



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

FUNCIONALIDAD FAMILIAR POR MEDIO
DEL FECES III EN PACIENTES CON
MIGRAÑA DEL HOSPITAL GENERAL
REGIONAL No 1
"CARLOS MAC GREGOR SÁNCHEZ NAVARRO"

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

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A
DRA. CAMPOS GONZÁLEZ MIRIAM

DIRECTOR DE TESIS
DR. MEMBRILLO LUNA APOLINAR

CD. DE MÉXICO, D. F. ENERO 2010

No DE REGISTRO: R-2009-3609-24





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

FUNCIONALIDAD FAMILIAR POR
MEDIO DEL FACES III EN
PACIENTES CON MIGRAÑA DEL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO.
1 "CARLOS MAC GREGOR SÁNCHEZ
NAVARRO"

AUTORIZACIONES:

DR. JUVENAL OCAMPO HERNANDEZ

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 28
"GABRIEL MANCERA" IMSS

DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
"GABRIEL MANCERA" IMSS

DR. JAFET FELIPE MENDEZ LÓPEZ

TITULAR

ADJUNTA AL COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION
E INVESTIGACION EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No 28 "GABRIEL MANCERA"

ASESOR

DR. MEMBRILLO LUNA APOLINAR

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 26

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

PR DARME EL MÁS HERMOSO REGALO QUE ES LA VIDA

A MI FAMILIA

PADRES, HERMANOS, ABUELOS, TIOS Y TIAS, HERMANOS Y SOBRINOS.
POR SU APOYO INCONDICIONAL, POR SER MI GUIA, EJEMPLO Y SOBRE
TODO POR SU AMOR.

A MI MADRE

SOCORRO
POR SER MI MAMA, POR ENSEÑARME A LUCHAR, POR CREER EN MÍ, Y
POR DARME LA MAYOR HERENCIA DE LA VIDA: EDUCACION.

A MIS AMIGAS

LAURA, MARIBEL, KARINA, NOEMI
POR SU AMISTAD SINCERA Y POR SU APOYO EN LOS MOMENTOS
DIFICILES

A MIS MAESTROS

POR COMPARTIR SUS CONOCIMIENTOS
DESINTERESADAMENTE DURANTE TODA MI FORMACION PROFESIONAL.

Funcionalidad familiar por medio del faces III en pacientes con migraña del Hospital General Regional No. 1 “Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro”

AUTOR: Dra. Campos González Miriam, Dr. Membrillo Luna Apolinar.

OBJETIVO: Evaluar la funcionalidad familiar en pacientes que padecen migraña en el Hospital General Regional No. 1 “CMSN”.

MATERIALY METODOS: Tipo de investigación: Prospectivo, Transversal, Descriptivo, Observacional. Criterios de inclusión: Pacientes portador de migraña, sin distinción de sexo y edad. Criterios de exclusión: Pacientes que no firme carta de consentimiento informado. Tamaño de la muestra: 153 pacientes. Variables: edad, sexo, ocupación, estado civil, años de portar la enfermedad, tratamiento, variables de migraña, y variables de faces III.

PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO:

El análisis estadístico se realiza con el programa SPSS 12 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizará medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones.

RESULTADOS: En la cohesión el nivel más frecuente fue la relacionada con 40 %. En la adaptabilidad el nivel más frecuente fue la caótica con 35 %. La familia más frecuente le rango balanceado fue la flexible relacionada con 11.1 %, en el rango medio la caótica relacionada con 19.6 %, y en le rango extremo la caóticamente aglutinada con 9.8%.las familias en rango medio fuero el tipo de familia más frecuente con un total de 42.2 %, y las menos frecuentes fueron las familias en rango extremo con 19 %.

CONCLUSIONES: Las familias con disfunción moderada y severa suman la mayoría, por lo que se puede concluir que la migraña se acompaña frecuentemente de disfunción familiar.

PALABRAS CLAVE: MIGRANA, COHESIÓN, ADAPTABILIDAD, FUNCIONALIDAD FAMILIAR

INDICE

	PAGINAS
ANTECEDENTES	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
JUSTIFICACION	11
OBJETIVOS	12
HIPOTESIS	12
MATERIALES Y METODOS	13
TIPO DE ESTUDIO	13
DISEÑO DE LA INVESTIGACION	14
POBLACION, LUGAR Y TIEMPO	15
MUESTRA	15
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION	15
VARIABLES	16
DISEÑO ESTADISTICO	20
INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	20
METODOS DE RECOLECCION DE DATOS	20
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	21
CONSIDERACIONES ETICAS	21
RESULTADO	22
DISCUSION	30
CONCLUSIONES	31
PERSPECTIVAS	32
BIBLIOGRAFIA	33
ANEXOS	35

I

ANTECEDENTES

La migraña es un padecimiento crónico, que se distingue por ataques recurrentes de cefalea aguda, con manifestaciones neurológicas y sistémicas que producen incapacidad sustancial, ocurre en un 10-12%, de la población, con un pico de prevalencia entre la cuarta y quinta década de la vida, es más común en mujeres y el costo en la atención de la enfermedad es alarmante¹.

La prevalencia de las cefaleas en la población general es muy elevada, presentándose un caso por cada 5000 personas, hasta un 28% de estas, corresponden a cefaleas migrañosas, la prevalencia media esta alrededor de 12%, llegando hasta un 17% en la mujeres.

En la población migrañosa el 60% de esta, sufre entre una y siete crisis al año, y en 16% la sufren por más de 15 días al año, por tanto la calidad de vida de estos pacientes es incluso inferior que la de los diabéticos, por lo que la migraña sigue siendo un azote para la humanidad².

El dolor de cabeza o cefalea es una experiencia universal, la mayoría de las veces es un dolor autolimitado y de escasa relevancia en la salud del que la presenta. El quehacer del médico familiar cuando un enfermo lo consulta por cefalea, es distinguir si se asocia a una enfermedad grave o es de presentación única. Aunque la cefaleas primarias no suelen encerrar gravedad, constituyen un problema de salud, además, los cuadros de migraña suponen una elevada carga social, por los gastos, tanto directos como indirectos que generan³.

Hay que considerar que solo la mitad de los pacientes que presentan migraña, realizan una consulta médica en su vida. A pesar de esto, es el motivo de consulta de causa neurológica más frecuente entre los médicos familiares y también entre los neurólogos, sin embargo la migraña es considerada como un mal menor⁴.

El impacto en la salud pública de la migraña está infravalorada, probablemente debido a su naturaleza episódica y a la carencia de mortalidad atribuida al trastorno. Sin embargo la migraña es una enfermedad muy prevalente en la población general y frecuentemente es incapacitante, con un gran impacto en las actividades sociales, laborales y puede conducir a un consumo considerable de medicamentos y una mayor utilización de los servicios médicos.

Existen diferentes dificultades metodológicas para estimar la prevalencia de la migraña, lo que afecta en mayor o menor grado a los diferentes estudios realizados; sin embargo, un estimado razonable de la prevalencia de la migraña a un año en adultos, es de 10-12%, en hombres y 15-18% en mujeres que al corregirlos con valores predictivos positivos y negativos de la herramientas diagnosticas utilizadas puede ascender hasta 7.5% y 25% respectivamente⁵.

Los pacientes migrañosos tienen una historia familiar de cefalea en parientes de primer grado⁶ entre el 70-80%.

La migraña es una de las cefaleas primarias más frecuentes, muchos pacientes migrañosos sufren cambios del estado mental y psicológico durante el ataque, por lo que hay que tener en cuenta que la migraña se acompaña de enfermedades co-morbidas, entre ellas las psiquiátricas.

Existe evidencia de que algunas características de la migraña se transmiten con alta frecuencia de padres a hijos⁷.

La migraña es una enfermedad neurológicamente crónica y en parte heredada, caracterizada por episodios recurrentes de dolores intensos de cabeza asociados con náuseas e hipersensibilidad a los sonidos y ausencia de los mismos entre ataques⁸.

De acuerdo a la International Headache Society⁹ (IHS) las cefaleas primarias presentan los siguientes criterios:

MIGRAÑA SIN AURA

- A. Al menos cinco ataques llenando los criterios B al D.
- B. Ataques de cefalea durando 4-72 horas (sin tratamiento o tratadas sin éxito).
- C. La cefalea tiene al menos dos de las siguientes Características:
 - 1. Localización unilateral.
 - 2. Calidad pulsátil.
 - 3. Intensidad moderada a severa (inhibe o prohíbe las actividades de la vida diaria).
 - 4. Agravada por actividad física rutinaria.
- D. Durante la cefalea al menos uno de los siguientes:
 - 1. Náuseas y/o vómito.
 - 2. Fotofobia y/ fonofobia
- E. Al menos uno de los siguientes:
 - 1. La historia y el examen físico y neurológico no sugieren uno de los trastornos listados en los grupos 5 - 11 (cefaleas secundarias a enfermedad orgánica o metabólica sistémica).
 - 2. La historia y el examen físico y neurológico sugieren tal trastorno, pero es excluido por las investigaciones apropiadas.
 - 3. Tal trastorno está presente, pero los ataques de migraña no ocurren por primera vez en estrecha relación temporal con el trastorno.

MIGRAÑA CON AURA:

- A. Al menos dos ataques cumpliendo el criterio B.
- B. Al menos tres de las siguientes cuatro características:
 - 1. Uno o más de los síntomas del aura completamente reversibles indicando una disfunción cortical cerebral focal y/o de tallo cerebral.
 - 2. Al menos un síntoma del aura se desarrolla gradualmente sobre más de 4 minutos o dos o más síntomas ocurren en sucesión.
 - 3. Ningún síntoma del aura dura más de 60 minutos.
Si existe más de un síntoma de aura, la duración aceptada es proporcionalmente incrementada.

4. La cefalea sigue al aura con un intervalo libre de menos de 60 minutos (ésta puede comenzar antes o simultáneamente con el aura).

C. Al menos uno de los siguientes:

1. La historia y el examen físico y neurológico no sugieren uno de los trastornos listados en los grupos 5-11 (cefaleas secundarias a enfermedad orgánica o metabólica sistémica).
2. La historia y el examen físico y neurológico sugieren tal trastorno, pero es excluido por las investigaciones apropiadas.
3. Tal trastorno está presente, pero los ataques de migraña no ocurren por primera vez en estrecha relación temporal con el trastorno.

Ahora bien, la migraña está relacionada con varios trastornos neurológicos y psiquiátricos, incluyendo los de ansiedad, depresión, temblor esencial, enfermedad vascular cerebral y vértigo¹⁰.

La historia familiar de migraña y la historia psicosocial del paciente son esenciales para el estudio de ella.

Se debe tener en cuenta a los factores precipitantes de la migraña, entre los que se encuentran: la exposición solar prolongada, falta de sueño, ejercicio exhaustivo, la ansiedad, el temor, el ayuno, algunos alimentos como el queso, enlatados, chocolate, la menstruación, y cambios de iluminación como la televisión y las computadoras¹¹.

Para su manejo pueden usarse medidas no farmacológicas y farmacológicas.

Entre las no farmacológicas están:

- + Sueño regular
- + Comidas regulares
- + Evitar los picos de estrés por medio de la relajación y evitar los disparadores del dolor.

Las drogas para la migraña se dividen en 2 grupos las usadas antes de que aparezca el dolor en cierto modo profiláctica o atenuadores y las drogas para tratar el dolor agudo.

Entre las drogas para combatir el dolor las hay de tipo inespecífico como el ácido acetil salicílico, paracetamol, antiinflamatorios no esteroideos, opioides, o combinaciones de analgésicos.

Las drogas específicas son la ergotamina, dihidroergotamina y triptanos¹².

Como podemos ver, la presencia de la migraña en el paciente presenta implicaciones orgánicas que repercuten en su entorno social y familiar, por lo que se hace necesario revisar algunas características de la familia del paciente migrañoso, sobre todo en los momentos en que se presenta la crisis, para poder valorar el grado de ayuda y funcionalidad de la misma con respecto al paciente y su enfermedad.

Por tanto podemos considerar a la familia como un grupo social, que está organizado como un sistema abierto y constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique.

Para que el desarrollo humano sea óptimo, la familia constituye el contexto de mayor importancia, ya que guía a sus integrantes al logro de metas, crecimiento, estabilidad, control y espiritualidad mediante estrategias de cambio, mantenimiento su cohesión e individuación, con el fin de conservar la congruencia familiar y responder a las demandas del entorno.

Ahora bien, para entender lo que es la “funcionalidad familiar” trataremos de abordar este concepto desde varias perspectivas; revisando y analizando los elementos que conforman la dinámica familiar, así como la salud familiar y la estructura familiar, los cuales se revisaran a través de las diferentes teorías y modelos que intentan explicar y medir la compleja funcionalidad familiar.

En la literatura se menciona que existen tres variables relacionadas con el funcionamiento familiar a tomar en cuenta²¹:

Estructura familiar,
Aspectos socioeducativos, socioeconómicos y
Familia de origen.

Mencionaremos brevemente los Modelos de Funcionamiento Familiar existentes en la literatura:

Modelo sistémico de familia de Beavers

En 1981 Beavers propuso un modelo de funcionamiento familiar basado en dos dimensiones: la primera dimensión describe la estructura, la flexibilidad y la 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 espacio determinado.

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, mitología, negociación dirigida al logro de metas, formas de enfrentar la autonomía individual y expresión afectiva.

El eje vertical se refiere al estilo familiar, se presenta con dos patrones definidos de familia: la familia centrípeta y la familia centrifuga²².

Modelo de funcionamiento familiar de McMaster

Este modelo se encuentra basado en el enfoque sistémico de la familia, tomando en cuenta a esta como un sistema abierto compuesto de subsistemas y partes individuales, el cual se relaciona con otros sistemas sociales.

Menciona seis áreas o dimensiones de funcionamiento familiar para la completa evaluación de una familia: resolución de problemas, comunicación, roles, involucramiento afectivo, respuestas efectivas, control de la conducta²³.

Modelo del ambiente familiar de Moss

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, lo que permite hacer una discriminación entre familias con trastorno psiquiátrico y las que se consideran normales.

Está constituido por diez escalas que consideran: cohesión y expresividad, que miden las relaciones familiares; conflicto independencia, orientación al logro orientación intelectual-cultural, orientación recreativa y énfasis moral religioso miden el desarrollo personal en relación con la autonomía y la competitividad; organización y control miden el mantenimiento de la estructura familiar.

Como resultado de la aplicación de este modelo, los autores hacen una clasificación de seis tipos de familia derivadas²⁴ del mismo:

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

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

Familias orientadas hacia la independencia, que son asertivas y autosuficientes.

Familias orientadas a la obtención de logros, que son altamente competitivas y trabajadoras.

Familias orientadas hacia la religión, que presentan dos tipos específicos: la ético-religioso y la religioso no rígida estructurada.

Familias orientadas al conflicto y poco estructuradas, que presentan un menor nivel de cohesión y con alto grado de desorganización²⁴.

Modelo circunflejo marital y sistémico familiar

Este modelo se refiere a dos dimensiones significativas del comportamiento familiar: la cohesión y la adaptabilidad, las cuales sirven para identificar 16 tipos

de sistemas maritales y familiares, por lo que el modelo propone que un nivel moderado de cohesión y de adaptabilidad asegura un desarrollo marital y familiar funcional, por tanto, con un alto soporte emocional y creativo; las familias disfuncionales se encontraran en los extremos de estas dimensiones.

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

La dimensión de la adaptabilidad familiar, tiene una relación estrecha con el concepto de "sistema familiar", la capacidad de este para adaptarse por medio del cambio de su estructura de poder, sus roles y sus reglas interaccionales al estrés generado con situaciones de crisis que se presentan²⁵.

Dentro de las variables que propone este modelo encontramos 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 y una negociación con características democráticas, también presenta en los extremos características específicas de adaptabilidad.

Este modelo dio origen a lo que Olson Miller y Ryder en 1978 identificaron como el "Modelo circunflejo de la conducta", el cual identifica las anteriores dimensiones a partir de la distribución de los puntajes que generan 16 tipos de sistemas familiares, que en cierto modo facilitan la mejor realización de un diagnóstico que lleve a evaluar y predecir las conductas de los 16 sistemas obtenidos con el modelo, con lo que podemos teorizar acerca de las diferentes familias que nos da el modelo:

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.

Familias o parejas que no presentan problemas serios y que tienden a poseer un balance adecuado en estas dos dimensiones.

Familias o parejas sin problemas serios y que tienden a cambiar sus patrones de cohesión y adaptabilidad, de acuerdo con las situaciones de crisis o estrés a las que se enfrentan.

Familias o parejas con problemas serios que no tienden a cambiar sus patrones de cohesión y adaptabilidad ante situaciones nuevas de crisis o de estrés, o que bien se irán al extremo opuesto de cambiar sus patrones de conducta.

Finalmente, los autores nos presentan algunas dimensiones que consideran como de mayor relevancia en la utilización de este modelo y que las podemos resumir en las siguientes: cohesión, autonomía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, control de la conducta, organización, conflicto, roles, reglas orientación intelectual-cultural, orientación religiosa orientación recreativa²⁵.

Modelo de respuesta, de adaptación y ajuste familiar

Este modelo incluye predominantemente al estrés familiar, se considera como generador para adaptación o ajuste de sistema familiar que lo lleve a un buen funcionamiento.

Este modelo presenta dos momentos importantes: el enfrentamiento y el afrontamiento²¹.

Modelo de factores de riesgo

Este modelo toma en cuenta 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 que cause disfunción familiar en cualquier momento del ciclo evolutivo de ella

Existen además tres teorías que nos explican este funcionamiento familiar, las cuales nos permiten tener otra perspectiva de lo que representa el funcionamiento de la familia²¹.

Teoría Estructural del Funcionamiento Familiar

Esta teoría considera a la familia como un sistema, 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”.

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.

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). Para lo cual utiliza los siguientes elementos: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad²⁶.

Teoría Explicativa del Funcionamiento Familiar

Esta teoría refiere que el funcionamiento familiar en solo considerar al sistema familiar como normal o anormal, sino que depende de sus posibilidades, la capacidad adaptativa y de los recursos que adquiere a lo largo de su ciclo evolutivo. Por tanto la familia puede encontrarse en cuatro estadios dinámicos diferentes: la familia normo funcional, la familia en crisis familiar, la familia con disfunción familiar, la familia en equilibrio patológico²¹.

Teoría Interaccional de la Comunicación

Tiene su fundamento en el modelo de McMaster y con un desarrollo posterior por Virginia Satir, menciona que la comunicación es el foco de incubación primario de los problemas familiares, ya que es el medio por el que los miembros de una familia se influyen recíprocamente.

Virginia Satir menciona los siguientes criterios para determinar el grado de funcionamiento familiar: comunicación, individualidad, toma de decisiones, y reacción ante la demanda de cambio. También menciona reglas de comunicación que pueden ayudar a garantizar la funcionalidad de la familia.

Con las descripciones de los distintos modelos y teorías que intentan explicar el funcionamiento familiar nos damos cuenta que esta pasa por diferentes momentos, por lo que no podría ser completa sin los diferentes instrumentos que se han creado para este fin.

Por tanto en este estudio nos adentraremos en el modelo circunflejo marital y sistémico familiar para tratar de llegar al punto central de la investigación.

De este modelo se deriva el instrumento de evaluación familiar FACES, en el cual se presentan como principales características la adaptabilidad, cohesión y comunicación; el instrumento más conocido es FACES III (family Adaptability & Cohesion Evaluation Scales). Mide los grados de adaptabilidad y cohesión según el modelo circunflejo.

FACES III se elaboró a finales de la década de 1960, para hacer dos de las tres dimensiones del modelo circunflejo operacionales en el sistema familiar y conyugal, con el propósito de facilitar el enlace entre la práctica clínica y la teórica, así como la investigación con familias.

Es un instrumento que nos permite evaluar el funcionamiento familiar, tal y como se le define en el modelo circunflejo, el cual está basado en dos variables principales, la cohesión y la adaptabilidad, las cuales son postuladas como las dos dimensiones primarias que en gran parte explican la conducta familiar.

Según sus autores esta prueba presenta indicadores de fiabilidad importantes a lo largo del ciclo evolutivo de la familia, además se han reportado informes de utilidad clínica y diagnóstica del FACES III, hecho que promovió estudios de validación en otros países, entre ellos México en estudios publicados por el Dr. Gómez Clavelina, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

FACES III es un instrumento de fácil aplicación y de calificar, cuenta con una escala que incluye 5 opciones con valores del 1-5, y puede ser contestado por cualquier miembro de la familia mayor de 12 años.

Se dispone de versiones adaptadas y probadas para parejas sin hijos, con hijos, con hijos adolescentes y parejas en etapas de retiro, lo que permite clasificar las dimensiones de cohesión y adaptabilidad con mayor facilidad.

FACES III es una escala formada por 20 ítems, 10 relativos a la cohesión y 10 a la adaptabilidad. 27

En cohesión familiar:

a)	Unión emocional	11, 19
b)	Apoyo o soporte	1, 17
c)	Límites familiares	7, 5
d)	Tiempo y amigos	9,3
e)	Interés y recreación	13, 15

En adaptabilidad familiar:

a)	Liderazgo	6, 18
b)	Control	12, 2
c)	Disciplina	4,10
d)	Roles y reglas	8,16,20, 14

La calificación del instrumento Faces III, en cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones. La de adaptabilidad lo es a la de los ítems pares.

II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La migraña es un padecimiento crónico, que se distingue por ataques recurrentes de cefalea aguda, con manifestaciones neurológicas afectando áreas como la laboral y la psicológica, las cuales repercuten en su interrelación familiar, ocurre en un 10-12 % de la población, con un pico de prevalencia entre la cuarta y quinta década de la vida, es más común en mujeres y el costo en la atención de la enfermedad es alarmante.

La prevalencia de las cefaleas en la población general es muy elevada, presentándose un caso por cada 5000 personas, hasta un 28 % de estas corresponden a cefaleas migrañosas, la prevalencia media está alrededor de 12 %, llegando hasta un 17 % en las mujeres.

En la población migrañosa el 60 % de esta, sufre entre una y siete crisis al año, y el 16 % la sufren por más de 15 días al año, por tanto la calidad de vida de estos pacientes es incluso inferior que la de los diabéticos, por lo que la migraña sigue siendo un problema que tiene repercusiones importantes en diferentes áreas, por lo que nos surge la siguiente pregunta:

¿Qué relación existe entre cohesión, adaptabilidad, comunicación y funcionalidad familiar en pacientes con migraña del Hospital General Regional No. 1 “Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro”?

III

JUSTIFICACION

La migraña es una enfermedad que produce incapacidad sustancial, constituye un problema de salud a nivel mundial, además, los cuadros de migraña suponen una elevada carga social por los gastos, tanto directos como indirectos y un gran deterioro de la calidad de vida, es trascendental el estudio de la cohesión, adaptabilidad y funcionalidad familiar, debido a que existen evidencias de que algunas características de la migraña, se transmiten con alta frecuencia de padres a hijos, siendo la familia la generadora ó precursora de la enfermedad.

La migraña es un trastorno común, debilitante, que suele mostrarse más activo durante los años más productivos en la vida de las personas, por tanto, deja secuelas tanto orgánicas, como psicológicas que alteran la dinámica familiar, repercutiendo a su vez en el funcionamiento de esta, por lo que es de nuestro interés conocer la respuesta de la familia ante los eventos migrañosos, así como el tipo de familia de acuerdo al instrumento aplicado.

Por lo que se requiere estudiar el funcionamiento familiar de los pacientes con migraña, ya que nos permitirá analizar si existe alteración en esta, y tipo de alteraciones se presentan de acuerdo al instrumento utilizado, para así poder abordar el problema desde otra perspectiva que nos permita prevenir futuros eventos críticos en la familia.

De los resultados obtenidos en el presente estudio consideraremos las medidas que nos permitan prevenir futuras alteraciones en el paciente y su familia.

IV OBJETIVOS

General

Describir la funcionalidad familiar por medio del FACES III, en pacientes con migraña de la UMF # 28 del IMSS

Específicos

Describir la cohesión y la adaptabilidad de las familias ante el evento de migraña de uno de sus miembros.

Conocer el tipo de familia del paciente migrañoso de acuerdo al instrumento utilizado

V HIPÓTESIS

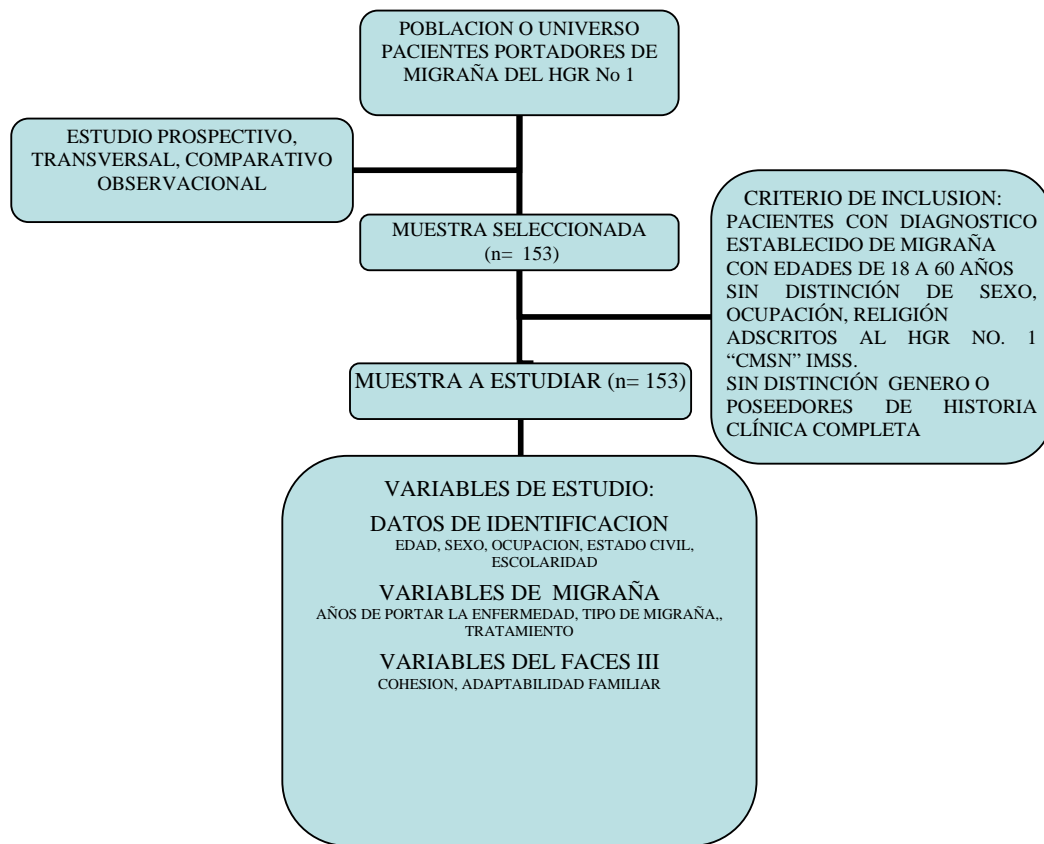
Por ser un estudio de tipo observacional, la presente investigación no requiere de la realización de una hipótesis.

VI METODOLOGIA (MATERIALES Y METODOS)

TIPO DE INVESTIGACION

1. Observacional, descriptivo, prospectivo, transversal

DISEÑO DE LA INVESTIGACION



POBLACION Ó UNIVERSO

La investigación se realizara en pacientes del Hospital General Regional No. 1 “Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro”, en el Distrito Federal México. Esta es una población urbana.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

La investigación se realizara en el HGR No. 1 “Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro”, ubicado en la colonia del valle, que se encuentra en el Distrito Federal y que se realizara de abril 2008 abril 2009.

MUESTRA

Se tomaron a todos los pacientes con migraña que acudan al servicio de neurología del Hospital Regional No. 1 del IMSS, por medio de una muestra no probabilística o por conveniencia, en la cual se seleccionaron a todos los pacientes que acudan al servicio de neurología, durante el periodo comprendido del 1 al 30 de abril del 2009.

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Pacientes con diagnostico establecido de migraña
2. Con edades de 18 a 60 años
3. Sin distinción de ocupación, religión
4. Adscritos al HGR No. 1 “Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro ” IMSS
5. Sin distinción genero
6. Poseedores de historia clínica completa

CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Pacientes que no deseen participar en el estudio y no acepten firmar la carta de consentimiento informado.
2. Pacientes con patología psiquiátrica agregada
3. Casos con diagnóstico de cefalea de causa secundaria

CRITERIOS DE ELIMINACION

1. Pacientes con historia clínica incompleta ó perdida y que no se encuentre en tres ocasiones en los archivos de Hospital General Regional “Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro”
2. Pacientes con abandono de tratamiento
3. Pacientes que abandonen el proyecto
4. Pacientes que no pertenezcan a una familia nuclear
5. Pacientes que tengan información incompleta en la encuesta aplicativa
6. Por fallecimiento del paciente
7. Debido a que el paciente ya no es derechohabiente del IMSS

VARIABLES

DATOS GENERALES:

1.- EDAD:

Años

2.- SEXO:

Masculino
Femenino

3.- OCUPACION:

Empleado
Desempleado

4.- ESTADO CIVIL:

Soltero
Casado
Unión libre
Separado o divorciado
Viudo

5.- ESCOLARIDAD:

Licenciatura
Bachillerato
Carrera técnica
Secundaria
Primaria
Ninguno

VARIABLES DE MIGRAÑA

1.- AÑOS DE PORTAR MIGRAÑA

2.- TIPO DE MIGRAÑA

Con aura
Sin aura

3.- TRATAMIENTO:

Específico
Inespecífico
Sin tratamiento

VARIABLES DEL FACES III

1.- COHESION:

Disgregada
Semirrelacionada
Relacionada
Aglutinada

2.- ADAPTABILIDAD:

Caótica
Flexible
Estructurada
Rígida

TIPOS DE FAMILIA DE FACES III

1. Caóticamente desapegado
2. Caóticamente separado
3. Flexiblemente desapegado
4. Flexiblemente separado
5. Caóticamente conectado
6. Caóticamente apegado
7. Flexiblemente conectado
8. Flexiblemente apegado
9. Estructuralmente desapegado
10. Estructuralmente separado
11. Rígidamente desapegado
12. Rígidamente separado
13. Estructuralmente conectado
14. Estructuralmente apegado
15. Rígidamente conectado
16. Rígidamente apegado

**DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES
CARACTERISTICAS GENERALES**

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
EDAD	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMEROS ENTEROS
SEXO	CUALITATIVA	NOMINAL	1=FEMENINO 2=MASCULINO
OCUPACION	CUALITATIVA	NOMINAL	1= EMPLEADO 2= DESEMPLEADO
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	1=SOLTERO 2=CASADO 3=DIVORCIADO 4=VIUDO 5=UNIO LIBRE

**DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES
MIGRAÑA**

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
AÑOS DE PORTAR ENFERMEDAD	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMERO CONSECUTIVOS
TIPO DE MIGRAÑA	CUALITATIVA	NOMINAL	1. MIGRAÑA CON AURA 2. MIGRANA SIN AURA
TRATAMIENTO	CUALITATIVA	NOMINAL	1. ESPECIFICO 2. INESPECIFICO 3. SIN TRATAMIENTO

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES
 INSTRUMENTOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS SEGUN EL FACES III	CUALITATIVA	NOMINAL	1= BALANCEADAS 2= RANGO MEDIO 3= EXTREMAS
MODELO CIRCUNFLEJO	CUALITATIVA	NOMINAL	1=CAÓTICAMENTE DESAPEGADO 2=CAÓTICAMENTE SEPARADO 3=FLEXIBLEMENTE DESAPEGADO 4=FLEXIBLEMENTE SEPARADO 5=CAÓTICAMENTE CONECTADO 6=CAÓTICAMENTE APEGADO 7=FLEXIBLEMENTE CONECTADO 8=FLEXIBLEMENTE APEGADO 9=ESTRUCTURALMENTE DESAPEGADO 10=ESTRUCTURALMENTE SEPARADO 11=RÍGIDAMENTE DESAPEGADO 12=RÍGIDAMENTE SEPARADO 13=ESTRUCTURALMENTE CONECTADO 14=ESTRUCTURALMENTE APEGADO 15=RÍGIDAMENTE CONECTADO 16=RÍGIDAMENTE APEGADO

DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevara acabo a través del programa SPSS 12 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizara medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. Para calcular el tamaño de la muestra se tomaron a todos los pacientes con migraña que acudan al servicio de neurología del Hospital Regional No. 1 del IMSS, por medio de una muestra no probabilística o por conveniencia, en la cual se seleccionaron a todos los pacientes que acudan al servicio de neurología, durante el periodo comprendido del 1 al 30 de abril del 2009.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

Se diseño un formato de presentación omitiendo datos personales del paciente, que incluye edad, estado civil, ocupación, escolaridad y además que se agregaron variables de la enfermedad a estudiar y el instrumento de evaluación familiar. El constructo se encuentra en anexos.

METODO DE RECOLECCIÓN

Se realizara la una entrevista individual a los pacientes que asistan a consulta de forma ordinaria en unidad de estudio correspondiente y en grupos a aquellos pacientes que asista a platica de trabajo social. Se dará un tiempo de 30 minutos para la realización del instrumento de evaluación familiar.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

Se debe de aplicar el instrumento de evaluación familiar en forma individual o grupal. Se aplicara a adultos mayores de 18 años, y quienes puedan leer. Si el administrador de la prueba sospecha que el nivel de lectura es inadecuado, deberá trabajar con la primera pregunta, haciendo que el sujeto lea el enunciado en voz alta y seleccionando en voz alta algunas alternativas.

Si el sujeto tiene dificultades para leer la primera pregunta, se debe interrumpir la aplicación de la prueba. La prueba deberá realizarse en 30 minutos. Es importante recordar que las respuestas no requieren o aceptar ayuda de otras personas.

No debe hacerse mención de lo que el test se obtendrá como resultado al inicio de la aplicación. Hay razones para creer que los resultados pueden verse influenciados si la prueba es presentada con tal comentario.

Los sujetos deben ser informados de que no necesitan responder a una pregunta que no quieran o no sepan contestar. El examinador debe decir: Usted puede dejar una pregunta en blanco si lo desea, cuando no este seguro de que alternativa elegir o de si el enunciado realmente es aplicable a usted, pero antes de dejarla en blanco intente dar una respuesta.

El examinador no debe discutir ninguna pregunta con el sujeto, explicando que debe ser el quien debe buscar sus percepciones u opiniones. Si el sujeto pregunta el significado de una palabra, si es posible, deberá darse la definición del cuestionario. El examinador deberá revisar la prueba, para asegurar de que solo una de las respuestas alternativas ha sido señalada para cada pregunta.

CONSIDERACIONES ETICAS

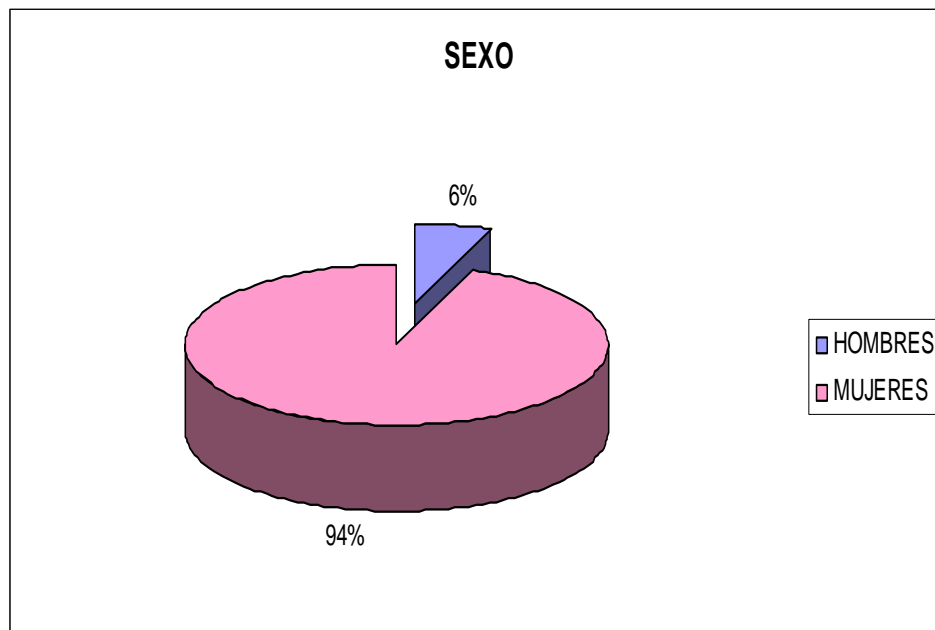
El presente protocolo de investigación no desobedece la declaración de Helsinki de la asociación Médica mundial. El reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud en México. Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación. Funcionalidad Familiar por medio del Faces III en pacientes con migraña del HGR No. 1 “Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro”, se encuentra en anexos.

VII RESULTADOS

De la aplicación del instrumento de recolección de información se encontraron los siguientes resultados:

En los pacientes con migraña que fueron encuestados se encontró con respecto al sexo que se obtuvo un total de 9 hombres, que equivale a 6%, y 144 mujeres, equivalente a 94%.

Grafica 1



Fuente: Encuesta

Con respecto a la edad: n=153, edad mínima 15 años, edad máxima 66, con un promedio de 41.27, y una desviación estándar de 11.262.

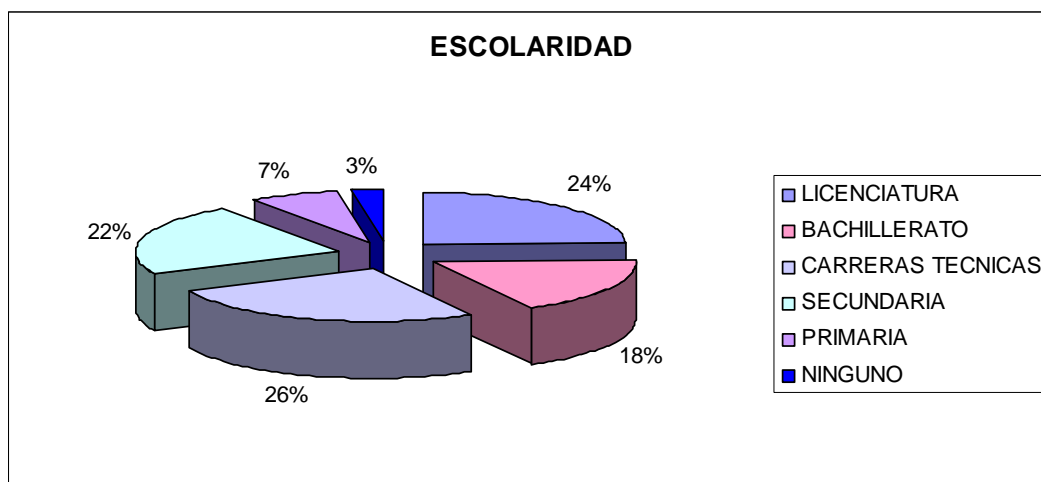
Cuadro A

EDAD	
MÍNIMO	15
MÁXIMO	66
PROMEDIO	41.27
DESVIACIÓN ESTANDAR	11.262

Fuente: Encuesta

Con relación a la escolaridad, se encontró con licenciatura 37 pacientes, equivalente a 24.2 %, bachillerato 27, 17.6 %, carrera técnica 40, 26.1%, secundaria 34, 22.2%, primaria 11, 7.2 %, ninguno 4, 2.6 %.

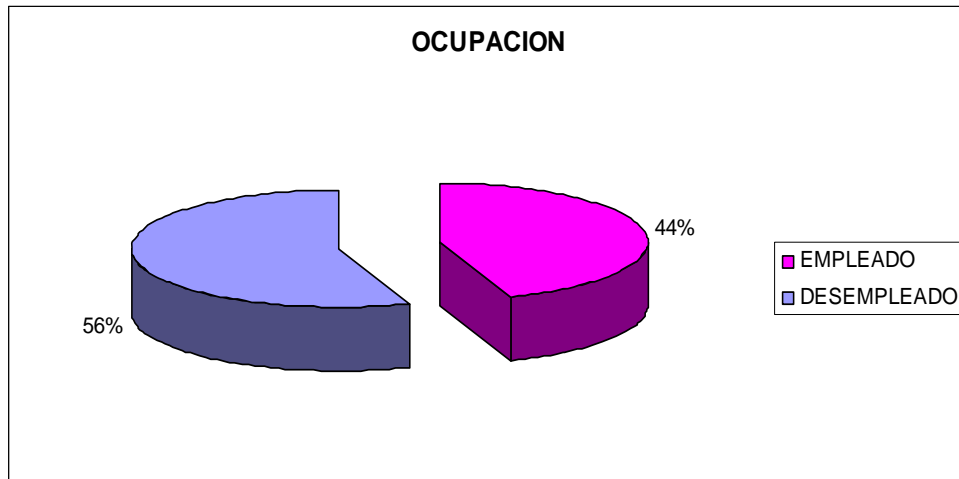
Grafica 2



Fuente: Encuesta

En ocupación: 68 pacientes cuentan con empleo remunerado, que equivale a 44 %, y 85 pacientes sin empleo, equivalente al 55.6 %.

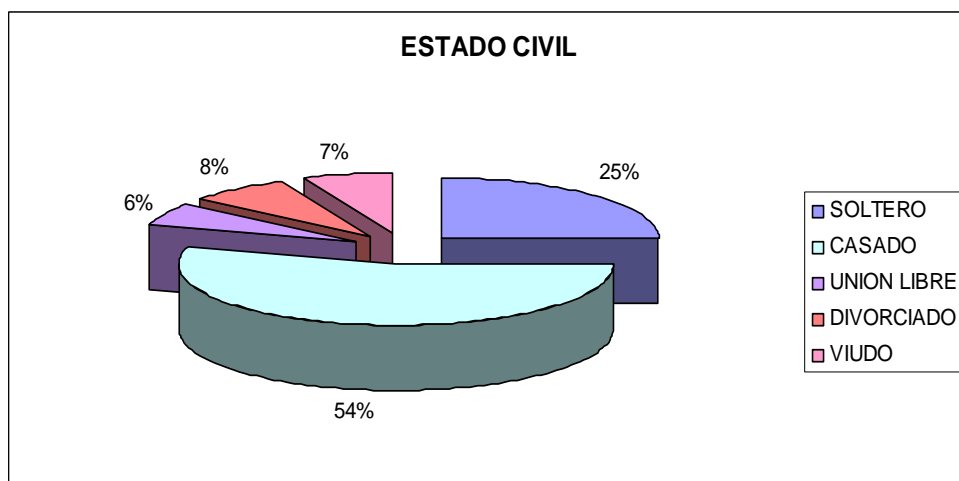
Grafica 3



Fuente: Encuesta

En estado civil, se encontró: solteros 38, equivalente a 24.8 %, casados 84, 54.9%, unión libre 9, 5.9 %, divorciado o separado 12, 7.8 %, viudo 10, 6.5 %.

Gráfica 4



Fuente: Encuesta

Años de portar migraña: n=153, mínimo de 1 año, máximo 50 años, promedio 14.59 años, y una desviación estándar de 11.49 años.

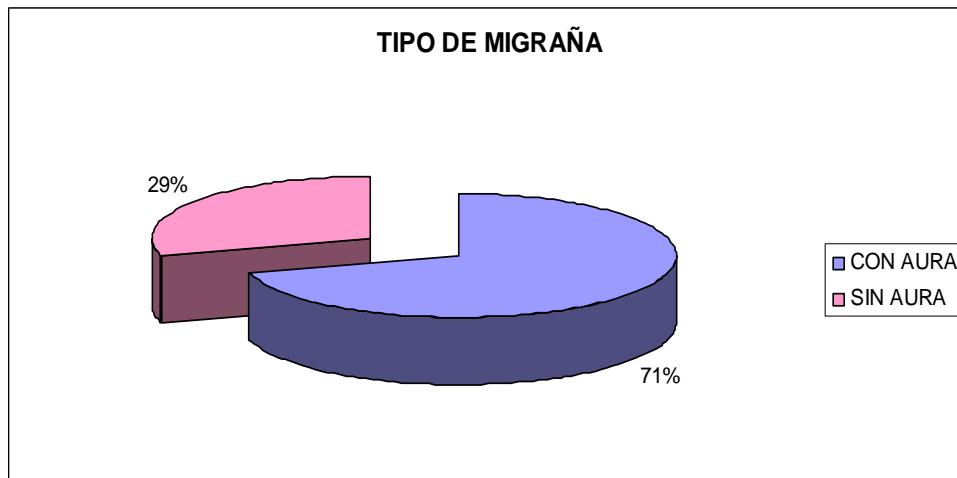
Cuadro B

AÑOS DE PADECER MIGRAÑA	
N	153
MÍNIMO	1
MÁXIMO	50
PROMEDIO	14.59
DESCIACIÓN ESTANDAR	11.49

Fuente: Encuesta

Tipo de migraña: con aura 108 pacientes, equivalente a 70.6 %, y sin aura 45, 29.4 %.

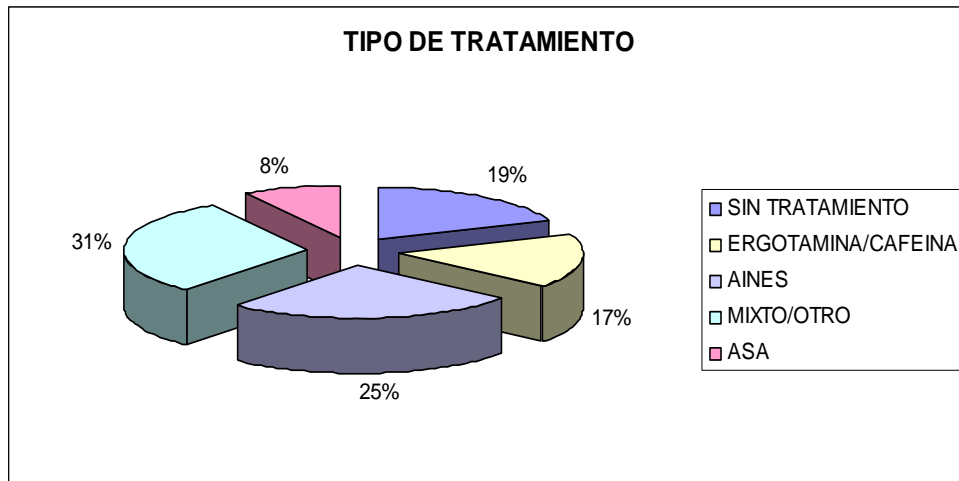
Gráfica 5



Fuente: Encuesta

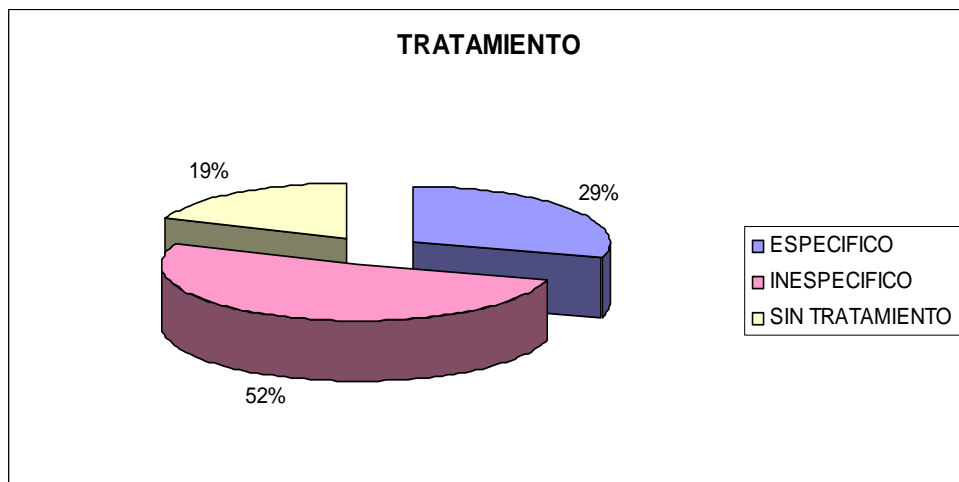
En el tratamiento se encontró: 45 pacientes con tratamiento específico, que equivale a 29.4 %, inespecífico 79, con 51.6 %, y si tratamiento 29, 19 %. Dentro de estos rubros también se encontró: específicamente tratamiento con AINES un total de 39 pacientes, equivalente a 25.49 %, ergotamina con cafeína 26, 16.91 %, mixto 46, 30.06 %, ácido acetyl salicílico 13, 8.4 %.

Grafica 6



Fuente: Encuesta

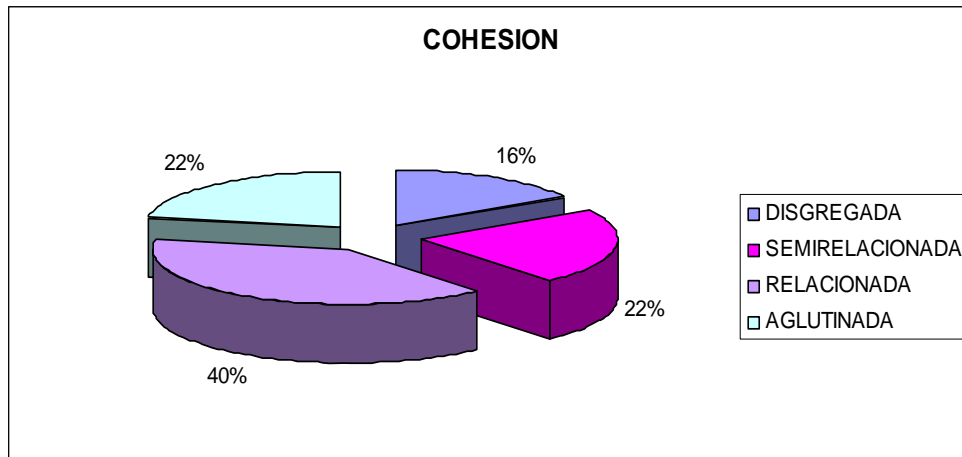
Grafica 7



Fuente: Encuesta

Cohesión: disgregada 25 pacientes, equivalente a 16.3 %, semirrelacionada 34, 22.2 %, relacionada 60, 39.2 %, aglutinada 34, 22.2 %.

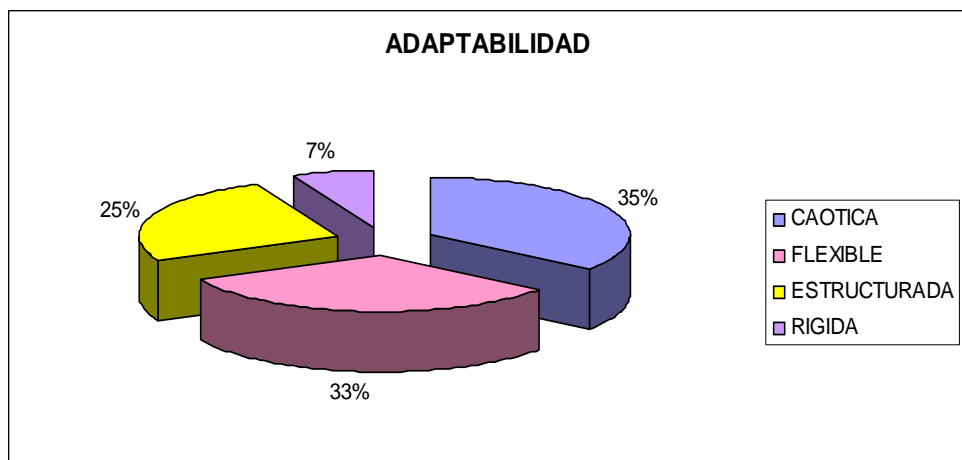
Gráfica 8



Fuente: Encuesta

Adaptabilidad: caótica 54 pacientes equivalente a 35.3 %, flexible 50, 32.7 %, estructurada 39, 25.5 %, rígida 10, 6.5 %.

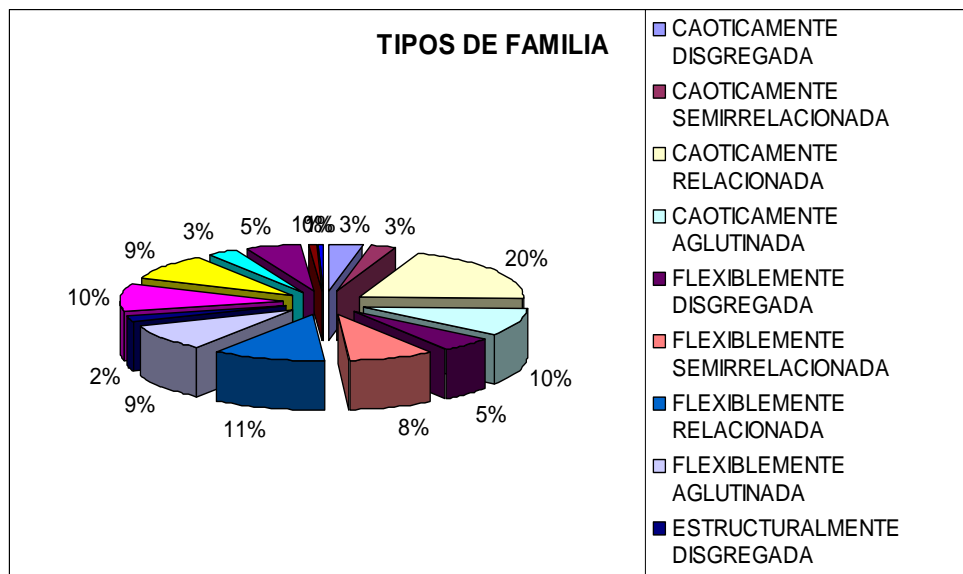
Gráfica 9



Fuente: Encuesta

Tipo de familia: caóticamente disgregada 5 pacientes, equivalente a 3.3%, caóticamente semirrelacionada 4, 2.6%, caóticamente relacionada 30, 19.6%, caóticamente aglutinada 15, 9.8%, flexiblemente disgregada 8, 5.2%, flexiblemente semirrelacionada 13, 8.5%, flexiblemente relacionada 17, 11.1% flexiblemente aglutinada 14, 9.2%, estructuralmente disgregada 3, 2.0%, estructuralmente semirrelacionada 15, 9.8%, estructuralmente relacionada 14, 9.2%, estructuralmente aglutinada 5, 3.3% rígidamente disgregada 8, 5.2% rígidamente semirrelacionada 1, 0.7% rígidamente aglutinada 1, 0.7%.

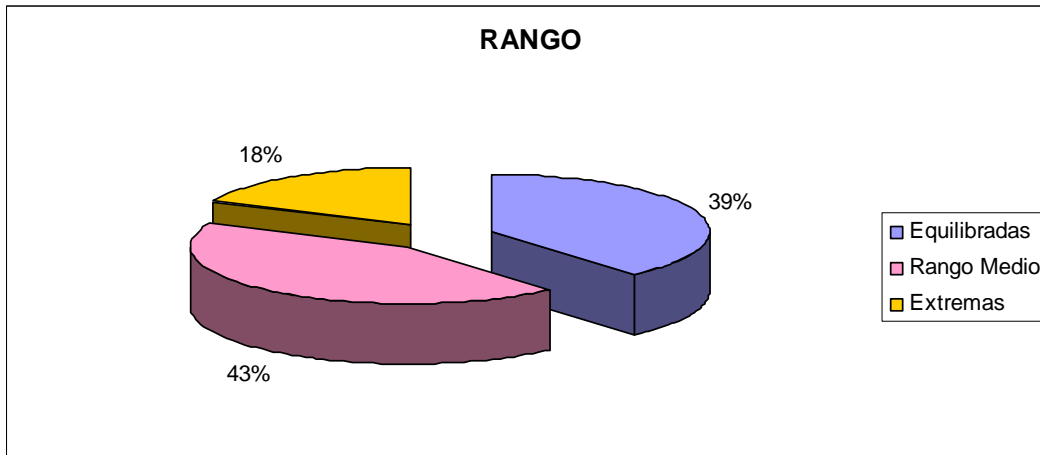
Gráfica 10



Fuente: Encuesta

En rangos: las familias equilibradas son 59, equivalente a 38.6 %, en rango medio 66, 43.1 %, y en extremas 28, 18.3 %.

Gráfica 11



Fuente: Encuesta

VIII DISCUSION

En el presente estudio, se corrobora lo descrito en la bibliografía y que está asentado en nuestro marco teórico, encontrando con respecto al sexo, que la gran mayoría de los pacientes con migraña que fueron encuestados son mujeres, así también se corrobora la edad de la prevalencia de aparición de la enfermedad, ya que el promedio se encontró en la cuarta década de la vida.

En la literatura también se menciona al padecimiento en co-morbilidad con enfermedades neurológicas y psiquiátricas, los cuales a su vez se relacionan con estrés, en el presente estudio se muestra una mayor prevalencia en personas desempleadas, lo cual está relacionado con estrés emocional e incluso depresión.

Con respecto a la cohesión encontrada en el estudio, se refiere que el grado del vínculo emocional que hay entre los miembros de una familia se menciona que la mayoría se encuentra como una familia relacionada y semirrelacionada.

En cuanto a la adaptabilidad, que es la capacidad para realizar cambios de estructura en la familia, en el nuestro estudio se encontró a la mayoría de familias encuestadas como familia caótica.

En literatura se menciona a la migraña como un padecimiento relacionado con la familia, debido a que existen características que se transmiten de padre a hijos, y probablemente se transmite con carácter hereditario, sin embargo, no existen estudios que correlacionen el padecimiento con el funcionamiento familiar, por lo que en este estudio se describe a esta, tomando como parámetros la cohesión y la adaptabilidad, para medir el funcionamiento familiar, agrupando en 16 tipos de familias, siendo lo más frecuente las familias que se encuentran en un rango medio, 42.2 %, seguido de las familias equilibradas con un 39.3 %, y finalmente en último lugar las familias extremas con 19%.

Por lo que es importante no perder la perspectiva de que las situaciones estresantes y enfermedades psiquiátricas como la depresión que con mucha frecuencia se encuentran concomitantes, y perpetúan, la migraña, tienen lugar en la familia, no solo en el aspecto genético, sino también en lo afectivo, y capacidad para adaptarse como familia, lo que traduce en un buen o mal funcionamiento familiar.

IX CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos se concluye que la migraña es un padecimiento que afecta predominantemente al sexo femenino, en la mitad de la vida.

Con una mayor frecuencia de disfunción familiar con habilidad para relacionarse o vincularse emocionalmente con los miembros de la familia, pero con escasa capacidad de adaptarse a los cambios, de estructura lo que forma familias caóticas.

Cabe mencionar que quizá por ser mujeres, se muestren cohesivas, ya que la mujer se ha caracterizado por ser apegada; y evaluando en conjunto la cohesión con adaptabilidad, se encuentra primordialmente familias con un grado moderado de disfunción colocada en el rango medio, y un pequeño porcentaje en familias extremas, las familias estructuradas en un punto medio.

Esto se puede traducir en que sumando las familias con disfunción moderada y severa, este grupo forma la mayoría, por lo que podemos concluir que la migraña se acompaña frecuentemente de disfunción familiar.

Finalmente podemos mencionar que se cumplió con los objetivos general y específicos en su totalidad, aunque el instrumento utilizado brinda una oportunidad limitada para evaluar a todo tipo de pacientes, ya que solo es aplicable a miembros de una familia nuclear, y en esta época de cambios en la estructura, donde existen familias formadas por parejas homosexuales, mono parentales, compuestas y reconstruidas, etc., no se puede utilizar en todos estos casos.

En este estudio se eliminaron a los pacientes que no cumplían con este requisito de formar parte de una familia nuclear.

Finalmente consideramos adecuado referirnos a las siguientes perspectivas emanadas del presente estudio:

PERSPECTIVAS:

- Brindar a los futuros profesionales de la salud, conocimiento de la importancia que tiene la salud familiar no solo en su aspecto biológico, sino también en el funcionamiento de su integración, y estructura, como base para el bienestar psicológico y poder brindar así un apoyo dirigido a este rubro, como parte integral de la terapéutica en el paciente migrañoso.
- Promover a los pacientes con este padecimiento, la búsqueda de evaluación y ayuda del aspecto del funcionamiento familiar, para así hacer de su conocimiento la importancia de la misma y la influencia que puede tener en su enfermedad.
- Proponer futuras investigaciones en el área de psiquiatría y neurología, que vayan dirigidas a investigar en el momento agudo de ataque de migraña si está relacionado con un evento de crisis familiar.

X BIBLIOGRAFIA

1. Blumenkron David, Cristina River y Carlos Cuevas. Eficiencia del tratamiento de la toxina botulínica tipo A, en pacientes con migraña. *Med. Int. Méx.* 2006; 22: 25-31
2. Pérez Perez Ridel, Mario Fajardo Perez, Alexis Lopez Martinez, Heraldo Orlando Gonzalez, Israel Nolasco Cruzata. Migraña un reto para el Médico general integra. *Rev. Cubana Méd. Gen. Integr.* 2003;19: 1-8.
3. Martinez Eizaguirre Jose Manuel, Sebastián Calero Muñoz, Maria Luisa Garcia Fernandez, Salvador Tranche Iparraguirre, Jesús Castilla Obeso, Itziar Perez Irazusta. Actitud de los medicos en atención primaria españoles en cefalea. *Aten. Primaria.* 2006; 38: 33-38.
4. Pascual J, Combarros C., Lenon C., Polo JM., Rebollo M. Berciano J. Distribución del diagnostico del dolor de cabeza como motivo de consulta. *Med.Clin.* 2003; 104: 161-164.
5. Rueda Sanchez Mauricio. Prevalencia de la migraña. Revisión sistémica. *MEDUNAB.* 2002; 5 (13): 23-27.
6. Yusta A. Tratamiento de las cefaleas. *Revista Clinica española.* 2000, 200 (12): 667-671.
7. Headche clasification committer of the internacional Headche Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders cranial. Neurologia and facial pain. *Cephalalgea* 1988; 8 (Suppl. 7) 1-96
8. Goadsby PJ. Lipton RB, Ferrari MD, Migraine current understanding and treatment. *N. Engl. J. Med.* 2002; 346:257-270.
9. Rueda Sanchez Mauricio. Prevalencia de la migraña. Revisión sistémica. *MEDUNAB.* 2002; 5 (13): 23-27.
10. Low NC, Merikangas KR. The comorbidity of migraine. *CNC Espectr.* 2003; 8: 433-434.
11. Carrizosa J. Migraña en los niños y adolescentes. *Headache* 2001; 41: 883-897.
12. Goadhy PJ. Y colaboradores. Conceptos actuales en el tratamiento de la migraña. *N. Eng. J. Med.* 2002; 346: 257-270.
13. Olson DH. Circumplex model of marital and family systems. Assessing family functioning. En: Walsh F, editor. *Normal family processes.* 2nd ed. New York: The Guilford Press, 1993

14. Olson DH, Gorall DM. Circumplex Model of Marital and Family Systems. Chapter 19 In: Normal Family Processes: Growing Diversity and Complexity. Edited by Froma Walsh. 3a ed. Guilford Press. New York. 2003;514-547.
15. Gómez-Clavelina FJ, Ponce-Rosas ER, Irigoyen-Coria AE. Alcances y limitaciones del FACES II. Atención Primaria.1999; 23(8):479-484.
16. Mata E. A. Estructuras familiares y comportamientos adictivos (2ª parte) Las Topologías de Interacción. Rev. Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica 2005:12(1).
17. Mata E. A. Estructuras familiares y comportamientos adictivos (2ª parte) Las Topologías de Interacción. Rev. Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica 2005:12(1).
18. Martínez P.A. Iraurgi I. Galíndez E. Sanz M. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. International Journal of clinical and Health Psychology. 2006:6(2):317-338
19. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978;6:1231-9.
20. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978;6:1231-9.
21. Membrillo LA, Fernández OM, Quiroz PR, "Instrumentos de Evaluación de la Funcionalidad Familiar" Capítulo 10, Medicina Familiar, Ed. Corinter, México 2009
22. Beavers WR, Hampson RB, Hulgus y F. Comentary: the Beavers System approach to family assessment. Fam, Proc 1985;24:398-405.
23. Epstein NB. Baldwin LM, Bishop DS. The McMaterFamily assessment device, of marital and family teraphy;1983;9(2):171-80.
24. Moos RH y Trckett EJ. Classroom environment scala manual. Palo Alto: Consulting Psycholiscist. Press 1974.
25. David HO, Candyces SR, Douglas HS. Circumplex Model of marital and Family Sistem: VI. Theorical Update: Fam process. 1983;22:69-83.
26. Minuchin S. Familia y terapia Familiar. Barcelona: Editorial Crónica, 1977;19-38.
27. Framo J. The integration of maritalherapy with sessions with family or origin. Hand book of familyterapy. Brunner Mazel. New York:1981;133-143.

XI ANEXOS

Anexo I CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



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

TÍTULO DEL PROYECTO:
FUNCIONALIDAD FAMILIAR POR MEDIO DEL FACES III EN PACIENTES CON MIGRAÑA DEL HOSPITAL
GENERAL REGIONAL No. 1 "CARLOS MAC GREGOR SANCHEZ NAVARRO"
2007

FECHA	MAR 2007	ABR 2007	MAY 2007	JUN 2007	JUL 2007	AGO 2007	SEP 2007	OCT 2007	NOV 2007	DIC 2007	ENE 2008	FEB 2008
TÍTULO	X											
ANTECEDENTES		x										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		x										
OBJETIVOS			x									
HIPOTESIS			x									
DISEÑO METODOLÓGICO				x								
DISEÑO ESTADÍSTICO					x							
CONSIDERACIONES ÉTICAS					x							
RECURSOS					x							
REGISTRO Y AUTORIZACIÓN DEL PROYECTO						x						

2008-2009

FECHA	MAR 2008	ABR 2008	MAY 2008	JUN 2008	JUL 2008	AGO 2008	SEP 2008	OCT 2008	NOV 2008	DIC 2008	ENE 2009	FEB 2009
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO	X											
RECOLECCIÓN DE DATOS		x	x	x	x	x	x					
ALMACENAMIENTO DE DATOS								x				
ANÁLISIS DE DATOS									x			
DESCRIPCIÓN DE DATOS									x			
DISCUSIÓN DE DATOS										x		
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO										x		
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL											x	
REPORTE FINAL											x	
AUTORIZACIONES											x	
IMPRESIÓN DE TESIS												x

Anexo 2

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Para la realización de este proyecto se cuenta con un investigador, un aplicador de cuestionarios, un recolector de datos, se espera la participación en cuanto orientación de la realización de la investigación de los asesores clínico y experimental. Además del test de evaluación familiar. Para la realización de esta investigación se contara con una computadora Compaq precario 2100, con procesador AMT talón XP, disquetes de 3/2, disco compacto y unidad de almacenamiento (USB) para almacenar toda la investigación. Servicio de fotocopiado para reproducir el test de evaluación familiar y cuestionario de presentación, lápices, borradores. Los gastos en general se absorberán por residente de primer grado de medicina familia.

Anexo 3



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

ASPECTOS ETICOS: **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Para la participación en el proyecto:

FUNCIONALIDAD FAMILIAR POR MEDIO DEL FACES III EN PACIENTES CON MIGRAÑA DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 “CARLOS MAC GREGOR SANCHEZ NAVARRO”

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ . FECHA:

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado “funcionalidad familiar Por Medio del faces III en pacientes con migraña del Hospital General Regional No. 1 “Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro”. El objetivo de este estudio es analizar aspectos relevantes de la migraña, como es si presenta aura o no hay aura, su sintomatología, tratamiento, además de aplicar el instrumento del FACES III y APGAR familiar y resto de intervenciones que se me ha explicado que mi participación consistirá en responder una entrevista, acudir a consulta que se programe para tomar datos de identificación, de mi enfermedad e instrumentos de funcionalidad familiar. Por lo cual declaro que se ha informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes y molestias derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes: Beneficios mayor vigilancia y acceso a estudios de gabinete que normalmente no están disponibles para la atención rutinaria de los pacientes, inconvenientes y molestias como es la venopunción, responder a la entrevista dirigida. El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre el procedimiento alternativo adecuada que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, a si como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee a cerca de los que se llevara acabo. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto.

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

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma de investigador

Nombre y firma de testigo

Nombre y firma de testigo

Anexo 4

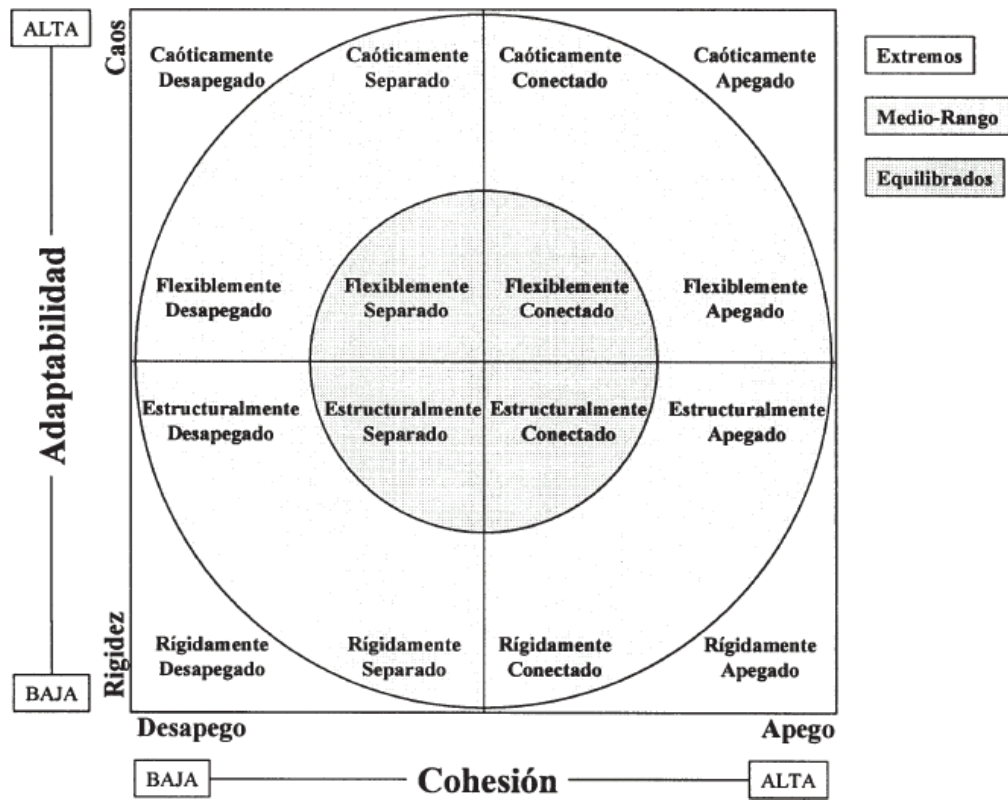
CLASIFICACION DE CEFALES

Clasificación de las cefaleas primarias según los criterios de la International Headache Society (IHS):

1. Migraña sin aura o común (la más frecuente).
2. Migraña con aura, clásica.
3. Migraña con aura típica.
4. Migraña con aura prolongada.
5. Migraña hemipléjica familiar.
6. Migraña basilar.
7. Aura migrañosa sin cefalea.
8. Migraña con aura de inicio agudo.
9. Migraña oftalmopléjica.
10. Migraña retiniana.
11. Síndromes periódicos infantiles que pueden ser precursores o estar asociados a la migraña.
12. Vértigo paroxístico benigno en el niño.
13. Complicaciones de la migraña.
14. Estado migrañoso.
15. Migraña no clasificable

Anexo 5

FIGURA 1. Modelo circumplejo (adaptado de Olson *et al.* 1989).



Anexo 6

ENCUESTA APLICATIVA DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION



“FUNCIONALIDAD FAMILIAR POR MEDIO DEL FACES III EN PACIENTES CON MIGRAÑA DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 “CARLOS MAC GREGOR SANCHEZ NAVARRO”

DATOS DE IDENTIFICACION

EDAD EN AÑOS: _____

SEXO: 1 () FEMENINO 2 () MASCULINO

OCUPACION: 1 () EMPLEADO 2 () DESEMPLEADO

ESTADO CIVIL: 1 () SOLTERO 2 () CASADO 3 () UNION LIBRE
4 () DIVORCIADO 5 () VIUDO

AÑOS COMO PORTADOR DE MIGRAÑA: _____ AÑOS

CLASIFICACION DE MIGRAÑA:

1 () MIGRAÑA CON AURA

2 () MIGRAÑA SIN AURA

3 () OTRO TIPO DE MIGRAÑA

ESPECIFICAR: _____

TRATAMIENTO

1 () AINES

2 () TIPO ERGOTAMINA

3 () TRIPTANES

4 () TRATAMIENTO PROFILACTICO

CALIFICACION DEL FACES III

COHESION: _____ ADAPTABILIDAD: _____

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS SEGUN EL FACES III

1 () BALANCEADAS

2 () RANGO MEDIO

3 () EXTREMAS

TIPOS DE FAMILIAS SEGÚN EL MODELO CIRCUNFLEJO

- 17. () Caóticamente desapegado
- 18. () Caóticamente separado
- 19. () Flexiblemente desapegado
- 20. () Flexiblemente separado
- 21. () Caóticamente conectado
- 22. () Caóticamente apegado
- 23. () Flexiblemente conectado
- 24. () Flexiblemente apegado
- 25. () Estructuralmente desapegado
- 26. () Estructuralmente separado
- 27. () Rígidamente desapegado
- 28. () Rígidamente separado
- 29. () Estructuralmente conectado
- 30. () Estructuralmente apegado
- 31. () Rígidamente conectado
- 32. () Rígidamente apegado

FACES III

1. Nunca 2. Casi Nunca 3. Algunas Veces 4. Casi Siempre 5. Siempre

Describe su familia:

- ___ 1.- Los miembros de nuestra familia se dan apoyo 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 cuento 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 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 toman 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.-En difícil decir quien hace las labores del hogar

Olson DH, Portner J, Lavee Y (Minnesota University). Versión en español: Gómez-Clavelina FJ. Irigoyen-Coria A (Universidad Autónoma de México).