



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA

**“EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE LAS FAMILIAS  
CON PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS”**

**T E S I S**  
QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL **TÍTULO** DE POSTGRADO EN LA  
ESPECIALIDAD DE:

**MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A**  
**DR. SANTIAGO HERNÁNDEZ MOZÓN**

ASESORES ACADÉMICA:

**DRA. EMMA ESPEJEL ACO**

Coordinadora del Centro de Estudios e Investigación de la Familia  
Instituto de la Familia A.C.

**DR. JESÚS RAMÍREZ BERMÚDEZ**

Jefe de la Clínica de Esquizofrenia del  
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

ASESOR METODOLÓGICO:

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO**

Médico Familiar Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No.9 del  
Instituto Mexicano del Seguro Social.

**No. Registro: R – 2007 – 3607- 11**

**CD. DE MÉXICO, D. F. FEBRERO 2008.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

**“EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO  
DE LAS FAMILIAS  
CON PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS”**

# **AUTORIZACIONES**

---

**DR. JUVENAL OCAMPO HERNÁNDEZ**  
**DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 28 “GABRIEL MANCERA”**

---

**DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR**  
**COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DE LA**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 28 “GABRIEL MANCERA”**

---

**DRA. LOURDEZ GABRIELA NAVARRO SUSANO**  
**PROFESOR ADJUNTO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DE LA UNIDAD**  
**DE MEDICINA FAMILIAR No 28 “GABRIEL MANCERA”**

---

ASESOR ACADÉMICO:  
DRA. EMMA ESPEJEL ACO  
**COORDINADORA DEL CENTRO DE ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN DE LA FAMILIA,  
INSTITUTO DE LA FAMILIA, A.C.**

---

ASESOR CLINICO:  
DR. JESÚS RAMÍREZ BERMÚDEZ  
**JEFE DE LA CLINICA DE ESQUIZOFRENIA DEL  
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA.**

---

ASESOR METODOLÓGICO:  
DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO  
**MEDICO FAMILIAR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.9,  
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS**

Por otorgarme momentos tan maravillosos durante la vida, ser mi guía para ser una mejor persona, darme salud, una vida, una familia, amigos y personas que creen en la humildad, honestidad, sinceridad, el amor, el trabajo y la perseverancia.

### **A MI ESPOSA**

Por estar conmigo en todo momento, por brindarme comprensión, apoyo, cariño y amor, brindarle alegría a mi vida y una luz de esperanza.

### **A MI MADRE**

Por brindarme una oportunidad de vivir, por su amor, por protegerme, por cuidarme, su paciencia, por darnos a mi y mi familia, los valores humanos y siempre estará en mi corazón.

### **A MI PADRE**

Por ser un hombre que ha luchado para seguir adelante, levantarse en los momentos difíciles, por luchar por sus hijos, siempre será mi ejemplo a seguir, por todos los consejos que me ha brindado y darme la oportunidad de decidir mi vida.

### **A MIS HERMANOS**

Por convivir muchos momentos juntos, a mis hermanas por enseñarme que siempre hay una opción para cambiar y la mejor es la que se toma con tranquilidad y razón, a mi hermano que me ha acompañado hasta este momento y siempre contare con el, y mi sobrina que cambio nuestra vida para estar más unidos.

### **A MIS AMIGOS**

Que son un pilar muy importante en mi vida, dan fuerza para seguir adelante en la vida, y que podemos tomar caminos diferentes, pero al final nos volveremos a encontrar, hay pocos durante todo el camino, gracias por conocerlos.

### **A MIS ASESORES**

Por haber confiado en mí, a la Dra. Emma Espejel Aco, al Dr. Jesús Ramírez Bermúdez, y al Dr. Gilberto Espinoza Anrubio, por darme la oportunidad de colaborar con ellos, por su apoyo, su paciencia y experiencia, para la realización de este trabajo y de mi vida profesional, así como un especial agradecimiento al Dr. Froylán Ernesto Calderón Castañeda.

## **A MI INSTITUCION**

Al Instituto Mexicano del Seguro Social, que me ha brindado ser parte de él y abrirme las puertas para realizar la especialidad.

## **A MIS MAESTROS**

Gracias a cada uno de los implicados en mi formación de la Especialidad de Médico Familiar, por brindarme tiempo, dedicación y su esfuerzo, por ayudarme a adquirir nuevos conocimientos, a tener experiencia, a enseñarme a tener paciencia, ha como actuar en muchas situaciones incómodas y en situaciones inesperadas, a todos ellos por todas las circunstancias y momentos que pasamos, mi eterno agradecimiento.

## **A LOS PACIENTES**

A cada una de las pacientes que formaron parte del estudio ya que nos brindaron su participación y su confianza.

# EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE LAS FAMILIAS CON PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

**AUTORES:** Dr. Hernández M. S., Dra. Espejel A. E., Dr. Ramírez B. J, Dr. Espinoza A. G.

**OBJETIVO:** Conocer el Funcionamiento de las familias con pacientes esquizofrénicos.

**MATERIAL Y METODOS:** Tipo de investigación: Transversal, No Comparativo, Descriptivo, Observacional. Tamaño de la muestra: tipo no probabilístico 30 familia con pacientes esquizofrénicos por ajuste de pérdidas. Variables: funcionamiento familiar y esquizofrenia. Se utilizó la Escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel Aco.

**RESULTADOS:** Se estudio a 30 familias con pacientes esquizofrénicos con predominio del sexo masculino 19 (63.3%) y sexo femenino 11 (36.7%), la media de edad es 40.57 años, valor mínimo de 23 años y máxima de 73 años de edad, desviación estándar de 14.15 años, estado civil de los pacientes 16 (53.3%) solteros, 7 (23.3%) casados, 5 (16.7%) separados y 2 (6.7%) viudos, ocupación en desempleados 26 (86.7%), empleados 4 (13.3%), fue de predominio bachillerato con 14 (46.7%), secundaria 7 (23.3%), licenciatura 7 (23.3%) y primaria 2 (6.7%), lugar de atención la Unidad de Medicina Familiar No.28 a 18 (60.0%) familias y del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía a 12 (40.0%), religión católicas 30 (100.0%) de las familias, la tipología familiar es de predominio nuclear de 17 (56.7%), extensa 8 (26.7%), extensa compuesta 5 (16.6%). Se encontró que el Funcionamiento de las familias con pacientes esquizofrénicos es de 22 (73.3%) familias disfuncionales y 8 (26.7%) familias funcionales. Se observó en el Área de Autoridad, 19 (63.3%) disfuncional, y 11 (36.7%) funcional, Área de Control, 22 (73.3) disfunción y 8 (26.7%) funcional, Área de Supervisión 27 (90.0%) funcionales y 3 (10.0%) disfuncionales, Área de Afecto 21 (70.0%) disfuncionales y 9 (30.0%) funcionales, Área de Apoyo, 25 (83.3%) funcional y 5 (16.7%) disfuncionales, Área de Conducta Disruptiva, 24 (80.0%) disfuncionales y 6 (20.0%) funcionales, Área de Comunicación, 28 (93.3%) disfuncionales y 2 (6.7%) funcionales, Área de Afecto Negativo, 20 (66.7%) disfuncionales y 10 (33.3%) funcionales, Área de Recursos 21 (70.0%) disfuncional y 9 (30.0%) funcional. En el Total de las Áreas de Funcionamiento Familiar, se observó 2 (22.3%) son funcionales, supervisión y Apoyo, 7 (77.7%) son disfuncionales, en él áreas de autoridad, control, afecto, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y recursos, En el Puntaje Global se encontró 123.8 puntos (46 de Puntaje Total) en las 30 familias, por lo cual se categoriza como Disfunción Familiar en un 100%.

**CONCLUSIONES:** El Funcionamiento de las familias con pacientes esquizofrénicos es de 73.3% familias disfuncionales y 26.7% familias funcionales, afectando las áreas de autoridad, control, afecto, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y recursos. En estas áreas son en las que se debe tener énfasis para un adecuado manejo integral del paciente con esquizofrenia y la familia, así como del tratamiento médico.

**Palabras Claves:** Funcionamiento Familiar, Familia Funcional, Familia Disfuncional, Esquizofrenia, Escala de Funcionamiento Familiar.

**No. De Registro:** R-2007-3607-11

# INDICE

	PAGINAS
MARCO TEORICO	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
JUSTIFICACION	11
OBJETIVOS	12
HIPOTESIS	13
MATERIALES Y METODOS	14
TIPO DE ESTUDIO	15
DISEÑO DEL INVESTIGACION	15
POBLACION, LUGAR Y TIEMPO	16
MUESTRA	17
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION	18
VARIABLES	19
DISEÑO ESTADISTICO	22
INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	23
METODOS DE RECOLECCION DE DATOS	24
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	25
CRONOGRAMA	26
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO	27
CONSIDERACIONES ETICAS	28

	PAGINAS
RESULTADOS	29
CONCLUSIONES	53
DISCUSION	54
BIBLIOGRAFIA	55
ANEXOS	57

# MARCO TEORICO

## A. La esquizofrenia

La esquizofrenia es un grupo de síndromes que se caracteriza por perturbaciones del lenguaje, la percepción, el pensamiento, la relación social, el afecto y la voluntad (1). La Organización Mundial de la Salud la define como “un grupo de psicosis en las que se presenta una deformación fundamental de la personalidad, una distorsión característica del pensamiento, una sensación de ser dominado por fuerzas extrañas, delirios, percepción perturbada, anormalidades en el afecto que no se ajusta a la situación real y autismo”, en cambio el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM-IV) describe a la esquizofrenia como “una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de fase activa; ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desordenado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos”(2).

Este problema clínico lo empezaron a estudiar psiquiatras y neurólogos, entre ellos Emil Kraepelin lo tradujo como *démence précoce* de Morel que incluía un proceso cognoscitivo distinto y en edad temprana con alucinaciones y delirios. Eugen Bleuler acuñó el término esquizofrenia para expresar la presencia de alteración entre el pensamiento, emociones y conducta en los pacientes afectados, identificó los síntomas fundamentales o primarios, las cuatro Aes; alteraciones de Asociación, Afecto, Autismo y Ambivalencia. Así como identificó los síntomas secundarios; alucinaciones y los delirios. Y posteriormente Meyer, Sullivan, Kretschmer, Langfeldt, Schneider y Jaspers han contribuido a la comprensión de la esquizofrenia.(3).

El origen de la esquizofrenia es multifactorial, se tienen varias hipótesis entre ellas; de predisposición genética, hipótesis psicológicas y sistémicas, la hipótesis socio genética, hipótesis biológicas y la hipótesis bioquímica entre estas últimas; la dopaminérgica, la de transmetilación, adenocromo, aumento de proteínas S, teoría de la autoinmunidad, teoría de la histamina, teoría viriásica y la teoría temporoímbica. (3)

Actualmente la prevalencia del trastorno en adulto es de 0.5 a 1.5 % y su incidencia anual está en un rango de 0.5 a 5 por cada 10,000 habitantes. (4). Es más frecuente entre los 15 a 45 años de edad, en ambos sexos, aunque aparece en hombre más tempranamente, pero difieren en el curso e inicio de la enfermedad, en los hombres de 15 a 25 años, y en mujeres de 25 a 35 años, es raro en menores de 15 años y mayores de 55 años, y que este padecimiento es más favorable para las mujeres.(5). Hay una predisposición genética entre hermanos esquizofrénicos 10.8% y si los padres están enfermos de 13.8%, los gemelos homocigóticos tienen un riesgo de 30 a 40%. Hay factores relacionados al nacimiento con 10% en el invierno y principios de primavera, así como también con nivel social bajo, y que la enfermedad tiene un índice de recaídas del 50%.(3).

Los síntomas y signos de esquizofrenia varían de manera notable entre los distintos individuos, la aparición puede resultar extraña, la actividad motora generalmente reducida o de excitación, en su comportamiento social hay retraimiento, relaciones interpersonales alteradas y la reducción de experimentar satisfacción por algo, así como las expresiones verbales con afirmaciones divagantes, repetición de palabras, alteración del afecto, aburrimiento, delirios y alucinaciones.(5) Se presentan síntomas negativos y positivos entre ellos se incluyen: *Síntomas negativos*: Aplanamiento afectivo, pobreza del lenguaje, apatía, a sociabilidad, inatención social; *Síntomas positivos*: Alucinaciones, ideas delirantes, conducta extravagante, trastornos formales del pensamiento.(6)

La manera de diagnosticar a la esquizofrenia es de acuerdo al DSM-IV, de acuerdo a los siguientes criterios:

### **Criterios para el diagnóstico de F20.xx Esquizofrenia**

**A. Síntomas característicos:** Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. *Ideas delirantes*
2. *Alucinaciones*
3. *Lenguaje desorganizado* (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
4. *Comportamiento catatónico* o gravemente desorganizado
5. *Síntomas negativos*, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

**B. Disfunción social/laboral:** Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

**C. Duración:** Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

**D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo:** El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

**E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica:** El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

**F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo:** Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

### **Clasificación del curso longitudinal:**

Episódico con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados): especificar también si: con síntomas negativos acusados

Episódico sin síntomas residuales interepisódicos: Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación): especificar también si: con síntomas negativos acusados

Episodio único en remisión parcial: especificar también si: con síntomas negativos acusados

Episodio único en remisión total

Otro patrón o no especificado

Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa (2).

### **Criterios para el diagnóstico de**

#### **F20.0x Tipo paranoide de esquizofrenia (295.30)** CIE-10

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.

B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

*Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:*

**.x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos**

**.x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos**

**.x0 Continuo**

**.x4 Episodio único en remisión parcial**

**.x5 Episodio único en remisión total**

**.x8 Otro patrón o no especificado**

**.x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa**

### **Criterios para el diagnóstico de**

#### **F20.1x Tipo desorganizado de esquizofrenia (295.10)** CIE-10

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Predominan:

1. lenguaje desorganizado

2. comportamiento desorganizado

3. afectividad aplanada o inapropiada

B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

*Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:*

**.x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos**

**.x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos**

**.x0 Continuo**

**.x4 Episodio único en remisión parcial**

**.x5 Episodio único en remisión total**

**.x8 Otro patrón o no especificado**

**.x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa**

### **Criterios para el diagnóstico de**

#### **F20.2x Tipo catatónico de esquizofrenia (295.20)** CIE-10

Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

1. inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cérea) o estupor

2. actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos)

externos)

3. negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo

4. peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas

5. ecolalia o ecopraxia

*Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:*

**.x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos**

**.x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos**

**.x0 Continuo**

**.x4 Episodio único en remisión parcial**

**.x5 Episodio único en remisión total**

**.x8 Otro patrón o no especificado**

**.x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa**

**Criterios para el diagnóstico de**

**F20.3x Tipo indiferenciado de esquizofrenia (295.90)** CIE-10

Un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del Criterio A, pero que no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

*Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:*

**.x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos**

**.x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos**

**.x0 Continuo**

**.x4 Episodio único en remisión parcial**

**.x5 Episodio único en remisión total**

**.x8 Otro patrón o no especificado**

**.x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa**

**Criterios para el diagnóstico de**

**F20.5x Tipo residual de esquizofrenia (295.60)** CIE-10

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

B. Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

*Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:*

**.x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos**

**.x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos**

**.x0 Continuo**

**.x4 Episodio único en remisión parcial**

**.x5 Episodio único en remisión total**

**.x8 Otro patrón o no especificado**

**.x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa (2)**

El tratamiento de la esquizofrenia es de la siguiente manera:

- A) Médico: A base de antipsicóticos, en los que incluimos a la clozapina, haloperidol, risperdal, olanzapina, entre otros.
- B) Social.
- C) Psicológico
- D) Conductual

Entonces el tratamiento de la esquizofrenia debe ser multidisciplinario, comenzando con un diagnóstico oportuno, ya que por lo general el diagnóstico se tarda más de un año, y esto provoca mayor afección y agrava el padecimiento, tanto por la familia que no lleva al paciente a consulta como la inadecuada práctica del médico, entre otros factores. El tratamiento debe ser farmacológico que ya sea establecido desde hace varios años, hasta llegar a electroshock; debe darse una terapéutica psicológicas y socio terapéuticas, entre ellas, terapia individual, de grupo, terapia familiar, así como una rehabilitación y reinserción social: con lo que conllevara una mejor programación de tratamiento integral.(6)

## **B. La familia**

La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad, es responsable de guiar y proteger a sus miembros, y es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso Salud-Enfermedad.(7)

Durante el estudio de la familia, se han escrito varias definiciones de la misma, entre ellas tenemos; Por su origen etimológico: famulus= sirviente o esclavo doméstico.(8)

De acuerdo a la OMS: “A los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado, por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y por lo tanto, no pueden definirse con precisión en escala mundial”.(9)

Censo Canadiense: “Esposo y esposa con o sin hijos o padre y madre solo, con uno o más hijos que viven en un mismo techo”(8)

Censo americano: “Un grupo de dos o más personas que viven juntas y relacionadas unas con otras por lazos sanguíneos, de matrimonio o de adopción.”

Ackerman: “La unidad básica de desarrollo y experiencia, realización y fracaso. Es la unidad básica de la salud y la enfermedad.”

Minuchin: “El grupo en el cual el individuo desarrolla sus sentimientos de identidad y de independencia, el primero de ellos fundamentalmente influido por el hecho de sentirse miembro de una familia y el segundo por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación con grupos extrafamiliares.”

Santacruz (1983): “Un grupo social primario formado por individuos unidos por lazos sanguíneo, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que en general, comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar la salud individual y familiar”. (8)

Familia según definición de IFAC: Grupo natural de adscripción humana generalmente ligado a vínculos biológicos, que permite la subsistencia de sus miembros y satisfacción de sus necesidades. (11)

Toda familia que cubra los anteriores criterios, tiene una estructura familiar, funciones familiares y una clasificación familiar. Las funciones de las familias son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo, en la cual incluyen las siguientes:

**Socialización:** es la promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.

**Afecto:** Interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.

**Cuidado:** Es la protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades tanto materiales, sociales, financieras y de salud del grupo familiar.

**Estatus:** Es la participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.

**Reproducción, desarrollo y ejercicio de la sexualidad:** Conocimiento de la sexualidad, la interacción de ambos géneros y el rol que desempeña cada uno, la provisión de nuevos miembros a la sociedad.(7)

**La Escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel y Cols.,** es el resultado de la evolución de muchos años de trabajo no sólo en nuestro país, con sujetos y familias mexicanas, sino de la revisión minuciosa de otras guías de evaluación en otros países como Canadá y Estados Unidos. Es Así como surge la Guía conjunta de Evaluación Familiar (1985), posteriormente el Cuestionario de Evaluación Familiar, y una vez que se válido y confiabilizó (con la Asesoría de la Dra. Isabel Reyes Lagunas y el Ing. J. Francisco Cortés) como un instrumento de detección comunitaria para evaluar familias, han sido múltiples los investigadores que lo han usado como un instrumento aprobado por sus instituciones para evaluar distintas problemáticas en las que la familia juega un rol importante. Las instituciones han sido UNAM, Universidad Iberoamericana, Instituto Nacional de Salud Mental, Universidad Metropolitana, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Hospital Psiquiátrico “Samuel Ramírez Moreno” en el D.F. y en la Habana, Cuba, en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Dr. Salvador Allende” y ahora en el Instituto de la Familia A.C. (11)

**La Escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel y Cols.,** es un instrumento de alta confiabilidad que discrimina sensiblemente las familias funcionales de las que no lo son, con una **confiabilidad de 0.91**; y consta de 40 reactivos que exploran 9 factores o áreas dentro de la estructura familiar, las cuáles son las siguientes:

- 1. Autoridad:** Evalúa la eficiencia de la autoridad dentro de la familia. Considera como más funcionales a aquellas familias donde la autoridad reside en el subsistema parental y es compartida por ambos padres.
- 2. Orden:** Evalúa cómo se manejan los límites y los modos de control de conducta. Considera como funcionales a las familias con límites bien establecidos y respetados.
- 3. Supervisión:** Evalúa la funcionalidad de la vigilancia de normas y comportamiento.
- 4. Afecto:** Evalúa cómo se presentan las muestras de sentimientos y emociones entre los miembros de la familia.
- 5. Apoyo:** Es la forma en que los miembros de la familia se proporcionan soporte social, dentro y fuera del grupo familiar.

- 6. Conducta disruptiva:** Evalúa el manejo de conductas no aceptadas socialmente como adicciones, problemas con la autoridad o alguna otra situación emergente.
- 7. Comunicación:** Evalúa la forma de relación verbal o no verbal que se da dentro de una familia.
- 8. Afecto negativo:** Evalúa la funcionalidad de la presencia de sentimientos y emociones de malestar dentro de la familia y
- 9. Los Recursos:** Se refiere a la existencia de potencialidades instrumentales y afectivas y a la capacidad de la familia para desarrollarlos y utilizarlos.(12)

Debe de considerarse algunos puntos sobre la aplicación de la Escala de Funcionamiento Familiar:

- Se toma en cuenta la observación, sensibilidad, empatía, habilidad del entrevistador más el conocimiento que tenga del instrumento en sí, son muy importantes para obtener resultados precisos en la evolución familiar.
- El entrevistador al momento de aplicar el instrumento, debe tomar en cuenta la estructura familiar, la clase socioeconómica y el ciclo vital.
- El Cuestionario puede ser contestado por el grupo familiar o en forma individual, dependiendo de los objetivos de la investigación.
- Ver en cuanto al grupo familiar, identificar quiénes son los que están presentes, a qué subsistema pertenecen y que vínculos existen. Esta información permite elaborar el familiograma y decir qué miembros de la familia participan en la entrevista de aplicación.
- Es importante el rapport (clima empático) entre el aplicador y los entrevistados, ya que de ello dependerá la confianza y la apertura que los entrevistados tengan con las respuestas.
- Este instrumento es una entrevista abierta y dirigida; de las respuestas que aportan los entrevistados, el investigador determina el rubro o rubros a marcar en el.
- En el Anexo 2 se describe la forma de aplicación de la Escala de Funcionamiento Familiar. (12)

#### PUNTAJE DE ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

La calificación es por cada área y puntaje individual o crudo: < 50 disfuncional y >50 funcional:

Por puntaje total es de < 132 Familia disfuncional y > 133 Familia Funcional. Descritas en el Anexo 4. (12)

### C. La familia en el proceso de rehabilitación integral

¿Cómo afecta la dinámica familiar la salud mental de los pacientes esquizofrénicos?

La familia es un pilar indispensable para el tratamiento y rehabilitación del paciente con esquizofrenia, en la cual la familia tiene que tener una aceptación firme del padecimiento, hablar con naturalidad del mismo, evitar el aislamiento, seguir la prescripción médica, tener diálogos con los integrantes de la familia y conocidos. Conocer adecuadamente las capacidades de estos pacientes, que por lo general dependerán de cierto grado de los familiares, serán internados en hospitales para su mejor ración, así como se aíslan de trabajos, por medio de los patrones o de sus mismos compañeros de trabajo, además es un problema como discapacidad laboral y social, y un problema económico tanto para la familia como a la sociedad. Por lo tanto es un reto para la sociedad medica revertir o control estas alteraciones. (13)

La rehabilitación del paciente con esquizofrenia y el tratamiento psicosocial del mismo, aunado a la terapéutica medicamentosa, ha disminuido en forma considerable, las recaídas del paciente, la disminución de los internamientos, disminución de los gastos familiar y de los hospitales, se a notado mayor apego al tratamiento por los mismos pacientes y de los familiares, con menor grado de desapegó a dichos tratamientos, mayor adaptación a la sociedad y relacionarse de una mejor manera, todo esto debido a un

tratamiento integral. Además de ha establecido que la relación de tratamiento medico exclusivamente no supera la combinación de la terapéutica familiar y la farmacológica. Es importante aumentar y difundir las características de la esquizofrenia, tener grupos de apoyo, implementar mas la asistencia de los familiares a la terapias de grupo y familiar, todo esto, para una integración del paciente con esquizofrenia a la familia y a la sociedad.(14)

Dentro de las enfermedades que afectan al ser humano, la esquizofrenia, es una de las más incomprendidas, de las mas ignoradas por el sistema de salud, por ejemplo en México, se le vincula de manera significativa con los problemas relacionados con la pobreza, la desnutrición, la mala atención del parto, la desinformación y la inequidad en el acceso a los servicios de salud. La disfunción que la esquizofrenia produce a la sociedad es más impactante que el número de pacientes afectados, por sus repercusiones a la familia y a la sociedad, por lo que la Organización Mundial de la Salud lo a considerado en el lugar número diez en cuanto discapacidad a nivel mundial, además la esquizofrenia es una enfermedad mental discapacitante, por lo que provoca dependencia del enfermo hacia su familia en mayor o menor grado, se le debe considerar como una enfermedad familiar, en la que la familia debe involucrarse como agente terapéutico, ser objeto de atención y apoyo por parte del equipo de salud. Por lo tanto es de importancia que la familia este relacionada con el padecimiento y la manera de cómo sobre salir con un paciente con esquizofrenia.(15)

Por lo tanto la disfunción familiar es aquella en que es incapaz de cumplir con sus tareas asignadas y no puede ejercer sus funciones, de acuerdo a la etapa del ciclo vital que se encuentre y en relación con las demandas del exterior.(16).

Es de suma importancia los estudios que se han realizado sobre pacientes esquizofrénicos y sus familias, en el cual se observa que con un mejor apego al tratamiento médico hay una mejoría en la funcionalidad del paciente, descrito por Grupo GEOPTE(17). En un estudio sobre filosofía de la vida en familiares de pacientes psiquiátricos no hay diferencias significativas en los que no reciben apoyo familiar y en los que si tienen una buena adherencia al tratamiento y apoyo familiar adecuado. (18). La actitud de los familiares es indispensable para un paciente psiquiátrico hospitalizado como lo demuestra este estudio, donde se encuentra la cronicidad del padecimiento, la desorganización global del enfermo y la conducta agresiva, aunado a la falta de adherencia terapéutica, problemas de la dinámica familiar y la ignorancia de la familia respecto a la enfermedad del paciente.(19). Se tiene un artículo de revisión sobre la trascendencia de los grupos de apoyo para el manejo integral de los enfermos crónicos,, estos grupos surgen de la necesidad que sienten los familiares de compartir experiencias afines y manejar dentro de un ambiente de comprensión, la desesperanza asociada a diagnósticos adversos, con el fin de brindar apoyo y ofrecer información adecuada sobre la enfermedad, las estrategias de manejo en el hogar y un espacio para los miembros de las familias y del cuidador primario.(20)

Se ha realizado un estudio de dinámica familiar y conflictos en pacientes psiquiátricos rehospitalizados en el INNNMVS, resultado que hay un predominio de familias desarticuladas o disfuncionales, aplicando en FACES II, en el año de 1998.(21) En un estudio publicado en el 2004, en base al perfil sociodemográfico de los usuarios de la unidad de psicogeriatría del Hospital Fray Bernardino Alvarez, se tiene de una población de 100 expedientes, 61 corresponden a mujeres con una edad promedio de 66 años, 54 tenían más de 60 años y 55 tenían pareja; la edad promedio para los hombres es de 67 años,; en cuanto escolaridad solo 4 tenían licenciatura, 3 recibían pensión, económicamente 79 de ellos dependían de sus familiares y 6 de su trabajo, 88 viven con sus familia, 1 con una familia distinta 9 solos y 2 en asilo, 92 eran católicos; en las mujeres predominan los trastornos de humor de tipo afectivo y en los hombres el diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizotípico e ideas delirantes.(22)

En el año 2005 se inicia una investigación denominada “Impacto social y las modificaciones en la dinámica familiar en el cuidador primario de pacientes con esquizofrenia”, en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, donde se aplica la Escala de Funcionamiento Familiar a 30 familias, actualmente en espera de ser aprobada.

El estudio a realizar, es de suma importancia para conocer como es la dinámica familiar en las familias de la Ciudad de México, y la calidad de vida de los integrantes, ya sea madre, padre, hijo, hermano y familiares cercanos, padezcan esquizofrenia, y así conocer como repercute esta enfermedad en la dinámica familiar, evaluados con la Escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La esquizofrenia es una enfermedad de origen multifactorial, incapacitante para el paciente, que tiene una influencia importante en la dinámica familiar. Para su mejor tratamiento y rehabilitación de estos pacientes portadores de esquizofrenia, la familia resulta un pilar importante, por lo que es necesario conocer el ámbito familiar en qué estos pacientes se desenvuelven, e identificar su funcionamiento familiar, aplicando la Escala de Funcionamiento Familiar. ¿Cuál es el funcionamiento de las familias con pacientes esquizofrénicos?

## **JUSTIFICACION**

La esquizofrenia es una enfermedad psiquiátrica, incapacitante, que influye en el sistema familiar, que afecta el rol del enfermo, es la familia la que tiene que enfrentarse a la dependencia del mismo. El funcionamiento familiar es un tema primordial, en éstos pacientes, ya que debería existir mayor información, la familia debe adaptarse al un integrante enfermo, la enfermedad es grave y es un dilema médico. Por lo que es necesario conocer el funcionamiento familiar aplicando la Escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel y Cols. Recordar que es necesaria la participación de la familia para la rehabilitación de los pacientes con esquizofrenia.

# **OBJETIVOS**

## **OBJETIVOS GENERALES:**

- Evaluar el funcionamiento de las familias con pacientes esquizofrénicos, de acuerdo a la Escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Conocer el Funcionamiento familiar en los integrantes de las familias con un paciente con esquizofrenia.
- Identificar qué áreas de acuerdo a la Escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel y Cols., se encuentran disfuncionales en los familiares de los pacientes con esquizofrenia.

## **HIPÓTESIS.**

Por fines de enseñanza se realiza la hipótesis, ya que en estudios descriptivos, no se justifica su uso.

H1.- El Funcionamiento Familiar es disfuncional cuando un integrante de la familia padece esquizofrenia.

H0.- No se presentan alteración en el Funcionamiento Familiar cuando se tiene un integrante en la familia con diagnostico de esquizofrenia.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### TIPO DE ESTUDIO.

#### **Investigación cuantitativa:**

Según el proceso de causalidad o el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información:  
**Prospectivo.**

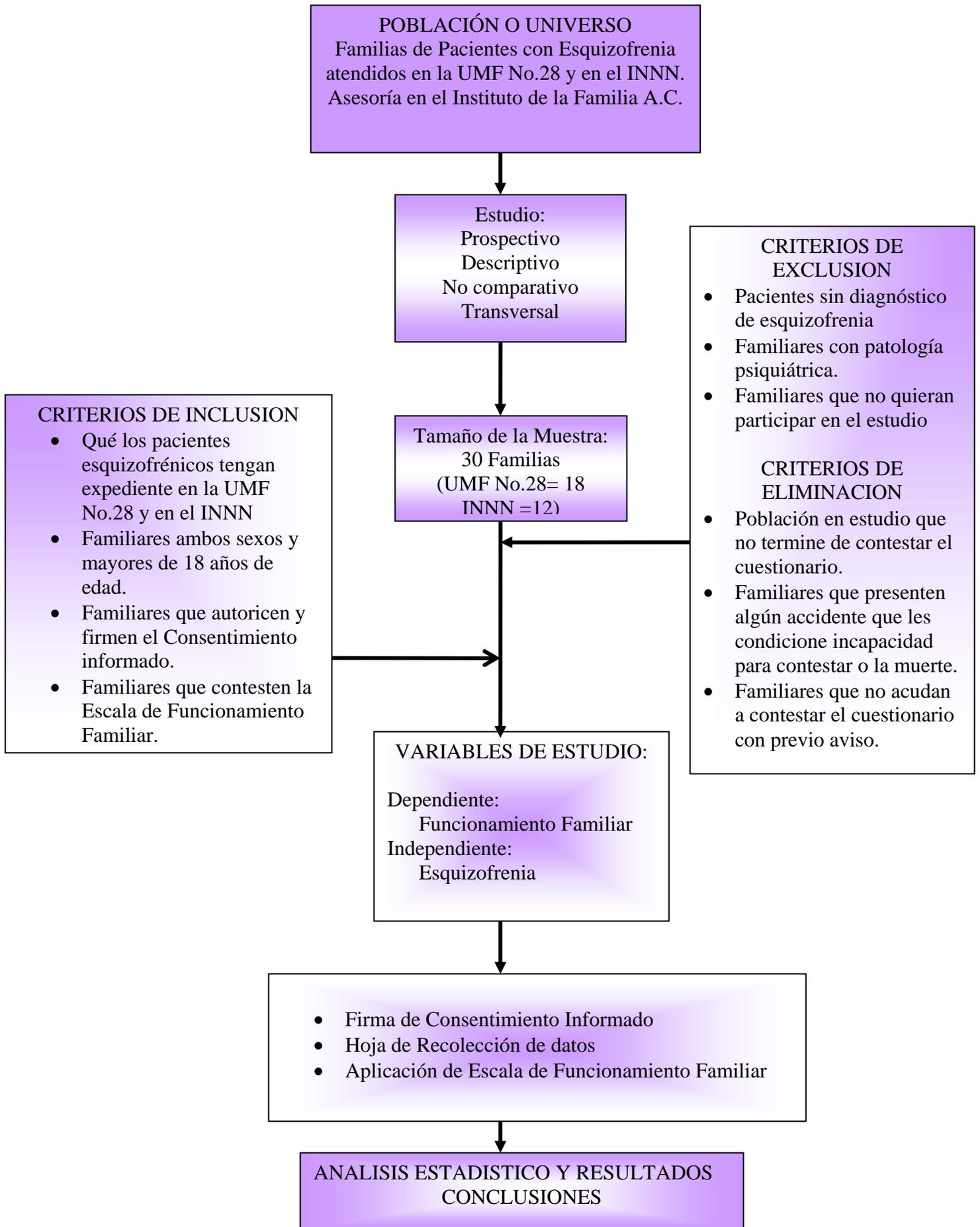
Según el número de mediciones de una misma variable o el período y secuencia del estudio:  
**Transversal.** Estudio en el cual se mide una sola vez la o las variables; se miden las características de uno o más grupos de unidades en un momento dado, sin pretender evaluar la evolución de esas unidades.

Según la intención comparativa (estadística) de los resultados del grupo o grupos estudiados:  
**No comparativo.**

Según control de las variables o el análisis y alcance de los resultados:  
**Descriptiva**

### DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO.

Se observa en el siguiente diagrama:



### **POBLACION, LUGAR Y TIEMPO (Ubicación temporal y espacial).**

La población de estudio son familias de pacientes portadores de esquizofrenia del Distrito Federal, México, atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No.28 del Instituto mexicano del Seguro Social y en el Instituto nacional de Neurología y Neurocirugía, esta es una población urbana, del periodo de Abril a Noviembre del 2007.

## **MUESTRA.**

El tamaño de la muestra es no probabilística, con un total de 30 unidades de análisis, se utilizara el tamaño de la muestra ajustado a perdidas.

Calculo del tamaño de la muestra ajustado a perdidas:

Muestra ajustada a perdidas=  $n (1/1 - R)$

n= Numero total de sujetos sin perdida

R= proporción esperada de perdidas

Por lo tanto:

n= 26 pacientes

R= 15% de perdidas esperadas

Muestra ajustada a perdidas=  $26 (1/1-0.15) = 26 (1/ 0.85) = 26 (1.1764705) = 30.05$

Muestra ajustada a perdidas= 30 unidades de análisis.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN: INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.**

### **CRITERIOS DE INCLUSION**

- Qué los pacientes con esquizofrenia tengan expediente clínico con la UMF No.28 y en INNN.
- Familiares ambos sexos y mayores de 18 años de edad, de los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia.
- Familiares que firmen el consentimiento informado.
- Familiares que contesten la Escala de Funcionamiento Familiar.

### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Pacientes sin diagnóstico de esquizofrenia.
- Familiares que presenten esquizofrenia u otra enfermedad mental.
- Familias que no quieran participar en el estudio.

### **CRITERIOS DE ELIMINACION**

- Población de estudio que no termine de contestar el cuestionario o que den respuestas incompletas.
- Familiares que estén en estudio para diagnóstico de enfermedad mental.
- Familiares que durante el estudio presenten algún accidente grave, que les cause incapacidad para contestar o la muerte.
- Familiares que no acuden a la cita para contestar el cuestionario con previa aceptación del consentimiento informado.

## VARIABLES (TIPO Y ESCALA DE MEDICION).

### DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES

#### **Variable Dependiente:**

##### Definición conceptual:

Dinámica Familiar: Es el conjunto de pautas que establece de manera, cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento determinado y de acuerdo al ciclo vital que éste pasando en dicha familia.

Funcionamiento familiar: Es la capacidad del sistema para superar y que hacer frente a cada una de las etapas del ciclo vital, y se caracteriza por 10 aspectos primordiales como:

- a) Un fuerte sentido de permanencia
- b) afecto maduro y sólido
- c) una actitud positiva para resolver los retos que debe superar la familia
- d) tener una clara definición de los aspectos jerárquicos
- e) con límites precisos
- f) con límites precisos
- g) alianzas productivas
- h) flexibilidad para el desarrollo y la autonomía.

Capacidad de la familia para cumplir con las tareas que le son encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo

Familia Disfuncional: Cuando sea incapaz de cumplir con una de las áreas consideradas como básicas en el ítem precedente.

Definición operativa: Se aplicará la Escala de Funcionamiento familiar de la Dra. Emma Espejel Aco y Cols. En el Anexo 2.

#### **Variable Independiente:**

##### Definición conceptual:

Esquizofrenia: Se define aquel padecimiento que durante más de 6 meses, con un mes de ellos continuo de dos o más síntomas posteriormente mencionados (signos positivos y negativos) con los criterios a continuación mencionados:

Criterios para el diagnóstico de F20.xx Esquizofrenia.

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. Ideas delirantes
2. Alucinaciones
3. Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
5. Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alergia o abulia

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una

o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Definición operacional: Se registrará del expediente clínico del paciente, de acuerdo a los criterios del DMS-IV.

## VARIABLES

VARIABLE	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	VALORES DE VARIABLE O CODIGO	INSTRUMENTO
<b>Esquizofrenia</b>	Cualitativa	Nominal	Independiente	1) Esquizofrenia	Expediente Criterios del DMS-IV
<b>Funcionamiento Familiar</b>	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1) Familia Funcional 2) Familia Disfuncional	Escala de Funcionamiento Familiar

<b>VARIABLE</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>VALORES DE VARIABLE O CODIGO</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
<b>Género</b>	Cualitativa	Nominal	Independiente	1)Femenino 2)Masculino	Expediente
<b>Edad</b>	Cuantitativa	Continua	Independiente	Números enteros	Expediente
<b>Ocupación</b>	Cualitativa	Nominal	Independiente	Textual 1) Empleado 2) Desempleado	Expediente
<b>Escolaridad</b>	Cualitativa	Nominal	Independiente	1) Primaria 2) Secundaria 3) Preparatoria 4) Licenciatura o más.	Expediente
<b>Estado Civil</b>	Cualitativa	Nominal	Independiente	1) Soltero 2) Casado 3) Separado 4) Divorciado 5) Viudo	Expediente
<b>Tipo de Familia</b>	Cualitativa	Nominal	Independiente	1)Nuclear 2)Extensa 3)Extensa compuesta	Escala de Funcionamiento Familiar

## **DISEÑO ESTADISTICO**

El análisis estadístico se llevara a cabo a través del programa SPSS 15 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizara medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, valor mínimo, valor máximo), estimación de medias. El tipo de muestra es ajustado a perdidas.

## **INSTRUMENTO DE RECOLECCION.**

El Instrumento utilizado para obtener los datos es la “Escala de Funcionamiento Familiar” de Emma Espejel Aco y Colaboradores, ya validado con una confiabilidad de 0.91. Anexo 2.

## **MÉTODO DE RECOLECCION DE LOS DATOS.**

1. Se aplicara en una entrevista a la familia en estudio la Hoja de Consentimiento Informado, explicándoles el motivo de la investigación.
2. Posteriormente se aplicará la “Escala de Funcionamiento Familia”, que consta de 40 ítems, con previa presentación de los investigadores.
3. Se les explicará a los familiares en que consisten estas preguntas, y en caso de que no entiendan dicha pregunta se les aclarara.
4. Se les indica a los familiares el término del cuestionario y se les indica que se les dará información en 1 mes de su entrevista, agradeciéndoles de antemano su participación.
5. Posteriormente los 2 investigadores iniciarán la calificación de cada uno de los ítems, obteniendo así un resultado, por cada área a estudiar.
6. Se graficaran dichos resultados en la tabla anexa de la Escala, y se obtendrá si la familia es funcional o disfuncional, de acuerdo a los valores ya validados previamente.
7. Se acudirá a asesoría con la Dra. Emma Espejel Aco, por los resultados obtenidos.
8. Obteniendo todos los estudios establecidos para la Investigación, se enviarán a Proceso Estadístico.
9. Se obtendrán resultados y conclusiones del Protocolo de Investigación.

## **MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS.**

- Técnica autodirigida por la aplicación del cuestionario
- Dos evaluadores.

La aplicación de la Escala se llevará a cabo por el investigador a cada familia con los criterios de inclusión y exclusión ya mencionados. Se contará con la supervisión del asesor de la investigación durante el transcurso de la misma, la aplicación se realizará de forma grupal.

## **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

Hasta el momento se ha tenido un retraso en el cronograma de actividades planteado, esperando superar dichos contratiempos.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD DEL PROTOCOLO DEL 2006 AL 2007

ACTIVIDAD	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
Elección del Tema a Investigar Título del Proyecto	X																				
Antecedentes del Tema Marco Teórico		X																			
Portada (Hoja Frontal), Marco Teórico, Planteamiento del Problema, Justificación, Objetivos: general y específicos, Hipótesis.			X																		
Material y Métodos; Tipo de Estudio; Diseño de investigación del estudio; Población, lugar y tiempo; Muestra; Criterios de Inclusión, exclusión y eliminación; Variables (tipo y escala de medición).				X	X																
Definición conceptual y operativa de las variables; Diseño estadístico; Instrumentos de recolección de datos; Método de recolección de los datos; Maniobras para evitar o controlar sesgos; Recursos humanos, materiales y financiamiento del estudio; Consideraciones éticas; Anexos.					X	X															
Autorización del proyecto							X														
Curso-Taller de la Escala de Funcionamiento Familiar							X														
Evaluación de Protocolo en el INNN								X													
Evaluación de Protocolo en el INNN									X												
Evaluación de Protocolo en la UMF No.28										X	X										
Registro de Protocolo en la UMF No.28												X	X								
Aplicación de la Escala de Funcionamiento Familiar														X							
Aplicación de la Escala de Funcionamiento Familiar															X						
Aplicación de la Escala de Funcionamiento Familiar																X					
Correlación de Resultados																	X	X	X	X	
Análisis de discusión																					X
Preparación de escritura de Tesis																					X

## **RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.**

Dentro del estudio del Protocolo de Investigación se hará indispensable los siguientes recursos:

### **1. HUMANOS.**

- Un investigador Titular: Dr. Santiago Hernández Mozón, R2MF.
- Otro Investigador: Dr. Gustavo Vicente Velásquez Granados R2MF.
- La Dra. Emma Espejel Aco, Psicóloga y Terapeuta Familiar, Coordinadora del Centro de Estudios e Investigación de la Familia, Instituto de la Familia A.C.
- Dr. Jesús Ramírez Bermúdez, Médico especialista en Psiquiatría, Jefe del Departamento de Investigación Clínica del Instituto Nacional de Neurología y Neurología.
- Asesor estadístico: Dr. Gilberto Espinoza Anrubio.

### **2. MATERIALES.**

- Hojas de Registro de Datos
- Hojas de Consentimiento Informado
- Escala de Funcionamiento Familiar
- Expediente Clínico del Paciente.
- Consulta externa de la UMF No.28 y del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.
- Curso de aplicación de la Escala de Funcionamiento Familiar, en Instituto de la Familia A.C.

### **3. FINANCIEROS.**

- Hojas necesarias antes mencionadas, se autofinancia por el Investigador únicamente.

## **CONSIDERACIONES ETICAS.**

De acuerdo a la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y los principios éticos para las Investigaciones médicas en seres humanos de la Asociación Médica Mundial (Declaración de Helsinki en 1964), el estudio implica un riesgo mínimo, por lo cual se le solicitará a cada paciente y familiares una Carta de Consentimiento Informado. (Anexo 3).

Se asegura la confidencialidad de los pacientes así como de los datos obtenidos.

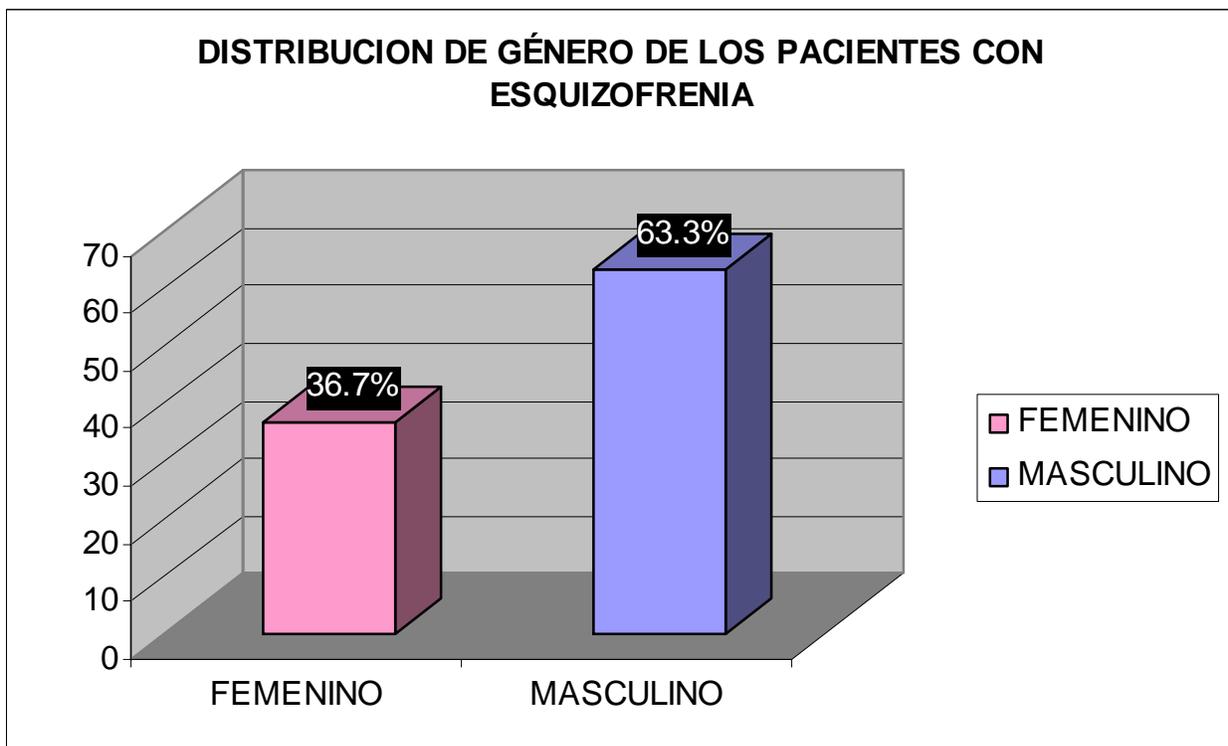
## RESULTADOS.

- Se estudio a 30 pacientes esquizofrénicos con predominio del sexo masculino 19 (63.3%) y sexo femenino 11 (36.7%). Tabla 1 y Gráfica 1.

**Tabla 1. GÉNERO DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA**

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	11	36.7%
MASCULINO	19	63.3%
Total	30	100.0%

**Gráfica 1. DISTRIBUCIÓN DE GÉNERO DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA**



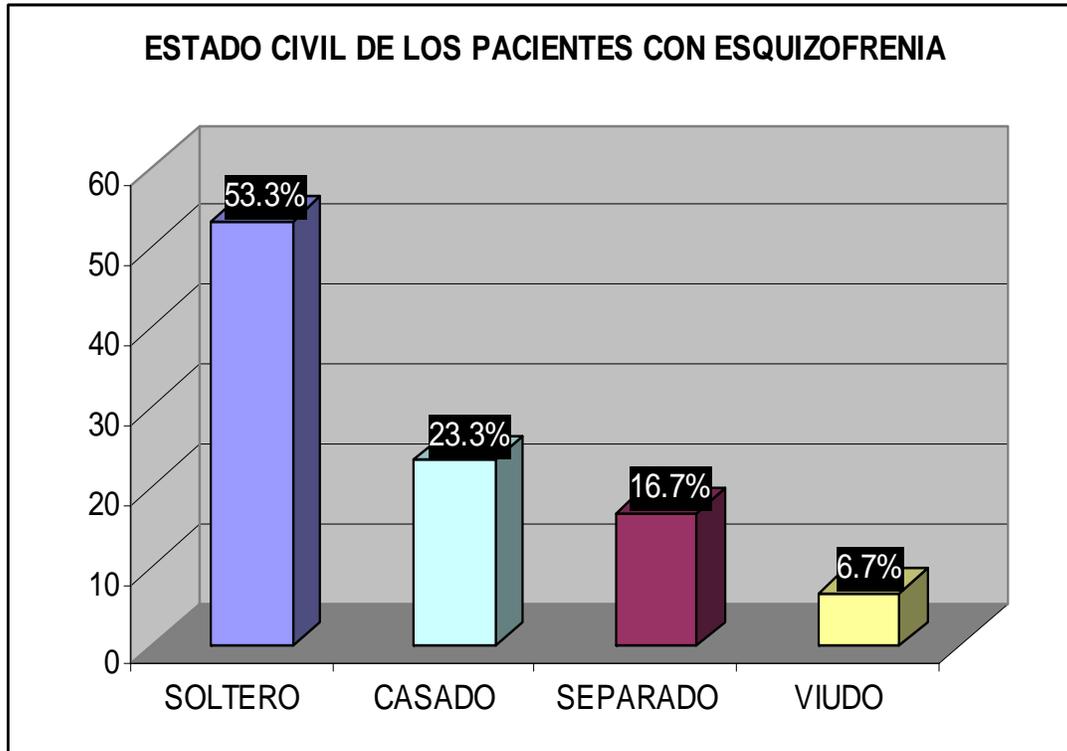
Fuente: Resultado del proyecto de Investigación obtenidas de la Escala de Funcionamiento Familiar.

- La media de edad de los pacientes con esquizofrenia es 40.57 años, valor mínimo de 23 años y máxima de 73 años de edad, desviación estándar de 14.15 años.
- En el estado civil de los pacientes con esquizofrenia se encontró a 16 (53.3%) solteros, 7 (23.3%) casados, 5 (16.7%) separados y 2 (6.7%) viudos. Tabla 2 y Gráfica 2.

**Tabla 2. ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO	16	53.3%
CASADO	7	23.3%
SEPARADO	5	16.7%
VIUDO	2	6.7%
Total	30	100.0%

**Gráfica 2. ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA**



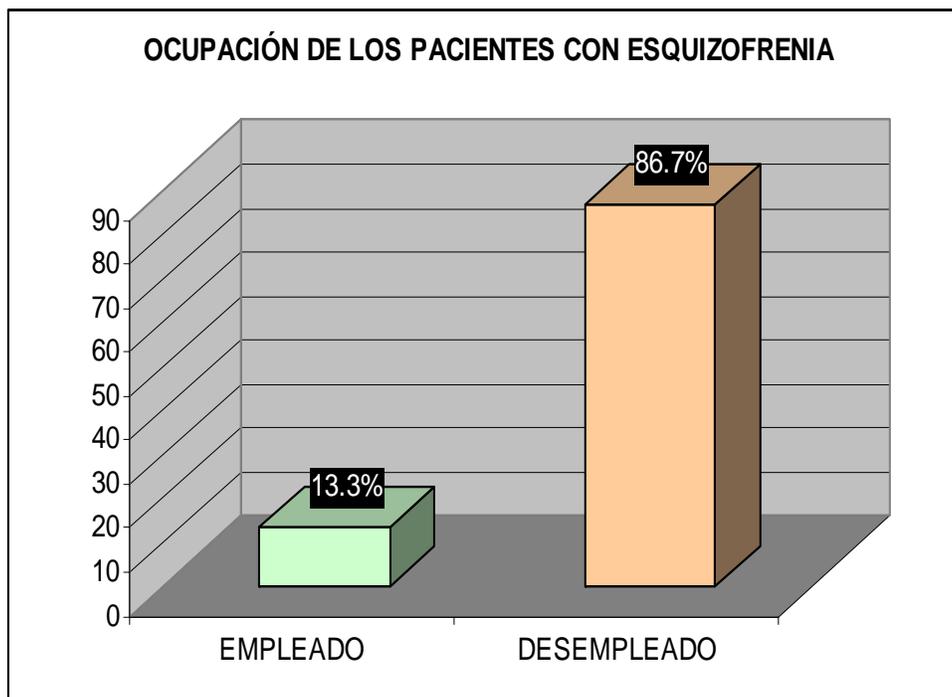
Fuente: Resultado del proyecto de Investigación obtenidas de la Escala de Funcionamiento Familiar.

- La ocupación de los pacientes con esquizofrenia son desempleados 26 (86.7%), empleados 4 (13.3%).  
Tabla 3 y Gráfica 3.

**Tabla 3. OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA**

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EMPLEADO	4	13.3%
DESEMPLEADO	26	86.7%
Total	30	100.0%

**Gráfica 3. OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA**



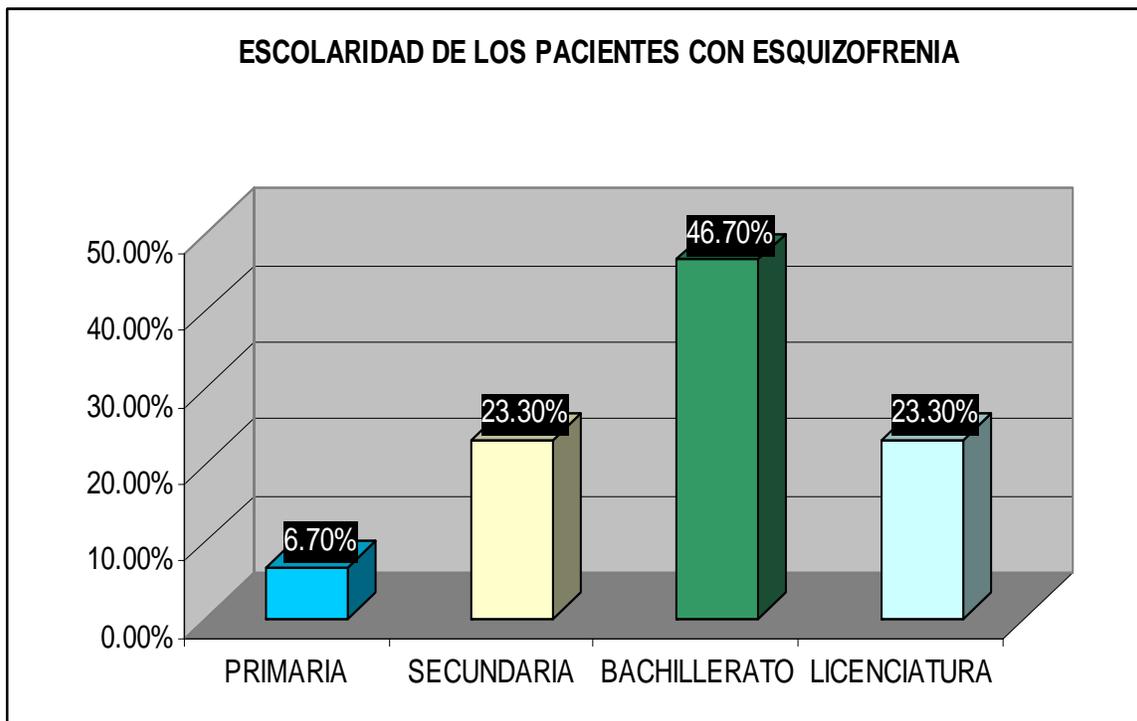
Fuente: Resultado del proyecto de Investigación obtenidas de la Escala de Funcionamiento Familiar.

- La escolaridad de los pacientes con esquizofrenia fue de predominio bachillerato con 14 (46.7%), secundaria 7 (23.3%), licenciatura 7 (23.3%) y primaria 2 (6.7%). Tabla 4 y Gráfica 4.

**Tabla 4. ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA**

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	2	6.7%
SECUNDARIA	7	23.3%
BACHILLERATO	14	46.7%
LICENCIATURA	7	23.3%
Total	30	100.0%

**Gráfica 4. ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA**



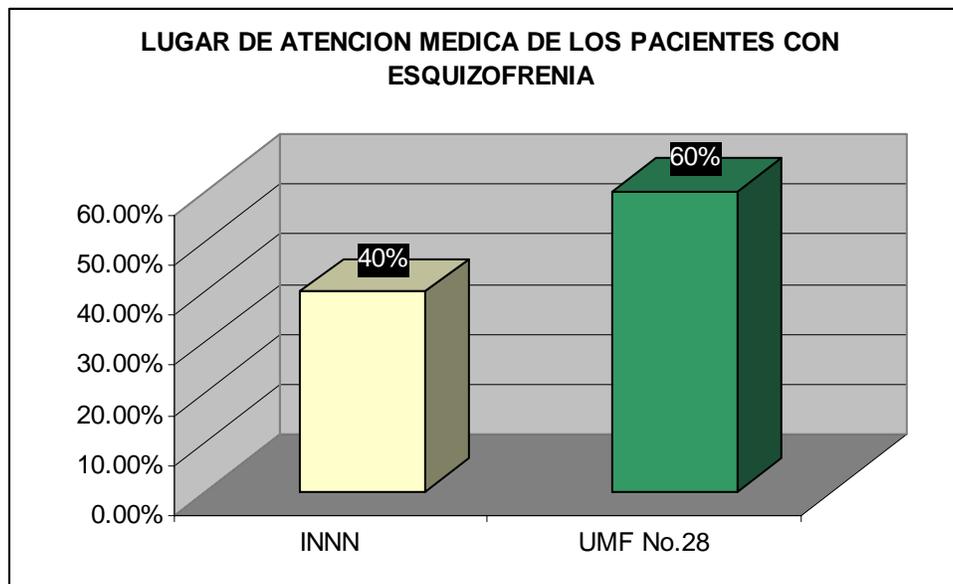
Fuente: Resultado del proyecto de Investigación obtenidas de la Escala de Funcionamiento Familiar.

- El lugar de atención de los pacientes y sus familias es de la UMF No.28 a 18 (60.0%) familias y del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía a 12 (40.0%) familias. Tabla 5 y Gráfica 5.

**Tabla 5. LUGAR DE ATENCION MÉDICA**

LUGAR DE ATENCION MEDICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INNN	12	40.0%
UMF No.28	18	60.0%
Total	30	100.0%

**Gráfica 5. LUGAR DE ATENCION MÉDICA**



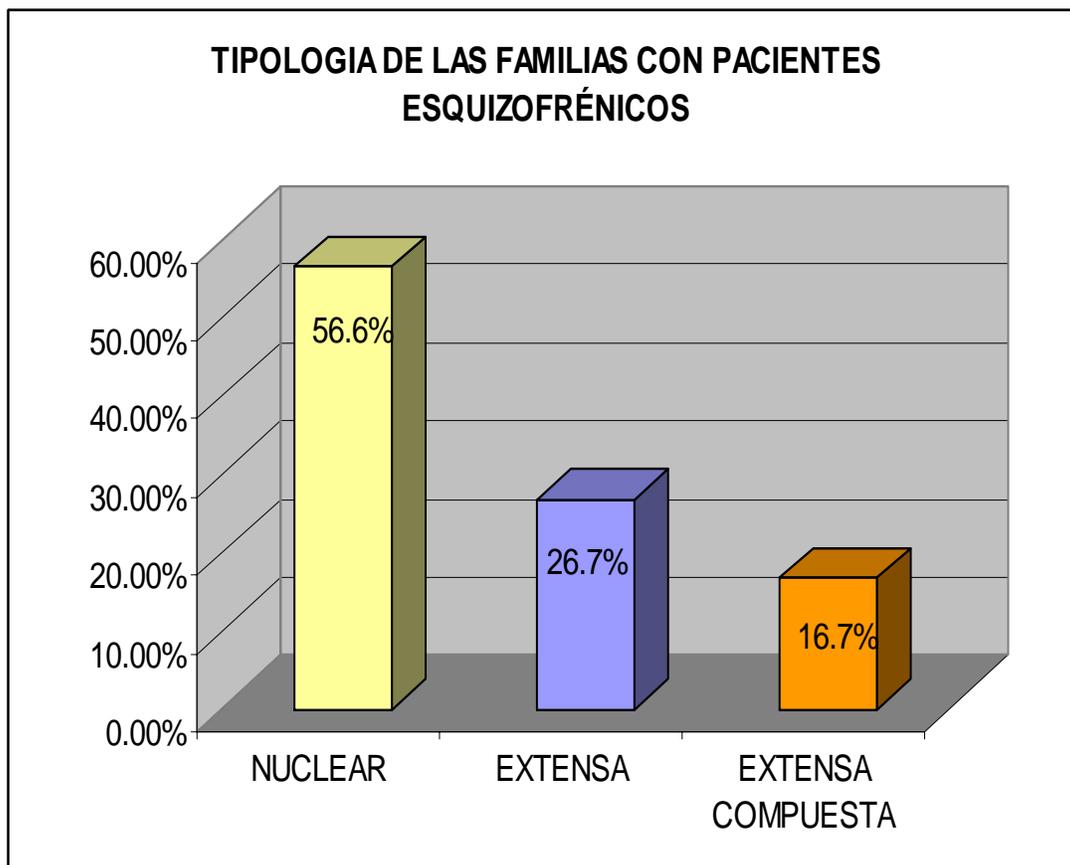
Fuente: Resultado del proyecto de Investigación obtenidas de la Escala de Funcionamiento Familiar.

- La religión de las familias estudiadas se encontró que son católicas 30 (100.0%).
- Se estudio a 30 familias con algún integrante con esquizofrenia, donde se observó que la tipología familiar es de predominio nuclear de 17 (56.7%), extensa 8 (26.7%), extensa compuesta 5 (16.6%).  
Tabla 6 y Gráfica 6.

**Tabla 6. TIPOLOGIA FAMILIAR**

TIPOLOGIA FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NUCLEAR	17	56.7%
EXTENSA	8	26.7%
EXTENSA COMPUESTA	5	16.7%
Total	30	100.0%

**Gráfica 6. TIPOLOGIA FAMILIAR**



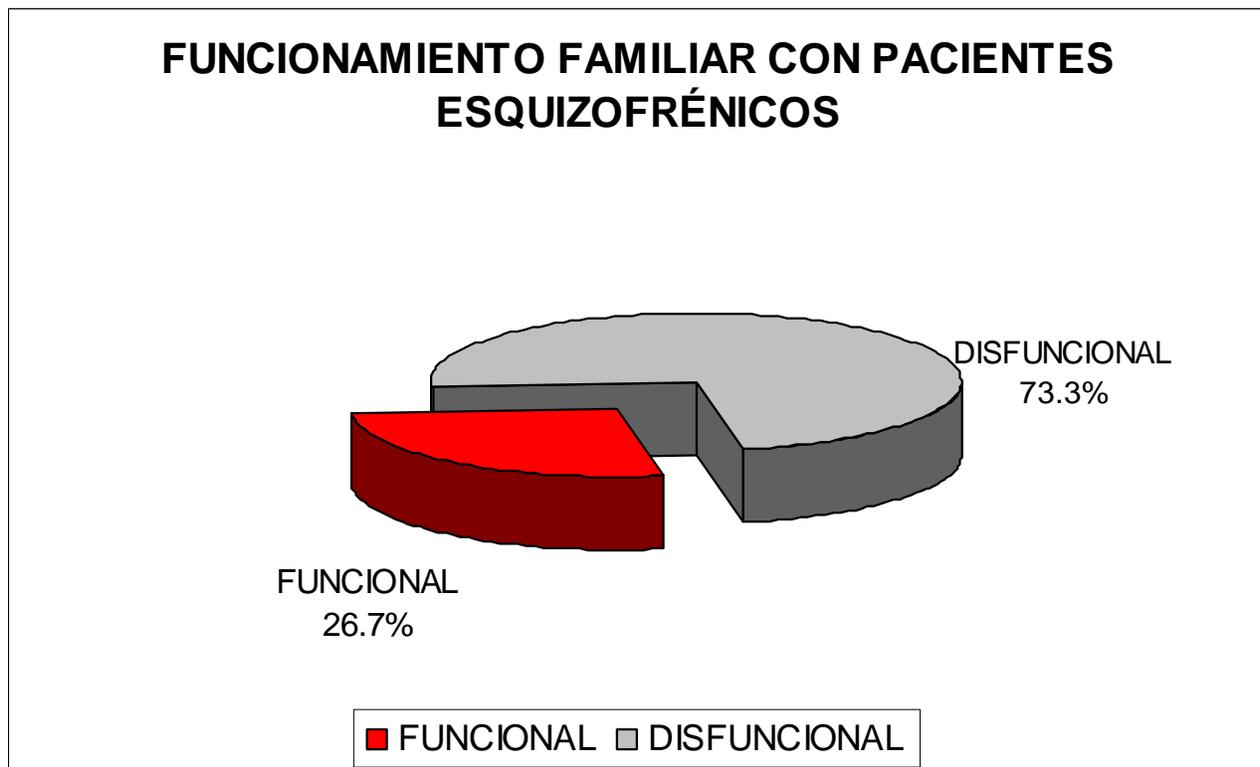
Fuente: Resultado del proyecto de Investigación obtenidas de la Escala de Funcionamiento Familiar

- Se encontró que el Funcionamiento de las familias con pacientes esquizofrénicos es de 22 (73.3%) familias disfuncionales y 8 (26.7%) familias funcionales. Tabla 7 y Gráfica 7.

**Tabla 7. EL FUNCIONAMIENTO DE LAS FAMILIAS CON PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS**

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FUNCIONAL	8	26.7%
DISFUNCIONAL	22	73.3%
Total	30	100.0%

**Gráfica 7. EL FUNCIONAMIENTO DE LAS FAMILIAS CON PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS**



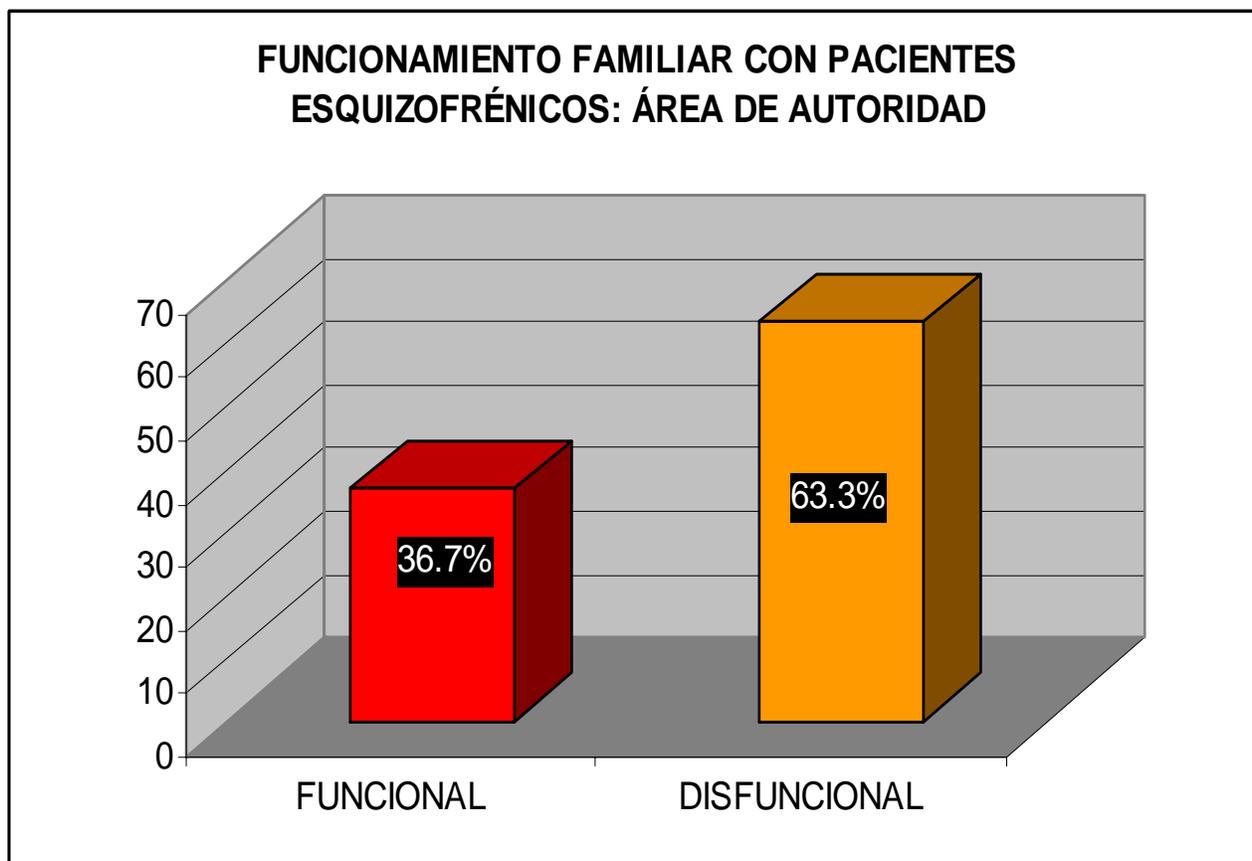
Fuente: Resultado del proyecto de Investigación obtenidas de la Escala de Funcionamiento Familiar.

- Se observó en el Área de Autoridad, 19 (63.3%) disfunción en autoridad, y 11 (36.7%) funcional en autoridad.

**Tabla 8. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR: ÁREA DE AUTORIDAD**

AUTORIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FUNCIONAL	11	36.7%
DISFUNCIONAL	19	63.3%
Total	30	100.0%

**Gráfica 8. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR: ÁREA DE AUTORIDAD**



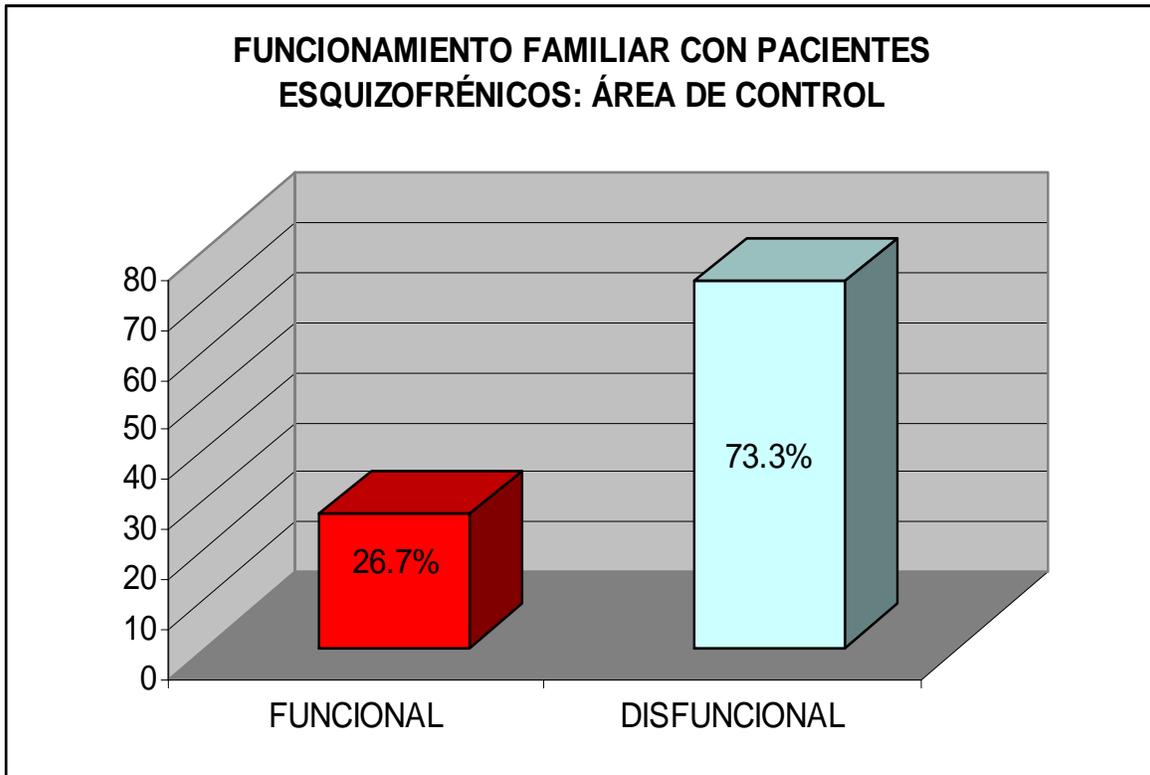
Fuente: Resultado del proyecto de Investigación obtenidas de la Escala de Funcionamiento Familiar.

- Se observó en el Área de Control, 22 (73.3) disfunción en control y 8 (26.7%) funcionales en control. Tabla 9 y Gráfica 9.

**Tabla 9. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR: ÁREA DE CONTROL**

CONTROL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FUNCIONAL	8	26.7%
DISFUNCIONAL	22	73.3%
Total	30	100.0%

**Gráfica 9. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR: ÁREA DE CONTROL**



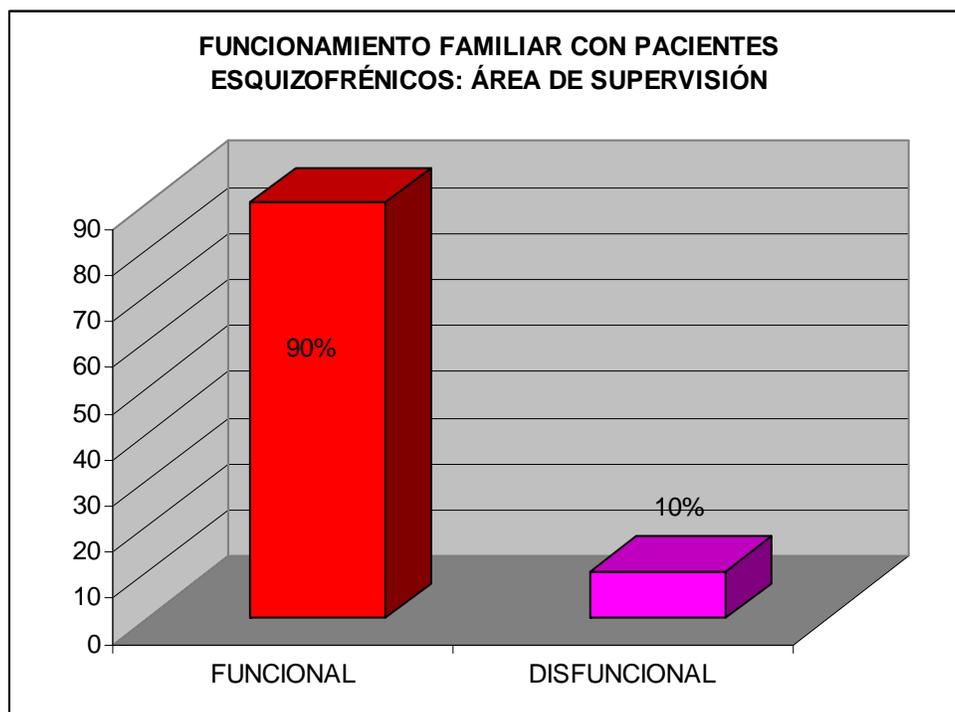
Fuente: Resultado del proyecto de Investigación obtenidas de la Escala de Funcionamiento Familiar.

- En el Área de Supervisión, se encontró 27 (90.0%) funcionales en supervisión y 3 (10.0%) disfuncionales en supervisión. Tabla 10 y Gráfica 10.

**Tabla 10. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR: ÁREA DE SUPERVISIÓN**

SUPERVISIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FUNCIONAL	27	90.0%
DISFUNCIONAL	3	10.0%
Total	30	100.0%

**Gráfica 10. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR: ÁREA DE SUPERVISIÓN**



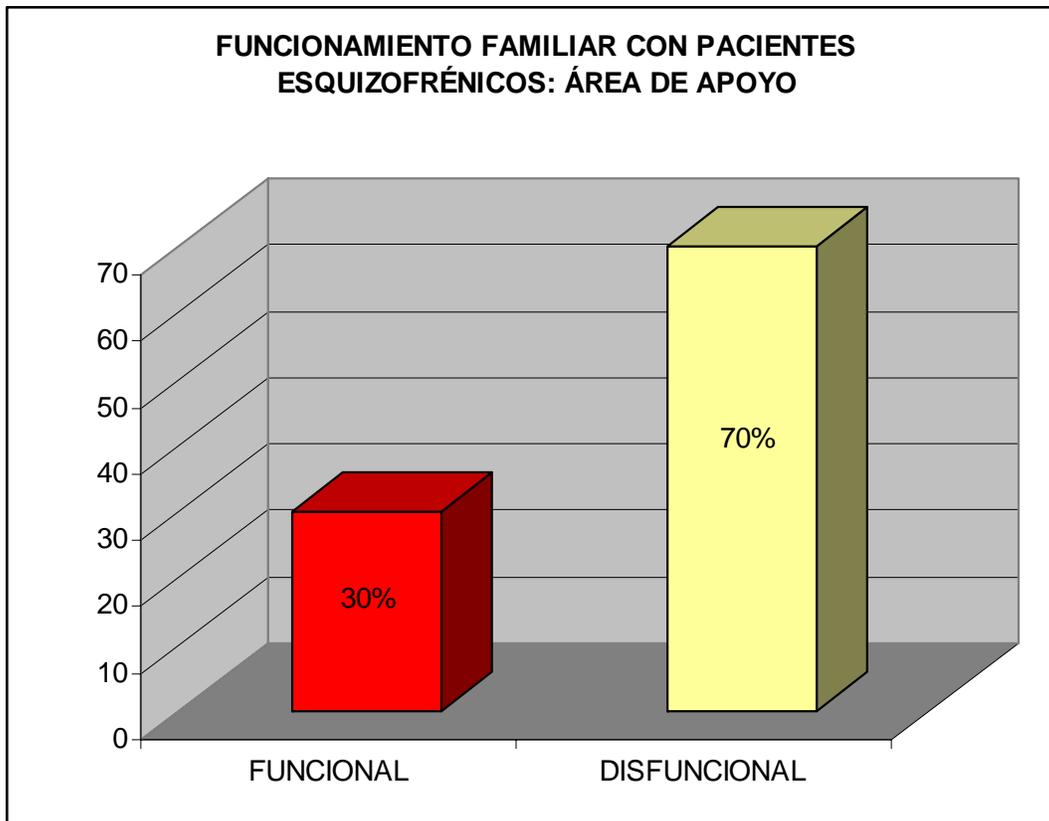
Fuente: Resultado del proyecto de Investigación obtenidas de la Escala de Funcionamiento Familiar.

- En el Área de Afecto, con predominio de 21 (70.0%) disfuncionales en afecto y 9 (30.0%) funcionales en afecto. Tabla 11 y Gráfica 11.

**Tabla 11. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR: ÁREA DE AFECTO**

AFECTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FUNCIONAL	9	30.0%
DISFUNCIONAL	21	70.0%
Total	30	100.0%

**Gráfica11. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR: ÁREA DE AFECTO**



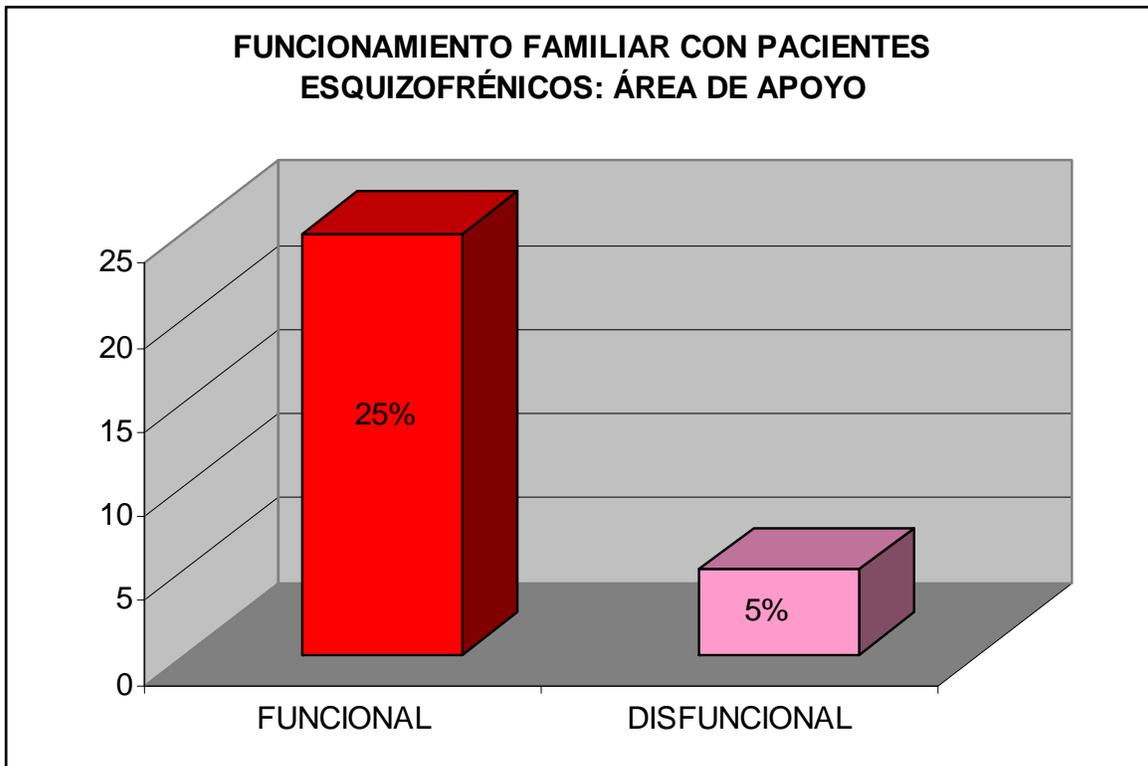
Fuente: Resultado del proyecto de Investigación obtenidas de la Escala de Funcionamiento Familiar.

- Se encontró en el Área de Apoyo, 25 (83.3%) funcionales en apoyo y 5 (16.7%) disfuncionales en apoyo. Tabla 12 y Gráfica 12.

**Tabla 12. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR: ÁREA DE APOYO**

APOYO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FUNCIONAL	25	83.3%
DISFUNCIONAL	5	16.7%
Total	30	100.0%

**Gráfica 12. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR: ÁREA DE APOYO**



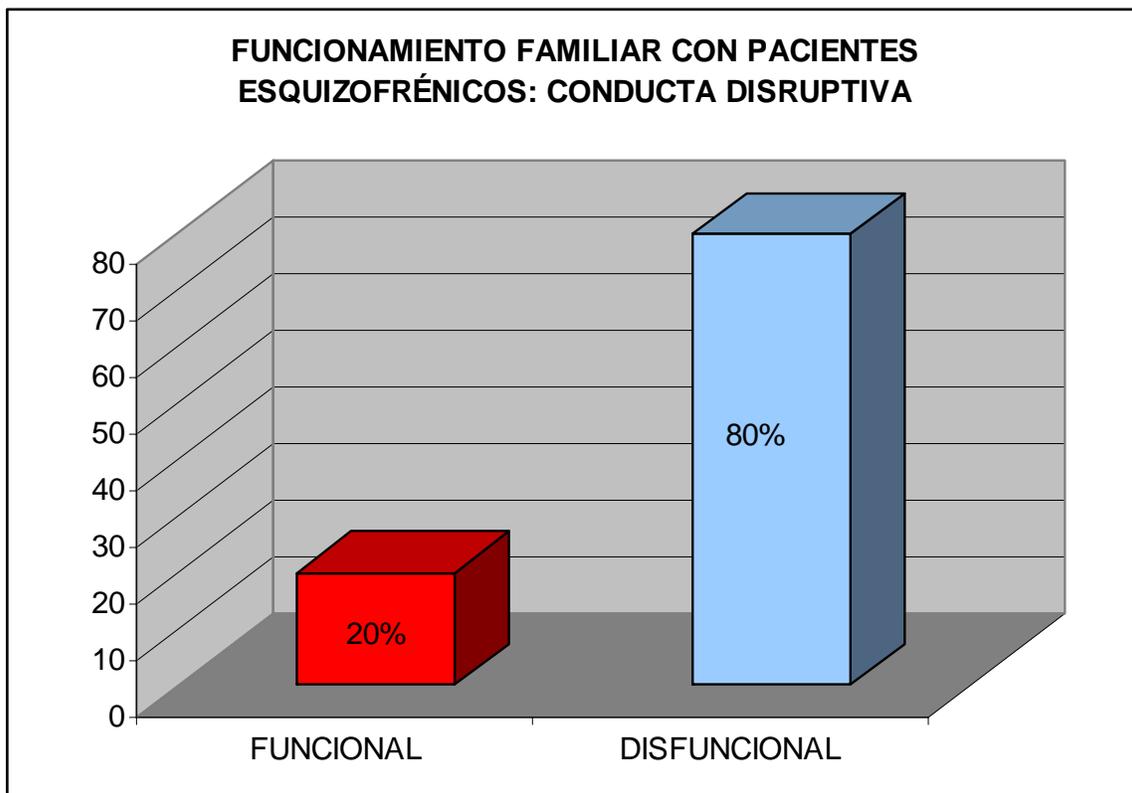
Fuente: Resultado del proyecto de Investigación obtenidas de la Escala de Funcionamiento Familiar.

- Se encontró en el Área de Conducta Disruptiva, 24 (80.0%) disfuncionales en conducta disruptiva y 6 (20.0%) funcionales en conducta disruptiva. Tabla 13 y Gráfica 13.

**Tabla 13. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR: ÁREA DE CONDUCTA DISRUPTIVA**

CONDUCTA DISRUPTIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FUNCIONAL	6	20.0%
DISFUNCIONAL	24	80.0%
Total	30	100.0%

**Gráfica 13. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR: ÁREA DE CONDUCTA DISRUPTIVA**



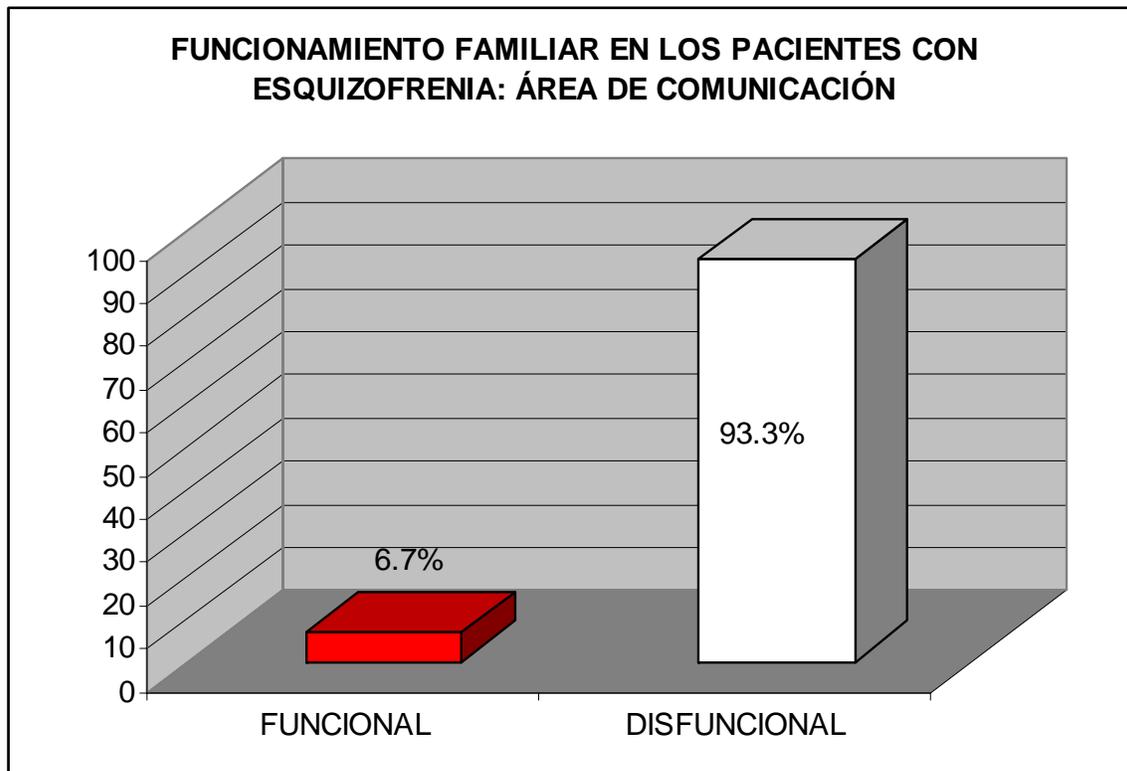
Fuente: Resultado del proyecto de Investigación obtenidas de la Escala de Funcionamiento Familiar.

- Se observó en el Área de Comunicación, 28 (93.3%) disfuncionales en comunicación y 2 (6.7%) funcionales en comunicación. Tabla 14 y Gráfica 14.

**Tabla 14. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR: ÁREA DE COMUNICACIÓN**

COMUNICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FUNCIONAL	2	6.7%
DISFUNCIONAL	28	93.3%
Total	30	100.0%

**Gráfica 14. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR: ÁREA DE COMUNICACIÓN**



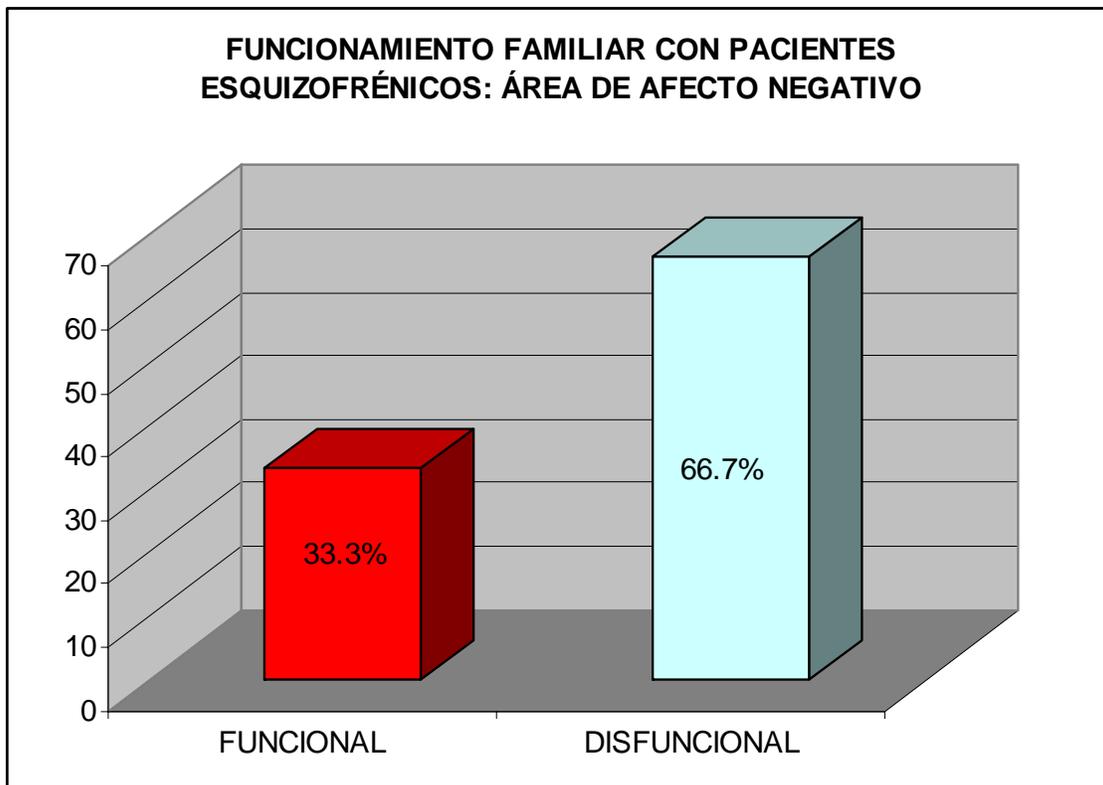
Fuente: Resultado del proyecto de Investigación obtenidas de la Escala de Funcionamiento Familiar.

- Se encontró en el Área de Afecto Negativo, 20 (66.7%) disfuncionales en afecto negativo y 10 (33.3%) funcionales en área negativo. Tabla 15 y Gráfica 15.

**Tabla 15. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR: ÁREA DE AFECTO NEGATIVO**

AFECTO NEGATIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FUNCIONAL	10	33.3%
DISFUNCIONAL	20	66.7%
Total	30	100.0%

**Gráfica 15. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR: ÁREA DE AFECTO NEGATIVO**



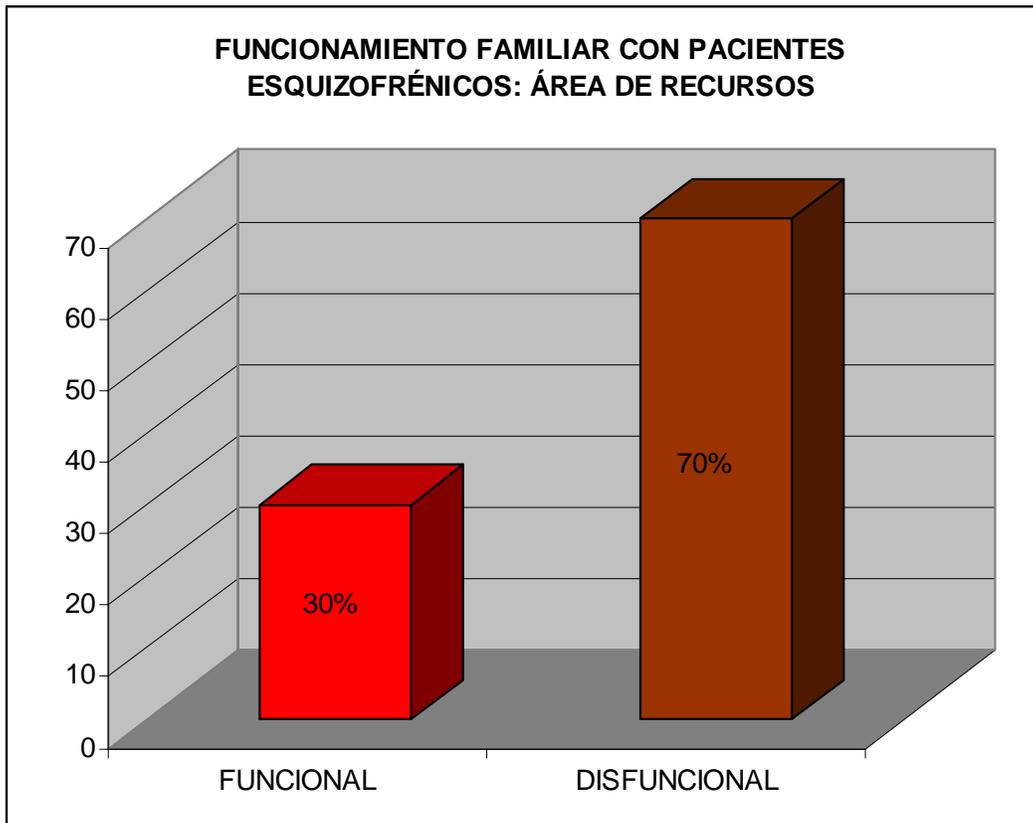
Fuente: Resultado del proyecto de Investigación obtenidas de la Escala de Funcionamiento Familiar.

- En el Área de Recursos, se encontró 21 (70.0%) disfuncional en recursos y 9 (30.0%) funcional en recursos. Tabla 16 y Gráfica 16.

**Tabla 16. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR: ÁREA DE RECURSOS**

RECURSOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FUNCIONAL	9	30.0%
DISFUNCIONAL	21	70.0%
Total	30	100.0%

**Gráfica 16. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR: ÁREA DE RECURSOS**



Fuente: Resultado del proyecto de Investigación obtenidas de la Escala de Funcionamiento Familiar.

- En el Total de las Áreas de Funcionamiento Familiar, se observó 2 (22.3%) son funcionales, supervisión y Apoyo, 7 (77.7%) son disfuncionales, en el área de autoridad, control, afecto, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y recursos. Tabla 17 y Gráfica 17
- En el Puntaje Global del Funcionamiento Familiar se encontró 123.8 puntos (46 de Puntaje Total) en las 30 familias, por lo cual se categoriza como Disfunción Familiar en un 100%. Tabla 17 y Gráfica 17.

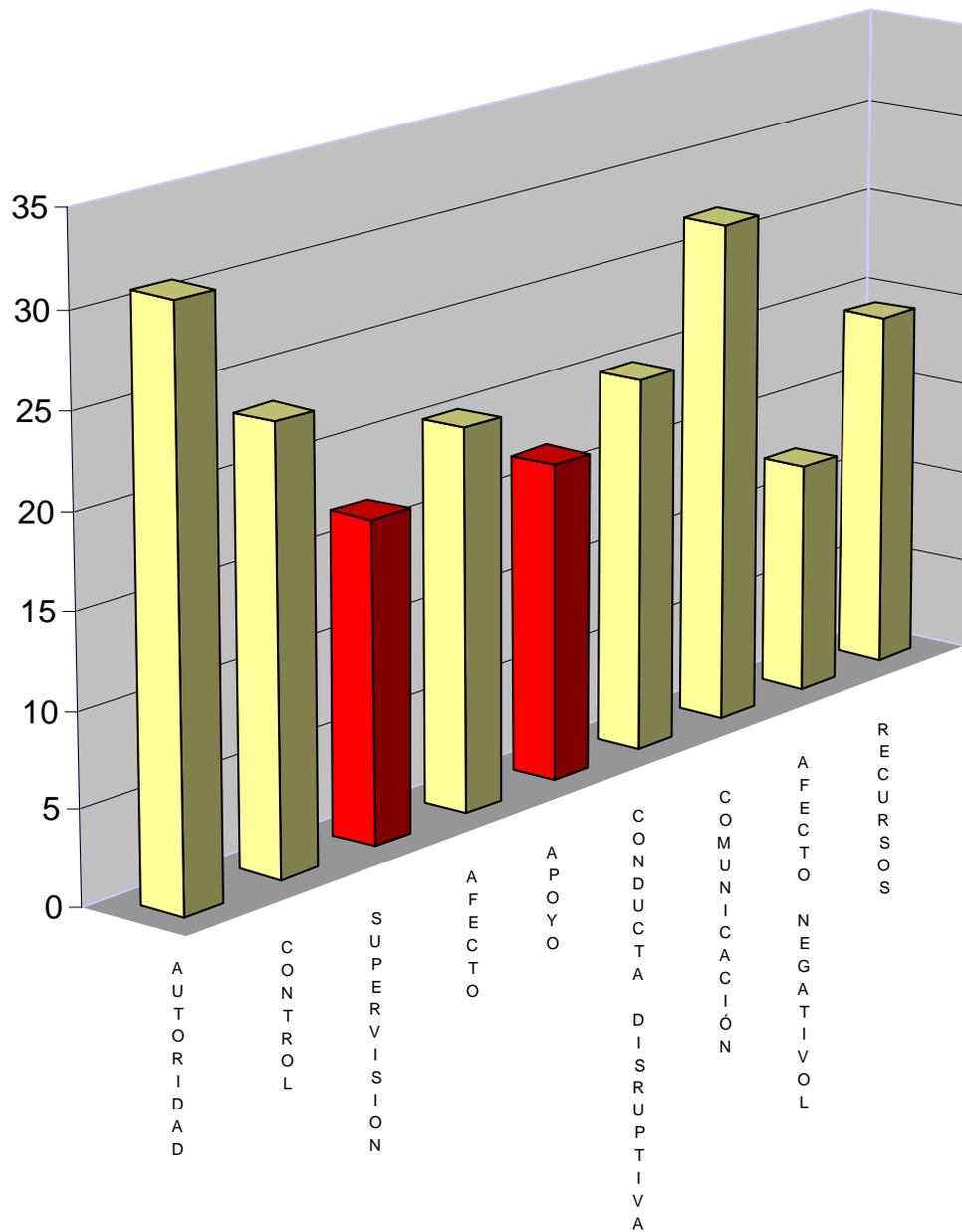
**Tabla 17. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR CON PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS: INTEGRADO POR 9 ÁREAS**  
**Puntaje Total**

ÁREAS	FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	PUNTAJE TOTAL (ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR)	PUNTUACION TOTAL (medias)
AUTORIDAD	DISFUNCIONAL	33	30.86
CONTROL	DISFUNCIONAL	26	23.46

<b>SUPERVISION</b>	<b>FUNCIONAL</b>	<b>15</b>	<b>17.00</b>
APECTO	DISFUNCIONAL	22	20.30
<b>APOYO</b>	<b>FUNCIONAL</b>	<b>16</b>	<b>16.93</b>
CONDUCTA DISRUPTIVA	DISFUNCIONAL	24	20.00
COMUNICACIÓN	DISFUNCIONAL	31	27.03
APECTO NEGATIVO	DISFUNCIONAL	14	12.40
RECURSOS	DISFUNCIONAL	21	19.36
PUNTAJE GLOBAL	DISFUNCIONAL	132	123.8
PUNTAJE TOTAL	DISFUNCIONAL	50 +	46

**Gráfica 17. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR CON PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS: INTEGRADO POR 9 AREAS**

## 9 ÁREAS DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR CON PACIENTES CON ESQUIZOFENIA



- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ AUTORIDAD: DISFUNCIONAL</li> <li>■ SUPERVISION: FUNCIONAL</li> <li>■ APOYO: FUNCIONAL</li> <li>■ COMUNICACIÓN: DISFUNCIONAL</li> <li>■ RECURSOS: DISFUNCIONAL</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ CONTROL: DISFUNCIONAL</li> <li>■ AFECTO: DISFUNCIONAL</li> <li>■ CONDUCTA DISRUPTIVA: DISFUNCIONAL</li> <li>■ AFECTO NEGATIVO: DISFUNCIONAL</li> </ul> |
|---|---|

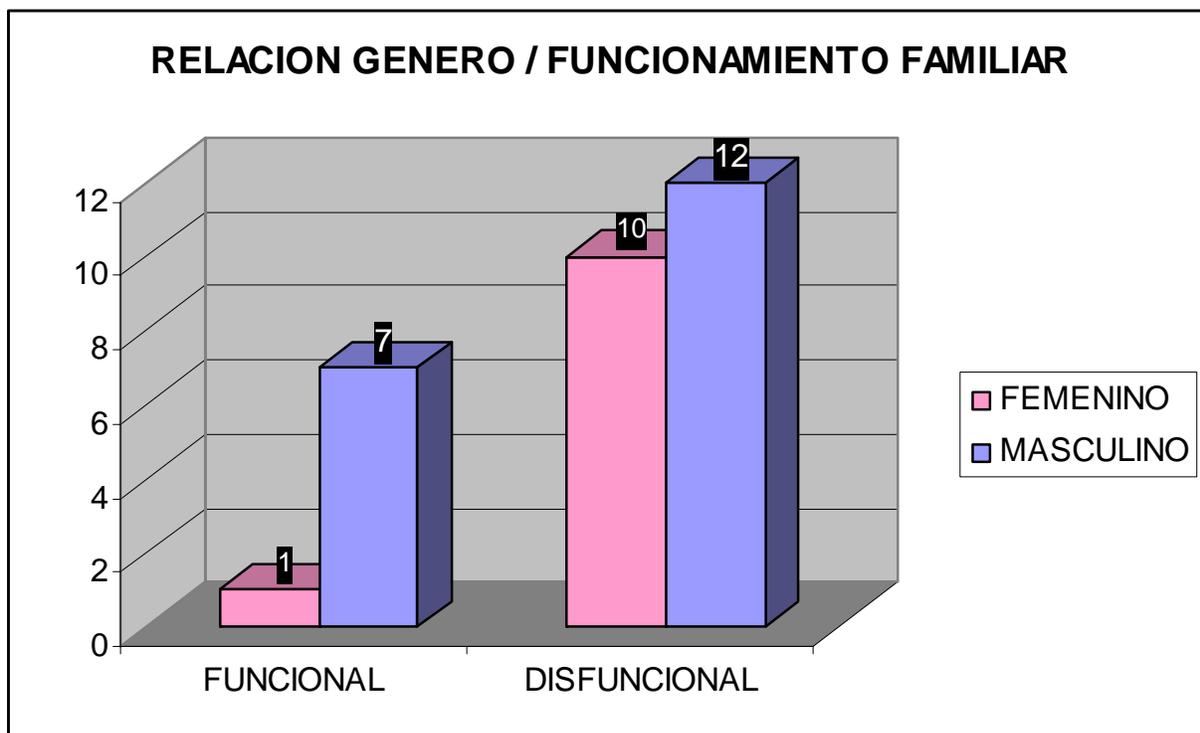
Fuente: Resultado del proyecto de Investigación obtenidas de la Escala de Funcionamiento Familiar.

- La relación entre género y funcionamiento familiar se concluyó, en pacientes de sexo femenino 1 (12.5%) familia funcional, 10 (45.5%) familia disfuncional, por otro lado, en el sexo masculino 7 (87.5%) son de familia funcional, 12 (54.5%) familia disfuncional. Tabla 18 y Gráfica 18.

**Tabla 18. RELACIÓN GÉNERO Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**

RELACION	FUNCIONAMIENTO FAMILIAR		Total
GENERO	FUNCIONAL	DISFUNCIONAL	
FEMENINO	1 (12.5%)	10 (45.5%)	11 (36.7%)
MASCULINO	7 (87.5%)	12 (54.5%)	19 (63.3%)
TOTAL	8 (26.7%)	22 (73.3%)	30 (100%)

**Gráfica 18. RELACIÓN GÉNERO Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**



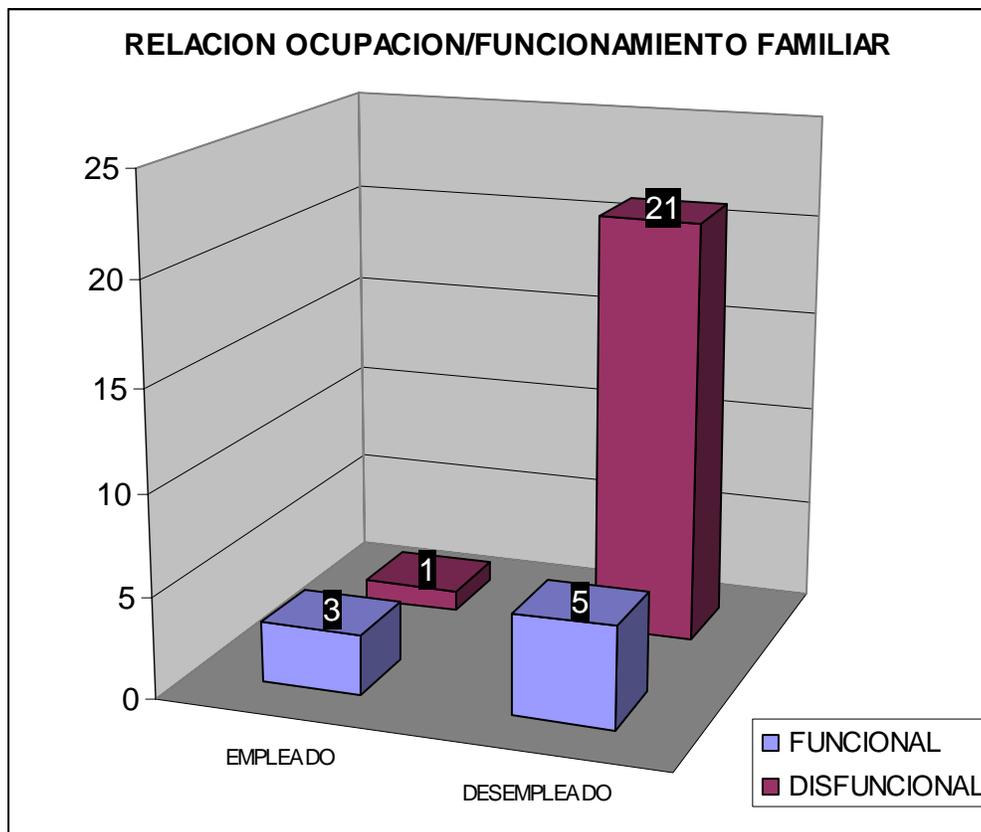
Fuente: Resultado del proyecto de Investigación obtenidas de la Escala de Funcionamiento Familiar.

- La relación entre ocupación y funcionamiento familiar se concluyó, en pacientes con empleo 3(37.5%) familia funcional, 1 (4.5%) familia disfuncional, mientras que en desempleo 5 (62.5%) son familia funcional, 21 (95.5%) familia disfuncional. Tabla 19 y Gráfica 19.

**Tabla 19. RELACIÓN OCUPACIÓN Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**

OCUPACION /FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	FUNCIONAMIENTO FAMILIAR		Total
	FUNCIONAL	DISFUNCIONAL	
OCUPACION			
EMPLEADO	3 (37.5%)	1 (4.5%)	4 (13.3%)
DESEMPLEADO	5 (62.5%)	21 (95.5%)	26 (86.7%)
TOTAL	8 (26.7%)	22 (73.3%)	30 (100.0%)

**Gráfica 19. RELACIÓN OCUPACIÓN Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**



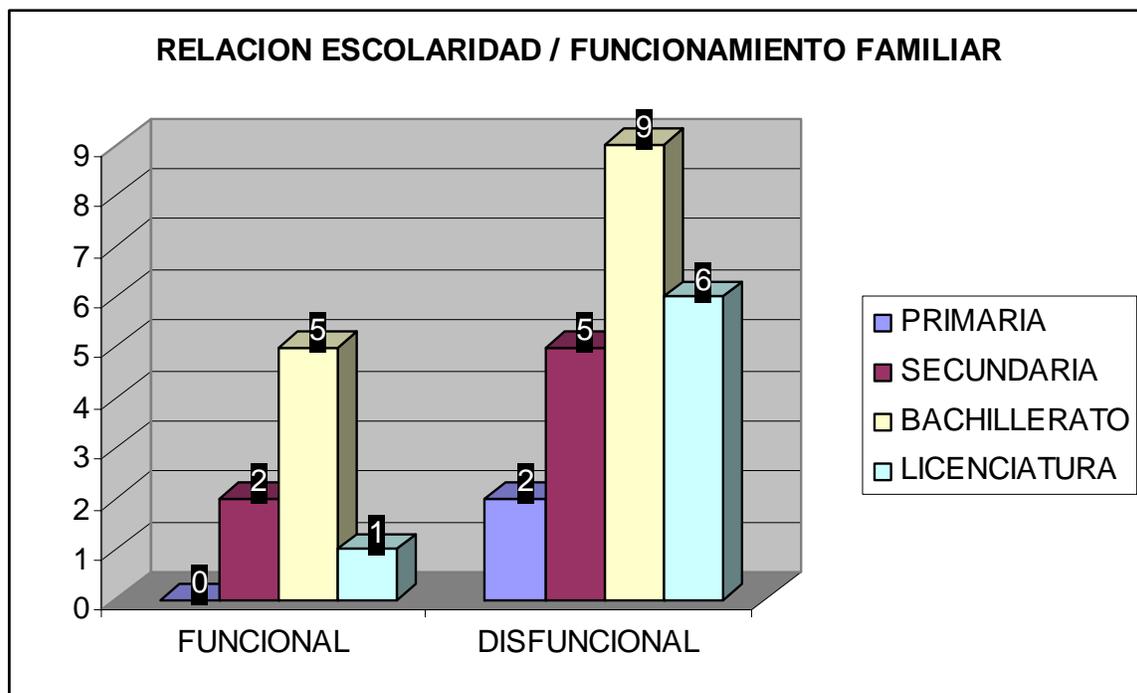
Fuente: Resultado del proyecto de Investigación obtenidas de la Escala de Funcionamiento Familiar.

- La relación entre escolaridad y funcionamiento familiar se concluye que, en pacientes con primaria 0 (0%) familia funcional, 2 (9.1%) familia disfuncional, en secundaria 2 (25%) familia funcional, 5 (22.7%) familia disfuncional, mientras que en bachillerato 5 (62.5%) familia funcional, 9 (40.9%) familia disfuncional, comparado con la licenciatura 1 (12.5%) familia funcional, 6 (27.3%) familia disfuncional. Tabla 20 y Gráfica 20.

**Tabla 20. RELACIÓN ESCOLARIDAD Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**

RELACION	FUNCIONAMIENTO FAMILIAR		Total
	FUNCIONAL	DISFUNCIONAL	
ESCOLARIDAD			
PRIMARIA	0 (0%)	2 (9.1%)	2 (6.7%)
SECUNDARIA	2 (25%)	5 (22.7%)	7 (23.3%)
BACHILLERATO	5 (62.5%)	9 (40.9%)	14 (46.7%)
LICENCIATURA	1 (12.5%)	6 (27.3%)	7 (23.3%)
TOTAL	8 (26.7%)	22 (73.3%)	30 (100%)

**Gráfica 20. RELACIÓN ESCOLARIDAD Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**



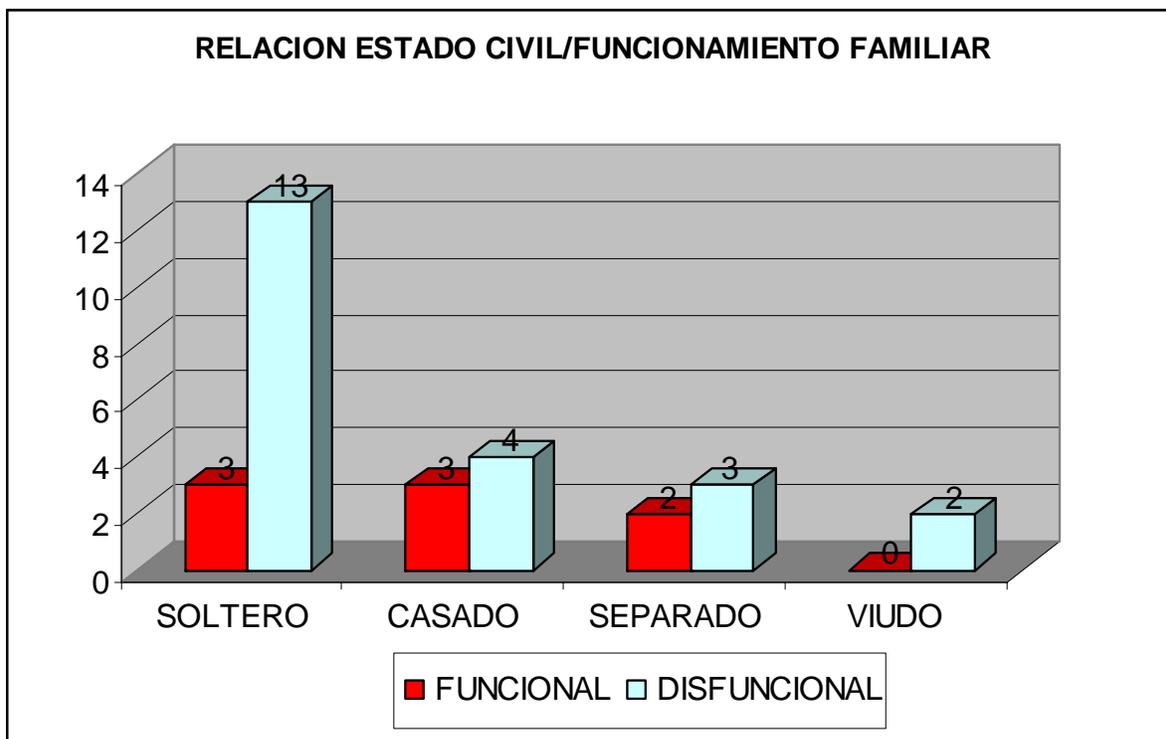
Fuente: Resultado del proyecto de Investigación obtenidas de la Escala de Funcionamiento Familiar.

- La relación entre estado civil y funcionamiento familiar se concluyó, en pacientes solteros 3 (37.5%) familia funcional, 13 (59.1%) familia disfuncional, comparado con los casados 3 (37.5%) familia funcional, 4 (18.2%) familia disfuncional. Tabla 21 y Gráfica 21.

**Tabla 21. RELACIÓN ESTADO CIVIL Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**

RELACION	FUNCIONAMIENTO FAMILIAR		Total
	FUNCIONAL	DISFUNCIONAL	
SOLTERO	3 (37.5%)	13 (59.1%)	16 (53.3%)
CASADO	3 (37.5%)	4 (18.2%)	7 (23.3%)
SEPARADO	2 (25%)	3 (13.6%)	5 (16.7%)
VIUDO	0 (0%)	2 (9.1%)	2 (6.7%)
TOTAL	8 (26.7%)	22 (73.3%)	30 (100%)

**Gráfica 21. RELACIÓN ESTADO CIVIL Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**



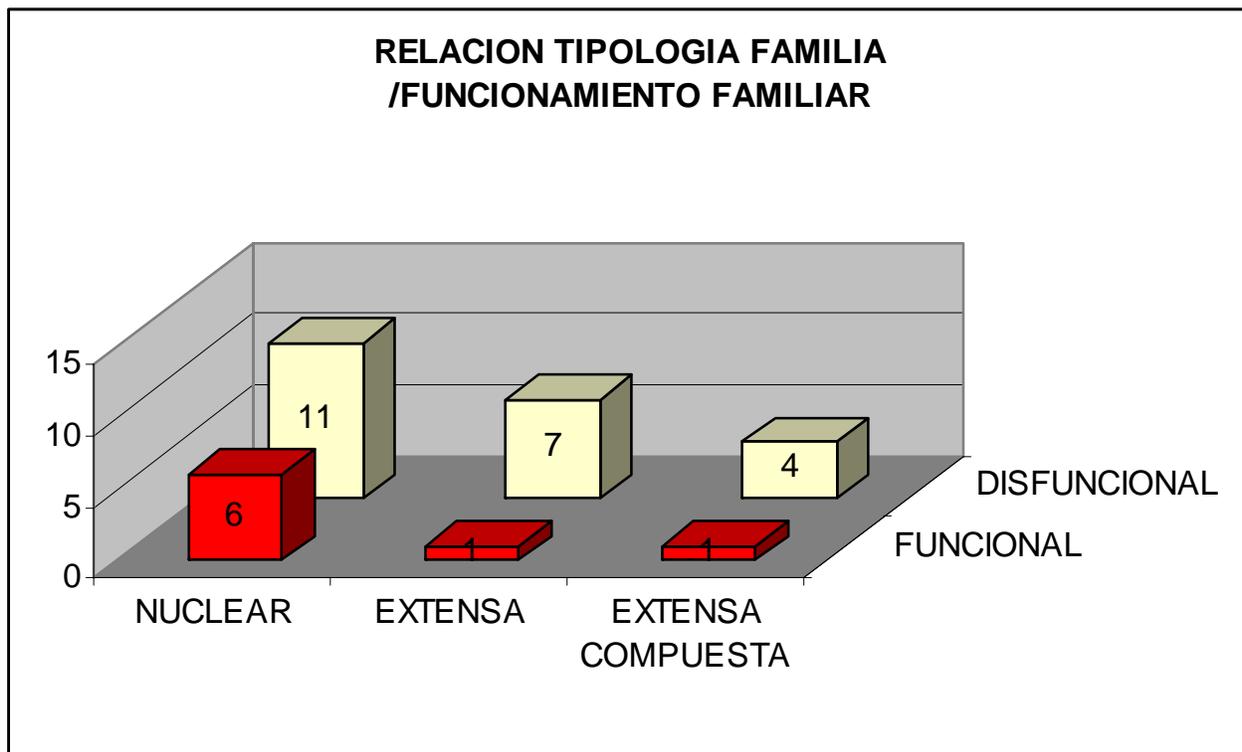
Fuente: Resultado del proyecto de Investigación obtenidas de la Escala de Funcionamiento Familiar.

- La relación entre tipología familiar y funcionamiento familiar se concluyó, en familia nuclear 6 (75%) familia funcional, 11 (50%) familia disfuncional, mientras que en familia extensa 1 (12.5%) familia funcional, 7 (31.8%) familia disfuncional, en la familia extensa compuesta 1 (12.5%) familia funcional, 4 (18.2%) familia disfuncional. Tabla 22 y Gráfica 22.

**Tabla 22. RELACIÓN TIPOLOGIA FAMILIAR Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**

RELACION	FUNCIONAMIENTO FAMILIAR		Total
TIPOLOGIA FAMILIAR	FUNCIONAL	DISFUNCIONAL	
NUCLEAR	6 (75%)	11 (50%)	17 (56.7%)
EXTENSA	1 (12.5%)	7 (31.8%)	8 (26.7%)
EXTENSA COMPUESTA	1 (12.5%)	4 (18.2%)	5 (16.7%)
TOTAL	8 (26.7%)	22 (73.3%)	30 (100.0%)

**Gráfica 22. RELACIÓN TIPOLOGIA FAMILIAR Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**



Fuente: Resultado del proyecto de Investigación obtenidas de la Escala de Funcionamiento Familiar.

## DISCUSIONES

El estudio permitió corroborar que la esquizofrenia es una enfermedad mental, en donde la dinámica familiar se encuentra alterada de cierta forma.

Se evaluaron a 30 familias atendidos en la Ciudad de México, todas con pacientes portadores de esquizofrenia, de los cuáles 12 pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, y 18 pacientes atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No.28, del Instituto Mexicano del Seguro Social, cumpliendo con los criterios de inclusión para participar en el estudio y aceptaron por medio del consentimiento informado. Se estudio el Funcionamiento de las familias con pacientes esquizofrénicos, en relación a la Escala de Funcionamiento Familiar, que consiste en 9 áreas a estudiar, en las que incluyen autoridad, control, apoyo, afecto, afecto negativo, conducta disruptiva, supervisión, recursos y comunicación. La población etarea mostró una edad media obtenida fue de 40.5 años, encontrándose en los rangos de mayor frecuencia de esta patología de 15 a 45 años de edad,, en esta ocasión se encuentra un numero mayor de pacientes del género masculino, aunque en la literatura se observa sin distinción del mismo, podría haber sido que se tomo la muestra en forma no probabilística. Recordando la definición de familia de Santacruz (1983): “Un grupo social primario formado por individuos unidos por lazos sanguíneo, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que en general, comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar la salud individual y familiar”. Por lo que la esquizofrenia afecta la salud individual y la familiar.

Además de relacionar su funcionamiento con la ocupación, escolaridad, estado civil, religión y tipología familiar, donde se observó que los pacientes con esquizofrenia en su mayoría son desempleados, se encuentran en casa, debido a la dependencia hacia sus familiares, así como a las alteraciones de afecto, comunicación y cambios afectivos como agresiones tanto verbales y físicas, la mayor frecuencia de nivel escolar fue a nivel bachillerato, donde los cambios físicos, hormonales y ambientales que envuelve a la etapa de adolescencia y la relación con la familia se vuelve más tensa, con fricciones y no comunicación entre los integrantes de las familias, se percibe poco apoyo, poca supervisión hacia el adolescentes, además que durante la etapa de juventud persisten estos cambios cuando no son adecuadamente asimilados, y se agregan las adicciones, las responsabilidades, coadyuvando esto el estrés de los estudios, la presión por ser comparado con alguien o por ser mejor a este nivel escolar, en relación con el estado civil hay predominio de pacientes solteros por las mismas condiciones de vida y en la edad reproductiva en la que se encuentran, donde son rechazados por la pareja (noviazgo) y en muchas ocasiones negados por la misma familia, y en caso de que se presentara esta condición, al esta en unión libre o casados, provoca la separación o el divorcio. En este estudio todos los pacientes y familias son católicos, por lo que no se observa ninguna comparación. De acuerdo a la tipología familiar hay mayor frecuencia de familiar nuclear, solo la relación con los padres. Llama la atención que las únicas áreas funcionales son supervisión y apoyo, debido a que todos los pacientes deben estar vigilados y cuidados así como tener apoyo de al menos un familiar o cuidador primario. Por lo que el estudio mostró la alteración de la funcionalidad familiar en más del 70%, por lo que es necesario conocer donde se encuentra afectado y tratar de mejorar dichas relaciones, para otorgar un mejor manejo integral del paciente esquizofrénico y su familia, ya que este es la base de una adecuada terapéutica.

## CONCLUSIONES

Se concluye que el Funcionamiento de las familias con pacientes esquizofrénicos, es 73.3% (22) familias disfuncionales, 26.7% (8) familias funcionales, las áreas funcionales son: supervisión y apoyo. En relación con el paciente con esquizofrenia se determinó, un predominio del sexo masculino 19 (63.3%), edad promedio de 40.57 años de edad, estado civil solteros 16 (53.3%), son desempleados (86.7%), escolaridad de bachillerato (46.7%), familias católicas en un 100%, tipología familiar es de predominio nuclear (56.7%). Se observó que en las familias con pacientes esquizofrénicos se encuentra disfuncional el área de Autoridad 19 (63.3%), Área de Control 22 (73.3%), Área de Afecto 21 (70.0%), Área de Conducta Disruptiva 24 (80.0%), Área de Comunicación 28 (93.3%), Área de Afecto Negativo 20 (66.7%), Área de Recursos 21 (70.0%). Y las áreas funcionales son Supervisión 27 (90.0%), % y Área de Apoyo, 25 (83.3%). En el Total de las Áreas de Funcionamiento Familiar, se observo 2 (22.3%) son funcionales, supervisión y Apoyo, 7 (77.7%) son disfuncionales, en él áreas de autoridad, control, afecto, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y recursos, En el Puntaje Global se encontró 123.8 puntos (46 de Puntaje Total) en las 30 familias, por lo cual se categoriza como Disfunción Familiar en un 100%.

## REFERENCIAS

1. Braunwald, Fauci, Hauser., Harrison. Principios de Medicina Interna: Trastornos mentales. 16ª edición. Editorial Mc Graw Hill. 2005: Vol. II: 2818-2821.
2. Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association) DMS IV TR. "5. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos". 4ta edición, edit Masson. 2005: 279-326.  
<http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv5.html>.
3. Kaplan I., Sadock B. Principios de Psiquiatria: Esquizofrenia. 8va edición. Editorial medica panamericana. pp 519-556.
4. Elizalde LN, López DA, Tena SA. Funcionamiento Familiar en pacientes psiquiátricos diagnosticados con esquizofrenia. Artículo de revisión. Psiquis (México)2005;6 (14):160-168.
5. Nagy M. Epidemiología de la esquizofrenia. Psicomundo Argentina. Servicio de Salud Mental de Hospital Julio C Perrando. <http://www.psicomundo.com/argentina>.
6. Papadakis, Tierney, Mcphee. Diagnóstico Clínico y Tratamiento: Esquizofrenia y otros transtornos psicóticos. 39va edición. Editorial Manual Moderno 2004: 905-1004.
7. Archivos en Medicina Familiar. II. Conceptos básicos para el estudio de las Familias. 2005; 7 (1), s15-s19
8. Huerta GJ. Medicina Familiar. La familia en el reposo salud-enfermedad. Biblioteca de la Medicina Familiar. 1ra Edición, 2005. Editorial Alfil. pp 9-15.
9. Irigoyen CA. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. 2da Edición. Editorial Medicina Familiar Mexicana. pp 15-24.
10. Irigoyen-Coria, Tovar-Granada, Sánchez-Escobar. Autopercepción de disfunción familiar en un grupo de familias de la Ciudad de México. Arch Med Fam 2003; 5(3):92-95.
11. Espejel AE. Cols. Manual de la Escala de Funcionamiento familiar. La escala de funcionamiento familiar. Una aproximación a la investigación cuanti y cualitativa. 1997:241-249.
12. Espejel AE. Cols. Manual para la Escala de Funcionamiento familiar. Primera edición. Universidad Autónoma de Tlaxcala. 1997: 7-79.
13. Verduzco F.W. Psicoeducación en Esquizofrenia. Hospital de Psiquiatría, Instituto Mexicano del Seguro Social. Documento informativo interno. 2005.
14. Cordova CA. La Rehabilitación del Paciente con Esquizofrenia. Hospital de Psiquiatría del Instituto Mexicano del Seguro Social. Texto informativo 2005.
15. Valencia CM. El Tratamiento Psicosocial. Hospital de Psiquiatría del Instituto Mexicanos del Seguro

Social. 2004.

16. Editoriales. La Disfunción familiar. Aten Primaria. 1992; Julio-Agosto 2 (10):582-583.
17. Grupo GEOPTE, La funcionalidad como objetivo en el tratamiento de la esquizofrenia. Actas Esp Psiquiatr 2002; 30 (5); 312-325.
18. Espinosa-Mendoza G, Lara-Tapia H. Un estudio sobre filosofía de la vida en familiares de pacientes psiquiátricos crónicos problema. Resúmenes de investigación División de Psiquiatría. 1998; suppl: sinv-36
19. Hernández-Berber I, Lara-Tapia H. Actitudes de la Familia hacia su paciente psiquiátrico hospitalizado. FES Zaragoza UNAM, División de Psiquiatría. 1998: suppl: sinv-32.
20. Rodríguez-Agudelo Y, et al. La trascendencia de los grupos de apoyo en el manejo integral de los enfermos crónicos. Gac Méd Méx. 1995: Mayo-Junio 3 (131): 329-334.
21. Pacheco-Morales L, Lara-Tapia H. Dinámica familiar y conflicto en pacientes psiquiátricos rehospitalizados en el INNNMVS, 1998; suppl: sinv-35.
22. García AJ, et al. Perfil sociodemográfico de los usuarios de la Unidad de Psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. Psiquis (México) 2004; 6 (13);141-146.

Otros Documentos:

23. Documento de Dirección de investigación laboratorio de investigación Sociomédica. “Impacto social y las modificaciones en la dinámica familiar en el cuidador del paciente con esquizofrenia”.

# ANEXOS

## ANEXO 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO  
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28  
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

### Anexo 1ª. Otras variables para resultado estadístico.

VARIABLE	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	VALORES DE VARIABLE O CODIGO	INSTRUMENTO
<b>Género</b>	Cualitativa	Nominal	Independiente	1)Femenino 2)Masculino	Expediente
<b>Edad</b>	Cuantitativa	Continua	Independiente	Números enteros	Expediente
<b>Ocupación</b>	Cualitativa	Nominal	Independiente	Textual 1) Empleado 2) Desempleado	Expediente
<b>Escolaridad</b>	Cualitativa	Nominal	Independiente	1) Primaria 2) Secundaria 3) Preparatoria 4) Licenciatura o más.	Expediente
<b>Estado Civil</b>	Cualitativa	Nominal	Independiente	1) Soltero 2) Casado 3) Separado 4) Divorciado 5) Viudo	Expediente
<b>Tipo de Familia</b>	Cualitativa	Nominal	Independiente	1)Nuclear 2)Extensa 3)Extensa compuesta	Escala de Funcionamiento Familiar

**ANEXO 2**



**INSTITUTO NACIONAL  
DE  
NEUROLOGÍA Y NEUROCIURGÍA**  
MANUEL VELASCO SUÁREZ



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO  
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28  
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

ASPECTOS ETICOS:  
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Para la participación en el proyecto:

**“EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LOS INTEGRANTES DE LAS FAMILIAS CON PACIENTES  
ESQUIZOFRENICOS”**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_.

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado “El Funcionamiento familiar en los integrantes de las familias con pacientes esquizofrenicos atendidos en el Instituto Nacional de neurología y Neurocirugía y en la UMF no.28. Aplicando la Escala de Funcionamiento Familiar”. El objetivo de este estudio es conocer la dinámica familiar, en funcionales y disfuncionales, en las cuales al menos un integrante de la familia tiene esquizofrenia.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en una entrevista; la aplicación a la familia de la Escala de Funcionamiento Familiar. Acudir a citas posteriores para tomar datos restantes, así como datos de identificación, socioeconómicos, al igual que antecedentes heredofamiliares y antecedentes patológicos.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes y molestias derivados de mi participación en el estudio.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio aunque este pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y Firma de SI Autorizo Paciente

Nombre y Firma del Investigador

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre y Firma de SI Autorizo Familiar

Nombre y Firma del SI Autorizo Familiar

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANEXO 3**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO  
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28  
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.  
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA

**“EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LOS INTEGRANTES DE LAS FAMILIAS CON PACIENTES  
ESQUIZOFRENICOS”**  
ATENDIDOS EN EL INNN Y LA UMF No. 28 , APLICANDO LA ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.

Folio: \_\_\_\_\_

**HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Afiliación: \_\_\_\_\_ Consultorio: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Diagnóstico del Paciente: \_\_\_\_\_

NOMBRE	SEXO	EDAD	ESCOLARIDAD	RELIGION	OCUPACION	ESTADO CIVIL	ENFERMEDAD

**ANEXO 4**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO  
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28  
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.  
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA

**“EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LOS INTEGRANTES DE LAS FAMILIAS CON PACIENTES  
ESQUIZOFRENICOS”**  
ATENDIDOS EN EL INNN Y LA UMF NO.28, APLICANDO LA ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

**ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**  
**Espejel E., Cortés J., Ruíz Velasco V (Copyright 1995)**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

FAMILIA: \_\_\_\_\_  
TIEMPO DE UNION \_\_\_\_\_ EDAD DEL PRIMER HIJO (A) \_\_\_\_\_  
DIRECCION: \_\_\_\_\_  
INGRESO FAMILIAR \_\_\_\_\_  
INGRESO PER CAPITA \_\_\_\_\_ XXXX \_\_\_\_\_  
RELIGION \_\_\_\_\_

POSICIÓN Y NOMBRE	SEXO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION	APORTACION ECONOMICA A LA FAMILIA

DESCRIPCION DE LA VIVIENDA:

---

---

---

---

---

---

---

OBSERVACIONES:

---

---

---

---

---

---

---

SE INDICA LA EDAD DEL HIJO MAYOR QUE VIVA EN LA FAMILIA

MATERIAL DE INVESTIGACION  
PROHIBIDA SU REPRODUCCION SIN PERMISO EXPRESO DE LOS AUTORES.

## **FAMILIOGRAMA**

COMENZAR EL DIAGRAMA EN LA PARTE INFERIOR DE LA PAGINA CON LA FAMILIAR NUCLEAR.

**INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADOR:** Marque con una X el o los cuadros que correspondan al miembro de la familia al que se refiera la respuesta expresada por lo entrevistados.

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

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

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

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

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

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

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

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

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

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

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

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

7. En los problemas e los hijos, ¿Quién o quienes intervienen?

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

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

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

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

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

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

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

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

11 Cuando hay invitados en la casa, ¿a quién se le avisa?

¿Quién invita?	Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	No avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro no Familiar							

Nunca invitan  Funcionalidad

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

Estatus	Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar
Trabaja y participa						
Trabaja y no participa						
No trabaja y participa						
No trabaja						

Funcionalidad

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

Responsable	Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro no Familiar							

No existen obligaciones definidas  Funcionalidad

14. En las ediciones familiares importantes ¿Quiénes participan?

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

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

A quien se pide permiso:

Pide permiso	Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro no Familiar							

No existen obligaciones definidas

Funcionalidad

16. Cuando alguien comete una falta ¿Quién y como castiga?

Como castiga

¿Quién castiga?	Verbalmente	Corporalmente	Instrumentalmente
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

No se castiga

Funcionalidad

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

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

18. Cuando alguien se siente triste, decaído o preocupado, ¿Quién pide ayuda?  
 A quien se pide ayuda

Pide Ayuda	Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro no Familiar							

Funcionalidad

Nadie Ayuda a Nadie

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

	Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro no Familiar							

Funcionalidad

Nadie acostumbra salir

20. En Esta Familia. ¿Quién protege a quién?

	Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro no Familiar							

Funcionalidad

Nadie protege a nadie

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

¿Quién conversa?	Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro no Familiar							

Nadie conversa con la familia  Funcionalidad

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

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

23. ¿Quiénes tienen mejor disposición para escuchar?

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

24. Cuando ustedes toman alguna decisión o se llega a algún acuerdo, ¿a quiénes se les hace saber con claridad?

¿Quiénes acuerdan?	Subsistema parental	Subsistema hijos	Otro Familiar	Otro no Familiar	Nadie
Subsistema parental					
Subsistema hijos					
Otro Familiar					
Otro no Familiar					

No hay acuerdos en la familia  Funcionalidad

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

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

26. ¿Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos?

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

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

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

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

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

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

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

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

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

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

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

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

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

33. ¿Quiénes en esta familia se abrazan espontáneamente?

¿Quién se abraza?	Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro no Familiar							

Funcionalidad

Nadie se abraza en la familia



34. Cuando se enojan en esta familia, ¿Quiénes son los que lo hacen y con quiénes?

¿Quién se enoja?	Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro no Familiar							

Funcionalidad

Nadie se enoja en la familia

35. Ha habido peleas con golpes en la familia, ¿quiénes con quién o quiénes?

	Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro no Familiar							

Nadie se ha golpeado en la familia  Funcionalidad

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

	Frecuencia			
	Muy Frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro Familiar				
Otro no familiar				

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

	Frecuencia			
	Muy Frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro Familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad

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

	Frecuencia			
	Muy Frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro Familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad

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

	Frecuencia			
	Muy Frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro Familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad

39. ¿Quién ha presentado algún problema emocional?

	Frecuencia			
	Muy Frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro Familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad

40. ¿Quién de la familia se aísla?

	Frecuencia			
	Muy Frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro Familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad

Investigador Dr. Santiago Hernández Mozón

Residente de Segundo Año de Medicina Familiar

Aplicadores: Dr. Santiago Hernández Mozón y Dr. Gustavo Vicente Velásquez Granados.

Asesor y supervisor: Dra. Emma Espejel Aco

Instituto de la Familia A.C.

### Formato de Calificación:

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

FUNCION	1	3	4	5	11	12	14	28	39	40	SUMA
Autoridad											
Control											
Supervisión											
Afecto											

Apoyo	7	16	18	20	39	40		
Conducta Disruptiva	5	9	36	37	38	39	40	
Comunicación	4	10	15	18	19	21	22	36 38
Afecto Negativo	6	15	29	34				
Recurso	2	12	13	14	17	40		

---

PUNTAJE  
GLOBAL

Investigador Dr. Santiago Hernández Mozón  
 Asesor y supervisor: Dra. Emma Espejel Aco  
 Instituto de la Familia A.C.

### PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Familia: \_\_\_\_\_ Fecha de Aplicación: \_\_\_\_\_  
 Tiempo de formada: \_\_\_\_\_ Años Etapa del Ciclo Vital: \_\_\_\_\_  
 Nivel socioeconómico: \_\_\_\_\_ No. De Miembros: Adultos \_\_\_\_\_  
 Adolescentes \_\_\_\_\_ Niños \_\_\_\_\_ Tipo de familia: \_\_\_\_\_