



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y
MUNICIPIOS

UNIDAD ACADÉMICA

HOSPITAL MATERNO INFANTIL. TOLUCA, ESTADO DE
MÉXICO

**PERCEPCIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL
RESIDENTE Y SU FAMILIA EN LA SEDE ISSEMyM TOLUCA
ESTADO DE MÉXICO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:



MARÍA DE LOURDES DELGADO ROCANDIO

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO

2012



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.

**PERCEPCIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL RESIDENTE
Y SU FAMILIA EN LA SEDE ISSEMyM TOLUCA ESTADO DE
MÉXICO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

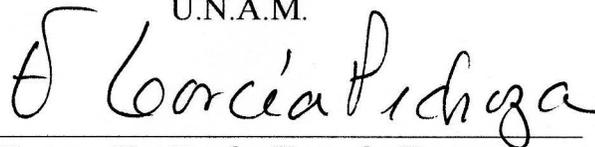
PRESENTA:

MARÍA DE LOURDES DELGADO ROCANDIO

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**PERCEPCIÓN DE FUNCIONALIDAD DEL RESIDENTE Y SU
FAMILIA DE LA SEDE ISSEMyM TOLUCA ESTADO DE MÉXICO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

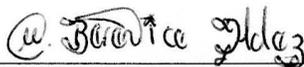
MARÍA DE LOURDES DELGADO ROCANDIO

AUTORIZACIONES:



M ESP. M.F. DANIEL GODINEZ TAMAY

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL
ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS. HOSPITAL MATERNO INFANTIL
TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO.



M ESP. M.F. BERENICE HERNÁNDEZ MIRANDA

ASESOR DE METODOLÓGIA Y TEMA DE TESIS
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR EN EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE
MÉXICO Y MUNICIPIOS. HOSPITAL MATERNO INFANTIL
TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO.

LIC. ANA LUISA SERVÍN CÁRDENAS

DIRECTORA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DEL INSTITUTO DE
SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS.

ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA
EN SALUD DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO
Y MUNICIPIOS.

DEDICATORIAS

A mis hijos María Fernanda y Adrián por ser el motor de vida que me impulsa diariamente para lograr mis propósitos, pero sobre todo porque es una manera de enseñarles que todo lo que se propongan lo pueden lograr. Los amo.

A mi esposo Rogelio quien ha sido un pilar fundamental en mi realización como especialista, por su valioso apoyo y paciencia, por motivarme cada vez que me sentía caer, pero sobre todo por el gran amor que nos une, sigues siendo mi espacio vital. Te amo.

A mis padres Julieta y Nicolás porque reconozco su infinito esfuerzo por educarme y formarme, por los valores que me han inculcado, por enseñarme a luchar por mis ideales y aprender a levantarme cuando he caído, pero sobre todo por haberme dado la vida. Gracias de todo corazón, son mi ejemplo a seguir.

A mis hermanos Rodolfo y Felipe por estar siempre conmigo, por demostrarme a su manera su cariño hacia mí, por todo lo que nos ha unido, mil gracias por estar aquí.

A mi abuela Aurelia centro de motivación e inspiración, aún tus recuerdos brillan en mi corazón, porque a pesar del tiempo que ha pasado desde tu partida, sigues estando aquí siendo parte de mi vida, gracias abuela por cuidarme.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme vivir y llegar a este punto, dándome salud para lograr mis objetivos y alcanzar mis metas, pero sobre todo por su infinito amor y bondad.

A mi asesora de tesis M. Esp. M.F. Berenice Hernández Miranda por la orientación y ayuda que me brindó para la realización de esta tesis, por su apoyo y amistad que me permitieron aprender mucho más que lo estudiado en el proyecto.

Al Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM), a los directivos del Hospital de Concentración Toluca "Lic. Juan Fernández Albarrán", por el apoyo y confianza brindado para la realización de la especialidad.

A Maribel Rosales y Lorena Estrada por su entrega total y apoyo para esta especialidad, por su tiempo, pero sobre todo por toda la ayuda dada durante estos tres años.

A mis amigos Leticia, Aída, Lucía Berenice, Juan Carlos, Juan Antonio, José Alfredo, que gracias al equipo que formamos a lo largo de la especialidad logramos llegar hasta el final del camino y que hasta el momento seguimos como amigos, esperando que así sea por muchos años más. Les admiro y estimo mucho.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. El médico es un ser humano que tiene la capacidad de comprender y ayudar a sus pacientes pero a su vez eso lo vuelve vulnerable, pues él al igual que sus pacientes esta pasando por alguna etapa del ciclo vital, de una crisis que lo lleve a una disfunción familiar lo que ocasiona alteración en su homeostasis y repercutir en la atención médica. En su formación profesional el médico busca culminar una especialidad en medio de grandes dificultades, sometiéndose a excesos de trabajo por las guardias hospitalarias viviendo así la mayor parte de su vida en el hospital, pero menor tiempo con su núcleo familiar, lo que podría traer como consecuencia la disfunción del grupo familiar. El ideal sería que contara en primera instancia con una familia sana, que le proporcione comodidad, amor, afecto, como elementos de soporte sólidos que le faciliten brindar una atención adecuada de su paciente al termino de especialidad, sin que esto ocasione un estancamiento o frustración en el ámbito laboral, profesional y familiar. Es así que este estudio tiene como objetivo identificar la funcionalidad familiar en los médicos residentes y sus familias.

MATERIAL Y MÉTODOS. El universo de estudio estuvo representado por un total de 25 residentes de la especialidad de medicina familiar de la sede ISSEMyM Toluca, cursantes de los diferentes años de la especialidad, de los cuales 6 no aceptaron participar, y solo de los 19 restantes 15 familias respondieron el cuestionario, sin distinción de sexo, pero si de edad, ya que de la familia se excluyó a los menores de 12años. Se realizó mediante la aplicación del instrumento de evaluación McMaster FAD con la finalidad de valorar cada una de las siete escalas que representa, llevándose a cabo durante el periodo de octubre a noviembre de 2010 en el Hospital Materno Infantil ISSEMyM Toluca.

RESULTADOS. Se observó que el 56.2% son del sexo femenino y el 47.7% son del sexo masculino; el 68.4% son casados, 52.6% tienen dos o más trabajos; el 78.9% pertenecen a una familia nuclear, el 73.7% se encuentran en fase de dispersión y el 84.2% es una familia integrada. De acuerdo al McMaster se observó que las escalas donde mayor disfuncionalidad se presenta es en la de comunicación con un 46.9% para familia y 52.8% en el residente, roles con un 53.6% en la familia y 68.4% en el residente y en respuesta afectiva donde el 53.4% es en la familia y el 57.9% en el residente.

DISCUSIÓN. Comparado con el artículo de la Dra. González no hubo relación con el grado y la disfuncionalidad ya que en el primero se encontró mayor disfuncionalidad en el primer año y en el realizado fue el segundo año, así mismo el rango de edad fue diferente de 30-34años y 25-40años respectivamente, tampoco en el estrato socioeconómico ya que en el estudio realizado pese a tener una mejor economía le condicionaba mayor disfuncionalidad al residente.

CONCLUSIONES. Mediante el estudio se observó que la mayor disfuncionalidad se encuentra en los residentes del sexo masculino y en sus esposas, siendo la problemática en la comunicación, roles y respuesta afectiva; así como en aquellos residentes que tienen dos o más trabajos. Por lo que se sugiere se realicen valoraciones por lo menos cada año sobre su funcionalidad familiar para ofrecerles mediante redes de apoyo mejorar la comunicación, los roles y su respuesta afectiva.

Palabras clave: disfuncionalidad familiar, familia, McMaster FAD, ciclo vital.

ABSTRACT

INTRODUCTION. The doctor is a human being who has the ability to understand and help their patients, but in turn that makes it vulnerable, because he like their patients are going through some stage of the life cycle of a crisis that will lead to a family dysfunction causing alteration in homeostasis and affect health care. In their training the doctor looks for completing a major in the midst of great difficulties, being put under extra work for the hospital wards and living most of his life in hospital, but less time with his family, which could bring as result in dysfunction of the family. The ideal would be to tell in the first instance with a healthy family, to provide comfort, love, affection, as solid support elements to provide it to provide adequate care of the patient at the end of specialty, but this causes stagnation or frustration in the workplace, work and family. Thus, this study aims to identify family functioning in medical residents and their families.

MATERIALS AND METHODS. The study group was represented by a total of 25 residents in the specialty of family medicine at the headquarters ISSEMyM Toluca, trainees from the different years of the specialty, of which 6 declined to participate, and the remaining 19 only 15 families responded the questionnaire, regardless of sex, but of age because of the family is excluded under 12 years. Was performed by applying the McMaster FAD assessment tool in order to measure each of the seven scales representing, taking place during the period from October to November 2010 at the Maternity Hospital ISSEMyM Toluca.

RESULTS. It was observed that 56.2% were female and 47.7% are male, 68.4% are married, 52.6% have two or more jobs, 78.9% belong to a nuclear family, 73.7% are in phase dispersion and 84.2% is an integrated family. According to McMaster noted that the scales where most dysfunctional presented is in communication with a 46.9% to 52.8% in family and the resident, with roles in the family 53.6% and 68.4% in the resident and affective response where 53.4% is in the family and 57.9% in the resident.

DISCUSSION. Compared to the article by Dr. Gonzalez was not related to the degree and dysfunction because in the first found greater dysfunction in the first year and was completed in the second year, also the age range was different from 30-34 years and 25-40 years, respectively, also in socioeconomic status as in the study despite having a better economy will most dysfunctional conditional resident.

CONCLUSIONS. Through the study found that most dysfunction is in male residents and their wives, with the problems in communication, roles and affective response as well as those residents who have two or more jobs. It is suggested that assessments are conducted at least annually on its familiar functionality to offer support through networks to improve communication, roles and affective response.

Keywords: family dysfunction, family, McMaster FAD, life cycle.

ÍNDICE.

1	MARCO TEÓRICO. FAMILIA	
1.1.	HISTORIA	1
1.1.1	DEFINICIÓN	2
1.1.2	CLASIFICACIÓN DE FAMILIA.	3
1.1.2.1	TIPOLOGÍA DE LA FAMILIA.	4
1.1.3	FUNCIONES DE LA FAMILIA.	8
1.1.4	CICLO VITAL.	10
1.1.5	ESTRUCTURA FAMILIAR.	12
1.1.6	DINÁMICA FAMILIAR	17
1.1.7	LA FAMILIA COMO SISTEMA.	19
1.1.8	FAMILIA FUNCIONAL.	20
1.1.9	FAMILIA DISFUNCIONAL.	22
1.1.10	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR	23
1.2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	29
1.3	JUSTIFICACIÓN.	30
1.4	OBJETIVOS.	
1.4.1	OBJETIVO GENERAL.	32
1.4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	32
1.4.3	HIPÓTESIS	32
2	MATERIAL Y MÉTODOS.	
2.1	TIPO DE ESTUDIO.	32
2.2	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.	33
2.3	POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.	33
2.4	MUESTRA	34
2.4.1	TAMAÑO DE LA MUESTRA	34
2.5	CRITERIOS DE SELECCIÓN	34
2.5.1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.	34
2.5.2	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.	34
2.5.3	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.	34
2.6	VARIABLES.	34
2.6.1	DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA.	34
2.7	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	36
2.8	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	40
2.9	MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	40
2.10	PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INVESTIGACION	41
2.10.1	DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE BASE DE DATOS	41
2.10.2	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	41
2.11	CRONOGRAMA.	41
2.12	RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.	41
2.13	CONSIDERACIONES ÉTICAS.	42
3	RESULTADOS.	44
4	DISCUSIÓN.	54
5	CONCLUSIONES.	55
6	REFERENCIAS.	57
7	ANEXOS.	59

1. FAMILIA

1.1.- HISTORIA.

El estudio de la historia familiar comienza en 1861 con el “Derecho materno” de Bachofen. Es muy probable que el concepto de familia que actualmente poseemos, fuera algo inconcebible para nuestros ancestros, pues si alguna agrupación humana se ha podido identificar en esas épocas, está ha sido clasificada como horda, clan o algún otro nombre diferente de familia.¹

Para los teóricos modernos del evolucionismo social, el matriarcado sería un estadio necesario en la evolución de las poblaciones predominantemente nómadas, dedicadas especialmente a la caza y cría de animales, carentes de las técnicas adecuadas para el cultivo de la tierra, los hombres partían a la caza o bien para llevar el ganado a los distintos pastizales; en tanto que las mujeres se constituían en un elemento de estabilidad social, permaneciendo en los campamentos con los hijos, desarrollándose así, ineludiblemente bajo la influencia materna.²

Federico Engels en su obra de finales del siglo XIX “El origen de la familia, la propiedad privada y el estado”, elabora –en base a los estudios de Lewis Morgan- un análisis dialéctico materialista relacionando los tres estadios transitados por la humanidad³: salvajismo, barbarie y civilización. Tal situación pudo durar muchos siglos, pues es durante el estado primitivo de la humanidad, posteriormente a la etapa de la promiscuidad sexual y la del emparejamiento transitorio, que se inicia la evolución histórica de la familia, surgiendo y evolucionando las siguientes variedades hasta la época de la civilización: Familia consanguínea, Punalúa, Sindiásmica y Monogámica.³

La nueva monogamia en el mundo romano, revistió la supremacía masculina de formas más suaves y dio a la mujer una posición mucho más considerada y más libre. Gracias a eso fue posible, partiendo de la monogamia, el progreso moral más grande que le debemos: el amor sexual individual moderno, desconocido anteriormente en el mundo.

La primera forma de amor sexual aparecida en la historia, el amor caballeresco de la Edad Media, no fue de ningún modo amor conyugal; muy al contrario, en su forma clásica, marcha hacia el adulterio. Posteriormente, con la aparición del matrimonio de la burguesía es de dos modos⁴:

- A) En los países católicos, los padres son quienes proporcionan al hijo la mujer que le conviene, de lo cual resulta el más amplio desarrollo de las relaciones extramaritales, tanto por parte del hombre como de la mujer.

B) En los países protestantes la regla general es conceder al hijo del burgués, más o menos libertad para buscar mujer dentro de su clase; por ello, el amor puede ser hasta cierto punto la base del matrimonio. Aquí las infidelidades de los cónyuges se dan con menor frecuencia.

En ambos casos, el matrimonio se funda en la posición social de los contrayentes y, por tanto, siempre es un matrimonio de conveniencia.

La prostitución y el adulterio, los eternos compañeros de la monogamia, por eso se dice que el matrimonio es monógamo en el sentido etimológico pero de ningún modo lo es en el sentido histórico.

Cómo hemos podido constatar a través de esta reseña histórica, la familia tiene vida propia y no es solamente un concepto dependiente de la cultura ideológica del momento o del lugar. Se comporta como un organismo vivo que nace con la unión de la pareja, crece con el nacimiento de los hijos, se reproduce con la formación de nuevas familias y muere con el fallecimiento de la pareja original.

1.1.1.- DEFINICIÓN

Aunque el término de familia se ha definido de distintas formas, el grupo formado por marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica en la cultura de Occidente, conservando aún la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, por otra parte la familia es la institución básica de la gran mayoría de las sociedades humanas, aun cuando la forma de la familia varía en diversas sociedades, toda sociedad mantiene algún sistema típico constante, es por esto que cada forma particular de familia se tiene como un valor primario dentro de la sociedad. A partir del siglo XIX se ha observado un interés por el estudio de la familia, con el objetivo de definirla con la mayor claridad posible, es así que en el año de 1970 la ONU define a la familia, como: *“el conjunto de miembros del hogar, emparentados entre si, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio”*.³ A su vez el Consenso Norteamericano la define como: *“grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras, por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción”*. En Canadá se ha definido como: *“el grupo compuesto por un marido, una esposa, con o sin hijos, o padre o madres con uno o más hijos, que viven bajo el mismo techo”*.³ A partir de la definición de la ONU se reconocen ahora dos elementos básicos que dan carácter institucional a la familia. El primero, donde se establece las reglas que gobiernan las relaciones entre marido y mujer, y el segundo porque determina el reconocimiento de los deberes y derecho de los padres para con los hijos. En este sentido señala Malinowsky: *“el*

*matrimonio no puede definirse como la legitimación del intercambio sexual sino, más bien, como la legitimación de la filiación”.*⁴

Por otra parte, y considerando que la familia puede ser la mejor opción para vivir en asociación, no siempre se logra cumplir con las expectativas de satisfacción de los individuos, por lo cual Ackerman, la define como: *“la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso”, sin omitir que también puede considerarse como la unidad básica de la enfermedad y la salud”.*

Otros autores como Minuchin la consideran como: *“el grupo en el cual el individuo desarrolla sus sentimientos de identidad y de independencia, el primero de ellos fundamentalmente influido por el hecho de sentirse miembro de una familia, y el segundo por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación con grupos extra familiares”.*

Desde el punto de vista psicoanalítico Víctor Tausk introdujo el término identidad, ya que la familia en condiciones normales tiene la función más importante en la formación de la identidad. En este núcleo transcurren los primeros años de vida, cuando recibe información y estímulos determinantes para su estructuración biológica y psicológica, sin olvidar su socialización.

Actualmente las corrientes que más han contribuido a definir y caracterizar a la familia son: la socioantropología, el psicoanálisis y la psicología. Gracias a dichas corrientes pueden distinguirse aspectos como el macro sociológico, el cual estudia a la familia desde los aspectos sociales y globales.

1.1.2.- CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA.

Las principales estructuras familiares que hoy conviven en la sociedad y que responden a diferentes formas de adaptarse a las restricciones sociales comparten riesgos para la salud y la enfermedad, podrían resumirse así⁴:

- A) FAMILIA NUCLEAR:** Padre, madre e hijos que viven juntos en una unidad familiar, puede trabajar solo el marido, la mujer, ambos tener trabajo eventual o estar desempleados.
- B) FAMILIA NUCLEAR SIN HIJOS:** Solo la pareja, no tienen hijos o simplemente ya no viven con ellos.
- C) FAMILIA SEMINUCLEAR:** Ya sea monoparental o uniparental, divorcio, abandono o separación acordada, con hijos en edad escolar o preescolar. El progenitor trabaja o lo mantiene la pareja ausente. Matrimonio mayor, padre proveedor, hijos universitarios o

casados, o que ya trabajan. Parejas que conviven sin casarse y que pueden tener hijos propios. Familias reconstituidas luego que uno o los dos cónyuges han tenido matrimonios anteriores. Pueden tener consigo a los hijos anteriores y a los hijos que nacen de la nueva relación.

D) FAMILIA EXTENSA: Formadas por familias nucleares y parientes que viven cerca e interactúan en un sistema recíproco de intercambio de bienes y servicios. Parientes que se hacen cargo en manera más o menos permanente de nietos, sobrinos. Familias de tres generaciones (diferentes posibilidades de cohabitación en una sola unidad familiar).

E) FAMILIA COMPUESTA: Grupo de personas, familiares y no, que viven bajo el mismo techo, personas que viven solas o allegadas, pero sin lazos consanguíneos.

1.1.2.1.- TIPOLOGÍA DE LA FAMILIA.

Desde el punto de vista de su desarrollo social, la familia puede clasificarse en:

A) FAMILIA PRIMITIVA O ARCAICA: Se refiere en general a la familia campesina, cuyo sostenimiento se basa exclusivamente por los productos de la tierra que trabajan.

B) FAMILIA TRADICIONAL: El padre es el proveedor económico, excepcionalmente colabora con la madre o uno de los hijos y se conservan los roles como tradicionalmente se han dado.

C) FAMILIA MODERNA: La madre trabaja fuera del hogar, lo cual modifica los roles de los cónyuges.

Desde el tipo de vista demográfico puede clasificarse de acuerdo a su ubicación geográfica de residencia:

A) RURAL

B) URBANA

C) SUBURBANA

De acuerdo con la integración familiar, se clasifica en:

A) FAMILIA INTEGRADA: Los cónyuges viven juntos y cumplen con sus funciones.

B) FAMILIA SEMI-INTEGRADA: Los cónyuges viven juntos pero no cumplen de manera satisfactoria sus funciones.

C) FAMILIA DESINTEGRADA: La característica esencial es la ausencia de uno de los cónyuges, sea por muerte, divorcio, separación, abandono o la desintegración familiar por causas internas o externas.

Con base a su ocupación:

A) CAMPESINA

B) OBRERA

C) PROFESIONAL

Sin embargo para facilitar la clasificación de las familias se deben identificar cinco ejes fundamentales⁵:

A) PARENTESCO: El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta. Puede ser entonces:

❖ **CON PARENTESCO:**

- *NUCLEAR:* Hombre y mujer sin hijos.
- *NUCLEAR SIMPLE:* Padre y madre con 1 a 3 hijos.
- *NUCLEAR NUMEROSA:* Padre y madre con 4 o más hijos.
- *EXTENSA:* Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco.
- *EXTENSA COMPUESTA:* Padre y madre con hijos, más otras personas con o sin parentesco.
- *RECONSTRUIDA (BINUCLEAR):* Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y además tienen hijos de dicha unión.
- *MONOPARENTAL:* Padre o madre con hijos.
- *MONOPARENTAL EXTENDIDA:* Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco.
- *MONOPARENTAL EXTENDIDA COMPUESTA:* Padre o madre con hijos, más otras personas con o sin parentesco.
- *NO PARENTAL:* Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres.

❖ **SIN PARENTESCO:**

- *MONOPARENTAL EXTENDIDA SIN PARENTESCO:* Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco.

- *GRUPOS SIMILARES A FAMILIAS*: Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares.

B) PRESENCIA FÍSICA EN EL HOGAR O CONVIVENCIA: La presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia cuya importancia para la práctica de la medicina familiar se identifica con los riesgos de enfermedades infecciosas y transmisibles.

- ❖ *NÚCLEO INTEGRADO*: Presencia de ambos padres en el hogar
- ❖ *NÚCLEO NO INTEGRADO*: No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar.
- ❖ *EXTENSA ASCENDENTE*: Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de algunos de los padres.
- ❖ *EXTENSA DESCENDENTE*: Padres que viven en la casa de algunos de los hijos
- ❖ *EXTENSA COLATERAL*: Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etcétera).

C) MEDIOS DE SUBSISTENCIA: La inserción de las familias en los procesos productivos puede propiciar una clasificación basada en los medios que son origen esencial de su subsistencia. Pudiendo entonces identificar familias que dependen de los recursos que se generan en las áreas:

- ❖ *AGRÍCOLA Y PECUARIAS*
- ❖ *INDUSTRIAL*
- ❖ *COMERCIAL*
- ❖ *SERVICIOS*

D) NIVEL ECONÓMICO: Con base en el estudio realizado por el Comité Técnico para la medición de la pobreza creado por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) en 2001 y publicado por Cortés y Hernández-Laos, se sugiere utilizar diversos indicadores monetarios y no monetarios para medir la pobreza en el nivel familiar.

- ❖ *POBREZA FAMILIAR NIVEL UNO*: Ingreso per cápita suficiente para cubrir el valor de la canasta básica. Recursos suficientes para cubrir los gastos en vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público. Pero hay carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

- ❖ *POBREZA FAMILIAR NIVEL DOS*: Ingreso suficiente per cápita para cubrir el valor de la canasta básica. Pero carencia para cubrir gastos de vestido, vivienda, salud, educación, transporte, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros, y por ende carencia para cubrir gastos de conservación de vivienda, luz, combustible, comunicaciones, transporte, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.
- ❖ *POBREZA FAMILIAR NIVEL 3*: Ingreso per cápita menor al valor de la canasta básica y por ende carencia en los demás rubros de vivienda, luz, cuidado, vestimenta, etcétera.

E) NUEVOS TIPOS DE CONVIVENCIA INDIVIDUAL-FAMILIAR ORIGINADOS POR LOS CAMBIOS SOCIALES⁵: Se deben tomar en consideración los cambios que se han

presentado en las sociedades modernas y que han representado diversas formas en que tienden a conformarse otros estilos de convivencia y que repercuten en la salud tanto individual como familiar.

- ❖ *PERSONA QUE VIVE SOLA*: Sin familiar alguno, independientemente de su estado civil o etapa de ciclo vital.
- ❖ *MATRIMONIO O PAREJAS DE HOMOSEXUALES*: Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal sin hijos
- ❖ *MATRIMONIO O PAREJAS DE HOMOSEXUALES CON HIJOS ADOPTIVOS*: Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos.
- ❖ *FAMILIA GRUPAL*: Unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo.
- ❖ *FAMILIA COMUNAL*: Conjunto de parejas monógamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente, compartiendo todo, excepto el contacto sexual.
- ❖ *POLIGAMIA*: Se incluyen:
 - *POLIANDRIA*: Una mujer comparte varios hombres, los que frecuentemente son hermanos, es una organización poco frecuente, se observa sobre todo en las clases sociales bajas (Himalaya) y de manera invariable los maridos viven bajo un mismo techo.
 - *POLIGINIA*: Un solo hombre se encuentra unido a varias mujeres con las que puede tener hijos, aquí las mujeres viven con sus hijos y sólo son visitadas por el cónyuge, esta es muy frecuente en los países islámicos.

Esta clasificación demuestra que puede haber gran discrepancia entre lo que comúnmente se denomina “familia” y las modalidades de estructura familiar existentes en la realidad. Por otra

parte, también demuestra que hay discrepancias entre la realidad y lo que se concibe como familia fundamentada en conceptos jurídicos o legales.

1.1.3.- FUNCIONES DE LA FAMILIA.

En las diferentes etapas de la evolución familiar, Duvall identificó ocho deberes básicos que conducen a una vida familiar exitosa dentro de la sociedad; estas tareas estimulan el ajuste familiar y la adaptación de los miembros individuales. Cuando las familias no logran cumplir con estas tareas, la familia o cada miembro pueden experimentar infelicidad, desaprobación social y dificultad para lograr la armonía y la propia realización. Estas ocho funciones son⁴:

- A) CONSERVACIÓN FÍSICA:** La familia tiene la responsabilidad de proporcionar un hogar adecuado, ropa apropiada y suficientes nutrimentos junto con los cuidados de la salud.
- B) DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS:** Incluyen ingresos monetarios, tiempo, energía y relaciones personales, las necesidades de los miembros de la familia se satisfacen mediante la división de costos y trabajo para proveer cosas materiales, espacio y servicios y, a través de las relaciones interpersonales, compartir el respeto y el afecto.
- C) DIVISIÓN DEL TRABAJO:** Los miembros de la familia deciden quién asumirá determinadas responsabilidades, cómo proveer los recursos económicos, realizar las tareas de la casa, cuidar de los miembros jóvenes, los ancianos o los incapacitados de la familia y otras tareas designadas.
- D) SOCIALIZACIÓN DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA:** La familia asume la responsabilidad de guiar el desarrollo de patrones maduros y aceptables de conducta social al comer, dormir, de las relaciones sexuales, de la agresión y de la interacción con otros.
- E) REPRODUCCIÓN, INCORPORACIÓN Y LIBERACIÓN DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA:** La maternidad, la adopción y la crianza de los niños son responsabilidades familiares junto con la incorporación de nuevos miembros a través del matrimonio.
- F) CONSERVACIÓN DEL ORDEN:** Se mantiene a través de las comunicaciones de una conducta aceptable. Los tipos e intensidad de las interacciones, los patrones de afecto y la expresión sexual son sancionados por el comportamiento paterno para asegurar la aceptación en la sociedad.
- G) UBICACIÓN DE LOS MIEMBROS EN EL NÚCLEO SOCIAL MAYOR:** Los miembros de la familia arraigan en la sociedad donde viven a través de las relaciones en la iglesia, la

escuela, el sistema político y económico y en otras organizaciones. La familia también asume la responsabilidad de proteger a sus miembros de influencias externas indeseables y puede prohibirles reunirse con grupos censurables.

H) MANTENIMIENTO DE LA MOTIVACIÓN Y LA MORAL: Los miembros de la familia se recompensan mutuamente por sus logros y se preocupan por las necesidades individuales de aceptación, estímulo y afecto.

Para autores como Geyman las funciones familiares incluyen⁴:

A) SOCIALIZACIÓN: La tarea fundamental de la familia es transformar en un tiempo determinado a un individuo dependiente en una persona totalmente independiente capaz de participar y desarrollarse en la sociedad. La madre en nuestra sociedad es la que inicialmente se encarga de ello, después esta responsabilidad es compartida por la escuela, amigos, grupos religiosos, deportivos, etcétera.

B) CUIDADO: Esta función preserva la especie humana y consiste en satisfacer sus necesidades físicas y sanitarias, identificándose cuatro determinantes: vestido, alimentación, seguridad física, apoyo emocional.

C) AFECTO: Corresponde a la necesidad de pertenencia y reconocimiento hacia nuestros semejantes. Se ha identificado como un objeto de transacción dentro de la familia y está muy relacionado con el cuidado.

D) REPRODUCCIÓN: Consiste en proveer nuevos miembros a la sociedad con compromiso y responsabilidad. Incluye aspectos de salud reproductiva y educación sexual.

E) ESTATUS: Al ver que la familia es la institución entre los individuos y la sociedad, es de suma importancia el reconocimiento de este grupo primario en la misma, transfiriéndole derechos y obligaciones con el objetivo de perpetuar privilegios y logros familiares.

Para Minuchin⁶ la estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia, regulando sus conductas y mantenidas por dos sistemas de coacción. El primero es genérico e implica reglas, el segundo es idiosincrásico e implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia. El origen de estas expectativas son entonces relacionadas con los pequeños acontecimientos diarios.

1.1.4.- CICLO VITAL.

Se describe conforme a las características de su evolución, durante la cual la familia se contrae a medida del entorno social con el cual está en contacto, al mismo tiempo que cada miembro de la misma se extiende. La forma más comúnmente aceptada por las diferentes asociaciones y colegios de medicina familiar divide este ciclo en cuatro etapas, conformadas, a su vez, en varias fases con la finalidad de explicar el desarrollo del núcleo⁴:

- A) ETAPA CONSTITUTIVA:** Inicia con la decisión de la pareja para llevar una vida en común sin olvidar necesariamente a las familias de origen. A su vez aquí se puede encontrar la *fase preliminar* donde se cimentan las bases de la vida futura en pareja, lo que permite por un lado la individualidad de los integrantes y por otro la comunión de la vida matrimonial, todo esto en el lapso en el que no han tenido el primer hijo.

- B) ETAPA PROCREATIVA:** Con la llegada de nuevos integrantes de la familia (hijos), ya sea por embarazo o adopción, donde se lleva a cabo la crianza y desarrollo de los mismos durante los primeros años. En esta etapa se inicia una nueva fase de adaptación al implantarse ajustes, principalmente en la vida de pareja que dan lugar a las nuevas tareas como padre y madre, sin olvidar que, como en las otras fases, existen riesgos que no permitan la estabilidad de esta nueva etapa.

- C) ETAPA DE DISPERSIÓN:** Se inicia con la independencia del primero de los hijos y culmina con la separación del último de ellos. En este tiempo los padres deben facilitar que la independencia se logre haciendo que los hijos sean individuos productivos capaces de resolver los problemas a los que la sociedad se enfrenta. Otra función de la pareja es lograr que los hijos formen su propia familia.

- D) ETAPA FINAL:** Inicia con la salida del hogar del último de los hijos, cuando la pareja queda nuevamente sola, lo que da lugar a la *fase de independencia* de los padres y puedan realizar ajustes que les permitan vivir y prepararse para la jubilación y/o retiro. En esta etapa los adultos mayores también aprenden a establecer nuevas relaciones o adaptarse a las modificaciones de las relaciones ya existentes, como el caso de los nietos e hijos respectivamente, pérdida de las habilidades cognitivas y físicas, dependencia de otros y el fallecimiento de amigos y familiares, también son condiciones que demandan ajustes que permitan la adaptabilidad de los individuos en esta etapa.

Otros autores como Minuchin (1988), organizan el ciclo de vida de la familia en cuatro etapas⁶:

A) FORMACIÓN DE LA PAREJA: Forman un “todo”, lo que puede interpretarse como una sensación de pérdida de individualidad.

B) FAMILIA CON HIJOS PEQUEÑOS: Con el nacimiento del primer hijo se crean simultáneamente tres holones: parental, madre-hijo, padre-hijo. El holón conyugal debe redefinir sus reglas. El recién nacido es totalmente dependiente, y al mismo tiempo muestra aspectos de su propia personalidad que presentan demandas a la familia. Es además, una estructura disipadora que puede desestabilizar al sistema: la esposa debe dividir sus lealtades y su tiempo; el esposo tiende a alejarse de la diada madre-hijo al sentirse excluido. Por lo tanto la familia enfrenta demandas de socialización y control y debe, además, negociar contactos con el mundo exterior: nuevos vínculos con la familia extensa, colegios, etc. Deben procurar espacios y controles para que el niño se desarrolle con seguridad. El nacimiento de un segundo quiebra las pautas y hace más complejas las relaciones; entonces surge el holón de los hermanos.

C) LA FAMILIA CON HIJOS EN EDAD ESCOLAR O ADOLESCENTES: La familia debe relacionarse con un sistema de suma importancia: el colegio; el niño conoce otros sistemas de reglas que, en general, considera más equitativas, se debe negociar nuevamente el control y el espacio para el desarrollo. El hijo adolescente constituye un desafío para la familia, el tema de autonomía y el control se debe negociar en todos los planos. Los padres también experimentan cambios y momentos de pasaje en su propia etapa vital, pues es posible que sus propios padres requieran de cuidados y atenciones que compensen la declinación de sus fuerzas o la muerte de uno de ellos. Comienza una etapa de separación, quizá del hijo mayor, lo que implica una nueva mirada de los padres sobre el que le sigue.

D) LA FAMILIA CON HIJOS ADULTOS: Los hijos han elegido su estilo de vida y se alejan del hogar familiar, el holón conyugal vuelve a estar solo, o necesita una importante reorganización que implica relacionarse padres e hijos como adultos. Se le llama *periodo del nido vacío* como una etapa de pérdida, en especial para la madre, pero también pueden ser una oportunidad de nuevos cambios para la pareja que ya cumplió sus tareas.

Para Geyman, otro de los autores que han profundizado en el tema, propone que hay cinco fases⁴:

A) FASE DE MATRIMONIO: Inicia con la consolidación del vínculo matrimonial y termina con el nacimiento del primer hijo. En esta etapa es fundamental la preparación para una nueva vida, el acoplamiento en pareja, la adaptación de nuevos roles y la preocupación de satisfacer las necesidades básicas.

- B) FASE DE EXPANSIÓN:** Inicia con el nacimiento del primer hijo y termina con el nacimiento del último. En este momento se incorporan nuevos miembros cuyo ingreso causa tensiones que deben resolverse para recibir nuevos integrantes.
- C) FASE DE DISPERSIÓN:** Se identifica con el hecho de que todos los hijos asisten a la escuela. Aquí la importancia se centra en un trabajo triple que consiste en ayudarlos a que se adapten socialmente, que desarrollen su autonomía y satisfagan sus necesidades.
- D) FASE DE INDEPENDENCIA:** Culmina cuando los hijos trabajan y son suficientes, en ocasiones han formado nuevas familias.
- E) FASE DE RETIRO Y MUERTE:** Se presenta desconcierto, nostalgia condicionada por la incapacidad para lograr, presencia de patología crónica degenerativa, desempleo, y agotamiento de recursos económicos, cuando no se tomaron providencias para poder afrontarla. Nuevamente la pareja se encuentra sola.

En general, los modelos de ciclo vital familiar corresponden al modelo clásico de madre, padre e hijos viviendo bajo el mismo techo, lo que cada vez en menos común como estructura; divorcios, familias reconstituidas, hijos criados por terceros, etc. Son también realidades que conforman nuevas estructuras y conllevan nuevas demandas. Sin embargo cualesquiera que sean las circunstancias, deberán enfrentar etapas de crecimiento y envejecimiento, crisis, transiciones, acomodos, adaptaciones, etcétera.

1.1.5.- ESTRUCTURA FAMILIAR.

La estructura se define como el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia que opera a través de pautas transaccionales, las cuales regulan la conducta de los miembros y son mantenidas por dos sistemas³:

- A) GENÉRICO:** Debe existir jerarquía de los padres e interdependencia entre ellos y operar como equipo.
- B) IDIOSINCRÁSICO:** Expectativas de los miembros de la familia, pueden ser explícitas o no.

La estructura de una familia está constituida por las pautas de interacción que se establecen entre sus miembros, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema en forma altamente recíproca y reiterativa. Así pues se pueden encontrar las siguientes pautas de interacción⁷:

A) JERARQUÍA: Como en todo sistema, en la familia se establecen diferentes niveles de autoridad que varían de acuerdo con:

- ❖ Etapas del ciclo evolutivo
- ❖ Las diferentes personalidades de sus miembros
- ❖ La dinámica de las relaciones conyugales
- ❖ El orden de nacimiento

La distribución funcional de la autoridad requiere que esta quede bien definida en cada contexto de la vida familiar, lo deseable es que la jerarquía más alta sea compartida flexiblemente por los padres en las proporciones que ellos decidan, con el afán de promover el desarrollo de la disciplina en el hijo; pues si uno de los progenitores monopoliza el poder en forma rígida es posible que su pareja se sienta dominada, proteste directa o indirectamente, manifieste síntomas psicológicos, busque la alianza de uno de sus hijos para desquitarse, utilice maniobras para sabotear las decisiones o para conseguir mayor poder.

El proceso de la disciplina según Maccoby y Martín, incluye por parte de los padres factores tales como sus demandas y controles, además de si aceptan o rechazan al niño y si responden a sus necesidades y manifestaciones de individualidad, o no lo hacen. Basados entonces en tales dimensiones, se encuentran tres tipos de crianza:

- ❖ **AUTORITARIA:** Son reglas decididas por los padres y firmemente aplicadas por ellos, sin aceptar demandas del hijo y sin discusión o negociación. Este patrón no conduce al desarrollo de la conciencia, sino que tiende a conducir a una baja autoestima y puede llevar a la infelicidad y aislamiento social.
- ❖ **INDIFERENTE/NEGLIGENTE:** Hay deficiencia en demandas y controles por parte de los padres, además de poco interés en las necesidades del hijo, lo que conduce a problemas como agresividad, baja autoestima, pobre autocontrol, relaciones trastornadas entre padres e hijos.
- ❖ **INDULGENTE/PERMISIVA:** Hay sobreprotección y se aceptan indiscriminadamente las demandas de los hijos con una carencia de controles y restricciones. Este patrón no favorece en el niño la generación de confianza en sí mismo y lo predispone a ser agresivo. Cuando los padres se cansan de tolerar las actitudes insolentes del hijo pueden llegar a castigarlo duramente, lo cual les genera culpa y promueve nuevamente la sobreprotección, es decir se vuelve un círculo vicioso.

- ❖ **RECÍPROCA CON AUTORIDAD:** Combina la firme aplicación de las reglas con un estilo de interacción, donde se alienta la independencia del niño, se reconocen sus derechos, se atiende a sus demandas razonables, y se le toma en cuenta para llegar a decisiones. Este patrón ideal se asocia con un sentido de la responsabilidad social, baja agresividad, elevada autoestima y confianza en sí mismo.

B) ALIANZAS: Se llama así a la asociación abierta o encubierta entre dos o más integrantes de la familia. Las alianzas más funcionales son aquellas que incluyen a miembros de la misma generación, como las que se dan entre esposos, hermanos, etc. En el caso donde las alianzas son rígidamente persistentes o si se dan entre miembros de diferente generación con el objeto de perjudicar a un tercero, se establece una asociación disfuncional llamada **“COALICIÓN”**.

Minuchin (1984)⁶ afirma que “la funcionalidad o disfuncionalidad de la familia no depende de la ausencia de problemas dentro de ésta sino, por el contrario, de la respuesta que muestra frente a los problemas así como de la manera de adaptarse a las circunstancias cambiantes con el fin de mantener una continuidad y fomentar el crecimiento de cada miembro”. Siendo así maneja 4 tipos de alianzas disfuncionales:

- ❖ **TRIANGULACIÓN:** Cada uno de los progenitores busca la alianza del niño y lucha por ella, lo cual genera conflictos de lealtad en el hijo, pues no puede acercarse a uno de sus padres sin sentir que traiciona al otro.
- ❖ **COALICIÓN ESTABLE:** El niño se alía a uno de sus padres con dos variaciones: la que ocurre cuando el padre excluido sigue luchando por el apoyo del hijo y la que resulta de la que ese padre se resigne ante la situación y no punge por modificarla a su favor.
- ❖ **DESVIACIÓN DE ATAQUE:** En esta triada el conflicto conyugal no es resuelto y se desvía en forma de agresiones al hijo, quien es definido como el problema de la familia o “el chivo expiatorio”. Esta situación se observa en algunos casos de maltrato al menor.
- ❖ **DESVIACIÓN DE APOYO:** Aquí los padres tratan de minimizar su pobre relación de pareja y dedican sus esfuerzos a mimar y cuidar en exceso al hijo, lo cual se convierte en el motivo principal de su vida conyugal. El rol del niño suele ser el de valioso, consentido, débil, enfermo, etcétera.

C) LÍMITES: Su función consiste en proteger la diferenciación del sistema. Todo subsistema tiene funciones y plantea demandas de sus miembros. Para que la interacción familiar sea funcional, los límites deben ser claros y definirse con suficiente precisión para permitir que los miembros de la familia realicen sus funciones sin interferencias indebidas. La claridad de los límites en el interior de la familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento, dentro de estos tenemos:

❖ **AMALGAMADA:** En algunas familias los límites individuales son difusos, la distancia psicológica entre sus miembros es escasa, frecuentemente unos responden por otros, por lo que siempre es fuente de problemas, ya que lo deseable es tener una distancia emocional, aún con las personas amadas.

❖ **RELACIONES DESVINCULADAS:** Las familias promueven límites muy marcados o rígidos que dificultan la comunicación, incluso la afectiva.

❖ **LÍMITES CLAROS:** Sería el espectro normal, para la funcionalidad de la familia.

Steinhauer y Martín mencionan cuatro patrones que pueden ocurrir cuando uno o ambos padres tienen límites pobremente definidos como resultado de la separación emocional incompleta de sus propios padres⁷:

- ❖ Tendencia a culpar a otros de la conducta propia.
- ❖ Tendencia a asignar funciones de chivo expiatorio a uno o más miembros de la familia
- ❖ Tendencia a generar individuos que dependen de la aprobación de otros para mantener una autoestima aceptable.
- ❖ Tendencia al desarrollo de algunas relaciones interpersonales amalgamadas y otras desvinculadas.

D) ROLES O PAPELES: Conductas repetitivas que implican la existencia de actividades recíprocas en otros miembros de la familia. Un rol equivale a la conducta que se espera de un individuo en determinado contexto. La funcionalidad de estos depende de su consistencia interna, la cual existe si cada miembro se ve a sí mismo como lo ven los demás y hay acuerdos sobre lo que se espera de él. Existen roles funcionales como el de proveedor, ama de casa, estudiante, etcétera. Existen roles patológicos o idiosincrásicos que reflejan la patología individual y familiar (el de chivo expiatorio, el de mártir, el de tonto, etc.). Sin embargo lo más importante en la definición de roles es que faciliten el funcionamiento del grupo y que sean aceptados y actuados de común acuerdo. También es importante que haya flexibilidad en su asignación de manera que se puedan realizar ajustes periódicos en caso necesario, como sucede en los cambios ambientales (pérdida

de empleo del proveedor, enfermedad de la madre, etc.), o en el transcurso de una etapa a otra en el ciclo evolutivo (al pasar el hijo de la niñez a la adolescencia, por ejemplo).

E) REDES DE APOYO: La función básica de las redes de apoyo extrafamiliares consiste en las acciones de solidaridad que facilitan el cuidado y la crianza de los hijos y compensan deficiencias tales como la ausencia de los padres, las limitaciones emocionales, etc. Están constituidas por miembros de la familia extensa, amigos, vecinos que proporcionan ayuda solidaria, además, de las agencias sociales de los sectores públicos y privados.

Adler, encontró que para sobrevivir los marginados forman redes de familias basadas en la vecindad y el intercambio recíproco. Los vecinos no emparentados tienden a integrarse a tal sistema mediante el “compadrazgo” y el “cuatismo” o “amiguismo”. Así se generan lazos de parentesco ficticios donde no hay consanguinidad y se suplen los efectos de la inseguridad laboral mediante la ayuda mutua.

F) COMUNICACIÓN: Para el correcto desempeño de los roles y la realización de las tareas propias de la vida de la familia se requiere de comprensión mutua, es decir que los mensajes sean claros, directos y suficientes y quienes los reciben lo hagan con apertura y buena disposición para evitar distorsiones.

En toda familia se intercambian mensajes no verbales y se conservan tabúes de los que la familia no habla. Lo que determina que esos rasgos se vuelvan patológicos es en la manera en que la familia utiliza la comunicación durante las crisis.

En las familias funcionales se emplea correctamente la comunicación, para identificar y resolver problemas, los miembros confían en que el amor de los participantes reaparecerá después de la crisis, aun cuando durante el periodo difícil se hayan intercambiado palabras duras o recriminaciones; en cambio en las disfuncionales la comunicación tiende a convertirse en instrumento de ataque y el criterio a seguir ante una dificultad no es tanto lo que conviene hacer sino lo de quien se va a salir con la suya en una desgastante lucha por el poder, es en estos momentos de crisis cuando se necesita una comunicación clara y directa. A menudo, la razón por la cual un miembro emite mensajes enmascarados, indirectos y desplazados es por miedo a perder el amor o la estimación del resto de la familia⁸.

G) FLEXIBILIDAD: Esta dimensión se encuentra íntimamente relacionada con la comunicación y perne todas las facetas de la estructura familiar. Se requiere de flexibilidad para respetar las diferencias individuales y facilitar la adaptación del sistema ante las demandas de cambio, tanto las internas (las propias como el desarrollo y otras

como enfermedades, muerte de algún miembro, etc.), como las externas que se originan en modificaciones ambientales.

H) REGLAS FAMILIARES: Son acuerdos de relación que prescriben y limitan al individuo en un amplio rango de conductas. Desde el punto de vista formal las reglas familiares contribuyen a definir la relación, es posible observar si el sistema de reglas sirve para mantener la estabilidad y la coherencia por medio de la homeostasis. Jackson afirma que la familia es un sistema regido por reglas en que los miembros se relacionan entre sí de manera reiterada y organizada y que esta configuración de conductas puede abstraerse como un principio regente de la vida familiar. Watzlawick⁹ planteó que dichas reglas de interacción pueden ser de tres tipos:

I.- Las que se establecen abiertamente.

II.- Aquellas de las cuales la familia no ha hablado, pero si se comentaran estarían de acuerdo.

III.- Las que un observador podría percibir, pero que si se manifestaran, quizá algún miembro de la familia la negaría.

I) VALORES: Los valores existen antes que las configuraciones de conducta de las cuales el observador infiere las reglas y normas familiares. Al igual que las reglas, los valores señalan normas de conducta, pero son sostenidos por individuos, en tanto que las reglas familiares son características sistémicas de interacción.

1.1.6.- DINÁMICA FAMILIAR.

Jackson comenta que la dinámica familiar es una colección de impulsos, pensamientos, emociones y actos, tanto positivos como negativos que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que ésta funcione bien o mal⁸. Otra definición es que consiste en el conjunto de motivaciones que dirigen la conducta, procesos y mecanismos de adaptación que utilizan los miembros de una familia para satisfacer sus necesidades y cumplir con las funciones familiares. Siendo así se pueden encontrar 4 estadios dinámicos diferentes³:

ESTADIO I: FAMILIA NORMO FUNCIONAL: Se mantiene en equilibrio estable, sus normas de funcionamiento interno regulan las relaciones entre sus miembros.

ESTADIO II: CRISIS FAMILIARES: Una situación que puede considerarse fisiológica e incluso necesaria para la evolución del sistema y de sus miembros, dichas crisis las podemos clasificar en:

- ❖ **NORMATIVAS:** De tipo evolutivo, esperables, en estas transiciones juegan un papel muy importante las ceremonias y rituales como facilitadores de los procesos de cambio en el desarrollo familiar, como por ejemplo: matrimonio, nacimiento de los hijos, nido vacío, etc.
- ❖ **NO NORMATIVAS:** Son eventos no esperables o previstos que afectan el funcionamiento familiar, por ejemplo: separación marital, miembro con discapacidad, enfermedad crónica, migración, accidente, muerte, etc.

ESTADIO III: FAMILIA DISFUNCIONAL: Familia con funcionamiento inadecuado, debe ser considerada como factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros.

ESTADIO IV: FAMILIA EN EQUILIBRIO PATOLÓGICO: Familia que presenta un funcionamiento inadecuado para la sociedad en la que se desenvuelve pero para ellos no condiciona disfuncionalidad. La familia patológica es aquella que frente a una tensión incrementan la rigidez de sus pautas y límites transicionales y evitan o resisten toda exploración o variantes. Tales fuentes de estrés pueden ser⁴:

- ❖ **CONTACTO ESTRESANTE DE UN MIEMBRO CON FUERZAS EXTRAFAMILIARES:** Ante una situación de estrés los familiares se reacomodan a una nueva circunstancia, por ejemplo; problemas de trabajo, conflicto conyugal lo que puede desviar el ataque hacia el hijo, o puede atacar a la madre y fomentar una coalición con su hijo, ahora si el esposo pierde el trabajo, entonces la esposa puede adquirir mayor responsabilidad financiera.
- ❖ **CONTACTO ESTRESANTE DE LA FAMILIA EN SU TOTALIDAD CON FUERZAS EXTRAFAMILIARES:** Estos cambios pueden ser como perder el trabajo, mudarse de casa, depresión económica, lo que llevaría a la familia a una desorganización.
- ❖ **ESTRÉS EN MOMENTOS TRANSICIONALES DE LA FAMILIA:** En la evolución de la familia existen numerosos momentos para hacer nuevas reglas familiares, esto ocasiona conflictos que reajustan al sistema, pero si no se resuelven los conflictos en esos momentos transicionales se pueden plantear dificultades mayores. Pueden originarse cambios en el individuo o bien cambios en la composición de la familia, por ejemplo, la adolescencia.

- ❖ *ESTRÉS REFERENTES A PROBLEMAS DE IDIOSINCRASIA:* Algunas áreas de la familia pueden ocasionar pautas transaccionales disfuncionales, esto es que la familia puede adaptarse a una circunstancia en un momento y en otro no.

1.1.7.- LA FAMILIA COMO SISTEMA.

Todos los sistemas orgánicos y sociales siempre están orientados hacia un objetivo específico, la familia siendo un sistema social presenta objetivos a corto, mediano y largo plazo.¹⁰

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, los individuos son a su vez subsistemas en el interior de una familia. Estos subsistemas forman un sistema de rango mayor, el cual forma parte de otro subsistema mayor llamado macrosistema.

La familia vista desde una perspectiva sistémica es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema que es la sociedad.⁸Cada miembro de este sistema posee roles que varían en el tiempo y que depende de la edad, sexo y la integración con los otros miembros de la familia por lo tanto, las influencias dentro de la familia no son unidireccionales sino que son una red recíproca.

La estructura familiar mantiene un flujo bidireccional con la sociedad, y aunque la familia se modifica, persiste como una estructura estable que se adapta al entorno social en constante cambio. Para Ares la familia al considerarla como sistema, implica que, ella constituye una unidad, una integridad, por lo que no podemos reducirla a la suma de las características de sus miembros, por consiguiente, no se le puede ver como una suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones.

Siendo así podemos hablar de tres subsistemas¹⁰:

A) SUBSISTEMA CONYUGAL: Se forma cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención expresa de constituir una familia, es fundamental su complementariedad y su acomodación, así mismo logran un sentido de pertenencia. Puede convertirse en refugios para el estrés externo, pueden fomentar el aprendizaje, creatividad y crecimiento, pero deben tener límites que lo protejan de otros subsistemas. En lo negativo puede descalificar su pareja en lugar de aceptarla como es, o establecer pautas dependiente-protector, por lo que cuando un terapeuta debe tratar estas relaciones debe tener en cuenta las motivaciones para no atacarlas, el terapeuta debe reafirmar los límites protectores de otros subsistemas.

B) SUBSISTEMA PARENTAL: Se inicia cuando nace el primer hijo, el subsistema conyugal debe socializar a su hijo sin renunciar a su apoyo mutuo, se debe establecer un límite que

permita al hijo a acceder a sus padres y lo excluya de las relaciones conyugales, la autoridad debe ser flexible y racional. Los padres no pueden proteger y guiar sin al mismo tiempo controlar y restringir. Los niños no pueden crecer e individualizarse sin rechazar ni atacar, los padres deben tener forzosamente autoridad ya que sin ella no pueden cumplir sus funciones (alimentación, control, guía). La familia no es una democracia, se requiere del uso diferenciado de la autoridad en el sistema parental.

C) SUBSISTEMA FRATERO: Es el momento en que los niños pueden experimentar relaciones con iguales, los niños se apoyan, descargan sus culpas, aíslan, aprenden mutuamente, negocian, cooperan, comparten, logran amigos, aliados e imagen cuando ceden y a lograr reconocimiento por sus habilidades; cuando los niños enfrentan el mundo extra familiar se comportan como en su subsistema fraterno. Cuando los niños no tienen hermanos desarrollan pautas precoces de acomodación al mundo adulto, muestran dificultades para el desarrollo de la autonomía y capacidad de compartir, cooperar y competir con otros. Los límites del subsistema fraterno deben proteger su privacidad, sus propias áreas de interés y libertad de cometer errores en su exploración.

1.1.8.- FAMILIA FUNCIONAL.

De acuerdo al modelo explicativo de Smilkstein “las familias no son normales ni anormales, funcionan bien o mal dependiendo de sus posibilidades que a su vez dependen de la capacidad adaptativa y de los recursos que han ido adquiriendo a lo largo de su ciclo vital”⁴.

Los conceptos que definen la normalidad de la familia pueden agruparse en cuatro perspectivas básicas, a saber:

A) FUNCIONAMIENTO ASINTOMÁTICO: La normalidad como sinónimo de salud, aquí la normalidad es la ausencia de trastornos. Todas las familias asintomáticas que no presentan problemas graves son consideradas normales, sanas.

B) FUNCIONAMIENTO ÓPTIMO: La normalidad como utopía a aquel funcionamiento ideal; esta visión implica el desarrollo óptimo de las potencialidades de todos los miembros de la familia.

C) FUNCIONAMIENTO PROMEDIO: Se refiere a la forma estadística, en donde el rango medio es considerado como “normal y los extremos como la desviación de lo “normal”.

D) FUNCIONAMIENTO DE LOS PROCESOS TRANSACCIONALES: La normalidad como proceso, desde esta perspectiva la conducta normal se aprecia en el contexto de múltiples procesos en los sistemas transaccionales, los cuales tienen lugar en el tiempo. Postula que los individuos más sanos son quienes tienen una mayor variedad de técnicas para enfrentar los problemas, además de utilizar estrategias más adaptativas y mostrar mayor flexibilidad, de acuerdo con eventos de su vida interna y externa.

Son familias cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable; donde los roles de todos los miembros están establecidos sin querer ser críticos de debilidades asumidas y sin ostentar posiciones de primacía, artificial y asumida, por ninguno de los miembros, todos laboran, trabajan, contribuyen y cooperan igualmente y con entusiasmo por el bienestar colectivo, el esquema de una familia funcional presenta 3 facetas⁴:

- ❖ Una familia se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose para seguir funcionando.
- ❖ La familia posee una estructura que solo puede verse en movimiento y que su fuerza solo se expresa en poder implementar pautas transaccionales alternas cuando las condiciones externas e internas exigen una reestructuración con límites flexibles y firmes.
- ❖ La familia se adapta al estrés manteniendo la continuidad de la familia al mismo tiempo que permite reestructuraciones.

Sin embargo no se puede hablar de funcionalidad familiar como algo estable y fijo, sino como un proceso que tiene que reajustarse continuamente; por lo tanto, la principal característica que debe tener una familia funcional es que promueva un desarrollo favorable a la salud para todos los miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías, límites, roles o reglas claras y definidas, comunicación abierta, explícita y afectiva, así como capacidad de adaptabilidad a los cambios.

Al hablar de funcionalidad familiar encontramos que no existe un criterio único de medición de los indicadores del vínculo familiar. Los más utilizados son: las funciones básicas, la estructura dinámica e interacción y, las dos tareas del desarrollo que son: el ciclo vital y de enfrentamiento, o crisis familiares normativas y no normativas.

1.1.9.- FAMILIA DISFUNCIONAL.

La familia disfuncional o con funciones inadecuadas debe ser considerada como factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades de sus miembros.

El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia. Así los problemas que se suscitan en ella no serán vistos de una manera lineal (causa-efecto), sino que dichos problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema. El mismo autor continua diciendo que: “el funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino circular, o sea, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa.

El enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis causa y efecto por el análisis de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por tanto a las causas de la disfunción familiar.

Entonces cuando aparece un síntoma en un integrante de la familia, este puede ser tomado como un indicador de una disfunción familiar y hay que verlo no como el problemático, sino como el portador de las problemáticas familiares.

Alcaina caracteriza a la familia disfuncional como la que ante situaciones que generan estrés responde aumentando la rigidez de sus pautas transaccionales y de sus límites, carece de motivación y ofrece resistencia o elude toda posibilidad de cambio. La familia disfuncional, agrega, se diferencia de la funcional por la utilización de patrones de interacción recurrentes que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación y la resolución de conflictos¹¹.

Al definir a la familia como un sistema en donde los problemas de uno de los miembros afecta a todos. Alcaina nos plantea las posibles consecuencias de los hijos viviendo en una familia disfuncional, y dice:

“Existen datos que indican que este tipo de familia se ve imposibilitada para llevar a término de un modo adecuado las funciones familiares, afectándose áreas como la educación y el desarrollo afectivo y relacional. En concreto, la afectación de la función de culturización-socialización repercute negativamente en la consecución de objetivos lúdicos, de aprendizaje y estimulación. Ello deriva generalmente de la falta de implicación parental, debido a desinterés o ausencia física de uno o ambos padres por motivos laborales o separación, produciéndose un efecto circular en

niños y adolescentes, capaz de originar una falta de motivación en la escolarización. Estas actitudes podrían transmitirse a las siguientes generaciones, dando lugar a deficiencias culturizadas que sitúan a estas familias en desventaja en una sociedad competitiva”.

1.1.10.- INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.⁴

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

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

Por otro lado, se han relacionado algunas variables que tienen que ver con el funcionamiento familiar:

- ❖ **Estructura familiar:** variable independiente de una serie de fenómenos que influyen en el desarrollo infantil, en las relaciones familiares, en la satisfacción conyugal y en el funcionamiento familiar.
- ❖ **Aspectos socioeducativos y socioeconómicos:** según algunos autores, influyen en el funcionamiento o clima familiar, lo que incluye a los patrones de comportamiento y culturales que se pueden traducir en el ejercicio de los roles y patrones de comunicación, entre otros.
- ❖ **Familia de origen:** es considerada como una variable determinante en el funcionamiento de la nueva familia que forma el individuo.

En 1996, en la Ciudad de La Habana, Cuba, se definió salud de familia como “la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, propiciando el crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa de la vida”

González Benítez refiere que la salud de familia “depende de la interacción entre factores personales (psicológicos, biológicos y sociales), factores propios del grupo familiar y sociológicos, modo de vida de la comunidad y de la sociedad”.

Lo anterior incluye a la salud familiar, la cual ha sido evaluada por diversos autores, y para ello se han utilizado diferentes categorías en cada uno de los métodos aplicados, como el modelo de McMaster, el modelo circunflejo de Olson, el modelo de Minuchin, el método utilizado por Patricia Ares, y la prueba de funcionamiento familiar de Díaz, De la Cuesta y Louro.

Por otro lado, es necesario considerar que la evaluación de la funcionalidad familiar requiere del empleo de instrumentos que por sus características nos permitan realizar la autoaplicación o simplemente ser observacionales.

Los métodos observacionales: proporcionan una visión externa de la funcionalidad familiar, y requieren de la participación de terapeutas para valorar los patrones de interacción familiar y varían de acuerdo con el grado de participación del observador, es decir, del efecto de su presencia y su interacción familiar, y varían de acuerdo con el grado de participación del observador, es decir, del efecto de su presencia y su interacción con el grupo familiar. Su aplicación se lleva a cabo por medio de la entrevista, las escalas de evaluación clínica y los esquemas de codificación. A estos instrumentos se les ha cuestionado su confiabilidad y validez, ya que la primera se ve afectada por el grado de capacitación del codificador (terapeuta u observador).

Los instrumentos de autoaplicación: proporcionan una perspectiva interna de la funcionalidad a través de cuestionarios estandarizados, por medio del cual podemos obtener información individual de cada uno de los integrantes de una familia, desde la percepción sobre sí mismo, de los demás miembros de la familia, roles actitudes, hasta valores, etc. 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.

Otro punto que debe considerarse en el estudio de la funcionalidad familiar es la selección de los instrumentos, los cuales deben cumplir con algunos criterios específicos que les permitan su correcta y válida aplicación.

- ❖ *Validez* (relacionada con la disponibilidad en las publicaciones)
- ❖ *Autoaplicación*

- ❖ *Brevedad del instrumento*
- ❖ *Evaluación de poblaciones a las que se aplicó*
- ❖ *Modelo teórico que lo fundamenta*

Los instrumentos de evaluación de la familia nos permiten identificar en qué medida se cumplen sus funciones básicas, y cuál es el rol que puede estar jugando en el proceso salud-enfermedad. Por ello existen un conjunto de escalas, formatos y cuestionarios simplificados, los cuales son denominados Instrumentos de Atención Integral a la Familia, ya que ofrecen una visión gráfica de la familia, facilita la comprensión de sus relaciones, y ayudan al profesional de la salud y a la familia a ver un “panorama mayor”, desde el punto de vista histórico como del actual en relación con el funcionamiento familiar.

Los instrumentos de evaluación a la familia permiten desarrollar en el profesional de la salud, especialmente al médico familiar, una visión integrada de los puntos fuertes y débiles de la familia en su situación actual, así como el modo en que su desarrollo histórico puede estar influyendo en las interacciones actuales.

Algunos de los principales instrumentos son:

- ❖ ***Índice de Función Familiar de Pless y Satterwhite:*** Evalúa la función familiar en diversas áreas. 14 a través de 32 reactivos estima la función familiar por áreas, como la satisfacción marital, frecuencia de desacuerdos, resolución de problemas, comunicación y sentimientos de felicidad e infelicidad; se ha utilizado para el estudio del núcleo familiar del niño con trastornos psicológicos crónicos, pero está limitado para su uso generalizado.
- ❖ ***Escala de Evaluación Familiar de Beavers-Timberlawn:*** Escala evaluada por un observador, que explora las dimensiones de la estructura, de las jerarquías de poder, coaliciones parentales, mitologías familiares, negociaciones de objetivos, permisibilidad de los conflictos, autorrevelaciones y la invasividad. No controla las sensaciones mensuradas y tiene poder público y responsabilidad. Estudia el grado de interacción familiar, lo que incluye: estructura del poder familiar (poder, coaliciones y la cercanía); mitología familiar o percepción de la realidad; habilidad de negociación; promoción de la autonomía (permeabilidad, invasividad, responsabilidad) y el afecto familiar. Tiene tres niveles de organización; en un primer nivel se observan a las familias que se encuentran en el fondo de la escala y que son caóticas y confusas, mal delimitados y ninguna jerarquía; en el segundo nivel se encuentran las familias extremadamente autoritarias y en un tercero

encontramos a las familias flexibles y adaptativas que son ni demasiado “sueltas” ni demasiado estrictas”.

- ❖ **Clasificación Triaxial de la Familia:** Algunos terapeutas familiares de la Universidad de Hawai, propusieron un sistema de clasificación familiar basado en tres ejes o dimensiones que engloban en forma aceptable la naturaleza compleja de los problemas familiares. Basado en tres fuentes de información, de las cuales surgen y se agrupan las disfunciones del grupo familiar: En el primer eje o dimensión histórico longitudinal se registran aquellas disfunciones que ocurren como resultado de la dificultad o incapacidad de la familia para manejar adecuadamente las situaciones difíciles de la relacionadas con la etapa del desarrollo por la que atraviesa la familia. En este primer eje, la disfunción está centrada alrededor de la dimensión del desarrollo familiar, por lo tanto se pueden observar diferentes tipos de crisis o disfunciones en diversas etapas. En el segundo eje o dimensión horizontal-seccional se registran las relaciones disfuncionales entre dos o más miembros de la familia. El foco de atención está centrado en los problemas de los subsistemas que existen en la familia, este enfoque en las patologías de la familia identifica a los principales miembros hacia quienes la disfunción puede ser rastreada. En el tercer eje se encuentran las disfunciones familiares de la familia como sistema. El grupo es analizado tanto en los aspectos estructurales y funcionales como en los sociales. En este eje la familia es conceptualizada como un grupo que forma un sistema individual, y las disfunciones de la familia son revisadas con una orientación de grupo-sistema.

- ❖ **Escala de eventos críticos:** La vida implica inevitables circunstancias que la mayoría de los seres humanos aprenden a manejar al adaptar sus respuestas bio-psico-sociales para superarlas, tal resultado no ocurre en el trastorno de adaptación, cuya característica es la respuesta no adaptativa a situaciones de estrés, con desarrollo de síntomas psíquicos y conductuales ante un estresor identificado y cuya acción se produce dentro de los tres meses previos. Holmes y Rahe elaboraron la escala de evaluación de mayor difusión en torno al tema, en el cual adjudican un valor determinado a eventos en la vida del hombre que son causantes de estrés, señala 43 ítems; el 1 es “la muerte de un cónyuge”, al que los autores consideran como el evento capaz de producir mayor estrés en un individuo (100UH), y el ítem 43 que se refiere a “violaciones menores a la ley” (11UH), el cual produce estrés o ansiedad en menor grado. La calificación de la escala de Holmes refiere de 0 a 150 UH no hay problemas importantes, de 151 a 199 UH crisis leve (33%), de 200 a 299 crisis moderada (55%), de 300 a más UH crisis severa (80%), entonces en esta última hay posibilidades de enfermedad psicósomática.

- ❖ **Escala de funcionamiento familiar:** Evalúa la percepción que un miembro de la familia tiene acerca de su funcionamiento familiar principalmente y en relación con sus aspiraciones de protección y afecto. El funcionamiento familiar consiste en la capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales al enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo evolutivo, las crisis por las que atraviesa y da lugar a patrones que permiten ver la dinámica interna en función del medio en que ella se desenvuelve.

- ❖ **Apgar Familiar:** Es uno de los primeros instrumentos desarrollados por un médico familiar, el Dr. Gabriel Smilkenstein (1978); surge como una necesidad para evaluar la funcionalidad familiar, diseñado para su uso potencial en personas de distinto nivel socioeconómico y en diversos contextos socioculturales, además de ser capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar. Es un instrumento autoadministrado, que está diseñado para obtener una evaluación rápida y sencilla de la funcionalidad familiar, su uso es válido y confiable en adultos mayores de 15 años, en su presentación completa consta de dos partes: la primera de 5 ítems (adaptabilidad, cooperación o participación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutoria) y la segunda de 7 variables (nombre, parentesco, edad, sexo, relación buena, relación difícil, relación escasa). Tiene cinco preguntas con un rango de respuesta: siempre (4), casi siempre (3), algunas veces (2), casi nunca (1), nunca (0). Se puede obtener un máximo de 20 puntos. La interpretación del resultado es buena de 18 a 20 puntos, disfunción leve de 14 a 17 puntos, disfunción moderada de 10 a 13 puntos y severa 9 o menos puntos. Es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. En el año de 1989 Austin y Huberty realizaron modificaciones a las preguntas iniciales para su uso en menores de 8 años, la cual posteriormente se validó para su uso en niños, además de existir una versión para su uso en los amigos de la familia.

- ❖ **FACES:** Este instrumento forma parte del modelo circunflejo marital y sistémico familiar, en el cual se presentan como principales características la adaptabilidad, cohesión y comunicación; el instrumento más conocido es el FACES III (Family Adaptability & Cohesion Evaluation Scales). Mide los grados de adaptabilidad y cohesión según el modelo circunflejo. Es una escala formada por 20 ítems, 10 relativos a la cohesión y 10 a la adaptabilidad. La prueba según sus autores, presenta indicadores de fiabilidad importantes en una muestra numerosa de sujetos a lo largo del ciclo evolutivo de la familia, además se han reportado informes de la utilidad clínica y diagnóstica, hecho que ha promovido el interés de estudio de validación en diferentes países de Iberoamérica, lo que incluye a México en los estudios del Dr. Gómez Clavellina, de la UNAM. Es un

instrumento de fácil aplicación y de calificar cuenta con una escala que incluye 5 opciones con valores del 1 al 5 y puede ser contestado por cualquier miembro de la familia mayor de 12 años. Se disponen de versiones adaptadas y probadas para pareja sin hijos, con hijos, con hijos adolescentes y parejas en etapa de retiro, lo que permite clasificar las dimensiones de cohesión y adaptabilidad con mayor facilidad.

- ❖ **Evaluación del Sistema Conyugal:** Evalúa la funcionalidad de la pareja, se considera que esta debe ser gratificante y clara sin perder de vista el entorno social en que se encuentra inmersa la pareja, además aborda las principales funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo. A cada función se agrega un criterio de cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores, valora a través de una escala cuali-cuantitativa: Comunicación, Adjudicación y asunción de roles, Satisfacción sexual, Afecto y Toma de decisiones. Para la calificación de este instrumento se utiliza un valor numérico de 0, 5 y 10, según el grado de satisfacción para cada pregunta, al final se suman los puntos y se compara con una escala preestablecida: 0-40 pareja severamente disfuncional, 41-70 disfunción moderada, 71-100 funcional.

- ❖ **Evaluación o Test de Virginia Satir:** permite evaluar el grado de funcionalidad percibido por el individuo a través de 5 componentes: Satisfacción familiar, Afecto, adaptación, Comunicación, Otros. Además consta de 5 preguntas que exploran los componentes anteriormente enunciados, cada pregunta se califica sobre la escala de Likert, dando valor de 0-2, obteniéndose al final un índice entre 0-10. Por lo que de 7-10 funcionamiento familiar adecuado, 4-6 disfunción familiar moderada y de 0-3 disfunción familiar severa. Sólo hay que aclarar que la comunicación es el principal centro de evaluación, por lo que hay que recordar los puntos que menciona la autora en relación con la comunicación.

- ❖ **Escala de Holmes:** La autora es la Dra. M. Carmen Moreno de la Universidad de Sevilla, evalúa la calidad del contexto familiar a través de un estudio observacional con seis dimensiones, la última con cuatro exposiciones específicas para calificar. Hacemos el comentario de que esta escala es una derivación de la escala de Holmes. Las seis dimensiones que menciona son: Calidad del entorno físico, materiales de aprendizaje, diversidad de experiencias, estimulación de la madurez social, aceptación y afecto.

- ❖ **Inventario Familiar de Olson:** Fue creado por Olson, Rusell y Sprenkle (1979), forma parte del modelo circunflejo, se utiliza para medir la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación de la familia. Las dimensiones que estudia son: adaptabilidad que se refiere a la capacidad del sistema matrimonial o familiar para cambiar su estructura de poder, relaciones de los roles y las reglas de relación frente a las tensiones situacionales y de

desarrollo. Cohesión en esta dimensión se menciona que al existir demasiada proximidad, ésta desemboca en un apego excesivo y la carencia de ella se traduce en desapego. Comunicación entendida como el intercambio de información en la familia, lo cual implica referir los aspectos positivos de los miembros que la forman. Para su aplicación se requiere de personal entrenado en orientación o terapia familiar.

- * **Modelo de McMaster:** Es un instrumento diseñado por Epstein, Bishop y Baldwin (1982)¹², dicho modelo tiene diversas versiones: El Dispositivo de Evaluación de la Familia (FAD), la Escala de Clasificación Clínica McMaster (MCRS) y la Entrevista Estructurada McMaster del Funcionamiento Familiar (McSiff). El McMaster FAD¹³ (Family Assessment Device) es una extensión del Modelo McMaster de Funcionamiento familiar (MMFF) ya que este último mide solo seis escalas (Resolución de problemas, comunicación, respuesta afectiva, roles, control de conducta e involucramiento afectivo), agregándose una escala de funcionamiento general, donde engloba básicamente cómo vive la familia en forma cotidiana y a los eventos que se le presentan. Este evalúa el funcionamiento de la familia en cada dimensión de acuerdo a la percepción de cada uno de los miembros de la familia, son 60 ítems que pueden ser contestados por cualquier persona mayor de 12 años, por tal motivo debe ser contestado por cada miembro de la familia, pues un solo integrante no tiene validez. El cuestionario se basa en cuatro respuestas que se representan con número: totalmente de acuerdo (1), de acuerdo (2), en desacuerdo (3) y totalmente en desacuerdo (4), y cada escala contiene de 6 a 12 preguntas, las cuales están de manera aleatorizada. Cada pregunta coincide con una sola dimensión y puede describir el funcionamiento saludable o no. Toma aproximadamente 20 minutos en contestarlo.¹³ Tiene una confiabilidad test-retest de .81-.87 (coeficiente de estabilidad) y un Cronbach de 0.7-0.9 (fiabilidad de escala).¹⁴

Como se puede observar en los instrumentos planteados previamente, se le da mayor énfasis a determinados aspectos sobre otros; es el caso los que denotan como primordial la relación de la familia con su contexto social o los que priorizan lo instrumental, o los que mencionan la parte afectiva, la importancia de los límites, la cercanía y la comunicación, así como las conductas de enfrentamiento ante situaciones adversas.

1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El médico tiene la capacidad de comprender y ayudar a sus pacientes, y como ser humano está compuesto de personalidad, capacidades, amor, alma, lo que también lo hace vulnerable, pues él también pertenece a una familia, a una sociedad y que como tal va evolucionando, pasando quizá

por alguna etapa del ciclo vital al igual que sus pacientes, por lo que sí existe la presencia de una crisis que lo lleve a disfunción familiar esto podrá entonces alterar su homeostasis y repercutir en la atención médica.

Ahora si se observa su formación en este caso como médico de medicina familiar, pasa por diversos cambios ya que con el simple hecho de estar en una especialidad como residente, esto hace que todo su entorno cambie, por ejemplo si menciona lo geográfico depende de la lejanía en la que se encuentre de su familia, lo laboral donde su percepción es mínima a la esperada y con esto podrían suscitarse problemas económicos, sobre todo si el residente es casado (a); y en lo social ya que el hecho de estar en una residencia requiere de mayor demanda, provocando aislamiento de su vida social o incluso familiar, llevándolo así a la pérdida de su homeostasis¹⁵.

En su formación profesional, el médico busca pese a ello culminar su especialidad en medio de grandes dificultades, sometiéndose a exceso de trabajo por las guardias hospitalarias, llevando entonces al cansancio, al estrés tanto por la carga laboral como por las pocas horas dedicadas a la familia, además se podría agregar la dificultad para adaptarse a los programas curriculares de su posgrado y debido a que el mayor tiempo de su vida la pasa en el ambiente hospitalario ya sea con pacientes, compañeros de trabajo y en menor tiempo con su núcleo familiar, todo lo cual podría traer como consecuencia la disfunción de su grupo familiar¹⁶.

Por tal motivo el funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad en sus miembros, en este caso del residente de medicina familiar, con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional¹⁷.

De tal manera que la presente investigación pretende responder a la siguiente pregunta:

- ❖ ¿Cómo perciben la funcionalidad familiar los médicos residentes y sus familias?

1.3.- JUSTIFICACIÓN.

La población general ve al médico como un profesional con grandes fortalezas frente a las enfermedades, a los problemas socioeconómicos y psicoafectivos, por lo que el paciente siempre espera que el médico pueda responder adecuadamente a sus expectativas, situación un poco fuera de la realidad ya que también es una persona que puede estar pasando por alguna crisis y esto haga que disminuya su calidad de atención hacia su consultante.

Como lo menciona Ramírez¹⁸ respecto a los ingresos exclusivos como médicos general o especialista el 27% percibe lo de 5 salarios mínimos, el 16% 6 salarios, el 21% 4 salarios mínimos¹⁸, siendo entonces la problemática económica lo que ha llevado al médico a que no solo sea trabajador de una sola institución o que inclusive trabaje de manera particular, agregando así un factor más para llevar a este profesionalista a una disfuncionalidad familiar.

Claro está que si en el médico se ve alterada su homeostasis en el ámbito personal, puede ocasionar que la atención hacia sus pacientes no sea la esperada, realizándose entonces un círculo vicioso, provocando frustración o lo que es peor un médico indiferente, sumiso en sus problemas, que sólo trabaja por “tener” que por “querer” hacerlo.

Aunque también se tiene el otro lado de la moneda, aquel médico que por olvidarse de su problemática familiar busca refugio en su trabajo, con la finalidad claro, de no enfrentar su realidad personal, teniendo así al “exitoso” médico pero ausente y con una disfuncionalidad familiar que no sabe cómo arreglar, siendo más fácil refugiarse en su trabajo.

Además si le agregamos que en su lucha constante por actualizarse, ser mejor remunerado; inicia una especialidad médica la cual requiere de un tiempo “extra”, pensando quizá que solo es por tiempo determinado y que de ello obtendrá una mejor remuneración para beneficio de su familia.

El ideal sería que este profesional contara en primera instancia con una familia sana, que le proporcione comodidad, amor y afecto, como elementos de soporte sólidos que le faciliten brindar una atención de integralidad, continuidad y anticipación al riesgo de mejor calidad, pero a su vez cumplir con las exigencias propias de los estudios de postgrado y de esta manera finalizar la especialidad con el más alto grado académico sin que esto le ocasione un estancamiento o frustración en el ámbito laboral, profesional y familiar.

Es así que la realización de este estudio cobra relevancia pues con el simple hecho de evaluar su funcionalidad familiar se podrá ayudar al médico residente de medicina familiar y a su vez este podrá detectar y ayudar a sus pacientes en caso de que presenten datos de disfuncionalidad familiar.

1.4.- OBJETIVOS

1.4.1.- OBJETIVO GENERAL:

Identificar la funcionalidad familiar en los médicos residentes y sus familias

1.4.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Señalar la forma en que la familia y el médico residente solucionan sus problemas.
- 2.- identificar cómo es la comunicación del médico residente y su familia.
- 3.- Describir si los roles que tiene el médico y su familia están definidos
- 4.- Identificar cuál es su respuesta afectiva de la familia y el médico residente.
- 5.- Describir el involucramiento afectivo que tiene el residente y su familia.
- 6.- Señalar cómo es su control de conducta del residente y su familia.
- 7.- Identificar cuál es su funcionamiento general del residente y su familia.
- 8.- Señalar cuál es el género que predomina en la residencia de medicina familiar.
- 9.- Investigar si tiene otro trabajo el residente de medicina familiar y si su conyugue trabaja.
- 10.- Identificar el Estado Civil que predomina en los médicos residentes de medicina familiar.

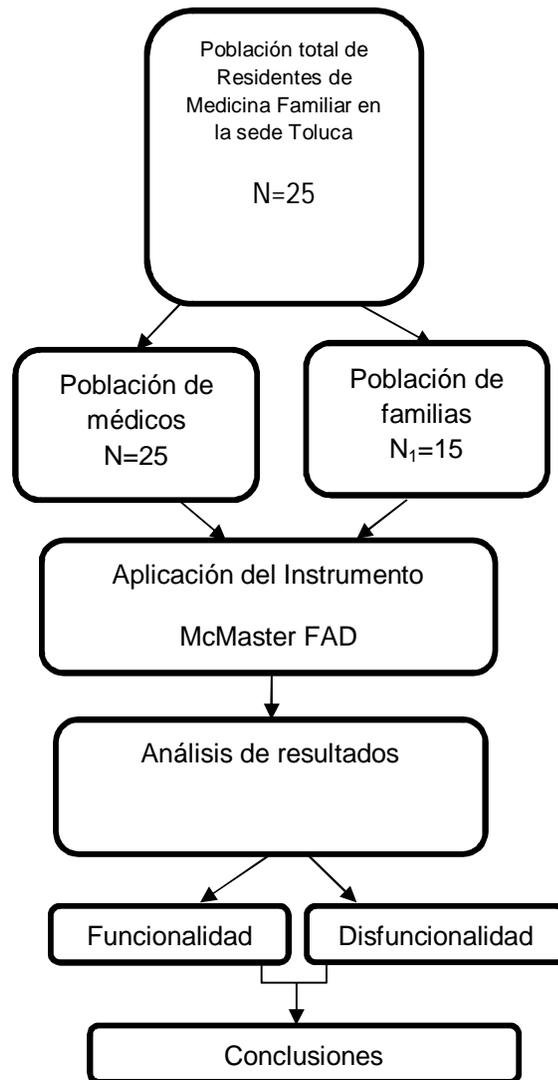
2.- MATERIAL Y MÉTODOS.

2.1.- TIPO DE ESTUDIO.

Descriptivo, transversal, observacional.

2.2.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

Figura 1



2.3.- POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.

Todos los residentes de medicina familiar de ISSEMyM en la sede de Toluca, Estado de México y sus familias.

2.4.- MUESTRA

2.4.1.- TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se trabajó con un universo total de 25 médicos residentes de la especialidad de medicina familiar de los tres grados del curso de la residencia de medicina familiar del plan semipresencial en la sede de ISSEMyM Toluca con un total de 15 familias de los mismos.

2.5.- CRITERIOS

2.5.1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Todos los médicos que se encuentren realizando la especialidad de medicina familiar en la sede de Toluca y sus familias.

2.5.2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Residentes de otra sede del Estado de México e integrantes de la familia menores de 12años.

2.5.3.- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Cuestionarios mal llenados o con letra ilegible (1), quien no acepte contestar el cuestionario (6).

2.6.- VARIABLES

2.6.1.- DEFINICIÓN OPERATIVA Y CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES.

VARIABLE	TIPO Y ESCALA	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR
SEXO	Cualitativa Nominal:	Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales según las funciones que realizan en el proceso de reproducción.	A) FEMENINO B) MASCULINO
EDAD	Cuantitativa Continua:	Lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo que se estima de la existencia de una persona.	A) Números enteros.

ESTADO CIVIL	Cualitativa nominal:	Situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	A) Soltero B) Casado C) Unión libre D) Divorciado E) viudo
SOLUCION DE PROBLEMAS	Cualitativa Nominal:	Considera la destreza de la familia para lograr la resolución de sus problemas en una forma que salvaguarde el funcionamiento familiar de una manera efectiva ¹⁹	McMaster FAD: Totalmente de acuerdo (1) De acuerdo (2) En desacuerdo (3) Totalmente en desacuerdo (4).
COMUNICACIÓN	Cualitativa Nominal:	Se refiere al intercambio de la información en la familia. Para efectos de este análisis se clasifica en áreas instrumentales y afectivas, clara o enmascarada, directa o indirecta ¹⁹ .	McMaster FAD: Totalmente de acuerdo (1) De acuerdo (2) En desacuerdo (3) Totalmente en desacuerdo (4).
ROLES	Cualitativa Nominal:	Analiza patrones de conducta, la familia designa funciones familiares a cada uno de sus integrantes. Se clasifican en dos áreas: instrumentales y afectivas y a su vez se subclasifican en necesarias y no necesarias ¹⁹	McMaster FAD: Totalmente de acuerdo (1) De acuerdo (2) En desacuerdo (3) Totalmente en desacuerdo (4).
INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO	Cualitativa Nominal:	Esta dimensión valora tanto en cantidad como calidad, el interés que muestra la familia, como un todo y en forma individual, en las actividades e intereses de cada miembro de la misma. ¹⁹	McMaster FAD: Totalmente de acuerdo (1) De acuerdo (2) En desacuerdo (3) Totalmente en desacuerdo (4).
RESPUESTA AFECTIVA	Cualitativa Nominal:	Se refiere a la habilidad que tiene la familia para responder de acuerdo al estímulo con los sentimientos adecuados, tanto en calidad (que comprende una amplia gama de emociones), como en cantidad (está vinculada con el grado de respuesta afectiva y describe un continuo, desde la ausencia de respuestas hasta la de una respuesta exagerada). ¹⁹	McMaster FAD: Totalmente de acuerdo (1) De acuerdo (2) En desacuerdo (3) Totalmente en desacuerdo (4).

CONTROL DE CONDUCTA	Cualitativa Nominal	Comprende los patrones que considera una familia para manejar el comportamiento de sus integrantes durante 3 situaciones específicas: a) Situaciones que involucran peligro físico, b) Situaciones que exigen afrontar y expresar necesidades psicológicas, biológicas e instintivas, c) Situaciones que requieren sociabilización intrafamiliar y extrafamiliar. ¹⁹	McMaster FAD Totalmente de acuerdo (1) De acuerdo (2) En desacuerdo (3) Totalmente en desacuerdo (4).
FUNCIONAMIENTO GENERAL	Cualitativa Nominal	Se refiere básicamente a cómo vive la familia en forma cotidiana y la respuesta a los eventos que se le presentan. ²⁰	McMaster FAD: Totalmente de acuerdo (1) De acuerdo (2) En desacuerdo (3) Totalmente en desacuerdo (4).

2.7.- INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

El instrumento constó de 3 secciones, a través de una entrevista directa.

SECCIONES	NOMBRE	NÚMERO DE VARIABLES
SECCIÓN 1	Folio y Consentimiento informado	1
SECCIÓN 2	Ficha de Identificación	3
SECCIÓN 3	Cuestionario McMaster FAD	7

2.7.1 McMASTER FAD¹³

El McMaster FAD (Family Assessment Device) es una extensión del Modelo McMaster de Funcionamiento familiar (MMFF)¹⁹. El McMaster FAD mide siete, solo se agregó a este la escala de funcionamiento general:

Resolución de problemas: Esta dimensión considera la destreza de la familia para lograr la resolución de sus problemas en una forma que salvaguarde el funcionamiento familiar de una manera efectiva, en si todas las familias afrontan casi la misma cantidad de conflictos por lo que tendríamos familias ineficaces y eficaces. Así mismo los problemas familiares los subdividimos en instrumentales que se refieren a los aspectos mecánicos de la vida diaria (sustento económico, alimento, ropa, casa, transportación) y afectivos los que se relaciona con aspectos emotivos (coraje, depresión, amor, etc). El modelo comprende 7 pasos identificados estratégicamente que se deben implementar para llevar a cabo el proceso de resolución de problemas: identificación del problema, comunicación del problema a la personas adecuada, implementar alternativas de acción, elegir una alternativa, llevar a cabo la acción, verificar que la acción se cumpla y evaluación del éxito.

Comunicación: Se refiere al intercambio de información de la familia, también se divide en instrumentales y afectivas, sin embargo, algunas familias presentan mayor conflicto para tener comunicación relacionada con el área afectiva, al mismo tiempo que realizan adecuadamente su comunicación instrumental, o viceversa, por lo tanto aquí se evalúan dos vertientes de la comunicación, el primero se refiere a la precisión con que el contenido de la información es intercambiado y se presenta como una comunicación clara, en contraposición con una confusa; la otra alude a si el mensaje es dirigido a la persona adecuada o si se desvía entonces se plantea como una comunicación directa versus indirecta, teniendo entonces cuatro estilos de comunicación: clara-directa, clara-indirecta, confusa-directa y confusa e indirecta, El modelo se centra en la comunicación verbal y se considera que entre mas disfrazados se hallen los patrones de la comunicación familiar, más inefectivo se detectará el funcionamiento familiar.

Respuesta afectiva: Se refiere a la habilidad de la familia para responder con sentimientos adecuados a un estímulo tanto en calidad (comprende una amplia gama de emociones) como en cantidad (vinculada con el grado de respuesta afectiva, desde la ausencia de respuesta hasta una respuesta exagerada). Se proponen dos categorías la primera es de los sentimientos de bienestar (afecto, ternura, amor, consuelo, felicidad) y los sentimientos de crisis (coraje, miedo, depresión, tristeza). Por lo que el punto sano de esta dimensión se ubica cuando la familia posee la capacidad de expresar una amplia gama de emociones con una duración e intensidad razonable y adecuada al estímulo, aunque hay que tomar en cuenta las variables culturales de la familia.

Roles: Analiza los patrones de conducta a través de los cuáles la familia designa las funciones familiares a cada uno de los integrantes, clasificándose en instrumentales y afectivas y a su vez en necesarias (manutención económica, afectividad y apoyo,

gratificación sexual adulta, desarrollo personal, crecimiento y satisfacción personal) y no necesarias (funciones adaptativas instrumentales “vacaciones”, funciones adaptativas emocionales disfuncionales “chivo expiatorio”).

Control de conducta: Comprende los patrones que considera una familia para manejar el comportamiento de sus integrantes durante 3 situaciones específicas: Situaciones que involucran peligro físico, situaciones que exigen afrontar y expresar necesidades psicológicas, biológicas e instintivas; y situaciones que requieren sociabilización entre los miembros de la familia (intrafamiliar) y fuera del sistema familiar (extrafamiliar). Las familias pueden desarrollar 4 patrones de control de conducta: rígido, flexible, laissez-faire (dejar de hacer) y caótico.

Involucramiento afectivo: Esta dimensión valora, tanto en cantidad como en calidad el interés que muestra la familia, como un todo y en forma individual, en las actividades e intereses de cada miembro de la misma, se identifican 6 tipos de involucramiento: Ausencia de involucramiento, involucramiento desprovisto de afecto, involucramiento narcisista, empatía, sobreinvolucramiento, simbiosis.

Funcionamiento general: Se enfoca primordialmente a cómo vive la familia de manera cotidiana y la respuesta a los eventos que se van suscitando en el momento²⁰.

Evalúa el funcionamiento de la familia en cada dimensión de acuerdo a la percepción de cada uno de los miembros de la familia, son 60 ítems que pueden ser contestados por personas mayores de 12 años, debe ser contestado por cada miembro de la familia, no tiene validez si se aplica sólo a un integrante de la familia²¹.

Para calificar el FAD, el código de todas las respuestas es de la siguiente manera:

- **Totalmente de acuerdo = 1**
- **De acuerdo = 2,**
- **En desacuerdo = 3**
- **Totalmente en desacuerdo = 4**

Cada escala contiene de 6 a 12 preguntas, las cuales están de manera aleatorizada. Cada pregunta coincide con una sola dimensión y puede describir el funcionamiento saludable o no. Toma aproximadamente 20 minutos en contestarlo. Su confiabilidad test-retest es de .81-.87 (coeficiente de estabilidad) y su α Cronbach es de 0.7-0.9 (fiabilidad de escala)¹⁴.

La forma de calificar las respuestas de cada individuo de la familia se hace de la siguiente forma:

1.- Se califican todas las respuestas en la columna del extremo izquierdo. Las respuestas negativas se transforman mediante una resta de 5 puntos en positivas. (Ver tabla 1).

2.- Las respuestas para cada escala se suman y se dividen por el número de ítems contestados en cada escala. Si más del 40% de las preguntas de una escala no son contestadas se anula.

3.- En cada escala existen ítems que evalúan en funcionamiento sano, mientras que otros describen el funcionamiento no sano (Ver tabla 1).

4. Las calificaciones van desde 1.00 (sano) a 4 (no saludable), sin embargo una puntuación de 2.00 o superior indica funcionalidad familiar problemática.

TABLA 1.- ASIGNACIÓN DE ÍTEMS PARA CADA ESCALA.

	RESOLUCION DE PROBLEMAS	COMUNICACION	ROL	RESPUESTAS AFECTIVAS	INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO	CONTROL DE CONDUCTA	FUNCIONAMIENTO GENERAL
ITEMS (+)	2	3	10	49		20	6
	12	18	30	57		32	16
	24	29	40			55	26
	38	43					36
	50	59					46
	60						56
ITEMS (-)			4				
		14	8	9	5	7	1
		22	15	19	13	17	11
		35	23	28	25	27	21
		52	34	39	33	44	31
			45		37	47	41
			53		42	48	51
			58		54		

2.8.- MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

- ❖ El trabajo fue evaluado y aprobado por los Comités tanto de Ética como de Enseñanza del Hospital Regional de Concentración Toluca “Lic. Juan Fernández Albarrán”. (Anexos 1 y 2 respectivamente).
- ❖ Durante un día de clase se informó a los residentes sobre el proyecto a realizar para solicitar su autorización.
- ❖ A los que si cumplían con los criterios de inclusión se les leía el consentimiento de participación voluntaria.
- ❖ Se aplicó McMaster FAD a todo el personal médico que realiza la especialidad de Medicina Familiar, así como a sus familias correspondientes. Los cuestionarios fueron aplicados en la sede académica (Hospital Materno Infantil, ISSEMyM, Toluca) en el horario de clase (sábados de 9-14hrs).
- ❖ El tiempo de aplicación del instrumento fue aproximadamente de 20 minutos y al término del mismo se les dio las gracias.
- ❖ El análisis de la información se realizó mediante estadística descriptiva.

2.9.- MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGSOS.

2.9.1.- SESGO DE INFORMACIÓN

No se puede controlar ya que queda a expensas de la honestidad del entrevistado, aun cuando se les comenta que la información es totalmente confidencial y anónima.

2.9.2.- SESGO DE SELECCIÓN

La muestra fue a conveniencia del investigador ya que se tomaron todos los residentes de Medicina Familiar de la sede de Toluca, Estado de México.

2.9.3.- SESGO DE MEDICIÓN

De acuerdo al instrumento aplicado (McMaster FAD) se tuvo una confiabilidad test-retest de .81-.87 (coeficiente de estabilidad) y un alfa de Cronbach de 0.7-0.9 (fiabilidad de escala), por lo que es un instrumento con validez y confiabilidad.

2.9.4.- SESGO DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Fue el adecuado, dado a que sólo se realizó análisis de estadística descriptiva, obteniendo medidas de tendencia central, dispersión y resumen

2.10.- PROCEDIMIENTO ESTADISTICO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó estadística descriptiva tipo encuesta.

2.10.1.- DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE BASE DE DATOS

Los datos se vaciaron en el programa SPSSV17, construyendo dos bases de datos con los resultados obtenidos y dando códigos alfanuméricos para su captura.

2.10.2.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 17 en el cual se obtuvieron medidas de dispersión y tendencia central.

2.11.- CRONOGRAMA.

Anexo 6.

2.12.- RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.

- ❖ **RECURSOS HUMANOS:** La autora de esta investigación.
- ❖ **RECURSOS FÍSICOS:** Las aulas del Hospital Materno Infantil ISSEMyM en Toluca Estado de México.

- ❖ **RECURSOS MATERIALES:** Hojas tamaño carta, copias, engrapadora, grapas, lápices, computadora, CD vírgenes, USB portátil, apoyo bibliográfico, Internet, cartuchos de tinta para impresora, scanner, software de Word, Excel, programa estadístico SPSS V17, en sistema operativo de PC.
- ❖ **RECURSOS FINANCIEROS:** Aportados por la autora de la presente investigación.

2.13.- CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El trabajo fue presentado y aprobado por el Comité de Bioética (anexo 1) y el Comité de Enseñanza (anexo 2) del Hospital Regional de Concentración Toluca "Lic. Juan Fernández Albarrán", adicionalmente se solicitó autorización y la firma de consentimiento de participación voluntaria a los residentes y sus familias (anexo 3)

Además el presente trabajo se apega a las siguientes consideraciones:

A) Declaración de Helsinki.

La asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben de ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

Por lo que en este trabajo se trató de encontrar de acuerdo a la aplicación del instrumento McMaster FAD y en base a sus siete escalas, dónde el médico residente de medicina familiar y su familia se encuentra con mayor disfuncionalidad.

Además se menciona que la investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza podrá beneficiarse de sus resultados.

B) Ley General de Salud en Materia de Investigación.

Artículo 14. Donde se menciona que la investigación contará con el consentimiento informado y por escrito, esto se realizó en el trabajo, se entregó una hoja de consentimiento

de participación voluntaria (anexo 3) antes de aplicar el instrumento, donde se les explicaba el objetivo del estudio, así como el poder dejar de contestarlo.

Artículo 16. En las investigaciones en seres humanos se protegerán la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice. El cuestionario (anexo 4 y 5) fue manejado por folios y fue de manera anónima.

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su **artículo 17** menciona que la investigación sin riesgo son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: Cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta, el presente estudio entra dentro de este rubro, ya que es un estudio que emplea métodos y técnicas de investigación documental y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio.

3.- RESULTADOS

De los 25 residentes de Medicina Familiar sólo se aplicaron 19 encuestas, ya que 6 residentes no aceptaron participar, por lo tanto el número de encuestas aplicadas a las familias fue menor (15).

Los resultados obtenidos de los 19 residentes y 15 familias que fueron entrevistados son los siguientes:

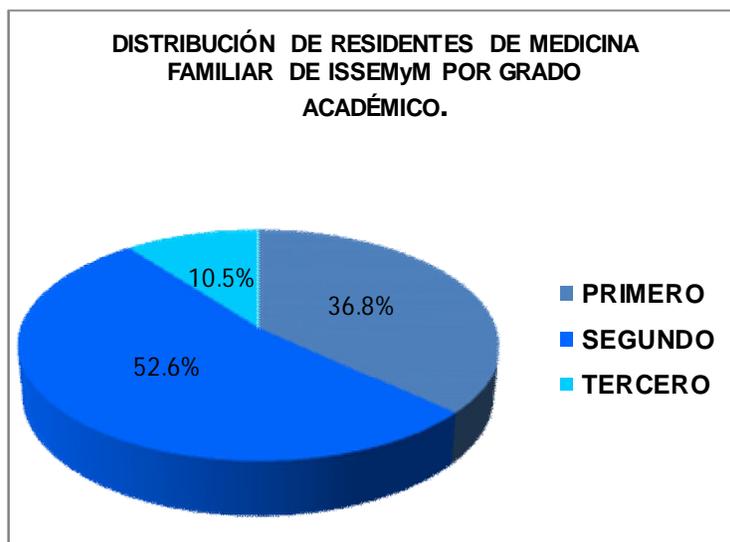
EDAD DE LOS RESIDENTES.

El rango va de 27 a 51 años con una desviación estándar de 7.1, y una media de edad de 37 años.

GRADO ACADÉMICO.

Se observa que los residentes por grado académico 10 (52.6%) corresponden al segundo grado, 7 (36.8%) corresponden al primer grado y 2 (10.5%) corresponden al tercer grado. Figura 2.

Figura 2.

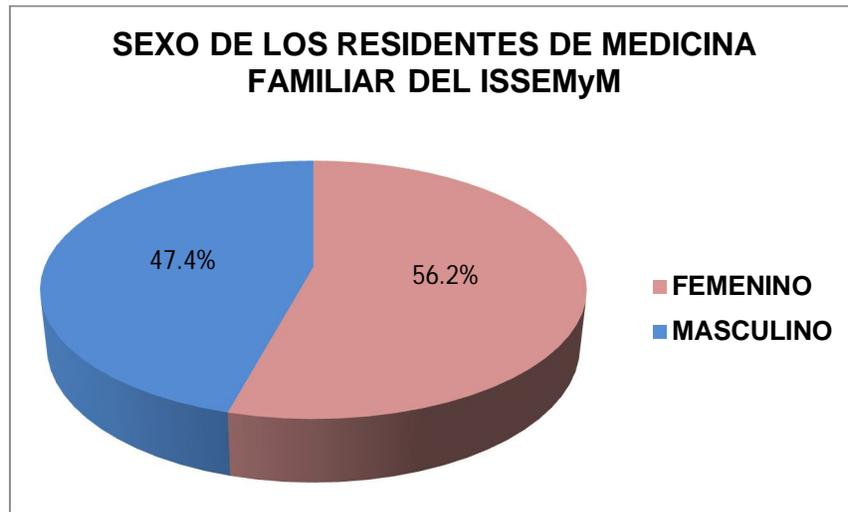


Fuente: n=19.

SEXO DE LOS RESIDENTES

El 10 (56.2%) corresponden al sexo femenino y 9 (47.4%) al sexo masculino, como se observa en la Figura 3.

Figura 3.



Fuente: n=19

ESTADO CIVIL DE LOS RESIDENTES

13(68.4%) de los residentes están casados, 2 (10.5%) solteros, 2 (10.5%) son divorciados, 1(5.3%) vive en unión libre y 1 vive solo (5.3%). Tabla2.

Tabla 2

ESTADO CIVIL	RESIDENTES
CASADO	13
SOLTERO	2
DIVORCIADO	2
UNION LIBRE	1
VIVE SOLO	1

Fuente: n=19

FAMILIA DE LOS RESIDENTES

Dentro de este rubro se encuentra tanto la esposa, hijos y otros integrantes que se encuentren viviendo con ellos y hayan contestado el cuestionario. (Ver tabla 3).

Tabla 3.- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LAS FAMILIAS DE LOS RESIDENTES.

Variable	No. de familias (n=15)
Genero	
Femenino	10
Masculino	5
Parentesco	
Conyugue	10
Hijo	2
Suegros	1
Padres	2
Edad	
10-20	2
21-30	4
31-40	5
41-50	2
51-60	2
Profesión del familiar	
Médico	4
Profesor	2
Estudiante	3
Abogado	1
Taxista	1
Ama de Casa	2
Terapeuta	1
Odontóloga	1
Situación Laboral del cónyuge	
Trabaja	7
No trabaja	3
Total	10

Fuente: n=15, n=10.

RESULTADOS DEL INSTRUMENTO DE McMASTER FAD EN LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y SUS FAMILIARES.

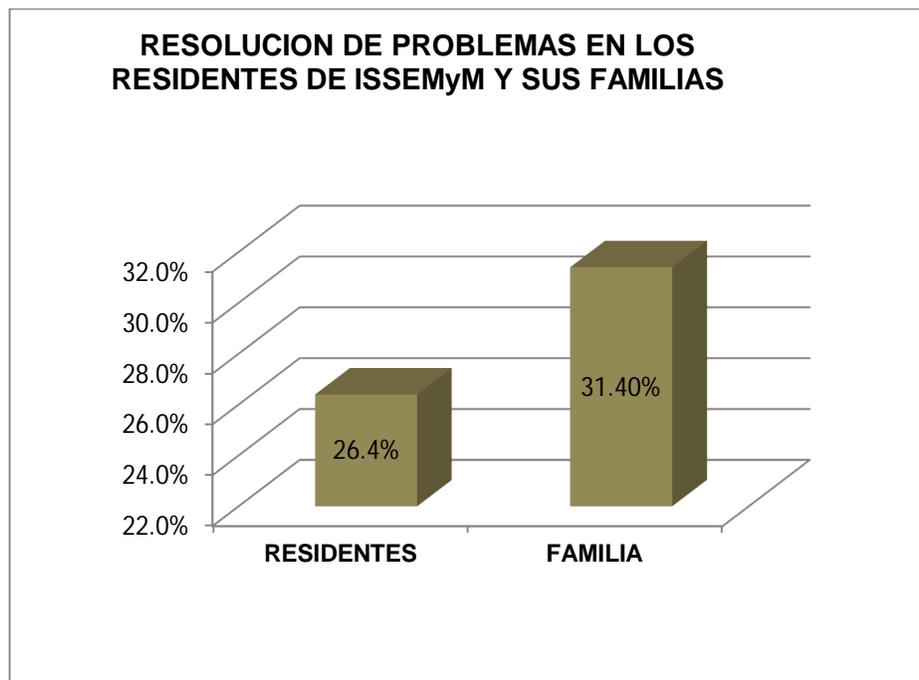
Al analizar la funcionalidad por dimensiones de acuerdo al McMaster FAD, los resultados obtenidos son los siguientes:

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

Tomando en cuenta las subescalas de resolución de problemas el mayor problema que se encontró en la familia es en la comunicación del problema a la persona adecuada y en la elección de la alternativa, sobre todo en los problemas instrumentales. Sin embargo los puntajes se encontraban por arriba de 2 y menores a 4 siendo englobadas en funcionamiento familiar problemático.

Por lo tanto 5 familias (31.4%) se encuentran disfuncionales; 4 corresponden al sexo femenino. En los residentes corresponde a una disfuncionalidad 5 residentes (26.4%). Como se observa en la Figura 4.

Figura 4.



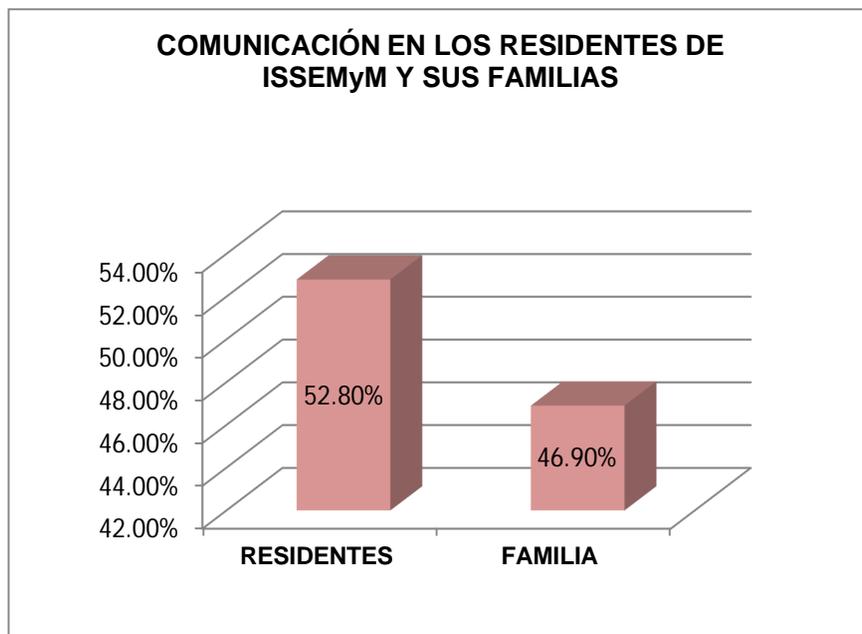
Fuente: n=19, n=15.

COMUNICACIÓN.

La disfuncionalidad se observó en la comunicación para el área afectiva principalmente teniendo predominancia el estilo de comunicación clara e indirecta. Se obtuvieron puntajes de entre 1 y 2 por lo que se consideran familias severamente perturbadas.

Por lo tanto 7 (46.9%) son disfuncionales correspondiendo solo 5 (71.4%) al sexo femenino, esto en la familia. En residentes hubo disfuncionalidad en 10 (52.8%); 8 son casados; como se observa en la Figura 5.

Figura 5.



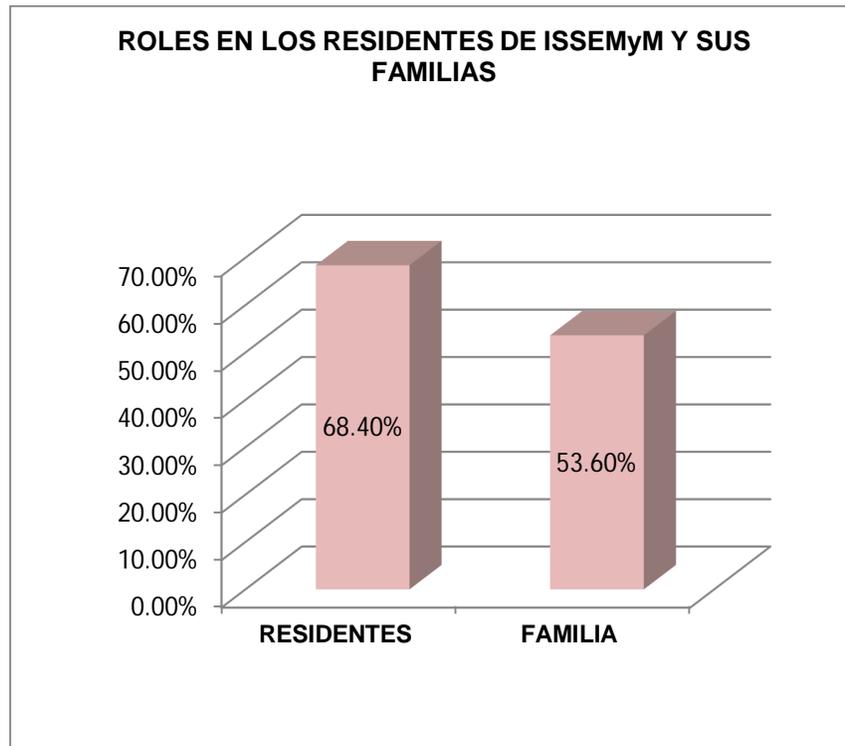
Fuente: n=19, n=15.

ROLES.

Dentro de la subescala de funciones necesarias la de manutención económica, afectividad y apoyo; y crecimiento y satisfacción personal de cada uno de los miembros fueron las más afectadas de acuerdo a los resultados, y de las funciones no necesarias las adaptativas emocionales disfuncionales, encontrándose entonces en su mayoría puntaje entre 1 y 2 considerándolas severamente perturbadas .

La familia presenta 8 (53.6%) con disfuncionalidad; 6 corresponden al género femenino y 7 trabajan. En residentes con disfuncionalidad solo 13 (68.4%), siendo el segundo grado más disfuncional (8), que corresponden al sexo masculino; 12 son casados; como se observa en la Figura 6.

Figura 6.



Fuente: n=19, n=15

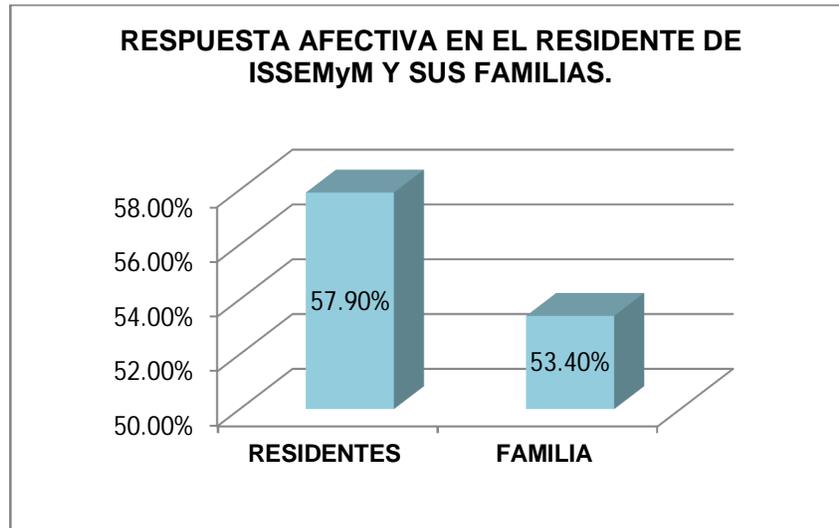
RESPUESTA AFECTIVA.

Se encontró mayor disfuncionalidad en la subescala de sentimientos de bienestar, pues hay severa restricción a las emociones, encontrándose un puntaje entre 1 y 2 por lo que se considera una familia severamente perturbada. Solo en 2 familias de las 8 que se encontraron disfuncionales se encontró mayor alteración en la subescala que corresponde a los sentimientos de crisis.

La familia 8 (53.4%) son disfuncionales; 5 son del sexo femenino; 3 de ellos son médicos, 2 estudiantes y 7 trabajan. En los residentes con disfuncionalidad son 11 (57.9%), siendo el

segundo grado el más disfuncional (6) y 2 del tercer año; 7 de ellos son del género masculino; 8 son casados; como se observa en la Figura 7.

Figura 7.



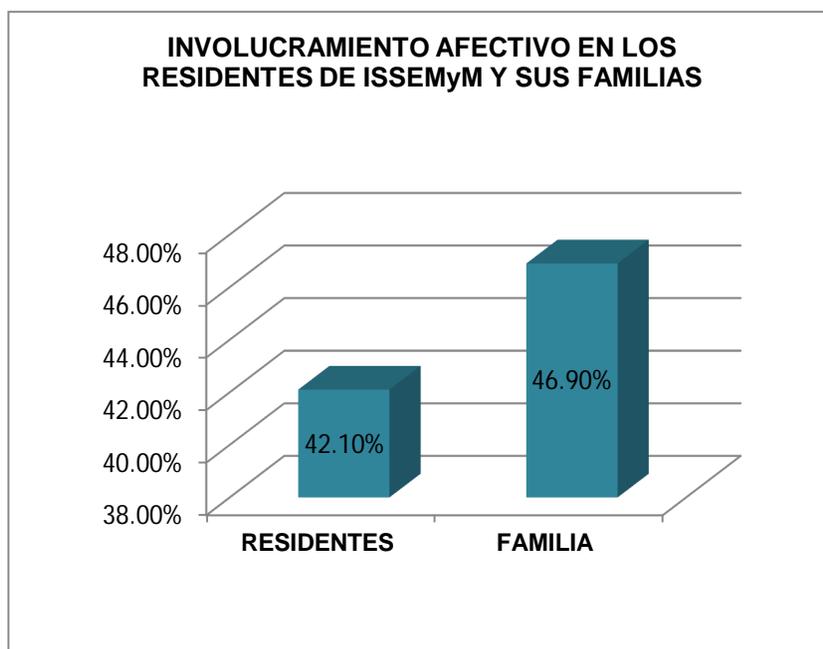
Fuente: n=19, n=15

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO.

Dentro de los 6 tipos de involucramiento que valora esta escala los más relevantes que se obtuvieron fueron en el involucramiento desprovisto de afecto y en el involucramiento narcisista obteniendo entonces como resultado un involucramiento intermedio, con puntaje mayor a 2 y menor a 4 resulto ser un funcionamiento familiar problemático

La familia presenta una disfuncionalidad en 7 integrantes (46.9%), que corresponden a 5 mujeres y 2 hombres. Los residentes presentan una disfuncionalidad en 8 (42.1%), de ellos 6 son hombres, Como se observa en la Figura 8.

Figura 8.



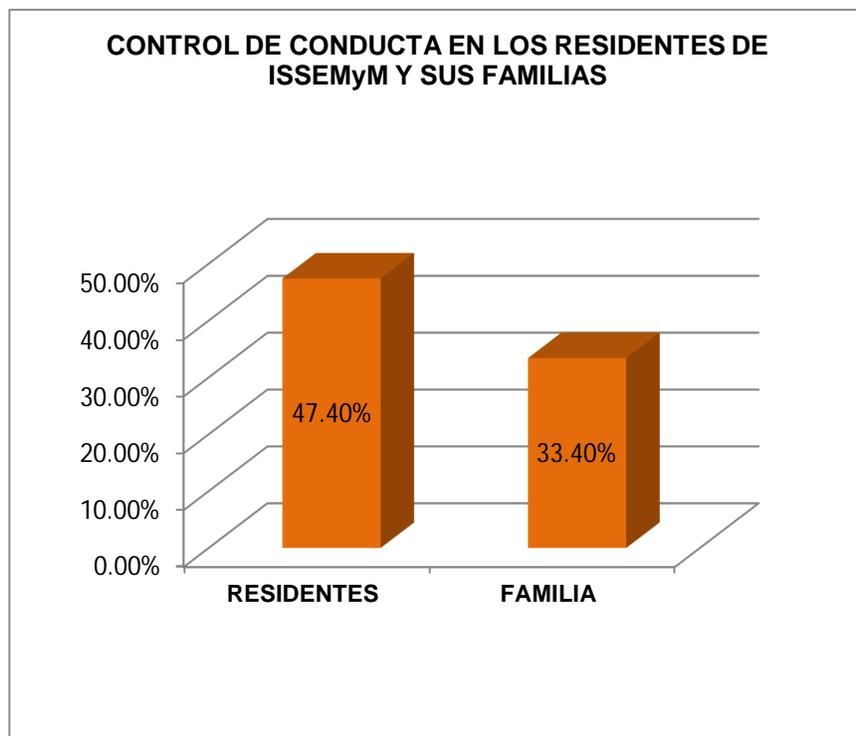
Fuente: n=19, n=15

CONTROL DE CONDUCTA.

Las subescalas más afectadas se encontraron en situaciones que involucran peligro físico y situaciones que requieren sociabilización sobre todo en la intrafamiliar y el patrón en el control de conducta que se encontró fue el flexible en 4 familias y rígido en 1, obteniéndose puntajes de mayores a 2 y menores a 4 considerándose entonces una familia con funcionamiento problemático.

La familia presenta 5 (33.4%) integrantes que presentan disfuncionalidad, donde 3 son mujeres. En los residentes con disfuncionalidad en 7 (47.4%), como se observa en la Figura 9.

Figura 9.



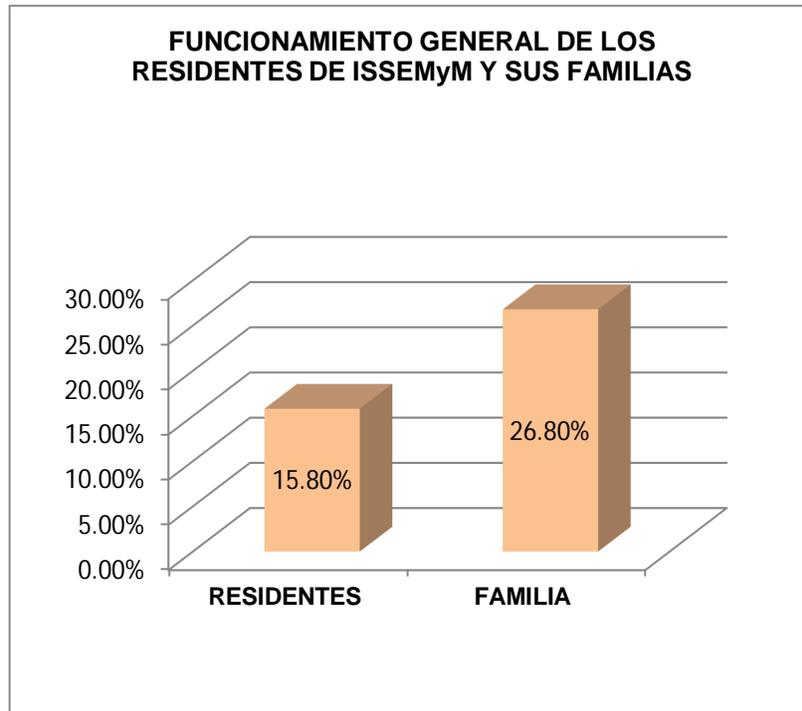
Fuente: n=19, n=15

FUNCIONAMIENTO GENERAL.

En Funcionamiento general, la familia presenta una disfuncionalidad en 4 integrantes (26.8%), de estos 3 son mujeres.

Para los residentes se encuentra con disfuncionalidad en 3 de ellos (15.8%), como se observa en la Figura 10.

Figura 10.



Fuente: n=19, n=15

4.- DISCUSIÓN.

En el artículo de Varela²² que habla acerca de disfunción familiar se observó que el 51% de los casos eran familias nucleares y el 27.4% son monoparentales y en la etapa final del ciclo vital, en el estudio de médicos residentes de ISSEMyM se observó que el 78.9% son nucleares y el 5.3% son monoparentales y 73.7% corresponde al ciclo vital en fase de dispersión.

En el artículo de González²³, los residentes de primer año son los que pasan con mayor disfuncionalidad; en este estudio se observó que los de segundo año y los de tercer año son los que presentan mayor disfuncionalidad.

Así mismo se habla que el 53.41% son casados y el 30.92% solteros, lo que pudiera estar relacionado dado que el mayor porcentaje se encuentra en un rango de 30-34 años que comparado con el estudio realizado se observa que el 68.4% son casados y el 10.5% solteros, teniendo un rango mucho más amplio de edad entre 25-40 años.

De acuerdo al estrato socioeconómico el 41.77% tiene disfuncionalidad leve, ya que el tener mayor monto económico cubren sus necesidades básicas más fácilmente, no así en el estudio realizado donde se observa que el 68.4% presenta disfuncionalidad pues 8 de ellos tienen más de un trabajo, si bien es cierto cubren sus necesidades básicas pero merman una de las funciones de la familia que es el afectivo.

Este mismo estudio se habla que en los residentes existe disfunción familiar leve en un 41.77% y moderada y severa en un 18.87% y en otro estudio similar realizado en el 2006 en Colombia demuestra que el 7.3% presenta disfunción familiar severa, encontrando en el estudio realizado solo el 15.8% de disfuncionalidad severa.

En relación a la funcionalidad familiar nos habla que de cada diez médicos 4 cursan con disfuncionalidad leve, 4 con moderada y 2 con severa, en el estudio realizado se encuentra que el mayor problema de disfuncionalidad de acuerdo al McMaster FAD se encuentra en la aplicación de roles (10 residentes), comunicación (13 residentes) y respuesta afectiva (11 residentes).

5.- CONCLUSIÓN.

La disfunción familiar supone un estancamiento en el desarrollo de la familia. El objetivo fundamental del reconocimiento de tal disfunción será restablecer la homeostasis normal del ciclo vital familiar ya que es muy importante para determinar el momento y el modo en que una transición normal del ciclo se transforma en un estado de crisis.

El objetivo de este estudio se alcanzó ya que se identificó la disfuncionalidad familiar a través del McMaster FAD, no solo de manera general sino en cada una de las escalas que representa.

La formación de especialistas en medicina familiar busca dotar de herramientas teóricas y metodológicas idóneas a los médicos para que ofrezcan una atención integral, continua y anticipatoria al riesgo en la familia, por lo que resulta de mucha importancia que este médico en formación este en homeostasis no solo en lo personal sino también en lo familiar.

Por tal motivo es trascendental identificar la disfuncionalidad en los médicos de familia durante su etapa de formación ya que van a ser los encargados de tratar a las familias y además dentro de nuestra institución es una especialidad nueva por lo que debe estar totalmente preparado tanto en lo profesional como en lo personal pues se enfrenta a múltiples retos.

Se concluye entonces con este estudio que en los residentes de medicina familiar se encontró mayor disfuncionalidad en las escalas del McMaster que comprenden la respuesta afectiva, comunicación y los roles por lo que se tendría que valorar redes de apoyo con las que cuenten los residente e incluso valorar terapia de pareja ya que la mayor disfuncionalidad dentro de estas escalas se observó en las esposas de los médicos residentes.

Así mismo el médico residente debe valorar si es viable el tener dos o más trabajos ya que como se mencionaba antes si bien es cierto da más tranquilidad económica pero se deja a un lado la función afectiva y la socialización dentro de su familia.

La etapa de la residencia es complicada debido a que se pasa por múltiples crisis no normativas, que si no hay un adecuado apoyo, la disfuncionalidad familiar se haría presente, por tal motivo sería importante realizar más investigaciones en los médicos residentes, ya que este estudio abre líneas de investigación como disfuncionalidad conyugal e incluso depresión en los médicos residentes que presentan disfuncionalidad familiar.

Por tal motivo se sugiere que dentro de la especialidad se hagan valoraciones por lo menos cada año sobre su funcionalidad familiar, ya sea mediante McMaster FAD, para que así mediante redes

de apoyo se les ayude y en este caso si tomamos en cuenta los resultados puedan mejorar su comunicación, implementar adecuadamente el rol y las respuestas afectivas de cada integrante de familia y claro está el seguimiento de la misma durante la duración de la especialidad para que se cumpla el objetivo quizá no de evitar crisis pero si de que estas no provoquen un desequilibrio en el ámbito personal y mucho menos familiar y por lo tanto causen una disfunción familiar.

A pesar de que si se cumplió el objetivo de identificar disfuncionalidad en los residentes, el trabajo tiene sus limitaciones, por lo que es importante señalarlos; así como la aplicabilidad práctica de los resultados, por lo que se pueden buscar otras alternativas para explorar a las familias de los residentes, ya que el instrumento señala la literatura debe ser aplicado por expertos en el área debido a que su interpretación resulta difícil.

El estudio resulta interesante como línea en la investigación educativa y llevar a cabo investigaciones que analicen otros aspectos que pudieran identificar disfuncionalidad familiar en esta población, y no necesariamente situar a la residencia como agente causal de disfuncionalidad.

6.- REFERENCIAS

- 1.- Ortiz MT, Louro BI, Cangas JL. Proyecto de Intervención en Salud Familiar. Una propuesta metodológica. Trabajo para obtener el Título de Máster de Psicología en la Salud. Facultad de Salud Pública. 1996.
- 2.-Louro BI. Algunas consideraciones éticas acerca de la familia en el proceso salud-enfermedad. Experiencia en la Atención Primaria de Salud. Facultad de Salud Pública. 1993.
- 3.- Irigoyen CA, Morales LH, compiladores. Nuevos fundamentos de Medicina Familiar. 3ª ed. MFM; 2006.
- 4.- Anzures CR, Chávez AV, compiladores. Medicina Familiar. 1ª ed. Corinter; 2008.
- 5.- II. Conceptos Básicos para el estudio de las Familias. Archivos de Medicina Familiar. México. 2005. S11-S19.
- 6.- De la Revilla. Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar. DOYMA. España; 1994.
- 7.- Saucedo JM. Psicología de la vida en familia: una visión estructural. Revista Médica del IMSS. 1991; 29(1): 61-67.
- 8.- Dulanto J. La Familia. 1ª ed. ETM. México; 2004. 165-170p.
- 9.- Watzlawick P, Beavin J, Jackson D. Teoría de la comunicación humana. Herder. España; 2008.
- 10.- González JM. La familia como sistema. Revista Papeña de Medicina Familiar. 2007; 4(6): 111-114.
- 11.- Alcaina T. Sicopatología e Interacción Familiar. [Internet]. 2005. Noviembre 18: 19-40. Disponible en: <http://www.apellares.com/silaboestrategiasdeconsfamiliar.pdf>
- 12.-Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster Family Assessment Device. Journal of Marital and Family Therapy. 1983; 9(2): 171-180.
- 13.- Epstein NB, Ryan CE, compiladores. Evaluating and Treating Families: The McMaster Approach. 1a.Ed. New York: Routledge; 2005. P.125-154; 225-236.

- 14.- García M, Rivera S, Reyes I, Díaz R. Construcción de una escala de funcionamiento familiar. Facultad de Psicología, UNAM. 2006; 22(2): 91-110.
- 15.- Mendoza MC. Disfunción Familiar en el personal de salud del Hospital La Paz en el año 2007. Archivo del hospital La Paz. 2007 Diciembre; 5(2): 21-29.
- 16.- Zaldívar DF. Funcionamiento Familiar saludable. Salud Vida [internet]. 2007 Mayo 28: 1-4. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/funcionamiento_familiar.pdf
- 17.- Miller IW, Bishop DS, Epstein NB, Keitner GI, Kabacoff RI. A psychometric Study of the McMaster Family Assessment Device in Psychiatric, Medical, and nonclinical samples. Journal of Family Psychology. 1990 June; 3(4): 431-439.
- 18.- Ramírez JL. El impacto de la Reforma de la Salud en Colombia, en la calidad de vida de los Médicos en Caldas. Universidad Nacional de Colombia. Sede Manizales. Facultad de Administración. Colombia. 2011.
- 19.- González CM, González SI. Un enfoque para la evaluación del funcionamiento familiar. REMO. 2008; 6(15): 1-6.
- 20.- Akister J, Stevenson-Hinde J. Identifying families at risk: exploring the potential of the McMaster Family Assessment Device. Journal of family therapy. 1991; 13: 411- 421.
- 21.- Miller IW, Ryan CE, Keitner GI, Bishop DS, Epstein NB. The McMaster Approach to Families: theory, assessment, treatment and research. Journal of Family Therapy. 2000; 22: 168-189.
- 22.- Varela CE, Rodríguez I, González G, Ocampo P, Amaya C. Aptitud clínica de los médicos familiares en la identificación de la disfunción familiar, en unidades de medicina familiar de Guadalajara, México. Salud Mental. 2006; 29(4): 40-46
- 23.- González C, Mejía M, Angulo L, D'ávila M. Funcionalidad familiar, estrato socio-económico y red de apoyo social de los residentes de posgrado de la facultad de medicina de la Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela. MedULA Revista de Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. 2005; 12 (1-4): 26-30.
- 24.- Barroilhet S, Cano-Prous A, Cervera-Enguix S, João M, Guillén-Grima F. A Spanish version of The Family Assessment Device. Soc Psychiat Epidemiol. 2009; 44: 1051-1065.

7.- ANEXOS.

7.1.- COMITÉ DE BIOÉTICA.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



MEMORANDUM

Toluca Méx, a 25 de Enero de 2012

A QUIEN CORRESPONDA

Una vez revisado y analizado en el seno del Comité de Bioética del Hospital Regional de Concentración Toluca Issemym, el protocolo de Investigación Titulado: **Percepción de Funcionalidad del Residente y su Familia de la Sede ISSEM YM Toluca.** Que elabora y presenta la Dra. Ma. De Lourdes Delgado Rocandio. Médico adscrito al servicio de urgencias de ésta institución; y no habiendo encontrado implicaciones éticas en dicho estudio, para su desarrollo, se aprueba la continuación y fines que ello conlleve al termino del mismo.

ATENTAMENTE


DR. JUAN CARLOS MARTÍNEZ RIVERA
PRESIDENTE


LIC. (PSIC.) EDITH PALMERO CONTRERAS
SECRETARIO

VOCALES


DRA. FLOR MARÍA QUINTO CHAVEZ


DR. ERNESTO E. FLORES VARAS


LIC. GIOVANA TOURLAY NERI


MTRA. MA DEL CARMEN RODRIGUEZ VERDEJA

C.C.P. Dr. Ernesto e. Flores Varas - Subdirector Médico y Jefe de Enseñanza y Capacitación
Dr. Humberto Alegría García - Coordinador Clínico
Lic. Psic. Edith Palmero Contreras - Secretaria del Comité de Bioética.



INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

HIDALGO PTE. No. 600 COL. LA MERCED
TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, C.P. 50080
TELS. (01 722) 226 19 00
www.edomex.gob.mx/issemym

7.2.- CÓMITE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN



HOSPITAL DE CONCENTRACION TOLUCA
JUAN FERNANDEZ ALBARRAN
DIRECCION

COMITÉ DE ENSEÑANZA "HOSPITAL DE CONCENTRACION TOLUCA JUAN FERNANDEZ ALBARRAN"
EXPEDIENTE: CONSECUTIVO
ASUNTO: DICTAMEN

Toluca Méx. 11 Enero 2012

DOCTORA
MARIA DE LOURDES DELGADO ROCANDIO
MEDICO ADSCRITO A URGENCIAS
HOSPITAL DE CONCENTRACION TOLUCA
JUAN FERNANDEZ ALBARRAN
PRESENTE.

Sirva el presente para enviarle un cordial y afectuoso saludo, y a su vez para notificarle que habiendo analizado en el pleno del comité de enseñanza e investigación el protocolo de estudio: **"PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DE LOS RESIDENTES EN LA SEDE ISSEMYM TOLUCA"**, cumpliendo los requisitos establecidos en metodología de investigación, es **APROBADO** para su terminación, publicación y difusión de acuerdo a normatividad institucional establecida

Sin más por el momento, quedo de usted.

ATENTAMENTE

DR. JUAN CARLOS MARTINEZ RIVERA
PRESIDENTE DEL COMITE
ENSEÑANZA E INVESTIGACION

c.c.p. - Archivo

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

AVENIDA MIGUEL HIDALGO INSISTENTE NO. 600, COLONIA LE HERMINO, TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, C.P. 50000 TEL. 522 226 14 00.

7.3.- CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA.

El presente trabajo tiene como objetivo identificar la funcionalidad familiar en los médicos.

La información que se obtenga en este trabajo será utilizado con fines de investigación, será de carácter confidencial y obtenido de manera voluntaria.

La investigación tiene la autorización por parte del Comité de Ética y el Comité de Enseñanza del Hospital Regional de Concentración Toluca “Licenciado Juan Fernández Albarrán”. En caso de sentirse incómodo con algunas de las preguntas tiene la libertad de no seguir contestando.

¿Acepta usted contestar?

Sí _____ No _____

Muchas gracias por su participación.

7.4.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

GRADO DE ESPECIALIDAD: _____

SEXO: _____ EDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____

ES USTED DE BASE O DE CONTRATO (SUPLENCIA) _____

¿CUENTA CON OTRO TRABAJO?

SI _____ NO _____

CUÁL (ES): _____

CON QUIÉN VIVE:

EDAD	OCUPACIÓN	PADECE ALGUNA ENFERMEDAD (CUÁL)

¿USTED CREE QUE SU FAMILIA ES FUNCIONAL?

SI _____

NO _____

¿POR QUÉ?: A) TRABAJO B) ESPECIALIDAD C) ECONÓMICO D) TESIS

E) RELACIÓN INTERPERSONAL: I) PAREJA II) HIJOS III) COMPAÑEROS DE ESPECIALIDAD

7.5.- McMASTER FAD²⁴

Este cuestionario es con la finalidad de proporcionar información de la funcionalidad familiar, por lo que se solicita sea contestado con la mayor sinceridad posible.

Marque su respuesta con los números del 1 al 4:

1.- TOTALMENTE DE ACUERDO

2.- DE ACUERDO

3.- EN DESACUERDO

4.- TOTALMENTE EN DESACUERDO

- 1.- Planear actividades familiares es difícil porque no nos entendemos ()
- 2.- Nosotros resolvemos casi todos los problemas cotidianos de la casa ()
- 3.- Cuando alguien esta triste, los demás saben ¿por qué? ()
- 4.- Cuando le pide a alguien que haga algo, debe verificar que lo haya hecho ()
- 5.- Si alguien está en problemas, los otros se involucran demasiado ()
- 6.- En tiempo de crisis, podemos apoyarnos unos a otros ()
- 7.- No sabemos qué hacer en una emergencia ()
- 8.- A veces se nos terminan las cosas que necesitamos ()
- 9.- Somos renuentes a mostrar afecto unos a otros ()
- 10.- Nos aseguramos que cada miembro de la familia conozca sus responsabilidades ()
- 11.- No podemos hablar unos con otros de la tristeza que sentimos ()
- 12.- Nosotros usualmente actuamos de acuerdo con nuestras decisiones poniendo atención a los problemas ()
- 13.- Usted sólo obtiene el interés de los demás cuando algo es importante para ellos. ()
- 14.- No puede decir cómo se siente una persona en base a lo que dicen ()
- 15.- Las obligaciones familiares no se conocen lo suficiente ()
- 16.- Los individuos son aceptados por lo que son ()
- 17.- Usted puede salirse con la suya fácilmente y romper las reglas ()
- 18.- La gente viene directamente y dice las cosas en lugar de indicarlas ()
- 19.- Algunos de nosotros simplemente no respondemos emocionalmente ()

- 20.- Sabemos qué hacer en una emergencia ()
- 21.- Evitamos discutir nuestros miedos y preocupaciones ()
- 22.- Es difícil hablar entre nosotros de sentimientos tiernos ()
- 23.- Tenemos problemas para cumplir con nuestras obligaciones financieras ()
- 24.- Después de que nuestra familia trata de resolver un problema, usualmente discutimos si se solucionó o no ()
- 25.- Somos demasiado egocéntricos (egoístas) ()
- 26.- Podemos expresar nuestros sentimientos unos por otros ()
- 27.- No tenemos expectativas claras sobre los hábitos en el aseo ()
- 28.- Nosotros somos renuentes a mostrar nuestro afecto por cada uno ()
- 29.- Hablamos directamente con la gente sin intermediarios ()
- 30.- Cada uno de nosotros tiene obligaciones y responsabilidades particulares ()
- 31.- Hay muchos malos sentimientos en la familia ()
- 32.- Tenemos reglas acerca de pegarle a la gente ()
- 33.- Nosotros nos involucramos entre nosotros sólo cuando algo nos interesa ()
- 34.- Hay poco tiempo para explorar intereses personales ()
- 35.- Frecuentemente no decimos lo que queremos decir ()
- 36.- Nos sentimos aceptados por lo que somos ()
- 37.- Nosotros sólo mostramos interés entre nosotros sólo cuando podemos obtener algo de ello personalmente ()
- 38.- Podemos resolver problemas emocionales cuando se presentan ()
- 39.- La ternura esta relegada a segundo plano, respecto a otras en nuestra familia. ()
- 40.- Nosotros discutimos a quien le tocan las tareas domésticas ()
- 41.- La toma de decisiones es un problema en nuestra familia ()
- 42.- Nuestra familia muestra interés en los demás miembros sólo cuando pueden obtener algo de ello ()
- 43.- Somos francos unos con otros ()
- 44.- Nosotros no tenemos ninguna regla estándar ()
- 45.- Si se le pide a alguien hacer algo hay que recordárselo ()
- 46.- Somos capaces de tomar decisiones para resolver problemas ()

- 47.- Si las reglas se rompen, no sabemos que esperar ()
- 48.- Cualquier cosa pasa en nuestra familia ()
- 49.- Expresamos nuestro cariño ()
- 50.- Enfrentamos problemas que involucran sentimientos ()
- 51.- No nos llevamos bien cuando estamos juntos ()
- 52.- No nos hablamos cuando estamos enojados ()
- 53.- Por lo general estamos en desacuerdo con las actividades asignadas a cada uno ()
- 54.- Aun cuando es con buena intención, nos entrometemos demasiado en la vida de los demás ()
- 55.- Hay reglas en nuestra familia sobre situaciones peligrosas ()
- 56.- Confiamos unos a otros ()
- 57.- Lloramos con libertad ()
- 58.- No tenemos un buen transporte ()
- 59.- Cuando no nos agrada algo que alguien hizo, se lo decimos ()
- 60.- Tratamos de pensar en diferentes maneras de resolver los problemas ()

GRACIAS.

7.6.- CRONOGRAMA

Etapa de planeación (trimestres)	2009 1	2009 2	2009 3	2009 4	2010 1	2010 2	2010 3	2010 4	2011 1	2011 2	2011 3	2011 4
Etapa de planeación proyecto	X	X	X									
Marco teórico		X	X	X	X							
Material y métodos				X	X							
Registro y autorización de proyecto					X							
Etapa de ejecución proyecto					X	X	X					
Recolección de datos							X	X	X			
Almacenamiento de datos								X	X			
Análisis de datos										X		
Descripción de los resultados										X	X	
Discusión de los resultados										X	X	
Conclusiones del estudio											X	
Integración y revisión final											X	X
Autorizaciones												X
Impresión del trabajo final												X