



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARÍA DE SALUD

UNIDAD ACADÉMICA  
CESSA 4 "Dr. Maximiliano Dorantes"  
Villahermosa, Tabasco

**COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN LA COMUNIDAD DE  
CORREGIDORA 5ª SECCIÓN**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DR: JORGE IVÁN MARTÍNEZ PÉREZ**

VILLAHERMOSA TABASCO 2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



**COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR DE CORREGIDORA 5ª SECCIÓN.  
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR.**

**PRESENTA.**

**DR. JORGE IVÁN MARTÍNEZ PÉREZ.**

**AUTORIZACIONES.**

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA.

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN

DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

U.N.A.M.

**DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES.**

COORDINADOR DE DOCENCIA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA.

U.N.A.M.



**COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR DE CORREGIDORA 5ª SECCIÓN.  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN TRABAJO MEDICINA  
FAMILIAR.**

**PRESENTA.**

**DR. JORGE IVÁN MARTÍNEZ PÉREZ.**

**AUTORIZACIONES.**

**DR. JULIO CECILIO LÓPEZ**

MEDICO FAMILIAR

ASESOR CLÍNICO

FACULTAD DE MEDICINA.

U.N.A.M.

**DR. JULIO CECILIO LÓPEZ**

MEDICO FAMILIAR

ASESOR METODOLÓGICO

FACULTAD DE MEDICINA.

U.N.A.M.

**COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR DE CORREGIDORA 5ª SECCIÓN.  
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR.**

**PRESENTA.**

**DR JORGE IVÁN MARTÍNEZ PÉREZ.**

**AUTORIZACIONES.**

**DR. LUÍS FELIPE GRAHAM ZAPATA**

**SECRETARIO DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO**

**Q.F.B SERGIO LEÓN RAMÍREZ**

**DIRECTOR DE CALIDAD Y ENSEÑANZA**

**VILLAHERMOSA TABASCO**

**2008**

## Dedicatoria

**A Dios** por haberme dado el ser y,  
La mejor de las familias quienes me han levantado  
Cuantas veces he caído, sin condición alguna.

A las mujeres que más amo en la vida,  
Quienes son sinónimo de bondad, lealtad y siempre  
Llenas de valores.... **Mi Madre y Esposa**

Al ser que llena de luz mi vida y a mi familia  
Que con sus sonrisas me da aliento  
Para seguir luchando .... **Mi Hijo Iván**

Al hombre que con sus sacrificios y ejemplos  
Me ha sabido dirigir durante la vida ...**Mi padre**

## Agradecimientos.

A los Dres. Martín de Porres Fernando Iván Ortiz Celaya, Roque Jesús Priego Martínez, y Julio Cecilio López por habernos brindado sus conocimientos sobre Medicina Familiar y por todo ese apoyo incondicional

A todos los profesores de las distintas especialidades que nos compartieron sus conocimientos y nos supieron guiar a la búsqueda del mismo.

A las autoridades de la secretaria de salud por el apoyo otorgado para la realización de esta especialidad.

A la UNAM por los conocimientos que nos permitieron adquirir a través del programa académico y las orientaciones otorgadas por medio de las supervisiones, muchas gracias

A todos mis compañeros de la especialidad, por esos momentos compartidos, muchas gracias

# ÍNDICE GENERAL

## Índice.

<b>I. Antecedentes</b>	1
<b>II. Planteamiento del Problema</b>	28
<b>III. Justificación</b>	28
<b>IV. Objetivos</b>	
4.1 General	29
4.2 Específicos	29
<b>V. Metodología</b>	
5.1 Tipo de Estudio	30
5.2 Universo de Estudio y Muestra	30
5.3 Criterios	30
5.3.1 Inclusión	30
5.3.2 Exclusión	30
5.3.3 Eliminación	31
5.4 Instrumentos de Recolección	31
5.5 Variables	32
5.6 Método	36
<b>VI. Resultados</b>	37
<b>VII. Discusión</b>	41
<b>VIII. Conclusiones</b>	42
<b>XIX. Recomendaciones y Sugerencias</b>	43
<b>X. Bibliografía</b>	44
<b>XI. Anexos</b>	48



## Resumen.

**Objetivo** Determinar si existe cohesión y adaptación familiar en la comunidad de corregidora 5ª sección.

Se realizó el estudio de cohesión y funcionalidad familiar en la comunidad de corregidora 5ª sección del municipio del centro, para valorar 2 aspectos de la funcionalidad familiar, ya que en la unidad que me encuentro se presentan con frecuencia problemas asociados a crisis no normativas que influyen en la dinámica familiar. **Material y método.** Se aplicó la escala de evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar (FACES III) de Olson, se trató de un estudio descriptivo, prospectivo y observacional, el universo de la población fue de 487 familias que se encontraban registradas en la tarjeta censal, de las cuales se tomó una muestra de 202 familias a las que se les aplicó el FACES Obteniéndose como resultado que un total de 14 familias se encontraron disfuncionales, 118 familias moderadamente funcionales y solo 72 familias como funcionales, lo que nos demuestra que el 7% de las familias presenta severos problemas en la dinámica familiar, que el 57% presentan errores de la comunicación y en su capacidad de adaptación a los distintos roles que pudieran adquirir en algunas crisis ya sean normativas o paranormativas y solo un 35% de las familias son funcionales es decir son capaces de adaptarse y comunicarse para salir adelante ante las crisis que surjan.

**Palabras claves** .cohesión, adaptabilidad familiar, dinámica familiar, crisis paranormativas, FACES III.

## Summary.

**Objective:** to determine if it exists cohesion and family adaptation in the community cooregidora 5ta section,.

it carries out the study of cohesion and family functionality in the community Corregidora 5ta section in the center municipality, to value to two aspects of the family functionality, due to the unit lam, there are presented problems associated to non-normative crisis that influences in the family dynamics.

**Material and Method :** it was applied the scale of evolution of the adaptability and family cohesion(Faces III)of Olson, it is about a descriptive, prospective, and observational study, the population was 487 families that were registered in the censal card, in which a sample of 202 families were taken to apply the FACES III .obtaining as a result that a total of 14 families were disfuncionals, 118 families moderately functional and just 72 families as functional, it demonstrates us that 7% of de families present severe problems in the family dynamics, that 57% present errors of the communication and in its capacity of adaptation to the different lists that they could acquire in some crises are normative or paranormatives and just 35% of the families is functional, it means they are able to adapt to communicate to over take whatever kind of crisis.

**Key words:** Cohesion, Family Adaptation, Family Dynamics, Crises paranormatives, FACES III.

## MARCO TEÓRICO

La familia es una institución de la estructura social condicionada por leyes económicas, sociales, biológicas y psicológicas que se definen de modo particular en el sistema de relaciones en el contexto del hogar.

El grupo familiar cumple funciones importantes relacionadas con la reproducción, el crecimiento y el desarrollo del ser humano. Ocupa un lugar fundamental en la formación de motivos y comportamientos implicados en la salud, interviene en su protección, en el desencadenamiento y recuperación de la enfermedad, en las decisiones sobre el uso de servicios profesionales y constituye la red de apoyo más potente y eficaz en el ajuste a la vida social y muy en especial ante los procesos de salud, enfermedad y muerte. Sin embargo, la familia como unidad básica de la sociedad no ha estado bien posicionada en el campo de la salud, su necesidad de atención, en tanto grupo de funcionamiento crucial en el desarrollo del individuo, no ha sido bien visualizada y su carácter de agente mediador no se ha tenido en cuenta suficientemente en las estrategias de promoción de la salud, prevención de los riesgos y en la recuperación de la enfermedad y sus secuelas.

En la reunión del subcomité de planificación de la Organización Panamericana de la Salud para el año 2003 se planteó: “a pesar de la posición fundamental que ocupa la familia en la sociedad, no suele estudiarse desde el punto de vista de la salud pública, la interrelación compleja entre la familia y la salud está mal documentada y la información disponible revela muy pocos datos del entorno familiar”. Desde 1978, la Organización Mundial de la Salud reunió un comité de expertos para argumentar el rol que ocupa la familia en la salud y proponer indicadores de análisis del estado de salud de la familia en el mundo.

En la década de los años 90 se inició un movimiento por rescatar la familia como unidad de atención en el ámbito de salud. Varios eventos cumbres hicieron llamamientos al mundo para estimular la elaboración de políticas, leyes y programas sociales y de salud que promuevan la igualdad, disminuyan la exclusión y favorezcan a la familia.

En 1993 se formuló en Cartagena de Indias la propuesta regional para la elaboración de líneas de acción en favor de las familias de América Latina y el

Caribe y en ella se estimuló la inclusión del enfoque de familia en los distintos planes y programas de salud, poblacionales y sectoriales.

En 1994 la Organización de Naciones Unidas (ONU) estableció el 15 de mayo, día internacional de la familia, como iniciativa orientada a estimular la capacidad institucional de las naciones para abordar los serios problemas relacionados con este importante grupo social.

En la Conferencia Mundial de Promoción de Salud en el año 2000, se produjo la llamada Declaración de México, que instó a los países a la reorientación de los servicios de salud haciendo hincapié en la familia y al establecimiento de políticas públicas que la fortalezcan.

El Consejo Ejecutivo de las Naciones Unidas, en ocasión del décimo aniversario del Año Internacional de la Familia, recomendó a la 57 Asamblea Mundial de la Salud, que los estados miembros evalúen sus políticas nacionales para que garanticen la disponibilidad de infraestructuras legales, sociales y físicas de apoyo a las familias, a que adopten medidas para garantizar que las políticas, los planes y los programas de salud tengan en cuenta los derechos y las necesidades globales de salud y desarrollo de la familia, con miras a proporcionar un entorno favorable para todos sus miembros; estimulando a que se preste especial atención a las familias con más riesgo, a que usen y mantengan sistemas que proporcionen información para apoyar la planificación, la vigilancia y la evaluación de intervenciones sanitarias centradas en la familia y basadas en datos científicos.

Aún cuando diferentes eventos cumbres y organizaciones de nivel internacional se hayan pronunciado por la salud de la familia en los últimos años, todavía existen políticas sociales que generan la pobreza crónica, la exclusión social y persiste en el mundo la guerra, el terrorismo y las variadas formas de violencia que constituyen vivencias destructivas para las familias <sup>1</sup>

Las familias aún en las sociedades más modernas necesitan ser dinámicas, evolutivas y tienen funciones que se deben cumplir durante las etapas de desarrollo de la misma, principalmente en las funciones de afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus familiar. Estos aspectos interesan a la medicina

contemporánea llamándola funcionalidad familiar y corresponde a uno de los parámetros principales que se evalúa en el estudio de la salud familiar.

La disfunción familiar se entiende como el no-cumplimiento de alguna(s) de estas funciones por alteración en algunos de los subsistemas familiares. Por otra parte, analizando a la familia como sistema, ésta es disfuncional cuando alguno de sus subsistemas se altera por cambio en los roles de sus integrantes.

Garza Elizondo (1997) nos dice que la familia se encuentra sometida a presión interna originada por la evolución de sus miembros y subsistemas- desarrollo individual y familiar- y a presión externa originada en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales que influyen sobre los miembros de la familia – crisis accidentales. Cuando una familia sufre una crisis familiar accidental, como por ejemplo una enfermedad crónica, una característica importante es la temporalidad pudiendo ser transitorias o continuas. Las familias con un enfermo crónico, por su carácter de permanente provocan mayores dificultades en la respuesta adaptativa de la familia. Una familia con un enfermo crónico, presenta un evento tensionante que afecta no sólo al enfermo, sino a cada uno de sus integrantes y a la familia como un todo.<sup>2</sup>

La familia se caracteriza por ser un sistema en constante transformación, existiendo un equilibrio dinámico entre la tendencia hacia la homeostasis (estabilidad) y la capacidad de transformación (cambio); lo cual se explica por ser un sistema activo que se autogobierna mediante reglas que ella misma desarrolla y modifica para adaptarse a las variadas exigencias del ciclo vital; y por ser un sistema abierto en interacción con otros sistemas (Andolfi, M., 1991).

Los sistemas familiares pueden describirse como flexibles o rígidos de acuerdo al grado de dificultad que tienen en alcanzar nuevos equilibrios en respuesta a desarrollos ocurridos durante el ciclo vital. En el curso del tiempo, la familia debe ser capaz de modificar el equilibrio entre las *funciones* de sus miembros (el estado de cohesión) y el *desarrollo* de cada individuo (el estado de Diferenciación). Un sistema se vuelve rígido cuando la incapacidad de modificar estas funciones

interfiere con las necesidades de diferenciación de sus miembros (Andolfi, M., 1985). Para cumplir con sus funciones centrales la familia atraviesa por distintas etapas evolutivas, que se caracterizan por la presencia de tareas y crisis que enfrentar, así como modificaciones en los vínculos establecidos al interior del sistema familiar. Según arter, E. y Mc Goldrick, M., 1980, el ciclo vital de una familia puede ser descrito en

Distintas etapas:

1-Experiencias con la familia de origen: Las tareas son mantener relaciones con los Padres, hermanos y pares así como completar los estudios académicos en el Colegio.

2-Abandonar el hogar: Las tareas son la diferenciación de la familia de origen y el desarrollo de relaciones adultas con los padres, el desarrollo de relaciones íntimas de amistad y el inicio de una carrera.

3-Etapa pre-matrimonio: Las tareas son las de seleccionar una pareja, desarrollar Una relación y decidir casarse o vivir juntos.

4-Etapa de convivencia: Las tareas son las de desarrollar una forma de vivir juntos basado en la realidad más que en las proyecciones mutuas y establecer relaciones Con la familia de origen y grupo de pares integrando a la pareja.

5-Familia con niños pequeños: Las tareas son las de ajustar el sistema marital a un espacio con niños, adoptar roles parentales y establecer relaciones con la familia de origen que incluya los roles de padres y de abuelos.

6-Familia con adolescentes: Las tareas son las de ajustar las relaciones padre-hijo para permitir mayor autonomía a los adolescentes, ajustar las relaciones maritales a las etapas de la mitad de la vida y a los resultados de la carrera ocupacional y tomar la responsabilidad por el cuidado de la familia de origen.

7-Abandono de los hijos: Las tareas son las de negociar relaciones de adulto con los hijos, ajustarse a la pareja de los hijos, ajustarse a incluir familiares políticos y nietos en el círculo familiar y tratar con las enfermedades y la muerte de la familia de origen.

8-Vida posterior: Las tareas son las de aceptar el deterioro fisiológico, ajustarse a que los hijos tomen un rol central en la mantención de la familia, tratar con la

pérdida de la pareja y amigos y preparase para la muerte. Los problemas y síntomas reflejan la adaptación de un sistema a su contexto total en un momento determinado, teniendo en cuenta tanto el contexto sociocultural como el histórico. Los síntomas tienden a agruparse en torno a los hechos críticos o puntos nodales de transición del ciclo de la vida en la historia de una familia (Mc Goldrick, M., 1987). Se entenderá por estrés familiar la tensión creada por las perturbaciones del entorno o internas de la familia, que amenazan el equilibrio de ésta (Barudy, J., 1999)

.A partir del desarrollo de la Teoría Familiar Sistémica se amplía el foco de observación desde el individuo hacia el sistema de relaciones en el cuál éste se haya inserto, localizando los problemas familiares dentro de la familia nuclear. A su vez, la perspectiva multigeneracional amplía su mirada en al menos tres generaciones. El adecuado entendimiento del sistema familiar nuclear actual requiere considerar la dimensión histórica evolutiva de éste, ampliando la unidad de observación no sólo del individuo a la familia nuclear, sino además, de ésta a la familia multigeneracional, es decir, a la descripción de los procesos de transmisión de patrones transaccionales, comportamentales o emocionales a través de las generaciones (Cruzat, A., 1998).<sup>(3)</sup>

La OMS define familia como "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 puede definirse con precisión en escala mundial."

La familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos. En su concepción más conocida está constituida por la pareja y su descendencia. Sin embargo, el proceso histórico y social muestra diferentes estructuras familiares que hacen difícil una definición de ella lo indica que la familia esta ligada a los procesos de transformación de la cultura contemporánea

La familia es el mejor lugar para que el niño se sienta querido. Los padres son una constante a lo largo de la vida de cualquier niño, por lo tanto, la familia es uno

de los factores que más influyen en su futuro y aún más si tiene una alteración del desarrollo.

Los apegos que los niños desarrollan con sus padres y hermanos generalmente duran toda la vida y sirven como modelos de relación a lo largo de su desarrollo. También dentro de la familia el ser humano experimenta sus primeros conflictos sociales.

Una buena aproximación a la familia debe tener sus bases en la teoría de sistemas y de la comunicación. Pino. G, Poupin L. 1999, definen un sistema como el conjunto de elementos en interacción dinámica, en el cual el estado de cada uno de ellos está determinado por la situación que ocupan cada uno de los otros.

El aporte de la teoría de sistemas nos permite visualizar la familia como una totalidad que se compone de partes, sus miembros, los que interrelacionan y son interdependientes entre si Como describe Minuchin, 1982, la familia está constituida por subsistemas, entre éstos encontramos, el subsistema conyugal, parental, filial; desde esta concepción todos se ven afectados en el caso de enfermedad y hospitalización de uno de sus miembros. Fuera de los subsistemas clásicos señala Aylwin 2002, existen otros subsistemas constituidos por diferentes factores como sexo, interés, edades o funciones.

#### Definición de salud familiar

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, biosicosociales, 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 <sup>(4)</sup>

La familia, padres y madres, tienen la responsabilidad del cuidado y educación de sus hijos/as, proporcionándoles los medios necesarios para su adecuado desarrollo, de forma que puedan llegar a ser miembros activos de la sociedad.

Podemos utilizar la clásica jerarquía de Maslow para resumir las necesidades comunes a todo ser humano: fisiológicas, seguridad, pertenencia, estima,

autorrealización. La calidad de vida mejora en la medida en que cada individuo tiene resueltas sus necesidades. A través de una serie de indicadores se puede evaluar el nivel de calidad de vida. Ante una persona con discapacidad la familia debe suplir con su "intervención" la satisfacción de estas necesidades, que se mantienen durante más tiempo, especialmente cuanto mayor sea la intensidad de los apoyos que la persona necesita. Así por ejemplo, la familia de una persona que sufre una tetraplejia severa tendrá que ayudarlo dándole la comida, poniéndole la ropa adecuada, acompañándolo en los desplazamientos... En otros tipos de discapacidad las necesidades son diferentes, pero existe la coincidencia de retrasos, incluso imposibilidades, en el logro de autonomía.<sup>4</sup>

La "cohesión familiar" es definida como la ligazón emocional que los miembros de una familia tienen entre sí. Existen varios conceptos o variables específicas para diagnosticar y medir las dimensiones de cohesión familiar: ligazón emocional, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y formas de recreación.

Dentro de la dimensión de cohesión es posible distinguir cuatro niveles: desvinculada (muy baja), separada (baja a moderada), conectada (moderada a alta) y enmarañada (muy alta). La cohesión desvinculada o desprendida se refiere a familias donde prima el "yo", esto es, hay ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, ausencia de lealtad a la familia y alta independencia personal. En la cohesión separada si bien prima el "yo" existe presencia de un "nosotros"; además se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una cierta tendencia hacia la independencia.

En la cohesión conectada o unida, prima el "nosotros" con presencia del "yo"; son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con una tendencia hacia la dependencia.



Finalmente en la cohesión enmarañada o enredada, prima el "nosotros", apreciándose máxima unión afectiva entre los familiares, a la vez que existe una fuerte exigencia de fidelidad y lealtad hacia la familia, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común.

La "adaptabilidad familiar" es definida como la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo. La descripción, medición y diagnóstico de esta dimensión incluye conceptos tales como poder (capacidad de afirmación, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de relación de la familia.

Los cuatro niveles de adaptabilidad que se describen son: rígida (muy baja), estructurada (baja a moderada), flexible (moderada a alta) y caótica (muy alta). La adaptabilidad caótica se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes. La flexible, a un liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios. Por otra parte, la adaptabilidad estructurada ha sido entendida como aquella en que el liderazgo y los roles en ocasiones son compartidos, donde existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan. La adaptabilidad rígida alude a un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios.

La actual Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES de acuerdo a sus autores) es una escala que se desarrolló en tres etapas que se describirán a continuación:

La escala FACES I (versión original) constaba de 111 ítems. Fue desarrollada en los trabajos de doctorado de Portner y Bell. En estos primeros estudios, los coeficientes alpha de Cronbach de confiabilidad fueron para la subescala de cohesión de 0,83 y para la de adaptabilidad de 0,65.

La escala FACES II se diseñó a partir de las FACES I, a fin de disponer de un instrumento más breve, con frases mucho más sencillas, de manera que pudieran ser respondidas por los hijos y personas con dificultades de comprensión. Conservaron las mismas categorías en cada dimensión. Con la ayuda de los datos obtenidos, después de considerar los resultados del análisis factorial y el coeficiente alpha de Cronbach, se redujo la escala a sólo 50 ítems, obteniéndose una confiabilidad de 0,91 para la subescala de cohesión y de 0,80 para la adaptabilidad, Fall (1981), estudió la confiabilidad a través de la prueba test-retest con un intervalo de 4 a 5 semanas, empleando la versión de 50 ítems, obteniendo una correlación de 0,84. Considerando independientemente cada una de las dimensiones, se obtuvo una correlación de 0,83 para la sub escala cohesión y 0,80 para adaptabilidad. <sup>(3)</sup>

FACES II (*Family Adaptability and Cohesion Scale*; Olson, Portner y Lavee, 1985) se trata de una escala desarrollada para evaluar la estructura relacional familiar. Compuesto por 30 ítems que permiten evaluar la cohesión ( $\alpha = 0,75$ ) y la adaptabilidad ( $\alpha = 0,75$ ) en las relaciones familiares <sup>6</sup>

De la Cuesta Poz y Louro(1996) consideran el Funcionamiento Familiar, como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de la categoría de cohesión armónica de rol, permeabilidad, afectividad, participación y adaptabilidad.

Las consideraciones antes expuestas nos hacen reflexionar acerca de la importancia de estudiar el Funcionamiento Familiar, apreciándose, que cuando la familia pierde la capacidad funcional ocurren alteraciones en el proceso Salud-Enfermedad de los miembros y en sus relaciones; y por lo tanto, en el sistema como un todo. <sup>7</sup>

La evaluación familiar por parte de los médicos de familia comprende actividades de carácter clínico que se vinculan con una visión integradora de elementos

biológicos, psicológicos y sociales que interactúan para dar como resultado uno o varios daños a la salud. Los elementos biológicos han sido los más ampliamente estudiados, desde el nivel molecular hasta el epidemiológico; sin embargo, por su gran importancia, los aspectos psicológicos y sociales son motivo de una exploración que requiere de la aplicación de diversas metodologías científicas, las cuales el profesional de la salud debe conocer en grado suficiente para evaluar en su justa dimensión, el efecto de estos elementos sobre el proceso salud-enfermedad.

La evaluación de la dinámica familiar requiere del entendimiento conceptual de diversos componentes que intervienen en la relación de los integrantes de las familias y que determinan su composición, características, estructura y funcionalidad. De esta manera, el entendimiento de las diversas teorías que han surgido para evaluar a las familias, permite identificar también la necesidad de desarrollar instrumentos que contribuyan a la medición de los elementos o constructos que integran los diversos modelos teóricos. La creación de instrumentos para la evaluación psicosocial de la familia se ha efectuado al menos bajo dos objetivos, que incluyen la verificación de una teoría y la evaluación del efecto de algún tratamiento psicoterapéutico. La metodología que han seguido los investigadores para la creación y prueba de los instrumentos ha sido muy diversa, así como el grado de desarrollo del proceso de validación el cual, con frecuencia, no es evidenciable en el análisis de la literatura científica a la cual se tenga acceso. Es común que en la búsqueda de instrumentos que permitan la evaluación familiar se carezca de información completa, que permita identificar el objetivo para el cual fue creado (para qué) y el elemento que sustancialmente es medido (el qué) el cual, a su vez, está directamente relacionado con el constructo teórico que le da sustento; esto da como consecuencia la identificación de la verdadera utilidad del instrumento encontrado y que se pretende aplicar, así como sus alcances y limitaciones. El estudio de la teoría de la medición de elementos psicosociales de la familia a través de instrumentos, ya sea observacionales o de autoaplicación, nos ha permitido elaborar una propuesta metodológica\* para analizarlos y tomar la decisión para su adecuada aplicación, calificación e

interpretación. Junto con el desarrollo de esta propuesta, se han hecho esfuerzos para adaptar los instrumentos existentes que han sido probados, cuyos resultados en diversas publicaciones científicas permiten identificar un aceptable desarrollo del proceso de validación. Es indispensable que los profesionales de la salud tengan una plena certeza de que el instrumento que van a usar mida lo que se espera medir, y que este proceso sea congruente con las expectativas, ya sean clínicas o de investigación que busca quien lo va a aplicar.<sup>8</sup>

Al evaluar la estructura del sistema familiar con el instrumento FACES III en la dimensión de lo percibido, se encontró que 100% de las familias disfuncionales eran disgregadas, con un nivel bajo de cohesión familiar, en comparación con las familias de funcionamiento familiar normal en las que ninguna mostraba este nivel. El nivel de adaptabilidad de las familias ante eventos de estrés situacional, fue rígido en 15.4% de las familias disfuncionales. Al evaluar el sistema familiar con el instrumento FACES III en la dimensión de lo que las familias consideraban como ideal, se vio que 84.6% de las familias disfuncionales deseaban pertenecer a una familia con mayores posibilidades de cohesión entre sus miembros, en comparación con las familias de funcionamiento familiar normal, donde se observó que solamente 7.6% deseaban ese cambio ( $p < 0.05$ ). Además, 92.3% de las familias disfuncionales deseaban mejorar la capacidad de adaptabilidad para enfrentar las condiciones de estrés situacional, mientras que 7.6% en las familias con adecuado funcionamiento familiar, también deseaban mejorar la capacidad de adaptabilidad para enfrentar las mismas condiciones ( $p < 0.05$ ).

Al evaluar la comunicación del sistema familiar con el instrumento FACES III se encontró que la comunicación en las familias con disfunción familiar tenía una puntuación negativa ( $X = -11.7$   $DE = -5.9$ , rango -1.5-25) y en las familias con funcionamiento familiar normal la puntuación fue positiva ( $X = +9.4$   $DE = +4.3$ , rango -1.1 a +19).<sup>9</sup>

El ser humano es la unidad biopsicosocial donde se pone de manifiesto el funcionamiento sistémico y dialéctico entre soma y psiquis. Los procesos psicosociales están dados por una amplia gama de fenómenos que influyen sobre

el proceso salud-enfermedad; como las costumbres, creencias, actitudes, valores sociales y estilos de vida, y estas a su vez lo hacen en el pensar, sentir y actuar de los individuos. Sin duda alguna es en la enfermedad crónica (EC) donde más se evidencia la relación entre lo biológico y lo social.

David H. Olson sostiene que el comportamiento familiar puede describirse desde tres dimensiones centrales: la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación, y con base en ellas construyó el Modelo Circumplejo. Dicho autor define la cohesión como "el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí" y la adaptabilidad como "la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo"; y considera que la comunicación "facilita el movimiento de las otras dos dimensiones."<sup>10</sup>

Por otro lado el instrumento FACES III aplicado con éxito tanto en Europa como en México diseñado por Olson y cuyas siglas en español significan Escalas Evaluativa de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, Instrumento traducido al español en el 2001, validado y aplicado en -28 Volumen 8 (1) enero-abril 2006 Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar el 2003 en México por el Dr. Gómez Clavelina e Irigoyen. Sin embargo en recientes publicaciones se hace mención a que se tienen ya en periodo de validación otros instrumentos europeos que quizá mejoren el grado de confiabilidad de sus resultados, como son el FACES IV y el instrumento ENRICH, que tiene como objetivo medir específicamente la comunicación en la familia.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social se determino los factores de la dinámica familiar relacionados a la funcionalidad familiar en un grupo de familias del primer nivel de atención. Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal donde se incluyeron los estudios de diagnóstico familiar elaborados a familias adscritas a la unidad de medicina familiar No 66 de Xalapa, Veracruz por Médicos Residentes de la especialidad de medicina familiar durante el periodo marzo 2003 - diciembre

2004. Las familias contaron con al menos un hijo de 12 años o más y cada uno de los diagnósticos de salud familiar incluyó las escalas FACES III y SUBSISTEMA CONYUGAL para la determinación de la dinámica familiar considerando la comunicación, los límites y la jerarquía así como la funcionalidad familiar desde el punto de vista de su adaptabilidad y cohesión.

Las entrevistas se realizaron al menos a tres miembros de cada familia. El único criterio de eliminación contemplado fue el haber aplicado los instrumentos de Medición en forma incompleta. El trabajo para su realización fue autorizado y avalado por el comité local de investigación. Para valorar la participación del resto de la familia en la dinámica familiar, se aplicó el instrumento FACES III que valoró a través de 20 reactivos, la comunicación, las jerarquías y los límites así como la adaptabilidad y la cohesión familiar. Para ello destina las preguntas nones para la cohesión y las preguntas pares para la adaptabilidad, este instrumento para su mejor interpretación se coteja en sus resultados numéricos con el Sistema circunflejo creado también por Olson en el cual clasifica a las familias según su cohesión en:

No Relacionada con un valor entre 10 y 34, Semirrelacionada con un valor entre 35 y 40, Relacionada entre 41 y 45 y Aglutinada entre 46 y 50 puntos y según su adaptabilidad en Rígida con un valor entre 10 a 19 puntos, Estructurada entre 20 y 24, Flexible entre 25 y 28 puntos y Caótica entre los 29 y 50 puntos, de esta combinación resultan 16 tipos de familias al conjuntar al tipo de familia según su cohesión y según su adaptabilidad a manera de coordenadas.

Así se clasifican a las familias en: balanceadas o funcionales, de rango medio o moderadamente disfuncionales y extremas o severamente disfuncionales según el Modelo Circunflejo de Olson, resultado que permite tomar decisiones sobre el tratamiento a seguir con las familias. <sup>11</sup>

Un estudio en Venezuela en el año .2003 que estuvo representado por un total de 249 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.<sup>12</sup>

Debido a su relevancia en el ámbito psicosocial, la familia ha sido estudiada desde diferentes modelos teóricos. Tras la revisión de los diferentes enfoques y sus propuestas, el equipo de trabajo consideró que el Modelo Familiar Sistémico es el más adecuado para elaborar un diagnóstico que logre satisfacer las necesidades de la institución cliente. Una vez seleccionado el modelo teórico, se estudiaron diversos instrumentos derivados de esta perspectiva que han sido utilizados anteriormente para elegir el más adecuado para esta investigación (Rasmussen et al. 2002).

El equipo de trabajo eligió el paquete de encuesta llamado *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV* (FACES IV) con la finalidad de llevar a cabo el diagnóstico general de la familia del Municipio de San Pedro. Este instrumento brinda información concerniente a variables de dinámica familiar y refleja la percepción que tienen los individuos respecto a su propia situación familiar. El equipo de trabajo consideró que los datos que proporciona este instrumento son de gran utilidad para el Instituto Municipal de la Familia, Diagnóstico Psicosocial de la Familia en el Municipio de San Pedro porque indican áreas de oportunidad de la interacción familiar y por ende, delimitan un campo de acción.

Además del instrumento FACES IV, se anexó una hoja de antecedentes demográficos basados en las categorías del INEGI (edad, sexo, educación, estado civil, estado civil de los padres que habitan la casa, personas que habitan el hogar, miembro de familia, edad del hijo mayor de la familia, edad de la señora Jefa de familia o pareja del Jefe de familia, miembros con discapacidad en la familia e ingreso familiar) para que al relacionar esos datos con las variables que mide el instrumento FACES IV (flexibilidad, cohesión, comunicación y satisfacción), se pudiera obtener información más detallada sobre varios de los temas de interés sugeridos por la representante del Instituto Municipal de la Familia.

La hipótesis principal de este Modelo es que la cohesión y la flexibilidad tienen una relación curvilínea con el funcionamiento familiar, mientras que la relación de la dimensión de la comunicación con el funcionamiento familiar es una relación lineal positiva. Las hipótesis señalan que los niveles muy bajos y muy altos de cohesión y de flexibilidad están relacionados con el funcionamiento problemático de la familia, y que los niveles moderados de cohesión y de flexibilidad están relacionados con el funcionamiento saludable de la familia.<sup>13</sup>

En Perú se investigó la relación entre la cohesión y adaptación familiar con los trastornos de conducta en adolescentes, para lo cual fueron evaluados 264 adolescentes varones, encontrándose que las familias más frecuentes fueron las desligadas y las de menor frecuencia las conectadas. Respecto a la adaptabilidad hay un mayor número de familias caóticas, en tanto que es menor el de familias rígidas y flexibles.<sup>(14)</sup>

Los fundamentos, el desarrollo, la evolución, la fiabilidad y la validez de FACES III en los países de habla inglesa han sido extensamente expuestos, analizados y discutidos. No se encontraron antecedentes publicados de FACES III en el idioma español usado en México ni en otros países latinoamericanos. El valor de fiabilidad obtenido por nosotros en la primera versión en español que se usa en México fue considerado necesario y suficiente para proseguir con la determinación de la validez de constructo de FACES III en población mexicana.



Por tanto, la fiabilidad constituye un requisito previo y necesario para establecer la validez. Cuando se construyen pruebas de puntuación existen tres tipos de validez: de contenido, de criterio relacionado (validez predictiva y concurrente) y de constructo. Anastasi, Sheper y Stapleton sostienen que al obtener validez de constructo se logra también la validez de contenido y la de criterio relacionado.

El objetivo de este trabajo fue determinar la validez de constructo de FACES III en el español que se habla en México. Se hace especial énfasis en las características del modelo de validación ya que son escasos los autores en la atención primaria y la medicina de familia que reportan los supuestos metodológicos y valores de referencia (estimadores de los parámetros) de los elementos que proporcionan evidencias objetivas, para evaluar la validez de constructo de sus procesos de medición.<sup>15</sup>

Diversas escuelas de terapia familiar han planteado la necesidad de instrumentos adecuados para permitir estudiar y evaluar la funcionalidad familiar, el FACES ha sido empleado en diversos estudios en España entre ellos los de Aloson y del Barrio (1997- 1998), empleando el FACES III los de García y Peralbo, y López La Rosa FACES II, en estos estudios el FACES fue utilizado dentro de los instrumentos de la batería empleada por los autores de dichos estudios, así Polaina Lorente y Martínez adaptaron el FACES III para su empleo en muestra española.<sup>16</sup>

En esta investigación, de carácter exploratorio, realizada en la ciudad de México en el 2002, participaron 8 familias que tenían un familiar diagnosticado con la enfermedad de Alzheimer o enfermedad similar. Materiales: Se utilizó una entrevista semi-estructurada, que buscó sondear las diferentes áreas en la familia sobre la aparición de los cambios dentro del sistema familiar a consecuencia de los primeros síntomas de la enfermedad y de su evolución. Esta incluyó preguntas sobre los antecedentes familiares de la enfermedad, las características de la familia previas a la aparición de la misma, los primeros síntomas, la reacción de la familia ante el diagnóstico, y modificaciones de la organización y estructura

familiar ante la enfermedad de Alzheimer, así como el tipo de ayuda solicitada. FASES II, que es un cuestionario con escala likert que mide la cohesión y la adaptabilidad, a partir del análisis de 30 reactivos. Este instrumento se basa en el Cohesión y adaptabilidad en familias con pacientes de Alzheimer de la ciudad de México Irma de Lourdes Alarcón Delgado, Maribel Bonilla Hernández, Edith Chávez Vizuet y Alfredo Montiel Lemus Redes 10, pp. 85-95. Diciembre, 2002. - 4 - modelo circunflejo que de acuerdo con Olson (1986) permite ubicar al sistema en uno de los 16 tipos de familias existentes, ya sea funcional, medianamente funcional o disfuncional, a partir de la combinación que realiza de los cuatro valores que tiene cada uno de sus dos niveles: adaptabilidad y cohesión. Escenario: Las casas de los participantes; siendo la entrevista realizada simultáneamente a todos los miembros que conforman el sistema, en tanto que el FASES II se aplicó únicamente al cuidador primario

Al hacer una revisión de los diferentes casos y un análisis de los cuestionarios, encontramos que en la primera aplicación la mitad de las familias se ubicaron como pertenecientes a los sistemas más funcionales que, de acuerdo al diagrama de Olson, corresponde a las familias que se encuentran en el centro de su modelo, es decir, las familias flexiblemente separadas, flexiblemente conectadas, estructuralmente separadas y estructuralmente conectadas. Tres de las familias correspondieron a los sistemas medianamente funcionales es decir, aquellas ubicadas en la parte intermedia del modelo circunflejo, que corresponde a las familias flexiblemente desvinculadas, flexiblemente amalgamadas, estructuralmente desvinculadas y estructuralmente amalgamadas, caóticamente separadas, caóticamente conectadas, rígidamente separadas y rígidamente conectadas. Sólo una de ellas se ubicó en los sistemas disfuncionales específicamente a la denominada rígidamente desvinculada que se encuentra en la periferia del modelo

Así, la distribución de las familias denominadas funcionales correspondió a 4 familias, de las cuales 3 se clasificaron como flexiblemente conectadas y 1 como estructuralmente separada. Dentro de la categoría de parcialmente funcionales las 3 familias corresponden a la clasificación de caóticamente conectadas. En la

segunda aplicación se encontró que debido a las crisis continuas a las que se enfrenta una familia con un enfermo de Alzheimer, en su mayoría las familias tienden a reajustarse a las demandas que ésta requiere y que, por consiguiente, se encuentran en cambio frecuente. De ahí que en el transcurso de cuatro meses, en cinco casos se presentaron cambios, siendo tres los más evidentes. Por lo que tres familias fueron ubicadas como funcionales, la mitad se ubicó en los sistemas medianamente funcionales y una en los sistemas disfuncionales (ver tabla 1). Para el caso de la familia 4, el cambio se dio en el sentido de familia caóticamente conectada (medianamente funcional) a caóticamente amalgamada (disfuncional), donde aumentó la dimensión de cohesión.

La familia 7 pasó de ser clasificada como flexiblemente conectada a estructuralmente separada, y aunque en las dos dimensiones hubo cambios, se sigue considerando como familia funcional. Por último, la familia 8 el cambio fue a la inversa, pasando de ser clasificada como rígidamente desvinculada (disfuncional) a estructuralmente desvinculada (parcialmente funcional) debido a que la dimensión de adaptabilidad mejoró. En el resto de las familias participantes no se registraron cambios significativos, debido al tiempo que los enfermos tienen con el diagnóstico. Es decir, lo que sucede en el caso de los que tienen menos tiempo desde el inicio y diagnóstico de la enfermedad es que todavía no son muy notorios los cambios. Mientras que para aquellas familias que tienen una trayectoria temporal más larga, puede suceder también que éstas han logrado adaptarse a las demandas de cuidado. Por último, en el caso de la familia 2 el cambio sufrido es atribuible a que el paciente ya falleció <sup>17</sup>

El FACES II proporciona una medida de la cohesión y la adaptabilidad familiares. El cuestionario consta de treinta ítems, de los cuales 16 se ocupan de la cohesión (por ejemplo: «en mi familia nos sentimos muy cerca unos de otros») y 14 de la adaptabilidad (por ejemplo: «en mi familia intentamos probar nuevos modos de resolver problemas»). Para cubrir el cuestionario, los miembros de la familia deben señalar, en una escala de cinco puntos que va desde casi nunca (1) a casi siempre (5), en qué medida cada pregunta es aplicable a su familia y a su ideal de

familia. De este modo, se obtienen cuatro valores: cohesión y adaptabilidad percibidas, y cohesión y adaptabilidad ideales.

En un estudio, se aplicó el cuestionario FACES II al padre, a la madre y a un hijo/a mayor de 12 años de unas familias españolas (requisito impuesto por el instrumento) en cada una de las familias que constituían la muestra. El cuestionario era idéntico para todos los miembros de la familia y para todas las familias de las tres muestras, con la salvedad de que a los australianos se les presentaba en inglés, mientras

que a las familias españolas y emigrantes en castellano. La traducción del instrumento siguió todos los requisitos exigibles para garantizar que los ítems eran idénticos en la versión española e inglesa. Se recurrió a la técnica de la adaptación inversa para asegurar la similitud lingüística y semántica de las traducciones.<sup>18</sup>

En un Tipo de estudio: prospectivo, transversal, comparativo. En una muestra no aleatoria por cuota en el lapso de noviembre de 2004 a octubre de 2005 se estudió a 166 pacientes con enfermedad ácido péptica y a un grupo control de personas sanas derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.28 y del Hospital General de

Zona "Gabriel Mancera" del Instituto Mexicano del Seguro Social. En ambos grupos se elaboró genograma estructural y se les aplicó los tests de APGAR y FACES III.

En ambos grupos estudiados hubo predominio del sexo femenino. Rango de edad de 21 a 30 años, religión católica, estado civil: casados; escolaridad: profesional; ocupación: profesionista 35 (42.2%) en sanos y en enfermos el hogar 25 (30.1%). En el grupo de enfermos el rango de años de diagnóstico predominante fue de 1 a 5 años en 39 (47%). El tratamiento más frecuente fue el de los antiácidos 41 (49%). Reporte endoscopio de hernia hiatal y gastritis 44 (46%). En ambos grupos no se encontraron antecedentes de enfermedades digestivas 35 (45.8%), la etapa del ciclo vital familiar más frecuente fue la de independencia en ambos grupos; el

tipo de familia más común fue el nuclear 44 (53%). Al analizar los genogramas estructurales no se encontraron antecedentes de enfermedad ácido péptica en el grupo de personas sanas en 65 (78.3%) en las enfermas los antecedentes negativos se refirieron en 35 (42.2%); el antecedente de gastritis en sanos fue de 9 (10.8%) y en los enfermos de 16 (19.3%). La clasificación de las familias según el Modelo Circunflejo y como resultado de la aplicación de FACES III se presenta en las tablas 1 y 2. Al relacionar ambas dimensiones de cohesión y adaptabilidad en la población sana caen en familias en rango medio 43 (51.8%) y balanceadas 31 (37.7%); la población enferma en rango medio 40 (48.2%) y balanceadas en 27(32.5%). Tabla 1 y 2. Al aplicar el instrumento de APGAR familiar en la población sana se identificó alta satisfacción 68 (81.9%) y en la población enferma.<sup>19</sup>

El Faces III es la tercera versión de la escala Faces desarrollada para explorar la *cohesión* y la *adaptabilidad* familiares. El Modelo Circunflejo fue desarrollado por Olson y col. en un intento de relacionar la clínica, la teoría y la práctica; facilita la tarea de ubicar familias dentro de 16 tipos específicos o de tres tipos más generales, por ejemplo: *balanceada*, de *rango medio* o *extrema*.

Se intentó administrar a familias a lo largo del ciclo de vida, desde parejas recién formadas sin hijos, a parejas maduras. Los ítems fueron desarrollados para ser legibles y comprensibles a adolescentes de menos de 12 años de edad.

Idealmente, el Faces III debería ser administrado a todos los miembros de las familias que puedan completar el inventario de tal manera que los diferentes resultados puedan ser comparables para formarse una idea global.

El Faces III está diseñado para obtener, tanto el funcionamiento familia *ideal*, como el *percibido*. La discrepancia entre *ideal* y *percibido* provee una medida inversa de la *satisfacción familiar*. Está disponible también una versión para parejas sin hijos.

Los formularios que se emplean son fáciles de administrar y sencillos para puntuar.

El grupo de Olson llegó a la conclusión que existían tres dimensiones en la conducta familiar: la *cohesión*, la *adaptabilidad* (cambio) y la *comunicación*. Estas son las tres dimensiones primarias integradas al modelo Circumflejo tal como fue formulada por este autor y sus colaboradores desde 1979 a 1983.

Lo sobresaliente de estas tres dimensiones es el hecho de que conceptos muy similares han sido señalados por varios autores y teorías <sup>20</sup>

En un estudio en Santiago Chile en el 2001 se utilizando las escalas FACES III y CRS se encontró que un porcentaje alto de familias de adolescentes abusadores de drogas corresponde a estructuras familiares rígidas en la dimensión de flexibilidad. Mayor variación se encuentra en la dimensión de cohesión, existiendo algunas familias que presentan una estructura desligada y otras que muestran una estructura aglutinada. En nuestro grupo se observa una tendencia hacia un funcionamiento familiar de tipo no balanceado. Estos sistemas familiares muestran una inclinación hacia estructuras preferentemente rígidas y con baja cohesión familiar, lo cual se correlaciona con los hallazgos encontrados en la literatura. Cabe plantear la pregunta si es que los sistemas familiares de jóvenes con conducta abusiva y/o adictiva a otras drogas reflejan también este tipo de estructura familiar. Con la aplicación del FACES III no se obtuvieron sistemas familiares desbalanceados. Las diferencias encontradas al utilizar ambos instrumentos podrían relacionarse con una diferencia entre las expectativas del joven hacia su familia, subjetivamente reflejada en el FACES III, y las características "objetivas" de sus familias evaluadas por el observador con el CRS. Evidentemente, tanto la forma de construir sus vivencias y la imagen propia o la que hubieran deseado proyectar los adolescentes pueden haber influido en estos resultados inclinándolos hacia otros mejores, así como también la visión profesional del problema y las expectativas del observador del sistema familiar que podría haberlos inclinado hacia demostrar una mayor disfuncionalidad. Sin

embargo, la apreciación que tienen de su sistema familiar los sujetos del estudio, quienes lo perciben más cohesionado y flexible que sus padres y el observador del sistema familiar, podría relacionarse también con las características de personalidad que poseen estos jóvenes, como se señaló, en particular su tendencia a alterar el juicio de realidad con fantasías narcisísticas.

En familias "normales" se han observado cambios en la estructura del sistema familiar como consecuencia de procesos normativos propios de las distintas etapas del ciclo vital familiar. Ello se refleja en una disminución de la cohesión y flexibilidad familiar cuando se alcanza la etapa con hijos adolescentes, agudizándose lo anterior en la etapa de emancipación de los hijos. Llama la atención, sin embargo, que el adolescente de una familia "normal" percibe su sistema familiar menos cohesionado y flexible que sus padres y el observador, lo cual se explica, desde el punto de vista de la teoría del desarrollo familiar, como una muestra de los intentos del adolescente por diferenciarse de la familia y por lo tanto alcanzar la individualización. Sin embargo, los sujetos en nuestro grupo evaluaron a sus familias con una mejor cohesión y flexibilidad que la pesquisada por el observador, y por lo tanto, a diferencia de adolescentes de familias "normales", una interpretación posible es que esto represente una menor diferenciación y entonces el uso de la droga como recurso de individuación patológica o "pseudo - individuación".<sup>21</sup>

En un estudio que considero 1039 adolescentes españoles en el 2003, procedentes de dos muestras independientes. en la cual La primera está constituida por 414 jóvenes (52% del sexo femenino) de 12-17 años (edad media 14.2 y desviación típica 1.31), estudiantes de centros educativos de la Comunidad de Castilla y León. La segunda está conformada por 625 adolescentes (57% del sexo femenino) de 12-20 años (edad media 15.9 y desviación típica 2.15), estudiantes de centros educativos de la Comunidad Valenciana.

Tras un contacto inicial con la dirección de los centros educativos se realizó un seminario con los profesores con la finalidad de explicar el interés, objetivos,

procedimiento y alcance de la investigación. Por medio de las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos, se pidió su consentimiento para la participación de sus hijos/as en el estudio. Los adolescentes participaron de forma voluntaria y anónima y cumplieron todos los instrumentos en sus aulas correspondientes durante una hora regular de clase, con la presencia de un investigador previamente entrenado.

En la primera muestra se aplicó la Escala de Clima Social Familiar –The Family Environment Scale, FES– de Moos, Moos y Trickett (adaptación al castellano de Fernández-Ballesteros y Sierra), para evaluar el funcionamiento de las relaciones personales en la familia a partir de 27 ítems (escala de respuesta verdadero/falso) organizados en tres subescalas: cohesión (por ejemplo, "En mi familia hay un fuerte sentimiento de unión"), expresividad (por ejemplo, "En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos") y conflicto (por ejemplo, "En nuestra familia reñimos mucho"). Los índices de fiabilidad test-retest son 0.86, 0.73 y 0.85, respectivamente.

En la segunda muestra se aplicó la Escala de Evaluación del Sistema Familiar – Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale, FACES– de Olson, Portner y Lavee<sup>21</sup> (adaptación al castellano de Musitu, Buelga, Lila y Cava), para evaluar el funcionamiento familiar a partir de 20 ítems (escala de respuesta de 1, casi nunca, a 5, casi siempre) organizados en dos subescalas: cohesión (por ejemplo, "Nos sentimos muy unidos entre nosotros") y adaptabilidad (por ejemplo, "A la hora de tomar decisiones nos consultamos entre nosotros"). Esta escala presenta una fiabilidad global de 0.86 según el alpha de Cronbach (la fiabilidad para la de cohesión es de 0.86 y de 0.71 para la de adaptabilidad).<sup>22</sup>

Es imposible revisar la bibliografía de todas las áreas en las que ha sido aplicado el FACES III, por ser demasiado extenso. Éstas van desde el estudio de la respuesta familiar ante un niño que pasa un tiempo en cuidados intensivos (Youngbloud *et al.* 1995) hasta la probabilidad de recaída en la esquizofrenia debida a las interacciones familiares (King *et al.* 1995). En nuestro tema



específico, los vínculos entre adolescente-familia y enfermedad, existe un considerable número de estudios que investigan las relaciones entre una patología dada y el funcionamiento familiar

Nuestro objetivo en este estudio es, opuesto al de los listados en la Tabla I. En lugar de comenzar con una población con una patología dada y compararla con una población "sana", partimos de una población de adolescentes "sanos" y la comparamos con una muestra de enfermos, la pregunta es si las características de la familia representan una susceptibilidad para una patología dada o, como sugieren los resultado de Prenge.

Las características de la familia representan una mayor sensibilidad hacia la enfermedad. Finalmente, nos propusimos investigar la influencia del género y de la edad

Este estudio se llevó a cabo entre diciembre de 1998 y junio de 1999. Además del FACES III, los sujetos también completaron el Locus de Control de Salud Multidimensional (*Multidimensional Health Locus of Control- MHLC*, Wallston *et al.* 1978), que examina las creencias de una persona con respecto a la responsabilidad que tiene en determinar su propio estado de salud. Esta encuesta suplementaria fue incluida para permitir correlacionar los lazos familiares con la MHLC en futuros estudios, si se confirman nuestras hipótesis (Zdanowicz *et al.* 2002). Utilizamos la versión francesa de los cuestionarios FACES III de Olson y el MHLC, traducidos por Fontaine (1985) y Janne & Mortreu (1989), respectivamente.

El grupo "sano" fue reclutado de diferentes maneras para asegurar diferentes grupos de edad. El primer reclutamiento se llevó a cabo en estudiantes de los seis años de educación secundaria obligatoria (en otras palabras, desde los 12 al los 18 años de edad) en tres diferentes institutos de secundaria de la provincia de Namur (Bélgica). Pedimos a los jóvenes, en presencia de un psiquiatra evaluador, que facilitaran información sociodemográfica (edad, nombre, sexo, nivel de escolarización y nacionalidad), y que completaran la escala de Olson para su

propia familia y para su familia ideal, y el MLHC. El segundo reclutamiento se llevó a cabo en la Universidad Católica de Lovaina (UCL), en la Facultad de Psicología. Por defecto, nuestro grupo "sano" se considera "normal". Sin embargo, como este grupo no fue reclutado en un centro de salud o en un hospital, no podemos descartar que algunos de estos jóvenes pudieran estar en tratamiento ambulatorio o haber sido hospitalizados por alguna razón.

El grupo de adolescentes "enfermos" se configuró utilizando datos informatizados sistemáticamente desde 1990 de pacientes de los departamentos de medicina psicosomática y psicopatología de la Clínica Mont-Godine de la UCL. La inclusión de sujetos se cerró en diciembre de 1998. Al comienzo de la hospitalización, y bajo la supervisión de un psicólogo, los pacientes completaron los datos generales, que incluían edad y fecha de nacimiento, un cuestionario MHLC y un cuestionario de Olson. Para todos los pacientes era su primera hospitalización voluntaria y no venían de ningún tipo de dispositivo residencial. En un intento de controlar el efecto de la duración del período de reclutamiento, los resultados se controlaron tomando la fecha de admisión como una covariable. Optamos por tener en cuenta el diagnóstico para mantener la naturaleza trans-nosográfica de nuestras hipótesis.<sup>23</sup>

Un Equipo de Atención en Crisis" de un Hospital General del Gran Buenos Aires, estudio que se complementó con la administración de las Escalas FES y MISS.

En lo que respecta al empleo de la Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar de Olson y colaboradores FACES III-, motivo el empleo de este instrumento la necesidad de estudiar el contexto familiar de aquellos pacientes que

atravesen situaciones críticas, con la finalidad de evaluar mas convenientemente el empleo de determinados dispositivos o prescripciones clínicas en un marco institucional de pluralidad de modelos de práctica clínica. Es de destacar la relevancia que diversos autores han otorgado al contexto familiar tanto en la génesis como en la resolución de las situaciones críticas. Entre ellos citaremos a G. Caplan (1964) o recientemente P. Herrera Santí y K. Avilés Betancourt (2000).

En cuanto a la Escala FACES III, la misma ha sido empleada en diversos estudios, entre ellos los efectuados con población de nuestra región por Schmidt V. (2002), habiéndonos servido de sus baremos. Con la finalidad de poder conocer e intervenir clínicamente más certeramente en situaciones de crisis, nos hemos propuesto indagar acerca de la percepción de los vinculos familiares tanto en aquellos pacientes que son derivados para la Admisión que realiza el Equipo, como también de aquellos que se encuentran ya bajo tratamiento en los diversos dispositivos del mismo (grupales, familiares, vinculares). En forma secundaria - dada la escasez de registros-, creemos que también puede resultar de interés consignar las puntuaciones realizadas por diferentes familiares "acompañantes" de los "pacientes indicados", y si las mismas poseen una diferencia significativa respecto al resto de pacientes. A los fines de poder ponderar mejor lo que representan las Puntuaciones de la muestra, se contrastará la misma con los baremos regionales como así también a las puntuaciones que el modelo que sustenta la Escala considera "funcionales". La misma se tomo durante la primera quincena de abril del año 2006, consistiendo en la totalidad de los pacientes que hacen terapia en dos dispositivos grupales, todos aquellos que concurren para Admisión, pacientes de dos Consultorios Externos, y, aquellos familiares de "pacientes indicados" citados durante dicho período por razones terapéuticas, sumando un total de 38 entrevistas diferentes. Es de destacar que el 80% de los pacientes indicados ha recibido durante el último año tratamiento farmacológico afín a trastorno ansioso/depresivo.<sup>24</sup>

La investigación desarrollada durante las últimas décadas ha aportado una ingente cantidad de datos que, unos tras otros, confirman la relación significativa entre el ambiente familiar y el rendimiento académico de los hijos (Kaplan, Liu y Kaplan, 2001; Keith, Keith, Quirk, Sperduto, Santillo y Killings, 1998; Paulson, 1994; Ryan y Adams, 1995; Steinberg, Lamborn, Dornbusch y Darling, 1992). Del conjunto total de la investigación, cuyo objetivo ha sido conocer el impacto que tienen los diferentes tipos de conductas y patrones de comportamiento de los padres en el rendimiento académico de sus hijos, es posible diferenciar dos tipos de estudios.

En esta investigación se analiza en qué medida este tipo de variables (adaptabilidad y cohesión familiar) explica significativamente el hecho de que los padres muestren una conducta autorregulatoria en relación a su comportamiento con sus hijos, en general, y en su implicación en el ámbito del estudio, en particular. Además, también interesa conocer el tipo de relación que tales variables familiares mantienen con diferentes dimensiones del autoconcepto de los hijos y con su rendimiento académico

El modelo de relaciones causales se contrasta en base a una muestra total de 163 estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria de los cuatro cursos de que consta. Del total de alumnos, 438 (23%) cursan primero, 45 (28%) segundo, 49 (30%) tercero y 31 (19%) cuarto. El 54% de los participantes en el estudio son alumnos (88) y el 46% (75) son alumnas. Todos los participantes asisten al mismo centro educativo, el cual pertenece a una zona escolar de nivel social, económico y cultural medio-bajo.

*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES III)*. Este instrumento es la tercera revisión del modelo circunplejo de Olson y se utiliza para la evaluación del funcionamiento familiar (adaptación y cohesión familiar). La escala consta de 20 ítems y se pide al sujeto (en nuestro caso el cuestionario fue entregado a los chicos/as para que lo rellenasen sus padres, uno o ambos) que decida, respecto a la afirmación que describe cada ítem, la frecuencia de ocurrencia que se da en su familia. Los análisis de fiabilidad realizados por Olson (1989) ofrecen datos de significación moderada:  $\alpha = 0,77$  en cohesión y  $\alpha = 0,62$  en adaptabilidad, mientras que el total de la escala muestra un alpha de 0,68. El coeficiente de fiabilidad, para toda la escala, obtenido en este estudio ha sido de 0,76.<sup>25</sup>

En un estudio en Perú en el 2005 se busco Determinar la prevalencia de ideación suicida y su asociación con el pertenecer a familias de muy bajos muy altos niveles de cohesión familiar en estudiantes entre 15 y 24 años del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (CEPUSM). **Materiales y métodos:** Estudio transversal analítico, se aplicó un cuestionario

autoadministrado formado por la subescala de cohesión familiar del Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale III y cinco preguntas sobre conducta suicida del Cuestionario de Salud Mental adaptado. Se seleccionaron aleatoriamente 1500 estudiantes de una población de 4500 del CEPUSM, divididos en adolescentes (15 - 19 años) adultos jóvenes (20 - 24 años).

**Resultados:** Prevalencias de vida: 48% de los encuestados presentó deseos pasivos de morir, 30% ideación suicida, 15% elaboró un plan suicida y 9% intentó suicidarse. La prevalencia de ideación suicida fue 15% en el último año y 6% en el último mes. Las familias fueron, según el nivel de cohesión familiar, desligada (22%), separada (32%), conectada (31%) y amalgamada (15%). Al asociar ideación suicida y familia desligada obtuvo un OR de 2,17 (IC95 1,26-3,74) en adolescentes y 1,35 (IC95 0.21-8.64) en adultos jóvenes. Se identificaron otros factores de riesgo en ambos subgrupos como el antecedente familiar de intento suicida y el hecho de vivir.

**Conclusiones:** Existe una prevalencia elevada de ideación suicida en estudiantes entre 15 y 24 años del CEPUSM está asociada, sólo en adolescentes, a pertenecer a familias con niveles muy bajos de cohesión familiar.<sup>26</sup>

### **Planteamiento del problema.**

La comunidad de corregidora 5ª Sección esta integrada por un total de 487 familias distribuidas en un área geográfica de tipo rural, la cual se forma de clase campesina, obrera, desempleados, profesionales y amas de casa, donde la jerarquía la ejerce el padre y es el que asigna los roles específicos de cada individuo, dentro de las familias, cada uno de ellos con un rol específico dentro de su familia, que se establece en muchas ocasiones por el modelo machista antiguo en donde el padre, otorga estos mismos.

Lo anterior, trae consigo el que en muchas ocasiones el individuo que forma parte de una familia no se adapta a este rol y entra en desequilibrio la misma, pues al no estar de acuerdo con el papel asignado, se producen alteraciones que pueden llevar a una crisis familiar, que no pueda ser superada; para mí como Médico Familiar, es muy importante el conocer que tan adaptados se encuentran las familias de la comunidad de corregidora quinta sección, pues esto influiría en una mejora para la atención primaria de la salud y una oportuna detección de problemas que puedan estar afectando al individuo integrante de un núcleo familiar.

¿Existe Cohesión y Adaptación familiar en la Comunidad de Corregidora 5ª Sección?

## **Objetivos.**

### Objetivo general

- Determinar si existe cohesión y adaptación en las Familias de la Comunidad de Corregidora 5ª Sección mediante la aplicación del FACES III.

### Objetivos específicos.

- Determinar el grado de funcionalidad Familiar de las familias de la comunidad de corregidora 5ª Sección
- Determinar si existe cohesión en las familias de corregidora 5ª Sección
- Determinar si existe adaptación en las familias de corregidora 5ª Sección

## **Material y Métodos.**

El universo de la población a estudiar es de 487 familias que se encuentran registradas en la tarjeta censal del Centro de salud, de la Comunidad Corregidora 5ª Sección, de la cual la muestra será de 204 familias.

Tipo de estudio.

Descriptivo

Prospectivo

Observacional

### **Criterios de inclusión.**

1- Se tomaran en cuenta para el estudio a las familias que tengan más de 1 año de radicar en la localidad.

2- Se estudiaran a las familias que estén registradas en la tarjeta censal del centro de salud.

3- Se estudiaran una población de 204 familias que se tomaran al azar.

### **Criterios de Exclusión.**

1- No se estudiaran a las familias que tengan menos de 1 año de radicar en dicha localidad.

2- No se estudiaran a las familias que no estén captadas en el censo poblacional



### **Criterios de Eliminación..**

- 1- se eliminara del estudio a las familias que emigren de la comunidad durante la aplicación del FACES III
- 2- Se eliminara a las familias que deseen salir del estudio
- 3- se eliminara a las familias que no respondan completamente el FACES III.

### **Variables a estudiar**

- a) Cohesión Familiar
- b) Adaptación Familiar

### **Variables dependientes:**

<b>Variable:</b>	<b>Definición:</b>	<b>Escala de medición:</b>
Cohesión:	Son los lazos emocionales que los miembros de la familia tiene unos con otros y el grado de autonomía que una persona experimenta en el sistema familiar.	<p>Suma de los puntos de las respuestas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Para nunca</li> <li>2.- Casi nunca</li> <li>3.- Algunas veces,</li> <li>4.- Casi siempre,</li> <li>5.- Siempre.</li> </ol> <p>De los reactivos señalados con números ones del cuestionario de la escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.</li> <li>3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.</li> <li>5.- Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.</li> <li>7.- Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.</li> <li>9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.</li> <li>11.- Nos sentimos muy unidos.</li> <li>13.- Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.</li> <li>15.- Con facilidad podemos</li> </ol>

		<p>planear actividades en familia.</p> <p>17.- Consultamos unos con otros para tomar decisiones.</p> <p>19.- La unión familiar es muy importante.</p>
--	--	---

<b>Variable:</b>	<b>Definición:</b>	<b>Escala de medición:</b>
Adaptabilidad:	Se refiere a la habilidad de un sistema familiar o marital para cambiar su estructura de poder, roles y sus reglas de relación en respuesta al estrés situacional y de adaptación.	<p>Suma de los puntos de las respuestas</p> <p>1.- Para nunca, 2.- Casi nunca, 3.- Algunas veces, 4.- Casi siempre, 5.- Siempre.</p> <p>De los reactivos señalados con números pares del cuestionario de la escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III)</p> <p>2.- En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.</p> <p>4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.</p> <p>6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.</p> <p>8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.</p> <p>10.- Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.</p>

		<p>12.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones.</p> <p>14.- En nuestra familia las reglas cambian.</p> <p>16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.</p> <p>18.- En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad.</p> <p>20.- Es difícil decir quién hace las labores del hogar.</p>
--	--	--

**Método.**

El presente estudio se realizara en la población de la Comunidad Corregidora 5ª Sección, que se encuentra a 30 minutos de la zona urbana, durante el periodo de enero del 2006 al mes de noviembre del mismo año, se seleccionaron un total de 204 familias de un universo de 487; a las que se le aplicara una encuesta que consiste en utilizar una escala de medición de la funcionalidad, conocida como Faces III. De la cual se tomaran los datos para saber que tan funcionales son de acuerdo a la cohesión y adaptación familiar, y así saber que tan funcionales son las familias que habitan en la localidad antes mencionada.

Se utilizo equipo de cómputo para el procesamiento de los datos del cual se utilizo Excel para los gráficos, cabe mencionar que se utilizo un formato de consentimiento informado el cual fue firmado por las familias participantes del estudio.

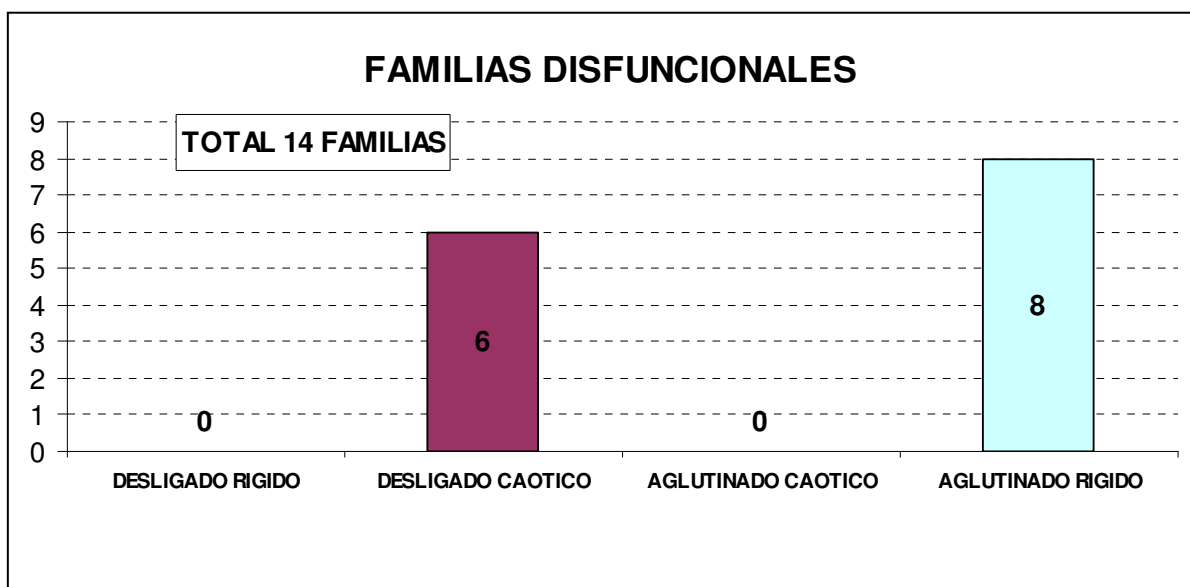
**Recursos materiales.**

- Computadora.
- Hojas de papel.
- Discos compactos
- Impresora
- USB.
- Lapiceros.

**Recursos Financieros.**

Fueron sustentados por el autor del presente estudio.

## Resultados



FUENTE: FACES III APLICADO A 204 FAMILIAS DE CORREGIDORA 5ª SECCION DEL MUNICIPIO DEL CENTRO, TABASCO 2006.

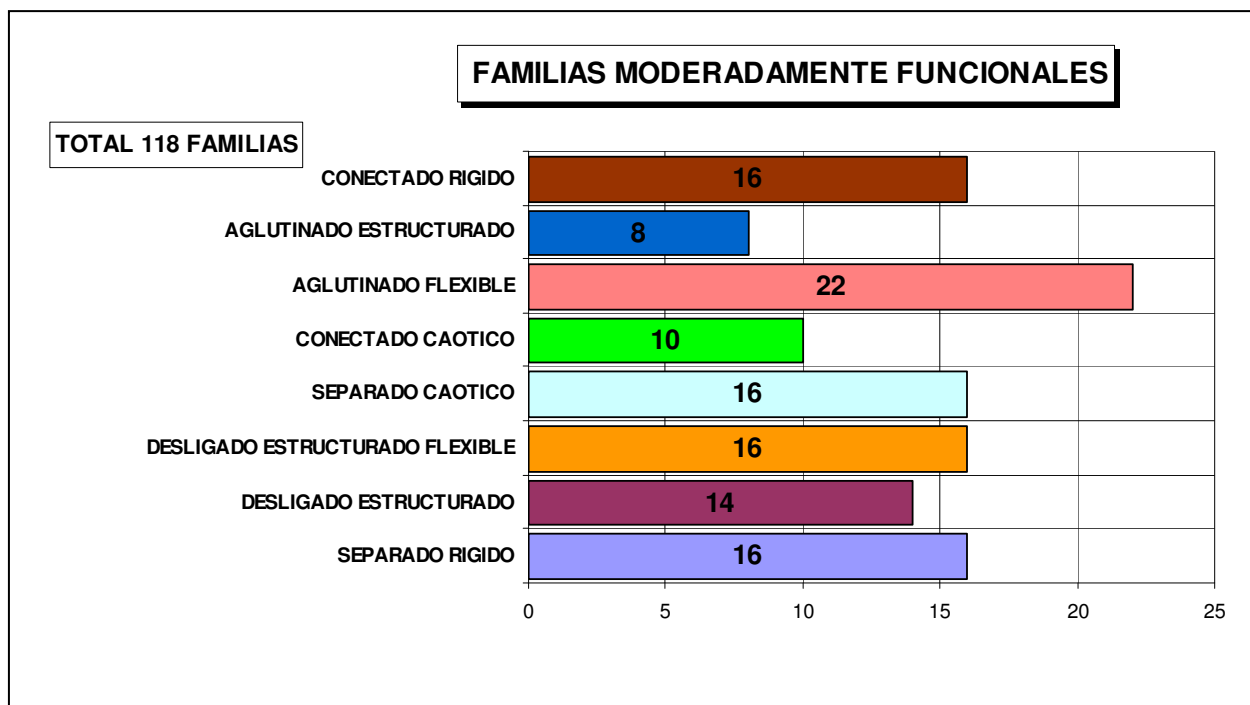
Grafico 1: Numero de familias según prototipo en corregidora 5ª sección del Municipio del centro Tabasco 2006.

### FAMILIAS DISFUNCIONALES, CS CORREGIDORA 5ª Sección

	TOTAL	%
DESLIGADO RIGIDO	0	0
DESLIGADO CAOTICO	6	43
AGLUTINADO CAOTICO	0	0
AGLUTINADO RIGIDO	8	57
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Tabla de datos en porcentaje y totalidad de familias de acuerdo al prototipo del FACES III en la clasificación de Familias Disfuncionales.

Grafico No 2



FUENTE: FACES III APLICADO A 204 FAMILIAS DE CORREGIDORA 5ª SECCION DEL MUNICIPIO DEL CENTRO, TABASCO 2006.

Grafico 2: Numero de familias según prototipo en corregidora 5ª sección del Municipio del centro Tabasco 2006.

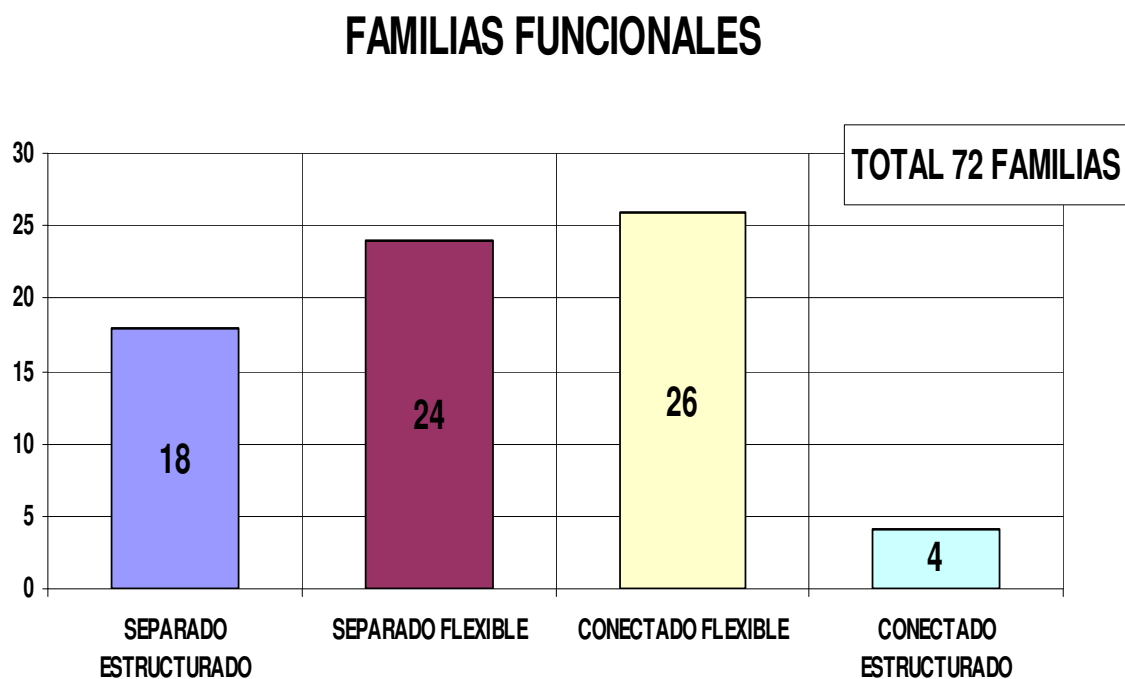
**FAMILIAS MODERADAMENTE FUNCIONALES, CS CORREGIDORA QUINTA**

	TOTAL	%
SEPARADO RIGIDO	16	14
DESLIGADO ESTRUCTURADO	14	12
DESLIGADO ESTRUCTURADO FLEXIBLE	16	14
SEPARADO CAOTICO	16	14
CONECTADO CAOTICO	10	8
AGLUTINADO FLEXIBLE	22	19
AGLUTINADO ESTRUCTURADO	8	7
CONECTADO RIGIDO	16	14
<b>TOTAL</b>	<b>118</b>	<b>100</b>

Tabla de datos en porcentaje y totalidad de familias de acuerdo al prototipo del FACES III en la clasificación de Moderadamente Funcionales.



Grafico No 3



FUENTE: 202 ENCUESTAS A FAMILIAS DE CORREGIDORA 5A SECCION, MPIO. CENTRO. 2006.

Grafico 3: Numero de familias según prototipo en corregidora 5ª sección del Municipio del centro Tabasco 2006.

#### FAMILIAS FUNCIONALES, CS CORREGIDORA QUINTA

	TOTAL	%
SEPARADO ESTRUCTURADO	18	25
SEPARADO FLEXIBLE	24	33
CONECTADO FLEXIBLE	26	36
CONECTADO ESTRUCTURADO	4	6
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100</b>

Tabla de datos en porcentaje y totalidad de familias de acuerdo al prototipo del FACES III en la clasificación de Familias Funcionales

### **CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS Y SU PORCENTAJE OBTENIDO**

<b>FAMILIAS</b>	<b>NÚMERO DE FAMILIAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<i>Disfuncionales</i>	14	7%
<i>Moderadamente funcionales</i>	118	57%
<i>Funcionales</i>	72	35%
<b>TOTAL</b>	<b>204</b>	<b>100%</b>

FUENTE: 204 ENCUESTAS A FAMILIAS DE CORREGIDORA 5TA SECCION MUNICIPIO CENTRO, 2006

En esta tabla se observan el total de familias y los porcentajes obtenidos mediante la aplicación del FACES III

## **DISCUSIÓN.**

*En la comunidad de Corregidora 5ª sección solo una pequeña parte de la población, se encontró al momento del estudio de manera disfuncional, pues así como se menciona. En familias "normales" se han observado cambios en la estructura del sistema familiar como consecuencia de procesos normativos propios de las distintas etapas del ciclo vital familiar. Ya que en la comunidad se presenta este fenómeno de crisis normativa del ciclo vital como de las crisis no normativas tal como lo mencionan algunos estudios hechos en España con adolescentes Por Valenzuela AR.*

*De las 118 familias que entraron en la clasificación de moderadamente funcionales se observó, que son un porcentaje significativo de la muestra , tal es el caso de España en donde se considero un grupo de 1039 adolescentes en donde se investigó la relación entre la cohesión y adaptación familiar con los trastornos de conducta en adolescentes, para lo cual fueron evaluados por Zdanowicz , encontrándose que las familias más frecuentes fueron las desligadas y las de menor frecuencia las conectadas. En este estudio con respecto a la adaptabilidad hay un mayor número de familias caóticas, en tanto que es menor el número de familias rígidas y flexibles como ocurre en este caso.*

*Las familias funcionales ocuparon un número considerable, por lo que se puede mencionar que al igual que algunos autores que hacen énfasis en el hecho de que independientemente de la etapa del ciclo vital por el que estén cursando, pueden tener alteraciones en la cohesión y adaptabilidad familiar. Los integrantes de una célula familiar si logran mantener o adaptarse a sus distintos roles y los errores en la comunicación son superados podrán llevar a un núcleo familiar a salir de una crisis.*

## **CONCLUSIONES.**

*Los resultados obtenidos nos permiten tener un diagnóstico general de la funcionalidad familiar de los habitantes de la comunidad de corregidora 5ª Sección, y como Médico Familiar, es de gran importancia el saber que un gran porcentaje de la población tienen fallas en relación a la comunicación y la capacidad para adaptarse a ciertas situaciones estresantes, o bien que puedan existir errores de la comunicación entre las familias de esta comunidad.*

*Por lo tanto el aplicar en FACES III en la comunidad de corregidora 5ª sección fue de gran utilidad, ya que como parte de la medicina familiar nos permite valorar unas de las funciones básicas de todo núcleo familiar y que se debe tomar en cuenta entre todos los médicos de familia, pues en muchas ocasiones la capacidad de comunicación es algo que se pierde entre las familias de hoy, tal vez dado por las crisis que como individuos se viven en el seno de un núcleo familiar, y que desafortunadamente no son superadas, y mucho menos identificadas por el personal de salud, si como médicos de familia se dedicara un poco más de tiempo al diagnóstico familiar y en especial a estas 2 tareas como la cohesión y la adaptabilidad familiar, esto ayudaría a identificar muchos trastornos psicosomáticos, que es en ocasiones es la carta de presentación con la cual llegan los integrantes del núcleo familiar a la consulta, y pasa desapercibido por nosotros, sin pensar que puede estar cursando por alguna alteración en la cohesión y adaptabilidad familiar.*

## **RECOMENDACIONES.**

*En base a los resultados obtenidos de este trabajo se considera importante el incrementar las líneas de investigación sobre otros aspectos de la funcionalidad familiar, pues como pudimos darnos cuenta solo se tomaron en consideración dos de las tareas de la funcionalidad de toda familia, y es algo que a todo médico de familia lo beneficiara al conocer como están las células familiares que conforman un determinado lugar.*

## **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Isabel Louro Bernal I MSc; Ares M DSc; Martínez C DSc. Modelo teórico – metodológico para la evaluación de salud Tesis en opción al grado de Doctora en Ciencias de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública .Ciudad de La Habana, 2004.
2. Ramírez CE; Méndez E; Barrón F; Riquelme H; Cantú R.. Funcionalidad familiar y enfermedad crónica infantil. hospital universitario “Dr. José E. González”, Monterrey, Nuevo León. 2000.
3. Quirós BP. Comparación de las dinámicas familiares en familias que presentan abuso sexual con otros tipos de familia . Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología. - UNIVERSIDAD DE CHILE Departamento de Psicología .Facultad de Ciencias Sociales 2006.
4. *Mayela CE; Fernández DJ; La familia en el entorno de cuidados críticos. Escuela de Enfermería Universidad Mayor de Chile. Santiago. Chile 2005.*
5. Sánchez O. las nuevas tecnologías en el entorno familiar de las personas con discapacidad. Ed. Prolam. Madrid España.2000.
6. Silvia López Larrosa LS. El FACES II en la evaluación de la cohesión Y la adaptabilidad familiar .Universidad de A Coruña: *Psicothema ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG 2002. Vol. 14, nº 1, pp. 159-166.*
7. Pinto HF; Segovia JL; Zegarra MV; Ortiz MM; Camacho O; Isidoro J .trastornos de conducta y funcionamiento familiar adolescentes .facultad de psicología universidad nacional Federico Villarreal 2000.

8. Gómez-Clavelina FJ", Ponce-Rosas ER", Irigoyen-Coria AE FACES III: Alcances y limitaciones, (artículo) Departamento de Medicina Familiar, México 2000

..

9. De Francisco VC. Psic., M.Sc; Cerón Y T.S., M.Sc.ª Herrera, JA M.D.Salud familiar como una alternativa de atención integral en las unidades de atención primaria.

10. Azcarate-García E; Ocampo-Barrio P; Quiroz-Pérez JR.; Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un Programa de diálisis peritoneal intermitente y ambulatoria. IMSS UMF No 94 .Vol.8 (2) 97-102 2006

11. Mendoza-Solís LA; Soler-Huerta E; Sainz-Vázquez L; Gil-Alfaro I; Mendoza-Sánchez HF; Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. IMSS UMF No 64 Xalapa Veracruz; Vol.8 (1) 27-32 2006.

12. González C; Mejía M; Angulo L; D`avila M. 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. Mérida. Venezuela. Universidad de los andes. Mérida, venezuela 2006.

13. Castillo JL, MA.-*Diagnóstico psicosocial de la familia en el municipio de san pedro*. San pedro garza nuevo león. Noviembre de 2005

14. Pinto HF; Segovia JL; Zegarra MV; Ortiz MM; Camacho O;Isidoro J .trastornos de conducta y funcionamiento familiar adolescentes .facultad de psicología universidad nacional Federico villarreal 2000.

15. Ponce RE; Clavelina G; Terán TM; Irigoyen C; Ibáñez C. Validez de Constructo del cuestionario faces III en español (México)  
*Aten Primaria 2002; 30: 624 - 630*

16. Martínez A; Loseba I; Edume G;Sanz M. Family y adaptability and Cohesión Y Evaluation scale (FACES) ,desarrollo de 20 itens en español, internacional Journal of clinical and health psychology, mayo 2003,vol 6 nO 002, grabada España pp 317-338.

17. Alarcón Delgado IL; Bonilla HM; Chávez VE; Montiel AL. Cohesión y adaptabilidad en familias con pacientes de Alzheimer de la ciudad de México Redes 10, pp. 85-95. Diciembre, 2002.

18. Larrosa LS; El FACES II en la evaluación de la cohesión y la adaptabilidad familiar. Universidad de A Coruña *Psicothema ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG 2002. Vol. 14, nº 1, pp. 159-166.*

19. Vargas CL; Gómez Clavelina FJ;;Pérez BR;;Torres AB. *Cohesión, adaptabilidad y satisfacción familiar en pacientes con enfermedad ácido péptica.* 20 Año XV, vol 12, N°1, Marzo de 2005 México.

20. Del valle GF. Uso de la escala de evaluación de Adaptabilidad y cohesión familiar (faces III) en población clínica de un equipo de intervención en crisis. Comité docencia e investigación - hospital central san isidro - residencia de psicología. Argentina 2006

21. Valenzuela AR. Características individuales y de la estructura familiar de un grupo de adolescentes abusadores de alcohol y/o marihuana Rev. chil. Neuro-psiquiatr. v.41 N.3 Santiago jul. 2003.

22. Zdanowicz N;Psychiatric D; Pascal J, Prof Psychol; Reynaert, J Prof Med. *Juega la familia un papel clave en la salud durante la adolescencia?.* Université Catholique de Louvain, Clinique de Mont-Godinne, Service de psychosomatique, 5530 Yvoir BELGIUM. Eur. J. Psychiat. (Ed. esp.) v.18 n.4 Zaragoza oct.-dic. 2004.



23. Zdanowicz N; Psychiatric D; Pascal J, Prof Psychol; Reynaert, J Prof Med. Juega la familia un papel clave en la salud durante la adolescencia? Université Catholique de Louvain, Clinique de Mont-Godinne, Service de psychosomatique, 5530 Yvoir BELGIUM. Eur. J. Psychiat. (Ed. esp.) v.18 n.4 Zaragoza oct.-dic. 2004.

24. Del valle GF. Uso de la escala de evaluación de Adaptabilidad y cohesión familiar (faces III) en población clínica de un equipo de intervención en crisis. Comité docencia e investigación - hospital central san isidro - residencia de psicología. Argentina 2006.

25. González JA; Núñez JC, Álvarez I, Roces C,;González-pumariega S ;González P, Muñiz R, Valle a; Cabanach R; Rodríguez S; Bernardo A. Universidad de Oviedo, equipo sectorial de motóricos de asturias y Universidad de la Coruña adaptabilidad y cohesión familiar, implicación parental en conductas auto regulatorias, autoconcepto del estudiante y rendimiento académico. Volumen 3 No15, 2003 Coruña.

26. Muñoz J; Pinto V; Callata H; Napa N; Perales A. ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años. Lima 2005.

*ANEXOS*

## Consideraciones Éticas

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirven para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. Esta incluye la investigación del material humano o de información identificables.

El deber médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

El presente trabajo se realizó como una investigación descriptiva de corte transversal, prospectivo, observacional y descriptivo, por lo cual, sus procedimientos no son invasivos y no dañan la integridad, física, mental y social de los participantes o sujetos de estudio, es decir, su implementación carece de riesgos. Cabe mencionar, que la información obtenida fue manejada con absoluta confidencialidad.

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en su título quinto en Materia de Investigación para la Salud, capítulo único en su Artículo 100 y a la Declaración de Helsinki en su apartado B sobre los principios fundamentales aplicables a toda forma de investigación médica, está considerada como una investigación sin riesgo.

El presente trabajo se realizó en base a los siguientes artículos:

Artículo 1o.- La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 2o.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;

Artículo 3o.- En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

XIII. La educación para la salud;

XIV. La orientación y vigilancia en materia de nutrición;

Artículo 6o.- El sistema nacional de salud tiene los siguientes objetivos:

I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;

Artículo 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.

III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

Artículo 110.- La promoción de la salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

Artículo 111.- La promoción de la salud comprende:

I. Educación para la salud;

II. Nutrición;

### CAPITULO III

#### Nutrición

Artículo 114.- Para la atención y mejoramiento de la nutrición de la población, la Secretaría de Salud participará, de manera permanente, en los programas de alimentación del Gobierno Federal. La Secretaría de Salud, las entidades del sector salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, formularán y desarrollarán programas de nutrición, promoviendo la participación en los mismos de los organismos nacionales e internacionales cuyas actividades se relacionen con la nutrición, alimentos, y su disponibilidad, así como de los sectores sociales y privado.

Artículo 115.- La Secretaría de Salud tendrá a su cargo:

I. Establecer un sistema permanente de vigilancia epidemiológica de la nutrición;

II. Normar el desarrollo de los programas y actividades de educación en materia de nutrición, prevención, tratamiento y control de la desnutrición y obesidad, encaminados a promover hábitos alimentarios adecuados, preferentemente en los grupos sociales más vulnerables.

V. Promover investigaciones químicas, biológicas, sociales y económicas, encaminadas a conocer las condiciones de nutrición que prevalecen en la población y establecer las necesidades mínimas de nutrimentos, para el mantenimiento de las buenas condiciones de salud de la población.

## Carta de Consentimiento Informado

Lugar R/A Corregidora 5ª sección del Municipio del Centro. Tabasco

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: Cohesión y Adaptabilidad Familiar en la Comunidad de Corregidora 5ª Sección.

Registrado ante el comité local de investigación de salud.

El objetivo del estudio es: Determinar si existe cohesión y adaptación en las familias de la comunidad de corregidora 5ª sección.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: contestar el test FACES III de Olson

De acuerdo a los estatutos de la Asociación Médica Mundial sobre los Principios bioéticos promulgados en la Declaración de Helsinki.

Declaro que se me ha informado ampliamente que no corro ningún riesgo, inconveniente y molestia derivados de mi participación en el estudio

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que la plantee acerca de los procedimientos que se llevara, los riesgos y beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento ( en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente, el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento). Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello que afecte la atención médica que recibo en el instituto. El investigador principal me ha dado seguridades que no me identificara en las presentaciones o publicaciones que la deriven en este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad sean manejadas en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

---

Nombre, firma, matricula de investigador principal.

---

Testigos

---

---

<b>FACES III PAC:</b>	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
<b>Describe su familia:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí</b>					
<b>2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas</b>					
<b>3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia</b>					
<b>4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina</b>					
<b>5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos</b>					
<b>6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad</b>					
<b>7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia</b>					
<b>8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas</b>					
<b>9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia</b>					
<b>10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos</b>					
<b>11. Nos sentimos muy unidos</b>					
<b>12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones</b>					
<b>13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente</b>					
<b>14. En nuestra familia las reglas cambian</b>					
<b>15. Con facilidad podemos planear actividades en familia</b>					
<b>16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros</b>					
<b>17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones</b>					
<b>18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad</b>					
<b>19. La unión familiar es muy importante</b>					
<b>20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar</b>					
<b>Total</b>					

## COHESION

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	

## ADAPTABILIDAD

8	50	CAOTICO
	41	
7	40	
	30	
6	29	FLEXIBLE
	27	
5	26	
	25	
4	24	ESTRUCTURADO
	23	
3	22	
	20	
2	19	RIGIDO
	15	
1	14	
	10	



Modelo circumflejo.



