recursos existentes, para lograr una atención integral a fin de disminuir los factores de riesgo para disfunción familiar.

Es imprescindible para el médico de Familia llegar al diagnóstico adecuado de la situación de salud familiar, para lograr una intervención orientada a la prevención en salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. González-Benitez I. “ **Reflexiones acerca de la Salud Familiar**”. Rev Cubana Med Gen Integr 2000; 16(5): 508-12.
2. Ortiz-Gómez M, Lauro-Bernal I, Jiménez-Cangas L. “**Métodos de Investigación Diversos en el estudio de la Salud Familiar**”. Rev. Cubana Med Gen Integr 1999; 15(2): 151.5.
3. Ortega-Alvelay A, Osorio-Pagola M. “**Diagnostico del Funcionamiento Familiar en un consultorio del Médico y la enfermera de la Familia**”. Rev Cubana Med Gen Integr 2003; 19(2).
4. Ortega-Alvelay A, Fernandez –Vidal A, Osorio-Pagola M. “ **Funcionamiento Familiar. Su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma**”. Rev Cubana Med Gen Integr 2003; 19(4).
5. Irigoyen-Coria A. “**Fundamentos de Medicina Familiar**”. México . Ed. Medicina Familiar Mexicana. Internacional. 63-78
4. Viviana-C, Cerón-Y, Herrera-Julian A. “ **Salud Familiar**”. Colombia Medica 1995: 26:51-4.
5. Raquel AZ, “**Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar**”. En: Velasco CM, LunaMR, editores. Instrumentos de Evaluación en Terapia Familiar y de Pareja. México DF. Pax México. 2006, 1-25.

6. Rodríguez-Abrego G, Rodríguez I. “ **Disfunción Familiar en pacientes con IRC**”. Rev Médica IMSS 2004, 42(2): 97-102.

7. Zanowicz N., Pascal J. “**Juega la Familia un papel clave en la salud durante la adolescencia?**”. The European Journal of Psychiatry (Ed. Español) Vol. 18 No. 4 Oct-Dic 2004.24-34.

8. Carrada-Bravo T. “ **El papel del Médico como promotor de la Salud**”. Rev Fac Med UNAM Vol. 45 No. 4 Julio-Agosto 2002. 170-175.

- 11. Estudio de Salud Familiar** PAC MF-1 Dr. José Luis Huerta González
1ª. Ed. 1999. México.

12. Arias-C L, Herrera-Julián A. “ **El Apgar Familiar en el cuidado primario de salud**”. Colombia Médica 1994, 25: 25-26-8.

13. Varela-Rodríguez F. “**Disfunción Familiar en Hiperfrecuentadores de Atención Primaria**”. Medicina de Familia. (And) 2000, 2: 141-144.

14. Vázquez-Gómez E, Vallarta-Coria G, Sánchez-Tellez E. “**Disfunción de la dinámica Familiar como un factor asociado a Desnutrición Primaria grave en el Niño**”. Bol Med Hosp. Infantil Mex. Vol. 52 No. 12 DIC 1995: 698-705.

15. “**Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias**”. Archivos en Medicina Familiar . Vol.7 Supl. 1 . 2005. pp 15-19.

16. Álvarez-Rubio A, Ayala-Bravo A. “ **Estudio sobre el nivel de funcionalidad en un grupo de familias que tienen un hijo con**

parálisis cerebral infantil (PCI)". Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación 2005: 17:71-76

17. Vázquez-Garibay E, Sánchez-Talamantes E, Navarro-Lozano M, Romero-Velarde E. **"Instrumento de Medición de la dinámica de la familia nuclear mexicana: un enfoque cuantitativo"**. Bol. Med Hospital Infantil de México. Vol. 60, enero-febrero 2003: 33-52.

18. **"Tendencias Y distribución de los principales motivos de consulta en Medicina Familiar, por edad, sexo y delegación Institucional2. 1991-2002.** Rev. Med IMSS. Vol. 41, suplemento 1 2003. 131-152.

19. Palomar-Lever J. **"Relación entre la escolaridad y la percepción del Funcionamiento Familiar"**. Rev Mex de Inv Educativa. Jul-Dic 1999. Vol. 4 No. 8 299-343.

"Elementos Esenciales de la Medicina Familiar" Archivos en Medicina Familiar. Vol. 7 Supl 1. 2005 pp_ 13-14.

ANEXOS

APGAR FAMILIAR

	CASI SIEMPRE	ALGUNAS OCASIONES	NUNCA
Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algun problema.			
Estoy satisfecho con la manera en que mi familia discute de igual acuerdo ò interes y participa en la resoluciòn de problemas.			
Encuentro que mi familia acepta mis deseos de tomar nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida.			
Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos tales como: ira, aflicción y amor.			
Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo pasamos juntos.			

ANEXO 2:

EDAD	1.-12-20años 2.-21-35años 3.-35-65años
SEXO	1.- Fem 2.- Masc.
EDO. CIVIL	1.Soltero 2.-Casado 3.-Unión libre 4.-Viudo
OCUPACION	1.-Escolar 2.-Ama de casa 3.-Obrero 4.-Campesino 5.-.Profesionista 6.-Desempleado
NO. DE INTEGRANTES EN LA	1.-2

FAMILIA	2.-3-5 3.masde5
---------	--------------------