



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON
SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE LA UMF
28 DEL IMSS, APLICANDO EL APGAR FAMILIAR”**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A

DRA. SANDRA IVETTE LEÓN REYES

DIRECTOR DE TESIS

DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA

**Medico Familiar Adscrito a la Unidad De Medicina Familiar No. 26 Del Instituto
Mexicano Del Seguro Social**

ASESOR DE TESIS

DRA. GABRIELA NAVARRO SUSANO

**Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la Residencia de Medicina
Familiar de la Unidad de medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”. IMSS.**

CD. DE MÉXICO, D. F. AGOSTO 2010

No DE REGISTRO: R-2010-3609-7



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.

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON
SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE LA UMF # 28
DEL IMSS, APLICANDO EL APGAR FAMILIAR”**

PROTOCOLO DE INVESTIGACION

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

DRA. SANDRA IVETTE LEÓN REYES

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON
SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE LA UMF # 28
DEL IMSS, APLICANDO EL APGAR FAMILIAR”**

AUTORIZACIONES

DIRECTOR DE TESIS

**DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR ADSCRITO A UMF No 26 IMSS**

ASESORA DE TESIS

**DRA. GABRIELA NAVARRO SUSANO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE
LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO. 28 “GABRIEL MANCERA”. IMSS.**

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON
SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE LA UMF # 28
DEL IMSS, APLICANDO EL APGAR FAMILIAR”**

AUTORIDADES DEL IMSS

DR. JUVENAL OCAMPO HERNÁNDEZ

**DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
“GABRIEL MANCERA”, IMSS.**

DRA. GABRIELA NAVARRO SUSANO

**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA
RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28
“GABRIEL MANCERA”. IMSS.**

DR. JAFET FELIPE MENDEZ LOPEZ

**PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF No. 28
“GABRIEL MANCERA”, IMSS.**

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por ofrecerme la oportunidad de vivir.

A mi Madre:

Por su amor, apoyo incondicional, fortaleza, comprensión y perdón. Por mi oportunidad de existir, por su sacrificio en algún tiempo incomprensido. Por su ejemplo de superación incansable.

A mis hermanos:

Compañeros de juego, amigos, columna indispensable de mi formación.

A mi padre:

Siempre presente en mí.

A mis asesores de tesis:

Titanes de la Investigación, luz constante de mi camino.

A mis profesores:

Soldados de la práctica clínica diaria.

A los pacientes de la UMF No. 28 IMSS:

Por su colaboración.

A mis compañeros residentes:

Grupo heterogéneo formados para un fin común; el bienestar del paciente.

A mis amigos (as):

Por compartir el tesoro invaluable de la amistad.

INDICE

	PAGINAS
MARCO TEORICO	1
JUSTIFICACION	39
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	40
OBJETIVOS	41
HIPOTESIS	41
MATERIAL Y METODOS	42
DISEÑO DE LA INVESTIGACION	43
TIPO DE ESTUDIO	44
POBLACION, LUGAR Y TIEMPO	44
MUESTRA	44
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION	45
VARIABLES	46
DISEÑO ESTADISTICO	47
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	47
METODO DE RECOLECCION DE DATOS	47
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	48
CRONOGRAMA	49
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIEROS DEL ESTUDIO	51
CONSIDERACIONES ETICAS	51
RESULTADOS	52
CONCLUSION	61
BIBLIOGRAFIA	62
ANEXOS	64

ABSTRACT

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE LA UMF # 28 DEL IMSS, APLICANDO EL APGAR FAMILIAR”

AUTORES: Dra. León Reyes Sandra Ivette. Dr. Apolinar Membrillo Luna, Dra. Gabriela Navarro Susano, Dr. Jafet Felipe Méndez López, Unidad de Medicina Familiar Numero 28 “Gabriel Mancera”.

OBJETIVO: Determinar la funcionalidad familiar en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable mediante el Instrumento de evaluación APGAR familiar, de la U. M. F. No. 28 “Gabriel Mancera” del I. M. S. S.

INTRODUCCION: La familia en el proceso Salud- Enfermedad puede contribuir en la estabilidad y el equilibrio en dicho proceso. Así también se ha comprobado que el Síndrome de Intestino Irritable es un trastorno gastrointestinal estrechamente relacionada con trastornos somatomorfos y relacionado con aspectos bio-psico-sociales fuertemente relacionados a la familia.

MATERIAL Y METODO: Tipo de estudio prospectivo, transversal, descriptivo, observacional, transversal, no comparativo. Se estudiara a pacientes portadores de Síndrome de Intestino irritable a quienes se les aplicara el test APGAR familiar para determinar su funcionalidad familiar; derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el lapso de noviembre de 2009 a enero 2010.

RESULTADO: Se observa que presenta un predominio del género femenino (60%), son familias nucleares extensas, religión católica (85%), están casados (36.7%), con un nivel de instrucción superior licenciatura (50%), empleados (50%). El rango de edad con mayor presentación fue entre la sexta y séptima década para el sexo femenino (20%) y entre la séptima y la octava para el masculino (16.6%), con familias que reportaron disfunción familiar moderada (50%) y de estos con el integrante familiar que reportaron relación difícil fue el conyugue; seguido de los hijos.

CONCLUSIONES: Es necesario tomar en cuenta otras variables que pudieran estar influyendo. Parece ser también que el estrés, la ansiedad y la depresión tienen como base principal lo biológico que predisponen a ciertos sujetos a sufrir las manifestaciones somatomorfos que pudieran estar relacionados con el Síndrome de Intestino Irritable y la alteración en el eje neuro-endocrino-gastrointestinal y no solo ser atribuible a la dinámica familiar.

PALABRAS CLAVE: Funcionalidad Familiar, Familiar funcional, Familia Disfuncional, Síndrome de Intestino Irritable, SII, Escala de Funcionamiento Familiar.

I.

MARCO TEORICO:

DEFINICIONES DE FAMILIA

Mencionaremos como punto de partida del estudio de la familia las siguientes definiciones que nos marcan el desarrollo de la misma y en cierta forma para tener una visión clara de lo que es la familia.

Proviene de la raíz **“Famulus”**, que significa sirviente o esclavo doméstico.

- **Lengua Española:** Grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas, conjunto de ascendientes, descendientes y colaterales afines a un linaje¹.
- **Censo Canadiense:** Una Familia está compuesta por un marido y una esposa con o sin hijos, o un padre o una madre con uno o más hijos que vivan juntos bajo el mismo techo¹.
- **Censo Americano:** Grupo de dos o más personas que vivan juntas y que están relacionadas unos con otros por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción¹.
- **Salvador Minuchin:** Grupo en el cual los individuos desarrollan su sentimiento de identidad e independencia, el primero influido por el hecho de sentirse miembro de una familia; y el segundo por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación con grupos extrafamiliares¹.
- **Santa Cruz Varela:** Grupo social primario formado por individuos unidos por lazos consanguíneos, de afinidad o matrimonio; que interactúan o conviven en forma mas o menos permanente y que en general comparten factores biológicos, psicológicos y sociales **que pueden afectar su salud individual y/o familiar**¹.

FUNCIONES BÁSICAS DE LA FAMILIA

La familia como tal presenta una serie de funciones que le permiten desarrollar y desempeñar su rol social para cada uno de los integrantes de la familia, siendo estas funciones principalmente las siguientes:

- **Socialización:** Se trata de formar en un tiempo determinado, a un hijo totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo con plena independencia para desarrollarse en la sociedad^{1, 4}.
- **Cuidado:** Solucionar adecuadamente las necesidades básicas de subsistencia como son la alimentación, vestido, seguridad, acceso a los sistemas de salud, etc. Para todos y cada uno de los miembros de la familia^{1, 4}.
- **Afecto:** Se refiere a los aspectos relacionados con los sentimientos que se profesan los integrantes de una familia como pueden ser cariño, el amor, el respeto, la confianza; todos encaminados a fortalecer las relaciones dentro del núcleo familiar^{1, 4}.
- **Educación de la sexualidad:** La sexualidad se aprende y se enseña desde que nacemos, debido a que las relaciones que tenemos con las otras personas, nos está llevando a relacionarnos de una manera sexual. Y no únicamente nos referimos al hecho de la reproducción como tal^{1, 4}.
- **Estatus y nivel socioeconómico:** Transferencia de los derechos, poderes, bienes y obligaciones a los cuales tienen derecho todas las familia, lo cual determinará a que grupo social pertenecerá dicha persona y todo su grupo familiar en su conjunto^{1, 4}.

TIPOLOGÍA FAMILIAR

De acuerdo a los diferentes tipos de familias existentes en nuestra sociedad podemos inferir sus principales características que nos permitirán tener una visión clara y amplia del cómo funciona y se mueve esta familia, por lo que para fines de este estudio consideramos las siguientes clasificaciones tipológicas¹.

En base a su estructura

Familia nuclear: Está conformada por la pareja con o sin hijos. Se caracteriza por los lazos de parentesco legítimos y por el hecho de vivir juntos bajo el mismo techo^{1, 13}.

Familia seminuclear: Es la formada por un solo padre o madre con hijos que puede haberse dado; ya sea por separación o fallecimiento de alguno de los integrantes de la pareja^{1, 13}.

Familia extensa: Es aquella en la que se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en el mismo hogar más de dos generaciones^{1, 13}.

En este tipo de familia se incluye la familia nuclear y uno o más familiares consanguíneos, ya sea verticales ascendentes, verticales descendentes o laterales viviendo bajo el mismo techo.

Familia compuesta: Puede ser cualquiera de los tipos de familia ya descritos, incluyendo además a otros miembros sin anexos sanguíneos ni de filiación^{1, 13}.

En base a su demografía

Urbana: Cuando la familia vive en una localidad de 2,500 habitantes o más^{1, 13}.

Rural: Cuando habita una comunidad de menos de 2,500 personas^{1, 13}.

Según Leñero

Familia Rural: Familias que viven en el campo y en lugares que dependen primordialmente de la agricultura y ganadería¹.

Familia Subproletaria: Familias que viven con menos de 3 salarios mínimos y que no tienen empleos estables, para cumplir adecuadamente las necesidades básicas de una familia¹.

Familia Proletaria: Familias que los integrantes de esta llegan a tener ingresos superiores a 3 salarios mínimos, pero menores a 6 salarios, y que no llegan a cumplir con todos los satisfactores, pero que cumplen de cierta manera sus necesidades básicas¹.

Familia de Clase Media: Están representadas por aquellas familias en las cuales se cumplen sus necesidades básicas y que pueden acceder a otros satisfactores¹.

Familia Acomodada: La integran únicamente el 3% de la población en nuestro país y son las familias que tienen acceso a todos los bienes materiales que provee una sociedad¹.

4Con sentido de desarrollo en el cambio y de evolución familiar

Familias subdesarrolladas: El elemento central es la frustración e incapacidad para resolver problemas. Las funciones familiares no se cumplen adecuadamente^{1, 14}.

Familias en coyuntura: Existe una toma de consciencia de su problemática económica, biológica, cultural, afectiva, social y existencial, pudiendo cambiar sus condiciones existente^{1, 14}.

Familia en desarrollo estructural: Es aquella que consolida las relaciones humanas internas y externas, reubicando a sus miembros en forma positiva y funcional, permitiendo un desarrollo personal y grupal en su conjunto sin sacrificar a nadie^{1, 14}.

Familias con desarrollo superestructural: Se crean nuevas metas, normas y valores dando lugar a un logro espiritual que va más allá de la seguridad

estructural y social de la familia, alcanza sus propias metas, dando lugar a nuevas formas de unidad familiar^{1,14}.

Familia Funcional¹

“Una familia funcional promueve un desarrollo favorable para la salud de todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio”.

Además existen otras definiciones de lo que significa una familia normal, entre las que destacan las de Chagoya y De la Revilla, el primero menciona: “es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás”^{1,13}.

De la Revilla¹ por su parte nos menciona lo siguiente respecto a las familias funcionales: “es aquella capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas, según la etapa de ciclo de vida en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo”.

Por último Minuchin y Fischman¹ mencionan: “la familia es un grupo natural, que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción, las cuales rigen el funcionamiento de los miembros de la familia, definen sus gamas de conducta y facilitan sus relaciones recíprocas”.

Para considerar lo que es la Funcionalidad familiar en este apartado, tomaremos en primer lugar lo que significa la salud familiar para la OMS, en el contexto de lo que es la Funcionalidad Familiar, siendo esta: la capacidad de funcionamiento efectivo de la familia, como unidad biopsicosocial en el contexto de una cultura y sociedad dada¹⁴.

Las familias funcionales promueven el desarrollo integral de sus miembros y logran el mantenimiento de estados de salud favorables en éstos. Por otra parte una familia disfuncional o con un funcionamiento inadecuado, podrá ser considerada como factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades entre sus miembros.

El funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal sino circular, lo que esta causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa. El enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis causa-efecto por el análisis de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, que es lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por tanto a las causas de la disfunción familiar

La familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros¹³.

El sistema familiar debe permitir el desarrollo e identidad personal, así como la autonomía de cada uno de sus miembros. Deberá existir flexibilidad y complementariedad de roles en el cumplimiento de las funciones asignadas.

Así mismo en el seno del sistema familiar se tendrá que dar una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas. Que dicho sistema sea capaz de adaptarse a los cambios a los cuales se enfrentará. Y por último para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas^{2, 3, 4, 13}.

La Dinámica Familiar representa el conjunto de pautas transaccionales que establece de qué manera, cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo con el ciclo evolutivo por el que está atravesando dicha familia.

El buen o mal funcionamiento de la familia, es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Dentro del sistema familiar operan fuerzas tanto positivas como negativas, determinantes del buen o mal funcionamiento del sistema^{8, 13}.

INDICADORES DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

La familia como grupo social debe cumplir las cinco funciones básicas que son: socialización, cuidado, afecto, educación de la sexualidad, y el estatus o nivel social, siendo esto precisamente uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar; es decir, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo.

Para hacer un análisis del funcionamiento familiar, es necesario verlo con una perspectiva sistémica, pues la familia es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema mayor que es la sociedad.

Concebir a la familia como sistema implica que ella constituye una unidad, una integridad, por lo que no podemos reducirla a la suma de las características de sus miembros; o sea, la familia no se puede ver como una suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones¹⁴.

Se recomiendan como indicadores para medir el funcionamiento familiar los siguientes:

Cumplimiento eficaz de sus funciones: (socialización, cuidado, afecto, la educación de la sexualidad, y el estatus o nivel social)^{1, 13, 14}.

Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros: Teniendo en cuenta los vínculos familiares que intervienen en la relación autonomía –pertenencia¹⁴.

Cuando la familia exige una fusión o dependencia excesiva entre sus miembros limita la superación y realización personal e individual de éstos, pero por el contrario cuando la relación familiar es muy abierta y defiende mucho la individualidad, tienden a anularse los sentimientos de pertenencia familiar.

Para que la familia sea funcional hay que mantener los "límites claros" de manera tal que no se traspase la independencia, ni haya una excesiva individualidad para poder promover así el desarrollo de todos los miembros y no se generen sentimientos de insatisfacción o infelicidad.

Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos. Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos. Es importante también para que la familia sea funcional que no haya sobrecarga de roles que puede ser debido a sobre-exigencias¹⁴.

Otra condición necesaria para que funcione adecuadamente la familia es que exista flexibilidad o complementariedad de rol es decir, que los miembros mejoren recíprocamente en el cumplimiento de las funciones asignadas y éstas no se vean de manera rígida.

Otro indicador que debe analizarse es la jerarquía o distancia generacional que puede darse de una manera horizontal (cuando se tiene el mismo poder) o de una manera vertical (cuando hay diferentes niveles de jerarquía). La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía, (la madre que pide autorización al hijo para volverse a casar) y cuando la jerarquía se confunde con el autoritarismo.

Que en el sistema familiar se dé una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas: Cuando hablamos de comunicación distorsionada o disfuncional, nos referimos a los dobles mensajes o mensajes incongruentes.

Por lo general cuando en la comunicación hay dobles mensajes es porque hay conflictos no resueltos, por lo que las dificultades en esta pueden verse mas bien como consecuencia de las disfunciones entre otros vínculos familiares, como las reglas, roles, jerarquías, etc., aunque no se debe olvidar que todas ellas funcionan de manera circular¹⁴.

Que el sistema familiar sea capaz de adaptarse a los cambios: La familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez y puede adaptarse fácilmente a los cambios. Esta representa un continuo cambio y equilibrio.

Para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas; a fin de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros.

La capacidad de adaptación es uno de los más importantes indicadores de funcionalidad familiar, no sólo porque abarca todo el conjunto de vínculos familiares, sino también por el hecho de que la familia está sometida a constantes cambios¹⁴.

TEORIAS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

A) TEORÍA ESTRUCTURAL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Esta teoría considera a la familia como un sistema, el cual también tiene subsistemas que permiten la interacción de sus miembros para lograr un funcionamiento adecuado o inadecuado.

De acuerdo a Minuchin esta teoría presenta las siguientes características.

- Es relativamente fija y estable.
- Representa un sentido de pertenencia a sus miembros.
- Acepta cierto grado de flexibilidad.
- Facilita el desarrollo individual, así como los procesos de individualización.

Cabe mencionar que la familia presenta las siguientes propiedades en su estructura:

Una distribución del poder: a través de las normas y los roles que definen las reglas del sistema familiar.

El poder y la naturaleza de los límites y las alianzas: para que el funcionamiento familiar sea adecuado los límites de los subsistemas deben ser claros.

Esta teoría menciona lo siguiente. *“La funcionalidad familiar se alcanza cuando los objetivos familiares o funciones básicas se cumplen adecuadamente y a plenitud*

(seguridad económica, afectiva, social y de sexualidad) y cuando se obtiene la finalidad del grupo familiar, al generar una homeostasis sin tensión, mediante una comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares”.

Los elementos fundamentales de esta teoría son los siguientes:

1. Cohesión
2. Armonía
3. Comunicación
4. Permeabilidad
5. Afectividad
6. Roles
7. Adaptabilidad

Esta teoría intenta explicar el funcionamiento familiar al mencionar que en cualquier interacción dentro del sistema familiar, ésta se define entre quién o quiénes son los miembros que participan de dicha interacción (límites), con o contra quién (alianzas y coaliciones) es la interacción.

Cabe mencionar que esta teoría es la más utilizada en la actualidad para tratar de realizar la evaluación del sistema familiar y de la cual se apoyan varios de los instrumentos de funcionalidad familiar.

B) TEORIA EXPLICATIVA DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Esta teoría refiere que el funcionamiento familiar no está basado en sólo considerar al sistema familiar como normal o anormal, sino que más bien depende de sus posibilidades, las cuales a su vez dependen de la capacidad adaptativa y de los recursos que han ido adquiriendo a lo largo de su ciclo evolutivo, y por tanto la familia puede encontrarse en cuatro estadios dinámicos diferentes.

La familia normofuncional: presenta un equilibrio estable, sus normas de funcionamiento interno regulan las relaciones entre sus miembros, lo que garantiza su homeostasis.

La familia en crisis familiar: puede considerar una situación “fisiológica” para la evolución del sistema familiar e incluso necesario entre sus miembros; el sistema apela a sus recursos, tanto internos como externos.

La familia con disfunción familiar: este estado ya no se puede considerar como “fisiológico”, ya que las tensiones que genera el conflicto no resuelto producen manifestaciones patológicas en los miembros.

La familia en equilibrio patológico: en esta familia sucede que de la misma forma en que los individuos pueden desarrollar mecanismos adaptativos patológicos frente a estímulos del medio, las familias pueden reaccionar frente a una crisis adoptando respuestas que perpetúen la situación utilizando lo que se denomina “mecanismos de defensa”. Dicho estado es dinámico así como

perjudicial para la familia, ya que se ve obligado a recurrir a mecanismo de defensa siempre que se enfrenta con el estímulo que lo motivó.

C) TEORÍA INTERACCIONAL DE LA COMUNICACIÓN

Tiene sus fundamento en el modelo de McMaster, y con un desarrollo posterior por Virginia Satir, en el cual se menciona que la **comunicación** es el foco de incubación primario de los problemas familiares, el cual puede abarcar un amplio abanico de situaciones y características, que van desde los problemas más leves o intrascendentes hasta los que expresan violencia manifiesta.

Satir menciona los siguientes criterios para determinar el grado de funcionalidad familiar.

Comunicación: Esta debe ser clara, directa, específica y congruente.

Individual: la autonomía de sus miembros es primordial y se respeta.

Toma de decisiones: búsqueda de soluciones más adecuadas o apropiadas para cada problema.

Reacción ante la demanda de cambio: el sistema debe ser lo suficientemente flexible para cambiar ante las demandas internas o ambientales, para con ello conservar la homeostasis.

Satir menciona algunas reglas de comunicación que pueden ayudar a garantizar la funcionalidad familiar.

- Toda transacción iniciada debe ser terminada.
- Las preguntas deben ser formuladas y respondidas con claridad.
- El conflicto y la hostilidad deben ser reconocidas e interpretadas.
- Se debe tener la percepción de sí mismo y de cómo es percibido por el resto de la familia.
- Cada miembro de la familia es capaz de expresar opiniones diferentes.
- Se deben admitir diferencias de opinión.
- Cada miembro de la familia debe ser capaz de elegir una o varias alternativas de conducta.
- Los mensajes utilizados deben ser enviados con claridad.

MODELOS DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Para comprender que es la funcionalidad familiar, encontramos en la literatura algunos modelos que tratan de explicarla, y que han propiciado la investigación en el campo de la medicina familiar.

A continuación se describen brevemente algunos de estos modelos:

A) Modelo sistémico de familia de Beavers.

Beavers en 1981 propuso un modelo de funcionamiento familiar basado en dos dimensiones que tratan de explicar cómo funciona la familia.

- La primera dimensión describe la estructura, la flexibilidad y la competencia de la familia.
- La segunda dimensión describe el estilo de la familia.

Este modelo se encuentra basado en un modelo transversal que representa a la familia en un momento y espacio determinado. Dicho modelo describe 13 variables que se utilizan en las escalas de evaluación familiar, las cuales cubren cinco áreas de comportamiento familiar.

- **Estructura:** explora el poder abierto y encubierto, la calidad de la coalición parental y la cercanía familiar.
- **Mitología:** mitos compartidos de cualidades y capacidades de los miembros de la familia.
- **Negociación dirigida al logro de metas:** eficiencia de la familia para tomar decisiones.
- **Formas de enfrentar la autonomía individual:** claridad en la comunicación, responsabilidad personal y hacia los miembros de su familia.
- **Expresión afectiva:** representa la expresividad, estado de ánimo y empatía.
- El eje vertical, que se refiere al estilo familiar, se representa con dos patrones definidos de familia:
- **La familia centrípeta:** se orienta al trabajo interno de la misma.
- **La familia centrífuga:** se orienta al trabajo externo de la misma.

B) Modelo de funcionamiento familiar de McMaster

Este modelo se encuentra basado en el enfoque sistémico de la familia en el cual ésta se refiere como un sistema abierto compuesto de subsistemas y partes individuales, el que se relaciona con otros sistemas sociales, y ha tenido una vigencia de más de 25 años.

El modelo menciona seis áreas o dimensiones del funcionamiento familiar para la completa evaluación de una familia:

- **Resolución de problemas.**
- **Comunicación:** intercambio de información dentro de la familia.
- **Roles:** asignación de roles individuales de acuerdo con las funciones familiares.
- **Involucramiento afectivo:** intereses y valores hacia los otros miembros de la familia.

- **Respuesta afectiva:** sentimientos adecuados a un estímulo afectivo.
- **Control de la conducta:** patrones de conducta que toman los diversos miembros de la familia.

C) Modelo del ambiente familiar de Moss

Este modelo enfatiza la medición y descripción de las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, relacionada con el crecimiento personal y la organización estructural de la misma.

Este modelo considera 10 escalas que son las siguientes:

1. Cohesión
2. Expresividad
3. Conflicto
4. Independencia
5. Orientación al logro
6. Orientación intelectual-cultural
7. Orientación recreativa
8. Énfasis moral-religioso
9. Organización
10. Control

Las dos primeras escalas sirven para medir las relaciones familiares, un segundo grupo miden el desarrollo personal en relación con la autonomía y la competitividad, y finalmente las dos últimas nos sirven para medir el mantenimiento de la estructura familiar.

De esta clasificación se derivan seis tipos de familias.

- Familias orientadas a la expresión de las emociones y manifestación franca de la ira.
- Familias orientadas hacia la estructura.
- Familias orientadas hacia la independencia, que son asertivas y autosuficientes.
- Familias orientadas a la a la obtención de logros.
- Familias orientadas hacia la religión.
- Familias orientadas al conflicto y poco estructuradas.

D) Modelo circunflejo marital y sistémico familiar.

Este modelo se refiere predominantemente a dos dimensiones significativas del comportamiento familiar: **la cohesión y la adaptabilidad**, estas sirven para identificar 16 tipos de sistemas maritales y familiares.

Este modelo menciona que un nivel moderado de cohesión y de adaptabilidad asegura un desarrollo marital y familiar funcional.

La dimensión de la cohesión en la familia representa dos componentes: los límites emocionales que los miembros tienen entre sí y el grado de autonomía individual que ellos experimentan dentro de su sistema familiar, el balance adecuado en la cohesión familiar permitirá tener una mejor conducción de la familia, lo que repercutirá en un mejor funcionamiento y un mayor desarrollo de la misma.

La dimensión de la adaptabilidad familiar tiene una relación estrecha con el concepto del “**sistema familiar**”.

Dentro de las variables que propone este modelo a utilizar se encuentran: la estructura de poder en la familia, los diferentes estilos de negociación que se refieren a ella, las reglas y roles, así como los procesos de retroalimentación que se utilizan para la adaptabilidad.

Este modelo a su vez da origen a lo que Olson Miller y Ryder en 1978 identificaron como el “Modelo circunflejo de la conducta”, el cual identificó las anteriores dimensiones a partir de la distribución de los puntajes que generan 16 tipos de sistemas familiares.

De dicho modelo se originan las siguientes familias:

- Familias o parejas balanceadas en cohesión y adaptabilidad que redundan en un funcionamiento familiar adecuado.
- Familias o parejas que no presentan problemas serios y que tienden a poseer un balance adecuado en estas dos dimensiones.
- Familias o parejas sin problemas serios y que tienden a cambiar sus patrones de cohesión y adaptabilidad.
- Familias con problemas serios que no tienden a cambiar sus patrones de cohesión y adaptabilidad ante situaciones nuevas de crisis o de estrés.

Las dimensiones que considera este modelo como de mayor relevancia son las siguientes:

- Cohesión
- Autonomía
- Comunicación
- Adaptabilidad
- Afectividad
- Control de la conducta
- Organización
- Conflicto

- Roles
- Reglas
- Orientación intelectual-cultural
- Orientación religiosa
- Orientación recreativa.

E) Modelo de respuesta, de adaptación y ajuste familiar

Este modelo incluye para su estudio predominantemente al estrés familiar ²⁰, se considera como generador para la adaptación o ajuste del sistema familiar que lo lleve a un buen funcionamiento, sobre todo cuando el estrés es considerado por la familia como algo displacentero.

De acuerdo a sus autores McCubin y Patterson, el modelo determina los estresores familiares y la magnitud en que operan dentro de ella. Dichos estresores establecen que procesos familiares se producen para facilitar el ajuste o adaptación familiar a través del ciclo evolutivo de la familia.

Este modelo presenta, además para su funcionamiento dos momentos importantes:

El enfrentamiento, el cual depende de:

- El significado que la familia le da al evento estresante.
- Los recursos con que cuenta para afrontarlo.

El afrontamiento, el cual se lleva a cabo a través de:

- Acciones directas para reducir en número y la intensidad de las demandas
- Acciones directas para adquirir capacidades que no estaban disponibles.
- Mantener ciertos recursos para ser utilizados cuando sea necesario.
- Manejo de las tensiones de la vida cotidiana.

F) Modelo de factores de riesgo Este modelo toma en cuenta a los factores de riesgo como aquellos fenómenos que pueden desencadenar el buen o mal funcionamiento de la familia, y que considera a cualquier condición o aspecto biológico, psicológico y/o social que esté asociado a una mayor probabilidad de presentar un evento futuro que cause disfunción en la familia en cualquier momento del ciclo evolutivo de ella.

Este modelo se basa en los siguientes postulados.

1. Todas las personas y todas las familias, tienen diferentes posibilidades de desviarse de la salud y el bienestar.
2. Las variaciones en la salud y el bienestar dependen del equilibrio existente entre las fuerzas, recursos y necesidades.
3. Los factores que determinan los niveles de salud y bienestar son múltiples e interrelacionados.

4. El control de los factores de riesgo, ya sea suprimiéndolos, modificándolos o disminuyéndolos limitan la posibilidad del daño.
5. El refuerzo de los factores protectores aumentan la posibilidad de una mejor salud con mayor bienestar.

Este modelo hace mención de los recursos con que cuenta la familia para enfrentar su desarrollo y eventos vitales durante su ciclo evolutivo, que son de diverso tipo entre los que se encuentran:

Personales: Se toman en cuenta las habilidades intelectuales, los conocimientos, rasgos de personalidad, medios materiales, etc.

Familiares: Cohesión, adaptabilidad y flexibilidad.

Comunitarios: Personas, grupos o instituciones, considerando como tales los servicios estatales, grupos religiosos, empleadores, etc.

Este modelo descrito encuentra cabida en la práctica biologicista de la medicina, en la que predominantemente se consideran estos recursos y que es una visión también biologicista de la funcionalidad familiar y sus redes de apoyo.

Para poder medir lo que es la funcionalidad familiar se establecieron las siguientes teorías, la cuales se describen a continuación.

FAMILIA DISFUNCIONAL

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional¹⁴.

Las familias se encuentran sometidas a presiones internas originadas por la evolución de sus miembros y subsistemas, por el desarrollo individual y familiar y por la presión externa, la cual está originada en los requerimiento para acomodarse a las instituciones sociales que influyen sobre los miembros de la misma y cuando una familia sufre una crisis.

En el momento de hablar sobre funcionamiento familiar encontramos que no existe un criterio único de los indicadores que lo miden. Algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios; es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros.

Otros autores señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas se ven reflejados

también en la salud individual en menor o mayor grado en cada uno de sus integrantes^{13, 14}.

MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA DISFUNCION FAMILIAR

La situación tormentosa a la que se ve sometida la familia disfuncional no se traduce en una demanda familiar de los servicios de salud. Durante un tiempo variable, el sistema incapacitado para mantener su homeostasia genera alteraciones objetivables en uno de sus miembros, para mantener el equilibrio alguien enferma.

Generalmente el paciente asignado acude a la consulta aquejada de manifestaciones muy diversas, algunas veces expresa somatizaciones mal definidas; otras semejan cuadros clínicos muy elaborados, o bien expone cuadros sugestivos de trastornos de ansiedad, del estado de ánimo o fobias.

La incapacidad del médico para entender que se encuentra frente a un problema psicosocial que se origina en una disfunción familiar, da lugar a un tratamiento sintomático o su derivación a otro nivel de atención. En uno u otro caso el paciente insatisfecho perpetuo la demanda y se hace un hiperfrecuentador^{2, 3, 8, 9, 10, 13, 23}.

De ahí que se considere como indicador de familia disfuncional el uso excesivo de servicios sanitarios.

Se comprende también que una familia disfuncional muestre dificultades para resolver situaciones como la enfermedad real de uno de sus miembros, la falta de adherencia a tratamientos o la incapacidad para atender a algún miembro incapacitado^{13, 14}.

INSTRUMENTOS PARA EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Todo individuo, familia y comunidad, tiene una interacción bio-psico-socia¹. En la Habana, Cuba en 1996 se definió el concepto de salud familiar como *“la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo propiciando el crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa de la vida”*

La salud familiar es estudiada desde diversos enfoques entre los cuales se encuentra: el modelo de McMaster, el modelo circunflejo de Olson, el modelo de Minuchin, el método utilizado por Patricia Ares y la prueba de funcionamiento familiar de Díaz, De la Cuesta y Louro.

Los esfuerzos realizados para evaluar el funcionamiento familiar y de pareja se remontan a los inicios de la terapia familiar^{13, 14}.

La familia sigue siendo la más antigua de las instituciones sociales, la cual seguirá existiendo aún a pesar de las diferentes formas que hoy en día utilizan las parejas para realizar su convivencia diaria.

La familia es un grupo íntimo y fuertemente organizado, compuesto por el padre, la madre y su descendencia, o bien es un grupo difuso y poco organizado de parientes consanguíneos, a los que usualmente se les llama familia conyugal y familia consanguínea, respectivamente.

La familia conyugal presenta dos variantes; la familia patriarcal monogámica y la familia conyugal moderna.

La familia lleva a cabo diversas funciones; siendo una de las principales la de tipo social, que es la de preparar al individuo para que tenga un buen desempeño en su actuar futuro dentro de la sociedad, moldear su carácter y personalidad de manera tal que se aproxime al carácter social que se requiere para que sus necesidades coincidan con las de su función.

Algunos expertos en la materia se han referido a las experiencias familiares como los elementos que ejercen una influencia decisiva sobre la formación del carácter individual; y la familia es en la que se aplican las normas educativas de la sociedad que le son propias a su medio; los padres son los proveedores del carácter social de los hijos, ellos son los que transmiten los principales caracteres psicológicos y sociales para su desarrollo futuro¹³.

Los avances en el estudio del funcionamiento familiar se han desarrollado intensamente en las últimas décadas, y destacan los realizados en el campo de la psicología con un enfoque de interacción simbólica, estructural, funcional, institucional, de desarrollo sistémico y psicoanalítico⁹.

Los intentos para medir y describir a la familia tienen cierto tinte empírico, ya que la medición o evaluación del funcionamiento familiar es sumamente complejo debido a la gran interacción de factores que lo conforman y sólo algunos autores han logrado estudiar este funcionamiento considerándolo como un proceso multifactorial compuesto por distintas dimensiones que crean patrones de comportamiento diferente.

El estudio sobre el funcionamiento familiar incluye algunos modelos teóricos mediante los cuales se han estudiado y tratado a las familias; sin embargo, al existir una gran diversidad de enfoques, técnicas de intervención y modelos de funcionamiento familiar, estos no han permitido presentar estrategias de intervención, de evaluación y de diagnóstico que faciliten una forma organizada de pensar metódicamente para relacionar el funcionamiento de las familias con las técnicas y estrategias de investigación^{13,14}.

Los autores en la materia han relacionado algunas variables, que tienen que ver con el funcionamiento familiar y de las cuales sólo mencionaremos las siguientes:

- Estructura familiar: ha sido planteada como una variable independiente de una serie de fenómenos que influyen en el desarrollo infantil, en las relaciones familiares, en la satisfacción conyugal y en el funcionamiento familiar.
- Aspectos socioeducativos y socioeconómicos estos aspectos, influyen en el funcionamiento o clima familiar.
- Familia de origen: es considerada como una variable determinante en el funcionamiento de la nueva familia que forma el individuo.

CLASIFICACION DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACION FAMILIAR.

Cuestionarios auto administrados unidimensionales.

Escala de acontecimientos vitales familiares (FILE)

Escala de adaptación sanitaria parental (CHIP)

Escala de satisfacción parental (M-MISS)

APGAR familiar

Instrumentos para evaluar el impacto de la enfermedad sobre el sistema familiar

Escala de ajuste psicológico a la enfermedad (PAIS)

Índice de funcionamiento familiar de Pleass y Satterwhite (FFI)

Índice de tensión del cuidador (CSI)

Escala funcional de demencia (DCS)

Instrumentos para evaluar las relaciones familiares

Escala de ambiente familiar

Escala de Adaptación y Cohesión familiar (FACES)

Escala De evaluación familiar de Beavers-Timbelawn (BTFES)

Instrumento de evaluación familiar de Mc Master (FAD)^{13, 14}.

La evaluación de la funcionalidad familiar requiere de instrumentos que por sus características nos permitan realizar una auto aplicación o simplemente observacionales.

Los métodos observacionales proporcionan una visión externa de la funcionalidad familiar, y requieren de la participación de terapeutas para valorar los patrones de interacción familiar, y varían de acuerdo con el grado de participación del observador, es decir, del efecto de su presencia y su interacción con el grupo familiar.

Los instrumentos de auto aplicación proporcionan una perspectiva interna de la funcionalidad a través de cuestionarios estandarizados, por medio de los cuales podemos obtener información individual de cada uno de los integrantes de una

familia, desde la percepción sobre sí mismo, de los demás miembros de la familia, roles, actitudes, hasta valores¹³, etc.

Para la selección de los instrumentos de estudio de funcionalidad familiar, estos deben cumplir con algunos criterios específicos que les permitan su correcta y válida aplicación, los cuales son los siguientes:

- Validez
- Auto aplicación
- Brevedad del instrumento
- Evaluación de aplicaciones a las cuales se aplicó.
- Modelo teórico que lo fundamente.

Los instrumentos de evaluación de la familia nos permiten identificar en que medida se cumplen sus funciones básicas y cuál es el rol que puede estar jugando en el proceso salud-enfermedad.

Existen una serie de Instrumentos de Atención Integral de la Familia, ya que ofrecen una visión gráfica de esta, facilita la comprensión de sus relaciones y ayudan al profesional de la salud y a la familia a ver un “panorama mayor”, desde el punto de vista histórico como del actual en relación con el funcionamiento familiar.

Los instrumentos de evaluación familiar surgen de la necesidad de otros profesionales, como los trabajadores sociales, genetistas, terapeutas familiares, etc. Estas alcanzaron su mayor difusión en el contexto de la medicina familiar, siendo utilizados habitualmente en muchos países por los médicos familiares y sus equipos en las múltiples atenciones a la población.

Los instrumentos de evaluación familiar permiten desarrollar en el profesional de la salud, especialmente en el médico familiar, una visión integrada de los puntos fuertes y débiles de la familia en su situación actual.

Los resultados que arrojan los instrumentos de atención a la familia permitirán, tanto en su formulación inicial, como una vez construida, aportar elementos para desechar o reforzar las hipótesis al buscar la comprensión del entorno para encontrar el mejor modo de ayudar a la familia.

Existen modelos utilizados para la evaluación de la familia, entre los principales se encuentran los siguientes.

MODELOS UTILIZADOS PARA LA EVALUACIÓN FAMILIAR

- El modelo de “**esferas básicas**” descrito por Westley y Epstein plantea como criterios de evaluación de funcionamiento familiar el cumplimiento eficaz de las tareas relacionadas con la satisfacción de necesidades materiales, relacionadas con el tránsito por el ciclo vital.

- El modelo “**circunflejo de sistemas maritales y familiares**” creado por Olson, Rusell y Sprenkle de la Universidad de Minnesota (1979), que incluyen: cohesión, adaptabilidad y comunicación. Las “**escalas de adaptabilidad y cohesión familiar**” del modelo circunflejo, conocidas como FACES II y III (1985), proveen criterios diagnósticos de funcionamiento familiar¹⁴.
- McCubbin, Larsen y Olson (1981) desarrollaron el modelo de “**ajuste y adaptabilidad familiar**” basado en el marco conceptual de estrés familiar. (F-COPES) contempla nueve dimensiones, tensiones de tipo intrafamiliar, de pareja, de embarazo y crianza, económicas y de negocios, laborales, de enfermedad y cuidado de la familia, cambios o transiciones hacia dentro o fuera de la familia y dificultades con la ley o costumbres sociales¹⁴.
- Smilkstein en la Universidad de Washington (1978) creó una prueba para evaluar el funcionamiento de la familia, denominada APGAR familiar. Esta prueba hace referencia a cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad, cooperación, gradiente de desarrollo, afectividad y capacidad resolutive.
- El inventario de Evaluación Familiar de California (CIFA, 1989, 1992, 1996) se basa en las dimensiones de funcionamiento familiar: cohesión, límites y comportamientos intrafamiliares.
- La evaluación del funcionamiento familiar también se puede determinar mediante la Escala de Evaluación Familiar de Carolina del Norte (NCFAS V
- 2.0), que está basada en los conceptos de capacidades, fortalezas, riesgos y problemas familiares.
- En México se conoce la Escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar de Joaquina Palomar, que consta de 10 factores, entre los cuales se describe la comunicación, cohesión, relaciones de pareja, falta de apoyo, roles, trabajo doméstico, reglas, organización y autoridad, el tiempo que comparte la familia, violencia y apoyo.
- El Centro Nacional C. Henry Kempe para la prevención y el tratamiento al abuso infantil de la Universidad de Colorado, en Estados Unidos de Norteamérica, reporta el Inventario Kempe de estrés familiar creado en 1976 para la evaluación del riesgo de maltrato infantil en los padres.
- Existen otros métodos publicados como son: la Escala de Interacción Familiar de IOWA, Melby (1990), la Escala de Estilo de Funcionamiento

Familiar, Durst, Trivette y Deal (1990), para identificar las fortalezas para afrontar problemas, y el Inventario Familiar de Evaluación Multidimensional, de Jacob y Windle (1999).

- En Estados Unidos, un grupo de expertos elaboró criterios diagnósticos de la disfunción familiar para su inclusión en la revisión de la versión IV del Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales.
- Benítez y Herrera también elaboraron una metodología para evaluar el impacto que tiene los diferentes eventos de vida en la salud familiar. Se compone de un inventario de eventos vitales y repercusión familiar, un instrumento de recursos adaptativos familiares y otro de apoyo social.
- Así mismo el interés de la medicina familiar por identificar el papel de la familia en el proceso salud-enfermedad se ha incrementado notablemente en los últimos años.

Los patrones de relación social entre los miembros de la familia pueden aumentar el riesgo individual y la vulnerabilidad a padecer enfermedades, o por el contrario, amortiguar el efecto de éstas poniendo en marcha mecanismos del sistema familiar para proveer de la atención necesaria al enfermo.

- El estudio de la familia desde una perspectiva médica, requiere de la consideración de dos elementos fundamentales: su estructura y su funcionalidad.
- La evaluación de la funcionalidad familiar se apoya en diversas bases teóricas y disciplinas científicas. En general, la evaluación de la familia se ha basado como se mencionó anteriormente en la teoría sistémica.
- La organización de estos elementos es característicamente determinada por la relación jerárquica entre padres e hijos.
- El efecto que produce la enfermedad sobre alguno de los miembros de la familia, así como la respuesta del grupo familiar para afrontar este evento, ha llamado la atención de los investigadores. La evaluación de la familia impone el uso de instrumentos y modelos con sustento teórico, dichos instrumentos se basan en tres principios fundamentales: el propósito que condujo a su creación, la naturaleza de los elementos que pretenden medir y el grado de confianza que se pueda tener de esta medición¹³.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN UTILIZADO APGAR FAMILIAR.

Hay varios instrumentos disponibles para valorar el funcionamiento familiar. Entre éstos se encuentra la escala de APGAR familiar, que fue diseñada por el Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, para explorar la funcionalidad familiar

Hay varios instrumentos disponibles para valorar el funcionamiento familiar. Entre éstos se encuentra la escala de APGAR familiar, que fue diseñada en 1978 por Smilkstein para explorar la funcionalidad familiar.

La sigla APGAR se deriva de los cinco componentes (en inglés) de la función familiar: adaptabilidad (*adaptability*), que se define como la utilización de los recursos intra y extrafamiliares para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un factor de estrés durante un período de crisis; cooperación (*partnertship*), como la participación en la toma de decisiones y responsabilidades, lo cual define el grado de poder de los miembros de la familia; desarrollo (*growth*), como la posibilidad de maduración emocional y física, así como de autorrealización de los miembros de la familia, por el apoyo mutuo; afectividad (*affection*), como la relación de amor y atención entre los miembros de la familia, y capacidad resolutive (*resolve*), como el compromiso o determinación de dedicar tiempo (espacio, dinero) a los otros miembros de la familia que fuera entendido fácilmente por personas con educación limitada y que en muy poco tiempo se aplicara.

Diseñado para su uso potencial en personas de distinto nivel socioeconómico y en diversos contextos socioculturales, además de ser capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes de la funcionalidad familiar.

Sus parámetros se delinearón sobre la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar¹².

Indicación: Es un instrumento auto administrado, que está diseñado para obtener una evaluación rápida y sencilla de la funcionalidad familiar, su uso es válido y confiable en adultos mayores de 15 años, en su presentación completa consta de dos partes:

La primera consta de los siguientes cinco ítems:

- (A) Adaptabilidad
- (P) Cooperación o participación

- (G) Desarrollo
- (A) Adaptabilidad
- (R) Capacidad resolutive.

La segunda parte consta de siete variables:

1. Nombre
2. Parentesco
3. Edad
4. Sexo
5. Relación buena
6. Relación difícil
7. Relación escasa

Interpretación: Tiene cinco preguntas con un rango de respuesta: siempre=4, casi siempre = 3, algunas veces = 2, casi nunca = 1, y nunca = 0.

Se puede obtener un máximo de 20 puntos. La interpretación del resultado es: buena de 18 a 20 puntos, disfunción familiar leve de 14 a 17 puntos, disfunción familiar moderada de 10 a 13 puntos y severa de 9 o menos puntos¹².

Reevaluación: Cuando la situación familiar cambie o se sospeche disfunción familiar.

Propiedades psicométricas: La escala ha sido traducida y validada en español, se ha estudiado la validez de constructo y la validez factorial. La consistencia interna de la escala es de 0.81 y la fiabilidad test-retest es de 0.81.

SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE ANTECEDENTES

El síndrome de Intestino irritable (SII) es un trastorno gastrointestinal recurrente, con varios síntomas, de etiología desconocida, caracterizado por dolor o malestar abdominal asociados con alteraciones de la defecación y frecuentemente distensión abdominal. Fue descrito por primera vez en 1812 por el médico inglés William Powell¹⁵.

En países industrializados afecta uno de cada 6 individuos y es tres veces más frecuente en mujeres, aunque solo el 15% de los afectados solicita atención médica. En los pacientes que buscan atención médica, 40 a 60% tienen síntomas psicológicos de depresión, ansiedad o ambos. Constituye la consulta más frecuente para el gastroenterólogo con el 38% y el 12% de las consultas del médico general,

siendo en esta última más común que la hipertensión arterial (10%), el asma (4%) y que la enfermedad coronaria (2%).

Produce altos costos directos (utilización de los recursos de salud, consumo de medicamentos) e indirectos (ausentismo laboral, baja productividad)²¹. Se le considera la segunda causa de ausentismo laboral después de la gripa. En Estados Unidos genera 2.4 a 3.5 millones de consultas médicas al año, 2.2 millones de prescripción de medicamentos y un costo anual de 33 billones de dólares, de los cuales 8 billones son costos directos. Otra fuente de gastos generados por los pacientes con SII, lo constituye el mayor número de cirugías abdomino-pélvicas en ellos.

Al respecto se ha encontrado que estos pacientes son operados tres veces más de colecistectomías, dos veces más de histerectomías y apendicetomías y 50% más cirugías de columna que los pacientes sin SI¹⁵.

Este exceso de cirugías, probablemente se debe a un diagnóstico equivocado. Las intervenciones innecesarias, en una población tan grande con SII, puede ocasionar importante morbi-mortalidad¹⁶.

El SII, además reduce notablemente la calidad de vida de los pacientes que consultan y solo mínimamente en los que no lo hacen. La calidad de vida de los pacientes con SII, es inferior a la de los pacientes con enfermedad por reflujo gastro esofágico o de los que tienen asma y similar (o más baja en algunos dominios) a la de los pacientes con diabetes mellitus o enfermedad renal terminal^{15, 17}.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Los síntomas predominantes en el SII, son el dolor o malestar abdominal que se alivian con la defecación acompañados por cambios en la frecuencia o consistencia de las heces.

El dolor abdominal puede ser generalizado o localizado y usualmente se produce en el abdomen inferior. Estos pacientes alteraciones crónicas del hábito intestinal, que alternan entre diarrea y estreñimiento y frecuentemente síntomas se asocian o se exacerban con el estrés, alcohol o algunos alimentos^{15, 16}. Es común que tengan molestias durante la defecación tales como urgencia, esfuerzo o sensación de evacuación incompleta.

Otros síntomas característicos son la sensación de distensión abdominal y la expulsión de moco en las heces. Algunos pacientes pueden tener síntomas extra colónicos tales como dispepsia, pirosis, regurgitación e incluso extraintestinales como urgencia urinaria, disfunción sexual, fibromialgia, dispareunia, alteraciones del sueño, dificultades menstruales, dolor lumbar, cefalea y fatiga crónica.

Las manifestaciones extra intestinales son más frecuentes en pacientes con enfermedad severa. A pesar de la alta frecuencia de las alteraciones psicológicas (depresión, ansiedad, somatización); especialmente en los pacientes atendidos por el gastroenterólogo y en los centros de referencia, no son importantes para distinguir el SII de los pacientes con enfermedades orgánicas intestinales.

El examen físico es normal en la mayoría de los casos y en algunos pacientes puede encontrarse dolor abdominal inferior, usualmente del lado izquierdo^{16,20, 22}.

SÍNTOMAS DE ALARMA

El diagnóstico se basa en los “criterios diagnósticos” en ausencia de signos y síntomas de alarma o “banderas rojas” tales como: edad mayor de 50 años, síntomas nocturnos que despierten al paciente, diarrea refractaria, sangrado rectal, anemia, pérdida de peso, fiebre, masa abdominal palpable, síntomas severos no fluctuantes, historia familiar de cáncer de colon o de enfermedad inflamatoria intestinal^{15,16}.

DIAGNOSTICO

Como el SII, no tiene marcadores biológicos específicos o pruebas que sean “estándares de oro”; en el pasado el diagnóstico era de exclusión, después de múltiples exámenes que descartaban una enfermedad orgánica; pero en la actualidad, es un “diagnóstico positivo”, cuya existencia se puede hacer teniendo en cuenta los “criterios” o síntomas primarios conjuntamente con una excelente historia clínica y examen físico negativos, siendo innecesario realizar pruebas diagnósticas, a menos que exista cualquiera de las manifestaciones de alarma mencionadas, en cuyo caso, serán discutidas y planeadas con el paciente en la primera consulta.

Con este acercamiento “positivo”, el diagnóstico de SII es relativamente estable y solamente del 2 a 5% de pacientes se les encontrará una enfermedad orgánica durante el seguimiento^{15,16, 18, 24}.

En los pacientes que cumplan los criterios diagnósticos e Roma II para SII, (los criterios de ROMA III están en progreso), la probabilidad pre-test para identificar enfermedad inflamatoria intestinal o cáncer de colon es menor del 1%, pero la probabilidad para enfermedad celíaca (EC), es 7 a 10 veces la de la población general sin SII y en un reciente estudio, esta entidad se diagnosticó en 4.8% de los pacientes con base en anticuerpos e histología confirmatoria y este sentido la Asociación Americana de Gastroenterología (AGA), recomienda pruebas serológicas para EC con anticuerpos Ig A anti transglutaminasa tisular o anti endomisio en los pacientes con SII con diarrea predominante, si esta es severa¹⁵.

Sin embargo, la decisión de descartar enfermedad celíaca, dependerá realmente de la prevalencia de esta entidad en cada región o país. En un reciente estudio de costo-eficacia, se encontró que cuando la prevalencia de EC es del 1%, las pruebas serológicas tienen un costo aceptable y cuando es mayor del 8% es la mejor estrategia¹⁶.

Si en la evaluación inicial no se encuentran alteraciones sugestivas de enfermedad orgánica, se debe iniciar el tratamiento sintomático y el paciente reevaluarse en cuatro a seis semanas. Si los síntomas progresan o aparecen manifestaciones de alarma, está indicado realizar exámenes o pruebas diagnósticas según las manifestaciones clínicas predominantes.

Las principales entidades que deben diferenciarse del SII son la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en personas jóvenes y el cáncer colo-rectal en pacientes de mayor edad. En países subdesarrollados se deben tener en cuenta adicionalmente las infecciones bacterianas o parasitarias.

Con base en los síntomas predominantes, los pacientes se clasifican en 4 subgrupos:

1. Constipación predominante
2. Diarrea Predominante
3. Dolor/Gas/distensión predominante
4. Diarrea alternante con constipación^{15,16}.

Criterios de ROMA II

Los siguientes síntomas deben ser continuos o recurrentes por lo menos durante tres meses en los 12 meses precedentes dolor o malestar abdominal con dos o tres de las siguientes características:

- 1. Aliviado con la defecación y/o**
- 2. Inicio asociado con un cambio en la frecuencia de las deposiciones y/o**
- 3. Inicio asociado con un cambio en la forma de las heces (apariciencia).**

Los siguientes síntomas apoyan el diagnóstico:

- 1. Menos de tres deposiciones por semana (Estreñimiento)**
- 2. Más de tres deposiciones por día (diarrea)**
- 3. Heces duras (como terrones)**
- 4. Deposiciones blandas o acuosas**
- 5. Esfuerzo durante la defecación**
- 6. Urgencia para defecar**
- 7. Sensación de evacuación incompleta**
- 8. Deposiciones con moco**
- 9. Distensión abdominal**

FISIOPATOLOGÍA.

La patogénesis del SII es compleja, heterogénea y sólo parcialmente entendida. Múltiples factores probablemente contribuyen para el desarrollo y las manifestaciones clínicas de la entidad.

Los mecanismos clásicamente considerados que participan y los niveles de evidencia son:

Hipersensibilidad visceral: Aproximadamente el 70% de los pacientes pueden tener disminución del umbral de sensibilidad visceral, pero no somática. Se ha encontrado que el barostat rectal con una presión umbral de 40 mmHg, tiene sensibilidad de 95.5%, especificidad de 72% y valor predictivo positivo de 90% para el diagnóstico y discriminación de otras causas de dolor rectal^{14, 15}.

Sus autores la han considerado como una herramienta que eventualmente sería útil para el diagnóstico de SII, sin embargo, los pacientes sometidos a la misma deben cumplir los criterios diagnósticos que conjuntamente con una buena historia clínica constituyen hasta el momento la mejor estrategia diagnóstica.

Teniendo en cuenta los estudios que demostraron la disminución del umbral de sensibilidad visceral en pacientes con SII, se ha propuesto esta alteración como un marcador biológico de la entidad, aunque su impacto en la práctica está por definirse.

NIVELES DE EVIDENCIA DE LOS MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS DEL SII.	
Hipersensibilidad Visceral	+++
Alteración de motilidad GI superior	+
Alteración de motilidad GI inferior	+++
Procesamiento cerebral anormal	++
Genética	+
Comorbilidades psiquiátricas	++
Enfermedad posinfecciosa	++
Anormalidades en las señales de serotonina	+
+++: fuerte evidencia, numerosos estudios clínicos con apreciable concordancia	
++: evidencia moderada, estudios clínicos en concordancia con datos preliminares	
+ : evidencia débil, informes aislados, datos para ser confirmados.	

En conclusión, la distensión rectal es una herramienta útil en la investigación de los mecanismos fisiopatológicos, así como para, así como para evaluar los efectos de diversos medicamentos utilizados en el SII.

Alteración de la motilidad: las diferentes alteraciones encontradas tienen pobre correlación con los síntomas del paciente.

Factores Psicosociales: Contribuyen pero no causan los síntomas^{15, 16}.

En SII parece jugar un papel importante la inhibición o no expresión de las emociones. Dichas emociones actúan como un estresor continuado que pone en marcha las respuestas del estrés, produciendo una sobreactivación serotonina.

Los “estresores” psicosociales que exigen altas demandas a una persona se relacionan con la aparición de SII. En estos casos, el estrés produce un cese de las funciones estomacales; al desaparecer el estresor. Características de personalidad en pacientes con SII:

Existen algunas **características de personalidad** que son frecuentes en estas personas:

- Dependencia. Suele tratarse de personas con intensos deseos de dependencia que, sin embargo, se muestran ante los demás como independientes, autosuficientes y competitivas.

- **Hipocondriasis y somatización.** Es decir, existe una tendencia a expresar los conflictos mediante el cuerpo.
- **Percepción negativa de los acontecimientos vitales.** Tienden a percibir de forma negativa los acontecimientos de sus vidas debido a sus necesidades de dependencia, sus escasas estrategias de afrontamiento y la falta de apoyo social en situaciones críticas que suele darse también en estas personas.
- **Falta de iniciativa, de estabilidad y de confianza en el manejo de la realidad.** Son también personas muy vulnerables al estrés.
- **Inhibición de la agresividad, con agresividad dirigida hacia sí mismos, con sentimientos de culpa y autocríticas.**

Las distorsiones cognitivas más habituales en las personas que padecen SII son:

1. *Sobre generalización.* Ejemplo: “No puedo controlar mis intestinos, soy un débil”.
2. *Pensamiento dicotómico absolutista.* Ejemplo: “¡Siempre tengo que tener algo! Hoy no pude hacer nada por este dolor” (cuando en realidad le quedó sólo una tarea pendiente).
3. *Maximización-minimización.* Ejemplo: “Esto no tiene arreglo.”
4. *Pensamiento catastrófico.* Ejemplo: “Ayer me sentí muy mal en el restaurante. La vez pasada también. Por más que quiera no puedo salir.”
5. *Predicciones negativas.* Ejemplo: “No haré ese viaje, porque no podré comer afuera ni hacer normalmente las excursiones.”
6. *Lectura del pensamiento.* Ejemplo: “Nunca me lo va a decir, pero le da asco que deje olor en el baño.”
7. *Pensamiento del “debería”.* Ejemplo: “Yo tendría que comer sólo en forma vegetariana.” “Yo no debería cambiar de trabajo. Si me descompongo la pasaré mal.”
8. *Etiquetamiento.* Ejemplo: “Soy un debilucho.” “Nací para sufrir.”
9. *Personalización.* Ejemplo: “Todos se sintieron incómodos por mí.”
10. *Descalificación de lo positivo.* Ejemplo: “Bueno, pero eso no cuenta. No es que esté mejor, es que me relajo, si no lo hiciera, me dolería igual.”

La experiencia nos indica que los monitoreos basados en los *Registros Diarios de Pensamientos Disfuncionales* son un importante pilar del tratamiento y se constituyen así en la principal técnica a utilizar.

a) La ansiedad intestinal lleva a una hipervigilancia sobre los propios intestinos, y sobre el medio ambiente. Vemos en los pacientes que, debido a su sufrimiento, se hallan permanentemente observando a sus intestinos que pasan a ser el foco de su atención (cómo están, si arrojan síntomas), lo cual los lleva a un hipercontrol. Muchas personas con SII viven con ansiedad la aceptación o la crítica de los demás.

Es tal la importancia que le dan a lo que piensan o creen que piensan los demás de ellas, que imaginan una catástrofe si no son aceptadas o si creen que no serán aceptadas¹⁰. *“No puedo ir a un restaurante porque sé que me sentiré mal.”*

b) El perfeccionismo esquema de estándares inalcanzables es matemáticamente visible en cada uno de los pacientes portadores.

Sabemos que el perfeccionismo está condenado al fracaso, en tanto, a veces, la persona tiene aciertos, pero la mayoría de las veces tendrá que incorporar permiso para el error y las faltas. Necesariamente el perfeccionismo lleva al sentimiento de frustración *“No puedo manejar los síntomas, me hacen sentir fuera de control.”*

c) La rabia y la frustración. Son sentimientos que están casi siempre presentes por las limitaciones que trae el cuadro (no en vano la denominación de “irritable”). Hay toda una temática a trabajar alrededor de la irritabilidad, que tanto puede generar más síntomas como ser el resultado de ellos. A veces el deseo de gustar y de ser aceptado, es lo que los hace preocuparse por no ser ofensivos.

En otros casos, porque tienen mucho respeto por la autoridad y siendo muy cumplidores no desean o no pueden rebelarse.

Debido a cualquiera de estas razones, hay pacientes que no asocian sus síntomas con sus dificultades de expresar su enojo. Tampoco lo hacen quienes sí pueden expresar su rabia, pero no en una forma asertiva. *“¡Preferiría tener cualquier cosa menos esto!”*.

d) Autoeficiencia. En general son pacientes con personalidades donde el sentido de la eficacia es superlativo, y existe en ellos el temor a no serlo, y no poder desempeñarse “adecuadamente” en relación con las demandas de la realidad. “No podré conseguir un empleo mientras tenga estos síntomas.”

e) La vergüenza es otro de los ítems muy marcados y capitales. Sabemos que estos temas no son fácilmente tratados en lo social. La persona siente vergüenza cuando percibe que no tiene control sobre las propias funciones corporales.

A quienes lo padecen, el hecho de no poder manejar sus esfínteres los sume en un malestar muy profundo. *“No puedo ir al baño durante la reunión porque dejaré mal olor.”*

Existen muchos estudios que aseguran que el abuso sexual y físico es, frecuentemente, detectado en las clínicas de gastroenterología.

Si bien los estudios hacen hincapié en la relación del SII con el abuso en mujeres, también puede verse este nexo en algunos hombres.

Entre mujeres que padecían desórdenes gastrointestinales funcionales, el porcentaje de quienes confesaron haber sido abusadas fue significativamente mayor que el que se encontró en mujeres que padecían trastornos gastrointestinales orgánicos.

f) Elevada necesidad de aprobación social. Es otro de los rasgos visibles. El paciente registra mucha necesidad de ser aprobado, valorado, respetado, con un estricto sentido de ajuste a la normatividad. *“Mejor no cuento lo que me pasa, si no me descartarán.”*

g) Pobre cuidado personal. En especial en las mujeres se observa que acorde con su educación, el hecho de atenderse y escuchar sus necesidades personales es vivido como una pérdida de tiempo e incluso no está muy bien visto.

En muchas culturas la mujer ha sido educada para satisfacer primero las necesidades de los otros (familia, hijos, marido, etc.), postergándose a sí mismas. Se nota, además, en el género femenino, una potenciación de los síntomas que posiblemente se relaciona con la falta de permiso para la expresión abierta de los sentimientos hostiles. *“Con la casa y los chicos no me queda un minuto para relajarme.”*

h) Dolor. Generalmente, el dolor tiene una funcionalidad protectora del organismo: actúa como una señal que nos indica que el cuerpo ha sufrido alguna injuria o daño. Por ello, remite a sus causas, siempre en la búsqueda del remedio propicio. En el caso del paciente que sufre de SII, el dolor no parece tener un sentido funcional y por ende, no le posibilita al sujeto un tratamiento más adecuado. Por tal razón se hace necesario dedicarle un espacio importante a esta variable, así como al aprendizaje de recursos de relajación para poder afrontarlo. *“Es tan terrible este dolor que preferiría que me operen. No puedo vivir más así.”*

Agentes infecciosos: Las infecciones explican del 6-17% de todos los casos de SII, sin embargo, los del 7 al 33% de los pacientes con gastroenteritis infecciosas desarrollan SII en el futuro. Se estima que una infección bacteriana gastrointestinal previa, se asocia con un riesgo de 11 veces de desencadenar SII, comparado con los que la tienen.

En aquello se ha demostrado inflamación colónica persistente, así como activación del sistema inmune y también mayor número de células enterocromafin que contienen serotonina, la cual puede contribuir a la diarrea y dolor abdominal.

Dieta: Por razones lógicas, la preocupación por la dieta es un tema central en las personas que sufren SII. Sin embargo, actualmente se sabe con absoluta certeza que: ***No es la comida la que provoca los síntomas y no hay una dieta específica que los mejore.*** No obstante, cada persona deberá detectar sus tolerancias alimenticias e ir descartando de su dieta todos aquellos alimentos que precipiten sus síntomas.

Los siguientes son factores de riesgo para el desarrollo de SII post infeccioso: virulencia del patógeno, edad joven, sexo femenino, duración de la enfermedad infecciosa mayor de siete días, uso de antibióticos durante la fase aguda de la infección, y factores psicológicos como hipocondriasis, ansiedad y depresión.

El 50% de los pacientes con SII post infección se recuperan a los seis años comparados con el 31% del SII inespecífico^{19, 22, 23, 24, 25, 26, 28}.

Factores genéticos: la evidencia para la participación de factores genéticos en el SII incluye la frecuencia dos veces mayor en gemelos homocigotos, comparados con heterocigotos, pero la concordancia en los gemelos monocigotos no es 1:1, indicando que se necesitan otros factores, como los ambientales.

Otros hallazgos a favor de la genética son la aparición de esta enfermedad en familias, polimorfismo de genes de citoquinas que controlan la inflamación como la IL-10 y polimorfismo funcional en el gene transportador de serotonina en mujeres con SII y diarrea predominante entre otros¹⁵.

Serotonina: El 95% de la serotonina o 5 hidroxitriptamina (5HT) del cuerpo humano está en el tracto gastrointestinal, principalmente en las células enterocromafines (90%) y en menor proporción (10%) en las neuronas entéricas. Hay por lo menos 14 clases de receptores de 5HT con diversas funciones tanto en el sistema nervioso central y el periférico. En el SII los principales receptores son los 5HT3 y 5HT4.

La acción de la 5HT termina cuando es removida del espacio intersticial mediante recaptación por acción del transportador de serotonina. La 5HT tiene un papel fundamental en la regulación de la motilidad, secreción y sensibilidad del tracto gastrointestinal a través de la activación de numerosos receptores distribuidos ampliamente en los nervios entéricos y aferentes sensoriales.

Sus acciones son muy complejas y puede producir contracción del músculo liso al estimular nervios colinérgicos o relajación por estimulación de neuronas inhibitoras que liberan óxido nítrico. La 5HT se libera en la mucosa tanto las neuronas sensoriales intrínsecas como las extrínsecas.

En las primeras inicia reflejos peristálticos y secretorios a través de receptores 5HT₄ y las últimas modula la sensibilidad vía receptores 5HT₃. Los receptores 5HT₄ están localizados sobre las células enterocromafines, musculares lisas, y sobre las neuronas. La liberación de 5HT de las células enterocromafines, es uno de los iniciadores de la peristalsis a través de los 5HT₄ sobre los eferentes primarios.

Los receptores 5HT₃ están distribuidos sobre las neuronas motoras entéricas, terminales periféricas de aferentes viscerales y en el sistema nervioso central (centro del vómito). El antagonismo de esos receptores reduce el dolor visceral, el tránsito colónico y las secreciones del Intestino delgado.

La 5HT también modula la sensibilidad por los aferentes vágales sensoriales. A nivel central participa en la regulación del estado de ánimo, de la función sexual y del apetito. En pacientes con SII diarrea predominante, se han encontrado niveles elevados de 5HT postprandial.

Tomadas globalmente las diferentes alteraciones, con la evidencia disponible se puede concluir que lo más probable es que las diferentes alteraciones mencionadas, así como elementos del medio ambiente, interactúen en forma variable y desencadenen la aparición del SII. Se ignora la contribución de cada factor en la génesis de la entidad^{15, 16}.

Estrés: Muchas veces los síntomas aparecen por primera vez frente a situaciones vitales estresantes; otras, después de ellas.

Para entender cómo el estrés puede producir los característicos síntomas de este cuadro –dolor abdominal y hábitos intestinales alterados–, consideremos que la activación del sistema del estrés puede estimular o inhibir el funcionamiento de todo el sistema digestivo, respondiendo a específicos contextos emocionales.

Es interesante notar que diferentes respuestas fisiológicas se desencadenan según sea la emoción predominante: miedo u hostilidad.

Frente al miedo, el funcionamiento del tracto gastrointestinal alto (estómago y duodeno) es inhibido, produciendo la sensación de plenitud y falta de apetito, a la vez que la activación del funcionamiento del tracto gastrointestinal bajo (colon sigmoideo y recto) lleva a los cólicos y la diarrea.

En el caso de la ira, todo el tracto gastrointestinal alto es estimulado, lo que aumenta las contracciones gástricas y la secreción ácida.

Se sabe que el área cingulada anterior del cerebro constituye la corteza motora visceral. Desde ella parten proyecciones hacia el hipotálamo, la amígdala y los núcleos del tronco cerebral, que forman la base para las conexiones con las vías vagales y sacrales, simpáticas y parasimpáticas, que a su vez salen hacia el colon.

Esta red ha sido llamada *Sistema motor emocional*, término que hace referencia a un grupo de vías motoras paralelas que gobiernan las respuestas somáticas, autonómicas, antinociceptivas (de modulación del dolor) y endócrinas. Estas cuatro funciones principales del sistema se activan en situaciones que la persona percibe como amenazantes para el equilibrio homeostático^{25, 26, 27, 28, 30, 31}.

TRATAMIENTO

La compleja fisiopatología del SII y el conocimiento parcial de la misma, tienen dos impactos en el manejo de estos pacientes: el desarrollo de medicamentos imperfectos o imprecisos y como consecuencia, la insatisfacción del paciente y la frustración del médico. Hasta el momento ningún medicamento de los actualmente disponible, alivia todas las diferentes manifestaciones del SII ni modifica el curso de la enfermedad; solamente alivian los síntomas.

Sería improbable que cualquier medicamento dirigido a un receptor específico, logre rectificar las múltiples manifestaciones intestinales y extra intestinales que identifican al SII.

Aunque clásicamente el tratamiento farmacológico está dirigido al síntoma predominante, la clasificación en diferentes tipos o patrones de la enfermedad, sigue siendo controvertida, ya que hay fluctuaciones impredecibles de los diferentes patrones clínicos y los criterios actualmente utilizados para definir los patrones de hábito intestinal son arbitrarios.

Los diferentes subgrupos de los criterios de ROMA II, fueron determinados por opinión de expertos y no basados en la evidencia y hasta el momento no han sido validados y según algunos autores, deberían ser reconsiderados.

El subgrupo de síntomas alternantes al parecer representa entre el 19 y 63% de todos los pacientes con SII y los criterios de ROMA II no dan recomendaciones para su identificación y no hay acuerdo universal sobre los síntomas en los cuales se basa esta clasificación, como tampoco se ha definido con exactitud en que consiste la alternancia.

Recientemente se investigó una metodología para identificarlos y comparar la severidad, calidad de vida y síntomas psicológicos con respecto al SII sin alternancia y se concluyó que tenían síntomas más severos y mayor compromiso de su calidad de vida y alteraciones psicológicas, que los no alternantes.

Teniendo en cuenta que representan el grupo más grande de pacientes con SII, es necesario contar con una definición de los mismos. Pimentel y col han propuesto un cuestionario con un puntaje para evaluar la severidad de la diarrea y del estreñimiento que permite identificarlos y excluir los que tienen diarrea o estreñimientos puros o dominantes.

La piedra angular del tratamiento en los pacientes con SII es una fuerte relación médico paciente, ya que se ha demostrado que cuando existe empatía se disminuye de manera notable, el número de consultas de estos pacientes y si parte del arte de la medicina es la empatía, en esta entidad, el comportamiento del médico tiene un valor superlativo²⁸.

Por lo anterior puede decirse que en estos pacientes, la consulta por si misma, debe ser un evento terapéutico.

El éxito depende en buena parte de esta relación, la cual además de ser cordial y respetuosa, debe incluir una explicación clara y comprensible de la naturaleza funcional de la enfermedad, de su buen pronóstico a largo plazo y la necesidad de que el paciente identifique y maneje los factores desencadenantes.

Muchos fracasos terapéuticos se deben a la falta de información adecuada y la poca importancia que el médico le da a las molestias del paciente, evidente cuando le dice que 'no tiene nada', cuando realmente si tiene múltiples molestias^{25, 26, 28}.

Las opciones de tratamiento farmacológico en los pacientes con SII se pueden dividir en dos categorías:

1. Tratamientos del órgano blanco, esto es, medicamentos dirigidos al intestino y seleccionados de acuerdo al síntoma predominante.
2. Medicamentos que actúen a nivel del sistema nervioso central (SNC). Los placebos son excelentes tratamientos con eficacias del 30 al 80% y respuestas sostenidas hasta por 12 meses. El 70% de lo pacientes tienen manifestaciones leves, el 20% moderadas y el 5% severas. Estos últimos pacientes a menudo requieren un tratamiento interdisciplinario con gastroenterólogos y psicólogos expertos en la entidad²².

Los pacientes con síntomas leves, usualmente no requieren tratamientos farmacológicos, siendo de gran ayuda las recomendaciones dietéticas fibra, etc.

Cuando se decide utilizar medicamentos, se debe informar al paciente que debe ser usado durante la recurrencia de los síntomas y no de manera permanente.

Tratamiento de SII
<u>Dolor predominante</u>
Antiespasmódicos (Relajantes de músculo liso)
Antidepresivos tricíclicos
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
<u>Diarrea predominante</u>
Agonistas opioides (Loperamida, difenoxilato)
Colestiramina
Alosetrón (cuando se reintroduzca al mercado)
<u>Estreñimiento predominante</u>
Fibra
Laxantes
Tegaserod

Dolor Predominante.

Para este síntoma se utilizan antiespasmódicos y antidepresivos tricíclicos. Los antiespasmódicos se clasifican en tres categorías:

1. Anticolinérgicos (ej. Cimetropium, hiosciamina, dicitromine)
2. Relajantes del músculo liso, que son medicamentos papaverina-like (Meveberine), que inhiben directamente la contracción de la fibra muscular lisa aumentando los niveles de AMPc o interfiriendo con el pool de calcio intracelular
3. Bloqueadores del canal de calcio, como la nifedipina y el pinaverio.

En un meta-análisis reciente, se concluyó que diversos mio relajantes son superiores a un placebo. Los diversos medicamentos incluidos en este estudio, con eficacia y sin efectos colaterales fueron el bromuro de otilonium, y el cimetropium. La trimebutina, mebeverina, hiosciamina y pinaverio no fueron mejor que un placebo.

En un meta-análisis publicado este año, Quartero et al concluyeron que el pinaverio y la escopolamina, fueron eficaces en términos de mejoría del dolor abdominal y síntomas globales del SII.

Estos medicamentos no están disponibles en Estados Unidos y en ese país la piedra angular del tratamiento son los anticolinérgicos como dicitromine, belladona y hiosciamina.

Los antiespasmódicos tomados 30 minutos antes de las comidas pueden ser efectivos en controlar el dolor abdominal posprandial. Las preparaciones sublinguales parecen ser útiles “a demanda”, pero no hay estudios formales que los hayan evaluado.

Los antidepresivos tricíclicos en bajas dosis han demostrado eficacia superior a placebo para aliviar el dolor abdominal con un número necesario de tratamientos (NNT) para beneficiar a 1 paciente de cada 3. Efectos colaterales de estas drogas incluyen sedación, sequedad de ojos y boca, aumento de peso. La disipramina también tuvo superioridad a placebo (60% vs 47%) en quienes no tenían depresión y en los que tenían diarrea.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, tienen menos efectos colaterales que los antidepresivos tricíclicos y teóricamente tendrían más beneficio en pacientes con estreñimiento ya que aceleran el tiempo de tránsito orocecal. Los ensayos controlados han dado resultados contradictorios^{15, 22, 25}.

Diarrea Predominante.

En estos pacientes se utilizan los medicamentos antidiarreicos clásicos como la loperamida y el difenoxilato. La loperamida, un derivado butiramida, es superior a placebo en los casos de diarrea y es preferible al difenoxilato porque carece de actividad opioide a dosis convencionales y no cruza la barrera hematoencefálica. Los estudios clínicos han demostrado que la loperamida disminuye significativamente la diarrea, la urgencia y el escurrimiento rectal y puede aumentar el tono rectal.

Ambos son más útiles de manera profiláctica para prevenir episodios predecibles de diarrea desencadenados por el estrés etc. Su eficacia se debe a la inhibición de la secreción intestinal y al aumento de la absorción de líquidos y electrolitos al aumentar el tiempo del tránsito intestinal. Colestiramina y colestipol: medicamentos secuestradores de sales biliares que teóricamente podrían ser de utilidad en el grupo de pacientes con SII con diarrea y con alteración del metabolismo de las sales biliares, (mayor cantidad de los mismos transportados del ileum al colon).

Si bien no han sido estudiados en SII en ensayos clínicos controlados, podrían adicionarse de manera empírica en pacientes con diarrea refractaria¹⁵.

Estreñimiento predominante.

En los pacientes con este síntoma predominante, los suplementos de fibra son la primera elección y aunque hay controversia, un reciente meta-análisis mostró benéfico para el estreñimiento pero no para los síntomas globales. En otra revisión sistemática sobre la eficacia de los diferentes tipos de fibra, se concluyó que la fibra insoluble puede exacerbar los síntomas en SII y la fibra soluble alivia el estreñimiento, pero no el dolor.

La fibra soluble incluye el psyllium, isphagula, policarbofilo de calcio y la insoluble, salvado de trigo y fibra de maíz. La fibra soluble es disuelta en el agua, formando un gel que es fermentado por las bacterias colónicas produciendo gas y ácidos grasos de cadena corta, los cuales aceleran el tránsito de las heces y facilitan la defecación. La fibra insoluble sufre mínimos cambios en el tracto digestivo, produce aumento en la masa fecal y también acorta el tránsito del colon.

El abordaje para estos pacientes es aumentar la fibra de la dieta de manera gradual, aproximadamente 20-25 gr/día durante algunas semanas y si esta dieta fracasa, entonces adicionar psyllium iniciando con dosis de 4 a 6 gr/día y aumentado a 10-12 gr/día en dos a tres semanas.

Es necesario advertir al paciente que puede presentar distensión abdominal, especialmente al inicio del tratamiento pero esta molestia usualmente desaparece después. Cuando no se logra mejoría con la fibra, el próximo paso es utilizar laxantes preferiblemente iniciando con los osmóticos (leche de magnesia, lactulosa, sorbitol) o con polietilenglicol que frecuentemente es mejor tolerado en pacientes con SII, aunque no hay estudios clínicos controlados en estos pacientes.

Los laxantes estimulantes (bisacodilo, sen, fenoltaleina, ácido ricinoleico, cascara sagrada y otros derivados del dantrum), aunque son comúnmente utilizados motu proprio por los pacientes con SII, no existen estudios controlados y utilizados crónicamente pueden producir colon catártico con distensión, atonía del colon y empeoramiento del estreñimiento.

El tegaserod, un agonista parcial de 5HT4 es un procinético que también puede modular las vías sensoriales, estimular el peristaltismo y aumentar la motilidad del intestino delgado y del colon. Aunque es considerado agonista selectivo para 5HT4, Beatti et al encontraron que tegaserod es antagonista del receptor 5HT2B. La estimulación del 5HT2B, teóricamente puede aumentar la contractilidad del músculo liso intestinal y su inhibición, se disminuiría la actividad proquinética del tegaserod. Se ignora si esto realmente puede ocurrir ya que dicho receptor, se expresa fundamentalmente en la vida temprana.

En tres ensayos controlados se demostró mayor eficacia que un placebo en mujeres con SII y estreñimiento predominante. No se demostró eficacia en hombres, aunque el número de estos fue relativamente pequeño y no se puede excluir un error tipo II. Este medicamento fue aprobado por la FDA para mujeres durante 12 semanas, con SII y estreñimiento predominante, pero la Unión Europea, aún no lo aprobado.

El medicamento está contraindicado en alteración hepática moderada a severa, en insuficiencia renal severa y según la FDA también en pacientes con adherencias intestinales, enfermedad del tracto biliar y antecedentes de obstrucción intestinal^{15,}

¹⁹

II. JUSTIFICACION

La familia como sistema desempeña deferentes funciones como lo son: los aspectos biopsicosocial, económico y cultural-espiritual y el buen desempeño de las mismas va a estar dada por el buen funcionamiento cada uno de sus miembros. Es así como un cambio en uno de los integrantes producirá un cambio en el resto y por consecuencia en la familia en general, modificando conductas y asumiendo nuevos roles dentro del propio grupo familiar.

Por lo que la funcionalidad familiar va a estar dada por la capacidad que tenga esta de sobreponerse a las diferentes situaciones de estrés y de adaptarse a los mismos.

Se ha demostrado que la disfunción familiar es causante de estrés para cualquiera de sus miembros influyendo en la aparición de nuevas enfermedades incluyendo las de aspecto psicosomático; así como la descompensación de las ya existentes, en gran parte de las enfermedades psiquiátricas y hacerlos mas susceptibles a padecer enfermedades infecciosas, incluso influye en las conductas de riesgo para la salud.

El SII es un cuadro donde justamente interactúan los factores orgánicos con los psicológicos y los socio-ambientales, ahora se acepta como un síndrome del aparato neuro-endocrino-gastrointestinal que puede expresarse de forma extra digestivas y estrechamente vinculado con determinados patrones de personalidad así la influencia de la dinámica familiar.

Esta condición tan común, se estima que afecta de un 10 a un 20% de la población general en algún momento de su vida y aunque sólo una pequeña proporción (próxima al 4% de todos los sufrientes de SII) visita al especialista, representa aproximadamente la mitad de las consultas que reciben los médicos gastroenterólogos.

Se sabe que esta afección tiene una predominancia dentro del género femenino en una proporción de 4 a 1, en algunos casos los síntomas pueden ser tan severos e intrusivos que interfieren en la calidad de vida de la persona, y en sus posibilidades de desplegar normalmente su trabajo, lo cual deviene en un significativo incremento de ausentismo laboral.

Por lo que es de suma importancia detectar a los pacientes en los que los factores socio familiares estén influyendo para modificar el comportamiento individual ante la enfermedad, influyendo en el pronóstico clínico y disminuyendo su recurrencia.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia como unidad sistémica e institución social, realiza una serie de funciones psicosociales efectuadas con base a la complementariedad y potencialidades por sus miembros en función a sus roles asignados y es donde se establecen los vínculos afectivos primarios que son modelo para la forma en que se relaciona con las demás personas.

Es así como la familia en el proceso Salud- Enfermedad puede contribuir en la formación de hábitos, costumbres, creencias, valores y estilos de vida, que conducen a comportamientos, en la mayoría de los casos, protectores de salud; así cómo la manera de afrontar situaciones de estrés-crisis lo cual determina la funcionalidad familiar.

Pudiendo decir que de la funcionalidad familiar depende la estabilidad y el equilibrio del proceso salud-enfermedad.

La disfunción familiar puede producir síntomas de enfermedad física en cualquiera de sus miembros, desencadenas nuevas crisis, agravar algún trastorno y hasta puede convertirlo en crónico y fijarlo. También puede incidir desfavorablemente en la evolución de cualquier tipo de tratamiento y en la rehabilitación.

El Síndrome de Intestino Irritable un trastorno gastrointestinal estrechamente relacionada con trastornos somatomorfos reportándose una asociación (54-100%), siendo crónico y recurrente, relacionado con aspectos bio-psico-sociales fuertemente relacionados a la familia; influyendo en el desencadenamiento o en la exacerbación de los síntomas intestinales y en el comportamiento individual ante la enfermedad,

Aunque solo el 15% de los afectados solicita atención médica, el 40-60% de estos lo hace luego de un problema de estrés, depresión, pérdida laboral, conflicto familiar o algún otro evento estresante.

Por lo anterior la pregunta de investigación es:

¿CUAL EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE LA UMF # 28 DEL IMSS, APLICANDO EL APGAR FAMILIAR?

IV.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

OBJETIVOS GENERALES:

- Determinar la funcionalidad familiar en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable mediante el Instrumento de evaluación APGAR familiar, de la U. M. F. No. 28 "Gabriel Mancera" del I. M. S. S

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar qué área de acuerdo al Instrumento de evaluación APGAR Familiar se encuentra más afectada en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable.

V.

HIPOTESIS

Por ser un estudio observacional, no se requiere de la elaboración de una hipótesis, sin embargo para fines académicos se refiere una hipótesis estadística:

H1. Los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable presentan alteraciones en la funcionalidad familiar.

H0. Los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable no tienen afección en la funcionalidad. Familiar.

VI. MATERIAL Y METODOS

Es un instrumento auto administrado, que esta diseñado para obtener una evaluación rápida y sencilla de la funcionalidad familiar, su uso es valido y confiable en adultos mayores de 15 años, en su presentación completa.

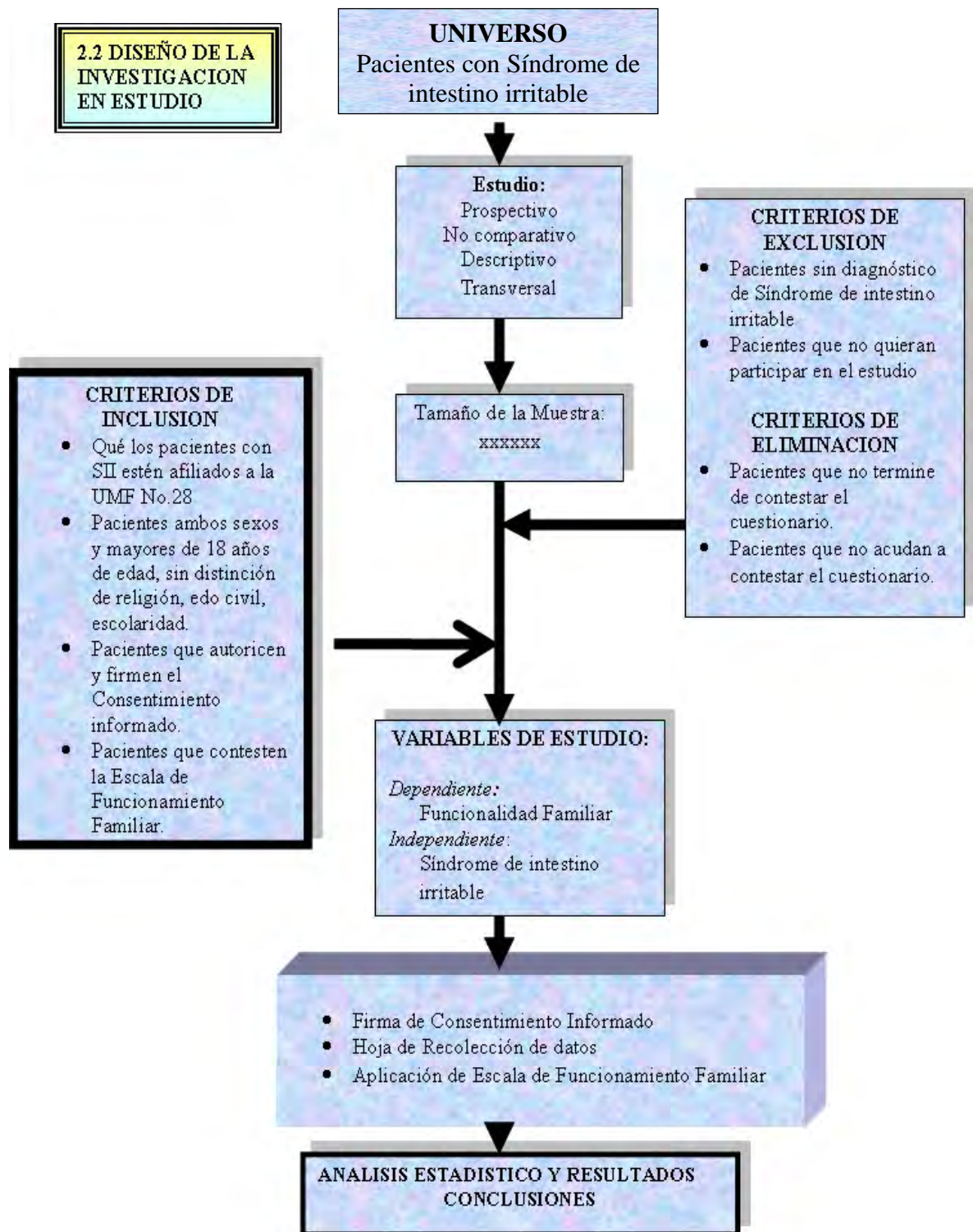
Tiene cinco preguntas con un rango de respuesta: siempre=4, casi siempre =3, algunas veces =2, casi nunca =1, y nunca =0. Se puede obtener un máximo de 20 puntos. La interpretación del resultado es: buena de 18 a 20 puntos, disfunción familiar leve de 14 a 17 puntos, disfunción familiar moderada de 10 a 13 puntos y severa de 9 o menos puntos.

APGAR Familiar es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado.

METODO DE RECOLECCION DE DATOS

1. Se explica en una entrevista al paciente en estudio se dará la firmar la Hoja de Consentimiento informado, explicándole el motivo de la investigación.
2. Posteriormente se aplicara Test “APGAR Familiar”, con previa presentación de los investigadores.
3. Se les explicara a los pacientes en que consisten estas preguntas y en caso de no entender alguna pregunta se le aclarara en su momento.
5. Posteriormente el investigador iniciara la calificación de los ítems, obteniendo un resultado.
6. Se acudirá con Dr. Titular y Asesor para analizar los resultados obtenidos.
7. Obteniendo todos los resultados establecidos para la investigación, se enviara a proceso estadístico.
8. Se graficaran dichos resultados y se obtendrá si la familia es funcional o disfuncional (según la percepción del paciente), de acuerdo a los valores ya validados previamente.
9. Se obtendrán resultados y conclusiones del protocolo de investigación.
- 10 Se les explicara a los pacientes al término del cuestionario, al final se agradecerá de antemano su participación.

IV. DISEÑO E INVESTIGACION DEL ESTUDIO.



VII. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo observacional, descriptivo, prospectivo, transversal y no comparativo.

Por el control de sus variables es: **OBSERVACIONAL**

Por el número de poblaciones estudiadas es: **DESCRIPTIVO**

Por el proceso de causalidad es: **PROSPECTIVO**

Por el número de mediciones de una misma variable o el periodo y secuencia es: **TRANSVERSAL**

Según la intención comparativa (estadística) de los resultados del grupo estadístico: **NO COMPARATIVO**

VIII. POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

Población y Universo de trabajo: Hombres y mujeres con Síndrome de Intestino Irritable.

Lugar: Consulta externa de U. M. F. No. 28 “Gabriel Mancera” del I. M. S. S

Tiempo: Durante el mes de noviembre de 2009 a enero de 2010.

IX. MUESTRA

Selección de todos los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable de la consulta de de U. M. F. No. 28 “Gabriel Mancera” del I. M. S. S

El tamaño de la muestra no probabilística, con un total de 30** pacientes para análisis

Tipo de muestreo por conveniencia

X.

CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Pacientes que acepten participar en el protocolo y firmen la carta de consentimiento informado.
2. Pacientes que sepan leer y escribir
3. Pacientes que contesten completo el test APGAR Familiar.
4. Pacientes que tengan Síndrome de Intestino irritable
- 5. Mayores de 15 años a 60 años**
6. De ambos sexos, de cualquier estado civil, ocupación y escolaridad.
7. Que acudan a la consulta U. M. F. No. 28 "Gabriel Mancera" del I. M. S. S

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1 Pacientes que no reunieron los requisitos de inclusión
- 2 Pacientes sin diagnostico de Síndrome de Intestino irritable
- 3 Que no aceptaron participar en la investigación
- 4 Pacientes que tengan alguna otra patología digestiva.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- 1 Pacientes que no acuden a la cita.
- 2 Pacientes que no concluyeron en su totalidad el test APGAR Familiar
- 3 Pacientes que no firmaron el consentimiento informado.

XI. VARIABLES: TIPO Y ESCALA DE MEDICION

VARIABLE	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	VALORES VARIABLE	INSTRUMENTO
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	CUALITATIVA	ORDINAL	DEPENDIENTE	A)FAMILIA FUNCIONAL B)FAMILIA DISFUNCIONAL MODERADA C) FAMILIA DISFUNCIONAL SEVERA	INSTRUMENTO DE VALUACION APGAR FAMILIAR
SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE	CUALITATIVA	NOMINAL	INDEPENDIENTE	1)Constipación predominante 2) Diarrea predominante 3) Dolor/ Gas/ Distensión predominante 4) diarrea predominante con constipación.	MARCO TEORICO

XII. DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVO DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Definición conceptual: Funcionalidad Familiar

Capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo evolutivo y las crisis por las que atraviesa, además es un conjunto de pautas que relacionan a cada miembro de la familia lo cual mantiene un equilibrio u homeostasis tal que las fuerzas del grupo le permiten progresar en un momento determinado.

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

Definición operacional: La interpretación del resultado es: buena funcionalidad de 18 a 20 puntos, disfunción familiar leve de 14 a 17 puntos, disfunción familiar moderada de 10 a 13 puntos y severa de 9 o menos puntos.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Definición conceptual: Síndrome de Intestino irritable

Se definen como un desorden gastrointestinal funcional, caracterizado por dolor, distensión abdominal y/o diarrea y/o estreñimiento, sin relación con patología orgánica o infecciosa.

Definición operacional: En los pacientes que cumplan los criterios diagnósticos de Roma II para SII se pueden clasificar en 4 grupos con base a los síntomas predominantes: 1) Constipación predominante 2) Diarrea predominante 3) Dolor/ Gas/ Distensión predominante 4) diarrea predominante con constipación.

XIII. DISEÑO ESTADÍSTICO.

El análisis estadístico se llevara a cabo a través del programa STATA 6 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaran medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, valor mínimo, valor máximo), estimación de medidas. El tipo de muestra es ajustado a perdidas.

XIV. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

El instrumento utilizado "APGAR Familiar" es uno de los primeros instrumentos desarrollados por un médico familiar, el Dr. Gabriel Smilkeinsen (1978).

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

Es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado.

Es un instrumento auto administrado, que está diseñado para obtener una evaluación rápida y sencilla de la funcionalidad familiar, su uso es valido y confiable en adultos mayores de 15 años, en su presentación completa consta de dos partes:

La primera consta de los siguientes cinco ítems:

- (A) Adaptabilidad
- (P) Cooperación o participación
- (G) Desarrollo
- (A) Adaptabilidad
- (R) Capacidad resolutiva.

La segunda parte consta de siete variables:

- Nombre
- Parentesco
- Edad
- Sexo
- Relación buena
- Relación difícil
- Relación escasa

Interpretación: Tiene cinco preguntas con un rango de respuesta:

- Siempre= 4
- Casi siempre = 3
- Algunas veces = 2
- Casi nunca = 1
- Nunca = 0.

Se puede obtener un máximo de 20 puntos, la interpretación del resultado es:

- Buena de 18 a 20 puntos
- Disfunción familiar leve de 14 a 17 puntos
- Disfunción familiar moderada de 10 a 13 puntos
- Disfunción severa de 9 o menos puntos.

XV. MANIOBRAS PARA CONTROLAR SEGOS

La aplicación de instrumento de evaluación se llevara a cabo por el investigador a cada paciente con los criterios de inclusión y exclusión ya mencionados. Se contara con la supervisión del asesor de la investigación durante el transcurso de la misma. Los pacientes recibirán las mismas explicaciones e indicaciones y serán evaluados en las mismas circunstancias de tiempo y por el mismo investigador.

XVII. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Materiales:

- 1 Hoja de registro de datos
- 2 Hoja de consentimiento informado
- 3 Test APGAR Familiar
- 4 Expediente clínico del paciente
- 5 Concentrado de aplicación del test donde se obtienen las conclusiones
- 6 Libretas, hojas blancas tamaño carta, <bolígrafos, lápices, gomas, sacapuntas, marcador, engrapadora, USB 2 GB.
- 7 Computadora Pentium IV, programa Microsoft Word XP, Internet Explorer.
- 8 Impresora Laserjet 1010 hp

Físicos:

Consulta U. M. F. No. 28 "Gabriel Mancera" del I. M. S. S

Económicos:

- 1 Se autofinancia por el investigador únicamente.

XVIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los procedimientos se apegan de acuerdo con las normas éticas, al reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos Artículo 17 y en materia de investigaciones medicas en seres humanos de la Asociación Medica Mundial (declaración de Helsinki) describiéndose como un estudio de riesgo mínimo, además de cumplir con la normatividad vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se otorgara a cada paciente una carta de Consentimiento informado en donde se explica en qué consiste su participación, respetando siempre la confidencialidad e integridad del paciente.

RESULTADOS

De los pacientes identificados con el diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable se encontró una distribución por género y edad lo siguiente: existe mayor número del género femenino entre la sexta y séptima década de la vida y para el género masculino entre la séptima y octava década de la vida.

TABLA 1. Distribución de los pacientes por género y edad.

		RANGO DE EDADES					
GENERO	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90
MASCULINO	0	2	2	1	2	5	0
FEMENINO	1	3	3	4	6	1	1

TABLA 2. Edad máxima, mínima y media de los pacientes.

Los pacientes de la muestra estudiada la edad promedio fue de 28 años como mínimo y la edad máxima fue de 84 años, con una media de 54.67 años.

Edad Pacientes	Mínimo	Máximo	Media
30	28	84	54.67

GRAFICO 1. Edad máxima, mínima y media de los pacientes.

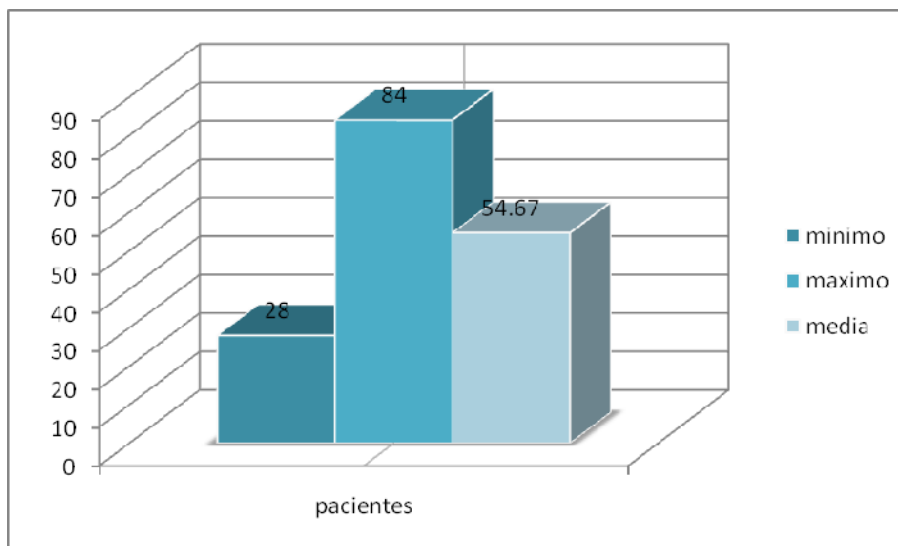


TABLA 3. Edad mínima, máxima y media por género de los pacientes.

La edad promedio del género masculino fue de 59.92 años, mínima 35 y máxima 79 años y en cuanto al género femenino la edad promedio fue de 51.17 años, mínima 28 y la máxima de 84 años.

Genero	Edad mínima	Edad máxima	Edad media
Masculino	35	79	59.92
Femenino	28	84	51.17

GRAFICO 2. Edad mínima, máxima y media género masculino

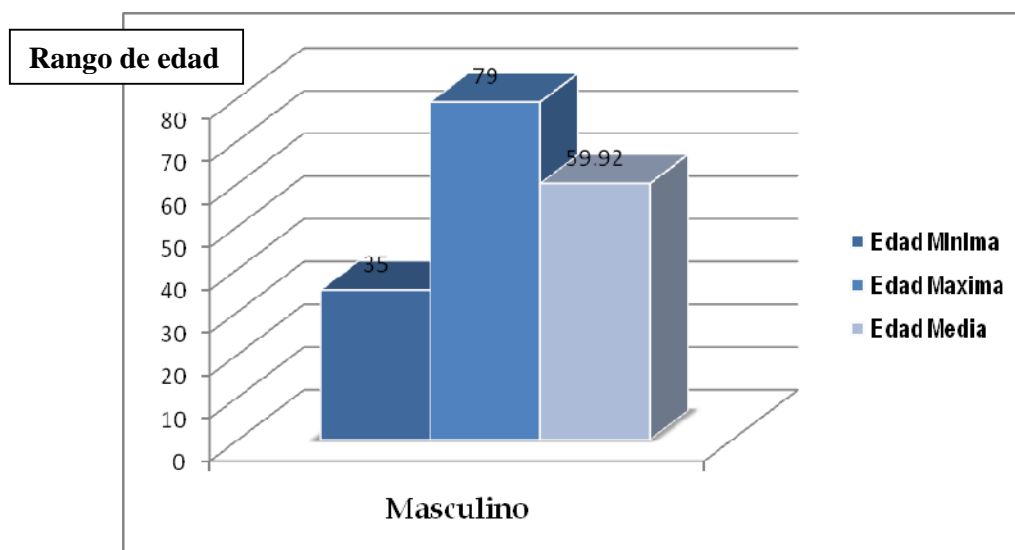


GRAFICO 3. Distribución de edad mínima, máxima y media género femenino

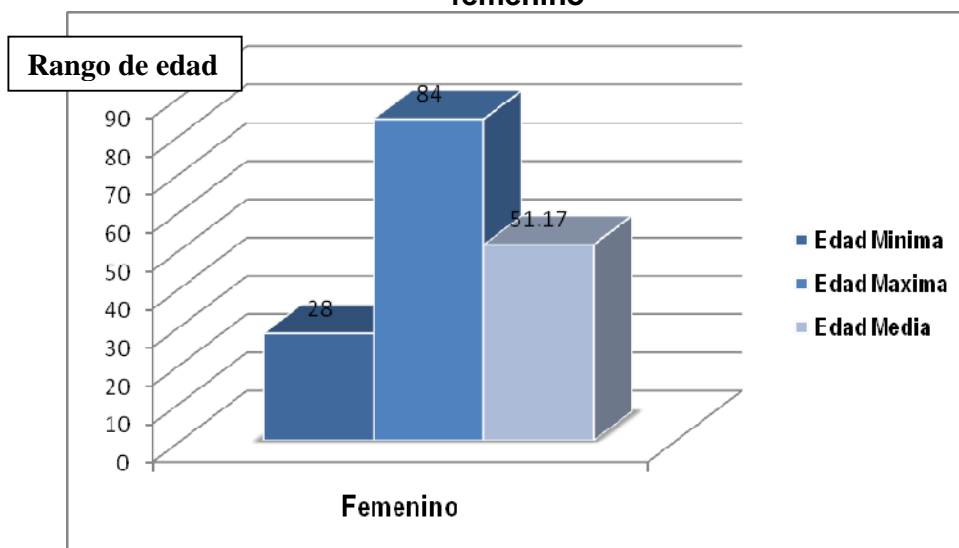


TABLA 4. Número de pacientes identificados por género.

El género femenino fueron 18 representando el 60% y del masculino fueron 12 representando el 40% de la muestra estudiada.

Genero	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	12	40
Femenino	18	60
Total	30	100

GRAFICO 4. Número de pacientes identificados por género.

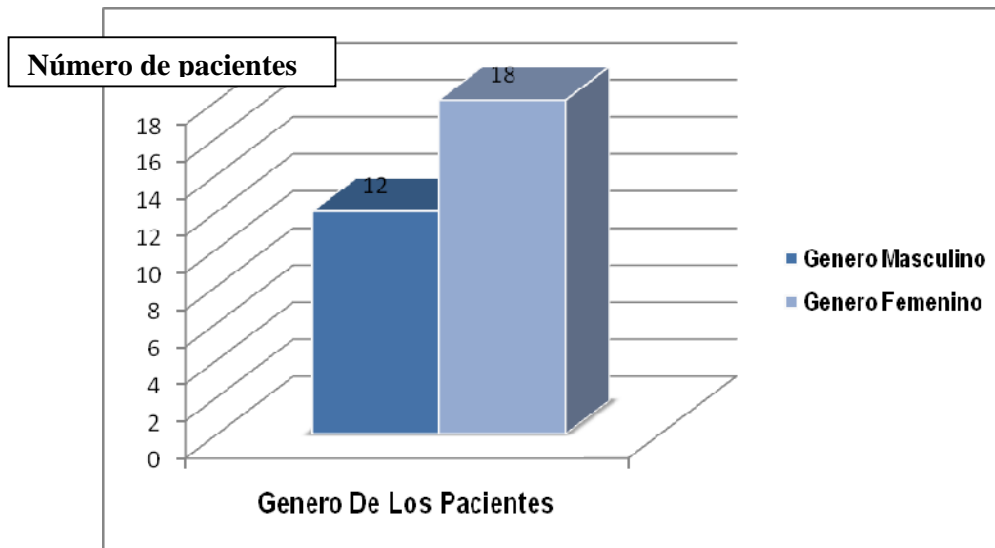


TABLA 5. Tipo de ocupación de los pacientes.

De la muestra estudiada y correlacionada con la ocupación el porcentaje fue de empleados represento el 50%, se guido de pensionados con un 36%, desempleados 6.7%, amas de casa el 6.7%.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje %
Empleado	15	50
Desempleado	2	6.7
Pensionado	11	36.7
Ama de casa	2	6.7
Total	30	100

GRAFICO 5. Tipo de ocupación de los pacientes.

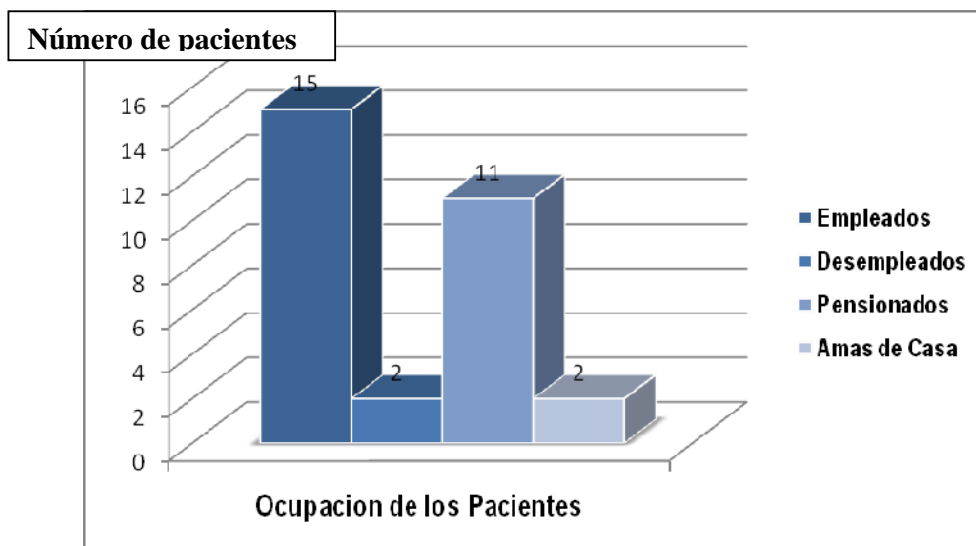


TABLA 6. Tipo de ocupación de los pacientes por género.

Del género masculino 4 son empleados y pensionados 8. Del género femenino empleadas son 11, desempleadas 2, pensionadas 3 y amas de casa 2.

Genero	Empleado	Desempleado	Pensionado	Ama de casa	Total
Masculino	4 (33.3%)	0	8 (66.7%)	0	12
Femenino	11 (61.1%)	2 (11.1%)	3 (16.7%)	2 (11.1%)	18
Total	15 (50%)	2 (6.7%)	11 (36.7%)	2 (6.7%)	30 (100%)

GRAFICO 6. Tipo de ocupación de los pacientes género masculino.

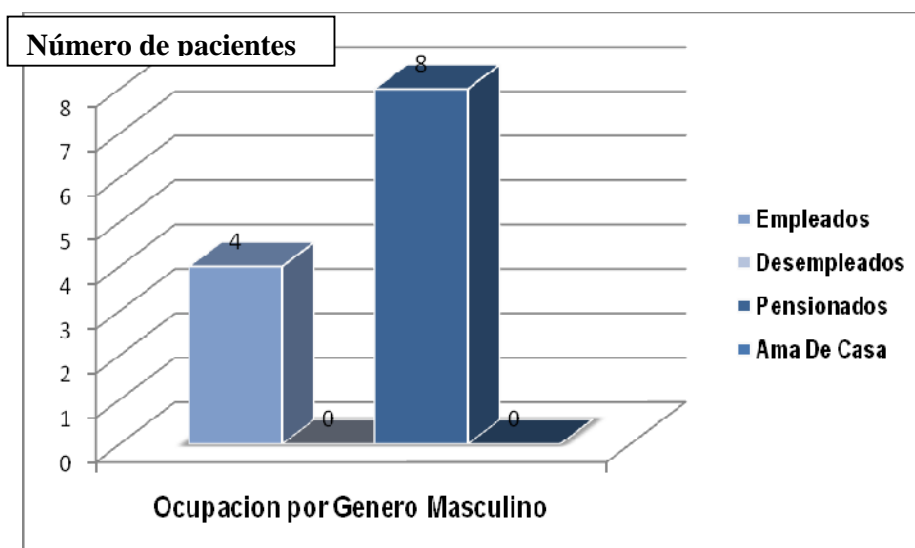


GRAFICO 7. Tipo de ocupación de los pacientes género femenino.

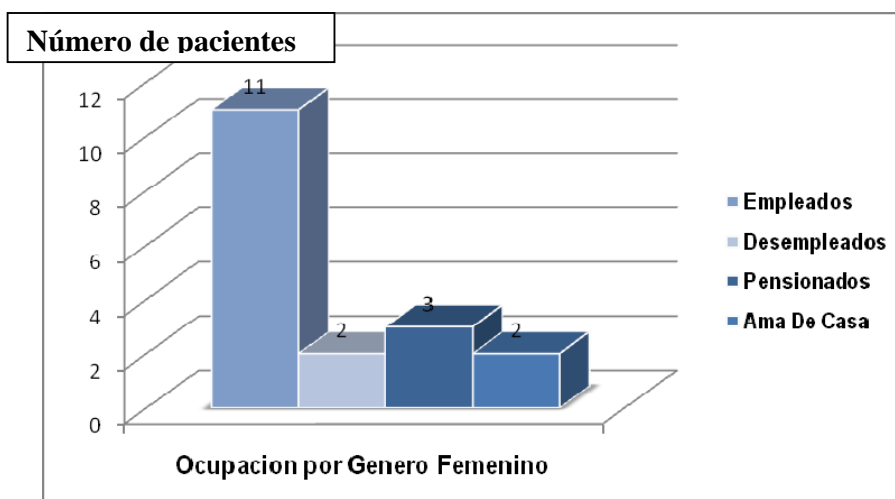


TABLA 7. Grado de escolaridad de los pacientes identificados.

De los 30 pacientes estudiados; 15 pacientes tienen licenciatura, 11 preparatoria, 2 carrera técnica, secundaria 1, posgrado 1.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje %
Secundaria	1	3.3
Preparatoria	11	36.7
Licenciatura	15	50
Posgrado	1	3.3
Carrera Técnica	2	6.7
Total	30	100

TABLA 8. Grado de escolaridad de los pacientes identificados por genero.

De la muestra analizada la escolaridad del género masculino el de mayor porcentaje fue licenciatura. Del género femenino también la de mayor incidencia fue licenciatura seguida de la de preparatoria.

Genero	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura	Posgrado	Carrera Técnica	Total
Masculino	0	2 (16.7%)	9 (75.0%)	1 (8.3%)	0	12
Femenino	1 (5.6%)	9 (50%)	6 (33.3%)	0	2 (11.1%)	18
Total	1 (3.3%)	11 (30.7%)	15 (50%)	1 (3.3%)	3 (6.7%)	30 (100%)

GRAFICO 8. Grado de escolaridad de los pacientes género masculino.

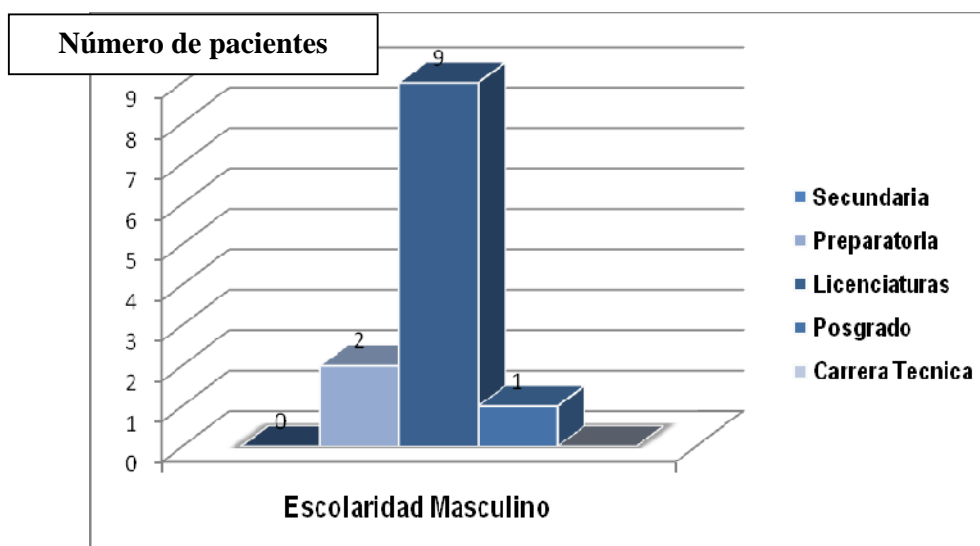


GRAFICO 9. Grado de escolaridad de los pacientes género femenino.

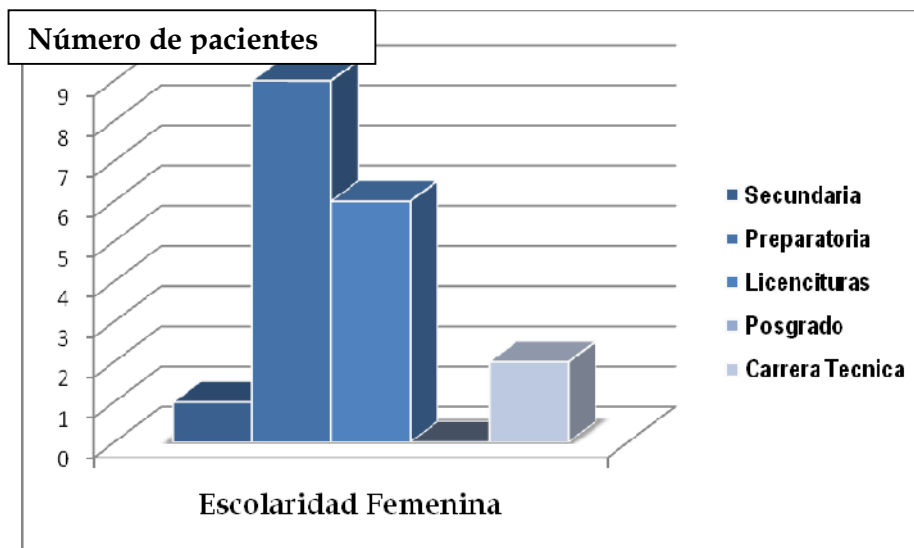


TABLA 9. Estado civil de los pacientes.

En frecuencia la mayoría de los pacientes son casados, seguidos en número de los pacientes que se encuentran en unión libre y en tercer lugar los viudos.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje %
Casado	11	36.7
Divorciado	2	6.7
Unión libre	10	33.3
Viudo	5	16.7
Soltero	2	6.7
Total	30	100

GRAFICO 10. Estado civil de los pacientes.

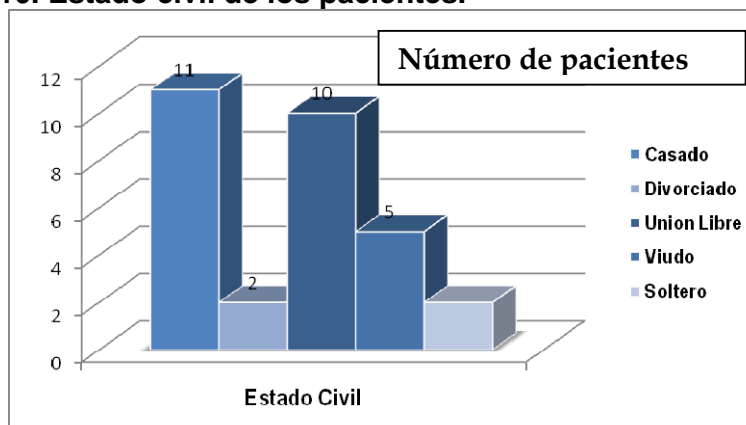


TABLA 10. Tipo de relación paciente-conyugue y funcionalidad familiar por genero.

Del género masculino y con buena relación con su conyugue la funcionalidad familiar predominante fue funcionalidad familiar leve seguida de moderada. Con relación difícil con el conyugue la funcionalidad familiar fue moderada. Del género femenino con el conyugue con buena relación la funcionalidad familiar fue leve seguida de moderada y cuando la relación con el esposo fue difícil la funcionalidad familiar fue moderada.

Genero	Relación Conyugue	Disfunción Familiar Leve	Disfunción Familiar Moderada	Disfunción Familiar Severa	Total
Masculino	Relación Buena	2 (40%)	2 (40%)	1 (20%)	5
	Relación difícil	1 (25.8%)	3 (75%)	0	4
Total		3 (33.3%)	5 (55.6%)	1 (11.1%)	9
Femenino	Relación Buena	5 (71.4%)	2 (28.6)	0	7
	Relación difícil	0	4 (100%)	0	4
Total		5 (45.5%)	6 (54.5%)	0	11

TABLA 11. Tipo de relación del paciente identificado y los integrantes de su familia

TIPO DE RELACION	HIJO	HIJA	YERNO	NIETO	SOBRINO	SUEGRO (A)	MADRE	HERMANO
RELACION BUENA	9 (30%)	8 (26.7)	1 (3.3%)	3 (75%)	3 (75%)	1 (100%)	2 (75 %)	1 (50%)
RELACION DIFICIL	4 (13.3%)	4 (13.3%)	0	1 (25%)	1 (25%)	0	1 (25%)	1 (50%)
RELACION ESCASA	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	13	12	1	4	4	1	3	2

TABLA 12. Género y Funcionalidad Familiar.

El mayor número de pacientes que reportaron disfunción familiar fue el femenino con disfunción familiar moderada seguido el del género masculino con disfunción familiar leve.

GENERO	DISFUNCION FAMILIAR LEVE	DISFUNCION FAMILIAR MODERADA	DISFUNCION FAMILIAR SEVERA	TOTAL
MASCULINO	8	4	1	11
FEMENINO	6	11	0	17
TOTAL	14	15	1	30

GRAFICO 11. Género masculino y Funcionalidad Familiar.

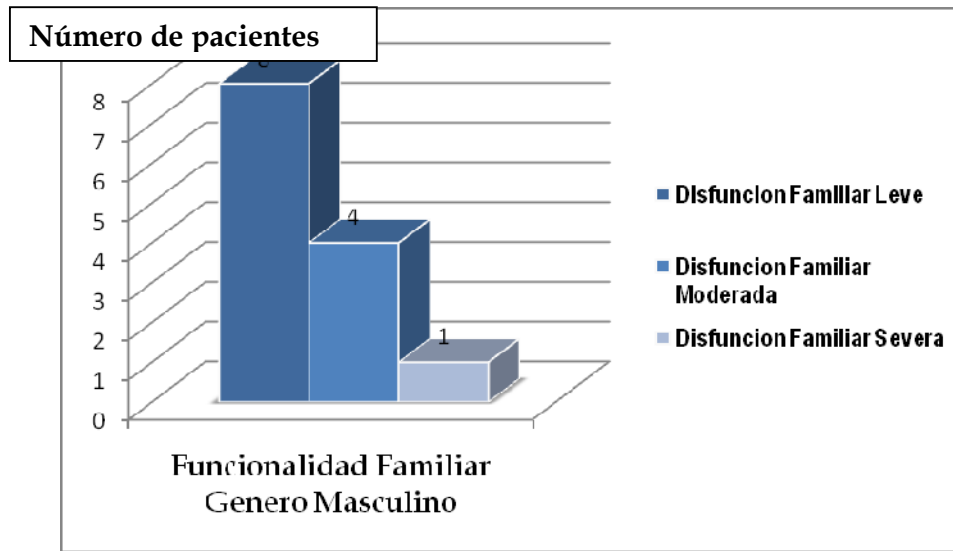
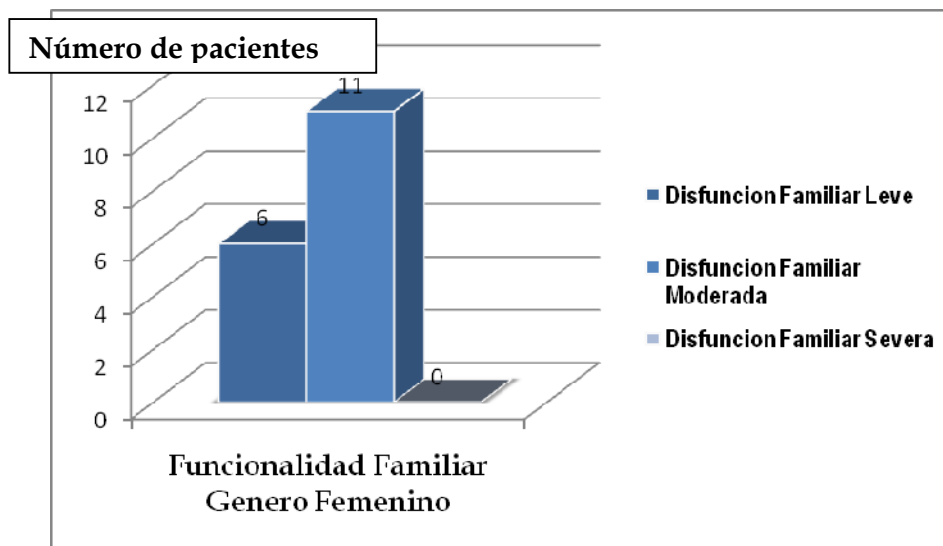


GRAFICO 12. Género femenino y Funcionalidad Familiar.



DISCUSION:

El total de los pacientes seleccionados que cumplían criterios para Síndrome de Intestino Irritable fueron 30 a quienes se les aplicó el Test APGAR familiar; así como también a los integrantes de su familia para valorar su funcionalidad. Al analizar los resultados obtenidos se observa que presenta un predominio del género femenino, son familias nucleares extensas, religión católica, están casados, con un nivel de instrucción superior, empleados.

El rango de edad con mayor presentación fue entre la sexta y séptima década para el sexo femenino y entre la séptima y la octava para el masculino de la

población estudiada, este resultado podría estar influenciado por el tipo de población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 de donde se tomo la muestra ya que en su mayoría son adultos mayores de 40 años. Opuesto a lo que se reporta en la literatura por Estopa Duesso J. en donde se menciona que existe una mayor prevalencia en sujetos jóvenes entre los 20 y 40 años.

En cuanto al género fue con predominio femenino como lo menciona Otero y Gómez que en países industrializados, los pacientes con residencia en área urbana afecta a uno de cada 6 individuos y es tres veces más frecuente en la mujer.

Estopa Duesso J. menciona una prevalencia 2:1 predominio femenino; sin embargo la preponderancia de las mujeres con este diagnostico puede reflejar patrones de búsqueda de atención medica y de derivación más que la incidencia real. El género femenino suele acudir al médico luego de un problema de estrés, depresión, pérdida laboral o algún otro evento estresante, mas que el genero masculino.²⁶

Respecto al grado de escolaridad la mayoría tiene licenciatura y son empleados pudiendo estar relacionado con la cantidad y frecuencia con que presentan estrés; Estopa Duesso J. sostiene que el Síndrome de Intestino Irritable tiene una causa multifactorial siendo el estrés independientemente de el origen de este (extra familiar o intrafamiliar) puede contribuir a la percepción del paciente en un deterioro en la calidad de vida que a su vez puede ser un factor que influye en la presencia de depresión y ansiedad presente en los pacientes (54-100%) o como lo menciona Drossman et al. (1995) son individuos que ante situaciones de estrés presentan rasgos de personalidad desadaptativos llegando a la histeria, ansiedad, depresión y la somatización, pudiendo estar presentes en la aparición o exacerbación de los síntomas de Síndrome de Intestino Irritable que coincidan con la aparición o recurrencia; pero no como determinante.^{12,15}

En relación al estado civil la mayor incidencia en nuestro estudio se presenta en pacientes casados y la relación con el conyugue es percibida como difícil seguida de una percepción de relación difícil con los hijos. Varios estudios han demostrado que la percepción individual de las tensiones que genera el conflicto no resuelto en especial del sistema conyugal seguido del proceso de crianza de los hijos produce manifestaciones patológicas en los miembros de la familia (Rodríguez y Col); perdiéndose de un territorio psicosocial propio que sirva para constituirse en un refugio ante el estrés externo y en la base para el contacto con otros sistemas sociales; por el contrario sirve como fuente significativa para la afección de la salud del individuo susceptible.

En cuanto a la funcionalidad Familiar en pacientes con SII. La disfunción familiar fue moderada, lo que apoya lo reportado por Rodríguez y Col en un estudio por el programa de Medicina Familiar, demostró la existencia de una estrecha relación entre disfunción familiar y la cronicidad de enfermedades psicósomáticas y el bajo nivel de vida percibido por los individuos enfermos.

Hahn et al.; sostiene que una percepción de calidad de vida deteriorada, se asocia a una deficiente satisfacción con respecto a la ayuda y apoyo que recibe el individuo “enfermo” de los integrantes de su familia, un débil control de sus emociones, y altos niveles de ansiedad y depresión. Gralnek et al., y el modelo Smilkstein; menciona que estas emociones negativas producen mayor disfuncionalidad familiar y desadaptación.

CONCLUSIONES.

Respecto a las limitaciones del trabajo, apuntar que se trata de un estudio descriptivo, con lo cual nos hemos comparado los resultados con un grupo control así como tomar en cuenta otras variables que pudieran estar influyendo en los pacientes con diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable, como en el caso de los adultos mayores estudiados la presencia de patología crónica asociada, la polifarmacia así como la presencia o ausencia de redes de apoyo.

Parece ser también que el estrés, la ansiedad y la depresión tienen como base principal lo biológico que predisponen a ciertos sujetos a sufrir las manifestaciones somatomorfas que pudieran estar relacionados con el Síndrome de Intestino Irritable y la alteración en el eje neuro-endocrino-gastrointestinal. Llama también la atención el hecho de que a pesar de que las causas de disfunción familiar más frecuentes fueron la insatisfacción de la ayuda recibida por la familia y la manera como se comparte el tiempo, el espacio, el dinero y los recursos existentes, los sujetos de la disfunción familiar en casi la mitad de los casos manifestaron en el Test de APGAR familiar, que tenían buenas relaciones con la mayoría de los integrantes de la familia.

Para efecto de nuevas investigaciones, estas interferencias podrían eliminarse en medida de que el proceso de recolección de la muestra investigan los Médicos Familiares, quienes conocen a su población, podrían controlar en los sujetos estudiados, las causas que alterarían su ritmo emocional habitual, permitiéndose así una mayor confiabilidad en los resultados obtenidos.

Pienso que hay que tener en cuenta e intentar detectar una posible disfunción familiar y/o malestares psíquicos subyacentes ante pacientes que reiteradamente acuden por los síntomas. Sería importante un abordaje familiar en el campo de la atención de primer nivel y ver la relación entre la disfunción familiar bajo un enfoque bio-psíquico-social.

Es por ello que la piedra angular en el tratamiento de los pacientes de Síndrome de Intestino Irritable es una fuerte relación médico – paciente en donde se incluya una explicación clara y comprensible de la naturaleza funcional de la enfermedad, de su buen pronóstico a largo plazo.

BIBLIOGRAFIA

1. Membrillo Luna, Fernández Ortega Miguel A., Quiroz Pérez José Rubén, Rodríguez López José Luis Editorial de Textos mexicanos S.A editores. Familia. Introducción al estudio de sus elementos. Ed. Tex. Mex. . P23-133.
2. La familia funcional y disfuncional un indicador de salud. Rev. Cubana med. Gen inter 1997; 13(6): 591-
3. Funcionamiento familiar y calidad de vida. Joaquina Palomar Lever. UNAM Méx. 1998.
4. La familia como unidad de análisis. Javier Santacruz Varela. Rev. Mex. IMSS, 1985, 21:348
5. Elementos esenciales de la medicina familiar conceptos básicos para el estudio de las familias código de bioética en medicina familiar. 1ra reunión del consejo académico de medicina familiar de organismos e instituciones educativas y de salud. 15-17 junio 2005.
6. Psicología de la vida en familia. Juan Manuel Saucedo García. Rev. Med. IMSS 1991; 29:61.
7. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios de evaluación. Víctor Chávez Aguilar y Rubén Velazco Orellana. Rev. Med. IMSS 1994; 32:39-43.
8. La familia funcional y disfuncional un indicador de salud. Rev. Cubana Med. Gen Inter 1997; 13(6): 591-6.
9. La disfunción familiar, un reto diagnóstico y terapéutico. Rubén Velazco Orellana y Víctor Chávez Aguilar. Rev. Med. IMSS 1994; 32: 271-275.
10. La familia medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano. 3era edición 1985. Enrique Dulanto Gutiérrez.
11. Elementos esenciales de la medicina familiar conceptos básicos para el estudio de las familias código de bioética en medicina familiar. 1ra reunión del consejo académico de medicina familiar de organismos e instituciones educativas y de salud. 15-17 junio 2005
12. Membrillo Luna A. Fernández Ortega MA, Quiroz Pérez R. Rodríguez López JL. Medicina Familiar, Capitulo 10, Instrumentos de Evaluación de la Funcionalidad Familiar, en Medicina Familiar, Corporativo Intermedica, 2009. pp 227 - 283
13. Teofilo Garza Elizondo EDITORIAL Trabajo con familias; p 12-45, 89123.
14. Otero Regin William, Gomez Zuleta Martin ARTICULO DE REVISION Síndrome de Intestino Irritable: diagnóstico y Tratamiento. REV GASTROENTEROL. PERU 2005: 25: 189-197.
15. Estopa Dueso J, Jorquera F, Santos Martin C, Veiga Fernandez CT. Síndrome de Intestino Irritable REVISTA DE LA SEMG No 63 Centro de salud Jose Aguado. Leòn Abril 2004. p 211-225.
16. Parrota Maria Ana, Audisio jose, Protocolo: SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE Ver Asoc Coloprocto del Sur 2006; p 188-196.
17. Domingo Camacho S, Jose Romero, Jose L Urbina, Pena C, Oscar Coyoli Diagnóstico de colon Irritable. Ver. Méd. Int. Mex. 2005;21 p 169-170.
18. Rey E. La dieta y el síndrome de intestino irritable ¿no pero si? ¿si pero no? An Med Interna (Madrid) 2004; 21: p 575-576.
19. AMERICAN GASTROENTEROLOGICAL ASSOCIATION MEDICAL POSITION STATEMENT: Guidelines on Constipation May 21, 2000, p 1761-1766.
20. AMERICAN GASTROENTEROLOGICAL ASSOCIATION MEDICAL, Vol 119 No. 6 AGA Technical Review on Constipation May 21, 2000; p 1766-1778.
21. Urgaye Manuel. Tratamiento psicológico para el abordaje del síndrome de colon irritable; Revista de Psiquiatría del Uruguay Vol 66 No 2; Conferencia dictada en la sesión Científica de la SPU, el 28 junio de 2002; p 154-162.
22. Varela Ruiz F J. Disfunción familiar en hiperfrecuentadores de atención primaria 2000;; 2: p 141-144.

23. Herrera Santi Patyrcia maria, La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud Rev Cubana Med gen Integr 1997; 13 (6): p 591-595.
24. Victor Hugo Cordova Pluma, Jose Luis Ibarrola Calleja, Martha Elena Hegewisch Orozco, Pedro Arguelles Domenzain, Miriam Vargas Gonzalez, Et a Frecuencia de sindrome de intestino irritable en la consulta de medicina interna y cirugia general en tres centros de atención medica de la Ciudad de Mexico. Rev Medicina Interna de Mexico Vol. 24 Num 2, marzo-abril, 2008; p 120-124.
25. <http://www.monografias.com/trabajos30/relacion-funcionalidad-familiar-estres-ansiedad/relacion-fincionalismo-familiar-estres-ansiedad.shtml>.
26. Carlos Cornejo Zapata, Juan Villareal Menchola, Relacion entre sintomas de sindrome de Intestino Irritable y sintomas depresivos en pacientes hospitalizados REV GASTROENTEROL; PERU 2005; 25: p 156-160.
27. Stefano Vinaccia, Hamilton Fernandez, Omar Amdor, Ruth Estela Tamayo, Aida Vazquez, Frabcoise Contreras, et al. Calidad de Vida, Ansiedad y Depresion en Pacientes con Diagnostico de sindrome de Colon Irritable red de Revistas Cientificas de America Latina y el Caribe, España y Prtugal Vol 23, No. 2, 30 nov. 2005; p 65-74
28. Concha Fernandez Rodríguez, Revistas Cientificas de America Latina y el Caribe, España y Prtugal Psicotherma, 1989, vol 1, No 1-2, p 71-85.
29. Miguel Suarez Cuba, Maria Luisa Vera Gonzales, Giovana Lizondo Rada Estudio Psicosocial: Disfuncion Familiar. Archivos de medicina familiar y General Volumen 3 No. 1, 2006; p20-24.
30. Alvarez M. Acerca de la familia cubana actual, la familia funcional y disfuncional, un indicador de salu. Rev Cubana Med Ed. 2003, p 591-595.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Consentimiento para participar en la encuesta “FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE LA UMF # 28 DEL IMSS, APLICANDO EL APGAR FAMILIAR”

El presente cuestionario tiene como propósito “Identificar la funcionalidad familiar en pacientes con Síndrome de Intestino Irritable”

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en UMF 28 “Gabriel Mancera”, la información que usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónimo y será obtenida de manera voluntaria.

Si usted siente que alguna de las preguntas le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla (s) respetando su pensamiento y decisión. También si usted se siente en algún momento herido (a), lastimado (a) o agredido en su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a usted, terminando así con su valiosa colaboración.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta que tenga acerca del test que se llevarán a cabo.

Declaro que se me ha informado ampliamente en que consiste mi participación y de los beneficios derivados de la misma. Entiendo que conservo el derecho de retirarme en el momento que yo decida sin que ello afecte la atención médica que he recibido en el instituto.

Por medio de la presente yo, _____,
Acepto participar en el proyecto de investigación cuyo nombre es: “Funcionalidad familiar en pacientes con trastorno funcional digestivo”. Registrado ante el comité de investigación con el número _____.

Lugar y Fecha

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del testigo

Nombre, firma y matrícula del investigador principal

Muchas Gracias por su Participación

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION REGIONAL CENTRO
DELEGACION No 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 28
EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON SINDROME DE
INTESTINO IRRITABLE DE LA UMF # 28 DEL IMSS, APLICANDO EL
APGAR FAMILIAR”**

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____
AFILIACION: _____ CONSULTORIO _____
SEXO: _____ OCUPACION _____ ESCOLARIDAD _____
ESTADO CIVIL: _____ RELIGION _____
DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____

NOMBRE	SEXO	EDAD	ESCOLARIDAD	RELIGION	OCUPACION	ESTADO CIVIL	ENFERMEDAD

APGAR FAMILIAR

PERCEPCION DE FAUNONALIDAD FAMILIAR. CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR. (PARTE I) (PARTE I)

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
1. ¿Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema?					
2. ¿Estoy satisfecho con la forma como mi familia discute por igual los acuerdos de la toma de decisiones?					
3. ¿Encuentro que mi familia acepta mis Deseos para nuevas actividades y cambios En mi estilo de vida?					
4. ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi Familia expresa afecto y responde a mis Sentimientos de tristeza, angustia y amor?					
5. ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo Que pasamos juntos mi familia y yo?					

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

VARIABLE	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	VALORES DE VARIABLE O CODIGO	INSTRUMENTO
GENERO	CUALITATIVA	NOMINAL	INDEPENDIENTE	1)FEMENINO 2)MASCULINO	EXPEDIENTE
EDAD	CUALITATIVA	CONTINUA	INDEPENDIENTE	NUMEROS ENTEROS	EXPEDIENTE
OCUPACION	CUALITATIVA	NOMINAL	INDEPENDIENTE	TEXTUAL 1)EMPLEADO 2)DESEMPLEADO	EXPEDIENTE
ESCOLARIDAD	CUALITATIVA	NOMINAL	INDEPENDIENTE	1)PRIMARIA 2)SECUNDARIA 3)PREPARATORIA 4)LICENCIATURA O MAS	EXPEDIENTE
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	INDEPENDIENTE	1)SOLETRO 2)CASADO 3)DIVORCIADO 4)VIUDO	EXPEDIENTE
TIPO DE FAMILIA	CUALITATIVA	NOMINAL	INDEPENDIENTE	1)NUCLEAR 2)EXTENSA 3)EXTENSA COMPUESTA	APGAR FAMILIAR