



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



CENTRO DE SALUD TIERRA NUEVA 3ra.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN POBLACIÓN DE NIVEL
SOCIOECONÓMICO BAJO**

TRABAJO RECEPCIONAL

Para obtener el Diploma de la Especialidad en:

MEDICINA FAMILIAR COMUNITARIA

Presenta:

Dr. Francisco López Arcia

Asesores:

Dr. Juan Cervantes Lara
Dr. Jorge Luís escobar Villanueva



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.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS
DE LA SALUD**



CENTRO DE SALUD DE TIERRA NUEVA 3ra.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN POBLACIÓN DE NIVEL
SOCIOECONÓMICO BAJO**

TRABAJO RECEPCIONAL

Para obtener el Diploma de la Especialidad en:

MEDICINA FAMILIAR COMUNITARIA

Presenta:

Dr. Francisco López Arcia

Asesores:

Dr. Juan Cervantes Lara
Dr. Jorge Luís escobar Villanueva



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

ÍNDICE	PÁGINA
I.- RESUMEN	5
II.- ANTECEDENTES	7
III.- JUSTIFICACIÓN	11
IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
V.- OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS	15
VI.- HIPÓTESIS	14
VII.-MATERIAL Y MÉTODOS	15
A).- Diseño y definición de variables	17
VIII.- RESULTADOS	19
IX.- DISCUSIÓN	25
X.- CONCLUSIÓN	26
XI.- ANEXOS	28
XII.-BIBLIOGRAFÍA	33

A G R A D E C I M I E N T O S

A DIOS

Por el don de la vida, el amor y la libertad para llevar a cabo todos mis
Anhelos; y por darme fortaleza cada día de mi existencia.

A MIS PADRES

Por su cariño y comprensión.

A MI ESPOSA E HIJOS

Por apoyarme en mi superación y contar siempre con sus palabras de comprensión y
afecto atendiendo a mis hijos en los momentos que me encontraba ausente

A MIS HERMANOS

Por su cariño, apoyo y palabras de aliento en los momentos de flaqueza, pero sobre todo
por su gran cariño, confianza y apoyo incondicional en todo momento, y a ti Mari porque
siempre has estado conmigo en cada una de mis vivencias, con palabras de fe y
esperanza haciendo las cosas
Más ligeras. Gracias y que Dios los bendiga siempre, a todos.

A MIS ASESORES

Al Dr. Cervantes, por toda su dedicación y entrega para hacer realidad este
Propósito, así como la amistad, la confianza, y las enseñanzas brindadas,
Gracias por su cariño y su gran calidad humana.
Al Dr. Villanueva por su apoyo y su amistad.

A TODOS MIS PROFESORES

Por todas sus enseñanzas.

Gracias a todos aquellos que de alguna manera intervinieron en la realización
De este trabajo. Muchas Gracias a todos.

I.- RESUMEN.

OBJETIVO.- Conocer la funcionalidad familiar que existe en las familias de Nivel Socioeconómico Bajo del Centro de Salud tierra nueva 3ra.

Material y Métodos.- Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo. Con 370 encuestas a padres de familia de Nivel Socioeconómico Bajo y Medio Bajo en forma aleatoria; la encuesta se integró de dos partes: Ficha de Identificación y el Cuestionario del Test Faces III que evalúa la funcionalidad familiar.

Criterios de Inclusión.- Padres de Familia con Nivel Socioeconómico Bajo y, padres de familia con Nivel Socioeconómico Medio Bajo que pertenezcan al Centro de Salud de tierra nueva 3ra.

Criterios de Exclusión.- Padres de Familia con niveles socioeconómicos Medio Alto, y Alto. Familias que no pertenezcan a la población de influencia del Centro de Salud de Tierra nueva 3ra.

Se analizaron los datos obtenidos de dichas encuestas y se sometieron a un método estadístico de Medias Poblacionales, Chi Cuadrada, así como también se utilizaron medidas de tendencia central y, cifras porcentuales.

RESULTADOS.- Se realizó un estudio con una muestra de 370 padres de familia, de los cuales se determinó el Nivel Socioeconómico mediante la clasificación del Censo Nacional de Vivienda y Población del 2005, según el INEGI; el cual consiste en el número de ingresos mínimos por día y se clasifica de la siguiente manera: Baja, Media Baja,

Media Alta y Alta. De los cuales Se obtuvieron a 303 padres de familia con pobreza extrema y 67 padres con nivel Socioeconómico Medio Bajo. Se realizó un análisis de la variable de funcionalidad familiar aplicando una prueba de hipótesis de diferencias entre dos Medias poblacionales, con la finalidad de establecer la relación entre las clases de Nivel Socioeconómico Bajo y Medio Bajo, Obteniéndose que los padres en extrema pobreza tengan mayor predisposición a la disfunción familiar que los padres de Nivel Socioeconómico Medio Bajo.

Se realizó un análisis estadístico de X^2 entre la funcionalidad familiar y la edad, determinándose esta a través de una medida de tendencia central, tomando la mediana del grupo con valor de 33 años, lo que sirve para clasificar la variable de adultos menores de 33 años y adultos mayores de 33 años de edad. Con este análisis podemos asumir que para este grupo, la edad no fue un factor determinante para la disfunción familiar. Asimismo, se realizó X^2 , entre la funcionalidad familiar y la religión, y no se encontró diferencia significativa. Es decir no interfirió con la funcionalidad familiar.

CONCLUSIÓN.- Los resultados de esta investigación hacen reflexionar acerca de la importancia de la funcionalidad familiar, principalmente en las familias con pobreza extrema, por ser las más vulnerables, mostrando que las familias con nivel socioeconómico bajo son más susceptibles porque tuvieron mayor número de factores predisponentes que influyeron en la capacidad de cohesión y adaptación de la familia que las del nivel medio bajo.

II.- ANTECEDENTES.

Desde el siglo XIX se ha venido observando un creciente interés por el estudio de la familia; llegando incluso la Organización de las Naciones Unidas en el año de 1970, a definir el concepto de familia, por intermedio del documento “M” número 44 como: “El conjunto de miembros del hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio”.^{1,10} Una de las explicaciones sobre la etimología del término familia, es propuesta por el marqués de Morante como proveniente de la palabra latina famulus, que significa sirviente o esclavo doméstico.

La salud familiar ha constituido una preocupación para todos aquellos que trabajan con la familia. Cuando se ha intentado definir la salud familiar en ocasiones se ha tratado de reducir a la salud de sus miembros, y en otras al funcionamiento familiar.

En la actualidad el modelo de medicina familiar no tiene una delimitación clara entre aquellos problemas de salud individual de los miembros de la familia, y la salud del conjunto o del grupo familiar propiamente dicho. En algunos casos se hace énfasis en la salud individual sin lograr articular ésta con la salud familiar, y en otros casos se parcializan en algunos elementos interactivos del grupo, descuidando otros elementos que también son importantes. Esto hace que en este momento no podamos contar con una definición que contemple todos aquellos aspectos que están presentes en la salud familiar, y a los que se ha llegado por la profundización en el terreno práctico y teórico con la familia.

En 1976 un grupo de expertos en familia de la OMS, definió la salud familiar como la salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento efectivo de la familia;¹ definición ésta muy acertada al contemplar el elemento funcionamiento familiar tan

importante para la salud, pero de forma incompleta.

Horwitz Campos y otros en 1985 plantearon que la salud familiar puede considerarse como el ajuste o equilibrio entre elementos internos y externos del grupo familiar, la capacidad de la familia para adaptarse y superar las crisis.² Aquí se incorpora el elemento de la capacidad familiar para superar las crisis y de adaptación ante los cambios.

Louro I (1993), coincide con que el enfoque sistémico de la familia contribuye al análisis de la salud familiar desde una posición de síntesis de las relaciones interpersonales, y que no puede reducirse a la adición o la suma de sus miembros. La familia es funcional en tanto propicie la solución a problemas sin afectar desmedidamente la satisfacción de las necesidades de sus miembros, según la etapa del desarrollo en que se encuentre y el tránsito armónico por las etapas del ciclo vital. La autora contempla los elementos del ciclo vital y destaca la importancia del enfoque sistémico.

Pérez E (1977), define la salud familiar como el resultado del equilibrio armónico entre sus 3 componentes: la salud, los factores socioeconómicos y culturales y el funcionamiento familiar, siendo este último el que juega el papel rector, pues expresa la capacidad, la relación dinámica y sistémica que se establece entre sus miembros, y la capacidad que tiene el grupo para enfrentar las crisis. En esta conceptualización se incorporan elementos nuevos de vital importancia como son: la salud, que aunque no es explícita, parece estar referida a la de los miembros y su connotación en la salud familiar, los factores socioeconómicos y culturales.

Por último vamos a ver una definición que intenta englobar las anteriormente dadas. *Ortiz T* (1996), define la salud familiar como la salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento efectivo de la misma, en la dinámica interna, en el cumplimiento de

funciones para el desarrollo de los integrantes, y en la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, propiciando el crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa de la vida. Lo novedoso en este caso está en la incorporación de la capacidad de enfrentamiento a los cambios tanto internos como externos, lo que permite el crecimiento y desarrollo de los miembros.

De este análisis se extrae una conclusión y es que la propia práctica de la medicina familiar nos está demandando un cambio paradigmático en la conceptualización de la salud familiar. En las últimas décadas se ha acumulado la suficiente experiencia que obliga la búsqueda de un enfoque más contemporáneo de dicha temática.

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

La familia, aún en medio de una situación estresante, puede redescubrir formas de afrontamiento a la problemática, teniendo como resultante el recobrar el estado de salud de la familia y el bienestar de sus miembros. La propia familia puede crear un ambiente propicio para ajustarse a diversas situaciones, permitiendo la participación de sus miembros para identificar el problema e ir a la búsqueda de la solución ayudándose unos a los otros.⁴ La familia es capaz de aplicar los patrones de solución de problemas, usar las alternativas adecuadas, para de esa forma facilitar y promover el bienestar y la salud familiar.⁵

La salud familiar hay que verla en una relación individuo-familia-sociedad. Esto quiere

decir que la salud de la familia va a depender de la interacción entre factores personales (psicológicos, biológicos, sociales), factores propios del grupo familiar (funcionalidad, estructura, economía familiar, etapa del ciclo vital, afrontamiento a las crisis) y factores sociológicos (modo de vida de la comunidad, de la sociedad).

La relación entre la salud individual y la salud familiar se considera que es de doble vía, es decir, que la influencia es recíproca.⁶ La salud individual se desarrolla en el contexto de una familia con la formación de hábitos, estilos de vida, sistemas de valores, normas, actitudes y comportamientos hacia la salud, y con aquellos problemas de predominio biológicos, ya sean de carácter genético o no, que se transmiten de un miembro a otro. Con estos elementos, tanto biológicos como psicosociales, se construye la salud individual.

Ahora bien, cualquier problema de salud individual puede llegar a crear un problema de salud familiar, tanto de orden psicosocial, como de predominio biológico; por ejemplo, en el primer caso tenemos cómo el alcoholismo en un miembro de la familia llega a alterar la dinámica familiar. Igualmente el nacimiento de un niño con síndrome de Down implica un reajuste familiar que puede llevar a la disfunción familiar si la familia no es capaz de reorientarse, así como el impacto de una enfermedad con mal pronóstico en un miembro de familia.

Los problemas de salud familiar ejercen su influencia sobre la salud individual, determinándola a través de las prácticas saludables o patógenas seguidas por el grupo familiar. Un modo de vida familiar saludable promueve la salud de los miembros, mientras que un modo de vida familiar no saludable puede llegar a enfermar a los integrantes de la familia.

En el orden social vemos que la salud familiar se encuentra determinada por el modo de

vida familiar y por el modo de vida de la sociedad. El modo de vida familiar constituye parte integrante del modo de vida de la sociedad. La familia como grupo social encarna y desarrolla, mediante la ejecución de sus actividades vitales y la estructuración de sus relaciones sociales, el modo de vida de la sociedad.⁷

El modo de producción, los factores geográficos naturales, las estructuras sociopolíticas y las condiciones materiales de vida, son elementos que condicionan el modo de vida de la sociedad y determinan el estado de salud de la población, demostrando que las condiciones macro sociales están estrechamente relacionadas con la salud individual y de la familia.^{8,9}

Dejando esclarecida la relación entre lo individual, y la familia y la sociedad, podemos pasar a hacer algunas especificaciones sobre la salud familiar:

La salud familiar no es un estadio, sino un proceso continuo. La salud familiar se construye a diario, en la propia dinámica interna que establecen los miembros, en la toma de decisiones, en el enfrentamiento ante cada nueva situación, en la forma en que se educan y socializan a los miembros.

La salud familiar es un proceso único e irrepetible en cada familia, que se caracteriza por manifestaciones propias que la identifican en cada grupo familiar.

La salud familiar no es la suma de la salud individual.

La salud familiar es un proceso dinámico que se encuentra en un continuo equilibrio y cambio. La familia siempre está retada al cambio, los acontecimientos propios del ciclo vital y aquellos hechos o situaciones accidentales producen cambios en la vida familiar; es la capacidad de adaptación, la llamada al reajuste familiar y la búsqueda del equilibrio.

Los problemas de salud familiar tienen un origen multicausal. La salud familiar está determinada por factores socioeconómicos (condiciones materiales de vida de la familia,

total de ingresos y per cápita familiar), factores sociopsicológicos (modo de vida familiar, integración social, participación social, convivencia social), factores socioculturales (nivel educacional de los miembros de la familia), el funcionamiento familiar, la estructura familiar, el estado de salud de los miembros de la familia, la forma de afrontamiento a los acontecimientos y conflictos internos y externos, y el acceso a las redes de apoyo.

Tomando en cuenta los elementos señalados anteriormente, pudiéramos resumir que la salud familiar es un proceso único e irrepetible que no se caracteriza por la suma de los problemas de salud individual de sus miembros, tiene un origen multicausal donde intervienen factores socioeconómicos, sociopsicológicos, socioculturales, del funcionamiento familiar y de la propia salud individual de los miembros. Se encuentra en continua transformación, donde juegan un papel fundamental los recursos protectores de la familia.

La salud familiar es la resultante de la interacción dinámica interna entre los miembros de la familia y el medio, es susceptible de experimentar cambios a lo largo del desarrollo de la familia, varía en dependencia de la capacidad de la familia para afrontar los acontecimientos propios del ciclo vital o los accidentales, y de los recursos protectores con que cuenta (el funcionamiento familiar, la capacidad de ajuste o de adaptación a los cambios para superar las crisis, el apoyo social, la salud de los miembros, entre otros).

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

ajustarse a ellos.

La situación de salud de la familia no es más que la situación concreta de salud que presenta el conjunto de los miembros, donde interviene, el funcionamiento familiar, la estructura, la forma de enfrentamiento a las etapas del ciclo vital, el modo de vida de la familia (factores socioeconómicos, socioculturales, sociopsicológicos, psicosociales), las potencialidades propias de la familia (recursos protectores) y las del medio (sistema de salud, redes de apoyo). Estos elementos permitirán arribar a la conclusión de la situación específica de salud de la familia que se manifestará en el estado de salud, de riesgo o de daño de la misma.

Otra dificultad no menos compleja es cómo evaluar la salud familiar? Las propias limitaciones existentes en la delimitación del concepto salud familiar crean dificultades metodológicas para su evaluación. Resulta difícil lograr un diagnóstico fidedigno sobre la salud familiar. Se han utilizado como modalidades para la medición, la entrevista familiar, los *tests* de familia que miden la percepción subjetiva de los miembros de la familia, las representaciones gráficas, la observación, los registros, encuestas, etcétera. (24)

Aunque el término se ha definido de distintas formas, el grupo formado por marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica en la cultura de Occidente, conservando aún la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico.^{1,7, 10} Por otra parte, la familia es la institución básica de la gran mayoría de las sociedades humanas, representando el fundamento lógico de todo desarrollo cultural. Aún cuando la forma de familia varía en las diversas sociedades, toda sociedad mantiene algún sistema típico constante, es por esto que cada forma particular de familia se tiene como un valor primario dentro de la sociedad.^{1,7, 11} Desde el punto de vista social se ha encontrado útil la siguiente clasificación: Con base en su

desarrollo puede ser moderna, tradicional, arcaica o primitiva. En base a su demografía: urbana o rural. En base a su integración: integrada, semi-integrada y desintegrada. Por su tipología, puede ser: campesina, obrera o profesional. La familia, como todo grupo humano tiene su inicio, desarrollo y ocaso; a semejanza del hombre: fase de matrimonio; fase de expansión; fase de dispersión; fase de independencia; fase de retiro y muerte. ¹

Asimismo, debe cumplir con las funciones siguientes: Socialización, Cuidado, Afecto, Reproducción, Estatus y Nivel Socioeconómico. Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro son claros y aceptados por éstos, es decir, que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de conflictos. ^{1,7, 12}

Las funciones económica, biológica, educativa y de satisfacción de necesidades afectivas y espirituales que desempeñan el grupo familiar son de marcada importancia; ya que a través de ellas se desarrollan valores, creencias, conocimientos, criterios, juicios, que determinan la salud de los individuos y del colectivo de sus integrantes La familia es un centro de transmisión y formación de los valores éticos, culturales y religiosos que profesa por convicción o por aceptación cultural. ^{7,11, 12}

La familia como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad se convierte en un medio que puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso Salud-Enfermedad.⁵ Ya que se ha demostrado en múltiples investigaciones que el estrés psicosocial aumenta la necesidad de acudir a consulta médica por somatización del estrés, o porque el mismo estrés psicosocial facilita por mediación neuroendocrina e

inmunológica la aparición de precursores de la enfermedad.^{3,4,7,8,17,18} Esto, sin importar el grupo étnico al que pertenezcan, ya que se ha demostrado que la edad tiene riesgo significativo para la disfunción familiar.¹⁶

Las familias disfuncionales se originan inicialmente por altos niveles de ansiedad relacionados con una situación estresante. Es decir, cuando dos personas con altos niveles de pérdida del yo y bajos niveles de autoestima se casan, su matrimonio se caracterizará por ineptitud a hacer frente al estrés y a las tensiones del matrimonio y de la vida en general, transmitiendo dicha disfunción al sistema familiar.² Existiendo pérdida de las libertades naturales, tales como: libertad de ver, oír, percibir, pensar, preguntar y de tomar riesgos. Las reglas y roles se hacen rígidos, pueden existir alianzas entre los subsistemas familiares, así como luchas de poder entre ambos cónyuges.^{2, 13, 14,17}

La pobreza, la degradación, la marginación, el bajo nivel cultural y la permisividad en el consumo de sustancias tóxicas, legales e ilegales, comprometerán gravemente la adquisición de hábitos y actitudes saludables por lo que la disfunción familiar y las separaciones matrimoniales en creciente aumento pueden llegar a constituir una epidemia.^{5,8}

No se puede hablar de funcionalidad familiar como algo estable y fijo, sino como un proceso que tiene que estarse reajustando constantemente. Por lo tanto, la principal característica que debe tener una familia funcional es que promueva un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita,

y capacidad de adaptación al cambio.^{2,5,12,3}

Existen ciertos signos que pueden alertar al médico acerca de las dificultades familiares para afrontar la enfermedad: la exclusión del hogar del enfermo, el divorcio, síntomas funcionales en algunos miembros de la familia, coaliciones intergeneracionales, mala adherencia a los tratamientos, sentimientos de culpa exagerados o desesperación, evitar hablar de la enfermedad, secretos o negación de la gravedad de la enfermedad.¹⁴

Toda dinámica familiar es considerada como un proceso de vinculación sano dentro de la vasta pluralidad de conductas puestas en acción para lograr ser familia, siempre y cuando éstas acciones y condiciones no sólo permitan al grupo desarrollarse, sino también de manera significativa, el desarrollo individual de cada uno de sus componentes, sean estos niños, adolescentes o adultos. Las familias estáticas, sin expresión dinámica, sin cambios por largos periodos, son centros de posible enfermedad.⁷

Evaluar la funcionalidad familiar se ha convertido en una necesidad sentida y real de la práctica integral de la medicina de familia; es por eso que, Olson, Ruselí y Sprenkle (1979), elaboraron el modelo circunflejo de los sistemas maritales y familiares; facilitando la visualización integral de la estructura familiar, además de presentar un esquema de su funcionalidad fundamentado en dos dimensiones: Cohesión y Adaptación, planteadas en 20 preguntas tipo actitudes; distribuidas en forma alterna para calificar la funcionalidad familiar.(15). De Francisco y cols. Realizaron un estudio descriptivo con 450 habitantes de la población de El Hormiguero, Cali, Colombia, para evaluar sus riesgos psicosociales y familiares. En una segunda fase se realizó un estudio descriptivo con

grupo control, para comparar la estructura familiar, la comunicación familiar y los niveles de ansiedad. La disfunción familiar (APGAR familiar <7 pts, rango 0-10 pts) se observó en 43% de las familias estudiadas, prevalencia 3 veces mayor a la que existe en otras comunidades ($p<0.05$). Las familias disfuncionales solicitaron consulta médica en una proporción 4 veces mayor con respecto a las familias funcionales ($p<0.05$), lo que sobrecarga los recursos asistenciales de la unidad primaria de atención en salud. Se observaron bajos niveles de cohesión familiar y mala adaptación ante las situaciones de estrés en las familias disfuncionales ($p<0.05$), lo que generó altos niveles de ansiedad (escala de Hamilton: mediana =25 pts, rango =0-56 pts) ($p<0.05$) asociados con comunicación negativa entre los miembros de la familia ($X=-11.7$, $DE= -5.9$, rango=-1.5 a -25.0, FACES III) ($p<0.05$). Dentro del modelo preventivo de la salud familiar es necesario realizar acciones multidisciplinarias preventivas en los grupos con riesgos biopsicosociales para mejorar su bienestar y obtener mayores índices de salud en el individuo, la familia y la comunidad. (21)

Peñalva carmen y cols. en el 2001 realizo un estudio en el cual valoraba la funcionalidad familiar por medio de una entrevista estructural "semiestructurada", diseñada para utilizarse en una población de nivel socioeconómico bajo y medio bajoLa entrevista está conformada por un cuestionario de 35 preguntas, por medio de las cuales se exploran las dimensiones del funcionamiento familiar designadas como estructura, estadio del desarrollo y resonancia, adaptadas del trabajo de Szapocznik y sus colaboradores, con la Escala de Evaluación Estructural del Sistema Familiar (Structural Family Systems Rating Scale [SFSR]), y que incluyen las dimensiones críticas de los límites, los alineamientos y el poder de la teoría estructural. La evaluación familiar toma en cuenta: a) las respuestas de la familia a las preguntas del entrevistador; b) la observación de los comportamientos

de la familia durante la sesión y c) la observación de las transacciones espontáneas de la familia. Además del cuestionario, el instrumento incluye un protocolo y un manual de calificación como la descripción amplia de las dimensiones del funcionamiento familiar y los criterios de evaluación. El protocolo contiene secciones de identificación, espacio para el familiograma, instrucciones para calificar y un resumen de los criterios de evaluación. Las pruebas de confiabilidad y validez se les aplicaron a 25 familias: 19 tenían niños de primero a tercero de primaria en educación especial y seis en educación regular, en cuatro escuelas públicas matutinas y en un centro psicopedagógico de la ciudad de Puebla. Los índices kappa de confiabilidad intercalificadores obtenidos fueron: .94 para estructuras, .72 para estadio del desarrollo y .80 para resonancia; todos fueron significativos al nivel $p < 0.5$. La consistencia interna para la escala global, medida con el alfa de Cronbach fue de .82, mientras que para las dimensiones fue: .74 (desarticulación de la dimensión "resonancia"); .71 (amalgamamiento de la dimensión "resonancia"); .65 (estructura) y .49 (estadio del desarrollo). La estructura se correlacionó significativamente con el estadio del desarrollo ($r = .58$) y con la resonancia ($r = .59$); la correlación entre el estadio del desarrollo y la resonancia fue baja ($r = .12$). Además se hizo un análisis factorial con rotación Varimax, obteniéndose cuatro factores que explican 57.5% de la Varianza. Se concluye que el instrumento es útil para evaluar el funcionamiento familiar en poblaciones similares a las que fue probado, pero que se requiere continuar afinándolo para aumentar la confiabilidad y depurar el sistema de calificación. (22).

En 1998 Giraldo Giraldo y cols realizaron un estudio descriptivo transversal, la funcionalidad familiar de las familias usuarias de los Hogares Comunitarios de Bienestar en el Municipio de Itagüí, Antioquia-Colombia, en 1998. Para ello se aplicó una encuesta, que incluyó el Apgar familiar, a una muestra final de 250 familias elegidas aleatoriamente.

El cuestionario indagó también información referida a variables socioeconómicas, familiares y de exposición a estrés. Se presenta la distribución de frecuencias de las mismas y los resultados de la exploración, mediante las pruebas Chi-cuadrado y Freeman-Halton, de su asociación con la funcionalidad familiar. Los resultados revelaron que 62% de las familias era funcional, 31% tenía disfuncionalidad moderada y 7% severa. De los componentes del Apgar, el que mostró mayor satisfacción fue cohesión, y el de mayor insatisfacción adaptabilidad. Las variables que mostraron asociación con funcionalidad familiar fueron escolaridad máxima en la familia ($p=0.01$), índice de carga esta última dada por la asociación entre el motivo "pobreza/alimentación" y disfuncionalidad. Las familias con menor grado de escolaridad máxima, mayor índice de carga familiar y que ingresaron al Hogar por motivos económicos y/o alimentarios presentaron menor nivel de funcionalidad familiar. Estos resultados difieren de otros estudios similares realizados en Colombia (25).

En Venezuela González y cols realizaron un estudio donde se valoró funcionalidad familiar, estrato socioeconómico y redes de apoyos en médicos residentes y donde el universo de estudio estuvo representado por el total (249) de médicos residentes de los diferentes postgrados de la Facultad de Medicina, sin distinción de edad, sexo ni especialidad, cursantes de los diferentes años de estudio. Se aplicaron los instrumentos de evaluación: APGAR Familiar, FACES III, Red de Apoyo Social DUCKE-UNC y Estratificación Social. El 41.77 % presentó disfunción familiar leve. El 43.77 % cohesión familiar correspondiente a la *relacionada* con buen soporte personal aportado por la familia. El mayor estrés fue producido por los profesores, seguido de su pareja, y tipo de especialidad (Gineco-Obstetricia, Anestesia, Medicina Familiar y Pediatría). Hubo relación estadísticamente significativa entre el goce de becas y la

funcionalidad familiar, más no así en la asociación de estrato socio-económico y funcionalidad familiar, ni entre el estrato social, la cohesión y adaptabilidad.

En 1999 Gómez Clavelina y cols. Realizaron una revisión relacionada con genogramas e instrumentos para la evaluación de la funcionalidad familiar. La gran diversidad de instrumentos, enfoques, propósitos y metodologías empleadas para desarrollarlos presentan un complejo panorama difícil de valorar por el médico familiar, pues debe indagar profusamente sobre estos aspectos para elegir los instrumentos que puedan ofrecerle mayor utilidad en su práctica diaria. Los autores propusieron los siguientes criterios de selección de instrumentos:

- El objetivo del instrumento deberá permitir la obtención de una muestra de las dimensiones conductuales que reflejen la conceptualización de su autor y de las principales características de las familias como un todo.
- Disponibilidad de publicaciones que permitan identificar información de su diseño y propiedades psicométricas (validez de contenido, constructo y análisis de confiabilidad).
- El instrumento deberá ser de autoaplicación.
- De preferencia debe ser breve.
- Evaluar el tipo de población o muestras en las que ha sido aplicado.
- El modelo teórico que lo fundamente no deberá ser complejo.

Con base en estos criterios se evaluaron ocho instrumentos:

<i>Family</i>	<i>Assessment</i>	<i>Device</i>	<i>(FAD)</i>
<i>Family</i>	<i>Adaptability</i>	<i>and Cohesion</i>	<i>Evaluation Scales (FACES)</i>
<i>Self-report</i>	<i>Family</i>	<i>Inventories</i>	<i>(SFI)</i>
<i>Family</i>	<i>Assessment</i>	<i>Measure</i>	<i>(FAM)</i>
<i>Family</i>	<i>Environment</i>	<i>Scale</i>	<i>(FES)</i>

<i>Family</i>	<i>Functioning</i>	<i>Index</i>	<i>(FFI)</i>
<i>Family</i>	<i>APGAR</i>		<i>(FAPGAR)</i>
<i>Family Functioning Questionnaire (FFQ)</i>			

Cada uno de los instrumentos evaluados ha seguido un desarrollo propio y se encuentra en diferente nivel de prueba de sus características estadísticas y psicométricas; por estas razones cada uno posee diferentes fortalezas y puntos débiles. El médico familiar así como los interesados en el estudio de la estructura y funcionalidad familiar deben tomar en consideración dos de los principales problemas que afectan el diseño de instrumentos, uno es teórico y el otro metodológico. La problemática relacionada con los aspectos teóricos se evidencia en la gran dificultad para establecer puntos comunes de referencia, tanto en el planteamiento de los problemas como en la conceptualización que aplican los teóricos, terapeutas de familia y médicos familiares. Cada uno define funcionalidad familiar de acuerdo con un punto de vista particular, algunos la definen desde una perspectiva estructural, otros en términos de interacción o de procesos transaccionales y otros más en relación con las características psicológicas de cada uno de los miembros de la familia. Este fenómeno, aunado a la necesidad de vincular la teoría con la definición conceptual y la medición a través de instrumentos, requiere de la unificación de terminología y definición precisa de constructos que faciliten la comparación entre teorías, definiciones conceptuales e instrumentos de evaluación, propiciando al mismo tiempo el enriquecimiento del acervo de conocimientos sobre la familia, el desarrollo de la investigación y el incremento en la calidad de la práctica médica familiar.

En relación con la metodología, se observa la carencia de un enfoque uniforme que rijan el diseño de instrumentos estableciendo secuencias definidas de acciones y puntos de

referencia que propicien alternativas. Los diseñadores de instrumentos difieren en cuanto al método elegido para identificar constructos o dimensiones y en la forma de elaborar ítems o reactivos, algunos apoyan sus instrumentos en marcos teóricos, otros no; la aplicación de técnicas para evaluar la consistencia interna y externa del instrumento, así como los procedimientos en la selección muestral son muy heterogéneos. Algunos autores no han puesto suficiente empeño en publicar los resultados de las pruebas que han llevado a cabo con sus instrumentos, o las publicaciones disponibles no detallan aspectos metodológicos que permitan evaluar cualitativamente los procedimientos estadísticos empleados.

FACES III Y APGAR (instrumentos estandarizados al español) permiten un buen acercamiento a la evaluación clínica de la funcionalidad familiar. Es imprescindible que el médico familiar evalúe las características de la familia, su estilo de vida, elementos conductuales, manejo del estrés y capacidad adaptativa, las cuales pueden ser de gran utilidad clínica en la práctica de la medicina familiar, brindando la oportunidad de establecer tanto guías para la orientación familiar, como posibles estrategias de tratamiento que requieran la participación de otros profesionales como los terapeutas familiares, sociólogos, psiquiatras, etc. Los autores reconocen la necesidad de ampliar el campo de exploración hacia otros instrumentos y modelos que posibiliten una visión más completa de la familia, con la expectativa de establecer en su justa dimensión el peso de los factores psicológicos y sociales, vinculados con la familia, su relación con los factores biológicos y con el proceso salud-enfermedad, integrando así tanto diagnósticos como medidas de tratamiento y prevención de la problemática de salud considerando a los individuos y a sus familias en su macroambiente desde una perspectiva multicausal y pluridisciplinaria.(23).

III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La salud familiar ha constituido una preocupación para todos aquellos que trabajan con la familia. Cuando se ha intentado definir la salud familiar en ocasiones se ha tratado de reducir a la salud de sus miembros, y en otras al funcionamiento familiar.

En 1976 un grupo de expertos en familia de la OMS, definió la salud familiar como la Salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento efectivo de la familia;¹ Definición ésta muy acertada al contemplar el elemento funcionamiento familiar tan importante para la salud, pero de forma incompleta.

Pérez E (1977), define la salud familiar como el resultado del equilibrio armónico entre sus 3 componentes: la salud, los factores socioeconómicos y culturales y el funcionamiento familiar, siendo este último el que juega el papel rector, pues expresa la capacidad, la relación dinámica y sistémica que se establece entre sus miembros, y la capacidad que tiene el grupo para enfrentar las crisis. En esta conceptualización se incorporan elementos nuevos de vital importancia como son: la salud, que aunque no es explícita, parece estar referida a la de los miembros y su connotación en la salud familiar, los factores socioeconómicos y culturales. La familia como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad se convierte en un medio que puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso Salud-Enfermedad.⁵ Ya que se ha demostrado en múltiples investigaciones que el estrés psicosocial aumenta la necesidad de acudir a consulta médica por somatización del estrés, o porque el mismo estrés psicosocial facilita por mediación neuroendocrina e inmunológica la aparición de precursores de la enfermedad.^{3,4,7,8,17,18} Esto, sin importar el grupo etáreo al que pertenezcan, ya que se ha demostrado que la edad tiene riesgo significativo para la disfunción familiar.¹⁶

Otra dificultad no menos compleja es cómo evaluar la salud familiar? Las propias

limitaciones existentes en la delimitación del concepto salud familiar crean dificultades metodológicas para su evaluación. Resulta difícil lograr un diagnóstico fidedigno sobre la salud familiar. Se han utilizado como modalidades para la medición, la entrevista familiar, los *tests* de familia que miden la percepción subjetiva de los miembros de la familia, las representaciones gráficas, la observación, los registros, encuestas, etcétera. (24)

Las familias disfuncionales se originan inicialmente por altos niveles de ansiedad relacionados con una situación estresante. Es decir, cuando dos personas con altos niveles de pérdida del yo y bajos niveles de autoestima se casan, su matrimonio se caracterizará por ineptitud a hacer frente al estrés y a las tensiones del matrimonio y de la vida en general, transmitiendo dicha disfunción al sistema familiar.² Existiendo pérdida de las libertades naturales, tales como: libertad de ver, oír, percibir, pensar, preguntar y de tomar riesgos. Las reglas y roles se hacen rígidos, pueden existir alianzas entre los subsistemas familiares, así como luchas de poder entre ambos cónyuges.^{2, 13, 14,17}

La pobreza, la degradación, la marginación, el bajo nivel cultural y la permisividad en el consumo de sustancias tóxicas, legales e ilegales, comprometerán gravemente la adquisición de hábitos y actitudes saludables por lo que la disfunción familiar y las separaciones matrimoniales en creciente aumento pueden llegar a constituir una epidemia.^{5,8}

¿Es la funcionalidad familiar de una población de nivel Socioeconómico Bajo semejante a la de nivel Medio Bajo?

IV.- JUSTIFICACIÓN.

El Centro de Salud de tierra nueva 3ra. Cuenta con 1,118 familias adscritas a 2 consultorios, distribuidas de acuerdo a la zona de residencia de cada una, por lo que, a dinámica familiar se ha estudiado parcialmente en estas familias y se reconoce que tienen problemas y dificultades relacionados con la educación y formación familiar, y atraviesan por grandes conflictos que suelen orillar a crisis. Son múltiples los factores, tanto internos como externos, que actúan en la dinámica familiar. Particularmente los externos son los que están minando a la autoridad paterna y entorpeciendo la adecuada comunicación en el seno de la familia y especialmente la interacción de sus miembros.⁷ Desde luego, la dinámica familiar no solo está matizada por el número de componentes, sino por el nivel cultural y económico al que pertenece. En la vida urbana moderna, abundan los factores que distraen la atención de lo importante, como entender lo esencial del vivir y el sentir, así como resolver estos problemas en la vida intrafamiliar. Cada día hay menos comunicación y de menor calidad entre padres e hijos aún entre hermanos. Siempre ha sido difícil educar en familia, aún para los padres más dispuestos y abiertos a este proceso de educación, pero hoy más que nunca es difícil lograrlo, y no tanto por la falta de disposición de muchos padres para llevarlo a cabo, sino porque la mayoría de los hogares tiene ya dos décadas sufriendo una grave problemática de origen multifactorial: presentan crisis en los valores morales, religiosos y culturales, así como la escasez económica de los hogares, la desesperanza, y el escaso desarrollo social.

Se dispone de un estudio de funcionalidad familiar en población con diabetes mellitus tipo 2 realizada en el 2005, en el Centro de Salud de Tierra colorada, con

funcionalidad general del 43% de una población total de 191, sin inclusión del medio socioeconómico¹⁹

Este trabajo está enfocado a la evaluación de la funcionalidad familiar en padres de familia en extrema pobreza, por dos razones: En el Estado se han hecho estudios socioeconómicos de las familias, casi exclusivamente instrumentales y muy pocos médicos relacionados con lo afectivo, lo que destaca el hecho de una investigación de este tipo y además nos facilita el conocimiento de la problemática de las familias tabasqueñas y poder encausar ciertas conductas, que contribuyan a la funcionalidad y éxito familiar. Un instrumento como el Test de David H. Olson, facilita el análisis del paciente que como síntoma de una disfunción familiar se está dando a conocer.

En segundo lugar; porque la población de medio socioeconómico bajo es la que mayormente acude al Centro de Salud de Tierra Nueva 3ra. Siendo la más susceptible por su precariedad. Así al analizar dichas familias para poder crear un programa específico donde puedan apoyar a sus integrantes. Además, contribuir al desarrollo individual y de sus componentes familiares, mediante el aprendizaje abierto y el ensayo de mecanismos que le ayuden no sólo a crear una homeostasis individual sino a permanecer en ese equilibrio.

V.- OBJETIVO GENERAL.

Conocer la funcionalidad familiar que existe en las familias de Nivel Socioeconómico Bajo y Medio Bajo, de la población del Centro de Salud de Tierra Colorada.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar si la “pobreza” es un factor predisponente para la disfunción familiar, analizando los medios socioeconómicos bajo y medio bajo.
- Analizar la funcionalidad familiar en grupos católicos y no católicos.
- Determinar la funcionalidad familiar por grupos de edad.

VI.- HIPÓTESIS.

H₀. Las familias que pertenecen a un nivel socioeconómico bajo, tienen la misma predisposición para la disfunción familiar, que las familias que pertenecen a un nivel socioeconómico medio bajo.

$$H_0: F_{EB} = F_{EMB}$$

H₁.- Las familias que pertenecen a un nivel socioeconómico bajo tienen mayor predisposición a la disfunción familiar, que las familias que pertenecen a un nivel socioeconómico medio bajo.

$$H_1: F_{EB} < F_{EMB}$$

H₀.- No existe diferencia en la práctica de religiones, para la funcionalidad familiar.

$$H_0: F_{FC} = F_{FNC}$$

H₁. Las personas que profesan la religión católica, tienen mejor funcionalidad familiar que las que profesan otras religiones.

$$H_i: F_{FC} < F_{FNC}$$

H₀. La edad no es un factor determinante para la funcionalidad familiar.

$$H_0: F_{FPJ} = F_{FPM}$$

H₁. Los padres jóvenes tienen mayor predisposición para la disfunción familiar que los padres de edad avanzada.

$$H_i: F_{FPJ} < F_{FPM}$$

VII.- MATERIAL Y METODOS.

El Centro de Salud de Tierra nueva 3ra. Maneja un total de 1,118 familias, de las cuales se calculo una muestra de 370 familias, y se seleccionó de forma aleatoria, misma que fue distribuida en forma proporcional de acuerdo a los 2 Consultorios. Misma que se tomó de lunes a viernes, durante el periodo comprendido de mayo a octubre 2005. Con lo anterior se realizo un estudio observacional, transversal, descriptivo a través de cuestionarios que incluyeron ficha de identificación, además del cuestionario para analizar la funcionalidad familiar FACES III de David H. Olson (versión español 2002, por Gómez - Irigoyen).

El cuestionario fue tipo encuesta que consta de 26 reactivos, conformada por una ficha de identificación que tiene 6 preguntas personalizadas, y 20 reactivos, las cuales analizan la funcionalidad familiar, La ficha de identificación incluyó variables universales tales como: edad, sexo, ocupación, nivel socioeconómico, religión y grado de estudios¹; entrevistándose a padres de familia de 18 - 60 años; de ambos sexos; con las siguientes categorías: campesino, labores del hogar, obrero, empleado y comerciante, Para obtener el nivel socioeconómico, se empleó la clasificación Nacional de Vivienda y Población del INEGI del 2005, donde nos informa que el ingreso mínimo por día es de 44 pesos, además de realizar la clasificación por ingresos mínimos por mes, donde los de Nivel Socioeconómico Bajo cuentan con 1-2 ingresos por día. Medio Bajo 3-4, Medio Alto 5-6, Alto 7 - 9 y más.²⁰ Para la Religión, se contó con las siguientes opciones: católica, adventista, Testigos de Jehová, Evangélica La Voz de la Piedra Angular, La Voz de la Alianza y San Juan Bautista. Y por último, el Grado de Estudios, tomándose en primer orden a los analfabetas, a los que saben leer y escribir, los que tienen primaria,

Secundaria, preparatoria y carrera profesional. La segunda parte que esta formada por el Test Faces III que consta de 20 reactivos, califican cohesión y adaptación familiar en preguntas tipo actitudes, distribuidas de manera alterna, lo cual nos lleva a una evaluación de la funcionalidad familiar. Cada pregunta del Test, cuenta con 5 posibles respuestas, calificadas del 1 al 5 respectivamente, y que pueden ser las siguientes: Nunca, Casi Nunca, Algunas Veces, Casi Siempre, y, Siempre.

El análisis de recolección de datos se sometió a una prueba de hipótesis de Medias Poblacionales, para obtener la diferencia de 2 muestras poblacionales, con $p= 0.05$. Chi cuadrada para establecer la relación de factores predisponentes de disfunción familiar, así como también se utilizaron medidas de tendencia central para determinar la edad promedio para los padres de familia (Mediana), cifras porcentuales para algunas de las variables.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

Criterios de Inclusión.

Familias que pertenezcan al nivel socioeconómico bajo.

Familias que pertenezcan al nivel socioeconómico medio bajo.

Criterios de Exclusión

- ❖ Familias que pertenezcan a un nivel socioeconómico medio alto.
- ❖ Familias que pertenezcan al nivel socioeconómico alto.
- ❖ Familias que no pertenezcan a la población de influencia del Centro de Salud de Tierra nueva 3ra.

A).- DISEÑO Y DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variables independientes

VARIABLES	DEFINICIÓN	ESCALA
EDAD	Edad de los padres de familia en el momento de la encuesta.	Entre los 18 – 60 años de edad.
RELIGIÓN	Es el grupo de doctrinas y dog de una población específica	1 Católica, 2 Adventista, 3 Testigos de Jehová, 4 Evangélicos, 5 La voz de la piedra angular, 6 La voz de la alianza, 7 San Juan Bautista, 8 Ninguna
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Estrato social al que pertenece cada persona	1 Baja, 3 Media Baja 3 Media Alta, 4 Alta

Variables Dependientes.

VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Es el conjunto de reglas y roles que interactúan en una familia.	<ol style="list-style-type: none">1. Rígidamente Desligado2. Caóticamente Desligado3. Caóticamente Aglutinado4. Rígidamente Aglutinado5. Rígidamente Separado6. Caóticamente Separado7. Flexiblemente Desligado8. Caóticamente Separado9. Caóticamente Conectado10. Flexiblemente Aglutinado11. Estructuralmente Aglutinado12. Rígidamente Conectado13. Estructuralmente Separado14. Flexiblemente Separado15. Flexiblemente Conectado16. Estructuralmente Conectado

VIII.- RESULTADOS.

Se entrevistaron 370 padres de familia, de un total de 10,118 familias, no se eliminó a ningún padre de familia ya que se aprovecharon las reuniones que mensualmente tienen los médicos de cada consultorio con su población, para realizar las entrevistas, además de las que se realizaron en la sala de espera del Centro de Salud.

Se analizó la funcionalidad familiar de una población de nivel socioeconómico Bajo y Medio Bajo, utilizando el método estadístico de Prueba de Hipótesis de diferencias de Medias Poblacionales, con los siguientes resultados: $z = -2.44$, con un nivel de confianza del 95%, y una p menor del 0.05.

Cuadro 1

Prueba z para medias de dos muestras de la funcionalidad familiar entre los niveles socioeconómicos bajo y medio bajo		
	NIVEL BAJO	MEDIO BAJO
Media	8.390728477	9.136363636
Varianza (conocida)	15.60289461	20.36866846
Observaciones	303	67
Diferencias Hipotéticas de las medias	0.73168809	
Z	-2.447388126	
P ($Z \leq z$) una cola	0.007194793	
Valor critico de z (una cola)	1.644853	
Valor critico de z (dos cola)	0.014389586	
Valor critico de z (dos cola)	1.959961082	

También se realizó un análisis sobre la funcionalidad familiar y la edad de los padres de familia, utilizando medidas de tendencia central, como lo es la mediana con resultado de 33. Por lo que se dividieron en 2 grupos de estudio: Menores de 33 y Mayores de 33 años.

Cuadro 2

EDAD PROMEDIO	FUNCIONALIDAD FAMILIAR	DIFUNCIONALIDAD FAMILIAR	TOTAL
18 – 33	62	139	201
34 – 60	44	125	169
Total	106	264	370

Se analizó la funcionalidad familiar por grupos religiosos, tomando a la religión católica como grupo mayoritario, comparada con la de otras religiones. Obteniéndose un valor para $\chi^2 = 0.003$ con un nivel de confianza del 95% y un riesgo relativo de 0.43.

Cuadro 3

RELIGIÓN	FUNCIONALIDAD FAMILIAR	DIFUNCIONALIDAD FAMILIAR	TOTAL
Católicos	70	177	247
Otras Religiones	36	87	123
Total	106	264	370

CIFRAS Y GRAFICAS PORCENTUALES

El total de los 370 padres de familia encuestados el 17% (63) fueron hombres y 83% (307) mujeres Grafica ~. El 82% (303) de ellos pertenecieron al Nivel socioeconómico Bajo, y el otro 18% (67) son de Nivel socioeconómico Medio Bajo ^{Grafica 2}

Según grupos de edad, se encontró que de 18-20 años 6% (23); de 21-30 años el 33% (123); siendo el grupo mayor para los de 31-40, ocupando el 42% (155); de 41-50 años el 14% (52); de 51-60 años el 5% (17). ^{Grafica3}

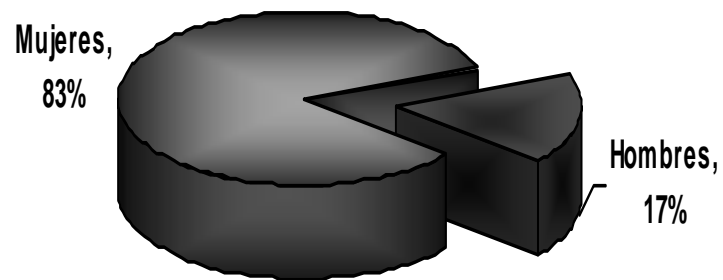
En cuanto a la ocupación, el 1% (5) fue campesino; el grupo mayor, lo conformaron labores del Hogar con 68% (252); el 12% (43) fueron Obreros; el 16% (59) empleados y el 3% (11) comerciantes. ^{Grafica4}

Por grupos religiosos se obtuvo como grupo mayor a los católicos con un 66% (247) el 6% a los Adventistas (21); un 5% (18) a los Testigos de Jehová; 14% (54) fue para los Evangélicos; e1 1 % (2) correspondió a los de la Voz de La Piedra Angular; el otro 1 % (3) fue para los de la Voz de La Alianza; el 2% (8)10 ocuparon los de la San Juan Bautista; y el último 5% (17) no profesaron religión alguna. ^{Grafica 5}

Por grado de Estudio, el 5% (18) lo ocuparon los analfabetas; 5% (17) fue para los que sólo saben leer y escribir; 41% (153) estudiaron hasta primaria; el 37% (137) tuvieron estudios de secundaria; 5% (17) carrera comercial; 6% (24) estudiaron hasta la preparatoria; y 1 % (4) cursó estudios profesionales. ^{Grafica 6}

Grafica 1

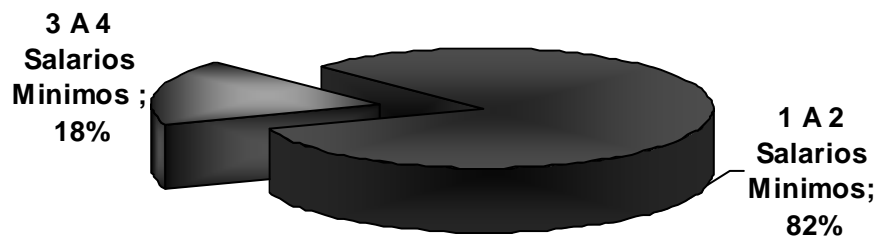
PORCENTAJE DE ENTREVISTADOS



FUENTE 370 ENCUESTA A USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE TIERRA NUEVA 3ª, SSA TABASCO, 2006

Grafica 2

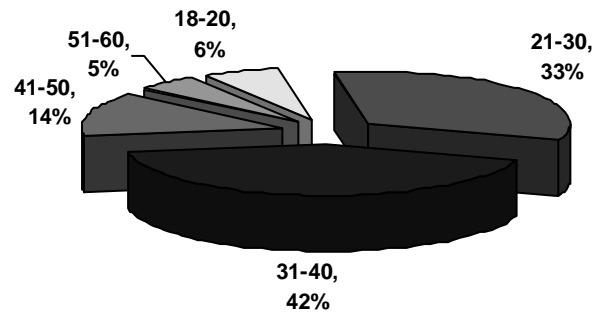
NIVEL ECONÓMICO, INGRESO FAMILIAR



FUENTE 370 ENCUESTA A USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE TIERRA NUEVA 3a ,SSA TABASCO, 2006

Grafica 3

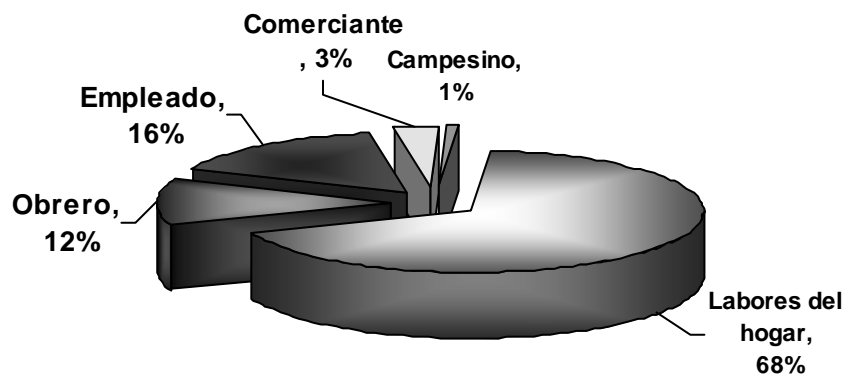
EDAD DE LOS USUARIOS



FUENTE 370 ENCUESTA A USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE TIERRA NUEVA 3a SSA TABASCO, 2006

Grafica 4

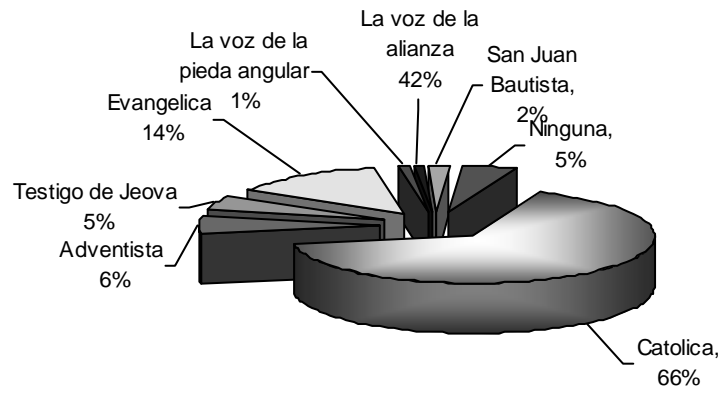
NIVEL ECONÓMICO, INGRESO FAMILIAR



FUENTE 370 ENCUESTA A USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE TIERRA NUEVA 3a SSA TABASCO, 2006

Grafica 5

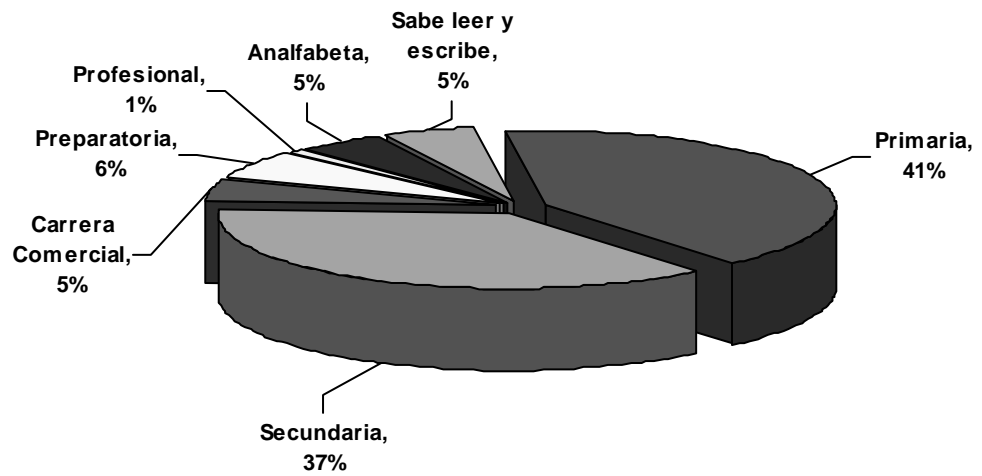
RELIGION DE LOS USUARIOS



FUENTE 370 ENCUESTA A USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE TIERRA NUEVA 3a SSA TABASCO, 2006

ESCOLARIDAD DE LOS USUARIOS

Grafica 6



FUENTE 370 ENCUESTA A USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE TIERRA NUEVA 3a SSA TABASCO, 2006

ANALISIS.

En el presente estudio muestra la problemática que existe en un grupo de padres de familias con pobreza y analizando a ésta como un factor predisponente para la disfunción familiar. A continuación se exponen los estudios escasos al respecto disponibles en la bibliografía y nuestros resultados.

Se observó en nuestro estudio una mala adaptación ante las crisis familiares, así como reglas y roles con tendencia hacia los extremos, con una mala o escasa utilización de sus recursos naturales, familiares, sociales y culturales; así como falta de cohesión. Se hizo un comparativo para la funcionalidad familiar con padres de familia en extrema pobreza y los de Nivel socioeconómico medio Bajo, obteniéndose mejor funcionalidad familiar en el segundo grupo que en el primero, por lo que podemos decir que la pobreza si es un factor predisponente para la disfunción familiar. De igual manera a nuestro estudio, se reporto en el estudio de Salud Familiar (Rey. Cubana Médica General Integral 1999), en la comunidad de Jaimanitas, ubicada en el Policlínico “Dr. Manuel Fajardo Rivero” con el fin de identificar los problemas relacionados con la Salud Familiar que inciden desfavorablemente en las familias de esta área. Constatándose que el bajo nivel económico resultó ser un factor de riesgo para la disfunción familiar, ya que la precariedad los hace más vulnerables. Así también hay un estudio hecho en Venezuela por Gonzáles y Cols en la Universidad de los Andes y el cual se realizo en Médicos Residentes donde se valoro funcionalidad familiar, estrato socioeconómico y redes de apoyo, en el cual se reporta un porcentaje significativo con cohesión familiar relacionada con un buen soporte personal aportado por la familia y es de llamar la atención que

menciona que hubo una relación estadísticamente significativa entre el goce de becas y funcionalidad familiar, mas no así en la asociación de estrato socio-económico y funcionalidad familiar, ni el estrato social, la cohesión y la adaptabilidad. Si comparáramos este estudio con el nuestro podemos inferir que existes una relación entre recibir un sueldo bien remunerado y la funcionalidad familiar, cosa que en nuestro universo de estudio no se da, por la razón de que la mayoría de la población, percibe un salario bajo o muchas veces no lo perciben lo cual conlleva una situación de carestía a las familiar, bajo poder adquisitivo, oportunidades de desarrollo perdida para la mayoría de las familia, abandono del hogar de los hijos a temprana edad en busca de mejores perspectivas, ya sea formando su propia familia, lo cual conlleva embarazos a muy temprana edad o buscar mejores oportunidades de desarrollo fuera de la comunidad, lo cual condiciona desintegración familiar.

En 1998 se realizo en Colombia por Giraldo Giraldo y cols un estudio sobre funcionalidad familiar en familias usuarias de los hogares comunitarios de Bienestar en el municipio de Itagui, Antioquia-Colombia en 1998 y aunque utilizaron el APGAR FAMILIAR es de llamar la atención los resultados encontrados dado que ellos infieren que 62% de las familias era funcional, 31% tenía disfuncionalidad moderada y 7% severa. De los componentes del Apgar, el que mostró mayor satisfacción fue cohesión, y el de mayor insatisfacción adaptabilidad. Las variables que mostraron asociación con funcionalidad familiar fueron escolaridad máxima en la familia ($p=0.01$), índice de carga esta última dada por la asociación entre el motivo "pobreza/alimentación" y disfuncionalidad. Las familias con menor grado de escolaridad máxima, mayor índice de carga familiar y que ingresaron al Hogar por motivos económicos y/o alimentarios presentaron menor nivel de

funcionalidad familiar. Esto nos puede concluir que el bajo nivel socioeconómico si es un factor predisponente para la disfuncionalidad familiar

Se buscaron otros probables factores que incidieran de alguna manera en la disfunción familiar, tales como la edad y la religión, corroborándose que la edad y la religión no son factores predisponentes para la disfunción familiar. De igual manera se reporto en el Municipio de Cienfuegos de la Habana, (Rev. Cubana Médica Gen Integral 2003) dónde se estudió un grupo de familias para valorar la funcionalidad familiar de cada una de ellas, dividiéndose en grupos etáreos, donde los adultos mayores afirmaban ser funcionales sobre los adolescentes y adultos jóvenes, sin embargo no se encontraron diferencias estadísticas significativas. Y por lo que respecta a la religión, aún no se han realizado estudios que vinculen la religión con la funcionalidad familiar.

Con respecto a la funcionalidad familiar, en nuestro estudio se reporta el 29% funcional, a diferencia de los publicados por el Dr. Pablo García (tesis 2003) quien reporta a un grupo de diabéticos adultos mayores, con una funcionalidad familiar del 43%. Lo anterior se debe a que nuestro grupo incluye a la población en general.

CONCLUSIÓN.

Los resultados de esta investigación nos hacen reflexionar acerca de la importancia de la funcionalidad familiar, principalmente en las familias de nivel socioeconómico bajo y medio bajo, ya que se asoció directamente a la pobreza como un factor predisponente de disfunción familiar en el grupo estudiado. Por lo que se afirma que los Padres de Familia con nivel Socioeconómico Bajo tienen mayor predisposición para la disfunción familiar, que los de Nivel Socioeconómico Medio Bajo.

Con respecto a la religión católica, no presentó algún factor protector sobre otras religiones, ya que presentaron funcionalidad familiar semejante. Por lo que se concluye que la presencia o ausencia de religión no interfiere con la funcionalidad familiar.

Así mismo tanto los adultos menores y mayores de 33 años, presentaron funcionalidad familiar similar. Donde se obtuvo como resultado, que la edad no es un factor de riesgo para la disfunción familiar, con un valor para $\chi^2 = 1.039$ y un riesgo relativo de 0.4, no habiendo diferencia significativa en ambos grupos.

Esto nos lleva a concluir que el factor predisponente para la disfuncionalidad familiar es el nivel socioeconómico de las familia, dado que hay una correlación muy importante entre menor nivel socioeconómico y mayor disfuncionalidad familiar, esto es una problemática muy común en países subdesarrollados, dado que como se comentaba en apartados anteriores conlleva a una disminuir las expectativas de vida para el individuo y para la familia, menores oportunidades de desarrollo, menor calidad de vida, deficiencias en la alimentación, difícil acceso a la educación y con ello a la superación, abandono del

núcleo familiar a muy temprana edad, desintegración familiar, disminución de las redes de apoyo familiar.

Las consideraciones antes expuestas, nos exhorta al estudio del Funcionamiento Familiar en forma integral, que permitirá prevenir factores de riesgo, ya que cuando la familia pierde la capacidad funcional, ocurren alteraciones en el proceso Salud-Enfermedad; y para superar estas dificultades puede tardar mucho tiempo o incluso llegar a la disolución antes de superarlas.

Formar grupos de autoayuda de las diferentes etapas de la vida, con programas que contengan objetivos específicos para el fomento de la comunicación, valores morales, sociales, culturales y de temas de salud específicos que les ayuden a las mejoras continuas en cuanto a cohesión y adaptación familiar, así como también en la prevención de enfermedades.

KLANEKS

CUESTIONARIO

TEST FACES III

No. Consultorio: _____

1.- Edad: _____

2.- Sexo:

a).- M b).- F

3.- ¿A qué se dedica?

a).- Campesino b).- Labores del Hogar c).- Obrero
d).- Empleado e).- Comerciante f).- Empresario

4.- ¿Cuántos salarios mínimos gana Usted diariamente? (El salario mínimo es de 41.53 pesos). Colocar cuanto gana semanal, quincenal o mensualmente especificando la cifra.

a).- De 1-2 b).- De 3-4 c).- De 5-6 d).- De 7-8
e).- De 9 a más

5.- ¿Qué religión profesa?

a).- Católica b).- Adventista c).- Testigos de Jehová d).- Evangélica
e).- La Voz de la Piedra Angular f).- La Voz de la Alianza g).- San Juan Bautista

6.- ¿Hasta que grado cursó Usted en la Escuela?

a).- Analfabeta b).- Sabe leer y escribir c).- Primaria d).- Secundaria
e).- Preparatoria f).- Profesional.

7.- ¿En su familia, se dan apoyo entre ustedes?

a).- Nunca b).- Casi Nunca c).- Algunas Veces d).- Casi Siempre
e).- Siempre

8.- En su familia ¿se toman en cuenta las sugerencias de sus hijos para resolver los problemas?

a).- Nunca b).- Casi Nunca c).- Algunas Veces d).- Casi Siempre
e).- Siempre

9.- ¿Se aceptan a los amigos de los demás miembros de su familia?

a).- Nunca b).- Casi Nunca c).- Algunas Veces d).- Casi Siempre
e).- Siempre

10.- ¿Pueden sus hijos, opinar en cuanto a su disciplina?

a).- Nunca b).- Casi Nunca c).- Algunas Veces d).- Casi Siempre
e).- Siempre

11.- ¿Les gusta convivir a usted y su familia, solamente con los familiares más cercanos?

- a).- Nunca b).- Casi Nunca c).- Algunas Veces d).- Casi Siempre
e).- Siempre

12.- ¿Puede cualquier miembro de la familia, tomar decisiones?

- a).- Nunca b).- Casi Nunca c).- Algunas Veces d).- Casi Siempre
e).- Siempre

13.- ¿Se sienten más unidos entre ustedes, que con personas que no son de su familia?

- a).- Nunca b).- Casi Nunca c).- Algunas Veces d).- Casi Siempre
e).- Siempre

14.- En su familia, ¿cambian el modo de hacer las cosas?

- a).- Nunca b).- Casi Nunca c).- Algunas Veces d).- Casi Siempre
e).- Siempre

15.- ¿Le gusta convivir con su familia, en su tiempo libre?

- a).- Nunca b).- Casi Nunca c).- Algunas Veces d).- Casi Siempre
e).- Siempre

16.- ¿En relación con los castigos, usted y sus hijos establecen reglas previas?

- a).- Nunca b).- Casi Nunca c).- Algunas Veces d).- Casi Siempre
e).- Siempre

17.- ¿Siente usted, que su familia está muy unida?

- a).- Nunca b).- Casi Nunca c).- Algunas Veces d).- Casi Siempre
e).- Siempre

18.- ¿En su familia, las decisiones las toman sus hijos?

- a).- Nunca b).- Casi Nunca c).- Algunas Veces d).- Casi Siempre
e).- Siempre

19.- ¿Cuándo se toma una decisión importante, toda la familia está presente?

- a).- Nunca b).- Casi Nunca c).- Algunas Veces d).- Casi Siempre
e).- Siempre

20.- ¿En su familia, cambian las reglas?

- a).- Nunca b).- Casi Nunca c).- Algunas Veces d).- Casi Siempre
e).- Siempre

21.- ¿Pueden los integrantes de su familia y usted, planear actividades en familia?

- a).- Nunca b).- Casi Nunca c).- Algunas Veces d).- Casi Siempre
e).- Siempre

22.- ¿Se intercambian los quehaceres del hogar entre los miembros de su familia?

- a).- Nunca b).- Casi Nunca c).- Algunas Veces d).- Casi Siempre
e).- Siempre

23.- ¿Se consultan entre los integrantes de la familia para tomar decisiones?

- a).- Nunca b).- Casi Nunca c).- Algunas Veces d).- Casi Siempre
e).- Siempre

24.- ¿En su familia, es difícil identificar quien tiene la autoridad?

- a).- Nunca b).- Casi Nunca c).- Algunas Veces d).- Casi Siempre
e).- Siempre

25.- ¿Para su familia, la unión familiar es muy importante?

- a).- Nunca b).- Casi Nunca c).- Algunas Veces d).- Casi Siempre
e).- Siempre

26.- ¿En su familia, es difícil identificar quien hace las labores del hogar?

- a).- Nunca b).- Casi Nunca c).- Algunas Veces d).- Casi Siempre
e).- Siempre

COHESIÓN		
8	50	AGLUTINADO
	48	
7	47	
	46	
6	45	CONECTADO
	43	
5	42	
	41	
4	40	SEPARADO
	38	
3	37	
	35	
2	34	DESLIGADO
	25	
1	24	
	10	

ADAPTABIADA		
8	50	CAHOTICO
	48	
7	47	
	46	
6	45	FLEXIBLE
	43	
5	42	
	41	
4	40	ESTRUCTURADO
	38	
3	37	
	35	
2	34	REGIDO
	25	
1	24	
	10	

CALIFICACIÓN DEL FACES III

COHESIÓN



XII.- BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Arnulfo Irigoyen Coria y cols., Fundamentos de Medicina Familiar, Editorial Medicina Familiar Mexicana, 5ta. Edición Internacional, Páginas 3 - 37. Año 1998.

- 2.- Jhon Bradshaw, La Familia, Editorial Selector, Primera Edición, Páginas 109 — 216, Año 2000.

- 3.- Liliana Arias C., Julián A. Herrera. El Apgar Familiar en el cuidado primario de salud. Colombia Médica Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali Colombia. Año 1994.

- 4.- Dra. Rita Urbina de Villegas. Apgar Familiar y Adolescencia. Servicios de Medicina del Adolescente “J.M. de los Ríos”, Año 1998.

- 5.- María T. Ortiz Gómez y cols. La Salud Familiar. Caracterización en un Área de Salud, Rey. Cubana Médica Gen Integral Año 1999.

- 6.- Psic. Viviana C. De Francisco y cols, Salud Familiar como Alternativa De Atención Integral en las Unidades de Atención Primaria. Colombia Médica, Año 1995.

- 7.- Dr. Enrique Dulanto Gutiérrez, El Adolescente, Asociación Mexicana de Pediatría, Mc Graw-Hill Interamericana, Páginas 239 — 253, México Año 2000.

8.- German Castellano Barca, Importancia De los Factores Protectores en el Desarrollo Psicosocial, Centro de Salud La Vega, Año 2002.

9.- Virginia Satir, En contacto Intimo, Editorial Concepto, Cuarta Reimpresión, página 19 – 20, Año 1990.

10.- Actas y documentos Pontificios, Familia, Matrimonio y Uniones de Hecho, Ediciones Paulinas, Primera Edición, Página 36, Año 2000.

11.- Clara Pérez Cárdenas, Manifestaciones de las Crisis Familiares en una Población de Alamar, Rey. Cubana Médica, Año 1997.

12.- Patricia María Herrera Santí, La Familia Funcional y Disfuncional, un indicador de Salud, Rey. Cubana Médica, Año 1997.

13.- Virginia Satir, Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar, Editorial Pax México, Sexta Reimpresión, Páginas 144-153, Año 1991.

14.- Adolfo Rubinstein y cols., Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria, Editorial Médica Panamericana, Primera Edición, Páginas 181 - 190, Año 2001.

15.- Olson, D., Sprenkle y D., Rusell, C. (1979) Circumflex model of Marital and Family Systems: 1. Cohesion and adaptability dimensions family types, and clinical applications; Family Process; Volumen 18.

- .16. - Anagalys Ortega Alvelay y Cols. Funcionamiento Familiar. Su Percepción por Diferentes Grupos Generacionales y Signos de Alarma. Rey. Cubana Médica. Año 2003.
- 17.- Varela Ruiz FJ. Disfunción Familiar en Hiperfrecuentadores de Atención Primaria. Revista Española PDF Número 2, Año 2000.
- 18.- A. Marcas Vila, E. y Cols. La Disfunción Familiar como Predisponente de la Enfermedad Mental. Rey. Atención Primaria, Volumen 26, Número 7, año 2000.
- 19.- Dr. Pablo García Miguel y cols. Calidad de Vida en el Paciente Diabético Tipo 2 Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 2003, Página 26.
- 20.- Priego Álvarez Heberto, López Naranjo José, Meneses Hernández José Luís. Encuesta de consumo de Servicios de Salud, Tabasco 1998, proyectos de investigación Serie 1, Página 17.
- 21.- Viviana C. DeFrancisco, Psic., M.Sc, Yolanda Cerón, T.S., M.Sc.
Julián A. Herrera, M.D. Salud familiar como una alternativa de atención integral en las unidades de atención primaria. Colombia Médica 1995: 26: 51-4
- 22.- Clavelina FJ, Irigoyen Coria A, Ponce Rosas ER Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam 1999;1(2):45-57
- 23.- Gonzales Benitez Idarmis. Reflexiones acerca de la salud familiar. Rev Cubana Med Gen Integr v.16 n.5 Ciudad de La Habana sept.-oct. 2000

24.- Giraldo Giraldo Carlos Alberto, Morales Giraldo Luís Fernando, FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS HOGARES COMUNITARIOS DE ITAGÜI 1998. Revista de Pediatría, V12 (5)35-39. Colombia

25.- González Carmen, Mejía María, Angulo Luís. FUNCIONALIDAD FAMILIAR, ESTRATO SOCIO-ECONÓMICO Y RED DE APOYO SOCIAL DE LOS RESIDENTES DE POSTGRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. MERIDA. VENEZUELA. Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Vol. 12 N° 1-4. 2003. (2005). Mérida. Venezuela