



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**



ISSSTE

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**

**SEDE ACADEMICA
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "DR. IGNACIO CHAVEZ"**

**"FUNCIONALIDAD FAMILIAR: NIVEL DE CONOCIMIENTO E
INSTRUMENTOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
MEDICOS RESIDENTES DE 2DO, Y 3ER GRADO DE LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE DEL
DF."**

T E S I S

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

P R E S E N T A

DRA. LETICIA DE LA ROSA OLMOS

CD. DE MÉXICO, D. F. AGOSTO 2009

No DE REGISTRO: 287-2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR: NIVEL DE CONOCIMIENTO E
INSTRUMENTOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
MEDICOS RESIDENTES DE 2DO, Y 3ER GRADO DE LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE DEL
D.F.”**

DIRECTOR DE TESIS Y ASESOR

DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR DEL CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA
“DR. FRANCISCO J. BALMIS”

TESISTA

DRA. LETICIA DE LA ROSA OLMOS
RESIDENTE DE TERCER AÑO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

DEDICATORIA

A mis padres con todo mi respeto, amor y cariño, primero que queda por darme la vida ya que a ellos les debo todo lo que soy hasta el momento.

A mi esposo Arturo por su comprensión, ayuda y apoyo incondicional, en los momentos más difíciles, ya que sin El no podría haber logrado esta meta.

A mi pequeñita Arlet por ser el sustento de mi ser, por los momentos de ausencia, por ser el mayor estímulo de vida.

DEDICATORIA ESPECIAL

A MI ESPOSO ARTHUR:

GRACIAS POR TODOS ESTOS AÑOS MARAVILLOSOS, PORQUE LOS MEJORES AÑOS DE MI VIDA LOS PASE A TU LADO, POR TU COMPRESION, PACIENCIA, POR SOPORTAR TODOS ESOS MOMENTOS DE MAL HUMOR, POR TODOS ESOS MOMENTOS DE FELICIDAD,

POR TODO EL AMOR Y CARIÑO QUE ME DEMOSTRASTE, PERO SOBRE TODO POR EL REGALO MAS GRANDE, POR HABERME DADO A MI PEQUEÑITA HERMOSA, A MI PRINCESA.

POR QUE SE QUE DONDE QUIERA QUE ESTES, SE QUE NUNCA NOS V AS A DEJAR Y SIEMPRE VIVIRAS EN NUESTRO CORAZON.

AGRADECIMIENTO

Dr. Apolinar Mambrillo Luna:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR DEL CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA
“DR. FRANCISCO J. BALMIS”: POR SU ASESORAMIENTO EN LA
PRESENTE TESIS Y LOS CONSEJOS TAN ACERTADOS.

Dra. Catalina Monroy Caballero:

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR Y EDUARDO DE LA CRUZ ASESOR DE CURSO DE
ESPECIALIZACION DE MEDICINA FAMILIAR , POR SER EJEMPLO A
SEGUIR.

A mis padres:

Por su apoyo, cariño en los momento más difíciles.

A mis suegros:

Por su ayuda y apoyo incondicional en todo el tiempo que hemos compartido,
momentos de felicidad y tristeza, ya que sin ellos sería más difícil llegar a esta
meta.

A mis hermanos:

Gracias por brindarme su ayuda y apoyo.

A mis compañeros:

Por su amistad brindada y apoyo incondicional.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR: NIVEL DE CONOCIMIENTO E
INSTRUMENTOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MEDICOS
RESIDENTES DE 2DO, Y 3ER GRADO DE LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE DEL D.F.**

RESUMEN:

AUTORES: Dra. Leticia de la Rosa Olmos; Dr. Membrillo Luna Apolinar.

INTRODUCCION: El funcionamiento familiar es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están asignados histórica y socialmente.

La familia para el individuo es el contexto en donde se dan las condiciones para el desarrollo, favorable y sano, de su personalidad o por el contrario, el foco principal de sus trastornos emocionales.

Para el médico familiar es de vital importancia conocer el funcionamiento familiar porque como se ha mencionado influye en proceso salud enfermedad no solo del individuo sino de la familia. El saber el grado de funcionalidad familiar nos ayuda a determinar las alternativas de manejo.

OBJETIVO: Dar a conocer los modelos y teorías en que se fundamentan los instrumentos de evaluación familiar y algunos de ellos.

Saber que tanto conocen los médicos residentes de Medicina Familiar sobre instrumentos de funcionalidad familiar y su aplicación.

DISEÑO METODOLOGICO: se aplicó un cuestionario a residentes de medicina familiar de 2do y 3er grado del ISSSTE.

RESULTADOS: Se identificó que los médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar desconocen los fundamentos teóricos que evalúan la funcionalidad familiar y conocen de 4-6 instrumentos para valorarla.

CONCLUSIONES: El nivel de conocimiento es deficiente, por lo tanto es necesario revisar con profundidad y con expertos en el tema de funcionalidad familiar.

Palabras claves: Funcionalidad Familiar e Instrumentos de Funcionalidad Familiar.

ÍNDICE

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR: NIVEL DE CONOCIMIENTO E INSTRUMENTOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MEDICOS RESIDENTES DE 2DO, Y 3ER GRADO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE DEL D.F.”

CAPÍTULO 1.- INTRODUCCION.....	VIII
CAPÍTULO 2.- MARCO TEORICO	1
CAPÍTULO 3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	31
CAPÍTULO 4.- JUSTIFICACIÓN.....	32
CAPÍTULO 5.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
CAPÍTULO 6.- HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
CAPÍTULO 7.- MATERIAL Y METODOLOGÍA.....	34
• Tipo de estudio	
• Diseño de investigación	
• Población lugar y tiempo	
• Tipo y tamaño de muestra	
• Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	
• Variables	
• Diseño de base de datos	
• Diseño de estadístico	
• Instrumentos de recolección de datos	
• Método de recolección de datos	
• Maniobras para evitar y controlar sesgos	
• Consideraciones éticas	
CAPÍTULO 8.- RESULTADOS.....	38
CAPÍTULO 9.- DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	63
CAPÍTULO 10.- CONCLUSIONES.....	64
CAPÍTULO 11. - BLIOGRAFIA.....	65
CAPÍTULO 12. - ANEXOS	67

CAPITULO 1 INTRODUCCION

El siglo XX es considerado como la era de la especialización, se dieron cambios sociales y económicos, así como conflictos médicos que favorecieron transformaciones en la práctica médica ya que el médico general realizaba actividades de medicina interna, ginecología, obstetricia y hasta de cirugía. En 1966 la denominada Comisión Millis plantea el cambio en la atención de la medicina, paralelamente el Committee on Education for Family Practice establece cómo debería formarse este nuevo especialista, al que se denominó Médico de Familia, fue entonces cuando se formaron los primeros colegios y asociaciones académicas en Medicina Familiar.

En Latinoamérica, hacia 1980 la secretaría de Salud (SSA) y el Instituto de seguridad y servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) inician la formación de especialistas en Medicina familiar.

En 1988 se crea el Consejo Mexicano de Certificación de Medicina Familiar (CMCMF), que es uno de los instrumentos de fortalecimiento en nuestra disciplina.

Se entiende por funcionalidad la efectividad con que se desenvuelve la conducta de los miembros de una familia para cumplir las funciones básicas de esta y satisfacer las necesidades individuales y colectivas dependientes de ello. Una familia puede ser funcional o disfuncional de acuerdo con el modo adecuado o inadecuado en que satisfaga las necesidades de sus integrantes y haga lo posible o entorpezca el bienestar y el ajuste emocional y social dentro de ella.

Se alcanza cuando los objetivos familiares o funciones básicas se cumplen plenamente (seguridades económica, afectiva, social y de modelos sexuales) y cuando se obtiene la finalidad (generar nuevos individuos a la sociedad) en una homeostasis sin tensión, mediante una comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares.

Para el estudio de la funcionalidad familiar nos basamos en modelos y teorías mediante los cuales se han estudiado y tratado a las familias. Para esto se han relacionado algunas variables que tienen que ver con el funcionamiento familiar entre las que se encuentran: estructura familiar, aspectos socioeducativos y socioeconómicos.

Entre los modelos y teorías que se encuentran para explicar, definir y proporcionar parámetros de medición de la funcionalidad familiar están: Modelo sistémico de familia de Beavers, Modelo de funcionamiento familiar de McMaster, Modelo circunflejo marital y sistémico, Modelo de respuesta de adaptación y ajuste familiar, Modelo de factores de riesgo, Teoría estructural de funcionamiento familia, Teoría explicativa del funcionamiento familiar y Teoría interaccional de la comunicación.

Para la evolución de la funcionalidad familiar se emplean instrumentos de autoaplicación u observacionales. Los de autoaplicación proporcionan una perspectiva interna de la funcionalidad a través de cuestionarios estandarizados por medio de los cuales se obtiene información individual de cada uno de los integrantes de la familia y observacionales proporcionan una visión externa de la funcionalidad familiar y requieren participación de terapeutas.

CAPITULO 2 MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA MEDICINA FAMILIAR

La Medicina Familiar surge de la necesidad de resolver problemas de salud en poblaciones en que la mayoría era indigente, los cuales eran atendidos por personajes que no siempre eran médicos, sólo los que tenían posibilidades económicas recibían atención de médicos calificados.

En el siglo XX es considerado como la era de la especialización, se dieron cambios sociales y económicos, así como conflictos médicos que favorecieron transformaciones en la práctica médica ya que el médico general realizaba actividades de medicina interna, ginecología, obstetricia y hasta de cirugía. En 1966 la denominada Comisión Millis plantea el cambio en la atención de la medicina, paralelamente el Committee on Education for Family Practice establece cómo debería formarse este nuevo especialista, al que se denominó Médico de Familia, fue entonces cuando se formaron los primeros colegios y asociaciones académicas en Medicina Familiar.

Al mismo tiempo en Estados Unidos, Canadá y la Gran Bretaña, empiezan a estructurar esquemas de certificación en Medicina Familiar como estrategia para garantizar la calidad ética de quienes la practicaban a largo plazo.

En América Latina y el Caribe surge a partir de los años setenta y ochenta y aún en algunos países en desarrollo sigue esta transformación, y en 1981 se crea el Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF). En 1972 se crea el Colegio Mundial de Médicos de Familia (WONCA), en 1977, el comité de ministros del Consejo Europeo establece que la medicina familiar debe de ser la piedra angular de los sistemas de salud, a partir de entonces en países de este continente, occidentales y orientales, comienzan a realizar transformaciones en sus sistemas de salud en donde se establece como base a la medicina familiar.

En 1974 la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), reconoce a la Medicina Familiar como una disciplina lo cual consolida nuestra especialidad y en 1975 se crea el primer Departamento de Medicina Familiar en Latinoamérica, hacia 1980 la Secretaría de Salud (SSA) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) inician la formación de especialistas en Medicina Familiar.

En 1988 se crea el Consejo Mexicano de Certificación de Medicina Familiar (CMCMF), que es uno de los instrumentos de fortalecimiento en nuestra disciplina.¹

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Se entiende por funcionalidad la efectividad con que se desenvuelve la conducta de los miembros de una familia para cumplir las funciones básicas de esta y satisfacer las necesidades individuales y colectivas dependientes de ello. Una familia puede ser funcional o disfuncional de acuerdo con el modo adecuado o inadecuado en que satisfaga las necesidades de sus integrantes y haga lo posible o entorpezca el bienestar y el ajuste emocional y social dentro de ella.²

Se alcanza cuando los objetivos familiares o funciones básicas se cumplen plenamente (seguridades económica, afectiva, social y de modelos sexuales) y cuando se obtiene la finalidad (generar nuevos individuos a la sociedad) en una homeostasis sin tensión, mediante una comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares.

La familia es funcional en tanto propicie la solución a problemas sin afectar desmedidamente la satisfacción de las necesidades de sus miembros, según la etapa del desarrollo en que se encuentre y el tránsito armónico por las etapas del ciclo vital.³

MODELOS DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

MODELO SISTEMICO DE FAMILIA DE BEAVERS

Este se basa en dos dimensiones que tratan de explicar como funciona la familia:

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

Basado en un modelo transversal representa a la familia en un momento y un espacio determinado. Y en el eje horizontal representa la estructura, adaptabilidad, flexibilidad y tipos de interacción dentro de la unidad familiar. Este modelo describe 13 variables que se utilizan en las escalas de evaluación familiar, las cuales cubren cinco áreas de comportamiento familiar.

- Estructura (tres escalas que exploran el poder abierto y encubierto, la calidad de la coalición parental y la cercanía familiar).
- Mitología (mito compartido 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 e interacción con los miembros de la familia).
- Expresión efectiva (evaluada como expresividad, estado de ánimo y empatía).

El eje vertical se refiere al estilo familiar, se presenta con dos patrones definidos de familia:

- La familia centrípeta (la cual se orienta al trabajo interno de la misma).
- La familia centrífuga (que se orienta al trabajo externo de la misma).

MODELO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE Mc MASTER

Este modelo está basado en el enfoque sistémico de la familia, en el cual se refiere como un sistema abierto compuesto de subsistemas y partes individuales, el que se relaciona con otros sistemas sociales.

Surge de tres proyectos de investigación: el primero llamado “la mayoría silenciosas” (1950) menciona que la familia funciona como un sistema, el cual es determinante para la salud emocional de los miembros como individuos.

El segundo llamado “esquema de categorías familiares” el cual investigaba la relación entre el proceso terapéutico con las familias y sus resultados, tratado en una serie de trabajos continuo.

El tercero efectuado en la Universidad de Mc Master en Hamilton, Ontario Canadá, se refiere a la relación entre la aplicación de la terapia y sus resultados.

El modelo refiere 6 dimensiones, que han resultado ser útiles para la evaluación de las familias, éstas logran una representación.

El modelo menciona 6 áreas o dimensiones del funcionamiento familiar para la completa evaluación de una familia a través de la identificación, y están conceptualizados y probados en diferentes trabajos clínicos, de investigación y enseñanza.⁴

Las áreas son:

- **Resolución de problemas** (problemas instrumentales se refiere a aspectos mecánicos de la vida diaria: sustento económico, ropa, casa, transporte, etc. y efectivos que se relacionan con aspectos emotivos: coraje, depresión, amor etc.)

Hay siete pasos para esto; 1) Identificar el problema, paso que requiere de la capacidad de la familia para ubicarlo adecuadamente desde el menos hasta el más grave o peligroso. 2) Comunicación del problema a la persona adecuada, que exige la destreza de comunicarse con la persona involucrada. 3) Implementar alternativas de acción, consiste en plantear diversas posibilidades de solución. 4) Elegir una alternativa, se refiere a escoger la opción más adecuada para resolver el conflicto. 5) Llevar a cabo la acción, requiere de la decisión de la familia para implementar la alternativa de solución determinada. 7) Evaluación del éxito, radica en llevar a cabo un ejercicio para que la familia valore el logro obtenido en la resolución del problema y si dejó alguna enseñanza.

- **Comunicación:** Se refiere al intercambio de información dentro de la familia. El modelo propone evaluar dos vertientes: El primero se refiere a la precisión del contenido de la información que se intercambia y se presenta como una comunicación clara o confusa. La segunda se refiere a si es dirigido a la persona adecuada o se desvía hacia otra y se plantea como una comunicación directa o indirecta.
- **Roles:** asignación de roles individuales de acuerdo con las funciones de la familia.
- **Involucramiento afectivo:** grado en que la familia muestra interés y valora los intereses de cada miembro.
- **Respuestas afectivas:** habilidad para responder con sentimientos adecuados a un estímulo afectivo tanto en calidad como en cantidad. Esta dimensión enfatiza las características individuales, y se proponen dos categorías de afecto; la ternura, el amor, consuelo, felicidad, etc. Y sentimientos de crisis, coraje, miedo, depresión, tristeza, etc. Se considera que el punto sano de la familia es tener la capacidad expresar amplia gama de emociones con duración e intensidad razonable y adecuada al estímulo.
- **Control conductual:** comprende patrones que adopta la familia para manejar el comportamiento en tres situaciones: las que implican peligro, las de expresar y enfrentar necesidades psicológicas, biológicas e instintivas, y las que requieren sociabilización entre miembros de la familia y fuera del sistema familiar.⁴

MODELO DEL AMBIENTE FAMILIAR DE MOOS

Este modelo enfatiza la medición y descripción de las relaciones interpersonales en los miembros de la familia, relacionada con el crecimiento personal y la organización estructural de la misma, que permite hacer una discriminación entre las familiar con trastornos psiquiátricos y las que se consideran normales.⁵

Se constituye por 10 escalas: Cohesión, Expresividad, Conflicto, Independencia, Orientación al logro, Orientación intelectual – cultural, Orientación reactiva, Énfasis moral-religioso, Organización y Control.

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

Y como resultado de la aplicación de este modelo los autores clasifican a las familiar en seis tipos:

1. Familias orientadas a la expresión de las emociones y manifestación franca de la ira.

2. Familias orientadas hacia la estructura, las cuales dan una mayor importancia a la organización, cohesión, religión, control y aspiración de logros a la orientación intelectual- cultural; lo que resulta en familias que no son altamente conflictivas.
3. Familias orientadas hacia la independencia, que son asertivas y autosuficientes.
4. Familias orientadas a la obtención de logros, que son altamente competitivas y trabajadoras.
5. Familias orientadas hacia la religión, que presenta dos tipos específicos: la ético-religiosa y la religiosa no rígida estructurada.
6. Familias orientada al conflicto y poco estructurada, que representa un mejor nivel de cohesión y con alto grado de desorganización.

MODELO CIRCUNFLEJO MARITAL Y SISTEMICO FAMILIAR

Este modelo se refiere a dos dimensiones significativas del comportamiento familiar: la cohesión y adaptabilidad, que sirven para identificar 16 tipos de sistemas maritales y familiares, el modelo propone que un nivel moderado de cohesión y adaptabilidad aseguran un desarrollo marital y familiar funcional, por tanto con un alto soporte emocional y creativo, y las familias disfuncionales se encontraran en los extremos de estas dimensiones.

La dimensión de la cohesión en la familia presenta dos componentes: los limites emocionales que los miembros tienen entre si y el grado de autonomía Individual que experimentan dentro de su sistema familiar, considerándose amalgamiento cuando se obtiene puntaje alto, y cuando es bajo se consideran familias disgregadas, de existir un balance adecuado en la cohesión familiar, existirá una mejor conducción, lo que repercutirá en un mejor funcionamiento y mayor desarrollo de esta.

La dimensión de la adaptabilidad tiene relación estrecha con el concepto del "sistema familiar" ya que toma como punto de partida la capacidad para adaptarse por medio del cambio de su estructura de poder, sus roles y reglas interaccionales ante las crisis que se presentan, por lo que debemos considerar los conceptos de Bertalanfyl, relacionados con la teoría general de sistemas y sus propiedades.

Dentro de las variables que se encuentran la estructura de poder en la familia, los diferentes estilos de negociación, las reglas y roles, así como los procesos de retroalimentación que se utilizan para la adaptabilidad, lo cual puede referirnos a un balance adecuado con una presentación de un tipo de comunicación con características asertivas, con un poder democrático o igualitario con roles y reglas claras una negociación democrática, presenta en los extremos características específicas de adaptabilidad.⁶

Este modelo da origen a lo que Olson Miller y Ryder en 1978 identifican como "Modelo circunflejo de la conducta", que identifica las dimensiones anteriores a partir de la distribución de los puntajes que generan 16 tipos de sistemas familiares, que facilitan una mejor realización de un diagnóstico que lleva a

evaluar y predecir la conducta de los 16 sistemas familiares que se obtienen con el modelo.

Los cuales son:

1. Familias o parejas balanceadas en cohesión y adaptabilidad que redundan en un funcionamiento familiar adecuado, en relación con las familias que se encuentran en los extremos del modelo.
2. Familias o parejas que no presentan problemas serios y que tienden a poseer un balance adecuado en estas dimensiones.
3. Familias o parejas sin problemas serios y que tienden a cambiar sus patrones de cohesión y adaptabilidad, de acuerdo con las situaciones de estrés o crisis que enfrenten.

Los autores del modelo presentan las dimensiones que consideran de mayor relevancia en la utilización de este modelo y se mencionan a continuación: Cohesión, Autonomía, Comunicación, Adaptabilidad, Afectividad, Control de la conducta, Organización, Conflicto, Roles, Reglas, Orientación intelectual-cultural, Orientación religiosa y Orientación recreativa.



Modelo circunflejo de Olson.⁷

MODELO DE RESPUESTA, DE ADAPTACION Y AJUSTE FAMILIAR

Este modelo incluye para su estudio predominante al estrés familiar, considerándolo como generador para la adaptación o ajuste del sistema familiar y lo lleve a un buen funcionamiento, sobre todo cuando el estrés es considerado por la familia como algo displacentero, recordando que las crisis son las que generan el estrés en la familia.

De acuerdo con Mc Cubin y Patterson, el modelo determina los estresores familiares y la magnitud en que operan dentro de ella, además de considerar a los mediadores personales, familiares y comunitarios, así como los recursos y respuestas de enfrentamiento, determinando los procesos familiares que se producen para facilitar el ajuste o adaptación familiar a través del ciclo evolutivo de la familia.⁸

El modelo presenta, 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 el número o 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.

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 este asociado a una mayor probabilidad de presentar un evento futuro que cause disfunción en la familia en cualquier momento del ciclo evolutivo de ella.⁹

Presenta como postulados básicos los siguientes:

- Todas las personas y todas las familias, así como los grupos, tienen diferentes posibilidades de desviarse de la salud y el bienestar.
- Las variaciones en la salud y el bienestar dependen del equilibrio existente entre las fuerzas, recursos y necesidades.
- Los factores que determinan los niveles de salud y bienestar son múltiples e interrelacionados.
- El control de los factores de riesgo, ya sea suprimiéndolos, modificándolos o disminuyéndolos limitan la posibilidad del daño.
- El refuerzo de los factores protectores aumentan la posibilidad de una mejor salud con mayor bienestar.

El modelo menciona los recursos con que cuenta la familia para enfrentar su desarrollo y eventos vitales durante su ciclo evolutivo que son los siguientes:

- Personales: predominantemente se toman en cuenta las habilidades intelectuales, los conocimientos, rasgos de personalidad, medios materiales con los que se cuenta, etc.
- Familiares: cohesión, adaptabilidad y flexibilidad.

- Comunitarios: personas, grupos o instituciones, se consideran los servicios estatales, los grupos religiosos, empleadores, tc.

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

Estos modelos nos permiten tener un marco de referencia para tratar de explicar el cómo y el porqué de l funcionamiento familiar, sin embargo no será posible entender la funcionalidad familiar sin comprender las diferentes perspectivas existentes para su medición.

Los modelos nos permiten tener un marco de referencia para comprender como se genera la funcionalidad y la disfuncionalidad familiar. Existen algunas teorías que explican cómo se da esta funcionalidad y como se llega a la homeostasis del sistema familiar, lo que posteriormente nos llevara a utilizar instrumentos para la evaluación de la funcionalidad familiar.

Framo menciona algunos principios ideales para el buen funcionamiento familiar, entre los cuales podemos considerar los siguientes: Cada uno de los padres debe de estar bien diferenciado y haberse desarrollado suficientemente, tener independendencia emocional antes de separarse de su familia de origen. Presentar una separación clara en los límites generacionales de la familia.

Tener una visión realista de las percepciones y expectativas que los padres tengan de ellos y de sus propios hijos. Debe ser mayor la lealtad a la familia de procreación que a la familia de origen. Lo más importante para cada cónyuge es la pareja, sin embargo para el buen desarrollo de los hijos también es importante la clara definición del subsistema filial con relación a los padres.⁹

Con lo anterior se toman en cuenta algunas teorías que intentan definir y proporcionar parámetros de medición de la funcionalidad familiar, y elegir cuales son los instrumentos que permiten una mejor evaluación del funcionamiento de la familia.

TEORIA ESTRUCTURAL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

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

Minuchin (1977,1995) define a la teoría estructural como un “conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia” estableciendo pautas o limites que deciden como, cuando y con quien, cada miembro de la familia se relaciona con los demás, regulando la conducta de cada uno de ellos.

Sus componentes son: a) miembros: individuos y subsistemas, b) pautas de interacción recurrentes (universales y explicitas, implícitas e ideosincráticas), c) roles y expectativas de rol, definidos por la cultura y la familia, d) limites; define quienes y de que manera participan en una transacción interpersonal,

su función es proteger la diferenciación del sistema y subsistema, pueden ser flexible o rígidos, claros o ambiguos, e) alineamientos, se refiere a alianzas o coaliciones, f) jerarquía de poder.¹⁰

De acuerdo con Minuchin esta teoría presenta las siguientes características:

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

Además 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 de las alianzas: para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros.

Esta teoría menciona que “ la funcionalidad familiar se alcanza cuando los objetivos familiares o funciones básicas se cumplen adecuadamente y a plenitud (seguridad económica, afectiva, social y de los modelos sexuales existentes en el grupo social) y cuando se obtiene la finalidad del grupo familiar, al generar una homeostasis sin tensión, mediante una comunicación adecuada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares” para lo cual utiliza los siguientes elementos como fundamentales para su desarrollo: Cohesión, Armonía, Comunicación, Permeabilidad , Afectividad, Roles y Adaptabilidad.

Esta teoría intenta explicar el funcionamiento familiar, al mencionar que en cualquier interacción dentro del sistema familia, ésta se define entre quien o quienes son los miembros que participan de dicha interacción (límites) con o contra quien (alianzas y coaliciones) es la interacción, además de considerar la energía que motiva y activa al sistema para llevar a cabo la acción (poder).

TEORIA EXPLICATIVA DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Esta teoría refiere que el funcionamiento familiar no se basa solo en considerar al sistema familiar como normal o anormal, sino que mas 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, el sistema familiar elabora respuestas adaptativas frente a los inputs del medio interno, tales como acontecimientos vitales estresantes y modificaciones del medio interno, con las transiciones entre las diferentes etapas del ciclo evolutivo de la familia.¹⁰

- La familia en crisis familiar: puede considerar una situación “fisiológica” para la evolución del sistema familiar e incluso necesario entre sus miembros, el sistema familiar tiene que apelar a sus recursos tanto internos como externos, si dispone de ellos puede efectuar los ajustes necesarios para producir una respuesta adaptativa.
- La familia con disfunción familiar: en estas familias este estado ya no puede considerarse como “fisiológico” ya que las tensiones que genera el conflicto no resuelto producen manifestaciones patológicas en los miembros, la intervención lógica ante una disfunción familiar es aportar los recursos que el propio sistema requiere para adaptarse, lo cual evidentemente no siempre es posible.
- 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 los estímulos del medio, las familias pueden reaccionar frente a una crisis adaptando respuestas que perpetúen la situación, utilizando lo que se denomina “mecanismos de defensa” los cuales se incorporan al sistema familiar a pesar de no ser adecuados al acontecimiento vital estresante que lo provocó, lo que le permite nuevamente alcanzar un equilibrio del sistema familiar. Este estado dinámico es perjudicial para la familia ya que se ve obligada a recurrir al mecanismo de defensa, siempre que se enfrenta con el estímulo que lo motiva o con estímulos que interpreta como igualmente amenazantes.

TEORIA INTERACCIONAL DE LA COMUNICACIÓN

Tiene su fundamento en el modelo de McMaster y con un desarrollo posterior por Virginia Satir, que menciona que la comunicación es la principal causa de los problemas familiares, el cual puede abarcar muchas situaciones y características, que van desde los problemas más leves o intrascendentes hasta los que expresan violencia manifiesta, se tiene como elemento principal al proceso de comunicación el cual es el medio por el cual los miembros de una familia se influyen recíprocamente ya que la comunicación permite intercambiar información, delinear los límites y resolver los problemas y situaciones comunes.

En relación con lo anterior, Virginia Satir menciona los siguientes criterios para determinar el grado de funcionamiento familiar:

- Comunicación: la cual debe ser clara, directa, específica y congruente.
- Individualidad: la autonomía de sus miembros es primordial y se respeta, las diferencias individuales no solo se toleran sino que se estimulan para favorecer el crecimiento de cada miembro de la familia.
- Toma de decisiones: la búsqueda de la solución más adecuada o apropiada para cada problema es más importante que la lucha por el poder.
- Reacción ante la demanda de cambio: el sistema debe de ser lo suficientemente flexible para cambiar cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera tal que se pueda conservar la

homeostasis sin que se desarrollen síntomas en alguno de sus miembros.

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

- 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 si mismo y de cómo es percibido por el resto de los miembros de la familia.
- Cada miembro de la familia es capaz de expresar opiniones diferentes sobre los demás, así como poder comunicar sus temores, expectativas, sus esperanzas respecto de los demás miembros de la familia.
- Se deben de admitir diferencias de opinión.
- Cada miembro de la familia debe ser capaz de elegir una o varias alternativas de conducta.
- Los mensajes deben ser enviados con claridad para poder obtener una conducta coherente con el mensaje y evitar mensajes encubiertos.

Ahora bien, después de haber revisado los diferentes modelos y las teorías para evaluar la funcionalidad familiar, tendremos los elementos necesarios para poder enmarcar el concepto teórico de la funcionalidad familiar, lo cual nos ayudara a determinar las alternativas de manejo, por lo que es importante conocer algunos de los instrumentos que se utilizan para este fin.

Podemos mencionar que los instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar se dividen en observacionales o de autoaplicación.

- **Los observacionales** nos permiten evaluar directamente los patrones de interacción familiar, que proporcionan una visión externa de la funcionalidad familiar. Estos métodos varían de acuerdo con el grado de participación del observador, asea del efecto de su presencia y su interacción con el grupo familiar. Entre estos se encuentra la entrevista, escalas de evaluación clínica y los esquemas de codificación y son utilizados por terapeutas expertos.
- **Los de autoaplicación** son instrumentos que proporcionan una perspectiva interna de la funcionalidad. Son cuestionarios estandarizados que proveen de información individual de cada uno de los integrantes de la familia, incluyendo la percepción sobre si mismo, sobre los demás miembros, roles, actitudes, hasta valores. El propósito de estos instrumentos es la evaluación de la calidad de las relaciones dentro de la familia, así como las características de su ambiente que permitan identificar el tipo de funcionalidad existente.¹¹

Para el estudio de la funcionalidad familiar se deben elegir los instrumentos que permitan su correcta y valida aplicación considerando los siguientes criterios: validez, autoaplicación, brevedad del instrumento, evaluación de poblaciones a las que se aplicó, y se fundamente en un modelo teórico.

INSTRUMENTOS MAS UTILIZADOS PARA VALORAR LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

1.- INDICE DE FUNCION FAMILIAR DE PLESS Y SATGTERWHITE

Se encarga de evaluar la función familiar en áreas a través de 32 reactivos y evalúa satisfacción marital, desacuerdos y la resolución, así como sentimientos de felicidad e infelicidad.¹²

2.-ESCALA DE EVALUACION FAMILIAR DE BEAVERS-TIMBERLAWN

Explora las dimensiones de la estructura, jerarquías de poder, coaliciones, mitologías, negociaciones de cualquier objetivo y de conflictos, e incluye el grado de la interacción familiar.

En la escala de beavers son tres niveles de estructura familiar los que estudia; Primero tenemos a las familias caóticas y confusas, mal delimitado y sin jerarquía.¹³

En segundo se encuentran las familias más autoritarias, y ya en tercero tenemos a las familias flexibles y se adaptan a cualquier cosa.

3.-CLASIFICACION TRIAXIAL DE LA FAMILIA

Varios terapeutas han propuesto un sistema de clasificación familiar basado en tres ejes o dimensiones.

En el primer eje o longitudinal registra las disfunciones que resultan de la dificultad o incapacidad manejar adecuadamente las situaciones difíciles relacionadas con la etapa de desarrollo por la que pasa la familia.

EJE I. DIMENSION HISTORICA Y LONGITUDINAL

A. disfunción del desarrollo:

1. Disfunción familiar primaria
2. Disfunción de la crianza de los hijos
3. Disfunción en la educación de los hijos
4. Disfunción de la familia madura
5. Disfunción de la familia que se contrae

B. Complicaciones y variaciones del desarrollo:

1. Familia interrumpida
2. Familia de un solo padre
3. Familia reconstruida
4. Familia crónicamente inestable

Segundo eje o dimensión horizontal gira en torno a las disfunciones entre dos o más miembros y se centra en los subsistemas que existen en la familia, se enfoca en las patologías identificadas.

EJE II. DIMENSION HORIZONTAL

- A. Disfunción en el sistema conyugal:
 - 1. Disfunción complementaria
 - 2. Disfunción conflictiva
 - 3. Disfunción dependiente
 - 4. Disfunción por desvinculación
 - 5. Disfunción por incompatibilidad
- B. Disfunción en el subsistema paterno-filial
 - 1. Reacción ante uno de los padres
 - 2. Reacción ante uno de los hijos
 - 3. Disfunción en la relación padre e hijo
 - 4. Disfunciones triangulares
- C. Disfunciones en el sistema fraterno:
 - 1. Rivalidad destructiva
 - 2. Sobreidentificación o indiferenciación
 - 3. Coalición contra los padres

Y por ultimo en el tercer eje se analizara las disfunciones de la familia como sistema.

EJE III. DIMENSION GLOBAL

- A. Disfunciones estructurales y funcionales:
 - 1. Familia de bajo rendimiento
 - 2. Familia excesivamente estructural
 - 3. Familia patológicamente integrada
 - 4. Familia desvinculada
 - 5. Familia desorganizada
- B. Disfunciones sociales
 - 1. Familia socialmente aislada
 - 2. Familia socialmente desviada
 - 3. Familia con tema especial

4. **APGAR FAMILIAR**

El cuestionario APGAR Familiar (Family APGAR) fue diseñado en 1978 por Smilkstein (1978) para explorar la funcionalidad familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutive (resolve).

Existe una versión recogida por Smilkstein en que se presentan 5 posibles respuestas para cada cuestión. Ésta posee unos índices psicométricos ligeramente superiores, pero sólo se recomienda su uso en investigación. También, se han diseñado versiones para valorar la disfunción en las relaciones con los amigos o en el trabajo (Friends APGAR, Work APGAR).

El APGAR familiar sirve para poner al médico sobre la pista de una posible

disfunción familiar, no para diagnosticarla. Para establecer los parámetros por los cuales la salud funcional de la familia pudiera ser medida, se escogieron cinco componentes básicos de la función familiar. Vamos a definirlos:

- Adaptability (ADAPTABILIDAD), mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis).
- Partnership (PARTICIPACIÓN), mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo; el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos.
- Growth (GRADIENTE DE CRECIMIENTO), mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia.
- Affection (AFECTO), mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos.
- Resolve (RESOLUCIÓN), mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia.

Estos cinco componentes se evalúan a través de una serie de preguntas que pueden realizarse en el transcurso de una entrevista y miden tanto el ambiente emocional que rodea a nuestros pacientes como también la capacidad del grupo familiar para hacer frente a las diferentes crisis. (Cuestionario I).

Se conoce así el funcionamiento de la familia a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar y la percepción que un integrante de una familia tiene, del propio funcionamiento familiar. El APGAR familiar puede aplicarse a diferentes miembros de la familia y en distintos momentos para palpar su variación, y en determinados momentos también puede ser útil el realizarlo en conjunto, en el transcurso de una entrevista familiar, y conocer "in situ" las opiniones de todos los integrantes del sistema familiar.¹⁵

APLICACIÓN

Escala de 10 puntos

	Nunca	Algunas veces	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad			
Me satisface la forma como mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo			

Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades			
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor			
Me satisface cómo compartimos en familia el tiempo de estar juntos, los espacios en la casa o el dinero			

Cada pregunta se puntúa de 0 a 2. 0: "nunca" 1: "a veces" 2: "siempre". Si es igual o superior a 7 se considera una familia normofuncional, entre 4 y 6 disfunción familiar leve y si es igual o inferior a 3 se clasifica como disfunción familiar grave.

Escala de 20 puntos

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface la forma como mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor					
Me satisface cómo compartimos en familia el tiempo de estar juntos, los espacios en la casa o el dinero					

Los ítems de la escala se califican como nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre, y se les asignan puntuaciones de 0 a 4, respectivamente. En este instrumento, los puntajes totales pueden oscilar entre 0 y 20; a mayor puntaje, mejor funcionalidad familiar. Una puntuación total entre 0 y 9 indica disfunción grave; entre 10 y 13, moderada; entre 14 y 17, leve, y si es igual o superior a 18 se considera funcional. En este estudio se utilizó una versión previamente traducida y adaptada para Colombia (13).

5. Escala de Eventos críticos de Holmes y Rahe. Valora situaciones de estrés y enfermedad.

Este cuestionario es autoadministrado y se trata de que el encuestado rellene con un círculo el número o números que corresponde en al/los acontecimiento/os que haya padecido en el último año. La puntuación del test

se realiza sumando la puntuación que corresponde a cada suceso según la siguiente tabla:

1. Muerte del cónyuge:	100
2. Divorcio:	73
3. Separación matrimonial:	63
4. Encarcelación:	63
5. Muerte de un familiar cercano:	63
6. Lesión o enfermedad personal:	53
7. Matrimonio:	50
8. Despido del trabajo:	47
9. Paro:	47
10. Reconciliación matrimonial:	45
11. Jubilación:	45
12. Cambio de salud de un miembro de la familia:	44
13. Drogadicción y/o alcoholismo:	44
14. Embarazo:	40
15. Dificultades o problemas sexuales:	39
16. Incorporación de un nuevo miembro a la familia:	39
17. Reajuste de negocio:	39
18. Cambio de situación económica:	38
19. Muerte de un amigo íntimo:	37
20. Cambio en el tipo de trabajo:	36
21. Mala relación con el cónyuge:	35
22. Juicio por crédito o hipoteca:	30
23. Cambio de responsabilidad en el trabajo:	29
24. Hijo o hija que deja el hogar:	29
25. Problemas legales:	29
26. Logro personal notable:	28
27. La esposa comienza o deja de trabajar:	26
28. Comienzo o fin de la escolaridad:	26
29. Cambio en las condiciones de vida:	25
30. Revisión de hábitos personales:	24
31. Problemas con el jefe:	23
32. Cambio de turno o de condiciones laborales:	20
33. Cambio de residencia:	20
34. Cambio de colegio:	20
35. Cambio de actividades de ocio:	19
36. Cambio de actividad religiosa:	19
37. Cambio de actividades sociales:	18
38. Cambio de hábito de dormir:	17
39. Cambio en el número de reuniones familiares:	16
40. Cambio de hábitos alimentarios:	15
41. Vacaciones:	13
42. Navidades:	12
43. Leves transgresiones de la ley:	11

Una vez obtenidos los ítems señalados por el paciente se suma la puntuación asignada a cada uno y se interpreta de la siguiente manera: De 0 - 150: no existen problemas importantes, riesgo bajo de 30% de presentar enfermedad psicosomática, 151 a 199 hay crisis leve, de 200 – 299 crisis moderada: riesgo intermedio de 55% de presentar enfermedad. Más de 300: riesgo alto de 80% de presentar enfermedad.

6. METODO DE GRAFFAR

Desarrollado en Francia y adaptado a la realidad nacional por el Dr. Hernán Méndez Castellanos. Consiste en una estratificación de la población a partir de las siguientes cinco variables:

- Profesión del jefe/a de la familia
- Nivel de instrucción de los padres
- Fuente de ingreso
- Alojamiento y aspecto del barrio. (Vivienda)

A partir de la suma de las variables se identifican cinco estratos:

- Estrato I, población con las mejores condiciones de vida
- Estrato II, buenos niveles de vida pero sin los valores óptimos del I
- Estrato III, población con posibilidades de satisfacer las necesidades básicas además del desarrollo intelectual y de tener capacidades para disfrutar de beneficios culturales.
- Estrato IV es la población en lo que se denomina pobreza relativa porque no alcanzan los niveles de vida satisfactorios de los estratos anteriores. Son grupos vulnerables a los cambios económicos, están privados de beneficios culturales. Finalmente, el
- Estrato V es la población en pobreza crítica, son las personas que. Están en condiciones de satisfacer las necesidades básicas.

Este método permite evaluar las potencialidades que tiene la población para cubrir sus necesidades y para el desarrollo de sus capacidades.

Variables	Puntaje	Items
1. Profesión del Jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2.- Nivel de	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente

instrucción de la madre	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeto (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3.-Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4.- Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

INTERPRETACION

Estrato	Total de Puntaje Obtenido
I	4-6
II	7-9
III	10-12
IV	13-16
V	17-20

7. **FACES III**

La Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar III (FACES III) es la tercer versión de The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales, instrumento desarrollado por David H. Olson y col. en 1985 y basado conceptualmente en el Modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares, concebido por los mismos autores.

Fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias. Integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar

1- Adaptabilidad: habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo.

2- Cohesión: grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí; grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia.

3- Comunicación: la cohesión y la adaptabilidad son las dimensiones principales, en tanto que la comunicación favorece el mantenimiento óptimo de las otras dos.

El FACES III un instrumento de autoaplicación que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión). Fue traducida al español por Gómez-Clavelina y col. Cuenta con una escala que incluye cinco opciones (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre) con valores de 1 a 5.

El cuestionario se aplica a personas mayores de 10 años, que sean miembros de familias con hijos y que sepan leer y escribir. Se pide al entrevistado que responda las preguntas de acuerdo con la escala de calificación que aparece en la parte superior del cuestionario (de 1 a 5), considerando cada aseveración con relación a su familia.

Se debe contestar el cuestionario en cuanto a la forma en que el entrevistado considera que su familia reacciona en forma habitual, no de la manera en que piensa que debería reaccionar. El encuestados se abstendrá de dar lectura al cuestionario, permitiendo que la persona entrevistada lo haga por si misma. No obstante, podrá aclarar las dudas que surjan con relación al significado de palabras o aseveraciones, evitando sugerir respuestas.

A continuación se expone un ejemplo de aplicación de esta escala:

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

Describa a su familia:

- 1. Los miembros de nuestra familia se apoyan entre si
- 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
- 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
- 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
- 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la nuestra familia
- 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
- 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
- 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos

- ___ 11. Nos sentimos muy unidos
- ___ 12. En nuestra familia los hijos tomas las decisiones
- ___ 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente
- ___ 14. En nuestra familia las reglas cambian
- ___ 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia
- ___ 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
- ___ 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones
- ___ 18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad
- ___ 19. La unión familiar es muy importante
- ___ 20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar.

La calificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes de los ítems nones y la de adaptabilidad a la de los ítems pares, calificándolas según la siguiente tabla:

		↓ Cohesión ↑			
		Disgregada 10 a 34	Semirrelacionada 35 a 40	Relacionada 41 a 45	Aglutinada 46 a 50
↓ A d a p t a b i l i d a d ↑	Caótica 29 a 50	Caóticamente disgregada	Caóticamente semirrelacionada	Caóticamente relacionada	Caóticamente e aglutinada
	Flexible 25 a 28	Flexiblemente disgregada	Flexiblemente semirrelacionada	Flexiblemente e relacionada	Flexiblemente e aglutinada
	Estructura da 20 a 24	Estructuralmente disgregada	Estructuralmente Semirrelacionada	Estructuralmente relacionada	Estructuralmente aglutinada
	Rígida 10 a 19	Rígidamente disgregada	Rígidamente semirrelacionada	Rígidamente relacionada	Rígidamente Aglutinada

En esta tabla los espacios en gris oscuro se toman como familias con disfunción grave, los espacios en gris claro como disfunción leve y los espacios en blanco son familias funcionales.

8. EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

Es un modelo que evalúa exclusivamente la funcionalidad de la pareja, aborda las principales funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo. A cada función se agrega un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores, como se muestra en el siguiente cuadro:

Funciones	Nunca	Ocasional	Siempre
I- Comunicación:			
a. se comunica directamente con su pareja	0	5	10
b. la pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	0	5	10
c. existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica	0	5	10
II- Adjudicación y asunción de roles			
a. la pareja cumple los roles que mutuamente b. se adjudican	0	2.5	5
b. son satisfactorios los roles que asumen la pareja	0	2.5	5
c. se propicia el intercambio de roles entre la pareja	0	2.5	5
III- Satisfacción sexual			
a. es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales	0	5	10
b. es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	0	5	10
IV- Afecto			
a. existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja	0	2.5	5
b. el tiempo que se dedica a la pareja es gratificante	0	2.5	5
c. se interesan por el desarrollo y superación de la pareja	0	2.5	5
d. perciben que son queridos por su pareja	0	2.5	5
V- Toma de decisiones			
a. las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente	0	7.5	15

La calificación de este cuestionario se interpreta de la siguiente manera:

- 0-40: pareja severamente disfuncional
- 41-70: pareja con disfunción moderada
- 71-100: pareja funcional

9. CIRCULO FAMILIAR

Es un método gráfico, breve y útil para la obtención de datos acerca de las relaciones familiares desde el punto de vista de uno de varios integrantes de la familia que valora:

- Cercanía y distancia a través de los límites
- Poder y toma de decisiones
- Alianzas familiares
- Separaciones y fusiones del espacio personal y las fronteras interpersonales.

10. MODELO DE MC MASTER

Proporciona información de la funcionalidad familiar donde se considera el desarrollo integral de los miembros como la función primaria, además toma en cuenta aspectos sociales, psicológicos y fisiológicos.

Consta de 7 escalas clínicas y describe las características de la familia en niveles de funcionamiento:

- Severamente perturbadas
- No clínicas
- Superiores

Este modelo permite identificar el área de la familia en la que hay problema y cada uno de los aspectos a evaluar.

Las dimensiones que evalúa son:

Solución de problemas, comunicación, roles, sensibilidad afectiva, relaciones afectivas, control conductual y funcionamiento general.

Esta integrado por 53 enunciados, que puede ser contestado por cualquier persona mayor de 12 años.

Apartados y subescalas del Mecanismo de Asesoría de Familia de Mc Master

1. Solución de problemas

1. Nosotros usualmente actuamos de acuerdo con nuestras decisiones poniendo atención a los problemas.
2. Después de que nuestra familia trata de solucionar un problema nosotros usualmente discutimos si se soluciono o no.
3. Nosotros resolvemos la mayoría de los conflictos emocionales que aparecen.
4. Nosotros confrontamos los problemas que involucran sentimientos.
5. Nosotros tratamos de pensar en distintas maneras de solucionar los problemas.

2. Comunicación

1. Cuando alguien se molesta los demás saben porque.
2. Usted puede decir cómo se siente una persona a partir de lo que dice.
3. La gente viene directamente y dice las cosas en lugar de indicarlas.
4. Entre nosotros somos francos.
5. Nosotros no nos hablamos cuando estamos enojados.
6. Cuando no nos gusta lo que alguien ha hecho, le decimos.

3. Roles

1. Cuando usted le pide a alguien que haga algo, usted tiene que verificar que los haya hecho
2. Nosotros nos aseguramos que los miembros cumplan sus responsabilidades familiares.
3. Las tareas familiares no se reparten lo suficiente.
4. Tenemos problemas pagando nuestras cuentas.
5. Hay poco tiempo para explorar intereses personales.
6. Nosotros discutimos a quién le tocan las tareas domésticas
7. Si nosotros pedimos a las personas que hagan algo, necesitamos recordárselo.
8. Nosotros estamos generalmente insatisfechos con las tareas familiares.

4. sensibilidad afectiva

1. Nosotros somos renuentes a mostrar nuestro afecto por cada uno
2. Algunos de nosotros simplemente no respondemos emocionalmente.
3. Nosotros no nos demostramos amor.
4. La ternura esta relegada a segundo plano, respecto a otras cosas de nuestra familia.
5. Nosotros expresamos ternura.
6. Nosotros lloramos abiertamente.

5. Relaciones afectivas

1. Si alguien esta en problemas, los demás se involucran demasiado.
2. Usted solo obtiene el interés de los demás cuando algo es importante para ellos.
3. Nosotros somos demasiado egocéntricos.
4. Nosotros nos involucramos entre nosotros, solo cuando algo nos interesa.
5. Nosotros solo mostramos interés entre nosotros cuando podemos obtener de ello personalmente.
6. Nuestra familia muestra interés en los demás miembros solo cuando pueden obtener algo de ellos.
7. Incluso cuando nosotros deseamos el bienestar, nos metemos mucho en la vida de los demás.

6. Control conductual

1. Nosotros no sabemos que hacer cuando sucede una emergencia.
2. Usted puede fácilmente salirse con la suya cuando rompe las reglas.
3. Nosotros sabemos que hacer en una emergencia.

4. No tenemos una perspectiva clara de los hábitos en el aseo.
5. Tenemos acerca de pegarle a la gente.
6. Nosotros no tenemos ninguna regla o estándar.
7. Si las reglas se rompen, no sabemos que esperar.
8. Todo es valida en nuestra familia.
9. Hay reglas acerca de situaciones peligrosas.

7. Funcionamiento familiar

1. Planear actividades familiares es difícil porque no nos entendemos entre nosotros.
2. En tiempo de crisis podemos apoyarnos en los demás.
3. No podemos hablar entre nosotros acerca de la tristeza que sentimos.
4. Los individuos son aceptados por lo que son.
5. Nosotros evitamos discutir nuestros miedos e inquietudes.
6. Nosotros podemos expresar sentimientos para con los demás.
7. Hay muchos malos sentimientos en la familia.
8. Nosotros nos sentimos aceptados por lo que somos.
9. Tomar decisiones es un problema en nuestra familiar.
10. Nosotros somos capaces de tomar decisiones de acerca de cómo solucionar problemas.
11. No nos llevamos bien entre nosotros.
12. Confiamos entre nosotros.

La familia tiene que decidir si esta totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, totalmente descuerdo.

11. EVALUACION DE VIRGINIA SATIR

Este test nos permite evaluar el grado de funcionalidad percibido por el individuo a través de cinco componentes:

- Satisfacción familiar
- Afecto
- Adaptación
- Comunicación
- Otros

Además consta de cinco preguntas que exploran los componentes anteriormente anunciados, cada pregunta se califica sobre una escala de likert, se un valor de 0 a 2 obteniéndose al final un índice entre 0 y 10.

El resultado de evaluación nos da los siguientes funcionamientos:

- Funcionamiento familiar adecuado (7 a 10 puntos)
- Disfunción familiar moderada (4 a 6 puntos)
- Disfunción familiar severa (0 a 3 puntos)

12. F-COPES (Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales, Scala de evaluación personal del funcionamiento familiar en situaciones de crisis)

Este tiene como fundamento el modelo circunflejo y el modelo doble ABCX, creado en la Universidad de Minnesota por McCubbin, Olson y Larsen, en el año 1991, también un nivel de evaluación personal y un foco de evaluación individuo-sistema familiar, familia ambiente social, con cinco escalas consta de 29 ítems en total: nueve para obtención de apoyo social, ocho para reestructuración, cuatro para búsqueda de apoyo espiritual, cuatro para movilización familiar para obtener y aceptar ayuda, cuatro para evaluación pasiva.

El instrumento tiene una consistencia interna aceptable, así como una buena validez, su utilidad clínica es apta para la escala de auto reporte, muy sencilla para su corrección.

Los ítems de la escala F-COPES tienen direccionalidad positiva y negativa, al realizar la calificación de los ítems negativos se les convierte en positivos.

Contempla nueve dimensiones: tensiones de tipo intrafamiliares, de pareja, de embarazo y crianza, económicas y de negocios, laborales, enfermedad y cuidado de la familia, cambios o transiciones hacia dentro o fuera de la familia y dificultades de la ley o costumbres sociales.

13. PRUEBA DE EVALUACION DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES

Incluye siete procesos implicados en las relaciones intrafamiliares que son: cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad, adaptabilidad.

La calificación se realiza al adjudicar puntos según la opción seleccionada en la escala: casi nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos), a veces (3 puntos), muchas veces (4 puntos) y casi siempre (5 puntos). Los puntos se suman y esa puntuación total le corresponde un diagnóstico de funcionamiento intrafamiliar.

El resultado arroja las siguientes puntuaciones:

- Familiar funcional de 57 a 70 puntos
- Familia moderadamente funcional de 43 a 56 puntos
- Familia disfuncional de 28 a 42 puntos
- Familia severamente disfuncional de 14 a 27 puntos

14. ESCALA FAMILIAR ESTRUCTURAL SISTEMICA (EFES)

Es un instrumento complejo de observación estructurada en la que se registra la aparición y/o la frecuencia de conductas especificadas de antemano en una lista de confrontación.

Valora las cinco dimensiones siguientes:

- Estructura
- Resonancia
- Estadio del desarrollo
- Etiquetación del paciente identificado
- Resolución de conflictos

Consta de dos partes:

- La primera presenta un juego de estímulos estandarizados, llamado tareas familiares, diseñado para someter a la familia a situaciones crecientes de estrés, para luego observar sus patrones interaccionales (operacionalizados) a lo largo de las siguientes dimensiones: estructura, resonancia, estadio del desarrollo, etiquetación del paciente identificado y resolución de conflictos.
- La segunda refiere un juego de cinco escalas elaborado especialmente para evaluar clínicamente y calificar las respuestas videograbadas de las familias en las dimensiones ya señaladas.

15. **ESCALA DE CLIMA SOCIAL FAMILIAR**

Evalúa el clima social en diferentes ambientes específicos. La escala consta de ocho dimensiones aunque sólo cuatro de ellas han sido adaptadas al español y son las siguientes:

- Características socio-ambientales y relaciones personales de la familia (FES), mediante tres dimensiones, las cuales a su vez están compuestas por diferentes subescalas.
- Relaciones personales (cohesión, expresividad y conflictos).
- Crecimiento personal (independencia, actuación intelectual-cultural y orientación moral-religiosa).
- Estabilidad de la unidad (estabilidad y control familiar).
- Trabajo
- Instituciones penitenciarias
- Centros sociales.

Consta de 90 ítems (verdadero/falso) que recoge información mediante tres formas paralelas acerca de la percepción personal de la familia de origen y de la familia ideal, así como de las expectativas de la propia familia.

17. **SIMFAM**

Es la medición simulada de la Actividad Familiar, es una técnica que utiliza el juego y busca evaluar el grado de adaptación, cohesión, soporte, creatividad y en general el funcionamiento familiar.

18. **EL INVENTARIO DE EVALUACION FAMILIAR DE CALIFORNIA**

Evalúa las dimensiones de funcionamiento familiar: cohesión, límites y comportamientos intrafamiliares, se ha usado en el medio clínico para la evaluación de la relación diádica y en la familia en su conjunto.

19. **ESCALA DE EVALUACIÓN FAMILIAR DE CAROLINA DEL NORTE**

Se basa en los conceptos de capacidades, fortaleza, riesgos y problemas familiares y 9 subescalas: ambiente, habilidades parentales, interacciones familiares, seguridad familiar, bienestar infantil, métodos de crianza, cuidado infantil y capacidad resolutoria.

20. **INVENTARIO FAMILIAR DE OLSON**

Forma parte del modelo circunflejo, se utiliza para medir la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación de la familia.

Estudia las siguientes dimensiones:

- Adaptabilidad
- Cohesión
- Comunicación

21. **THE FAMILY FUNCTIONING INDEX**

Este instrumento cuenta con un cuestionario que permite evaluar si las familias necesitan apoyo terapéutico o no. Las preguntas evalúan satisfacción conyugal, motivo de alegría, cercanía físico-emocional y la frecuencia de episodios de desacuerdo.

22. **ESCALA DE EFECTIVIDAD EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (E-EFF)**

Consta de 24 reactivos, que califica con 72 puntos, en familias funcionales con puntajes de 56-72, con funcionalidad moderada de 40-55 puntos y familias disfuncionales de 24 a 39 puntos.

23. **ESCALA DE EVALUACION DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE JOAQUINA PALOMARES**

Esta formado por 10 factores que tiene que ver con la forma en que los miembros de la familia perciben el comportamiento que los rige.

1. Comunicación
2. Cohesión familiar
3. Falta de reglas y apoyo

4. Tiempo que comparte con la familia
5. Roles y trabajo doméstico.
6. Autonomía familiar
7. Organización
8. Autoridad
9. violencia física o verbal
10. Relación de pareja.

24. **THE FAMILY FUNCTIONING QUESTIONARE**

Está integrado por 8 reactivos que exploran:

- La estima
- La conversación abierta
- Ayuda de la familia
- Expresión de amor
- Tiempo empleado juntos
- Toma de decisiones
- Contactos externos a la familia
- Sentimiento de cercanía.

Califica con una escala de 0 -5, que permite saber el grado de satisfacción de cada integrante de la familia.

25. **CUESTIONARIO DE AREAS DE CAMBIO**

Sirve para evaluar al subsistema conyugal, en relación con los cambios que se esperan en el otro miembro de la pareja, consta de dos partes:

La primera incluye los comportamientos que al paciente le gustaría que su compañero(a) tuviera, en relación a hacer más, hacer menos o no cambiar de su actividad diaria.

En la segunda se hace referencia a lo que cada compañero quisiera, en relación a hacer más de, menos de o no cambiar de su actividad diaria.

Este permite una variedad de cambios formulados, deseados y cambios percibidos o un cambio total, consta de 34 ítems que hacen referencia a distintos ámbitos de la relación de pareja, como:

- Jugar con los niños.
- Quedarse trabajando hasta tarde.
- Salir de paseo.
- Cuestiones económicas.

Los ítems se evalúan según una escala de tipo Likert, que va desde menos tres (me gustaría que no cambiara, pero haciéndolo mucho menos) hasta tres (me gustaría que cambiara, pero haciéndolo mucho más).

El cero significa que no se desean cambios en esa faceta, así como el cambio que cree que su cónyuge espera de él en cada uno de los ítems. Así se obtendrá una puntuación acerca de los cambios que se esperan del otro y el grado de acuerdo/desacuerdo entre la creencia del deseo de cambio por parte de la pareja.

El instrumento considera que existe un acuerdo cuando ambos miembros han puntuado los ítems en la misma columna, y al menos uno de ellos le ha asignado una puntuación mayor o igual a 2, es decir, en los que uno de la pareja señala que espera un cambio del otro y este a su vez señala que un cambio suyo agradecería a su pareja.

Si seleccionan columnas contrarias o la diferencia de puntuación, si es del mismo lado es igual o mayor a 2, significa que uno desea que el otro cambie y éste no lo sabe o que cambien en dirección opuesta y puede sumar la puntuación hacia el cambio total.

26. CUESTIONARIO DE EVALUACION DE NECESIDADES DE CAMBERWELL

Evalúa las necesidades de la persona en 22 áreas básicas, consta de 8 ítems divididos en las 22 áreas, y se consideran cuatro ítems por área :

- | | |
|----------------------------|---|
| - Alojamiento | - alimentación |
| - cuidado del hogar | - cuidado personal |
| - actividades diarias | - salud física |
| - síntomas psicótico | - información del estado y tratamiento del padecimiento |
| - angustia | - seguridad hacia si mismo |
| - seguridad de los otros | - alcohol |
| - drogas | - compañía |
| - relaciones de pareja | - sexualidad |
| - cuidado de los hijos | - educación básica |
| - teléfono | - transporte |
| - dinero y ayudas sociales | |

27. ESCALA DE AJUSTE DIADICO

La escala evalúa el grado de armonía o ajuste global de los miembros de una relación de pareja y mide cuatro aspectos:

- El consenso
- La satisfacción
- La cohesión diádica
- La expresión de afecto

28. ESCALA DE INTERACCION FAMILIAR

Califica a la familia mediante observación directa los siguientes aspectos:

- ✓ La claridad
- ✓ La continuidad
- ✓ La entrega/ compromiso
- ✓ El acuerdo/ desacuerdo
- ✓ La intensidad afectiva

29. **ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.**

Esta nos permite evaluar a la familia completa o de forma individual, esta compuesta por 40 reactivos, que investigan 9 áreas, que miden el funcionamiento dinámico o sistémico estructural de la familia:

- Territorio o centralidad
- Roles
- Jerarquía
- Límites
- Modos de control de conducta
- Alianzas
- Comunicación
- Afecto
- Patología

Como podrá verse, estos son los elementos mínimos necesarios que el residente de medicina familiar debe manejar y conocer para la evaluación familiar, considerando que una parte importante del diagnóstico de salud familiar, está relacionado con la aplicación de los instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar y sus aspectos teóricos.

Por otro lado estos elementos del estudio de la familia se encuentran presentes en el Programa Único de Residencias Médicas (PUEM) en Medicina Familiar, lo cual debe considerarse en la formación del residente de medicina familiar, ya que durante su estancia en las unidades académicas , estos temas deben ser abordados en forma clara y concreta.¹⁶

Por tanto es necesario que el residente de la especialidad tenga ya dentro de sus conocimientos, los aspectos teóricos anteriormente referidos y pueda aplicarlos en su práctica diaria.

CAPITULO 3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de las transformaciones sociales que ha sufrido la humanidad, la familia sigue siendo la más antigua de las instituciones sociales ya que es fundamental para el desarrollo de la sociedad.

La familia tiene como función el preparar al individuo para que tenga un buen desempeño en su actuar futuro, moldear su carácter social que se requiere para que sus necesidades coincidan con las de su función.

Y para lograr esto nos ayudamos de la educación y de la vida familiar, por lo que es importante conocer el funcionamiento de las familias y la manera en que el Especialista en Medicina Familiar aborda este aspecto desde el punto de vista práctico, utilizando cada uno de los instrumentos, de acuerdo al problema que se le presenta y utilizando el modelo teórico específico.

Es fundamental que el médico familiar conozca desde el inicio de su formación como especialista estos instrumentos que evalúan la funcionalidad familiar, su modelo o teoría que la fundamente para poder realizar diagnósticos de Salud familiar en forma adecuada que le permitan incidir en el proceso de la salud familiar, para poder aplicar manejos terapéuticos y acciones preventivas de forma temprana, lo cual repercutirá en la salud individual y familiar.

Por lo anterior nos surge la interrogante de plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿POR QUE ES IMPORTANTE QUE EL MEDICO RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CONOZCA Y APLIQUE LOS INSTRUMENTOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR?

CAPITULO 4 JUSTIFICACION

El residente de la especialidad de medicina familiar debe de tener el conocimiento sobre instrumentos de funcionalidad familiar y poder aplicarlos en crisis e incidir en forma temprana.

Por lo cual nos surge la interrogante de conocer el nivel de conocimientos y de aplicación de los modelos y teorías que sustentan el uso de los instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar.

Ya que los médicos familiares no solo debe ocuparse de recuperar la salud sino tiene que actuar para mantenerla y mejorarla, entendiendo que toda patología implica interacciones emocionales y sociales que afecta el funcionamiento orgánico y psíquico del individuo.

Por otro lado, los resultados de la investigación nos permitirán, en algunos casos ahondar en el tema y en otros abordarlo en forma más clara y específica en cada una de las sedes académicas del ISSSTE, lo cual redundaría en una mejor atención de los problemas familiares de los derechohabientes que asisten a solicitar atención médica en nuestras unidades de Medicina Familiar.

CAPITULO 5 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ◆ DETERMINAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS MEDICOS RESIDENTES DEL ISSSTE SOBRE INSTRUMENTOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU APLICACIÓN.

OBJETIVO ESPECIFICO

- ◆ DETERMINAR EL GRADO DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS RESIDENTES DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE SEGUNDO AÑO.
- ◆ DETERMINAR EL GRADO DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS MEDICOS RESIDENTES DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL 3ER AÑO.

CAPITULO 6 HIPOTESIS

No se conoce el fundamento teórico que explica la funcionalidad familiar y por lo tanto tampoco se conocen todos los instrumentos de evaluación familiar.

CAPITULO 7 MATERIAL Y METODO

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y trasversal.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Se solicitó a los directivos de la Clínica “Dr. Ignacio Chávez” del Instituto de Seguridad y Servicio Sociales de los Trabajadores del Estado, la autorización para la realización de dicho proyecto, acudiendo a las 4 clínicas de Medicina Familiar, sedes de la especialidad.

Se obtuvo la autorización del tutor de cada una de las sedes y de los alumnos bajo un consentimiento informado.

Se aplicó el cuestionario a los médicos residentes de todas las sedes y se vaciaron los datos en el programa Excel 2003.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

Nuestra población son 42 médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar del ISSSTE con sedes en:

- CMF GUSTAVO A MADERO
- CMF ORIENTE
- CMF MARINA NACIONAL
- CMF IGNACIO CHAVEZ

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Es una muestra no probabilística por conveniencia en donde se incluye a todos los médicos residentes de la especialidad de medicina familiar del ISSSTE del Distrito Federal, de segundo y tercer grado. Se encuestó a un total de 36 médicos residente.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Médicos residentes de Medicina Familiar de segundo
- Médicos residentes de Medicina Familiar de tercer año
-

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Médicos residentes de segundo y tercer año que la momento de la investigación se encuentren de vacaciones o rotando fuera de las unidades

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Cuestionarios incompletos

VARIABLES

Conocimiento

Tipo de variable: Dependiente

Conocimiento: Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o aprendizaje.

Definición operacional: número de instrumentos mencionados.

Escala de medición: nominal

Funcionalidad familiar

Tipo de variable: Independiente

Definición operacional: concepto de funcionalidad familiar según Minuchin.

Escala de medición: Nominal

Edad

Tipo de variable: Independiente

Definición: Del latín aetas, es el término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo.

Definición operacional: edad en años.

Escala de medición: no categórica, discreta.

Grado académico

Tipo de variable: Independiente

Definición: Es una distinción otorgada por alguna institución educativa, generalmente después de la terminación exitosa de algún programa de estudios.

Definición operacional: segundo y tercer grado

Escala de medición: categórica ordinal.

Sexo

Tipo de variable: Independiente.

Definición: Del latín cortar, dividir, originalmente se refiere nada más que a la división de género humano en dos grupos: mujer u hombre.

Definición operacional: hombre o mujer.

Escala de medición: No categórica, discreta.

Sede académica

Tipo de variable: Independiente.

Definición: Del latín sedes, "silla, asiento", es un lugar donde tiene lugar determinados acontecimientos o donde se erige la base de una organización.

Definición operacional: Nombre de la sede académica.

Escala de medición: nominal.

DISEÑO DE BASE DE DATOS

Se utilizó graficas en el programa Excel 2003.

DISEÑO ESTADISTICO

Se utilizo estadística descriptiva a través de pruebas y medidas de tendencia central como media, mediana, moda.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicó un cuestionario para la recolección de datos de los participantes el cual consta de 10 preguntas de respuesta abierta, en las primeras preguntas se explora la información general de los participantes como; edad, sexo, grado y sede académica.

En las siguientes preguntas se explora la definición de funcionalidad familiar, los fundamentos teóricos que explican la funcionalidad familiar, los diferentes instrumentos que evalúan la funcionalidad familiar y qué evalúa cada uno de ellos, y si se reviso el tema en su sede académica. (Anexo 2)

METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicó cuestionario a médicos residentes de segundo y tercer años de la especialidad de medicina Familiar, en las 4 sedes académicas del ISSSTE del D.F. que imparten: CMF Gustavo A. Madero, CMF ORIENTE, CMF MARINA NACIONAL, CMF IGNACIO CHAVEZ.

Se realizó en el periodo del mes de mayo y Junio, previo consentimiento informado.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS

Sólo se incluyo a médicos residentes de segundo y tercer año de la especialidad de medicina familiar del ISSSTE.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

"El consentimiento informado es un derecho de los pacientes y un deber de los médicos e instituciones, el solicitarlo siempre constituye una obligación moral antes que jurídica".

"Todo ser humano de edad adulta y juicio sano tiene derecho a determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo y un cirujano que realiza una intervención sin el consentimiento de su paciente comete una agresión por la que se le puede reclamar legalmente".

En México existe obligación de realizar un proceso de consentimiento informado que esté fundamentado jurídicamente en la Ley General de Salud y en su reglamento en materia de investigación para la salud.

Consentimiento informado se define como la aceptación libre por parte de una paciente de un acto diagnóstico o terapéutico después de haberle comunicado adecuadamente su situación clínica.

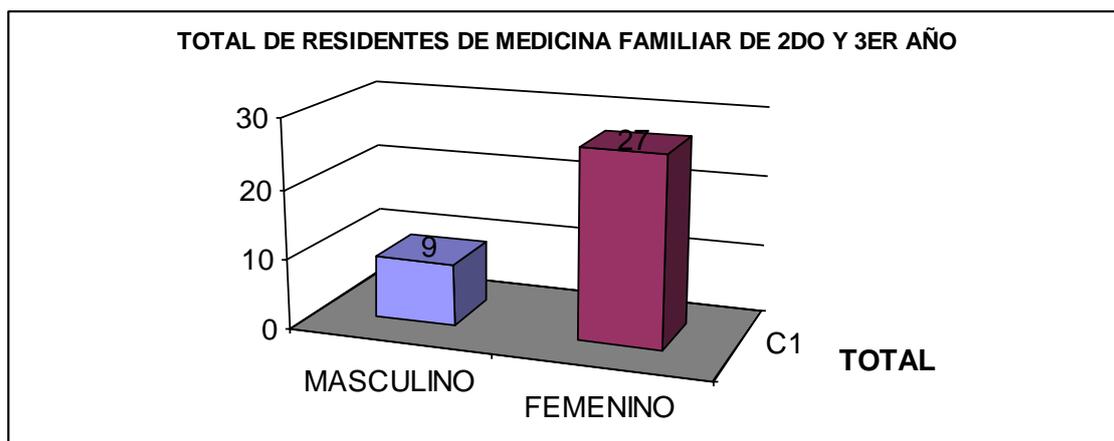
El autor considera que este estudio no representa ningún riesgo de daño físico, psicológico o moral para las personas que acepten participar en el estudio mediante consentimiento informado por escrito.(anexo 1).

De acuerdo a la Declaración de la Asamblea Médica de Helsinki, adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983, 41ª Asamblea Médica Mundial Hong Kong, septiembre 1989, 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996 y la 52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia, octubre 2000. Nota de clarificación del párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002, nota de clarificación del párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004 y Seúl 2008, el presente trabajo no afecta a los derechos humanos, ni las normas éticas y de salud en materia de investigación, por lo tanto no se compromete la integridad física, moral o emocional de las personas. Así mismo, las recomendaciones éticas y de seguridad para investigación establecidas por la OMS, así como al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud principalmente lo concerniente a los artículos: 96, 97,98.100 y 101.

CAPITULO 8 RESULTADOS

De la aplicación del cuestionario mencionado se obtuvieron los siguientes resultados que se presentan en gráficos.

TOTAL DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE 2DO Y 3ER AÑO DEL ISSSTE DEL D.F.

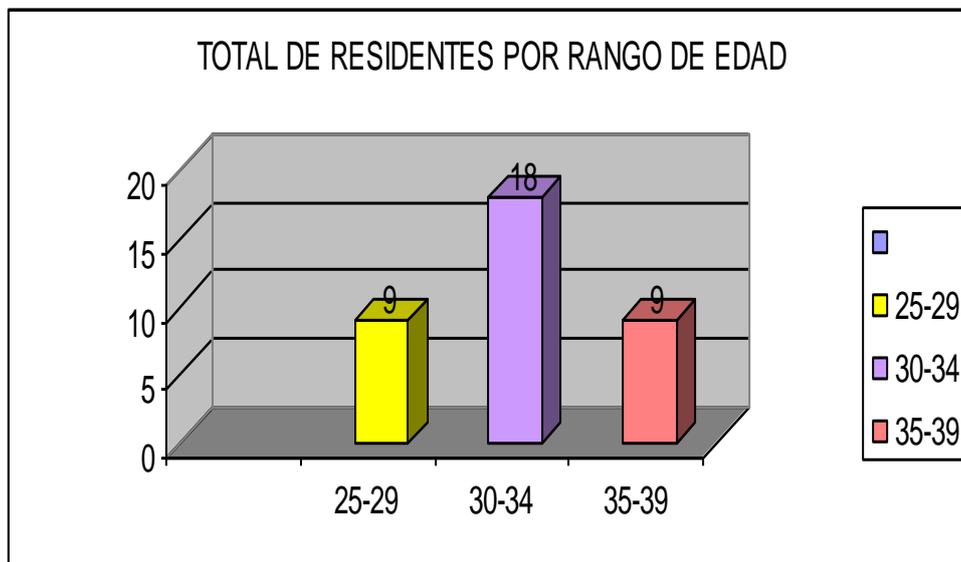


Fuente: Cuestionario aplicado

El ISSSTE cuenta con 41 médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar, pero no encontramos a todos el día en que se aplicó nuestro cuestionario.

El total de nuestra población encuestada fue de 36 médicos residentes, de los cuales 9 son varones y 27 mujeres.

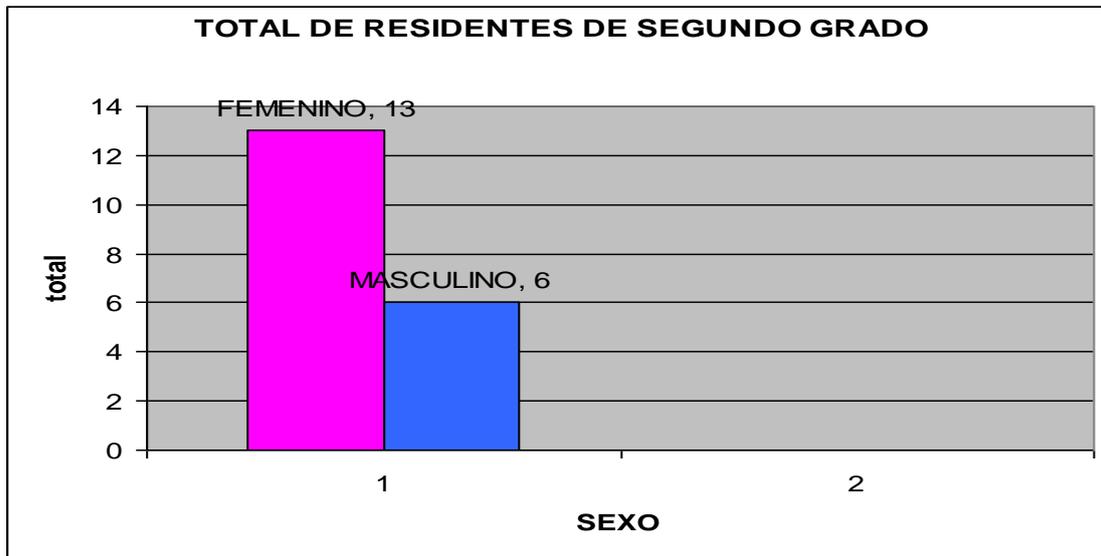
TOTAL DE MEDICO RESIDENTES DE SEGUNDO Y TERCER GRADO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE



Fuente: Cuestionario aplicado

Nuestra población de médicos residentes del ISSSTE se encuentra entre los 25 y 39 años de edad, manejamos rangos y se encontró que hay 9 médicos residentes entre 25 a 29 años de edad, 18 entre 30 y 34 años de edad y 9 de 35-39 años.

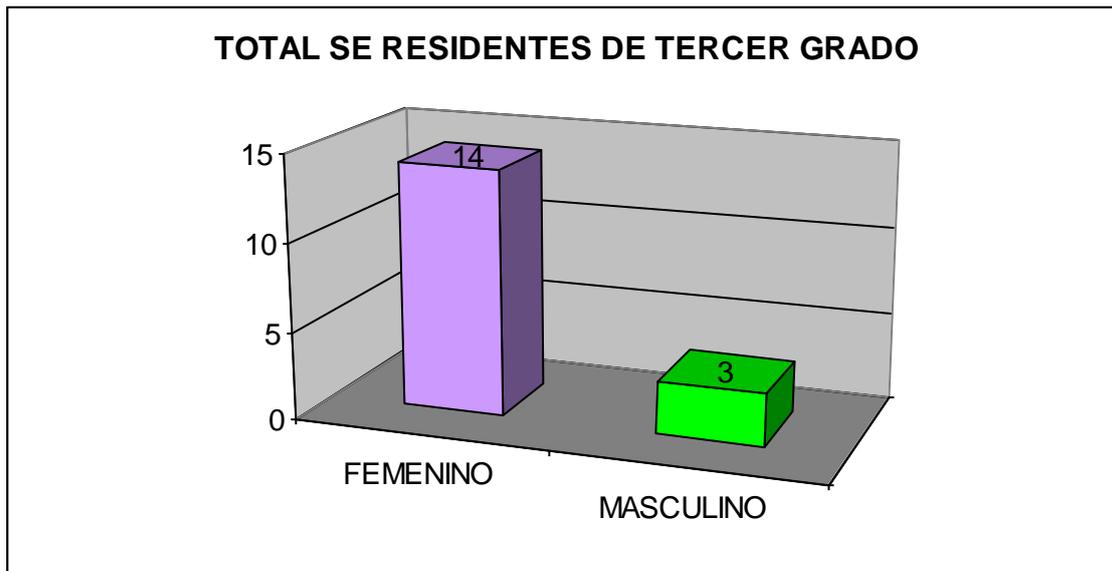
TOTAL DE MEDICOS RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSTE DEL D.F.



Fuente: Cuestionario aplicado

Los médicos residentes del ISSSTE de segundo año de la especialidad de Medicina Familiar a los que se realizó el cuestionario son 19 en total de los cuales 13 son del sexo femenino y 6 del sexo masculino.

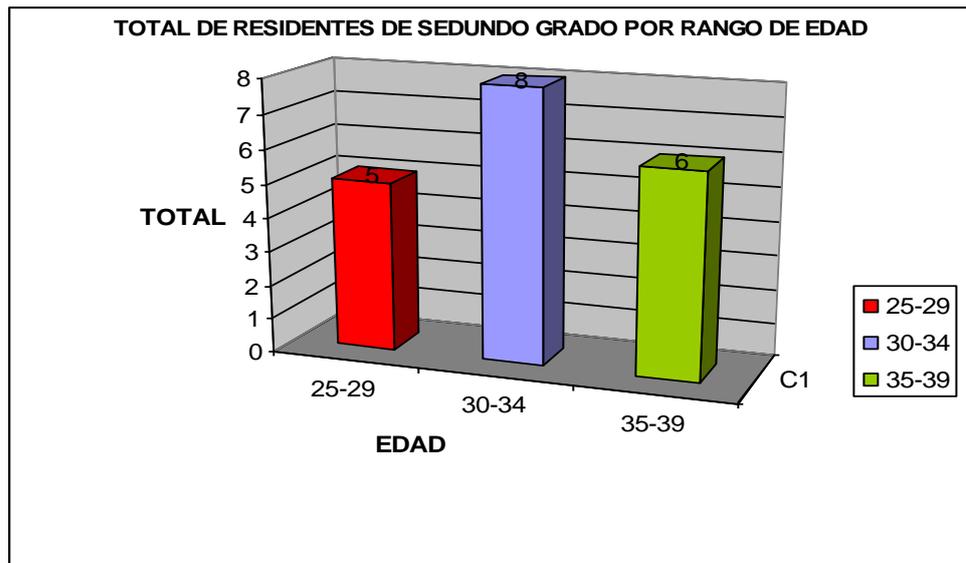
TOTAL DE MEDICOS RESIDENTES DE TERCER GRDO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE DEL D.F.



Fuente: Cuestionario aplicado

El total de médicos residentes encuestados del tercer año de la especialidad de Medicina Familiar son 17, de los cuales 14 son del sexo femenino y 3 del sexo masculino.

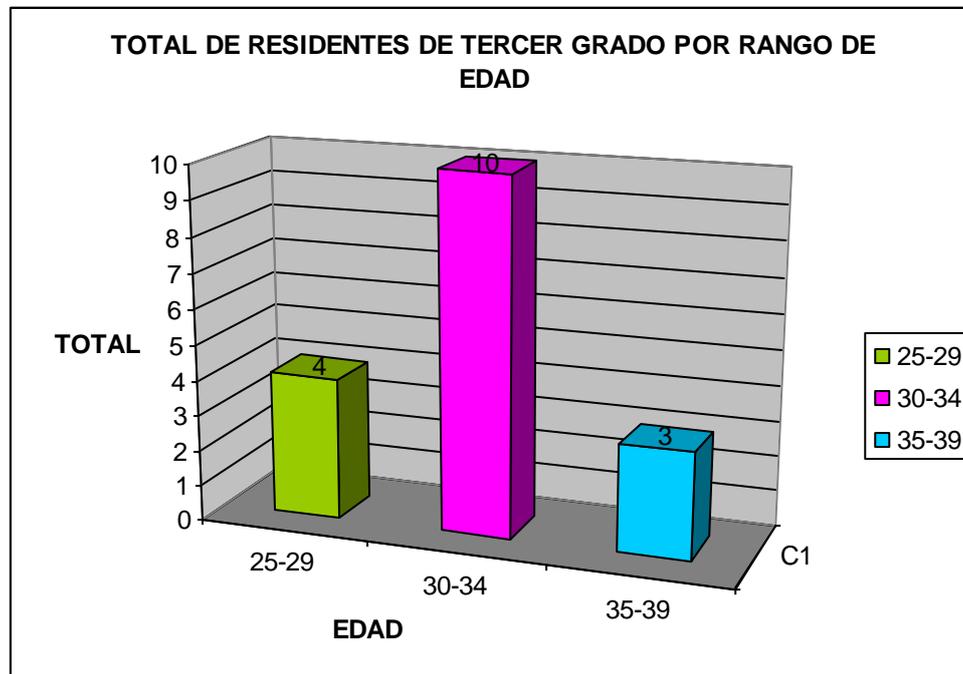
TOTAL DE MEDICOS RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL D.F. POR RANGO DE EDAD.



Fuente: cuestionario aplicado

Los médicos residentes de segundo año de la especialidad de Medicina Familiar se encuentran entre los 25 y 39 años de edad, de los cuales hay 5 entre los 25 a 29 años de edad, 8 entre los 30 a 34 años y 6 entre los 35 a 39 años.

TOTAL DE MEDICOS RESIDENTES DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE DEL D.F.

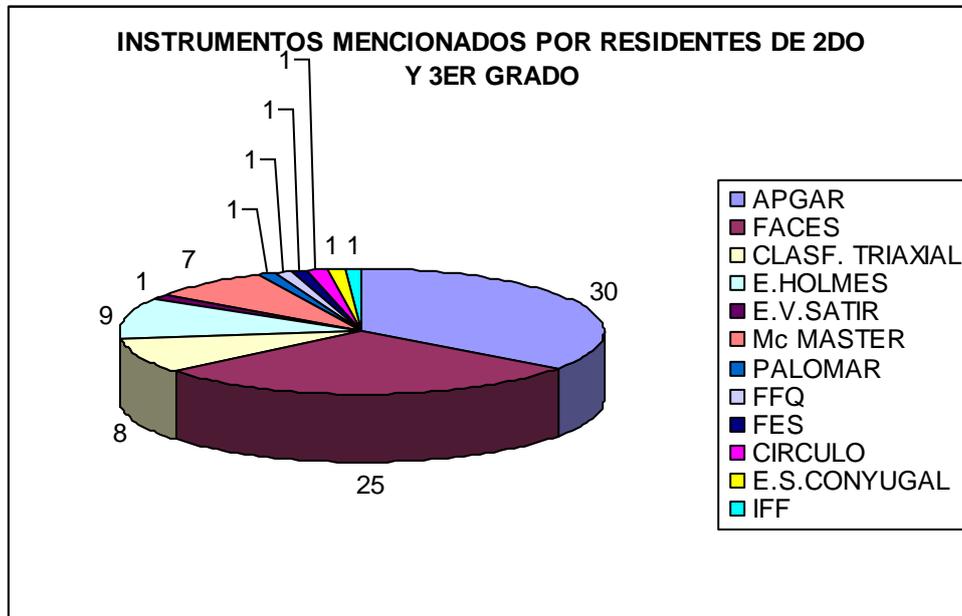


Fuente: Cuestionario aplicado

Los médicos residentes del ISSSTE del D.F. del tercer año de la especialidad se encuentran entre los 25 a 39 años de edad.

De los cuales 4 están entre los 25 a 29 años, 10 de los 30 a 34 años y 3 de 35 a 39 años de edad.

TOTAL DE INSTRUMENTOS MENCIONADO POR LOS MEDICOS RESIDENTES DE SEGUNO Y TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE DEL D.F.

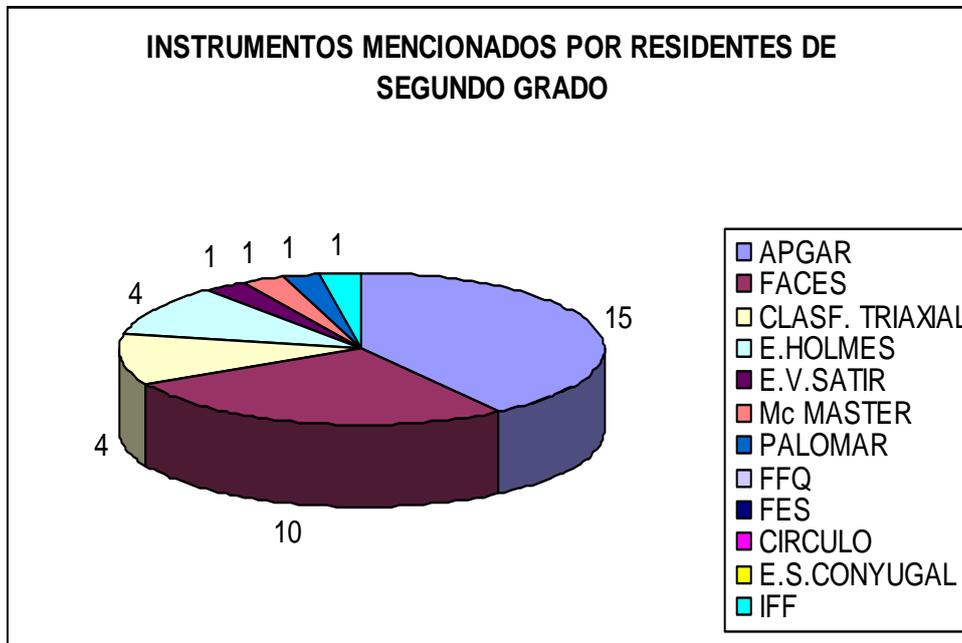


Fuente: Cuestionario aplicado

Los instrumentos más conocidos por los residentes son el APGAR, FACES III, CLASIFICACIÓN TRIAXIAL DE LA FAMILIA, ESCALA DE EVENTOS CRITICOS DE HOLMES Y RAHE Y MODELO DE Mc MASTER.

Y los que menciona por lo menos un residente fueron: evaluación de Virginia Satir, Escala de evaluación de Funcionamiento familiar de Joaquina Palomar, The family Functioning Questionarie (FFQ), Escala de Clima Social Familiar FES), circulo familiar, Evaluación del subsistema conyugal, Índice de Función Familiar.

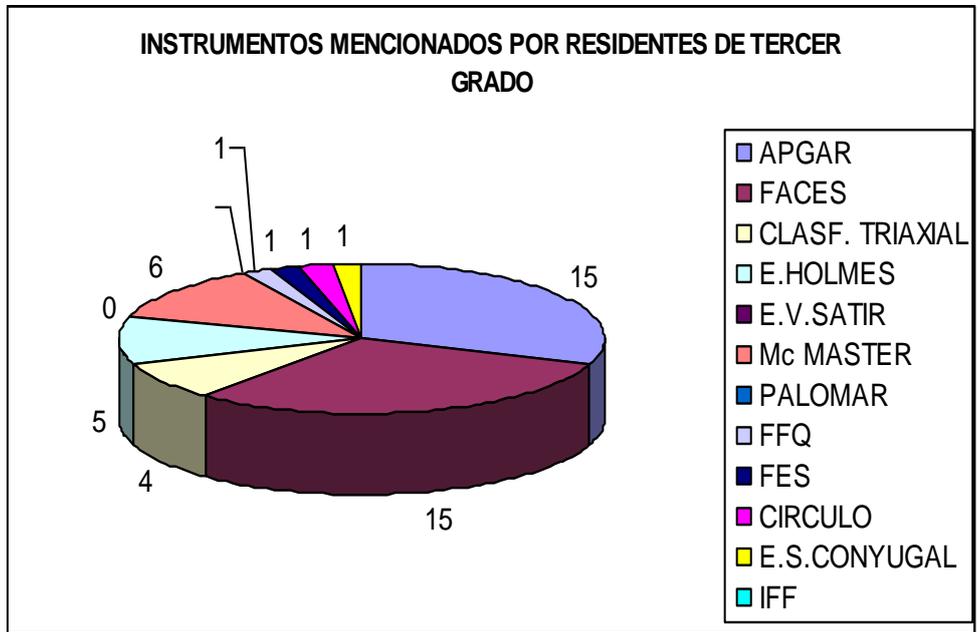
INSTRUMENTOS MENCIONADOS POR MEDICOS RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL D.F.



Fuente: Cuestionario aplicado

De los 19 residentes de segundo año encuestados, 15 mencionaron como instrumentos que evalúan funcionalidad familiar al APGAR, 10 al FACES III, 4 la Escala de Holmes y uno menciona el resto de los que se grafican.

INSTRUMENTOS MENCIONADOS POR RESIDENTES DE TERCER GRADO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE DEL D.F.

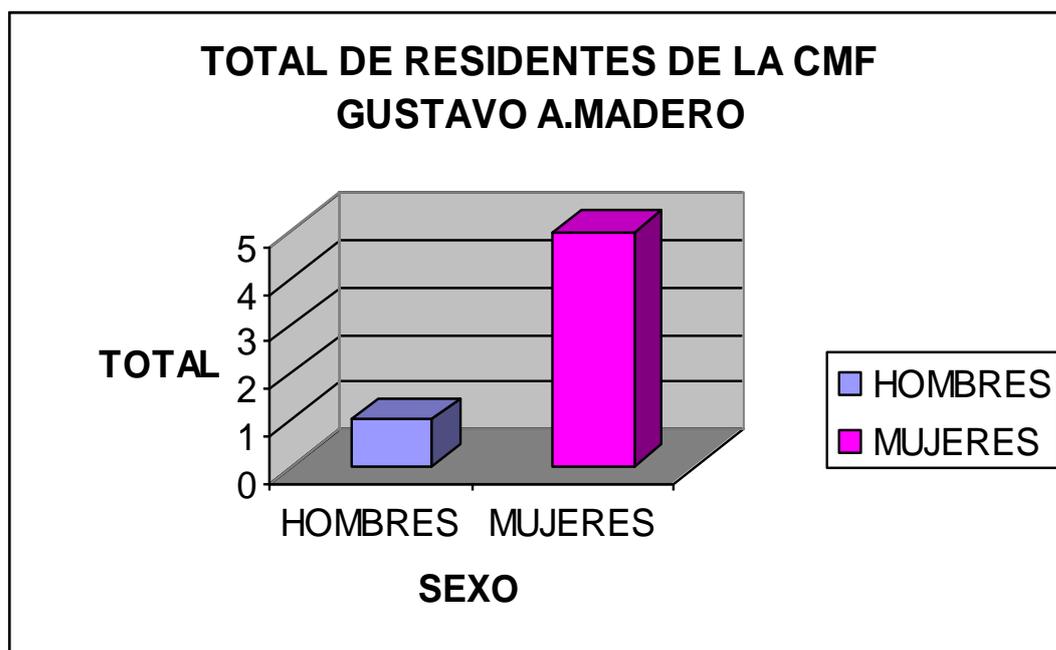


Fuente: Cuestionario aplicado

De los 17 médicos residentes que se encuestaron el 88 % mencionó el APGAR Y FACES III, como los instrumentos más conocidos para la evaluación familiar, un 29% la clasificación Triaxial de la Familia y Escala e Holmes, el resto lo menciona la minoría.

Por sede de la residencia de Medicina Familiar se encontraron los siguientes resultados

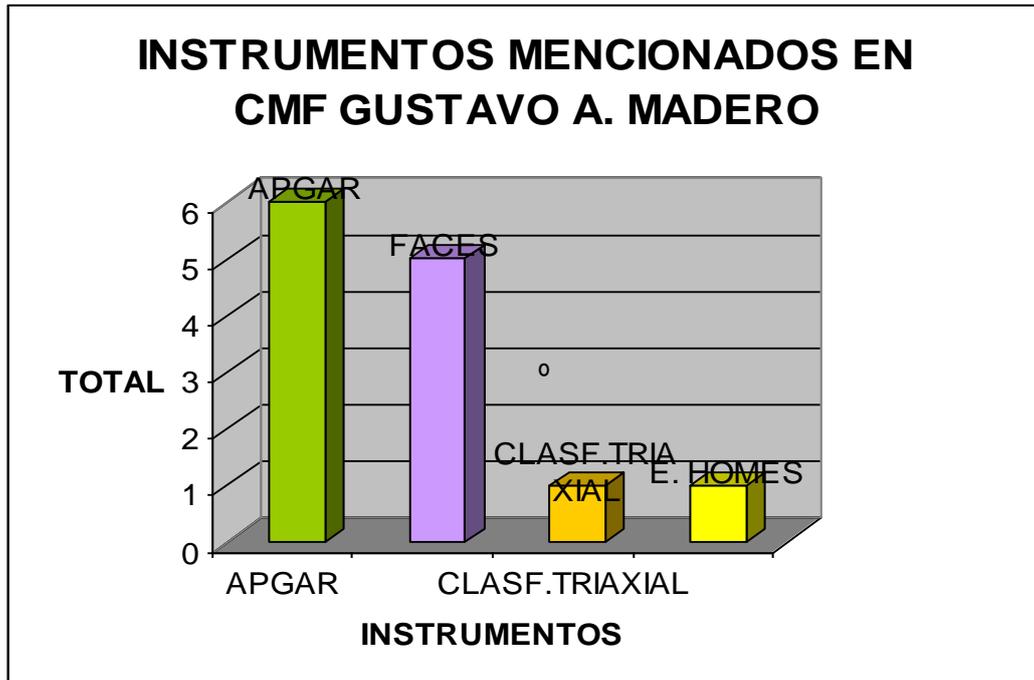
TOTAL DE MEDICOS RESIDENTES DE LA CMF GUSTAVO A. MADERO DEL SEGUNDO AÑO DE LA ESPECIALIDAD



Fuente: Cuestionario aplicado

El total de médicos encuestados de la CMF GUSTAVO A.MADERO de segundo año son 6, 1 hombre y 5 mujeres.

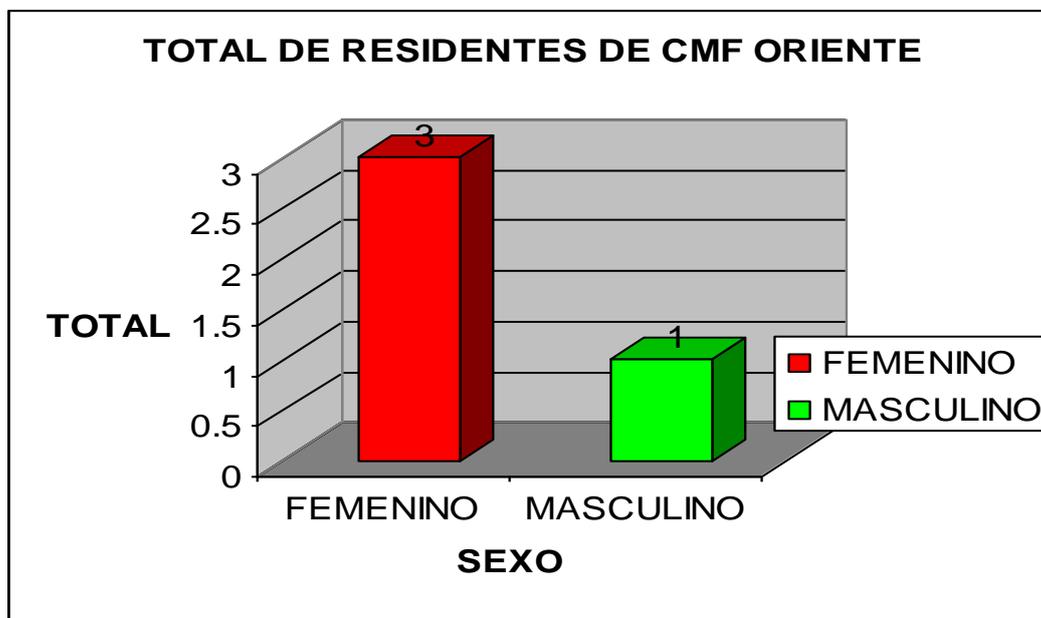
INSTRUMENTOS MENCIONADO POR RESIDENTES DE LA CMF GUSTAVO A. MADERO DE SEGUNDO GRADO



Fuente: Cuestionario aplicado

De los 6 residentes a los que se aplicó el cuestionario, todos conocen el APGAR, 5 el FACES III, uno la clasificación Triaxial de la familia.

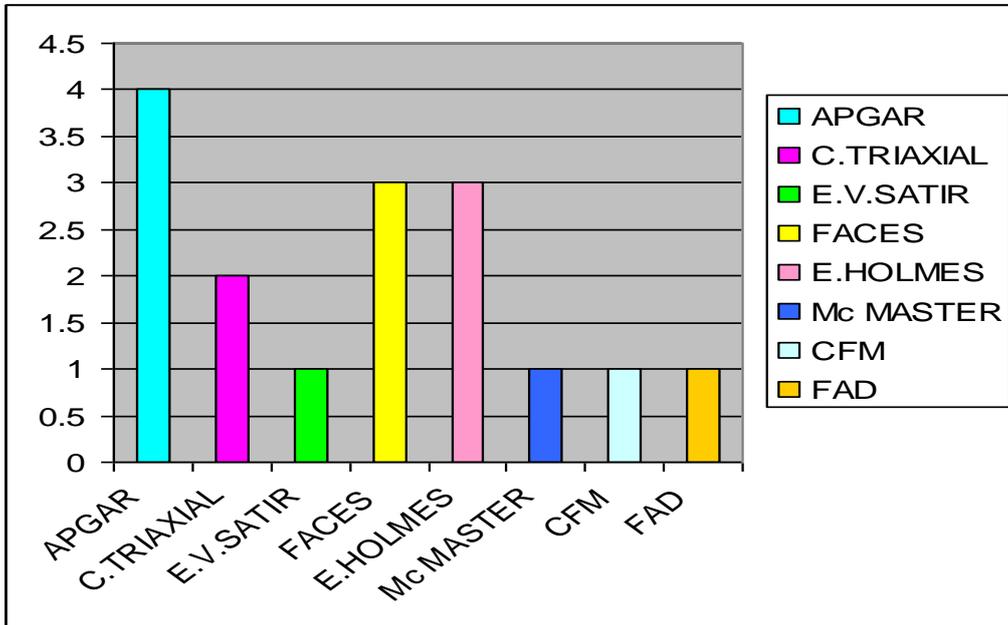
TOTAL DE RESIDENTES DE LA CMF ORIENTE DE SEGUNDO AÑO



Fuente: Cuestionario aplicado

El total de residentes de segundo año de la CMF ORIENTE son 3 mujeres y 1 hombre.

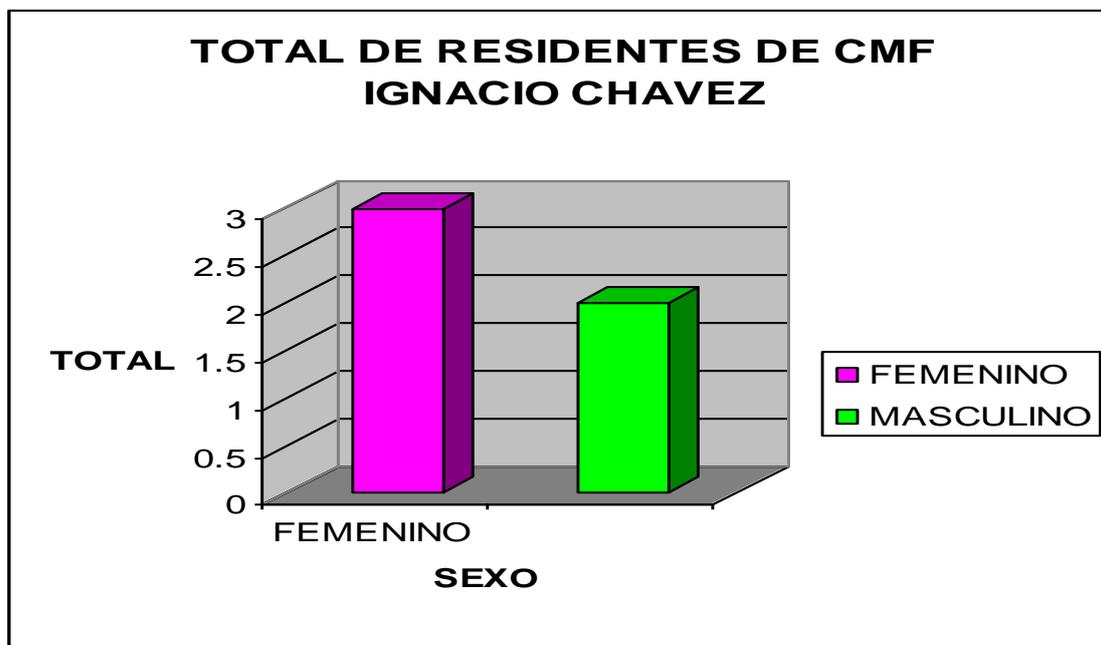
INSTRUMENTOS MENCIONADOS POR LOS RESIDENTES DE SEGUNDO AÑOS DE LA CMF ORIENTE



Fuente: Cuestionario aplicado

Todos los residentes conocen el APGAR, 3 la Escala de Holmes y FACES III. Solo dos la clasificación Triaxial de la Familiar, estos son los más conocidos.

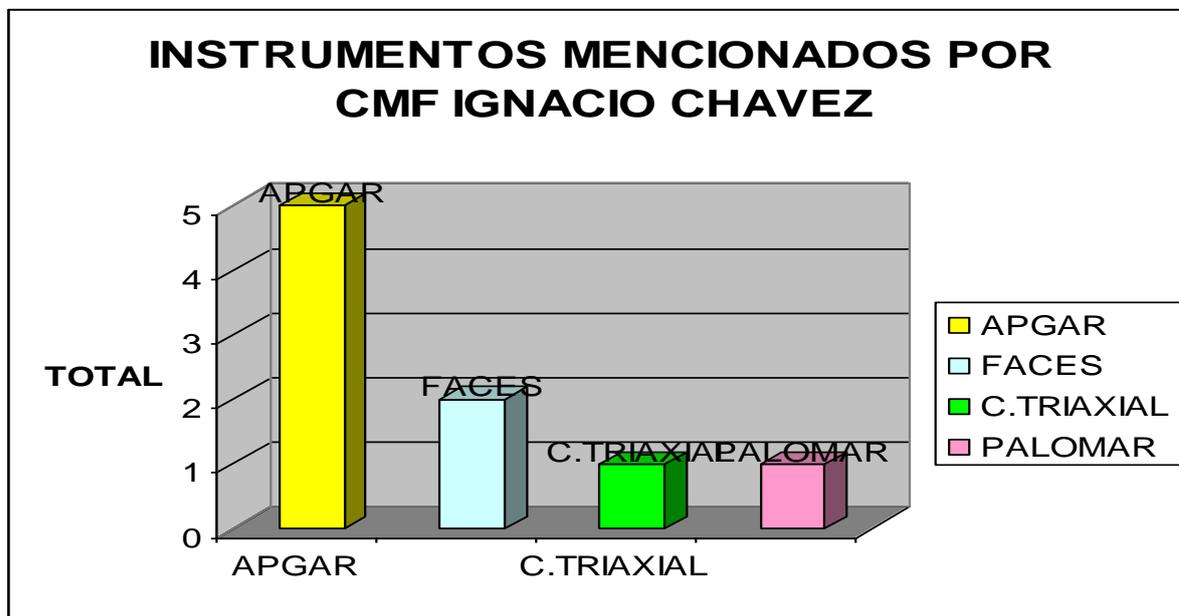
TOTAL DE MEDICOS RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO DE LA CMF IGNACIO CHAVEZ



Fuente: Cuestionario aplicado

Los médicos residentes de la CMF IGNACIO CHAVEZ son 5, 3 son mujeres y 2 hombres.

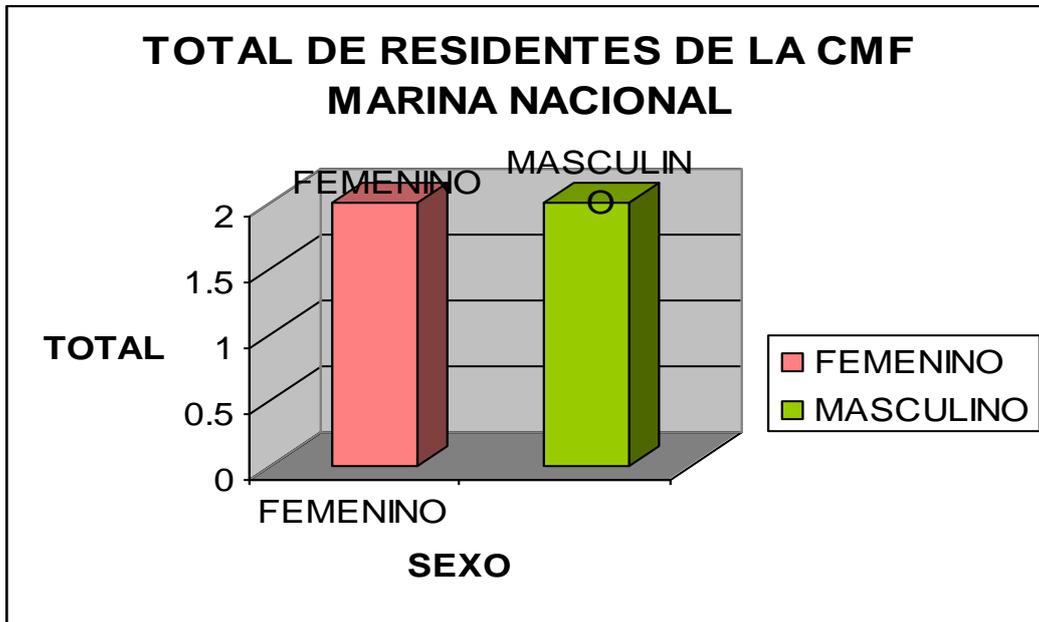
INSTRUMENTOS MENCIONADOS POR LOS RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO DE LA CMF IGNACIO CHAVEZ



Fuente: Cuestionario aplicado

Los instrumentos que conocen todos los residentes de es el APGAR, y dos mencionan el FACES III.

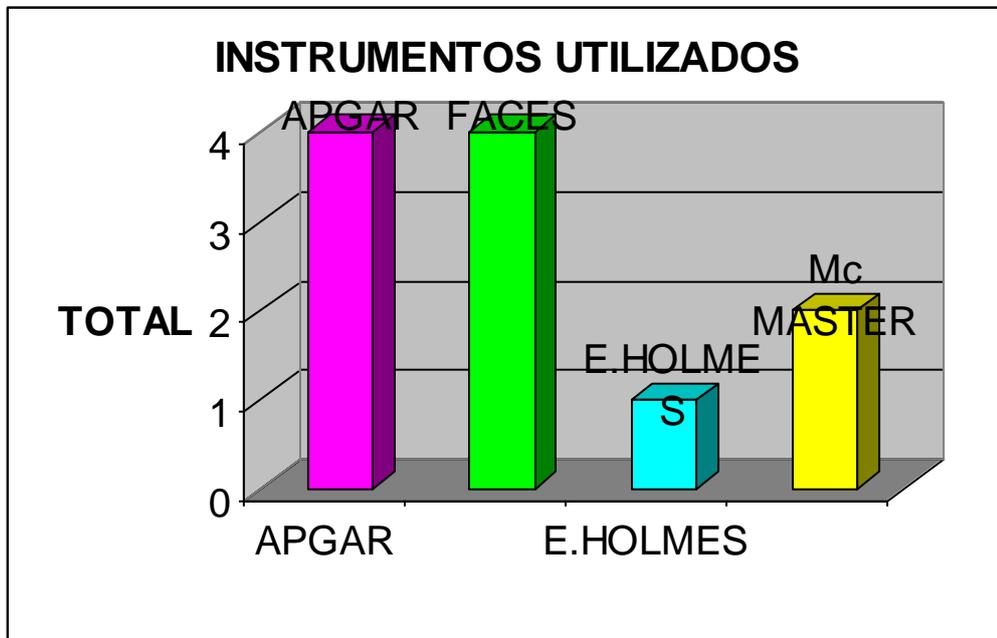
TOTAL DE RESIDENTES DE LA CMF MARINA NACIONAL



Fuente: Cuestionario aplicado

El total de residentes encuestados son 4, 2 mujeres y dos hombres.

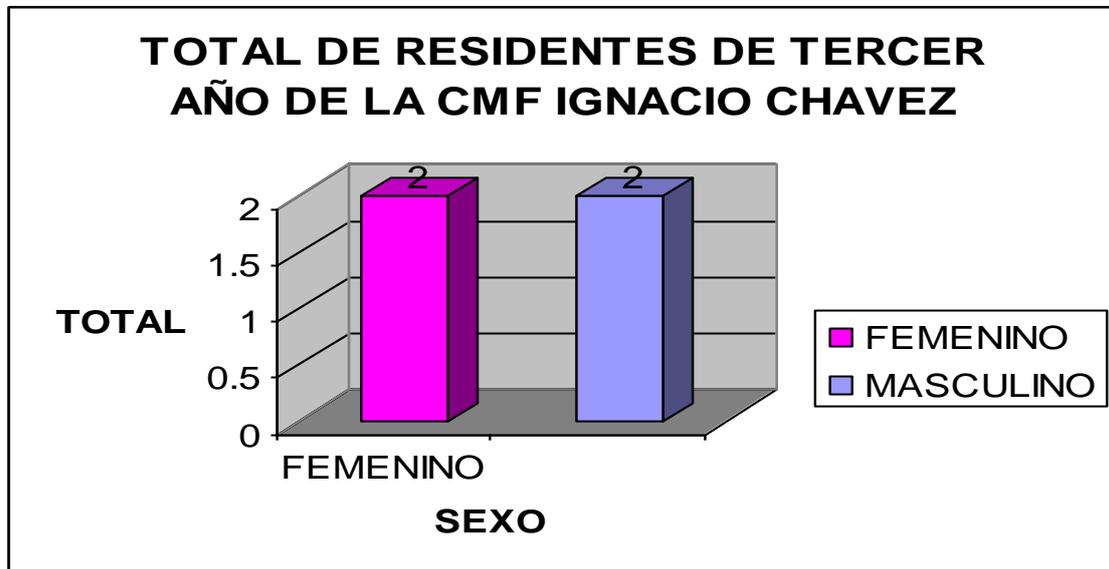
INSTRUMENTOS MENCIONADOS POR RESIDENTES DE LA CMF MARINA NACIONAL



Fuente: Cuestionario aplicado

El instrumento que todos conocen es el APGAR Y FACES III.

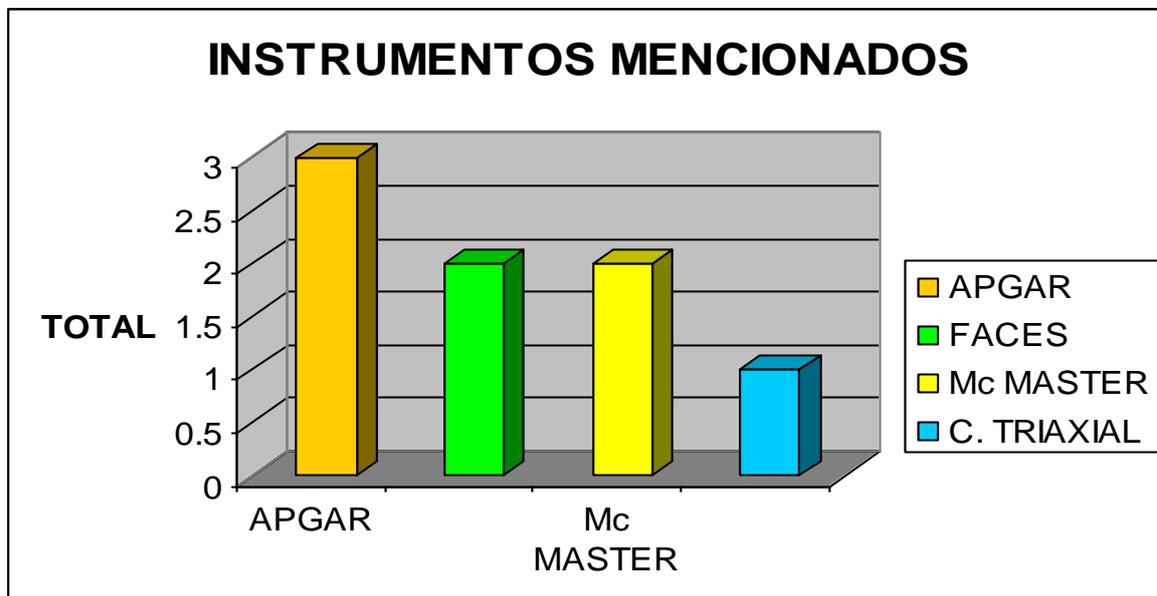
**TOTAL DE MEDICOS RESIDENTES DE TERCER AÑO DE LA CMF
IGNACIO CHAVEZ**



Fuente: Cuestionario aplicado

El total de residentes de la CMF de tercer año son 4, dos mujeres y 2 hombres.

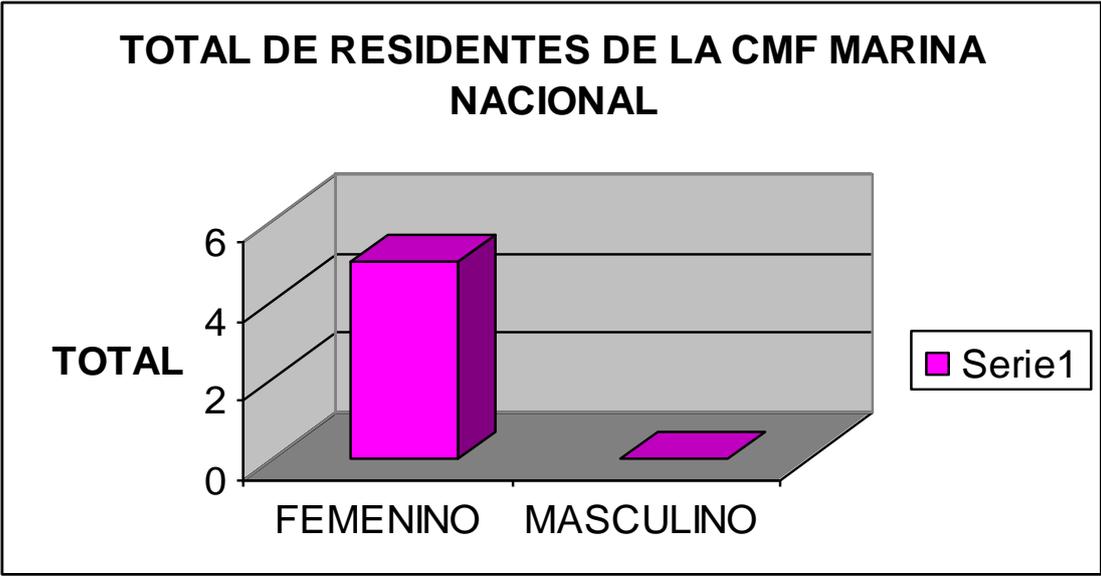
INSTRUMENTOS MENCIONADOS POR LOS RESIDENTES DE TERCER AÑO DE LA CMF IGNACIO CHAVEZ



Fuente: Cuestionario aplicado

De los 4 residentes, 3 mencionan el APGAR, 2 Modelo de Mc Master y FACES III.

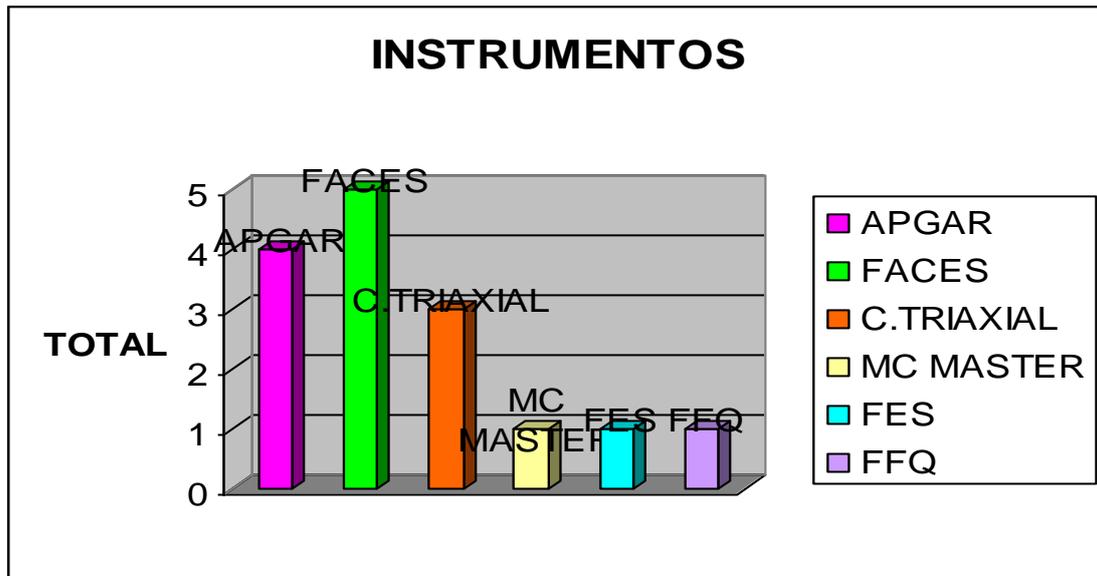
TOTAL DE SERIDENTES DE TERCER AÑO DE LA CMF MARINA NACIONAL



Fuente: Cuestionario aplicado

El total de residentes de la CMF MARINA NACIONAL son 5 del sexo femenino.

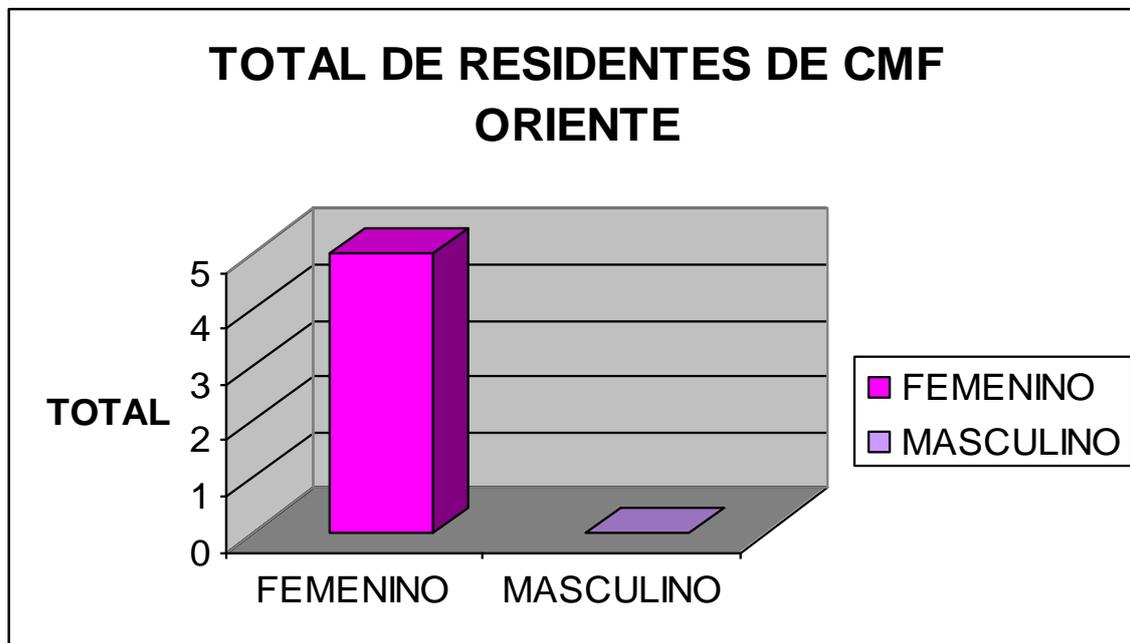
INSTRUMENTOS MENCIONADO POR LOS RESIDENTES DE TERCER AÑO DE LACMF MARINA NACIONAL



Fuente: Cuestionario aplicado

Todas las residentes de la CMF Marina nacional conocen el FACES III, 4 el APGAR, 3 la Clasificación Triaxial de la Familia.

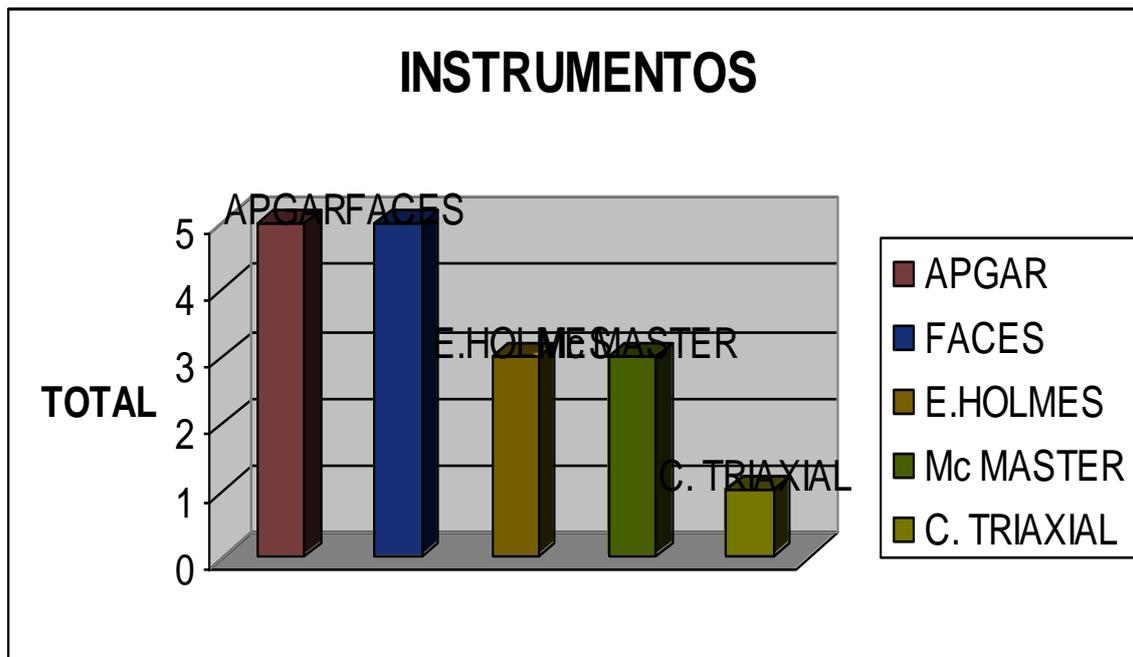
TOTAL DE MEDICOS RESIDENTES DE LA CMF ORIENTE DEL TERCER AÑO



Fuente: Cuestionario aplicado

El total de residentes de la CMF ORIENTE son 5 mujeres.

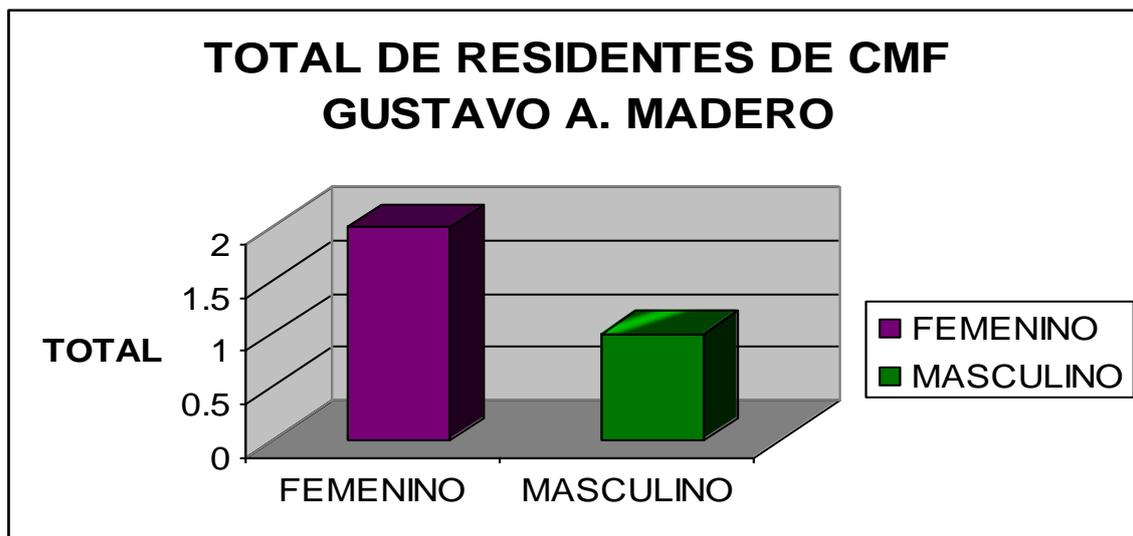
INSTUMENTOS MENCIONADOS POR LOS RESIDENTES DE LA CMF ORIENTE DEL TERCER AÑO



Fuente: Cuestionario aplicado

Todas las residentes de la CMF ORIENTE conocen el APGAR Y FACES III, 3 la Escala de Holmes y Modelo de Mc Master y solo una la Clasificación Triaxial d la Familia.

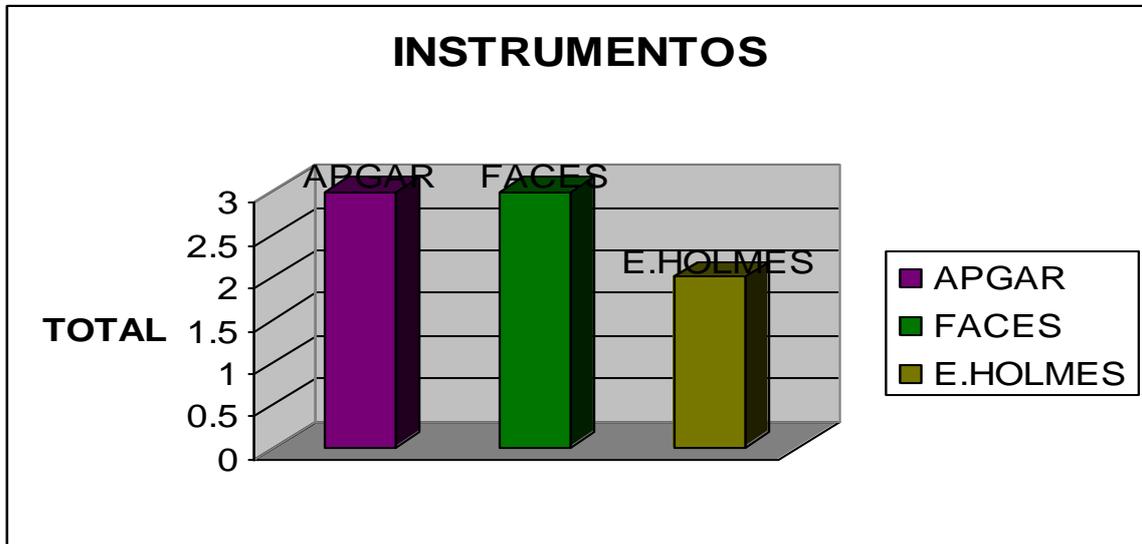
**TOTAL DE MEDICOS RESIDENTES DE LA CMF GUSTAVO A. MADERO
DEL TERCER AÑO**



Fuente: Cuestionario aplicado

El total de los residentes son 2 mujeres y 1 hombre.

INSTRUMENTOS MENCIONADOS POR LOS RESIDENTES DE LA CMF GUSTAVO A MADERO DEL TERCER AÑO.



Fuente: Cuestionario aplicado

Los 3 residentes conocen el APGAR, FACES III Y 2 la Escala de Holmes.

CAPITULO 9

DISCUSION DE RESULTADOS

De acuerdo a lo publicado en la bibliografía nos podemos dar cuenta que hay infinidad de instrumentos que evalúan la funcionalidad familiar basándose en fundamentos teóricos.

Además el programa de estudio de la especialización de Medicina Familiar en el PUEM en el apartado de Estudio Medico de la Familiar de segundo año, señala que se tienen que revisar los temas de Funcionalidad y Disfuncionalidad Familiar, teorías para la evaluación de la funcionalidad familiar, Instrumentos para la evaluación de la funcionalidad familiar.

A la hora de hablar de 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.

La familia es un continuo de equilibrio-cambio. Para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros.

Encontramos en la presente investigación que los residentes de la especialidad de medicina familiar, desconocen los fundamentos teóricos y la mayoría de los instrumentos que evalúan la funcionalidad familiar.

Por lo que a pesar de existir información relevante al caso, los resultados encontrados, nos muestran que existe un desconocimiento importante de estos puntos relevantes para el estudio de las familias, lo que de alguna manera representa una falla en la enseñanza de los conocimientos teóricos, algo que de cierta forma se conoce, pero que no se acepta.

Por otro lado el presente estudio nos permitió identificar que los médicos familiares solo conocen de 4 a 6 instrumentos que se utilizan para valorar la funcionalidad familiar.

CAPITULO 10 CONCLUSION

Por tanto podemos concluir que el nivel de conocimientos de los médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar del ISSSTE del D.F. es muy bajo, lo cual nos puede indicar que no se revisó el tema o que esta revisión fue muy deficiente.

Por lo anterior se desprende la urgente necesidad de planificar la revisión del tema con mayor énfasis y a profundidad, dedicando una parte importante del tiempo de la enseñanza en la residencia a los temas relacionados con el Estudio de la Familia, además de que esta se realice con expertos en el tema.

La evaluación de la funcionalidad familiar se apoya de varias teorías y disciplinas científicas, por eso la importancia de conocerlas y saberlas aplicar para que de esta forma se pueda incidir de forma temprana en el proceso salud enfermedad.

Es necesario instruir al residente de medicina familiar en los aspectos relacionados con la funcionalidad familiar, pues en concordancia a lo encontrado en el presente estudio nos podemos dar cuenta que los conocimientos relacionados con la familia son mínimos o muy escuetos, lo cual no ayuda en nada a mantener un estatus de la especialidad.

Si esto se relaciona con el resto de los contenidos del programa de la especialidad nos llevaría a replantear el cómo se enseña Medicina Familiar en nuestra institución, algo que nos debe llevar a reflexionar en ¿Cuál es la preparación que reciben los residentes y como se enseña la Medicina Familiar en nuestra institución?

Finalmente mencionaremos que este estudio no es más que un intento por explorar los aspectos de la enseñanza de los tópicos relacionados con la Familia y con un tema específico, quizás en un futuro no muy lejano se pueda realizar otra investigación que nos permita conocer el grado o nivel de preparación de los residentes de medicina familiar con respecto a los contenidos presentados en el PUEM relacionados con el estudio de la Familia.

CAPITULO 11 BIBLIOGRAFIA

1. Irigoyen, Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar, 3ra ED. 2006.
2. Dionisio F. Zaldivar Pérez, Funcionamiento familiar saludable, 2005.
3. Idarmis González B. Reflexiones acerca de la salud familiar, Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(5): 508-12.
4. Clara Martha González, Silvia I. Gonzalez, Un enfoque para la Evaluación del funcionamiento Familiar. remo, 2008; 2-7.
5. Palomar-Lever J. Funcionamiento familiar y calidad de vida, Tesis para obtener grado de doctor en psicología. UNAM, México 1998; 11-40.
6. Olson, D.H. and Gorall D.M. 2003, Circumplex model of marital and family system, in F. Walsh (ed) Normal Family Processes (3er Ed). New York: Guilford (pp.514-547).
7. J.A: Barbado Alonso, J. Aizpiri Díaz; P.J. Cañones Garzonet, et al, Individuo y familia (I) Rev.de la SEMG, 61,2004; 84-94.
8. Carlos G:S. Teorías de la familia. Disponible en URL: www.medicnafamiliar.cl/trabajos/teorias.pdf.
9. Framo J. The integration of marital therapy with session with family origen. Handbook of family terapy. Brunner Mazel. New York: 1981; 19-38.
10. Minuchin S. Familia y Terapia familiar. Barcelona: Edit. Crónica, 1977: 198-38.
11. Gómez C. Irigoyen. C.Ponce R, Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar, Arch Med Fam 1999:1(2): 45-57.
12. Pless IB, Sastterwhite B. A measure of family functioning and its application. Soc sc; Med 1973; 7: 613-21.
13. Jeremy M.L Wiener, Mina K Dulcan, tratado de psiquiatria en la infancia. American Psiquiatric, Publing. Elservier España 2006: 122-33.

14. Solórzano L. B.C, FO, Estudio integral del ser humano y su familia. Venezuela, Instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar, 2001: 261.
15. Munro, Sandra Rebeca, Evaluación de la autoestima y su relación con la funcionalidad familiar en los médicos de las unidades de Medicina Familiar, zona 1, IMSS, Colima, Tesis para obtener la especialidad de MF, 2005, 32-35.
16. Anzures Ricardo León, Medicina Familiar, IMSS, 2006, Cap. 10.

CAPITULO 12 ANEXOS

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

No. _____ Folio _____
Fecha _____

Consentimiento informado para participar en la investigación
“FUNCIONALIDAD FAMILIAR: NIVEL DE CONOCIMIENTO E INSTRUMENTOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MEDICOS RESIDENTES DE 2DO Y 3ER GRADO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR EN EL ISSSTE DEL D.F.”

La presente investigación tiene la autorización para realizarse en esta unidad médica. La información que usted proporcione será de carácter confidencial y anónimo y deberá proporcionarse de manera voluntaria.

Si usted considera que algunas de las preguntas o más de una, le causan incomodidad o molestia, usted tiene la libertad de no contestarla, por lo que se respetará su decisión y forma de pensar, además si usted siente en algún momento de la entrevista que se hiere, molesta o agrede su intimidad, dignidad, sus valores o su moral, la entrevista será interrumpida y el cuestionario será destruido frente a usted, terminando así con su valiosa cooperación.

La información que usted nos proporcione será utilizada exclusivamente para fines de investigación, la cual puede ser útil también para mejorar la atención integral de los demás pacientes que se atienden en esta unidad.

El cuestionario no tiene respuestas buenas o respuestas malas, solo le pedimos que sus respuestas sean honestas y sinceras.

Acepto contestar el cuestionario

Firma de Consentimiento _____

No acepto contestar el cuestionario _____

ANEXO 2

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR: NIVEL DE CONOCIMIENTO E INSTRUMENTOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MEDICOS RESIDENTES DE 2DO Y 3ER GRADO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR EN EL ISSSTE DEL D.F.”

INSTRUCCIONES

El presente cuestionario es de auto-aplicación, por lo que le sugerimos nos proporcione la respuesta que usted crea más conveniente de acuerdo a la pregunta solicitada, le sugerimos sea en forma clara y legible.

- 1. Edad. _____
- 2. Sexo. _____
- 3. Grado: _____
- 4. Sede: _____

5. ¿Qué es la funcionalidad familiar?

6. ¿Cuáles son los fundamentos teóricos que explican la funcionalidad familiar?

7. ¿Cuáles instrumentos que evalúan la funcionalidad familiar conoce usted?

8. ¿Qué evalúa cada instrumento de los que usted menciona?

9. ¿Cuál es el fundamento teórico de cada instrumento de los que usted menciona?

10. En su sede académica de residencia, revisó usted este tema?

Muchas gracias por su participación

