



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

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

**UNIDAD ACADÉMICA**

**CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR**

**“GUSTAVO A. MADERO”, MÉXICO, D.F.**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MÉDICOS RESIDENTES DE  
MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE DEL DISTRITO  
FEDERAL, A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DEL  
INSTRUMENTO “FF-SIL”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. EDNA YOLANDA PÉREZ LÓPEZ**



**FEBRERO 2014.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

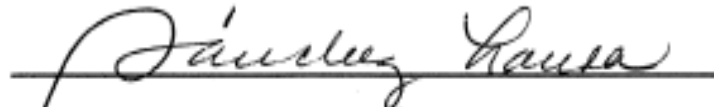
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MÉDICOS RESIDENTES  
DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE DEL DISTRITO FEDERAL,  
A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO  
"FF – SIL"**

**PRESENTA:**

**DRA. EDNA YOLANDA PÉREZ LÓPEZ**

**AUTORIZACIONES**



**DRA. LAURA ELENA SÁNCHEZ ESCOBAR  
PROFESORA TITULAR  
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR GUSTAVO A. MADERO.  
ISSSTE, MÉXICO, D.F**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MÉDICOS RESIDENTES  
DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE DEL DISTRITO FEDERAL,  
A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO  
"FF – SIL"**

**PRESENTA:  
DRA. EDNA YOLANDA PÉREZ LÓPEZ**

**AUTORIZACIONES**

**DIRECTOR DE TESIS:**



---

**DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MÉDICOS RESIDENTES  
DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE DEL DISTRITO FEDERAL,  
A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO  
"FF – SIL"**

**PRESENTA:**

**DRA. EDNA YOLANDA PÉREZ LÓPEZ**

**AUTORIDADES DE LA  
CLÍNICA GUSTAVO A. MADERO, ISSSTE**



---

**DRA. YOCELYN RUELAS SANCHEZ  
DIRECTORA  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR GUSTAVO A. MADERO  
ISSSTE, MÉXICO D.F.**



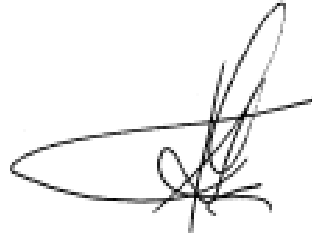
---

**DR. LUIS BELTRAN LAGUNES  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR GUSTAVO A. MADERO.  
ISSSTE, MÉXICO, D.F.**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MÉDICOS RESIDENTES  
DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE DEL DISTRITO FEDERAL,  
A TRÁVES DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO  
"FF - SIL"**

**PRESENTA:  
DRA. EDNA YOLANDA PÉREZ LÓPEZ**

**AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**



---

**DR. FRANCISCO JAVIER GÓMEZ CLAVELINA  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM**



---

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA  
COORDINADO DE INVESTIGACIÓN  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM**



---

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM**

## RESUMEN

**Autores:** Dra. Edna Y. Pérez López<sup>1</sup> Dr. Apolinar Membrillo Luna<sup>2</sup>

**Objetivos:** Identificar la funcionalidad familiar de los médicos residentes de las cuatro sedes académicas del curso de especialización en medicina familiar del ISSSTE en el Distrito Federal a través de la aplicación del instrumento "FF-SIL".

**Diseño:** Observacional, descriptivo, transversal.

**Material y métodos:** Se aplicó el instrumento de medición de la percepción de funcionalidad familiar "FF-SIL" que evalúa las relaciones intrafamiliares a través de las dimensiones cohesión, armonía, rol, afectividad, comunicación, adaptabilidad, permeabilidad, en la población constituida por los médicos residentes de los tres grados del curso de especialización en medicina familiar, de las cuatro sedes académicas del ISSSTE en el Distrito Federal. Muestra no aleatoria, por conveniencia. Se aplicó en un periodo de Mayo a Junio 2013, en 35 residentes.

**Resultados:** De acuerdo a la escala de evaluación que utiliza el instrumento "FF-SIL" se identificó al 51.4% de los médicos residentes investigados, con familia funcional, el 42.9% moderadamente funcional con alteraciones en la comunicación, permeabilidad, roles, adaptabilidad, 5.7% familia disfuncional, con alteraciones en la cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad y afectividad; por sede académica se encontró familia disfuncional en la sede de Ignacio Chávez 5.7%, mayor porcentaje de familia funcional en la CMF Oriente, con mayor riesgo de disfuncionalidad en la CMF Gustavo A. Madero, de acuerdo al grado académico el mayor porcentaje de familia funcional se encontró en segundo grado, el mayor riesgo de disfunción familiar se encontró en tercer grado.

**Conclusiones:** Se identificó la percepción de la funcionalidad familiar del médico residente, específicamente en las categorías que evalúa las relaciones intrafamiliares, se podrá realizar un abordaje directo en el rubro donde se encontró dicha alteración, para mejorar la relación intrafamiliar y evitar las alteraciones en la funcionalidad familiar.

**Palabras clave:** Residentes de medicina familiar, funcionalidad familiar, instrumento de evaluación.

<sup>1</sup>Residente de tercer año de MF. <sup>2</sup>Director de tesis.



## ABSTRACT

**Authors:** Dr. Edna Y. Pérez López<sup>1</sup> Dr. Apolinar Membrillo Luna<sup>2</sup>

**Objectives:** To identify the familial functionality of medical residents that attend the four residency programs in family practice at the ISSSTE in Mexico City using the instrument "FF -SIL".

**Design:** Observational, descriptive, transversal.

**Material and methods:** the questionnaire "FF-SIL" measures the perception of familial functionality as perceived by one family member. It assesses the dimensions of familial relationships through cohesion, harmony, role, affection, communication, adaptability, permeability. The population studied included medical residents currently going through residency training in family practice years one through third in the four residency programs of family practice at the ISSSTE in Mexico City. Non random sample for convenience. It was applied to 35 residents from May to June 2013.

**Results:** According to the measuring scale used by the "FF -SIL " questionnaire, it identified that 51.4 % of medical residents corresponded to a functional family , 42.9 % with moderately functional family with alterations in communication , permeability , roles and adaptability, 5.7 % with a dysfunctional family, with problems in cohesion , harmony , communication, diffusion and affectivity. The residency program Outpatient Clinic Ignacio Chaves revealed a dysfunctional family with 5.7%, the Outpatient Clinic Oriente showed a higher percentage of familial functionality, with the greatest risk for familial dysfunction at the Outpatient Clinic Gustavo A Madero. According to the degree of familial functionality the highest percentage was found in second year residents, an increased risk of familial dysfunction was found in third year residents.

**Conclusions:** The perception of familial functionality was identified in the medical resident, specifically identified in the categories evaluating the intra-family relationships, a direct approach in the field can be used where the impairment was found to help improve the familial relationship and prevent alterations in familial functionality.

**Keywords:** Family practice residents, familial functionality, assessment tool.

<sup>1</sup>Third year Family Practice Resident. <sup>2</sup> Director thesis.



## INDICE

Contenido	Página
1. Marco Teórico	
1.1 Antecedente	1
1.2 Planteamiento del Problema	20
1.3 Justificación	21
1.4 Objetivos	
1.4.1 Objetivo General	22
1.4.2 Objetivos Específicos	22
2. Material y Métodos	
2.1 Tipo de Estudio	23
2.2 Diseño de Investigación	23
2.3 Población, lugar y tiempo de estudio	24
2.4 Tipo de muestra	24
2.5 Criterios	
2.5.1 Criterios de Inclusión	25
2.5.2 Criterios de exclusión	25
2.5.3 Criterios de Eliminación	25
2.6 Variables	25
2.7 Definición conceptual y operativa de las variables	28
2.8 Diseño estadístico	30
2.9 Instrumento de recolección de datos	30
2.10 Método de recolección de datos	31
2.11 Maniobra para evitar o controlar sesgos	32
2.11.1 Sesgo de información	32

2.12	Procedimiento estadístico	32
2.12.1	Diseño y construcción de la base de datos	32
2.12.2	Planes para el análisis estadístico	32
2.13	Consideraciones éticas	
2.13.1	Declaración de Helsinki	32
2.13.2	Ley General de Salud	33
3.	Resultados	35
4.	Discusión	57
5.	Conclusiones	60
6.	Referencias	61
7.	Anexos	64

# **FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE DEL DISTRITO FEDERAL, A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO “FF-SIL”.**

## **1.- MARCO TEORICO**

### **1.1 ANTECEDENTES**

La especialidad médica en México data de la época prehispánica, sin embargo fue hasta el siglo XX cuando se impulso su creación y consolidación. La residencia médica se constituyó para la formación, adiestramiento y preparación de médicos egresados de la facultad de medicina, esta se realizaba dentro de un centro hospitalario durante un tiempo exclusivo, con reconocimiento y respaldo de una institución universitaria. <sup>(1)</sup>

Se entiende como médico residente a todo profesional de la medicina con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingrese a una unidad médica receptora a residentes, para cumplir con una residencia <sup>(2)</sup>

La Norma Oficial Mexicana (NOM) en el apéndice 4.4 lo define como: “Profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora de residentes para realizar una residencia médica a tiempo completo”. <sup>(3)</sup>

Los médicos residentes desempeñan funciones académicas que incluye la rotación de campo en diferentes áreas, creando relaciones estrechas con sus profesores forjando una mejor enseñanza - aprendizaje debido a que participan en la docencia y ayudan a los residentes de menor grado transmitiendo los conocimientos adquiridos previamente gracias a los conocimientos que han obtenido en los servicios. <sup>(1)</sup>

El primero de Marzo de 1980 surge el primer curso de especialización en Medicina Familiar en la Clínica “Dr. Ignacio Chávez” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con reconocimiento universitario.

En 1985 se inician cursos de especialización en la Clínica de Medicina Familiar “Gustavo A. Madero”. En el año 2004 se da la apertura de las sedes formadoras de médicos residentes “Oriente” y “Marina Nacional”. <sup>(3)</sup>

La medicina familiar en el ISSSTE se creó para brindar una atención especial al individuo y su familia, independientemente de la edad, sexo o padecimiento, que cubriera los aspectos biológicos, psicológicos y sociales dando así una atención integral basada en una estrecha relación medico paciente que permitiera hacer acciones de promoción y mantenimiento de la salud, detección oportuna de factores de riesgo, así como de identificación de problemas que

requieran referencia al segundo o tercer nivel de la atención médica en coordinación con los servicios de salud disponibles para el paciente. <sup>(3)</sup>

De acuerdo al programa de especialidades de la UNAM (PUEM) la duración de la especialidad en Medicina Familiar es de 3 años, debiendo cumplir con todos los objetivos determinados por la Norma Oficial Mexicana de Residencias Médicas y por las Normas operativas del Plan Único de Especialidades Médicas, por tal motivo deben permanecer en la unidad médica receptora de residentes de adscripción, durante el tiempo determinado en el programa operativo correspondiente para el cumplimiento de la misma.

Debido a las particularidades en Medicina Familiar las actividades clínicas y de enseñanza se llevan a cabo en unidades de Medicina Familiar, considerando cubrir estancias (rotaciones) que proporcionen mayor contacto con el área de desempeño profesional, el trabajo académico se distribuye en un hospital del segundo nivel que cuente con las especialidades básicas de medicina interna, gineco obstetricia, pediatría, cirugía general y urgencias. <sup>(4,5)</sup>

El médico residente se enfrenta a un proceso de adaptación y aprendizaje constante, que tiene implicaciones personales, educativas y sociales. En determinados momentos lo anterior puede generar periodos de angustia, temor, inseguridad o estrés, y en casos extremos puede desencadenar trastornos de depresión o ansiedad; los médicos que ingresan a una especialidad viven una serie de cambios en hábitos de sueño, alimentación, deben cumplir con las obligaciones familiares y de trabajo, lo que puede generar o no alteraciones en su dinámica familiar. <sup>(1)</sup>

A esta nueva etapa de la vida corresponde un nuevo sistema de organización y comunicación, donde se incluye el nexo hogar-escuela, que histórica, pero falsamente parece haberse roto cuando se termina la educación de nivel medio.

De hecho, las condiciones y experiencias que faciliten los padres o la pareja para obtener el éxito en esta nueva tarea de la educación universitaria resultarán decisivas para que se mantenga en ella y procure obtener resultados que devuelvan a su familia, lo que se está invirtiendo como parte del proyecto familiar.<sup>(6)</sup>

Es posible darle a la familia más participación en el desempeño estudiantil universitario y que funcione como un sistema de vigilancia ante cualquier emergencia en cuya solución el residente permita que su familia participe, por ejemplo cuando se apoya al estudiante en el cumplimiento de roles que debe cumplir para que pueda estudiar, en asumir determinados gastos, etc. además se comparten los éxitos y/o fracasos que obtenga, comunicando en su seno familiar.

Es decir, que la familia siempre debe estar presente y en estas condiciones, es posible encontrar la forma de que la familia cambie ese rol y demuestre la

importancia de su presencia e influencia en la formación del estudiante sin que por eso haya sobreprotección. <sup>(8)</sup>

El grupo familiar desempeña funciones relacionadas con la satisfacción de necesidades materiales, espirituales, afectivas y educativas en sus integrantes, entre las cuales se gesta la educación para el desarrollo psicológico y el comportamiento saludable. <sup>(9)</sup>

Se ha demostrado en investigaciones previas que la familia es un elemento importante en el desempeño académico y laboral de los individuos y su nivel de funcionalidad puede repercutir en diversas patologías.

El médico residente de medicina familiar no está exento de dichos cambios y posibles repercusiones en su familia, ya que él se encuentra inmerso en un nuevo campo de estudio con mayor estrés, compitiendo con médicos residentes de otras especialidades con el afán de ganarse el respeto en su área laboral y académica.

En estudios previos dirigidos a médicos residentes se encontró que existe depresión, ansiedad, crisis familiares y personales en un 50 % de los casos o menos, <sup>(1,30)</sup> no hay evidencia bibliográfica que describa información sobre el funcionamiento familiar, que evalúe las relaciones intrafamiliares a través de las dimensiones que utiliza el FF-SIL, tales como; cohesión, armonía, rol, afectividad, comunicación, adaptabilidad, permeabilidad.

La capacidad de la familia de cumplir con sus funciones, propicia el desarrollo armónico de sus integrantes, así como afrontar constructivamente las crisis en determinado contexto social, cultural y económico de su existencia. Esta capacidad familiar juega un rol importante en la educación, las condiciones de vida, la calidad de las relaciones y la formación del comportamiento responsable.

Es importante conocer la funcionalidad familiar en los médicos residentes, valorando posteriormente las posibles repercusiones académicas en aquellos que presenten algún tipo de disfunción, además de conocer las acciones que realiza el residente en conjunto con los integrantes de la familia para mantener un equilibrio dentro del seno familiar y conservar una relación saludable.

No todas las familias son iguales, cada una tiene características propias; número de miembros, estilo de comunicación y relación de sus miembros, el nivel económico, social y cultural, la forma en que participa en la vida de la comunidad, dichos aspectos conforman el modo de cada familia, en la manera en que se combinan, se proporcionara o no satisfacción y felicidad a sus miembros. <sup>(7)</sup>

El estudio de la familia inicio desde la aparición del género humano en la tierra, ha evolución de manera paralela con el desarrollo de la sociedad, de acuerdo a las necesidades para subsistir. Es la Institución social más antigua.

Existen diversas teorías que tratan de explicar las características de la misma, las cuales se orientan a un mismo objetivo ya que la familia cumple ciertas características de flexibilidad y adaptabilidad de sus integrantes formando un ambiente saludable o no, dependiendo de su estructura la cual determinara el desarrollo de la sociedad.

Por otro lado debemos considerar que la palabra Familia proviene de la raíz "Famulus", que significa sirviente o esclavo doméstico,<sup>(8)</sup> y que la OMS en su definición estructural agrupa 3 criterios diferentes para definirla; el cohabitacional, el consanguíneo y el afectivo.<sup>(9)</sup>

Santa Cruz Varela la define como un grupo social primario formado por individuos unidos por lazos consanguíneos, de afinidad o matrimonio; que interactúan o conviven en forma más o menos permanente y que en general comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar su salud individual y/o familiar.<sup>(8)</sup>

El consenso académico, México 2005 la define como un grupo social organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar vinculados por lazos sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros; su estructura es diversa y depende del contexto con el que se ubique. Es la unidad de análisis de la medicina familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad.<sup>(8)</sup>

Existen varias definiciones de diversos autores en las cuales se hace referencia que la familia es un grupo de personas que viven juntas, unidas por vínculos consanguíneos o afines que cumplen un mismo objetivo de cumplir funciones determinadas por la sociedad mediante las cuales se pueda transmitir valores, formando un ambiente familiar que mantenga un equilibrio saludable capaz de adaptarse ante la presencia de alteraciones sociales o de enfermedad.<sup>(10)</sup>

La familia es la única institución social encargada de transformar al ser humano en un ser útil para la sociedad, sus integrantes deben cumplir con ciertas funciones que les permitan mantener en forma común relaciones directas personales, se comparten sentimientos, condiciones de vida y aspiraciones, existe el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza, reconociendo sus derechos, estableciendo reglas, normas y deberes dentro de la misma.<sup>(10)</sup>

La principal función de la familia es formar individuos socialmente adaptables a los cambios externos o internos de la sociedad, enseñando valores, transmitiendo hábitos, costumbres, creencias, percepciones y conductas de riesgo para la salud, que condicionan en sus miembros estilos de afrontamiento característicos ante la presencia de salud y/o enfermedad.<sup>(11)</sup>

Para poder llevar a cabo cambios en la sociedad tomando como base la familia moderna es menester conocer las funciones básicas de la familia, para este



estudio tomaremos de base la clasificación donde las funciones de la familia son: Cuidado, Afecto, Socialización, Educación sexual y Estatus socioeconómico.

- El cuidado es el que se refiere a cubrir las necesidades físicas materiales y de salud de cada uno de sus miembros, se relaciona con el nivel social, cultural y económico.
- El afecto esta encaminado a cubrir las necesidades afectivas proporcionando amor y cariño, lo que fortalece las relaciones dentro del núcleo familiar.
- La socialización es aquella en la que la familia transmite al integrante los recursos necesarios para que sea independiente, adopte un rol social, enseñando sus valores y costumbres que le permitan desarrollar habilidades sociales y relaciones interpersonales.
- En la educación de la sexualidad la familia educa y establece las condiciones para que sus integrantes expresen su sexualidad en las diferentes modalidades social, cultural y familiar, permitiendo regular la fecundidad según sus intereses. <sup>(8)</sup>
- En el estatus y nivel social la familia transfiere los derechos, poderes, bienes y obligaciones del individuo y su familia, de esta manera determinará a qué grupo social pertenecerá el grupo familiar en su conjunto, perpetuando privilegios y logros familiares. <sup>(8)</sup>

Al conocer las funciones de la familia se percibe acertadamente el tipo de problema que ésta presente, también es importante determinar la funcionalidad en base a las características estructurales de la familia, ya que dichas funciones pueden ser diferentes de acuerdo a la etapa del ciclo de vida familiar en el que se encuentre la familia en la realización del estudio.

Cuando no se logran cumplir las funciones, la familia puede experimentar infelicidad, desaprobación social y dificultad para lograr armonía y la propia realización. <sup>(10)</sup>

La familia es dinámica de ahí la importancia de conocer su tipología para poder relacionarla con el ciclo familiar así como el cumplimiento o no de las funciones básicas de acuerdo al momento histórico en el cual se encuentre, de tal manera que se pueda evaluar el equilibrio que exista dentro de la misma. <sup>(8)</sup>

Las diversas clasificaciones relacionadas con la estructura familiar, serán utilizadas de acuerdo a las características de las familias y a los resultados que desee obtener, previo a la observación y conocimiento del investigador así como al sitio geográfico, cultural e ideológico donde se realice el estudio, ya que no es lo mismo vivir en provincia que en una zona urbana.

En México como en otros países la familia representa la unidad básica de la sociedad, los cambios individuales dentro de la misma son acorde a la sociedad en que se vive y modificaran la organización familiar, para conocer la armonía del grupo familiar es importante conocer el ciclo evolutivo por el que atraviesa la familia, tomando como base lo enunciado por el Dr. John P.

Geyman, profesor de Medicina Familiar quien ha propuesto cinco etapas: Etapa de Matrimonio, Expansión, Dispersión, Independencia y Retiro o muerte.<sup>(8)</sup>

- La etapa de matrimonio inicia cuando dos personas se unen en matrimonio sea civil, religioso o concubinato, termina cuando nace el primer hijo, el tiempo de duración será variable. 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.<sup>(8,10)</sup>
- La etapa de expansión inicia con la llegada del primer hijo y termina con el nacimiento del último. En esta etapa se incorporan nuevos miembros que producirán tensiones dentro de la familia que deberán resolverse para recibir un nuevo integrante.
- La etapa de dispersión inicia con el ingreso de los hijos a la escuela y termina cuando el primer hijo empieza a vivir fuera de la casa. La importancia en esta etapa se centra en un trabajo triple para los padres ya que consiste en ayudar a los hijos a que se adapten socialmente, que desarrollen su autonomía y satisfagan sus necesidades, así mismo como satisfacer las necesidades de los padres como pareja e individualmente. En esta etapa se incluye a la adolescencia en el cual los padres tiene la responsabilidad de establecer normas, límites, enseñar valores que ayudaran al adolescente, se pueden obtener resultados positivos o negativos según las relaciones familiares y la comunicación que exista dentro de la misma.
- La etapa de independencia inicia cuando el primer hijo abandona el hogar por cualquier causa, sea estudio, matrimonio, trabajo o simplemente por independizarse y termina cuando el último de ellos abandona el hogar. En esta etapa los hijos son autosuficientes, se presenta aproximadamente veinte o treinta años después de su inicio.
- La etapa de retiro o muerte inicia con la salida del último de los hijos del hogar familiar, o bien con la muerte o jubilación de alguno de los padres, conocida también como etapa del "Nido Vacío". En esta etapa se presenta desconcierto, nostalgia, puede existir alguna patología crónica degenerativa, desempleo y agotamiento de recursos económicos, cuando no se tomaron providencias para poder afrontarla, el adulto mayor puede elegir seguir viviendo solo en su hogar, con alguno de los hijos o bien internarse en un asilo. Es una etapa difícil para los adultos ya que se enfrentan a la soledad además de que existen algunos casos en donde no cuentan con ingresos económicos, siendo dependiente de los hijos o de algún otro familiar lo que puede generar depresión o desencadenar conflictos con la familia.<sup>(8,10)</sup>

Es necesario saber que la familia es dinámica y por lo tanto puede estar formada por dos o más etapas del ciclo al mismo tiempo, de acuerdo a los cambios existentes dentro de la misma, sobre todo en familias compuestas o extensas en donde un hijo ya asiste a la escuela y otro está por nacer. Es por esto la importancia de conocer el ciclo de vida de la familia, ya que de acuerdo

a la etapa en que se encuentre serán las alteraciones en su dinámica familiar o bien la capacidad para su adaptabilidad y conservar su equilibrio.

La familia representa la unidad básica de la sociedad, comparte entre sus miembros la vida en común, sus fortalezas, sentimientos, expectativas, debilidades y permite a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo. Sin embargo, los cambios sociales, como la aparición de nuevos roles tanto para el hombre como para la mujer, y la transición demográfica, son factores generadores de modificaciones en la estructura y dinámica familiar. <sup>(11)</sup>

Si la familia cuenta con suficiente protección tendrá mayor capacidad de adaptarse a las dificultades lo que le permitirá permanecer en homeostasis o avanzar a un nivel mayor resiliencia, entendiendo por la misma a la capacidad de recuperarse, sobreponerse y adaptarse con éxito frente a la adversidad. <sup>(12)</sup>

Deberá tener la capacidad de integración y adaptabilidad ante las crisis, cuando se altera una de las funciones, se alteraría la naturaleza de las relaciones familiares, puede provocar alteraciones emocionales, desequilibrio y descompensación del estado de salud.

Louro Bernal plantea: "Cuando un grupo familiar que convive junto pierde la capacidad funcional o no logra establecerla se suscita la disfuncionalidad", <sup>(7)</sup> por lo que debe existir una adecuada dinámica familiar para evitar dichas alteraciones.

Entendiéndose como dinámica familiar al 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. <sup>(8)</sup>

Existen ciertas características que permitirán el buen funcionamiento familiar, así como la comprensión de problemas, si se conocen los elementos que conforman la dinámica familiar será más fácil orientar a la familia sobre la solución del problema que le aqueja, ya que existen elementos que la rigen y que se encuentran relacionados entre sí como son las relaciones de afecto, la comunicación, los límites, la jerarquía o roles, la toma de decisiones, la resolución de conflictos y las funciones asignadas a sus miembros.

Los elementos que caracterizan la dinámica familiar de los cuales es fundamental conocer sus características y de esta manera estudiarla mejor son:

- La familia como sistema
- La familia como grupo
- La comunicación en la familia

Para entender y complementar lo anterior es necesario conocer de manera individual cada miembro de la familia por medio de:

- Roles familiares
- Crisis familiares
- Liderazgo
- Y la toma de decisiones

El grupo familiar es el responsable de darle identidad a la familia, al enfocarnos en la comunicación se podrá observar el grado de cohesión dentro de la misma. <sup>(8)</sup>

Lo anterior genera necesariamente el que conozcamos la teoría general de sistemas, teoría general de grupos y teoría general de la comunicación.

En la teoría de sistemas de Bertalanffy, la familia es vista como un sistema integrador multigeneracional, caracterizado por múltiples subsistemas de funcionamiento interno e influido por una variedad de sistemas externos relacionados.

El cual se construye mediante un sistema de valores y creencias compartidos, por las experiencias vividas, los rituales y costumbres que se transmiten generacionalmente. Lo que da una identidad al grupo, construyendo la propia identidad personal.

Tiene una estructura, una organización de la vida cotidiana con reglas de interacción explícitas o implícitas que regular las relaciones entre familiares y con el exterior, deben ser acordes con los valores y creencias de la familia, regulando las necesidades de sus miembros, desarrollando límites flexibles o rígidos que dependerán de su dinámica relacional, y una jerarquización de las relaciones entre sus componentes. <sup>(13)</sup>

El liderazgo, que se encargará de mantener las normas familiares, aplicar las sanciones que pueden derivarse de su incumplimiento. El líder familiar ejerce una influencia en el modo de pensar, sentir y comportarse de los miembros de la familia, a la cual guía en su ciclo evolutivo.

La estructura familiar es asimétrica y la funcionalidad del sistema requiere que así lo sea, siendo mayor la competencia en aquellas familias cuyo liderazgo recae en los adultos (Beavers y Hampson, 1990).

La funcionalidad del sistema es mayor cuando el liderazgo es democrático o existe una autoridad flexible (Minuchin, 1984), mientras las familias caóticas y las rigidamente autoritarias generan modelos familiares con más carencias para el desarrollo y con menos satisfacción entre sus miembros. También se pueden desarrollar alianzas o coaliciones que modifique la funcionalidad. <sup>(13)</sup>

La familia es un sistema abierto (Musitu et al., 1994), que está en continua interacción con otros sistemas, presenta unos límites permeables a la influencia de otros sistemas, como pueden ser la escuela o el barrio, condicionadas por los valores y normas de la sociedad de la cual la familia forma parte. <sup>(13)</sup>

Al conocer a la familia como sistema se detectan alteraciones en su funcionalidad por medio de instrumentos de evaluación que permiten identificar la jerarquía, los límites, si hay o no coaliciones o alianzas, determinando adecuadamente la conducta terapéutica específica a seguir.

Como se menciona al inicio de este estudio al hablar de la evolución familiar, el hombre se dio cuenta que sólo no podía subsistir, fue por eso que empezó a vivir en grupos para poder realizar más actividades. <sup>(11,14)</sup>

La familia como grupo social natural determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y exterior. <sup>(15)</sup>

Cumple funciones determinadas para el individuo y la sociedad mediante las cuales se transmiten y forman hábitos, costumbres, valores, creencias y conductas, desarrolla una conciencia de pertenencia y vínculos de unión entre sus integrantes, con la capacidad de satisfacer las necesidades para evitar la desintegración o apoyar en la adecuada integración de la familia. <sup>(11,14, 16, 17)</sup>

Al mismo tiempo que será respetada su individualidad, dentro del grupo familiar debe existir una interacción entre sus integrantes, esto quiere decir que las actividades de un integrante de la familia estarán vinculadas con las actividades de los otros y viceversa, serán personas con una interacción recíproca.

Una interacción significativa, independiente y satisfactoria, que regulan su comportamiento a través de valores y normas, que asignan a cada uno de sus miembros un rol y estatus determinado que les lleva a actuar de modo unitario frente a su medio, de esta manera hablamos de la integralidad. <sup>(11,18)</sup>

Para que la familia pueda funcionar adecuadamente como un sistema y como grupo deberá de existir una buena comunicación, al estudiar la dinámica familiar se debe conocer la teoría de la comunicación aplicada al grupo familiar.

De no existir comunicación clara y precisa será difícil que exista un ambiente de equilibrio ya que la familia es un sistema abierto capaz de recibir cambios del exterior, al no haber una comunicación se perderán, no se respetarán los valores, normas o costumbres que rigen en la familia.

Para el desarrollo de una buena comunicación deben existir habilidades comunicativas, actitudes, un nivel de conocimientos así como entender la cultura del emisor y receptor para un mejor entendimiento, es indispensable evitar barreras que puedan enmascarar, deteriorar o destruir la información. <sup>(11)</sup>

El proceso de comunicación familiar menciona que toda conducta es comunicación, no es posible no comunicarse. El individuo puede estar en silencio y no quiere decir que no se esté comunicando, puede expresar tristeza, temor, enojo, etc. <sup>(11,17)</sup>

La comunicación en la familia debe ser clara, congruente, coherente tanto verbal como analógica, de esta forma la funcionalidad de la familia será positiva y tendrá la capacidad de solucionar sus problemas, estar más unida y apoyarse mutuamente. Al existir una comunicación clara los límites y reglas familiares serán mejor entendidas y respetadas. <sup>(11, 14,17)</sup>

Diversos autores mencionan que la mayoría de las alteraciones en la funcionalidad familiar se encuentra en la comunicación. El médico familiar desarrolla la capacidad de observación en la comunicación e interacción de sus integrantes. <sup>(11)</sup>

Cuando en la familia no existe una adecuada comunicación no se respetarán las reglas, jerarquías y se modificarán los roles, por lo que el sistema familiar presentará alteraciones en su funcionalidad y de no existir la capacidad de adaptación entrará en crisis.

Una crisis es un estado temporal de trastorno desorganizado, caracterizado por la incapacidad para manejar situaciones. <sup>(11)</sup>

Para identificar el tipo de crisis presentes en las familias, se consideraron crisis transitorias o normativas, aquellas que dependen del tránsito de una etapa a otra del ciclo y del enfrentamiento a los acontecimientos en el proceso de desarrollo de la familia; crisis no transitorias o para normativas, aquellas derivadas de los acontecimientos accidentales que pueden ocurrir en cualquier etapa del ciclo y afectan de manera muy variable en dependencia de las características y principios de cada familia. <sup>(10)</sup>

Los eventos críticos se pueden asociar a pérdidas, cambios, problemas interpersonales o conflictos internos. Si un individuo está en crisis y es parte de un sistema, necesariamente el sistema familiar también se encontrará en crisis. <sup>(8,10)</sup>

La familia tiene la capacidad de adaptación, hará uso de la autoconfianza y búsqueda de ayuda, que permitirá disminuir el estrés y podrá aplicar tácticas que le resuelvan su problema, desarrollando subsistemas fuertes y utilizando recursos externos de autoayuda. Estas características se encuentran en una familia sana o funcional. <sup>(4,10)</sup>

Las familias no sanas utilizarán la adaptabilidad para desarrollar violencia, abuso o explotación en sus integrantes, como mecanismo de defensa o adaptación funcional.

El médico familiar deberá desarrollar su capacidad de diagnóstico en las crisis familiares, para un mejor tratamiento, otorgando orientación, consejería o bien derivando a la familia a un terapeuta familiar cuando sea necesario. Se debe hacer énfasis en la familia sobre las fortalezas y recursos externos de apoyo con los que cuenta la misma para poder adaptarse a la crisis y en un futuro poder salir de la misma. <sup>(14)</sup>



Al inicio de esta disertación hicimos referencia que al hablar de funcionalidad familiar debería de conocerse primero la dinámica familiar entendiéndose a la familia como un sistema y un grupo que requiere una adecuada comunicación para enfrentar las crisis.

La visión sistémica de la familia ayuda a comprender que las relaciones que se dan entre los diferentes miembros tienen una causalidad circular, es decir, nadie es culpable y nadie es víctima. <sup>(14)</sup>

En la familia cada integrante tiene determinados roles los cuales hacen que la familia funcione de acuerdo a la etapa por la cual se encuentre en ese momento. Si el integrante de la familia no cumple con el rol que se le tiene determinado producirá alteraciones dentro de la familia y por lo tanto se podrá presentar una crisis familiar.

El rol está determinado por la conducta, es considerado como un sistema social que incluye derechos y obligaciones en los miembros del grupo familiar, el cumplimiento de dichas características determinara la funcionalidad del sistema familiar. <sup>(8,10)</sup>

En concepto de función familiar, como lo menciona Minuchin determina como respuesta a las necesidades de la cultura, la familia sufre cambios paralelos a los cambios que enfrenta la sociedad, se define a través de las categorías de rol, armonía, cohesión, adaptabilidad, permeabilidad, afecto y comunicación.

Sirven a dos objetivos distintos: uno interno, la protección psicosocial de sus miembros, el otro es externo, la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura. En relación a estos dos objetivos podemos hablar de las siguientes cuatro funciones: biosocial, cultural, socializadora y económica. Un funcionamiento familiar saludable implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia. <sup>(8,15)</sup>

La funcionalidad ha sido entendida por diversos autores a partir de diferentes enfoques:

- Satir (1964), parte de la observación de los modelos de comunicación, afirma que las familias funcionales evitan paralizar o fijar sus procesos interaccionales.
- Walsh (1969), plantea que la funcionabilidad familiar se mide por la forma en que solucionan los problemas. Las familias funcionales enfrentan los problemas con creatividad y unión evitando paralizar el proceso de intervención.
- Chagoya L, (1985) expresa que la funcionabilidad familiar viene dada por la manera en que el sistema es capaz de unirlo como grupo, enfrentar las crisis, valorar de qué forma se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, se produce la interacción entre ellos sobre la base del respeto a la autonomía y el espacio del otro.

- Herrera (1997) plantean que la familia se hace disfuncional cuando no tiene la capacidad de asumir cambios, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros.

Cuando la familia pierde su capacidad funcional se produce un daño importante en cada uno de sus miembros y en la familia como grupo sistémico.<sup>(7)</sup>

“Vivir en familia es un don que se aprende, se renueva y se fortalece”

El término de intervención familiar se ha definido como la aplicación de un conjunto de técnicas que a distintos niveles se realizan con familias de manera que desarrollen sus propios recursos y autoayuda, encaminado a la orientación para encontrar soluciones propias y saludables que se ajuste a las situaciones conflictivas por las que atraviesa la familia.<sup>(7)</sup>

Para orientarnos sobre el funcionamiento familiar se utilizan instrumentos que determinan la funcionalidad familiar, dichos instrumentos se basan en los modelos teóricos por medio de los cuales se conocen su estructura, aspectos socioeconómicos y socioeducativos, así como la familia de origen.

Se conocen seis modelos de funcionamiento familiar:

- Modelo sistémico de familia de Beavers
- Modelo de funcionamiento familiar de McMaster
- Modelo del ambiente familiar de Moos
- Modelo circumplejo marital y sistémico familiar
- Modelo de respuesta y adaptación y ajuste familiar
- Modelo de factores de riesgo

Tres Teorías de la funcionalidad familiar:

- Teoría explicativa del funcionamiento familiar
- Teoría interaccional de la comunicación.
- Teoría estructural de funcionamiento familiar.

El modelo sistémico de Beavers está basado en la estructura, la flexibilidad y la competencia de la familia y describe el estilo de la familia.

Modelo de funcionamiento de McMaster se basa en el enfoque sistémico de la familia, la refiere como un sistema abierto compuesto de subsistemas y partes individuales, relacionado con otros sistemas sociales.

Modelo de ambiente familiar de Moos, Enfatiza la relación y descripción de las relaciones interpersonales de los miembros de la familia, relacionada con el crecimiento personal y la organización estructural de la misma. Permite hacer una discriminación entre familias con trastornos psiquiátricos y las que se consideran normales.

Modelo circuplejo marital. Se refiere a dos dimensiones: la cohesión y la adaptabilidad, identifica 16 tipos de sistemas maritales y familiares, propone un nivel moderado de cohesión y adaptabilidad, con un desarrollo marital y familiar funcional, las familias disfuncionales se encontraran en los extremos de estas dimensiones.

Modelo de respuesta, de adaptación y ajuste familiar. Se basa en analizar el estrés que genera la familia que producirá un proceso de adaptación o ajuste dentro del sistema familiar para mantener el adecuado funcionamiento, considerando al estrés como algo displacentero.

Modelo de factores de riesgo. Toma en cuenta factores de riesgo que pueden desencadenar el buen o mal funcionamiento de la familia, considerando cualquier aspecto psicológico, biológico y/o social, asociado a que se pueda presentar alguna disfunción en la familia en cualquier momento del ciclo evolutivo.

Teorías de la funcionalidad familiar:

- Teoría estructural de funcionamiento familiar
- Teoría explicativa del funcionamiento familiar
- Teoría interaccional de la comunicación.

Teoría explicativa del funcionamiento familiar. Se refiere a que el funcionamiento familiar no se basa únicamente en lo normal o anormal, depende de sus posibilidades, de la capacidad adaptativa y de los recursos adquiridos a lo largo del ciclo evolutivo.

Teoría interaccional de la comunicación. Se fundamenta en el modelo de McMaster, con un desarrollo posterior de Virginia Satir. Menciona que la comunicación es el factor principal en el desarrollo de problemas dentro de la familia, puede abarcar desde problemas leves hasta aquellos que producen violencia, tiene como principal elemento el proceso de la comunicación, siendo este el medio por el que los miembros de una familia se influyen recíprocamente, lo que les permite intercambiar información, poner límites y resolver problemas y situaciones comunes.

Teoría estructural de funcionamiento familiar. Esta teoría considera a la familia como un sistema, el cual tiene subsistemas que permiten la interacción de sus miembros para obtener una función adecuada o inadecuada. Minuchin (1977) presenta las siguientes características para esta teoría:

- Relativamente fija y estable
- Presenta un sentido de pertenencia a sus miembros.
- Acepta grados de flexibilidad
- Facilita el desarrollo individual

La familia presenta propiedades estructurales:

- Distribución de poder: a través de normas y roles que determinan las reglas del sistema familiar.
- El poder y la naturaleza de los límites y las alianzas, para el adecuado funcionamiento los límites deben ser claros.

Esta teoría menciona que la funcionalidad familiar se alcanza cuando se cumple adecuadamente con los objetivos y con las funciones básicas (seguridad económica, afectiva, social y de modelos sexuales), cuando se genera la homeostasis de la familia sin tensión, mediante una comunicación apropiada, con respeto de las relaciones familiares. Utiliza los siguientes elementos para su desarrollo:

- Cohesión
- Armonía
- Comunicación
- Permeabilidad
- Afectividad
- Roles
- Adaptabilidad

Esta teoría explica el funcionamiento familiar al mencionar que en cualquier interacción dentro del sistema familiar, se define quien o quienes son los miembros participativos en dicha interacción (límites), con o contra quien (alianzas o coaliciones) es la interacción, además de quien es el que motiva y activa el sistema (Poder).

Es una de las teorías más utilizadas en la actualidad en la cual se apoyan varios instrumentos de evaluación. <sup>(17)</sup>

Los instrumentos de funcionalidad familiar evalúan la calidad de las relaciones dentro de la familia, las características de su ambiente que permite identificar el tipo de funcionalidad existente. <sup>(18)</sup>

Los instrumentos deben cumplir con alguno de los siguientes criterios:

- Validez
- Auto aplicación
- Brevedad del instrumento
- Evaluación de poblaciones a las que se aplico
- Modelo teórico que lo fundamenta.

Es este estudio para fines didácticos se utilizó la prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF-SIL), la cual se basa en la Teoría Estructural de Funcionamiento Familiar.

Propuesta Dinámica de Intervención Familiar, elaborada y validado en la década de los 90 por los autores De la Cuesta D, Pérez-González E, Louro-Bernal I. (Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud. Ciudad de La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública de La Habana, 1994).<sup>(7,20,21)</sup> Que hace proposición de un programa de intervención familiar, el cual parte de la utilización de un instrumento de evaluación del funcionamiento familiar: el Test de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL).

Considerado como la dinámica relacional sistémica que se da entre los miembros de la familia.<sup>(22)</sup>

El diseño del FF-SIL, constituye una primera aproximación al diagnóstico del funcionamiento familiar, a través de la percepción de uno de los miembros de la familia.<sup>(7)</sup>

Se parte del principio de que es un instrumento sencillo, de bajo costo, de fácil comprensión para personas con cualquier nivel de escolaridad y que pueda ser aplicado por personal especializado y no especializado (Médico de Familia, enfermera, trabajadora social, etc.) con relativamente corto tiempo de entrenamiento.<sup>(23)</sup>

Es esencial explicar que en la validación del instrumento FF-SIL se obtuvo un alto coeficiente de confiabilidad, consistencia, validez de contenido y construcción lógica, lo que significa que la prueba mide lo que quiere medir.

La creación y validación del FF-SIL como instrumento eficaz en la medición de la funcionalidad familiar, trajo consigo las siguientes ventajas: en primer lugar, su valor diagnóstico al clasificar las familias y dar diagnóstico precoz, posee también un valor preventivo, en tanto al ser aplicado en un grupo de familias puede trabajarse en las variables afectadas para lograr su mejor funcionamiento y por último su valor terapéutico, cuando posibilita el trabajo con familias en las que su funcionamiento esté seriamente dañado.<sup>(7)</sup>

El Test FF - SIL no está validado para adolescentes menores de 16 años.<sup>(24)</sup>

El Test de funcionamiento familiar (FFSIL), evalúa cuantitativamente y cualitativamente la funcionalidad familiar, por medio de las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.<sup>(15,25)</sup>

Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, con un total de 14 ítems, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que evalúa el instrumento.<sup>(15)</sup>

Las variables que se pueden evaluar son:

- Cohesión: Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

- **Armonía:** correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- **Comunicación:** los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.
- **Permeabilidad:** capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
- **Afectividad:** capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- **Roles:** cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- **Adaptabilidad:** habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera <sup>(17)</sup>

La calificación se realiza al adjudicar puntos según la opción seleccionada en la escala. Su aplicación dependerá del criterio médico, si es que la familia presenta algún grado de disfuncionalidad, basada en elementos objetivos y evidentes entre las relaciones de sus miembros, consiste en aplicarle el instrumento a un miembro de la familia, preferentemente al jefe del núcleo o al miembro que tenga estrechos lazos de afectividad o consanguinidad con el miembro o los miembros que produzcan el desequilibrio en la dinámica relacional del grupo familiar. <sup>(17,25)</sup>

Variables que evalúa el instrumento:

Numero de situaciones	Variables
1 y 8	Cohesión
2 y 13	Armonía
5 y 11	Comunicación
7 y 12	Permeabilidad
4 y 14	Afectividad
3 y 9	Roles
6 y 10	Adaptabilidad

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos.

Escala cualitativa	Escala cuantitativa
Casi nunca	1 punto
Pocas veces	2 puntos
A veces	3 puntos
Muchas veces	4 puntos
Casi siempre	5 puntos

Cada situación es respondida por el usuario mediante una cruz (x) en la escala de valores cualitativos, según su percepción como miembro familiar. Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera: <sup>(18, 18,25)</sup>



70 – 57 puntos	Familia funcional
56 – 43 puntos	Familia moderadamente funcional
42 – 28 puntos	Familia disfuncional
27 – 14 puntos	Familia severamente disfuncional

Se consideró familia funcional la puntuación obtenida en el FF-SIL correspondiente con el diagnóstico de familia funcional; familia con riesgo de disfuncionalidad cuando la puntuación obtenida por el instrumento FF-SIL correspondió con el diagnóstico de familia moderadamente funcional y familia disfuncional cuando la puntuación obtenida del instrumento FF-SIL correspondió con el diagnóstico de familia disfuncional en cualquiera de sus dos niveles. <sup>(28)</sup>

Una vez aplicado el instrumento se podrá conocer el grado de disfuncionalidad, se realizará el análisis cuantitativo de cada una de las siete variables que evalúa el cuestionario para identificar cuál de ellas tiene afectada al grupo, lo que servirá para delimitar el factor relacionado a las alteraciones de los procesos familiares. <sup>(18,25)</sup>

De esta forma se podrá dirigir el plan de acción de manera específica a las variables que identificaron a las familias como las causantes de su disfuncionalidad como grupo. Por lo tanto el efecto tendrá carácter individualizado al grupo y las respuestas serán favorables debido a la cooperación de la familia. <sup>(18, 19, 20, 21,25)</sup>

Al encontrar alteraciones en la funcionalidad familiar se proporcionarán herramientas que favorezcan el bienestar de la familia, recomendando cambios en las personas (individuos, parejas, familias) para ayudar a solucionar los diversos problemas por los que se enfrenten, mejorando su desarrollo personal y grupal.

El presente estudio se enfoca a médicos residentes ya que forman parte de una familia, ingresar a una residencia médica produce cambios en el interior y exterior del ambiente familiar, lo que conlleva a modificaciones estructurales y funcionales, dichos cambios generan crisis que pueden tener un impacto favorable o desfavorable dentro de la familia, dependiendo del grado de adaptabilidad, cohesión, permeabilidad, armonía, comunicación y afecto que exista en la familia, dicho cambio modificara los roles en sus integrantes.

Las consideraciones previamente expuestas nos hacen reflexionar sobre la importancia de planificar estrategias principalmente psicológicas que promuevan el adecuado funcionamiento familiar.

Existen diferentes estudios que demuestran la utilidad en la aplicación del instrumento FF-SIL dentro de los cuales mencionaremos los siguientes:

Estudio realizado en el Policlínico Universitario “Alcides Pino Bermúdez”, Holguín Cuba, denominado caracterización de la familia del anciano con deterioro cognitivo, se realizó en el año 2010 estudiando 139 familias identificadas por el geriatra, se aplicó el instrumento de funcionalidad FF-SIL

encontrándose que el 38.8% de las familias eran disfuncionales, 13.7% eran severamente disfuncionales. <sup>(19)</sup>

En la tesis "La disfunción familiar como factor coadyuvante en el descontrol de la Diabetes tipo 2", se realizó un estudio a 100 pacientes derechohabientes del IMSS de Morelia Michoacán, con un rango de edad entre 50 – 65 años, 50 diabéticos tipo 2 descontrolados y 50 diabéticos tipo 2 controlados. El 45.5 % de pacientes diabéticos tipo 2 descontrolados tienen familias disfuncionales, el 50% de pacientes diabéticos tipo 2 controlados tiene familias funcionales.

Se realizó una comparación de las áreas de funcionalidad familiar en donde se encontró en pacientes controlados mejor armonía, buena comunicación, mayor adaptabilidad en el cambios de roles, permitiendo permeabilidad, con familias más afectivas, en comparación con los pacientes descontrolados. <sup>(27)</sup>

En el estudio de funcionalidad familiar en pacientes con obesidad en el consultorio de nutrición de la clínica de medicina familiar "Marina Nacional" ISSSTE, demuestra la utilidad de la aplicación del instrumento FF-SIL a pacientes con obesidad buscando la funcionalidad familiar en 165 pacientes obesos mayores de 18 años de los cuales 40% tenían familias funcionales, 42 % familias moderadamente funcionales, 18% con familias disfuncionales. <sup>(21)</sup>

En el estudio de caracterización de la salud familiar en familias de niños con éxito escolar se aplicó el instrumento FF-SIL a 40 familias nucleares de las escuelas semintemas del área de salud del policlínico Universitario "26 de Julio" del municipio playa La Habana Cuba, en donde se encontró que el 77.5% de las familias fueron funcionales a expensas de la cohesión, la comunicación positiva, la armonía y la expresión afectiva, la criticidad familiar fue baja, predominó la situación de ajuste familiar frente a las exigencias de la vida cotidiana. <sup>(28)</sup>

En el estudio realizado en la Universidad de Morelia Michoacán en el Instituto Mexicano del Seguro Social aplicado a familias nucleares de 50 niños con asma, utilizando el instrumento FF-SIL se encontró que el 64 % de las familias fueron moderadamente funcionales, el 26% familias funcionales, 10 % de las familias fueron disfuncionales, las familias con pacientes con enfermedades crónicas tienen problemas de adaptación son rígidas, resistentes al cambio, la calidad de vida tiende a ser buena sin llegar a ser del todo satisfactoria. <sup>(29)</sup>

En la literatura existen diversos estudios que determinan la funcionalidad familiar en pacientes con enfermedades crónico degenerativas, en personas sanas en donde se evalúa la aptitud académica como lo hemos observado con anterioridad, dando como resultado una importante relación entre funcionalidad familiar y adecuada calidad de vida, al no existir apoyo de la familia existirán alteraciones en la funcionalidad familiar que les impida un adecuado desarrollo en un determinado tiempo.

En el estudio de la familia y su participación en la universalización de la Educación Superior con la técnica FF-SIL se observó 39 estudiantes cuyo funcionamiento familiar es funcional, 24 tienen método de estudio evaluado de bien, de los 27 que tienen buen método de estudio, 24 provienen de familias funcionales y 3 de familias moderadamente funcionales. Existen 3 estudiantes de familias funcionales entre los 63 que tienen regular método de estudio. El que tiene mal método de estudio proviene de familia moderadamente funcional

El estudiante tiene influencia de la familia, apoyando sus métodos de estudio y mejorando su desempeño académico. Es predecible que esta percepción se mantendría e inclusive mejoraría si los coordinadores de la educación y los tutores mantienen incorporada a la familia a la preparación universitaria. <sup>(6)</sup>

En presente estudio se pretende identificar la percepción de la funcionalidad familiar de los médicos residentes de Medicina Familiar del ISSSTE.

## II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La familia es un sistema considerado como la unidad básica de la sociedad, a través de ella se transmiten conductas, cultura, valores, etc. que permitirán al individuo desarrollarse socialmente, cada integrante de la familia tendrá la capacidad de adoptar roles, respetar límites, desarrollar una comunicación adecuada con los miembros de la familia y el entorno.

El médico residente no está exento de presentar procesos de adaptabilidad dentro de su familia, es un ser humano con defectos, virtudes y con la necesidad de ayuda. Al ingresar a una residencia se enfrenta a un proceso de adaptación y aprendizaje continuo que tiene implicaciones personales, educativas y sociales, generando en cierto momento cambios en las relaciones familiares, cambios en los hábitos de sueño y alimentación. Por lo que es preciso detectar la existencia de alteraciones que pueden poner en riesgo la homeostasis familiar del médico residente.

El desarrollo académico del médico residente no depende en su totalidad del adecuado funcionamiento familiar, sin embargo es un factor que puede desencadenar alteraciones físicas o psicológicas que afectarían su desempeño, el cumplir con horarios específicos, tareas, etc. Al agregarse alguna alteración en la funcionalidad familiar desencadenaría mayor sintomatología del estrés, ansiedad, cansancio, desapego a la normatividad, incumplimiento con las tareas, además de otros factores que pondrían en riesgo su propia integridad, afectando de manera indirecta al grupo académico que lo rodea.

Se pretende identificar la percepción de alteraciones en la funcionalidad familiar por medio del instrumento FF-SIL, en relación con el grado de cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad; específicamente en médicos residentes de medicina familiar debido a que su formación está orientada en el área familiar, por lo que al percibir alteraciones se podrá informar y ofrecer el apoyo necesario, seguros de que sabrán comprender que un instrumento es un medio de tamizaje, por medio del cual se pretende determinar la percepción que se tiene sobre la funcionalidad que existe en su entorno familiar.

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

**¿Cuál es la funcionalidad familiar de los médicos residentes de medicina familiar del ISSSTE del Distrito Federal a través del instrumento FF-SIL?**

### **III.- JUSTIFICACIÓN**

El médico residente es vulnerable rodeado de factores que pueden desencadenar problemas familiares en un tiempo determinado.

Es un ser humano que forma parte de una familia y al ingresar a un régimen de estudio estricto se requiere de tiempo completo, sin distractores que modifiquen su aprendizaje, lo cual no es completamente posible, puede producir un cambio considerable en su estilo de vida dentro del seno familiar como cualquier otra persona que se enfrenta ante una crisis, de ahí la importancia de realizar este estudio dirigido a los médicos residentes de medicina familiar, ya que para tener un buen aprendizaje y desempeño de sus funciones debe contar con un medio psicológico, económico, social y biológico adecuado. Sensibilizando a profesores para que se otorgue el apoyo necesario al médico residente y obtenga un buen desarrollo académico.

Existen seres humanos que por ciertos factores, ya sean económicos, sociales o geográficos, su desarrollo académico se realizó fuera del seno familiar, sin embargo los valores y ejemplos recibidos durante su niñez y adolescencia fueron muy representativos para determinar un objetivo.

El diseño de este estudio utiliza un instrumento de percepción de disfunción que coadyuva a identificar la existencia o no de alguna alteración en la funcionalidad en las personas estudiadas en ese momento, será el origen de un análisis más profundo del sujeto identificado.

Por medio de este estudio se pretende identificar la percepción de la funcionalidad familiar que existe en el médico residente, en aquellos que presenten algún grado de disfunción, se investigará más si ellos lo permiten.

## **1.4.- OBJETIVOS**

### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL:**

- Identificar la funcionalidad familiar de los médicos residentes de medicina familiar del ISSSTE del Distrito Federal por medio del instrumento "FF-SIL".

### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Identificar en que dimensión o dimensiones se presentan alteraciones de la dinámica familiar de acuerdo al instrumento aplicado.
- Identificar cuál es la sede académica con mayor alteración en la funcionalidad familiar.

## **2.- MATERIAL Y METODOS**

### **2.1.- Tipo de estudio**

Es un estudio observacional, descriptivo, transversal

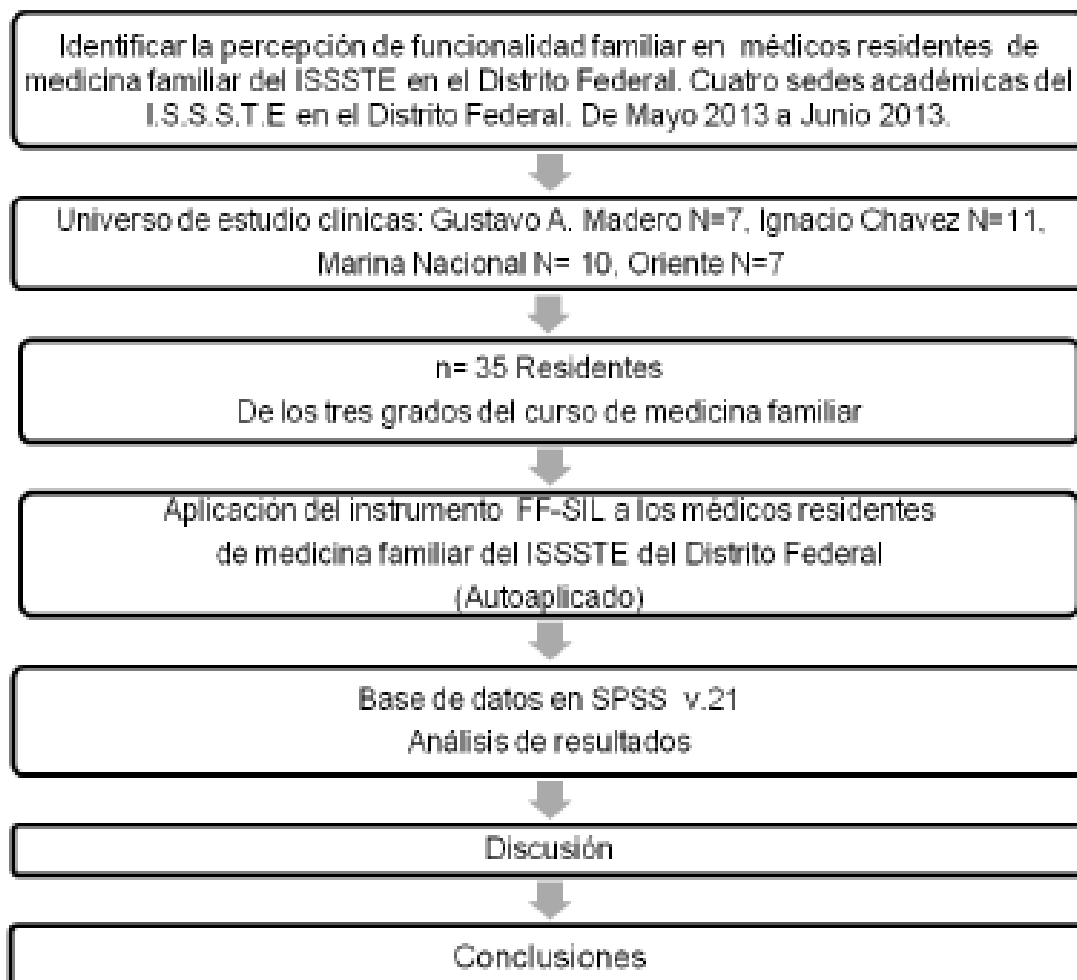
### **2.2.- Diseño de la Investigación**

El estudio se realizó mediante la aplicación del instrumento de evaluación de funcionalidad familiar "FF-SIL" para identificar alteraciones en la funcionalidad familiar en los residentes de los tres grados del curso de especialidad en medicina familiar del ISSSTE del Distrito Federal. Muestra no aleatoria, por conveniencia.

Al acudir a las cuatro sedes de la especialidad del Distrito Federal se solicitó la autorización por medio del consentimiento informado para la aplicación de dicho instrumento, en el periodo de Mayo de 2013 a Junio de 2013.

Finalmente se evaluaron los resultados clasificando las alteraciones familiares y su relación con los objetivos. Ver Figura 1

## FIGURA 1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO.



### 2.3.- Población, lugar y tiempo de estudio

El estudio se realizó a los médicos residentes de los tres grados del curso de especialización en medicina familiar del ISSSTE del Distrito Federal, en las cuatro sedes académicas.

- Clínica de Medicina Familiar "Gustavo A. Madero"
- Clínica de Medicina Familiar "Marina Nacional"
- Clínica de Medicina Familiar "Oriente"
- Clínica de Medicina Familiar "Ignacio Chávez"

En un periodo comprendido de Mayo de 2013 a Junio de 2013.

### 2.4.- Tipo de muestra

Es una muestra no aleatoria, por conveniencia se incluyen a todos los médicos residentes del curso de especialización en medicina familiar del ISSSTE del



Distrito Federal. Con un total 35 médicos residentes de los tres grados de las cuatro sedes del ISSSTE del Distrito Federal.

## 2.5 Criterios de Selección

### 2.5.1 Criterios de inclusión

- Médicos residentes que cursen la especialidad de medicina familiar en el ISSSTE del Distrito Federal que acepten y firmen el consentimiento informado

### 2.5.2 Criterios de exclusión:

- Médicos residentes de medicina familiar que no acepten o no firmen el consentimiento informado

### 2.5.3 Criterios de eliminación:

- Cuestionarios que se encuentren incompletos.

## 2.6 VARIABLES

CUADRO No. 1  
VARIABLES DEL ESTUDIO

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LA VARIABLE.
Folio y Consentimiento informado	Cuantitativa	Continua	Número consecutivo del 001 a 035
Sexo	Cualitativa	Nominal	1= Femenino 2= Masculino
Edad	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1= Soltero 2= Casado 3= Unión libre
Número de hijos	Cuantitativa	Nominal	1= Ninguno 2= Uno 3= Dos 4= Tres
Religión	Cualitativa	Nominal	1= Católica 2= Cristiana 3= Judaísmo mesiánico 4= Ninguna
Lugar de origen	Cualitativa	Nominal	1= Distrito Federal 2= Estado de México 3= Guanajuato 4= Guerrero 5= Puebla 6= Querétaro 7= Veracruz 8= Tlaxcala 9= Sinaloa 10= Morelia

Domicilio	Cualitativa	Nominal	1= Distrito Federal 2= Estado de México
Sede Académica	Cualitativa	Nominal	1= Gustavo A. Madero 2= Ignacio Chávez 3= Marina Nacional 4= Oriente
Grado académico	Cualitativa	Nominal	0= Primero 1= Segundo 2= Tercero
Pregunta 1 De conjunto, se toman decisiones para cosas importantes de la familia.	Cualitativa	Nominal	1= Casi nunca 2= Pocas veces 3= A veces 4= Muchas veces 5= Casi siempre
Pregunta 2 En mi casa predomina la armonía	Cualitativa	Nominal	1= Casi nunca 2= Pocas veces 3= A veces 4= Muchas veces 5= Casi siempre
Pregunta 3 En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades	Cualitativa	Nominal	1= Casi nunca 2= Pocas veces 3= A veces 4= Muchas veces 5= Casi siempre
Pregunta 4 Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana	Cualitativa	Nominal	1= Casi nunca 2= Pocas veces 3= A veces 4= Muchas veces 5= Casi siempre
Pregunta 5 Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa	Cualitativa	Nominal	1= Casi nunca 2= Pocas veces 3= A veces 4= Muchas veces 5= Casi siempre
Pregunta 6 Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos	Cualitativa	Nominal	1= Casi nunca 2= Pocas veces 3= A veces 4= Muchas veces 5= Casi siempre
Pregunta 7 Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles	Cualitativa	Nominal	1= Casi nunca 2= Pocas veces 3= A veces 4= Muchas veces 5= Casi siempre

Pregunta 8 Cuando alguno de la familiar tiene un problema, los demás lo ayudan	Cualitativa	Nominal	1= Casi nunca 2= Pocas veces 3= A veces 4= Muchas veces 5= Casi siempre
Pregunta 9 Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado	Cualitativa	Nominal	1= Casi nunca 2= Pocas veces 3= A veces 4= Muchas veces 5= Casi siempre
Pregunta 10 Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones	Cualitativa	Nominal	1= Casi nunca 2= Pocas veces 3= A veces 4= Muchas veces 5= Casi siempre
Pregunta 11 Podemos conversar diversos temas sin temor	Cualitativa	Nominal	1= Casi nunca 2= Pocas veces 3= A veces 4= Muchas veces 5= Casi siempre
Pregunta 12 Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda a otras personas	Cualitativa	Nominal	1= Casi nunca 2= Pocas veces 3= A veces 4= Muchas veces 5= Casi siempre
Pregunta 13 Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar	Cualitativa	Nominal	1= Casi nunca 2= Pocas veces 3= A veces 4= Muchas veces 5= Casi siempre
Pregunta 14 Nos demostramos el cariño que nos tenemos	Cualitativa	Nominal	1= Casi nunca 2= Pocas veces 3= A veces 4= Muchas veces 5= Casi siempre
Funcionalidad familiar	Cualitativa	Nominal	1= Familia funcional 2= Familia moderadamente funcional 3= Familia disfuncional 4= Familia severamente disfuncional

## 2.7 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES.

El instrumento constó de 14 preguntas a las que se le asigna una puntuación, la suma de las respuestas totaliza un puntaje que permite calificar a la familia.

Número de preguntas	Variables
1 y 8	Cohesión
2 y 13	Armonía
5 y 11	Comunicación
7 y 12	Permeabilidad
4 y 14	Afectividad
3 y 9	Roles
6 y 10	Adaptabilidad

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos.

Escala cualitativa	Escala cuantitativa
Casi nunca	1 punto
Pocas veces	2 puntos
A veces	3 puntos
Muchas veces	4 puntos
Casi siempre	5 puntos

Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar con un puntaje mínimo de 14 puntos y máximo de 70 puntos clasificándose de la siguiente manera. <sup>(12, 14,18)</sup>

70 – 57 puntos	Familia funcional
56 – 43 puntos	Familia moderadamente funcional
42 – 28 puntos	Familia disfuncional
27 – 14 puntos	Familia severamente disfuncional

**CUADRO No. 2**  
**DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES**

<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>
<b>COHESIÓN</b>	Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas	Se identifica a través de los Ítems 1 y 8 del instrumento FF-SIL.
<b>ARMONÍA</b>	Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.	Se identifica a través de los Ítems 2 y 13 del instrumento FF-SIL
<b>COMUNICACIÓN</b>	Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa	Se identifica a través de los Ítems 5 y 11 del instrumento FF-SIL
<b>PERMEABILIDAD</b>	Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones	Se identifica a través de los Ítems 7 y 12 del instrumento FF-SIL
<b>AFFECTIVIDAD</b>	Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimiento y emociones positivas unos a los otros.	Se identifica a través de los Ítems 4 y 14 del instrumento FF-SIL.
<b>ROLES</b>	Cada miembro de la familia cumple con responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.	Se identifica a través de los Ítems 3 y 9 del instrumento FF-SIL.
<b>ADAPTABILIDAD</b>	Habilidad de la familia para cambiar de estructura y de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.	Se identifica a través de los Ítems 6 y 10 del instrumento FF-SIL.

<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b>	Es aquella que promueve un desarrollo favorable para la salud de todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio.	Se obtiene a través del resultado de la aplicación del Instrumento FF-SIL.
-------------------------------	---	--

## 2.8 DISEÑO ESTADÍSTICO.

El propósito estadístico de la presente investigación fue identificar las alteraciones en la funcionalidad familiar en los médicos residentes de la especialidad de medicina familiar. Por lo que se tomó el grupo de residentes de medicina familiar de los tres grados, procedentes de las sedes académicas de esta especialidad del ISSSTE en el Distrito Federal.

El instrumento se aplicó en una sola ocasión a todos los médicos residentes de la especialidad de medicina familiar del ISSSTE del Distrito Federal, utilizando variables cualitativas que a su vez tiene una escala de puntos, dicha escala de valores se contestaron según la percepción como miembro familiar, utilizándose una escala de categorías que describen el funcionamiento familiar.

La muestra utilizada en esta investigación es no aleatoria, por conveniencia.

## 2.9 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se aplicó un cuestionario conformado por dos partes, la primera parte incluye el consentimiento informado, en la segunda se encuentra los datos generales de identificación como son sexo, edad, estado civil, número de hijos, religión, lugar de origen, domicilio, sede académica, grado académico y por el instrumento de evaluación de funcionalidad familiar "FF-SIL".

Dicho instrumento evalúa cuantitativamente y cualitativamente la funcionalidad familiar, por medio de las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. <sup>(18)</sup>

El cuestionario contiene 14 preguntas a las que se le asigna una puntuación, la suma de las respuestas totaliza un puntaje que permite calificar a la familia.

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos.

Escala cualitativa	Escala cuantitativa
Casi nunca	1 punto
Pocas veces	2 puntos
A veces	3 puntos
Muchas veces	4 puntos
Casi siempre	5 puntos

Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera: <sup>(12, 14,18)</sup>

70 – 57 puntos	Familia funcional
56 – 43 puntos	Familia moderadamente funcional
42 – 28 puntos	Familia disfuncional
27 – 14 puntos	Familia severamente disfuncional

## 2.10 METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para el desarrollo de esta investigación se solicitó la aprobación por el Comité de investigación Regional Zona Norte del Distrito Federal ISSSTE.

La aplicación del instrumento se realizó en Ciudad Universitaria antes de iniciar las actividades académicas de los residentes de la especialidad de medicina familiar del ISSSTE del Distrito Federal, se realizó en diferentes fechas y horarios ajustándose al tiempo disponible de los médicos residentes.

Se acudió a Ciudad Universitaria en las instalaciones de Posgrado de la subdivisión de Medicina Familiar el día lunes para la aplicación del Instrumento a los médicos residentes de primer grado de las sedes Gustavo A. Madero, Ignacio Chávez, Marina Nacional y Oriente.

A los residentes de segundo grado de las sedes académicas Gustavo A. Madero, Ignacio Chávez, Marina Nacional y Oriente se les aplicó el instrumento el día martes, se acudió en dos ocasiones diferentes ya que dos de los médicos se encontraban de vacaciones.

A los médicos residentes del tercer grado de las sedes académicas Gustavo A. Madero, Ignacio Chávez, Marina Nacional y Oriente se aplicó el instrumento el día miércoles.

Previo a la presentación e información para la aplicación del instrumento se recibió pleno consentimiento y disponibilidad por parte de los médicos residentes para la aplicación del instrumento.

La aplicación del instrumento se realizó previa al inicio de las actividades o clases académicas de todos los médicos residentes participantes.

Para la aplicación del instrumento se necesitó diez minutos disponibles, lápiz o bolígrafo y un lugar donde apoyarse (escritorio, mesa, etc.)

Se entregó el consentimiento informado de participación voluntaria (anexo 1) y el instrumento de evaluación (anexo 2) con el folio respectivo, se entregó a cada médico residente de manera individual y confidencial.

Al término de las respuestas se recibió el documento y se anotó en la base de datos el nombre y número de folio por grado y sede para posteriormente informar el resultado, los datos fueron manejados de manera confidencial, el resultado se conocen únicamente el aplicador y el médico residente participante, los resultados fueron entregados por medio de un sobre cerrado.

## **2.11 MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SEGOS.**

### **2.11.1 SESGO DE INFORMACIÓN.**

Se reconoce que puede existir sesgo en la obtención de la información, el cual dependerá de la participación franca y honesta del entrevistado, confiando plenamente en sus respuestas. Dependerá del grado académico y de sus conocimientos en materia de medicina familiar.

Para disminuir el sesgo se explicó y dio la seguridad del anonimato y confidencialidad de los resultados, de tal manera que sus respuestas pudieran vincularse con la realidad.

## **2.12 PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO**

### **2.12.1 DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE LA BASE DE DATOS**

Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 21. Para la descripción general de la muestra se utilizaron tablas de frecuencia.

### **2.12.2 PLANES PARA EL ANALISIS ESTADÍSTICO**

Se utilizaron pruebas estadísticas de distribución no paramétricas para variables nominales.

## **2.13 CONSIDERACIONES ETICAS**

### **2.13.1 DECLARACIÓN DE HELSINKI. <sup>(51)</sup>**

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, Junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, Octubre 1975, 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, Octubre 1983, 41ª Asamblea Médica Mundial Hong Kong, Septiembre 1989, 48ª Asamblea General Somerset West,



Sudáfrica, Octubre 1996, la 52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia, Octubre 2000, 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

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 ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

Los investigadores deben conocer las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

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. Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

En el presente trabajo se han tomado todas las precauciones éticas, jurídicas y legales para su desarrollo, cuidando en todo momento la integridad de los participantes

Al identificar las alteraciones en la funcionalidad familiar en los médicos residentes se podrán instaurar medidas preventivas al respecto.

### **2.13.2 REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD. <sup>(32)</sup>**

El estudio se reglamenta en el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4º. De la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reglamentado por la Ley General de Salud en sus Artículos 1º, 96, 100, 101, 102. Adaptándose a los principios científicos y éticos de la investigación médica, no expone a riesgo ni daños a la persona que se encuentre dentro de la investigación, se realiza previa autorización del consentimiento informado.

El reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, en Materia de Investigación para la Salud de los Estados Unidos Mexicanos. Secretaria de Salud, México, 1986. Título Primero. El presente trabajo de Investigación se califica como de mínimo riesgo.

El presente estudio es ético ya que se protegerá y resguardara la identidad de las personas estudiadas, para fines de este estudio únicamente se reportaron los resultados obtenidos de funcionalidad o disfuncionalidad familiar de las personas que previamente hayan firmaron un consentimiento informado el cual se anexa al protocolo como un documento médico legal, cuidando en todo momento la confidencialidad.

El estudio se realizó previo a la autorización por medio de la firma del consentimiento informado de los médicos residentes participantes en este estudio, bajo la asesoría de médicos con conocimientos y experiencia para guiar este protocolo evitando así riesgos en las personas estudiadas.

Autorizado y aceptado por el Comité de investigación Regional Zona Norte del Distrito Federal ISSSTE.

### 3.- RESULTADOS.

Se aplicaron 35 cuestionarios, que incluyeron residentes de los tres grados de la especialidad de medicina familiar del ISSSTE del Distrito Federal.

#### 3.1 SEXO.

Se aplicó a un total de 35 residentes de los cuales 26 residentes son del sexo femenino y 9 residentes del sexo masculino.

#### 3.2 EDAD.

El rango de edad que se encontró en los residentes de medicina familiar del ISSSTE fue de 25 a 44 años, predominando la edad de 28 años con un 20% del promedio.

#### 3.3 ESTADO CIVIL.

En este rubro el rango que predominó fue el estado civil soltero con el 54.3 % (19 residentes), casado 42.9 % (15 residentes), Unión libre 2.9 % (1 residente). Como se muestra en el cuadro 1.

CUADRO No. 1  
ESTADO CIVIL DEL RESIDENTE

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltero	19	54.3 %
Casado	15	42.9 %
Unión libre	1	2.9 %
Total	35	100 %

Fuente: Encuesta e Instrumento FF-SL

#### 3.4 NÚMERO DE HIJOS.

En este rubro se encontró que 21 residentes no tienen hijos, 9 residentes tienen 1 hijo, 4 residentes tienen 2 hijos y 1 residente tiene 3 hijos como se muestra en el cuadro 2.

CUADRO No. 2  
NÚMERO DE HIJOS.

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
0	21	60 %
1	9	25.7 %
2	4	11.4 %
3	1	2.9 %
Total	35	100 %

### 3.5 RELIGIÓN

La mayoría de los residentes profesan la religión católica en un 88.6 % (31 residentes), cristiana 2.9 % (1 residente), judaísmo mesiánico 2.9 % (1 residente) ninguna religión el 5.7 % (2 residentes)

CUADRO No.3  
RELIGIÓN

RELIGIÓN	NUMERO DE RESIDENTES	PORCENTAJE
CATÓLICA	31	88.6 %
CRISTIANA	1	2.9 %
JUDAISMO MESIANICO	1	2.9 %
NINGUNA RELIGIÓN	2	5.7 %

Fuente: Encuesta e Instrumento FF-SIL

### 3.6 LUGAR DE ORIGEN

En este rubro se encontró que el 57.1 % es originario del Distrito Federal, 11.4 % del Estado de México y Guerrero, como se observa en el cuadro 4.

CUADRO No. 4  
LUGAR DE ORIGEN DE LOS MÉDICOS RESIDENTES.

LUGAR DE ORIGEN	FRCUENCIA	PORCENTAJE
Distrito Federal	20	57.1 %
Estado de México	4	11.4 %
Guanajuato	1	2.9 %
Guerrero	4	11.4 %
Puebla	1	2.9 %
Querétaro	1	2.9 %
Veracruz	1	2.9 %
Tlaxcala	1	2.9 %
Sinaloa	1	2.9 %
Morelia	1	2.9 %
Total	35	100 %

Fuente: Encuesta e Instrumento FF-SIL

### 3.7 DOMICILIO ACTUAL

El domicilio actual de los médicos residentes fue el Distrito Federal con un porcentaje de 80 %, (28 residentes), 20 % vive en el Estado de México (7 residentes).

### 3.8 SEDE ACADÉMICA

El mayor número de residentes se encuentran en la sede académica Ignacio Chávez como se muestra en el cuadro 5.

CUADRO No. 5  
SEDE ACADEMICA

SEDE ACADEMICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Gustavo A. Madero	7	20 %
Ignacio Chávez	11	31.4 %
Marina Nacional	10	28.6 %
Oriente	7	20 %
Total	35	100 %

Fuente: Encuesta e Instrumento FF-SIL

### 3.9 GRADO ACÁDEMICO.

El grado académico se representa en el siguiente cuadro, se puede observar que el mayor número de residentes se encuentra en el segundo grado académico.

CUADRO No.6  
GRADO ACADEMICO

GRADO ACADEMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMERO	10	28.6 %
SEGUNDO	13	37.1 %
TERCERO	12	34.3 %
TOTAL	35	100 %

Fuente: Encuesta e Instrumento FF-SIL

### 3.10 COHESIÓN.

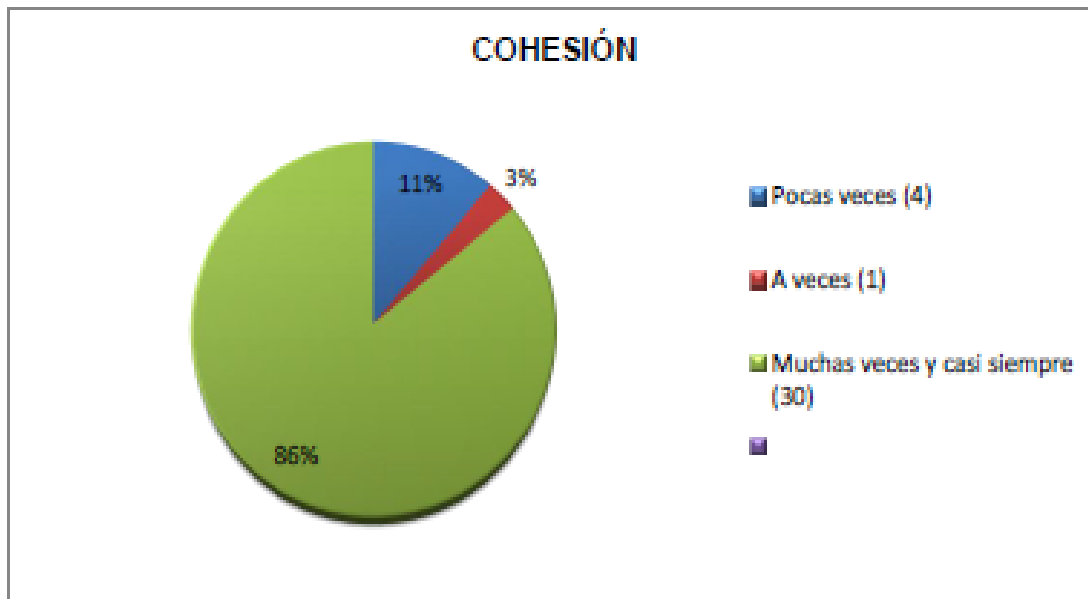
Se determinó la cohesión de las familias por medio de las preguntas 1 y 8 del instrumento de evaluación FF-SIL, encontrando las cifras descritas en el gráfico 1.

El 11 % (4 residentes) refirió cohesión familiar pocas veces, uno de ellos refirió cohesión en su familia a veces. De los cuales 4 de ellos son de tercer grado y

uno de primer grado. La mayoría de los residentes refiere adecuada cohesión familiar. Como se muestra en los gráficos 1 y 2.

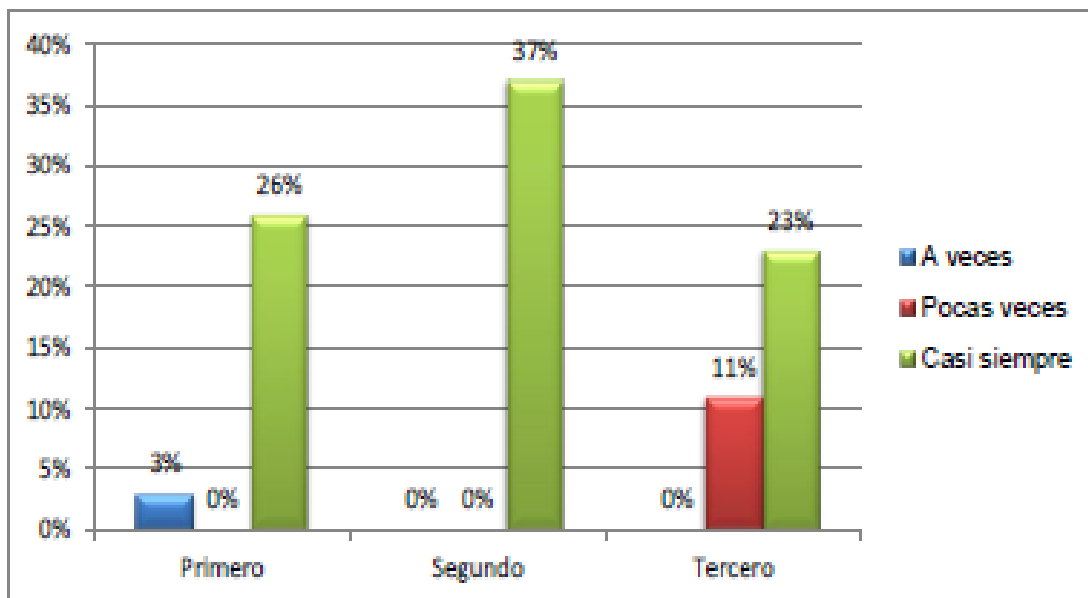
De los médicos residentes con menor puntuación en el resultado de cohesión se encontró que 2 residentes son de la sede Marina Nacional, 1 de Ignacio Chávez, 1 de Oriente y 1 de Gustavo A. Madero. Como se muestra en el gráfico 3.

GRÁFICO No. 1  
COHESIÓN



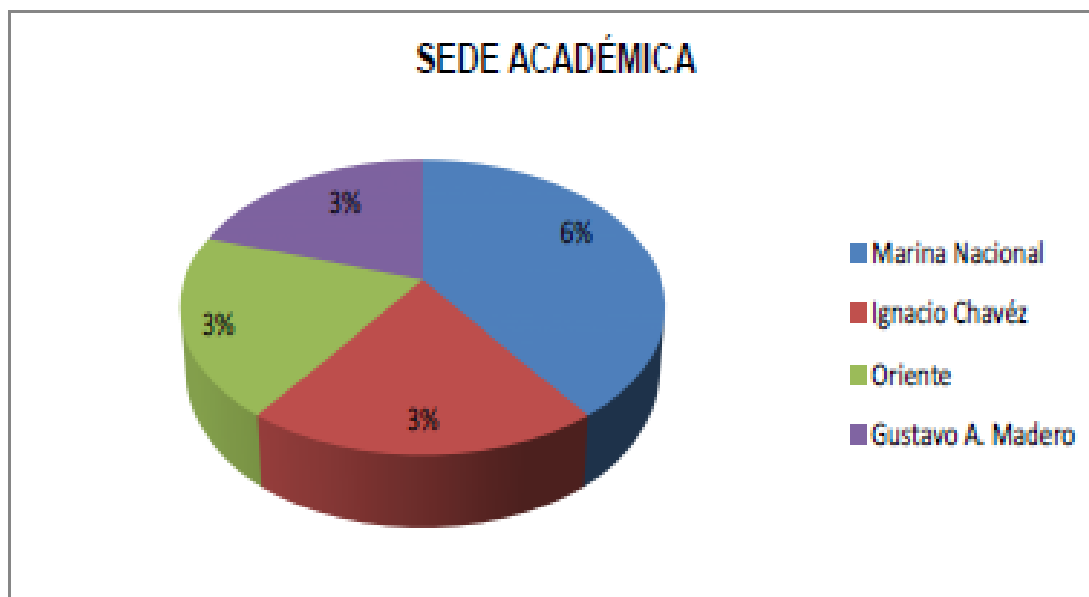
Fuente: Encuesta e Instrumento FF-SIL

GRÁFICO No. 2  
COHESIÓN DE ACUERDO AL GRADO ACADÉMICO DE LOS RESIDENTES.



Fuente: Encuesta e Instrumento FF-SIL

GRÁFICO No. 3.  
COHESIÓN DE ACUERDO A LA SEDE ACADÉMICA



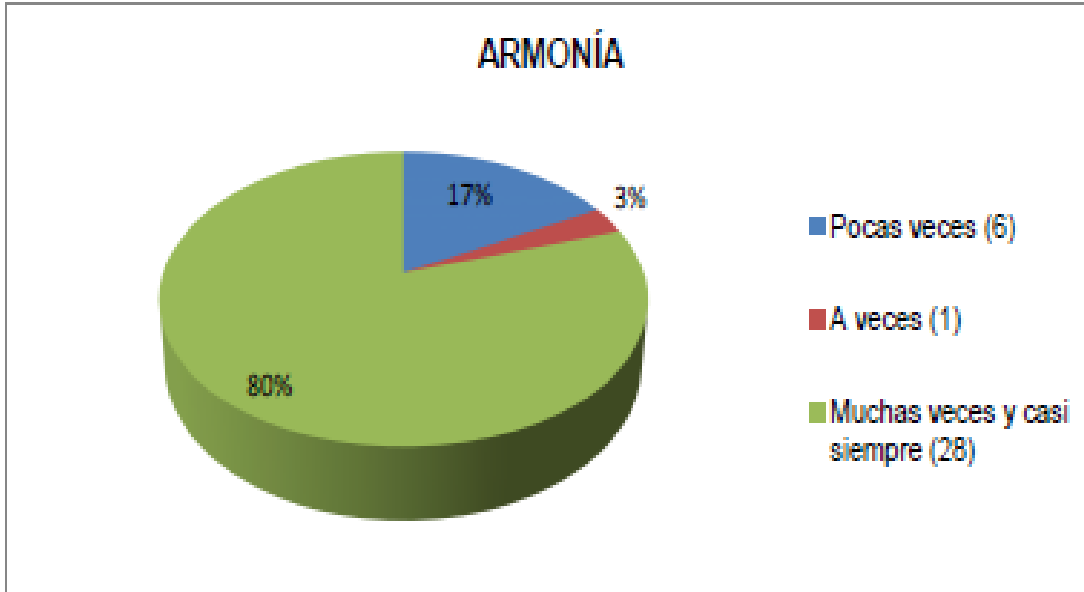
Fuente: Encuesta e instrumento FF-SIL.

### 3.11 ARMONÍA.

Se determinó la armonía en las familias de los médicos residentes por medio de las preguntas 2 y 13 del instrumento de evaluación FF-SIL, encontrando las cifras descritas en el gráfico 4.

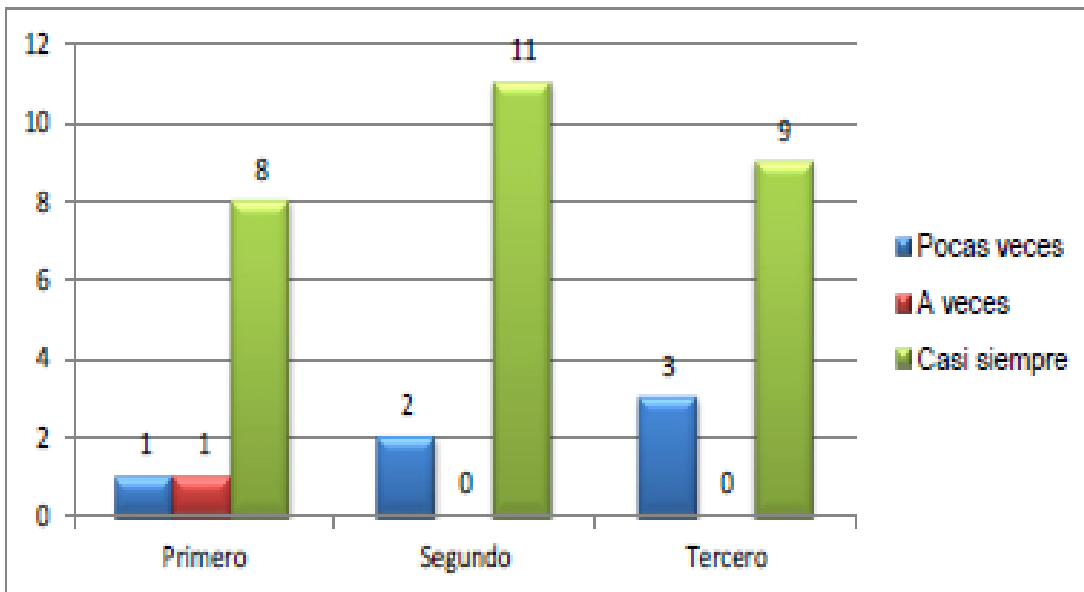
El 3 % (1 residente) refirió armonía en el rubro a veces, el 17 % (6 residentes) refirió armonía familiar pocas veces, el 80% (28 residentes) refirió adecuada armonía en su familia. De los residentes que reportaron calificaciones bajas en los rubros de a veces y pocas veces dos de ellos son de primer grado, dos de segundo grado y tres de tercer grado. Los resultados se muestran en el gráfico 4, 5 y 6.

GRÁFICO No. 4  
ARMONÍA



Fuente: Encuesta e Instrumento FF-SIL

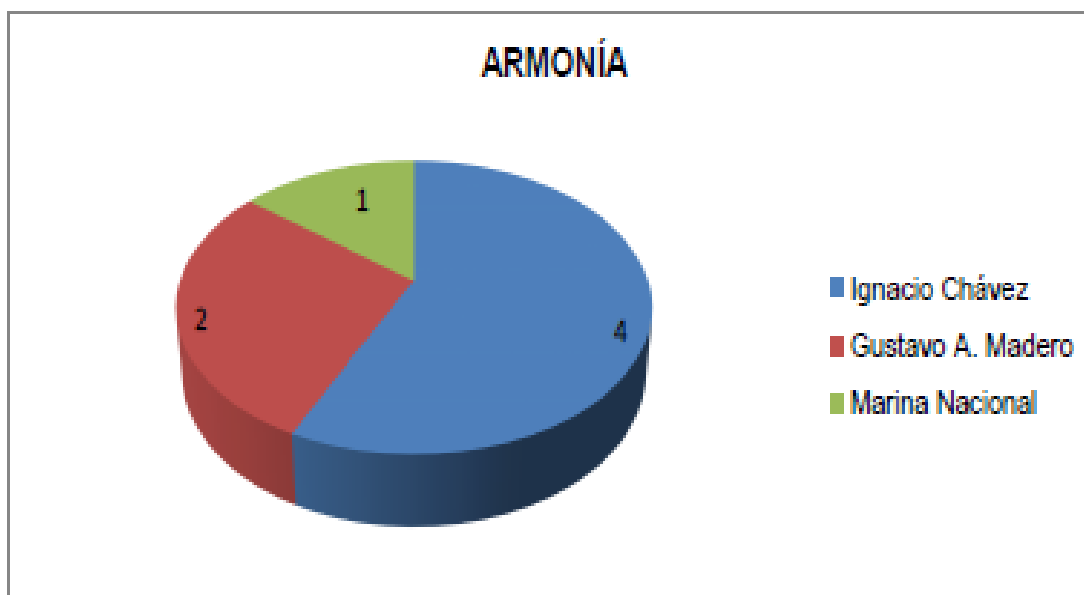
GRÁFICO No. 5  
ARMONÍA DE ACUERDO AL GRADO ACADÉMICO DEL MÉDICO RESIDENTE



Fuente: Encuesta e Instrumento FF-SIL



GRÁFICO No. 6  
RESIDENTES QUE REPORTARON MENOR ARMONÍA FAMILIAR DE  
ACUERDO A LA SEDE ACADÉMICA



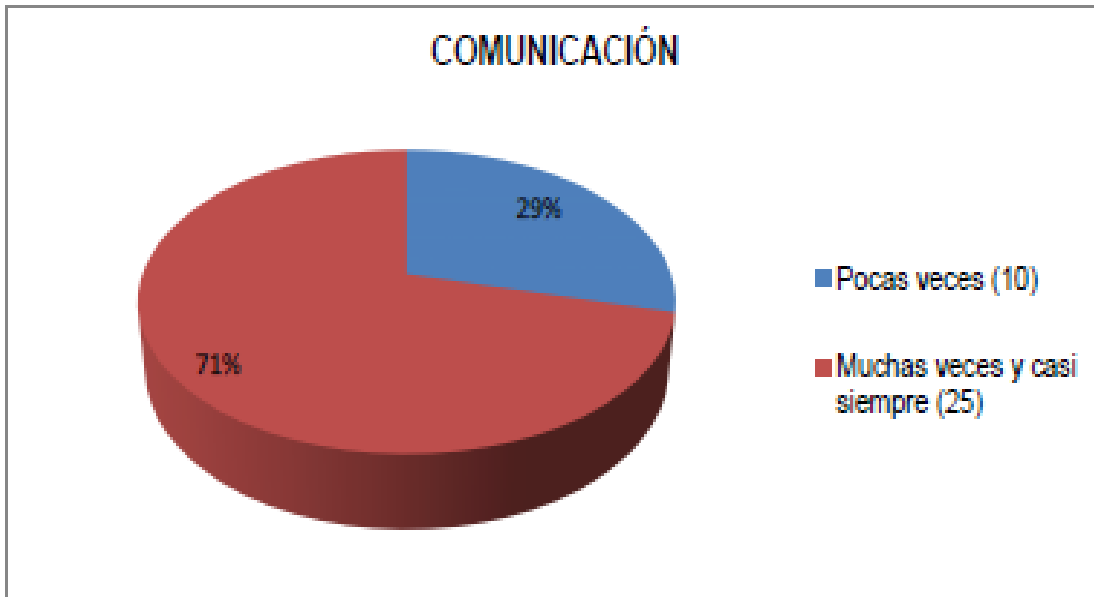
Fuente: Encuesta e Instrumento FF-SIL

### 3.12 COMUNICACIÓN.

Se determinó la comunicación en las familias de los médicos residentes por medio de las preguntas 5 y 11 del instrumento de evaluación FF-SIL, encontrando las cifras descritas en el gráfico 7.

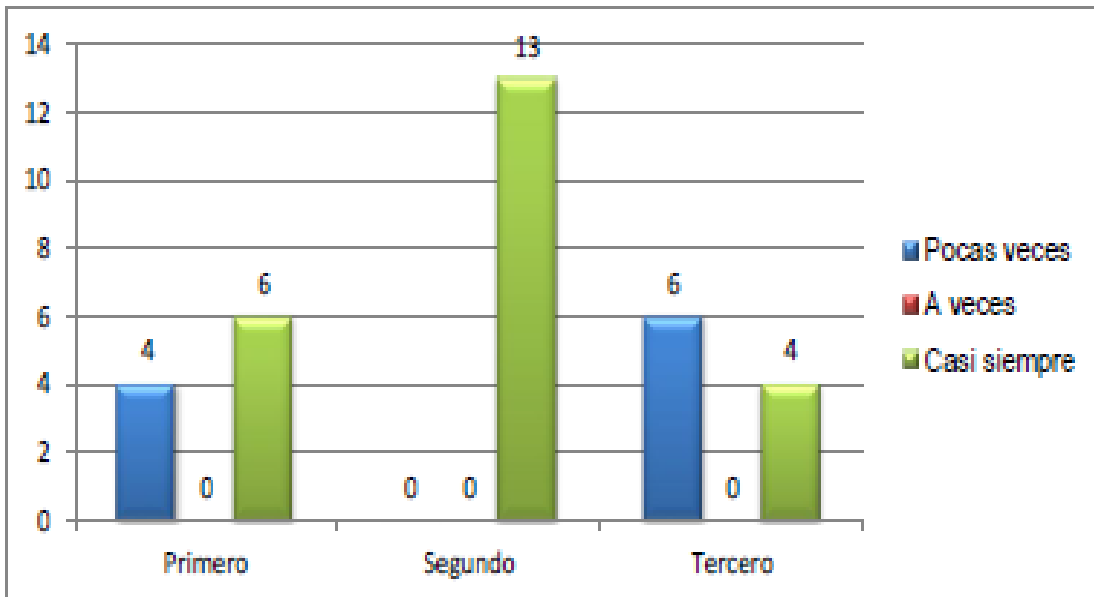
El 29 % (10 residentes) se encuentran en el rubro de pocas veces, el 71 % (25 residentes) refirió buena comunicación en su familia. De los residentes que reportaron calificaciones bajas en los rubros pocas veces cuatro de ellos son de primer grado y seis de tercer grado. Los resultados se muestran en el gráfico 7, 8 y 9.

GRÁFICO No. 7  
COMUNICACIÓN



Fuente: Encuesta e Instrumento FF-SIL

GRÁFICO No. 8  
COMUNICACIÓN DE ACUERDO AL GRADO ACADÉMICO DEL MÉDICO RESIDENTE



Fuente: Encuesta e Instrumento FF-SIL

GRÁFICO No. 9  
RESIDENTES QUE REPORTARON MENOR COMUNICACIÓN, DE  
ACUERDO A LA SEDE ACADÉMICA



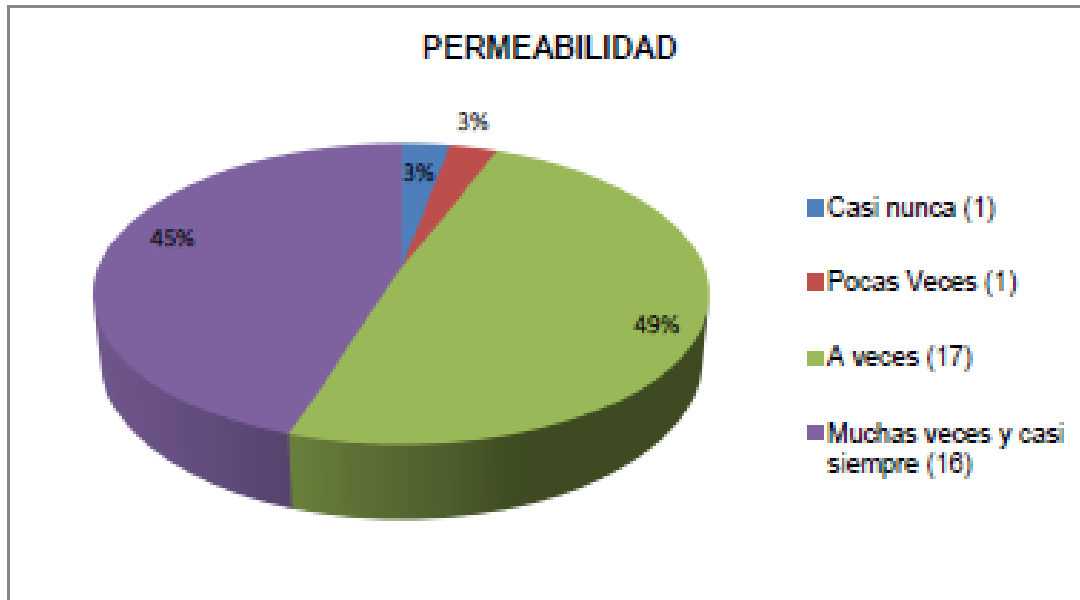
Fuente: Encuesta e Instrumento FF-SIL

### 3.13. PERMEABILIDAD.

Se determinó la permeabilidad en las familias de los médicos residentes por medio de las preguntas 7 y 12 del instrumento de evaluación FF-SIL, encontrando las cifras descritas en el gráfico 10.

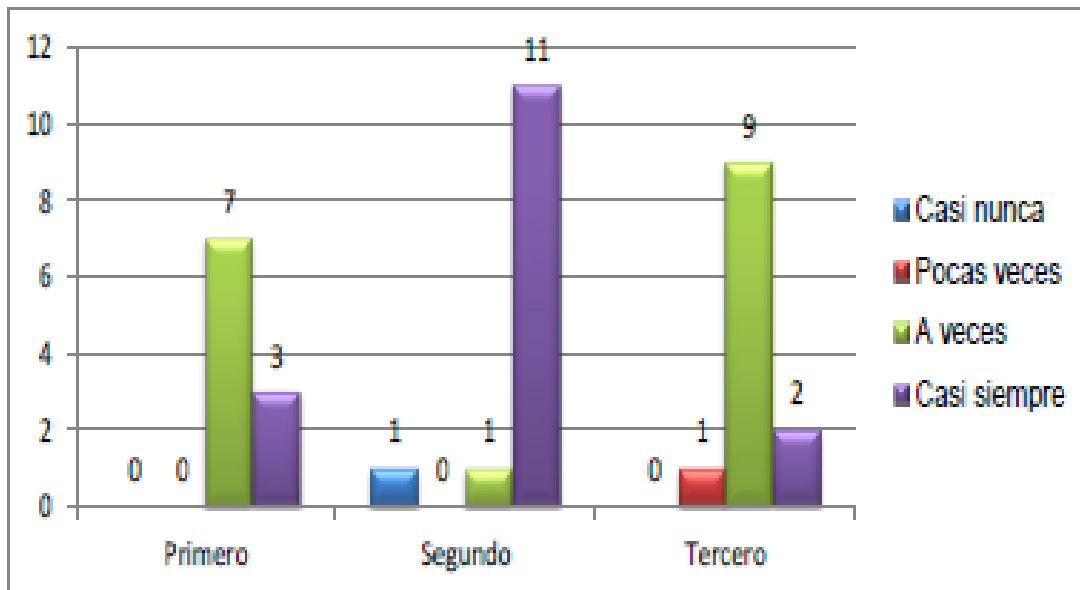
El 3 % (1 residente) refirió permeabilidad en el rubro casi nunca, el 3 % (1 residente) refirió permeabilidad familiar pocas veces, el 49% (17 residentes) refirieron permeabilidad familiar en el rubro a veces, el 45% (16 residentes) refirieron adecuada permeabilidad en su familia. De los residentes que reportaron calificaciones bajas en los rubros casi nunca, a veces y pocas veces, siete de ellos son de primer grado, dos de segundo grado y diez de tercer grado. Los resultados se muestran en el gráfico 10, 11 y 12.

GRÁFICO No. 10  
PERMEABILIDAD



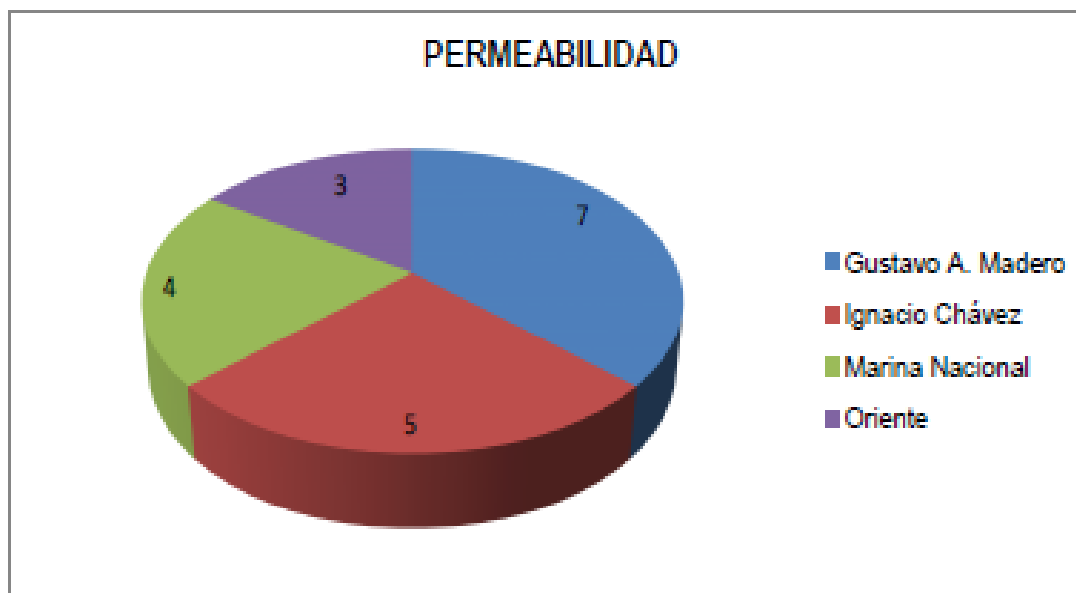
Fuente: Encuesta e Instrumento FF-SIL

GRÁFICO No. 11  
PERMEABILIDAD DE ACUERDO AL GRADO ACADÉMICO DEL MÉDICO  
RESIDENTE



Fuente: Encuesta e Instrumento FF-SIL

GRÁFICO No. 12  
MÉDICOS RESIDENTES QUE REPORTARON MENOR PERMEABILIDAD DE  
ACUERDO A LA SEDE ACADÉMICA



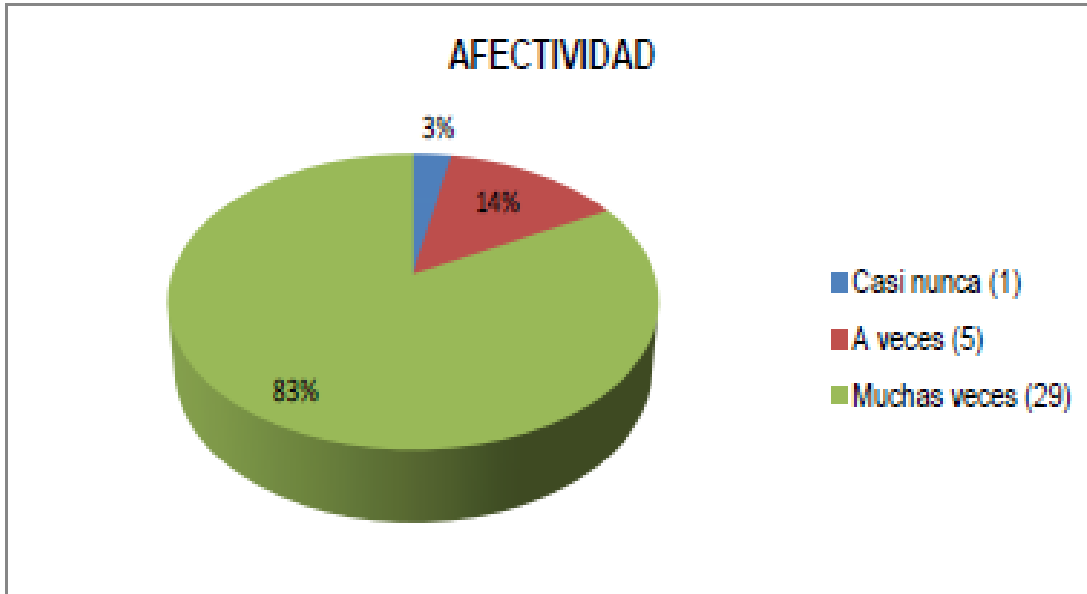
Fuente: Encuesta e Instrumento FF-SIL

### 3.14. AFECTIVIDAD.

Se determinó la afectividad en las familias de los médicos residentes por medio de las preguntas 4 y 14 del instrumento de evaluación FF-SIL, encontrando las cifras descritas en el gráfico 13.

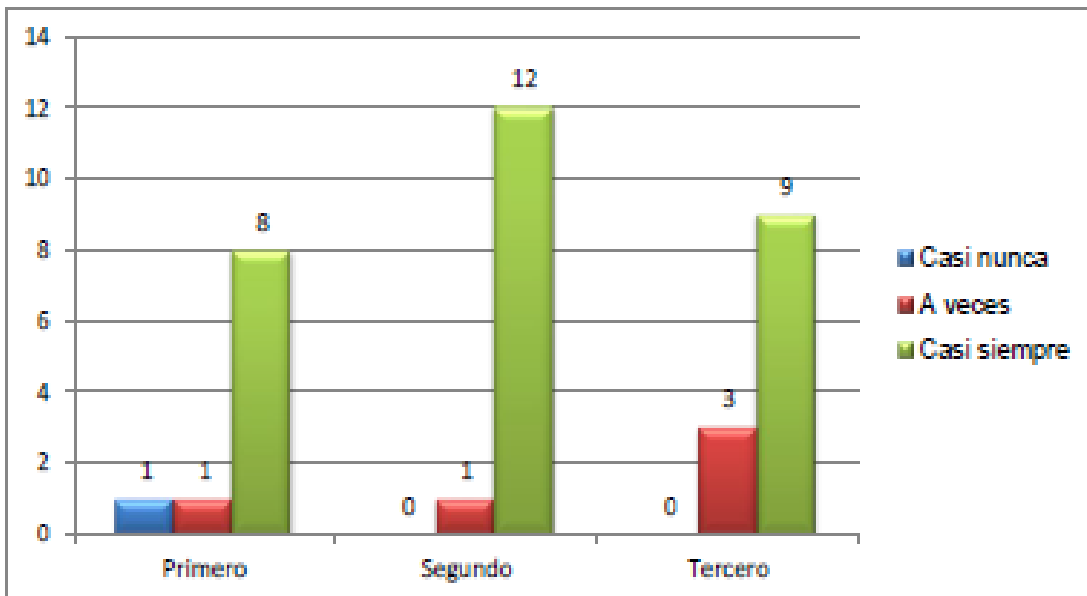
El 3 % (1 residente) refirió afectividad en el rubro casi nunca, el 14 % (5 residentes) refirieron afectividad familiar en el rubro a veces, el 83% (29 residentes) refirió adecuada afectividad en su familia. De los residentes que reportaron menor calificación en los rubros casi nunca fueron uno de primer grado, uno de segundo grado y tres de tercer grado. Los resultados se muestran en el gráfico 13,14 Y 15.

GRÁFICO No. 13  
AFECTIVIDAD



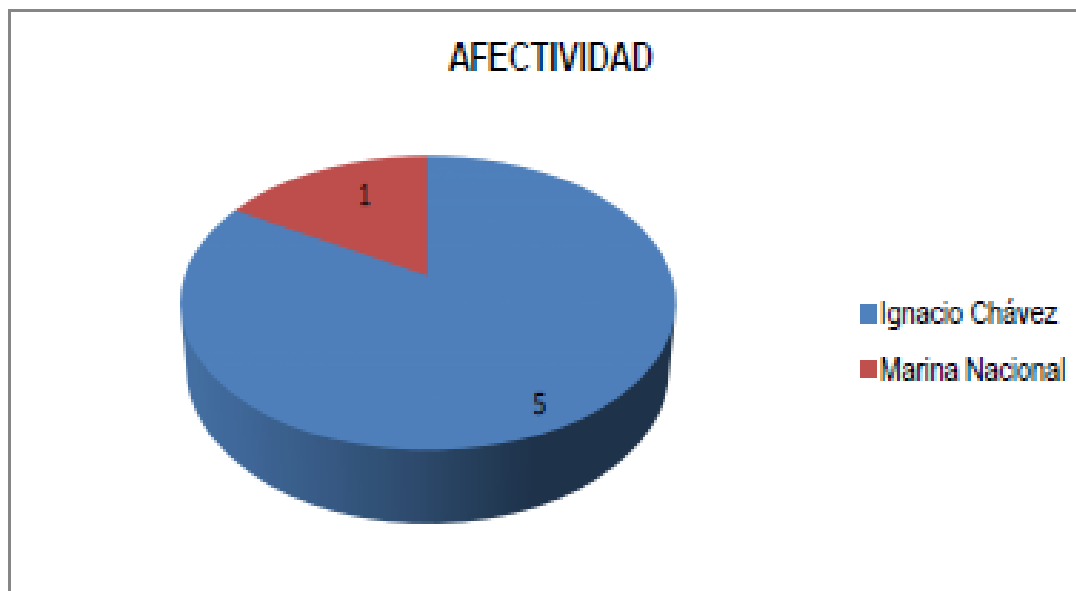
Fuente: Encuesta e Instrumento FF-SIL

GRÁFICO No. 14  
AFECTIVIDAD DE ACUERDO AL GRADO ACADÉMICO DEL MÉDICO RESIDENTE.



Fuente: Encuesta e Instrumento FF-SIL

GRÁFICO No. 15  
MÉDICOS RESIDENTES QUE REPORTARON MENOR AFECTIVIDAD DE ACUERDO A LA SEDE ACADÉMICA



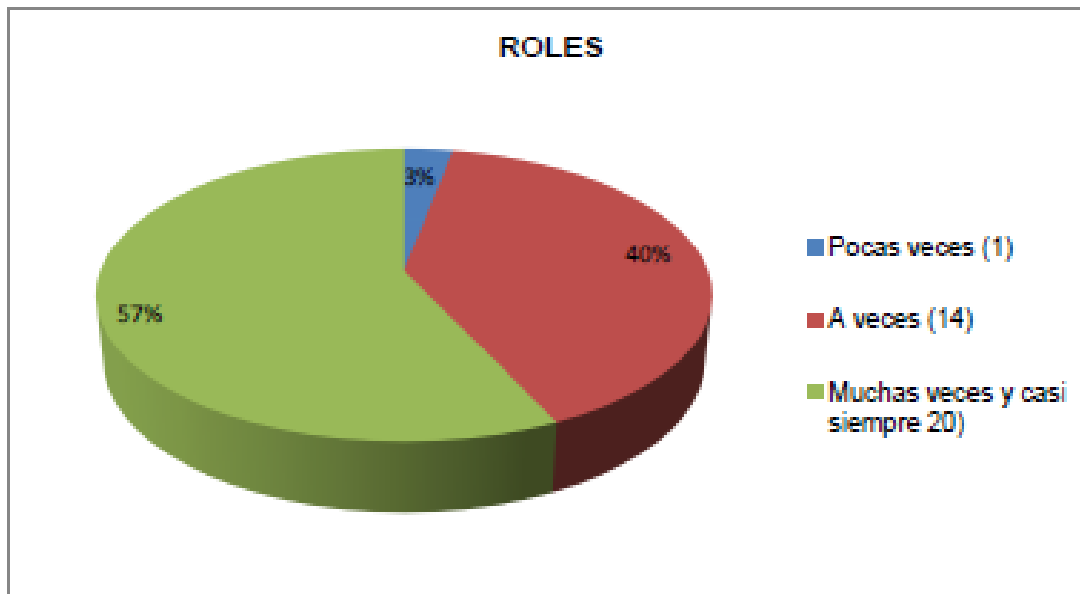
Fuente: Encuesta e Instrumento FF-SIL

### 3.15. ROLES.

Se determinó el rol en las familias de los médicos residentes por medio de las preguntas 3 y 9 del instrumento de evaluación FF-SIL, encontrando las cifras descritas en el gráfico 16.

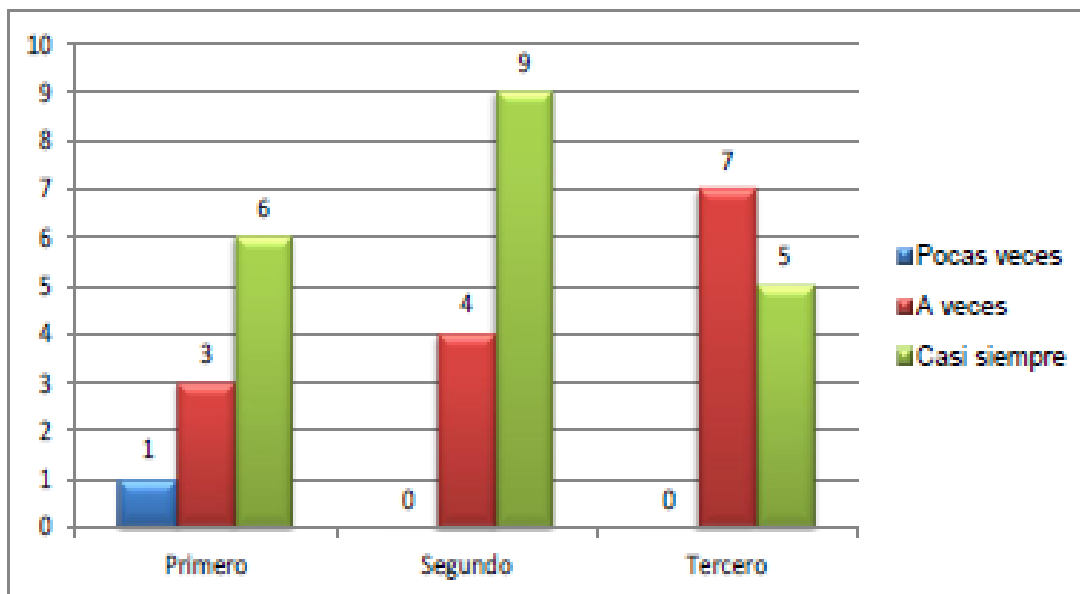
El 3 % (1 residente) se refirió en el rubro de pocas veces, 40 % (14 residentes) se refirieron en el rubro a veces, el 57 % (20 residentes) refirieron adecuados roles en su familia. De los residentes que reportaron calificaciones bajas en los rubros pocas veces, cuatro de ellos son de primer grado, cuatro de segundo grado y siete de tercer grado. Los resultados se muestran en el gráfico 16, 17 Y 18.

GRÁFICO No. 16  
ROLES



Fuente: Encuesta e Instrumento FF-SIL

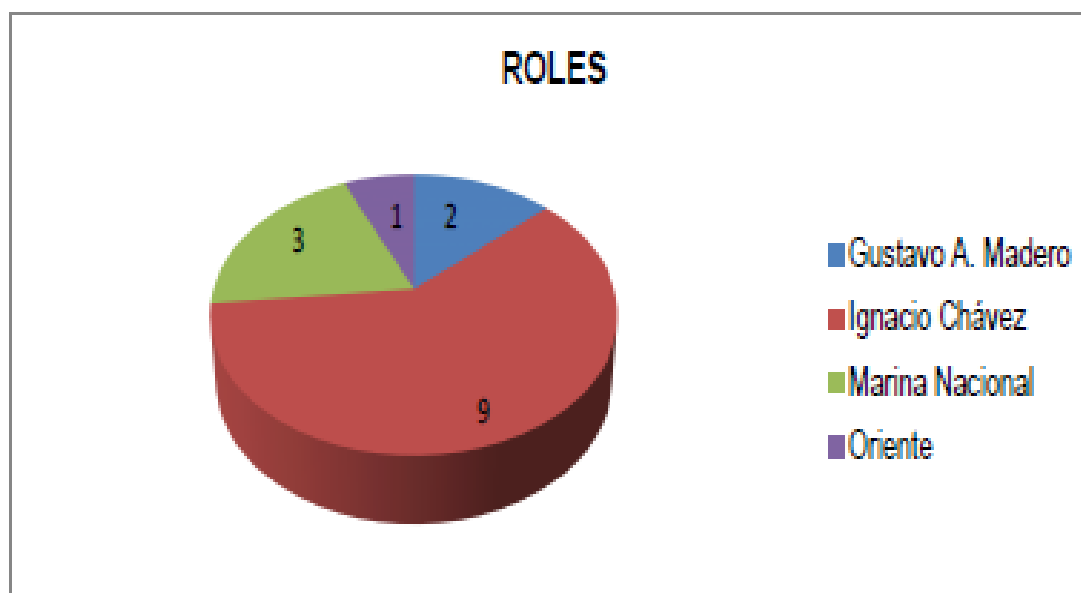
GRÁFICO No. 17  
ROLES DE ACUERDO AL GRADO ACADÉMICO DEL MÉDICO RESIDENTE



Fuente: Encuesta e Instrumento FF-SIL



GRÁFICO No. 18  
MÉDICOS RESIDENTES CON MENOR PUNTAJE EN EL ROL FAMILIAR DE  
ACUERDO A LA SEDE ACADÉMICA



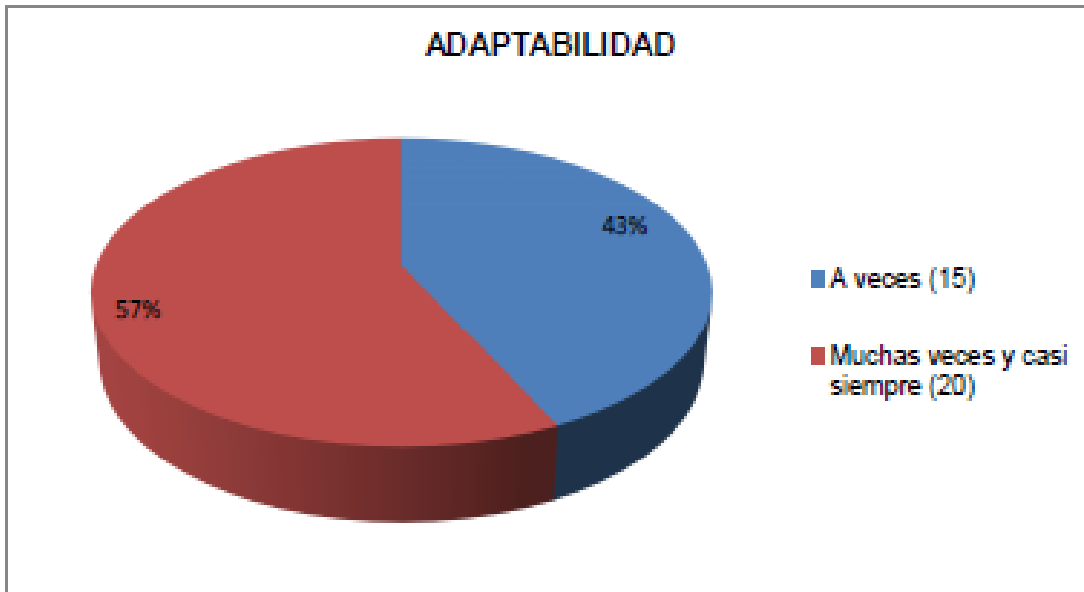
Fuente: Encuesta e Instrumento FF-SIL

### 3.16. ADAPTABILIDAD

Se determinó la adaptabilidad en las familias de los médicos residentes por medio de las preguntas 6 y 10 del instrumento de evaluación FF-SIL, encontrando las cifras descritas en el gráfico 19.

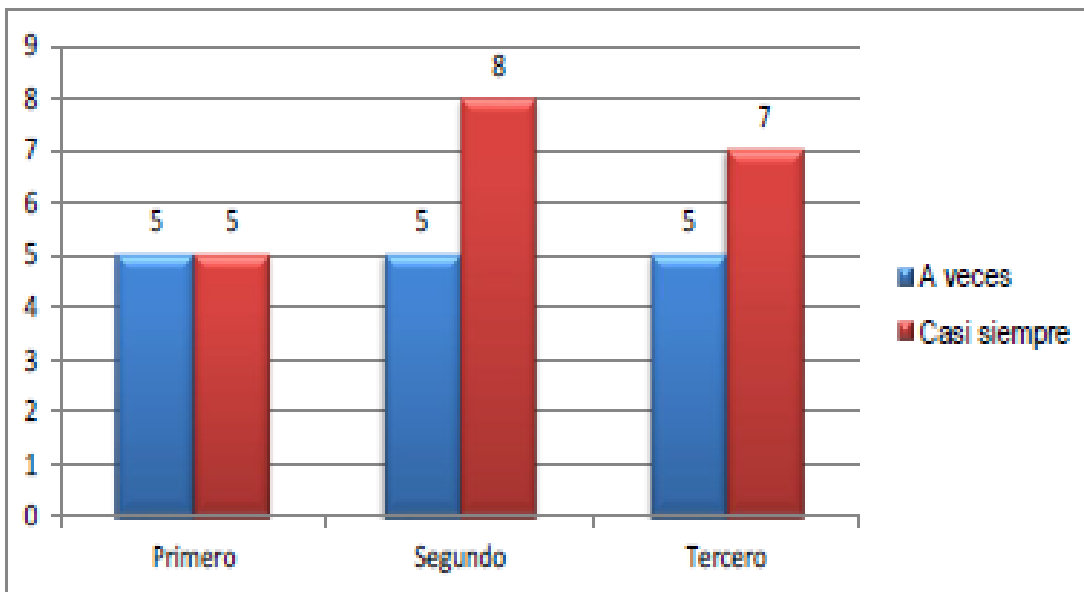
El 43 % (15 residentes) se refirieron en el rubro a veces, el 57 % (20 residentes) refirió adecuada adaptabilidad en su familia. De los médicos residentes con menor puntaje en el rubro de adaptabilidad de acuerdo al grado académico cinco son de primer grado, cinco de segundo grado y cinco de tercer grado. Los resultados se muestran en el gráfico 19, 20 Y 21.

GRÁFICO No. 19  
ADAPTABILIDAD



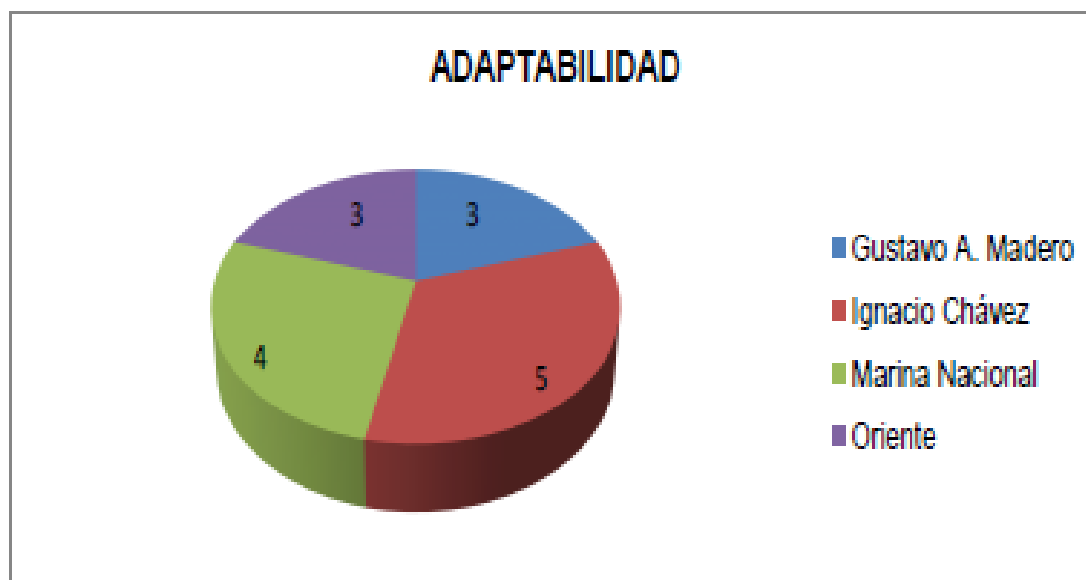
Fuente: Encuesta e Instrumento FF-SIL

GRÁFICO No. 20  
ADAPTABILIDAD DE ACUERDO AL GRADO ACADÉMICO DEL MÉDICO  
RESIDENTE



Fuente: Encuesta e Instrumento FF-SIL

**GRÁFICO No. 21**  
**MÉDICOS RESIDENTES CON MENOR ADAPTABILIDAD FAMILIAR DE ACUERDO A LA SEDE ACADÉMICA**



Fuente: Encuesta e instrumento FF-SIL.

De acuerdo al análisis de los resultados por categoría se encontró que las respuestas de dos médicos residentes fueron constantes en las siete variables, quiere decir que se describió alteraciones en la cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. Dos residentes fueron constantes en las repuestas en cinco variables armonía, roles, afectividad, comunicación, permeabilidad. Ocho de los residentes fueron constantes en las respuestas (roles y permeabilidad)

### 3.17. FUNCIONALIDAD FAMILIAR

De acuerdo a la puntuación final del instrumento FF-SIL se encontró que el 51.4 % de las familias son funcionales, el 42.9 % son moderadamente funcionales y el 5.7 % son disfuncionales. Como se muestra en la cuadro 7.

**CUADRO No. 7**  
**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MÉDICOS RESIDENTES**

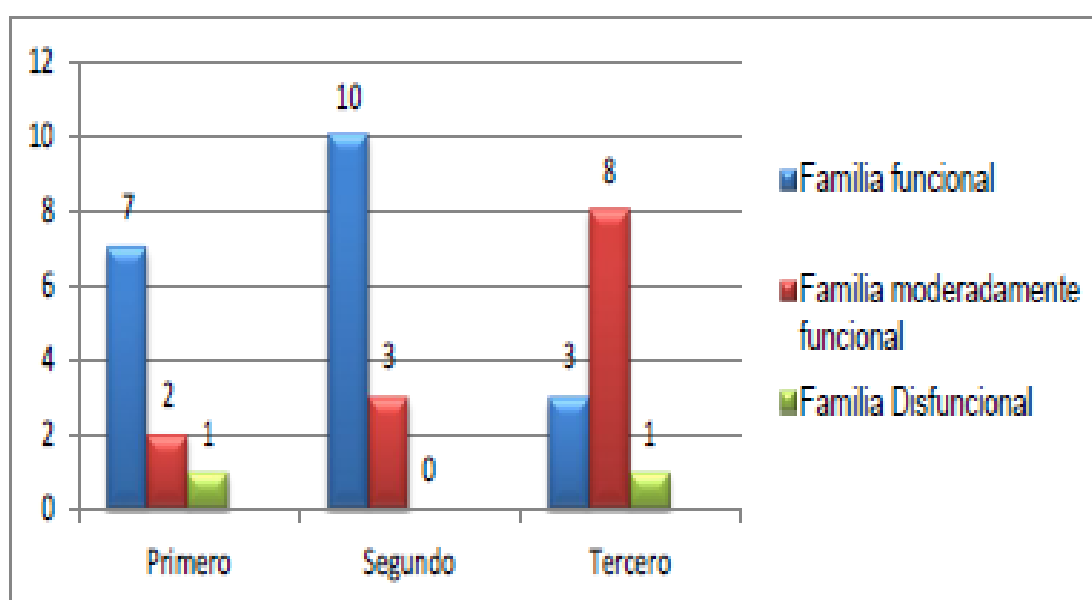
FUNCIONALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Funcional	18	51.4 %
Moderadamente funcional	15	42.9 %
Disfuncional	2	5.7 %
Total	35	100 %

Fuente: Encuesta e instrumento FF-SIL.

### 3.18 FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE ACUERDO AL RESULTADO DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO FF-SIL POR GRADO ACADÉMICO.

En este rubro se encontró que el grado con disfuncionalidad fue en primer y tercer grado. Con familias moderadamente funcionales se encontró en su mayoría al tercer grado con 8 residentes, el segundo grado con 3 y el primer grado con 2 residentes. Sin embargo se puede observar que en los residentes de segundo grado existió mayor funcionalidad familiar. Como se observa en el grafico 22.

GRÁFICO NO. 22  
FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE ACUERDO AL GRADO ACADÉMICO.

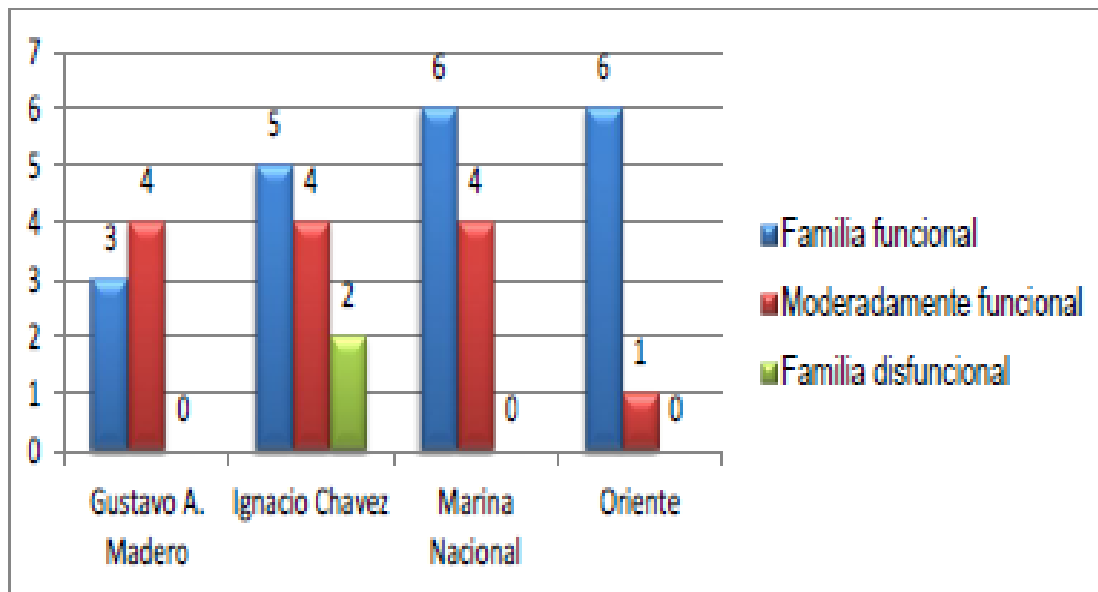


Fuente: Encuesta e Instrumento FF-SIL

### 3.19 FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE ACUERDO A LA SEDE ACADÉMICA.

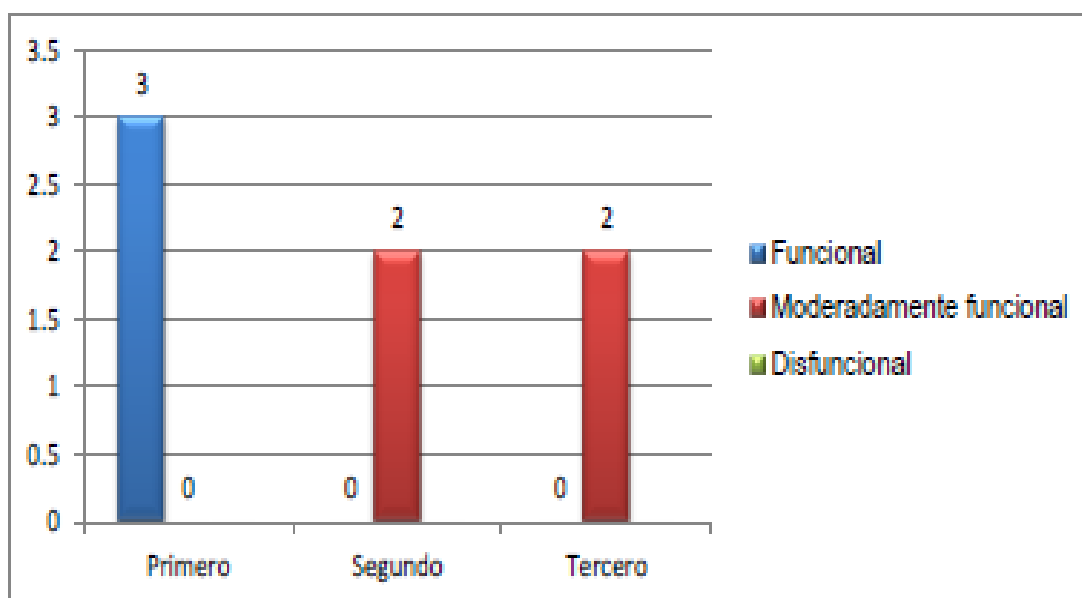
En este rubro se encontró que la sede con mayor disfuncionalidad fue la Clínica de Medicina Familiar Ignacio Chávez. La sede con mayor funcionalidad familiar fue la Clínica de Medicina Familiar Oriente, de acuerdo a la puntuación obtenida del instrumento de funcionalidad familiar FF-SIL. Como se observa en el grafico 23.

GRÁFICO No. 23  
 FUNCIONALIDAD FAMILIAR POR SEDE ACADÉMICA



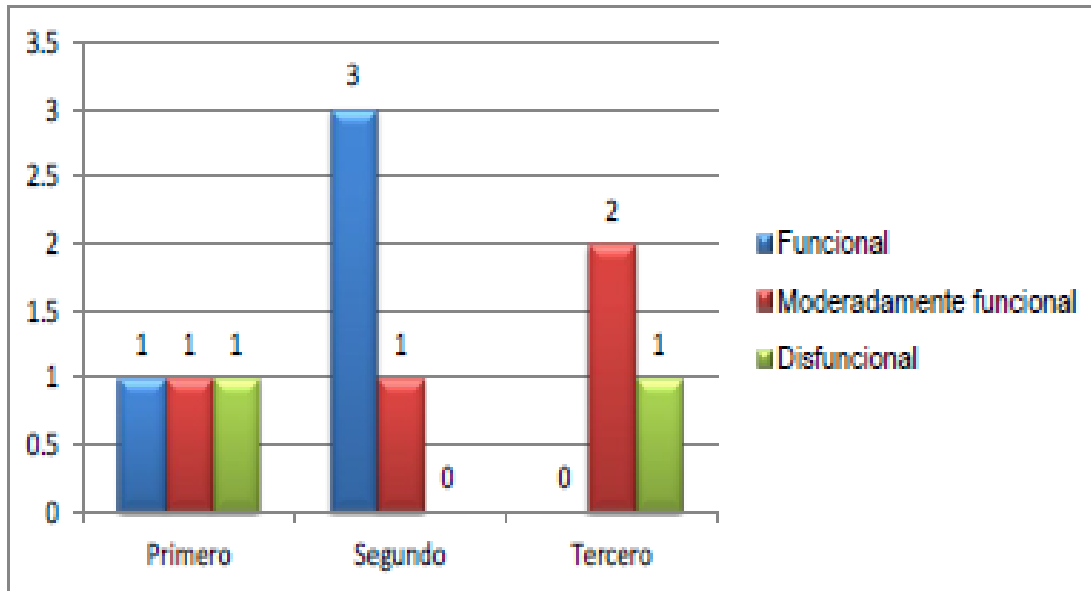
Fuente: Encuesta e Instrumento FF-SIL

GRÁFICO No. 24  
 FUNCIONALIDAD FAMILIAR POR GRADO DE LA SEDE ACADÉMICA GUSTAVO A. MADERO



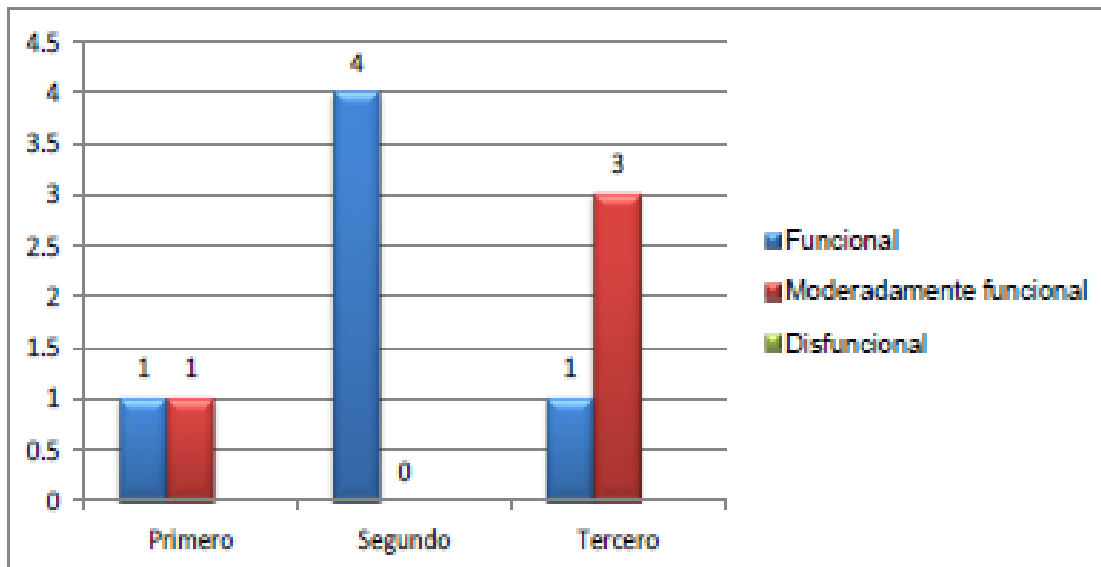
Fuente: Encuesta e Instrumento FF-SIL

**GRÁFICO No. 25**  
**FUNCIONALIDAD FAMILIAR POR GRADO DE LA SEDE ACADÉMICA**  
**IGNACIO CHÁVEZ**



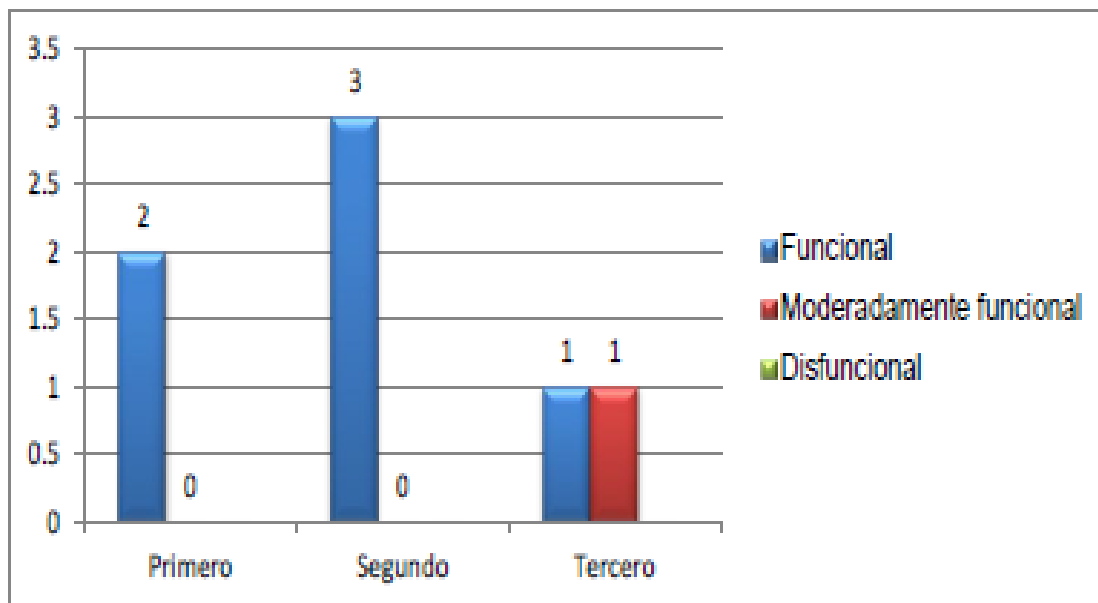
Fuente: Encuesta e Instrumento FF-SIL

**GRÁFICO No. 26**  
**FUNCIONALIDAD FAMILIAR POR GRADO DE LA SEDE ACADÉMICA**  
**MARINA NACIONAL**



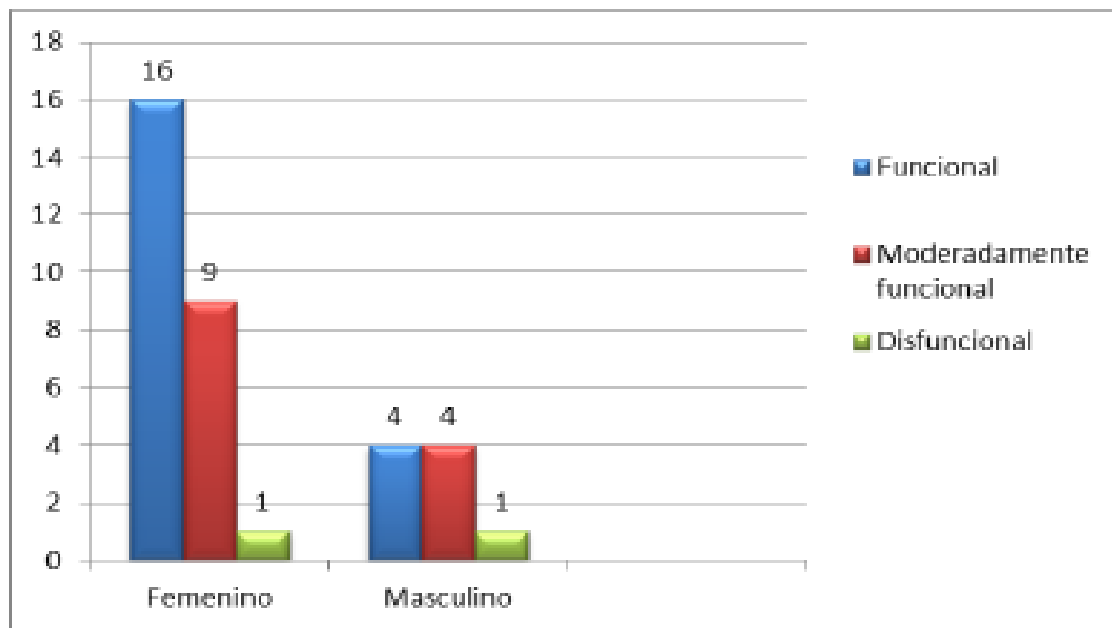
Fuente: Encuesta e Instrumento FF-SIL

**GRÁFICO No. 27**  
**FUNCIONALIDAD FAMILIAR POR GRADO DE LA SEDE ACADÉMICA ORIENTE**



Fuente: Encuesta e Instrumento FF-SIL

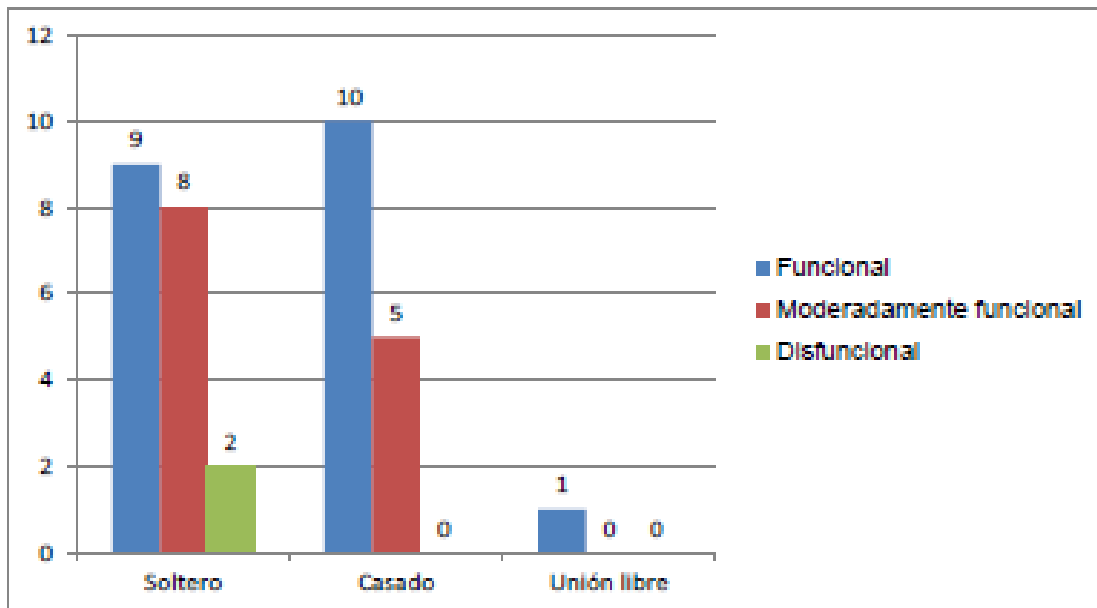
**GRÁFICO No. 28**  
**FRECUENCIA DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE ACUERDO AL GÉNERO**



Fuente: Encuesta e Instrumento FF-SIL

GRÁFICO No. 29

FRECUENCIA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR POR ESTADO CIVIL



Fuente: Encuesta e Instrumento FF-SIL

CUADRO No. 8

PORCENTAJE DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MÉDICOS RESIDENTES POR ESTADO CIVIL

TIPO DE FUNCIONALIDAD	SOLTERO	CASADO	UNION LIBRE
FUNCIONAL	25.7 %	28.5 %	2.8%
MODERADAMENTE FUNCIONAL	22.8 %	14.2 %	
DISFUNCIONAL	5.7%		

Fuente: Encuesta e Instrumento FF-SIL



## 4. DISCUSIÓN

Al no existir estudios previos con la misma temática, no se puede hacer una discusión acorde con lo estipulado en la metodología de la investigación, por lo que solo se refieren algunas consideraciones que son necesarias de acuerdo a lo encontrado en el presente trabajo.

Al hablar de la valoración de la funcionalidad familiar encontramos que no hay un criterio único que determine dicho estado, por lo que existen diferentes instrumentos de evaluación los cuales únicamente orientan sobre el estado funcional de la familia al momento de su aplicación.

La familia como institución dinámica, se encuentra en continuo cambio que le permite mantener un equilibrio u homeostasis dentro de la misma, por lo que para su evaluación el médico familiar debe considerar el instrumento adecuado para cada ocasión.

En relación con los médicos residentes no existe evidencia bibliográfica con la que se pueda contar para analizar lo que se acaba de investigar, y que describa información sobre el funcionamiento familiar, que evalúe las relaciones intrafamiliares a través de las dimensiones que utiliza el instrumento FF-SIL, sin embargo en relación con otros estudios previos en donde se utilizó el mismo instrumento se encontró cierta relación, sobre todo en los rubros de comunicación y roles, no así de permeabilidad.

El estudio se realizó en médicos residentes de medicina familiar considerando que los resultados obtenidos sean mejor comprendidos por ellos al tener conocimiento sobre lo que significa funcionalidad familiar.

Las crisis familiares o alteraciones en la funcionalidad familiar se pueden presentar en cualquier etapa del ciclo de vida familiar, con la presencia de nuevos roles, que conlleva a inestabilidad, transformaciones y cierto nivel de desorganización de la familia, como lo refiere el estudio de identificación de crisis personales y familiares en médicos familiares.<sup>(30)</sup>

Se observaron alteraciones en los médicos residentes de primer y tercer grado, pueden ser por el cambio de domicilio, nuevos compañeros y nuevas actividades de tiempo completo, dejando a la familia en segundo término entretanto se adaptan a dichas actividades rutinarias, las familias de los residentes tienen la capacidad de buscar soluciones que les permiten continuar con su estabilidad sin presentar problemas graves de disfunción. Ante la presencia de una crisis en este caso de adaptabilidad tienen la capacidad de modificar sus recursos internos o externos para encontrar soluciones ante el problema.

En el caso del grupo de tercer grado dichas alteraciones pueden deberse a que los médicos residentes después de dos años han pasado más tiempo fuera de su hogar, por lo tanto los roles cambian, la comunicación con la familia

disminuye por la falta de tiempo, se ocupan en terminar la tesis, realizar exámenes y trabajos, además de que la responsabilidad es mayor, ciertamente que sus errores deben ser menos, aunado a los problemas propios de la familia.

Comparado con estudios donde se determinó la relación de funcionalidad familiar y el éxito escolar se observó que el 77.5 % de las familias eran funcionales a expensas de la cohesión, comunicación, armonía y expresión afectiva, toda vez que en este estudio se encontró el 5.7 % de familias disfuncionales a expensas de alteraciones en la afectividad, cohesión y comunicación.<sup>(28)</sup>

Es de interés conocer que donde se encontró disfuncionalidad fue en médicos residentes solteros, probablemente porque las costumbres familiares sean diferentes y no les permiten adaptarse adecuadamente a los cambios de la residencia.

Observándose mayor funcionalidad en médicos residentes casados probablemente debido a la madurez como personas y como pareja, ya que tiene mayor responsabilidad la cual dependerá del número de años de casados, el número de hijos, el ciclo de vida en el que se encuentren, los hace más responsables, no solo es la responsabilidad de la residencia, también es el deber de cumplir con las funciones de la familia, el cuidado de los hijos, la manutención del hogar, por lo que deberán tener mejor comunicación, cohesión y adaptabilidad.

Para que se pueda confirmar la existencia de alteraciones en la funcionalidad se debe realizar otro estudio que descarte la presencia de dicha disfunción, siempre y cuando la persona estudiada este de acuerdo, considerando cualquier aspecto psicológico, biológico y/o social, asociado a que se pueda presentar alguna disfunción en la familia en cualquier momento del ciclo evolutivo, enfatizando la relación y descripción de las relaciones interpersonales de los miembros de la familia, relacionada con el crecimiento personal y la organización estructural de la misma.

Por los antecedentes de estudios previos se han reportado alteraciones en la funcionalidad familiar en menos del 80 %, como se observa en este estudio, sin embargo por medio del instrumento FF-SIL, conocemos que existen alteraciones estructurales dentro del entorno familiar, que de no detectarse y corregirse puede producir crisis y posteriormente alteraciones en la funcionalidad familiar, en este estudio se determinó que los residentes que presentaron alteraciones en la funcionalidad familiar son solteros, los cuales viven con sus padres, uno de ellos de religión judaísmo mesiánico y el otro médico residente no tiene religión. No encontramos estudios previos relacionados con la religión, sin embargo puede existir alguna relación.

En este estudio se observó que más del 50 % de las familias son funcionales y menos del 8 al 10 % de las familias son disfuncionales, quedando un

porcentaje de familias en riesgo de presentar alguna disfunción en algún momento, se relaciona a ciertos factores psicológicos, económicos, sociales, educativos o bien por la presencia de alguna enfermedad que se presenta en algún miembro de la familia. <sup>(19, 27, 28, 29)</sup>

Se observa un 50 % de familias funcionales y un 47 % de familia con riesgo de disfunción, solamente 5.7 % de dichas familias se perciben como disfuncionales, en relación a las categorías que evalúan las relaciones intrafamiliares cohesión, armonía, rol, afectividad, comunicación, adaptabilidad, permeabilidad, en la categoría de la comunicación se percibió mayor alteración lo que se asemeja con lo referido en la bibliografía al mencionar la falta de comunicación un factor predisponente en la disfunción familiar, la mayoría de los residentes presentan alteraciones en la permeabilidad y roles. Dicha cifras se asemejan a resultados de otros estudios en donde el riesgo de presentar disfunción familiar es latente. <sup>(8, 8, 10, 17, 18, 28)</sup>

## 5. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos considerar que se alcanzaron los objetivos propuestos en el estudio, así como la pregunta planteada fue respondida en forma concreta, manifestándose además otros resultados importantes no contemplados en el mismo.

El instrumento de evaluación FF-SIL es útil para explorar de manera inmediata la existencia de alguna alteración en la estructura familiar que modifique la funcionalidad familiar en ese momento, fundamentalmente al informar el resultado se le muestra al participante que el producto del cuestionario nos indica realizar un abordaje integral para confirmar dicho resultado, con la pericia de iniciar un interrogatorio que indague desde la historia familiar, composición familiar, ciclo de vida familiar, estructura y comunicación, de confirmarse la disfunción familiar se puede sugerir apoyo a base de sesiones que pueden incluir orientación, consejería y en algunos casos terapia familiar, si fuera necesario.

El instrumento de percepción de la funcionalidad familiar queda como evidencia escrita por puño y letra de la persona estudiada, el cual será utilizado para explicar el porqué del seguimiento a dicho estudio, no olvidando que la familia es dinámica, capaz de modificarse de acuerdo a las circunstancias en las que se encuentre.

La trascendencia de esta investigación es transferir la información al personal académico que se encuentra al frente de los médicos residentes, con la intención de ser escuchados y con la confianza de que los médicos residentes además de cumplir con sus obligaciones también serán comprendidos, con la esperanza de que se les otorgue el apoyo necesario ya que como seres humanos también poseen problemas que de alguna forma pueden entorpecer su trabajo o incluso dejar en definitiva la residencia.

Como se mencionó existen tesis dirigidas a médicos residentes en la cual reporta que existen crisis o alteraciones en la funcionalidad familiar como es el caso de este estudio, el cual reporto únicamente el 5.7% de familias disfuncionales y 42.9% de familias moderadamente funcionales, lo que indica que existen alteraciones en su estructura familiar, dichas alteraciones de no modificarse pueden en un futuro crear una crisis y posteriormente disfuncionalidad.

Al conocer las alteraciones específicas en las categorías de relación intrafamiliar se podrá realizar un abordaje directo en el rubro donde se encontró dicha alteraciones, la consejería será dirigida específicamente a la comunicación, permeabilidad o bien al cambio de roles.

Sería interesante saber cuáles son los medios que utiliza el médico para conseguir la homeostasis, y poder adaptarse al cambio, ya que el 31.4 de los residentes son casados y reportaron funcionalidad familiar. En comparación con los médicos residentes solteros que ocupan el 5.7% de disfuncionalidad en este estudio, como en otros donde refieren que su problema prioritario es el relacionado con la familia, es por eso que queda abierto para continuar la investigación y mejorar la funcionalidad familiar.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Plata G. M. Flores C. L, Curiel H. O, Juárez O. JR. Rosas B. JV. Depresión y ansiedad en la residencia medica. Rev. Esp. Med. Quir 2011; 16(3):157-162.
2. Ley Federal del trabajo, Secretaria del Trabajo y Previsión social [info4.juridicas.unam.mx/juslab/leylab/123/357.htm](http://info4.juridicas.unam.mx/juslab/leylab/123/357.htm)
3. Monroy C. C. Irigoyen C. A. La formación de médicos familiares en el ISSSTE, Archivos en Medicina Familiar 2005; 7(2):31-34.
4. Consejo Universitario. Plan único de especializaciones medicas en Medicina Familiar. UNAM. México DF 2009.
5. Norma oficial mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de las residencias medicas.
6. Solemou M. IA. La familia y su participación en la universalización de la Educación Superior. Rev. Cubana de Educación Médica Superior. 2013; 27(1):54-63
7. Gutiérrez C. JF, Rodríguez LME, De León S. LA, González B. M, Alonso G. ME, Evaluación de un Modelo de Intervención en Familias a partir de su funcionamiento. 6º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis Febrero 2005. URL: [Psiquiatría.com/http://hdl.handle.net/10401/3352](http://hdl.handle.net/10401/3352)
8. Membrillo L, A. Familia: introducción al estudio de sus elementos, Colegio Mexicano de Medicina Familiar. 1ª Ed. Editores de Textos Mexicanos, 2008.
9. Pérez C. C, Fernández B. OC, Evaluación de un programa de intervención familiar educativa, Rev. Cubana Med. Gen. Integr.2005;21(1-2) versión On-line ISSN 1561-3038.
10. Huerta G.J.L. Medicina Familiar, La familia en el proceso Salud-Enfermedad. 1ª. Edición. Alfil 2005.p 9-55.
11. Ortiz M. Lauro B.I. Jiménez L. Silva L. Métodos de investigaciones diversas en el estudio de la salud familiar. Rev. Cubana. Med. Gen. Integr. 1999;15(2):151-5
12. Núñez M. G, Barros Z, Evaluación de la salud de las familias del barrio Don Atilio de la ciudad de salto, aplicando instrumento de Isabel Louro. Rev. Uruguaya de Enfermería, 2009;4 (2)36-44
13. Espinal I. Gimeno A, González F, El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. Facultad de Psicología, Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación (2003): 1-4
14. González S. C., Teoría estructural Familiar. Disponible en URL: [www.medicnafamiliar.cl/trabajos/teorias.pdf](http://www.medicnafamiliar.cl/trabajos/teorias.pdf).
15. Contreras P.SC., Avalos G.MC, Priego A. H, Morales G: MH, Córdova H. JA, Síndrome de Burnout , funcionalidad familiar y factores relacionados en el personal médico y de enfermería de un Hospital de Villahermosa, Tabasco, México. Rev. Horizonte sanitario 2013; 12(2): 45-57.
16. Peñalva C.. Evaluación del funcionamiento familiar por medio de la entrevista estructural. Rev. Salud Mental 2001;4(2):31-42.
17. Membrillo L.A. Instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar en Anzures C., Chávez A. García P. Pons A. editores. Medicina Familiar, 1ª Ed. Corinter, 2008; p. 227-283

18. Ortega T. De la Cuesta D. Días C. Propuesta de un instrumento de aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Rev. Cubana Enf.* 1999;15(3):164-8.
19. Ávila M. Caracterización de la familia del anciano con deterioro cognitivo *Rev. Cubana de Salud Pública* 2012;38(2):246-252
20. Louro B.I. Modelo teórico – metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria. Tesis en opción al grado de Doctora en Ciencias de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública La Habana, 2004.p.1-92.
21. Montiel O. LS. Funcionalidad Familiar en pacientes con obesidad en el consultorio de nutrición de la clínica de medicina familiar "Marina Nacional" ISSSTE. DF. Tesis para obtener título en la especialidad de MF. 2011p.8-35.
22. García S. I, Navarro D. D, Influencia del entorno familiar en la mujer en etapa climatérica, *Rev. Cubana Med Gen Integr.* 2011;27(2) versión ISSN 084-2125
23. Carvajal R. JO, Villa B. R, Gómez A. C, Rodríguez O. AR, Relación entre cefalea y disfunción familiar en una unidad de medicina familiar. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.*2009;25(1) versión On-line ISSN 1561-3038
24. Acosta G. A, Milian M. M, González P.A, Caracterización de las familias de un grupo de adolescentes con intento suicida. 9º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis Febrero 2008.  
URL:Psiquiatria.com/http://hdl.handle.net/10401/4647
25. De la Rosa O.L. Funcionalidad familiar: Nivel de conocimiento e instrumentos de funcionalidad familiar en médicos residentes de 2do y 3er grado de la especialidad de medicina familiar del ISSSTE del DF. Tesis para obtener la especialidad de Medicina Familiar. 2009; p. 2-84.
26. Espin A. AM, Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Rev. Cubana de Salud Pública.* 2012;38(3)393-402.
27. Sánchez A. Robles A, La disfunción familiar como factor coadyuvante en el descontrol de la Diabetes tipo 2. Tesis para obtener el título de licenciado en Psicología, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. 2007. p.5-89.
28. Méndez V. Louro I. Bayarre H. Caracterización de la salud familiar en familias de niños con éxito escolar. *Rev. Cubana de Medicina Integral* 2011;27(1)1-9
29. Núñez T. Asociación entre funcionamiento familiar y calidad de vida en familias con un hijo con asma. Tesis para obtener el título de especialista en medicina Familiar. IMSS Morelia Michoacán. 2010;p.3-40
30. García V.A. Identificación de crisis personales y familiares en médicos residentes de medicina familiar: Validez de contenido y propuesta de estudio. Tesis para obtener el título de especialista en medicina Familiar. ISSSTE México D.F Junio 2007
31. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, Junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, Octubre 1975, 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, Octubre 1983, 41ª

Asamblea Médica Mundial Hong Kong, Septiembre 1989, 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996 y la 52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia, Octubre 2000. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

32. Reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, en Materia de Investigación para la Salud. Secretaria de Salud, México, 1986.

## 12. ANEXOS

Universidad Nacional Autónoma de México  
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado  
Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero  
Educación e Investigación Médica.

### CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACION VOLUNTARIA

No. Folio: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación el cual se titula: "Determinar la funcionalidad familiar en médicos residentes de medicina familiar del ISSSTE del Distrito Federal, a través de la aplicación del instrumento FF-SIL"

El objetivo de este estudio es conocer la funcionalidad familiar de los médicos residentes de medicina familiar por medio de la aplicación del instrumento FF-SIL, se ha autorizado realizarla a todos los médicos residentes de la especialidad de medicina familiar del ISSSTE del Distrito Federal.

La información será proporcionada de manera voluntaria, la cual se utilizara exclusivamente con fines de investigación, la información deberá proporcionarse de manera voluntaria.

El investigador me ha dado la seguridad de que los datos obtenidos serán manejados con confidencialidad. Comprometiéndome a proporcionarme la información actualizada que se obtenga del estudio.

En caso de sentir incomodidad con alguna de las preguntas se suspenderá el cuestionario terminando así con su valiosa colaboración.

Acepto colaborar. \_\_\_\_\_

No acepto colaborar. \_\_\_\_\_



"Funcionalidad familiar en médicos residentes de medicina familiar del ISSSTE del Distrito Federal, a través de la aplicación del instrumento FF-SIL"

CUESTIONARIO.

Folio: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

PRIMERA PARTE.

- 1.- Sexo: \_\_\_\_\_
- 2.- Edad: \_\_\_\_\_
- 3.- Estado civil: \_\_\_\_\_
- 4.- Número de hijos: \_\_\_\_\_
- 5.- Religión: \_\_\_\_\_
- 6.- Lugar de origen: \_\_\_\_\_
- 7.- Domicilio: \_\_\_\_\_
- 8.- Sede académica: \_\_\_\_\_
- 9.- Grado académico: \_\_\_\_\_

**INSTRUMENTO DE APLICACIÓN FF-SIL**

		Casi Nunca	Pocas Veces	A Veces	Muchas Veces	Casi Siempre
1	De conjunto, se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					

9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					