



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

Título:

"COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNO
LÍMITE DE PERSONALIDAD DEL PSQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO
ÁLVAREZ"

Presenta la tesis para obtener el
Diploma de Especialista en Psiquiatría
Dra. Yudilia Franco Mozqueda

Nombre del asesor de Tesis
Dr. Pablo Vera Flores

Ciudad de México a Junio de 2021



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.

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN.....	6
2.- MARCO TEÓRICO.....	7
3.- MÉTODO.....	21
3.1 JUSTIFICACIÓN.....	21
3.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.	22
3.2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
3.2.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:	24
3.3.- OBJETIVOS.....	24
3.4.- HIPOTESIS	25
3.5 VARIABLES.....	26
3.6.- MUESTRA Y MUESTREO.....	27
3.7.- SUJETOS:.....	28
3.8.- CRITERIOS DE SELECCIÓN	28
3.9.- TIPO DE ESTUDIO	29
3.10.- INSTRUMENTOS.....	29
3.11.- PROCEDIMIENTO	30
3.12.- CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.....	31
4.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	34
5.-RESULTADOS.....	34
6.- DISCUSIÓN	43
7.- CONCLUSIÓN	46
9.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	48
10.- ANEXOS	51

AGRADECIMIENTOS

A mi Hospital "Fray Bernardino" por darme las herramientas y el aprendizaje necesarios para mi formación.

A todos los pacientes que aceptaron participar en la realización de este proyecto, a cada uno de mis adscritos que aportaron con sus enseñanzas en mi formación como psiquiatra. A mi asesor de tesis, Dr. Pablo Vera Flores, quien me apoyó durante este proceso. Al Dr. Francisco Muñoz por brindarme el espacio y tiempo para realizar el presente trabajo.

A mi madre por darme las herramientas para superarme a lo largo de mi vida. A Nadia por inspirarme y motivarme a nunca conformarme. A Lucy por acompañarme y ayudarme a crear en mí una mejor persona.

LISTA DE FIGURAS, TABLAS Y GRÁFICOS

<u>Tabla 1</u>	
Calificación de Cohesión FACES III.....	pág.17
<u>Tabla 2</u>	
Calificación de Adaptabilidad FACES III.....	pág.17
<u>Figura 1 y 2</u>	
Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares de Olson.....	pág. 18
<u>Gráfico 1</u>	
Distribución población total de la muestra.....	pág.34
<u>Gráfico 2</u>	
Distribución muestra total por sexo.....	pág.34
<u>Tabla 3</u>	
Distribución de individuos de acuerdo con su inclusión en terapia de grupo...	pág.35
<u>Tabla 4</u>	
Datos sociodemográficos.....	pág.36
<u>Gráfico 3</u>	
Comorbilidades asociadas.....	pág.36
<u>Gráfico 4</u>	
Funcionalidad Familiar Modelo Circumplejo de Olson en población total.....	pág.38
<u>Tabla 5</u>	
Funcionalidad Familiar Modelo Circumplejo de Olson en pacientes en terapia y sin terapia.....	pág. 38
<u>Gráfico 5</u>	
Tipos de funcionalidad Familiar en pacientes con terapia y sin terapia.....	pág.39
<u>Tabla 6</u>	
Relación de funcionalidad familiar en pacientes en terapia de grupo y sin terapia.....	pág. 39
<u>Tabla 7</u>	
Caracterización del sistema familiar según el nivel de cohesión y adaptabilidad.....	pág. 39
<u>Tabla8</u>	
Funcionalidad familiar respecto al tiempo en terapia.....	pág. 40
<u>Tabla 9</u>	
Con facilidad ¿Podemos planear actividades en familia?.....	pág.40
<u>Tabla 10</u>	
¿Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos?.....	pág.41
<u>Tabla 11</u>	
¿En nuestra familia los hijos toman las decisiones?.....	pág.41
<u>Tabla 12</u>	
¿Se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver problemas?.....	pág.42
<u>Tabla 13</u>	
¿Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina?.....	pág.42

LISTA DE ABREVIATURAS

FACES Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar.

OMS Organización mundial de la Salud.

INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

TLP Trastorno Límite de Personalidad.

HPFBA Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

RESUMEN

Introducción: La familia es considerada como uno de los más importantes sistemas que favorecen la salud y facilitan el mejoramiento de la calidad de vida. Cuando su funcionamiento se altera debido a situaciones emergentes como la presencia de un miembro identificado con algún padecimiento, se requiere que el sistema familiar sea asistido y capacitado. En pacientes con Trastorno Límite de Personalidad, un funcionamiento familiar deficiente está relacionado con el desarrollo y mantenimiento de conductas de riesgo como autolesiones, así como un mayor número de hospitalizaciones. **Objetivo:** Determinar la funcionalidad familiar en pacientes con Trastorno Límite de Personalidad en usuarios de Consulta externa y usuarios que asisten a Terapia de Grupo del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". **Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal, de tipo comparativo, mediante la aplicación del cuestionario auto aplicable FACES III determinando la funcionalidad familiar a nivel de cohesión y adaptabilidad. La muestra constituyó un total de 65 sujetos en dos grupos de los cuales 39 pacientes se encontraban en Terapia de Grupo modalidad en línea y 26 pacientes se encontraban sin terapia en el área de consulta externa con Trastorno Límite de Personalidad. Se hizo una división respecto el tiempo en Terapia de Grupo de los usuarios en modalidad en línea, con un tiempo menor a 6 meses, 1 año, 2 años y mayor a 2 años. **Resultados:** Se determinó como Intermedia el tipo de funcionalidad predominante en pacientes con Trastorno límite de personalidad lo que clasifica a las familias como moderadamente disfuncionales en 55.4%. Se clasificaron como extremas o severamente disfuncionales al 26.2% de las familias. Finalmente se clasificaron como Equilibradas o funcionales al 18.5% de las familias del total de la muestra. Se determinó que no existe diferencia estadísticamente significativa en el tipo de funcionalidad familiar en pacientes que acuden a terapia de grupo respecto a los que no acuden a terapia. Sin embargo, se identificó que existe mejor funcionalidad familiar en los que acuden a terapia clasificando como Equilibradas o balanceadas al 20.5% respecto al 15.4% de los pacientes que no acuden a terapia de grupo. **Conclusiones:** Se detectó que los pacientes con Trastorno límite de Personalidad presentan un porcentaje importante de disfunción a nivel familiar, predominando las familias moderadamente disfuncionales dentro del nivel de cohesión y adaptabilidad, con lo que se identifica que las familias se beneficiarían de un tratamiento integral con abordaje a la familia contemplando derivar a éstas a terapia familiar.

Palabras clave: Funcionalidad familiar, Trastorno límite de personalidad, Terapia familiar.

1.- INTRODUCCIÓN

La evaluación de las relaciones familiares permite conocer las conductas manifiestas de sus miembros, sus hábitos y, sobre todo, la percepción que tienen de esta dinámica los miembros de la familia, en particular el propio paciente. (1)

Se sabe que las personas con trastornos de la personalidad tienen considerables problemas familiares, lo que implica la necesidad de priorizar las intervenciones terapéuticas que contemplen las variables más relevantes en esta dinámica familiar. (1).

El trastorno Límite de personalidad afecta al 1,4-2% de la población, representando un porcentaje importante de la hospitalización psiquiátrica. (2)

El adecuado funcionamiento familiar representa un recurso muy importante para afrontar los problemas de salud y ayudar a mejorar la calidad de vida del paciente.

La familia tiene la virtud de cuidar a sus miembros, así como guiarlos para poder enfrentarse al entorno en el cual se desenvolverán a lo largo de su vida. (2)

El objetivo del presente estudio fue conocer la funcionalidad familiar a nivel de cohesión y adaptabilidad en pacientes con Trastorno Límite de personalidad a través de la aplicación de la escala FACES III para identificar posible disfunción y ofrecer un tratamiento integral en este grupo de pacientes con abordaje en la familia.

2.- MARCO TEÓRICO.

DEFINICIÓN DE FAMILIA

Etimológicamente la palabra familia proviene del latín “Famulus” que significa “sirviente o esclavo”. La familia es la institución base de cualquier sociedad humana, la cual da sentido a sus integrantes y, a su vez, los prepara para afrontar situaciones que se presenten. Desde una mirada antropológica la familia es el determinante primario del destino de una persona, proporciona apoyo psicológico a cada uno de sus miembros. (2)

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) afirma que la familia es “El ámbito donde los individuos nacen y se desarrollan, así como el contexto en el que se construye la identidad de las personas por medio de la transmisión y actualización de los patrones de socialización” (2).

Al respecto, las Naciones Unidas definen a la familia como “Una unidad en los estudios demográficos que representa todo un hogar o una parte de éste; una familia estadística o una familia censal generalmente se compone de todos los miembros de un hogar emparentados por consanguinidad, adopción o matrimonio” (2)

TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno psiquiátrico caracterizado por inestabilidad emocional, dificultades en las relaciones interpersonales y en el control de los impulsos, estos pacientes muestran comportamientos autodestructivos y tienen un riesgo significativo de suicidio, lo que aumenta el requerimiento y el número de hospitalizaciones. (3) El TLP se encuentra asociado

con altos niveles de utilización de servicios de salud mental, así como un grado importante de deterioro psicosocial y una alta tasa de suicidio (10%). Presenta una prevalencia en población general de 1,4 al 2%, del 11 al 20% en población clínica psiquiátrica, el 20% de hospitalizados y con relación a la distribución por sexos, es más frecuente entre las mujeres (3:1) con respecto a los varones. (4)

Las personas que presentan un trastorno de personalidad tienen mayor índice de mortalidad que los que no lo tienen, datos en Reino Unido sugieren que la esperanza de vida es menor en 19 años para las mujeres y 18 años para los hombres que en la población general, el aumento de la mortalidad puede explicarse en parte por una mayor incidencia de suicidio y autolesiones en este grupo de pacientes. (5)

El TLP surge de una red interactiva de factores genéticos, neurales, conductuales, familiares y sociales. Estudios de familia han encontrado un aumento de 4 a 20 veces en el diagnóstico y los rasgos de TLP en familiares de primer grado en comparación con la población general. (6)

PANORAMA EN MÉXICO TLP

Alrededor de 1.5 por ciento de la población mexicana presenta Trastorno Límite de la Personalidad, el cual predispone a quien lo padece a tener conductas de riesgo para la salud como abuso de sustancias, amenazas suicidas recurrentes y automutilación. Entre 76 y 80 por ciento de las personas con esta condición son del género femenino. (7)

MORBILIDAD ATENDIDA EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ.

En el HPFBA el diagnóstico más frecuente presente en los pacientes que necesitan ser internados es la esquizofrenia paranoide, seguida del Trastorno Esquizofreniforme orgánico y el trastorno límite de la personalidad. (7)

En cuanto a la morbilidad atendida en el servicio de Consulta Externa puede apreciarse una consistencia en la prevalencia de la esquizofrenia paranoide como principal diagnóstico que requiere servicio médico. Sin embargo, el segundo lugar lo ocupa el trastorno límite de personalidad, mientras que en los dos últimos años comienzan a aparecer esquizofrenia indiferenciada y trastorno bipolar en remisión. (7). En el HPFBA en 2017 el TLP se ubica como la segunda causa de atención en el servicio de consulta externa con 19.3 por ciento, mientras que en el servicio de urgencias varía entre la segunda y tercera causa de atención. (7,1).

TLP Y SUS RELACIONES FAMILIARES

En pacientes con TLP un funcionamiento familiar y un entorno familiar deficiente están relacionados con el desarrollo y mantenimiento de las autolesiones y conductas autolesivas, mientras que un mejor funcionamiento en la familia está relacionado con el cese del comportamiento. Por ejemplo, en un estudio longitudinal con 1,973 adolescentes, Tatne colaboradores encontraron que la disminución del apoyo familiar predijo el mantenimiento de autolesión durante un intervalo de 12 meses, mientras que un mayor apoyo familiar predijo la cesación. Además, los adolescentes que se autolesionan generalmente informan que el entorno familiar es crítico, emocionalmente sofocante, alienante y carente de apoyo y cuidado. (8)

La familia es uno de los contextos más relevantes en la vida del ser humano. Los estudios muestran el estrecho vínculo entre las experiencias vividas en la familia, la salud y el desarrollo del individuo. (9) El ambiente familiar se convierte en el medio que influye en el individuo, ya sea inhibiendo o favoreciendo su desarrollo. (10) Algunos estudios etiológicos sugieren que existen asociaciones entre la estructura de la familia y la predisposición de sus integrantes a desarrollar y mantener TLP. Así, algunas investigaciones revelaron que familiares de pacientes con TLP muestran mayores índices de estrés crónico y estrés traumático, trastornos depresivos y sobrecarga en comparación a la población normal. (11)

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

En el tránsito por el ciclo vital la familia atraviesa acontecimientos denominados normativos o transitorios, que provocan que este desarrollo familiar oscile entre períodos de estabilidad y períodos de cambios, imprescindibles para propiciar el desarrollo. La familia también afronta otros acontecimientos denominados paranormativos o no transitorios, que son los que no guardan relación directa con las etapas del ciclo vital, también llamados accidentales y que generan las crisis no transitorias o paranormativas. Estos momentos de la vida de la familia conocidos como crisis familiares son caracterizados por contradicciones internas, cambios y reajustes que pueden constituir momentos de riesgo para la salud familiar por ser acontecimientos potencialmente generadores de estrés. Estos acontecimientos o eventos familiares son considerados por la organización mundial de la salud (OMS) como determinantes intermediarios de la salud debido precisamente a su carácter estresor. (11)

Portieles y Álvarez, coinciden al considerar, dentro de los principales acontecimientos propios del ciclo vital: matrimonio, mudarse solos, embarazo, primer parto, nacimiento de los hijos, escuela, adolescencia, independencia del primero de los hijos, la involución, la jubilación, la senectud, la muerte del primer y segundo cónyuge. Como acontecimientos paranormativos proponen: eventos de incremento (la incorporación de nuevas personas al núcleo familiar, la adopción, el regreso al hogar y reuniones ante situaciones de emergencia); eventos por desorganización (aquellos que perturban la armonía y el clima familiar como discusiones, contradicciones ideológicas, inapropiada distribución de roles, embarazo en la adolescencia, el intento suicida, o miembros con enfermedades psiquiátricas, retraso mental, enfermedades terminales, o infertilidad); eventos de desmoralización (conducta delincuencia, encarcelamiento, drogadicción, alcoholismo, infidelidad, prostitución) y eventos de desmembramiento (muerte prematura en hijos, divorcio, separación o abandono y hospitalización). (11)

Un acontecimiento de la vida es un hecho que traduce particular significado para cada familia y en ese sentido origina procesos críticos caracterizados por modificaciones en la estructura y el funcionamiento familiar, implica ajustes en los roles y genera nuevos mecanismos de afrontamiento para incorporar la nueva situación. Estos procesos críticos provocados por la ocurrencia de acontecimientos vitales, muchas veces de manera simultánea, repercuten en el sistema familiar al exigir a la familia modificaciones en su funcionamiento interno para lograr un adecuado afrontamiento a los mismos, lo cual le exige demandas o exigencias elevadas. (11)

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Los estudios a través del tiempo han demostrado que la familia es un componente vital en la formación de los individuos, además de constituir la sociedad más antigua de la historia, lo que la convierte en el primer vínculo de socialización que posee cualquier ser humano. (12) La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas; el primero de ellos el conyugal (papá y mamá), el segundo paterno-filial (padres e hijos) y el fraternal (hermanos). Todas las familias tienen características que las pueden hacer distintas o similares a otras, algunas características tipológicas son: la composición (nuclear, extensa o compuesta) y el desarrollo (tradicional o moderno). Una de sus funciones más importantes es contribuir a la salud de todos sus miembros, por medio de la transmisión de creencias y valores de padres a hijos, así como el apoyo brindado. (12)

La Funcionalidad Familiar o una familia funcional, es aquella que logra promover el desarrollo integral de sus miembros, así como un estado de salud favorable entre ellos. (12) El funcionamiento familiar se explica por los distintos procesos de cambio que pueden facilitar y promover la adaptación de la familia a una situación determinada. Así, todo tipo de tensión, sea originada por cambios que ocurren dentro de la familia (la independencia de un hijo, una muerte, etc.) o que proceden del exterior (mudanzas, pérdida del trabajo, etc.), repercute en el sistema y en el funcionamiento familiar. Frente a estos cambios se requiere un proceso de adaptación, es decir, una transformación constante de las interacciones y de las reglas familiares capaces de mantener, por un lado, la continuidad de la familia y, por otro, permitir el crecimiento de sus miembros. (13)

En la evaluación del funcionamiento familiar es importante definir conceptos de organización tales como: roles, jerarquía y demarcación de los límites, adaptabilidad como: flexibilidad versus rigidez, cohesión como: proximidad versus distancia y estilos de comunicación.

Existen diversos instrumentos que pretenden evaluar la funcionalidad de la familia. Entre los más importantes se encuentran los siguientes: Escala de Recursos familiares (FAD), Inventario Familiar de Auto informe (SFI), Escala del Clima Social Familiar (FES), Escala del Funcionamiento familiar (FFI), Cuestionario de funcionamiento Familiar (FFQ), Escala Familiar "APGAR" y la Escala de Evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar (FACES). (14)

ANTECEDENTES DE ESTUDIOS SOBRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

En un estudio realizado en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", en la Ciudad de México entre los años 2005 y 2011, consistente en investigar los motivos para lesionarse en adolescentes en edades comprendidas entre 12 y 17 años, con un total de 556 expedientes revisados, arrojando como motivos principales, en 42.1% baja tolerancia a la frustración y manipulación, mencionando que las lesiones se presentaban posterior a discutir con los padres con el objeto de disminuir la frustración. Concluyendo que numerosos factores se han asociado a esta conducta en los adolescentes, entre los que se cuentan la presencia de psicopatología en ellos o sus familiares, la disfunción familiar, la presencia de adversidad social o la ocurrencia de eventos estresantes. (15)

En Sonora, México 2010-2011; se estudió la cohesión y adaptabilidad familiar en un grupo de pacientes con epilepsia, a través de la aplicación de escala FACES III, donde se incluyó a un total de 263 mujeres, de las cuales 82 mujeres presentaban diagnóstico de epilepsia, con los siguientes resultados; se encontró un 22% de mujeres con disfunción familiar. El análisis univariado sugirió asociación para presencia de epilepsia, edad, evolución mayor a 15 años con epilepsia, tipología familiar (rural, urbana y tradicional) contra la presencia de disfunción familiar. (16)

En un estudio realizado en 2011 en un grupo de 205 pacientes en la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez”; se relacionó la cohesión y adaptabilidad familiar con las concentraciones de hemoglobina glucosilada de los pacientes a través de la aplicación de escala FACES III. En cohesión familiar, 40% de las familias fueron relacionadas, en adaptabilidad familiar, 46.3% de las familias fueron caóticas. Por medio del modelo circunplejo se obtuvo que 22% de las familias se ubicaban en el límite extremo. En términos estadísticos, las concentraciones de hemoglobina glucosilada no se relacionaron significativamente con los límites de cohesión y adaptabilidad familiar. (10)

ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES PREVIAS ELABORADAS EN EL HPFBA.

En el HPFBA, se han realizado múltiples trabajos e investigaciones en pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad. En 2008, Orendain Contreras realizó un estudio donde se determinó la alta prevalencia de psicopatología infantil en hijos de pacientes con TLP. En 2018, el Dr. Mendoza Rey realizó un estudio en el que se determinó la frecuencia de psicopatología en los familiares de pacientes

TLP. Se encontró como psicopatología asociada con mayor frecuencia en este grupo de pacientes, sobre todo en madres de dichos pacientes, con el Trastorno depresivo recurrente. En 2019, Martínez Rico realizó un estudio para determinar el desgaste de cuidador de pacientes con TLP, donde se concluyó que la carga que experimenta fue superior al presentado por otros cuidadores de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia o Trastorno Obsesivo Compulsivo. Hasta el momento, no se han realizado estudios que evalúen directamente el funcionamiento familiar en esta población de pacientes.

DIFICULTADES AGREGADAS AL ESTUDIO POR LA PANDEMIA POR LA QUE TRANSCURRE NUESTRO PAÍS, LA CIUDAD DE MÉXICO Y EL HPFBA.

La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), ocasionada por el virus SARS-CoV-2, identificado por primera vez en diciembre de 2019 en China, fue reconocida por la OMS como pandemia el 11 de marzo de 2020. Hasta el día 19 de octubre de 2020, se ha informado más de 40.6 millones de casos de la enfermedad en todo el mundo. En nuestro contexto en el HPFBA se encontraron limitaciones para realizar el presente estudio, al limitarse el número de internamientos en hospitalización continua de esta unidad. El tratamiento con Terapia de Grupo en usuarios con Trastorno límite de Personalidad del HPFBA, presentó modificaciones por la pandemia, recurriendo a sesiones en línea, reduciendo el número de usuarios a 4 grupos de lunes a viernes, con un total de 48 usuarios. En el presente estudio participaron 39 usuarios del total de pacientes en Terapia de grupo en esta modalidad.

FACES III

La escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar (FACES), es un instrumento desarrollado por David H. Olson y Portner en 1985 utilizado para evaluar la funcionalidad familiar y ha sido desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del Modelo Circumplejo de los sistemas familiares y conyugales de Olson: La cohesión y adaptabilidad familiar, facilitando así el enlace de práctica clínica, teoría e investigación familiar.

Se define como adaptabilidad a la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, roles y reglas en respuesta al estrés situacional o de desarrollo, la cohesión como el grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí, así como el grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia. (14) De forma implícita la escala evalúa así mismo la variable de la comunicación, que se torna subyacente o estructural de la adaptabilidad y de la cohesión, esto quiere decir que entre más adaptada y cohesionada sea una familia mejor serán sus procesos comunicacionales y por el contrario entre menos adaptada y cohesionada sea una familia sus estados comunicacionales serán escasos.

La primera versión de este instrumento surgiría en 1980 (Bell, 1980; Portner, 1981) y constaba de 111 ítems. Posteriormente se desarrollarían otras tres versiones tratando de superar, cada una de ellas, las limitaciones de las anteriores. La segunda versión, FACES II, apareció en 1982 (Olson, Portner y Bell, 1982) y la tercera versión, FACES III, en 1985 (Olson, Portner y Lavee, 1985), de 30 y 20 ítems, respectivamente. Por lo tanto, a lo largo de todo este tiempo, los autores

trataron de desarrollar un instrumento adecuadamente válido para el estudio del funcionamiento familiar. (13)

FACES III es un instrumento autoaplicable validado en México en 2003, por Gómez Clavelina e Irigoyen, se aplica a mayores de 12 años. El cuestionario consta de 20 reactivos; 10 reactivos evalúan la cohesión familiar y 10 reactivos la adaptabilidad. La calificación en cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en las preguntas nones, y la calificación para adaptabilidad es igual a la suma de los puntajes obtenidos en preguntas pares. Al finalizar el cuestionario, se suman los puntajes obtenidos de ambas dimensiones y se ubica dentro del modelo circunflejo de Olson. (17) Se ha descrito el proceso de traducción y adaptación transcultural de FACES III en población mexicana y su fiabilidad en su versión en el español en México. Se obtuvo un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0,70 y se concluyó como un valor alto y adecuado comparado con la versión anglosajona, desarrollada por Olson, que observaron una fiabilidad media en sus trabajos de 0,80. (14)

Tabla 1 CALIFICACIÓN DE COHESIÓN FACES III (NONES)

COHESIÓN	AMPLITUD DE CLASE
No relacionada	10-34
Semi-relacionada	35-40
Relacionada	41-45
Aglutinada	46-50

Tabla2 CALIFICACIÓN ADAPTABILIDAD FACES III (PARES)

ADAPTABILIDAD	AMPLITUD DE CLASE
Rígida	10-19
Estructurada	20-24
Flexible	25-28
Caótica	29-50

La escala permite clasificar a la familia en 16 tipos posibles: (17)

- 4 balanceados
- 8 intermedios
- 4 extremos.

		COHESIÓN				
		Bajo	Moderado	Aho		
FLEXIBILIDAD	Alto	CAÓTICA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo
	Moderado	FLEXIBLE	Rango medio	Balanceda	Balanceda	Rango medio
	Moderado	ESTRUCTURADA	Rango medio	Balanceda	Balanceda	Rango medio
	Bajo	RÍGIDA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo

Figura 1 Caracterización de los sistemas familiares y maritales según el nivel de cohesión y flexibilidad.

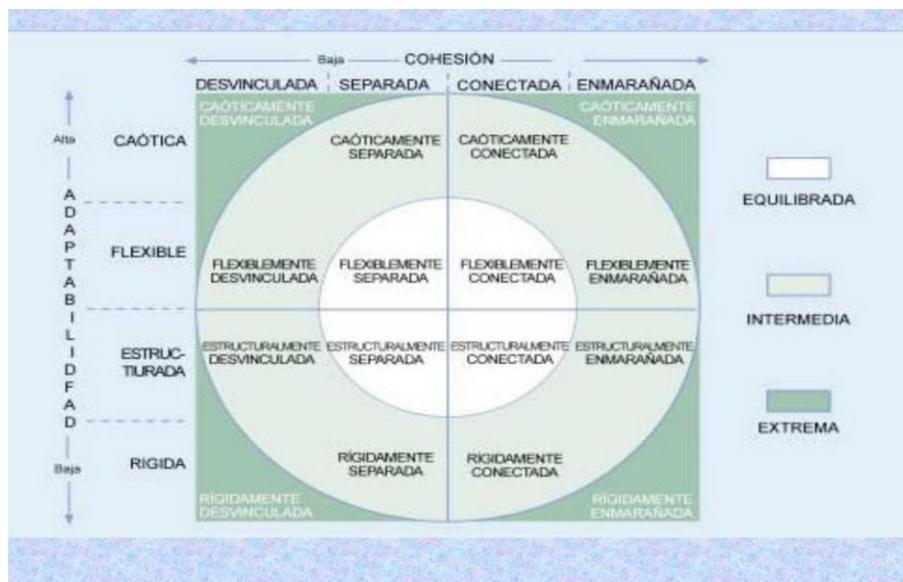


Figura 2. Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares de Olson.

Los sistemas maritales o familiares balanceados tienden a ser más funcionales y facilitadores del funcionamiento, siendo los extremos más problemáticos mientras la familia atraviesa el ciclo vital. (9)

EVALUACIÓN DE NIVELES DE COHESIÓN:

NO RELACIONADA O DISPERSA: Extrema separación emocional, falta de lealtad familiar, muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros, correspondencia afectiva infrecuente entre sus miembros, falta de cercanía parento-filial, predomina la separación personal, rara vez pasan tiempo juntos, necesidad y preferencia de estar separados, se toman las decisiones independientemente, el interés se focaliza fuera de la familia.

SEMIRELACIONADA O SEPARADA: Hay separación emocional, la lealtad familiar es ocasional, el involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal, algunas veces se demuestra la correspondencia afectiva, los límites parento-filiales son claros, con cierta cercanía entre padres e hijos, se alienta cierta separación personal, el tiempo individual es importante pero pasan parte del tiempo juntos, se prefieren los espacios separados, compartiendo el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente siendo posibles las decisiones conjuntas, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales raramente son compartidos con la familia.

RELACIONADA O CONECTADA: Hay cercanía emocional, la lealtad emocional es esperada, se enfatiza en el involucramiento pero se permite distancia personal, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, los límites entre los subsistemas son claros, con cercanía parento-filial, la necesidad de separación es respetada pero poco valorada, el tiempo que pasan juntos es importante, el espacio privado es importante, se prefieren las decisiones juntas, el interés se focaliza dentro de la

familia, los amigos individuales se comparten con la familia, se prefieren los intereses comunes, se prefiere la recreación compartida más que la individual.

AGLUTINACIÓN: Hay cercanía emocional extrema, se demanda lealtad hacia la familia, el involucramiento es altamente simbiótico, los miembros de la familia dependen mucho unos de los otros, se expresa la dependencia afectiva, hay extrema reactividad emocional, se dan coaliciones parento-filiales, hay falta de límites generacionales, hay falta de separación personal, la mayor parte del tiempo lo pasan juntos, se permite poco tiempo y espacio privado, las decisiones están sujetas al deseo del grupo, el interés se focaliza dentro de la familia, se prefieren los amigos de la familia más que los personales.

NIVELES DE ADAPTABILIDAD:

RÍGIDA: El liderazgo es autoritario, existe fuerte control parental, la disciplina es estricta, rígida y su aplicación es severa, es autocrática, los padres imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos, las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo posibilidad de cambio.

ESTRUCTURADA: En principio el liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario, la disciplina rara vez es severa, siendo predecibles sus consecuencias, es un tanto democrática, los padres toman las decisiones, las funciones son estables, pero pueden compartirse, las reglas se hacen cumplir firmemente.

FLEXIBLE: El liderazgo es igualitario, permite cambios, la disciplina es algo severa, negociándose sus consecuencias usualmente en democracia, hay acuerdo en las

decisiones, se comparten los roles o funciones, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad, algunas reglas cambian

CAÓTICA: Liderazgo limitado y/o ineficaz, las disciplinas son muy poco severas, habiendo consecuencias en sus consecuencias, las decisiones parentales son impulsivas, hay falta de claridad de funciones y existe alternancia e inversión de los mismos, frecuentes cambios en las reglas, que se hacen cumplir inconsistentemente.

Se define como familia balanceada aquella con vínculos afectivos en la familia más promover autonomía (cohesión), capaz de cambiar y superar las crisis (adaptabilidad). Una familia funcional sujeta a eventos críticos o crisis, tiene la capacidad de desplazarse dentro del modelo sin modificar sus niveles de cohesión o adaptabilidad. (17)

3.- MÉTODO

3.1 JUSTIFICACIÓN

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se caracteriza por implicar cambios drásticos en el afecto, el comportamiento y la experiencia, estos pacientes pueden experimentar sentimientos intensos de vacío y al sentirse abrumados por sus emociones participar en actividades impulsivas, como lo son las conductas autolesivas ya sea con fin ansiolítico o suicida. (18) La importancia de conocer el funcionamiento familiar en este grupo de pacientes radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad, tal y como lo expresó Florenzano, al reportar que más del 55 % de los adolescentes con algún tipo de

adicción pertenecían a familias con algún grado de disfunción familiar. (17) Algunos estudios etiológicos sugieren que existen asociaciones entre la estructura de la familia y la predisposición de sus integrantes a desarrollar y mantener TLP. El funcionamiento familiar y un entorno familiar deficiente están relacionados con el desarrollo y mantenimiento de las autolesiones en este grupo de pacientes, mientras que un mejor funcionamiento en la familia está relacionado con el cese del comportamiento. (18)

Es necesario identificar la funcionalidad familiar, a nivel de cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes con Trastorno límite de Personalidad de nuestra institución para ofrecer un tratamiento integral, así como su derivación a tratamiento psicoterapéutico con enfoque en la familia.

3.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

3.2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Trastorno Límite de personalidad, es un trastorno que representa un alto porcentaje de hospitalizaciones, reportando como frecuentes las amenazas suicidas recurrentes o comportamientos autolesivos como consecuencia de la desregulación emocional y la conflictividad de sus relaciones interpersonales. (19)

En México, como en muchos otros países, la familia representa una unidad básica de la sociedad, comparte entre sus miembros la vida en común, sus fortalezas, debilidades, y el conocimiento y significado que tienen de sí mismos y de su realidad. (20) Es importante considerar el núcleo y ambiente familiar como uno de los entornos más relevantes en la vida del ser humano. La inestabilidad que genera una dinámica familiar afectada en sus relaciones interpersonales, probablemente

sea tanto causa como consecuencia de la inestabilidad emocional de las personas con TLP. (11)

En 2002, en un estudio realizado en la ciudad de México por Alarcón Delgado y Bonilla Hernández para conocer la cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes con Alzheimer, se encontró como resultado un 50% de familias funcionales, 30% parcialmente funcionales y 20% disfuncionales. (21)

En 2019, en un estudio realizado en Ecuador donde se evaluó la funcionalidad familiar y las conductas autolesivas en estudiantes de una unidad educativa se reportó que 51,7% de los estudiantes pertenecían a familias moderadamente funcionales y 2,5% a familias severamente disfuncionales. (22)

En 2003, Vázquez Nava refirió una marcada influencia de la cohesión y adaptabilidad familiar en la vida cotidiana de pacientes asmáticos. (23)

En 2011, López Jiménez y col. describen que las familias con alta cohesión y adaptación se manifiestan como las más inteligentes emocionalmente, menos ansiosas y deprimidas y con creencias más apegadas a la realidad.

En el caso específico del trastorno obsesivo-compulsivo hallazgos en la escala FACES permiten entender la dinámica familiar que pudiera caracterizar el mantenimiento de la sintomatología en los pacientes identificados, concluyendo que la intervención familiar es un elemento importante a considerar para obtener mayores beneficios terapéuticos para el paciente. (24)

En nuestro contexto, en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez el Trastorno Límite de personalidad representa la segunda causa de atención en el

servicio de urgencias, requiriendo un porcentaje importante de estos pacientes de internamientos en situaciones de crisis, en las cuales la familia determina un aspecto muy importante de apoyo para los pacientes. Por lo tanto, en el presente estudio se valoró el funcionamiento familiar en pacientes con dicho diagnóstico.

3.2.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

Pregunta general

¿Cuál es el funcionamiento familiar en pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad?

Pregunta específica

- ¿Cuál es la cohesión familiar en pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad?
- ¿Cuál es la adaptabilidad familiar en pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad?
- ¿Cuál es el funcionamiento familiar más común en pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad?

3.3.- OBJETIVOS

Objetivo general:

- Determinar el funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson a través de los componentes de cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes con Trastorno Límite de personalidad.

Objetivos específicos:

- Especificar el funcionamiento familiar más común según el Modelo Circumplejo de Olson en pacientes con Trastorno Límite de Personalidad.
- Determinar la cohesión familiar según el Modelo Circumplejo de Olson en pacientes con Trastorno Límite de Personalidad.
- Determinar la adaptabilidad familiar según el Modelo Circumplejo de Olson en pacientes con Trastorno Límite de Personalidad.

3.4.- HIPOTESIS

Hipótesis de investigación:

“Existe disfunción familiar en pacientes con diagnóstico de Trastorno límite de personalidad que acuden a Terapia de Grupo del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”

“Existe pobre cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes con diagnóstico de Trastorno límite de personalidad que acuden a Terapia de Grupo del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”

“Existe mejor cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes en terapia de grupo modalidad en línea respecto a los que no acuden a terapia del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”

Hipótesis Nula:

“No existe disfunción familiar en pacientes con diagnóstico de Trastorno límite de personalidad que acuden a Terapia de Grupo del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”

“No existe pobre cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes con diagnóstico de Trastorno límite de personalidad que acuden a Terapia de Grupo del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”

“No existe mejor cohesión y adaptabilidad en pacientes que acuden a terapia de grupo respecto a los que no acuden a terapia del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”

3.5 VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Indicador
Funcionalidad familiar	Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y crisis por las que atraviesa.	Es aquella que logra promover el desarrollo integral de sus miembros, así como un estado de salud favorable entre ellos.	Cualitativa Nominal	Modelo Circumplejo: Equilibrada Intermedia Extrema
Cohesión	Unión o relación estrecha entre personas o cosas.	Grado en que los miembros de la familia están separados o conectados entre sí; vínculo emocional entre los miembros.	Cuantitativa Ordinal	No relacionado 10-34 Semirelacionado 35-40 Relacionado 41-45 Aglutinado 46-50
Adaptabilidad	Es la cualidad de las personas o cosas de tener capacidad de adaptación	Capacidad que tiene la familia para satisfacer las necesidades de sus miembros y adaptarse a las situaciones de cambio	Cuantitativa Ordinal	Rígido 10-19 Estructurado 20-24 Flexible 25-28 Caótico 29-50

Sexo	Fenotipo asociado a caracteres sexuales primarios y secundarios.	Características Fenotípicas.	Cualitativa nominal	Hombre Mujer
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Esta variable se obtendrá por medio de revisión sistemática del expediente clínico y entrevista al paciente.	Cuantitativa Discontinua	18-59 años.
Diagnóstico	Proceso de reconocimiento, análisis y evaluación de una cosa o situación, para determinar sus tendencias, solucionar un problema o remediar un mal.	Esta variable se obtendrá por medio de revisión sistemática del expediente clínico y entrevista al paciente.	Cualitativa nominal.	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite.

3.6.- MUESTRA Y MUESTREO

MUESTRA: Debido a las condiciones de trabajo del servicio de consulta externa en el área de Terapia Grupal, se empleó una muestra por conveniencia, no probabilística, seleccionando a los pacientes de acuerdo a criterios de inclusión.

Se obtuvo una muestra de un total de 65 pacientes. Se formaron dos grupos. El primer grupo se obtuvo de un total de 39 pacientes que se encontraban en Terapia de Grupo modalidad en línea con diagnóstico de TLP; se clasificó a los pacientes según el tiempo en terapia de grupo en menor a 6 meses, 1 año, 2 años y mayor a

2 años. El segundo grupo se obtuvo de un total de 26 pacientes sin Terapia de Grupo, pertenecientes a la consulta externa, con diagnóstico de TLP.

3.7.- SUJETOS:

Pacientes que cuenten con diagnóstico de Trastorno Límite de personalidad que utilicen el servicio de consulta externa, que se encuentren en Terapia Grupal o no se encuentren en Terapia Grupal.

3.8.- CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes hombres o mujeres.
- Pacientes en rango de edad de 18 a 59 años.
- Pacientes que cuenten con el diagnóstico confirmado de Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad tipo Límite.
- Pacientes que utilicen el servicio de consulta externa, en Terapia de Grupo de Trastorno Límite de Personalidad.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado y que deseen participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que cuenten en ese momento con sintomatología psicótica.
- Pacientes con Discapacidad Intelectual.
- Pacientes que durante el curso de la entrevista se nieguen a completar los cuestionarios correspondientes.
- Formatos mal llenados.

3.9.- TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio se sustenta sobre un diseño transversal de tipo comparativo.

3.10.- INSTRUMENTOS

ESCALA DE EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR- FACES III

La Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III; de Olson, Portner y Lavee, 1985; Olson, 1992) es la 3º versión de la serie de escalas FACES, la cual es una de las escalas desarrolladas para evaluar dos de las dimensiones del Modelo Circumplejo de Sistemas familiares y Maritales: la cohesión y la flexibilidad familiar. (25) Es un instrumento desarrollado por David H. Olson y Col en 1985 utilizado para evaluar funcionalidad familiar. Facilita el enlace de práctica clínica, teoría y la investigación familiar. Representa a su vez un instrumento fácil de aplicar e interpretar, el cual es auto aplicable. Su versión en español fue validada en México en 2003 por Gómez Clavelina e Irigoyen. Se aplica a personas mayores de 12 años, miembros de familia con hijos, alfabetos. (17)

Se debe contestar el cuestionario en cuanto a la forma en que el entrevistado considera que su familia reacciona en forma habitual, no de la manera en que piensan que deberían de reaccionar. El cuestionario consta de 20 reactivos; 10 para cohesión y 10 para adaptabilidad. Cada pregunta tiene 5 alternativas de respuesta, cuya puntuación va de 1 al 5, nunca (1 punto), casi nunca (2 puntos), algunas veces (3 puntos), casi siempre (4 puntos), siempre (5 puntos). La calificación en adaptabilidad es igual a las preguntas pares. La calificación en cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en las preguntas nones. Al concluir el cuestionario

se suman los puntajes de ambas dimensiones y se ubica dentro del modelo circumplejo de Olson. (25)

Este instrumento para su mejor interpretación se coteja en sus resultados numéricos con el sistema circumplejo creado también por Olson el cual clasifica a las familias según su cohesión en: No Relacionada con un valor entre 10 y 34, Semirrelacionada con un valor entre 35 y 40, Relacionada entre 41 y 45 y Aglutinada entre 46 y 50 puntos; y según su adaptabilidad en Rígida con un valor entre 10 a 19 puntos, Estructurada entre 20 y 24, Flexible entre 25 y 28 puntos y Caótica entre los 29 y 50 puntos, de esta combinación resultan 16 tipos de familias al conjuntar al tipo de familia según su cohesión y según su adaptabilidad a manera de coordenadas. Así se clasifica a las familias en: balanceadas o funcionales, de rango medio o moderadamente disfuncionales y extremas o severamente disfuncionales según el Modelo Circumplejo de Olson, resultado que permite tomar decisiones sobre el tratamiento a seguir con las familias. (17)

3.11.- PROCEDIMIENTO

Se presentó el protocolo de investigación al comité de ética e investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Una vez aprobado el protocolo, se solicitó autorización para realizar el protocolo de investigación al área de enseñanza del HPFBA (Anexo), se obtuvo autorización del Jefe de Consulta Externa y del Dr. Francisco Muñoz, para realizar el estudio de investigación en Terapia de Grupo modalidad en línea. Para la realización del estudio, se captaron un total de 65 usuarios divididos en 39 pacientes pertenecientes al Grupo de Terapia en línea y 26 pacientes sin Terapia con diagnóstico de TLP. A los candidatos que cumplieron con

criterios de inclusión previamente descritos se les aplicó la hoja de recolección de datos, Escala de evaluación de funcionamiento familiar FACES III.

La sustentante de la tesis fungió como el recurso principal humano, aplicadora del instrumento y recolectora de información.

3.12.- CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

1.- Durante la realización de este estudio se tomó en cuenta los principios de la bioética como:

- Beneficencia: Ante todo, se buscó brindar beneficio al paciente, mediante el apoyo al diagnóstico, mejor tratamiento y un mejor abordaje terapéutico.
- No maleficencia: Ningún participante fue perjudicado de forma alguna, se respetaron sus derechos fundamentales.
- Autonomía: El participante tuvo la decisión total acerca de si participaba o no en el estudio, pudiendo abandonarlo en el momento que deseara.
- Justicia: Todos los participantes que cumplieron con criterios de selección pudieron participar en el estudio si así lo desearon.

2. Se sometió a comité de ética del hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

3. La información fue obtenida directamente del paciente, con las normas éticas establecidas para el manejo de la información, acorde a lo dispuesto en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Entrando el estudio en la categoría de investigación con riesgo mínimo según esta ley.

4. Se otorgó una descripción completa del estudio a los posibles participantes, con un consentimiento informado escrito donde se explique en qué consiste la aplicación de las escalas, y con qué fines se realizará el estudio.

5. El manejo de información se realizó acorde a lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

Se mantuvo en el anonimato el nombre de los pacientes a quienes pertenecen los expedientes incluidos en el estudio.

6. La información se manejó con confidencialidad, para el uso exclusivo del desarrollo del estudio.

7. No se gratificó monetariamente ni se les cobró a los pacientes que participaron en el estudio.

8. Los resultados obtenidos se informaron a los psiquiatras del hospital y se intentará realizar su publicación para difusión y uso de los resultados a favor del bienestar de los pacientes.

9. No existe conflicto de intereses en el desarrollo del protocolo.

Los gastos de material derivados del estudio fueron absorbidos por el investigador.

10. La duración del estudio por paciente fue aproximadamente de media hora.

11. La información recolectada fue registrada en base de datos, de manera confidencial.

12. Los pacientes podrán beneficiarse de recibir atención dentro del hospital, podrían recibir un mejor tratamiento y pronóstico, sin embargo, no existe beneficio inmediato; se considera aportación a la ciencia médica.

13. En cuanto al riesgo de la investigación de acuerdo al artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, este estudio se considera como:

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación.

4.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El procesamiento de los datos, fue realizado a través del software Microsoft Excel y Free Software Perfect Statistics Professionally Presented (PSPP). Se utilizaron pruebas estadísticas consideradas apropiadas de acuerdo a los niveles de medición de la escala utilizada. Se realizaron las tablas y gráficas necesarias para la inspección de los datos. Se analizaron las diferencias estadísticamente significativas.

5.-RESULTADOS

El tamaño total de la muestra fue de 65 pacientes. Se formaron dos grupos, el primer grupo con un total de 39 pacientes (60%) en Terapia de Grupo modalidad en línea; y un segundo grupo con un total de 26 pacientes (40%) sin Terapia, ambos con diagnóstico de Trastorno límite de Personalidad. Tabla (3), Gráfico (1) y (2)

Gráfico 1. Distribución población total de la muestra.

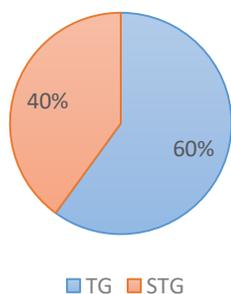


Gráfico 2. Distribución muestra total por sexo.

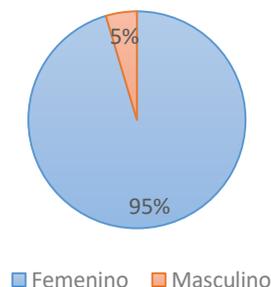


Tabla 3. Distribución de individuos de acuerdo con su inclusión en terapia de grupo

	Frecuencia n	Porcentaje %
Sin terapia:	26	40.0
Con terapia:	7	10.8
Menos de 6 meses		
1 año	7	10.8
2 años	16	24.6
Más de 2 años	9	13.8
Total	65	100.0

Respecto a los datos demográficos se contó únicamente con 3 (4.6%) pacientes del sexo masculino y 62 (95.4%) del sexo femenino, 1 paciente masculino en terapia de grupo y 2 pacientes masculinos sin terapia. Un rango de edad de 20 a 59 años, con una media de 37.1 años para el grupo de terapia en línea y 34.8 años para el grupo sin terapia. Tabla (4)

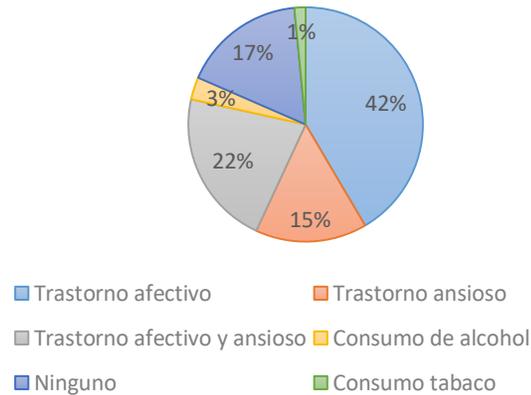
Se encontró que en el grupo de terapia en línea 79.5% de los pacientes eran solteros, 10.3% casados, 5.1% divorciados y 5.1% se encontraban en unión libre. En el grupo de pacientes sin terapia 76.9% de los pacientes eran solteros, 3.8% divorciados, 15.4% se encontraban en unión libre y 3.8% viudos. Tabla (4)

En el total de la muestra se observó que el rango de estudio fue de 0 a 20 años con una media de 15.7 años; representando una media de 16.2 para el grupo en terapia y 15.0 para el grupo sin terapia. La ocupación del total de pacientes representó que un 64.6% eran empleados, 18.5% desempleados, 4.6% dedicados al hogar, 7% estudiantes y 1% jubilados. Tabla (4)

Dentro de las comorbilidades reportadas en la encuesta demográfica se encontraron 41.5% de pacientes con Trastorno afectivo de tipo depresivo, 21.5%

con Trastorno mixto depresivo y ansioso, 15.4% con Trastorno ansioso y finalmente 11 (16.9%) no refirieron ninguna otra patología. Gráfico (3)

Gráfico 3. Comorbilidades asociadas.



En cuanto al número de hospitalizaciones 24 (36.9%) refirieron al menos una hospitalización, 8 (12.3%) dos hospitalizaciones y 33 (55.8%) ninguna hospitalización.

Tabla 4. Datos sociodemográficos

Sexo	n	%	Estado civil		Ocupación	n	%	
Femenino	62	95.4	Soltero	51	78.5	Empleado	42	64.6
Masculino	3	4.6	Casado	4	6.2	Desempleado	12	18.5
			Divorciado	3	4.6	Hogar	3	4.6
			Viudo	1	1.5	Estudiante	7	10.8
			Unión libre	6	9.2	Jubilado	1	1.5
Total	65	100.0						

De la muestra total de los 65 pacientes; se capturaron 39 pacientes en terapia de grupo; 7 pacientes con menos de 6 meses, 7 pacientes con 1 año, 16 pacientes con 2 años y 9 pacientes con más de 2 años en terapia. El resto de la muestra se capturó

de un total de 26 pacientes sin terapia de grupo; ambos grupos de pacientes con diagnóstico de Trastorno límite de personalidad, usuarios de la consulta externa.

Para cada grupo se evaluó el tipo de funcionalidad familiar según el Modelo circumplejo de Olson. Se determinó si existía disfunción familiar en pacientes con Trastorno límite de Personalidad; para ello se tomó en cuenta el total de la muestra de 65 pacientes, incluyendo a los que se encontraban en terapia y sin terapia.

Así mismo se determinó si existía mayor disfuncionalidad en pacientes sin terapia de grupo; para todo lo anterior ello se aplicó la prueba de t-student, buscando significancia estadística (valor de $p < 0.05$).

Respecto al tipo de funcionalidad familiar del total de 65 pacientes; se reportó que 26.2% provienen de familias extremas es decir consideradas severamente disfuncionales dentro del sistema de clasificación del Modelo Circumplejo de Olson, de los cuales; en el grupo de pacientes en Terapia 28.2% se encontraron en esta clasificación y 23.1% de los pacientes sin terapia se registraron igualmente dentro de esta clasificación.

Sin embargo, el tipo de funcionalidad familiar que predominó en el total de los 65 usuarios dentro de la clasificación del sistema de Olson fue Intermedio o moderadamente disfuncional, en el 55.4% del total de la muestra; Gráfico (4), sin encontrar diferencias en el tipo de funcionalidad predominante en el grupo con terapia o sin terapia representadas en 51.3% de los pacientes con terapia y 61.5% respectivamente. Tabla (5)

Gráfico 4. Funcionalidad Familiar
Modelo Olson en población total

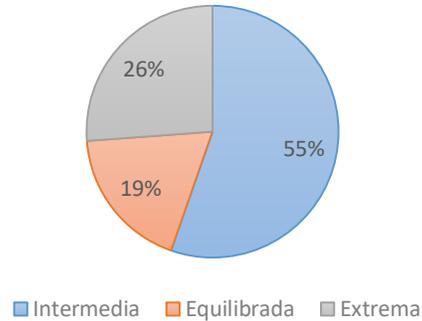


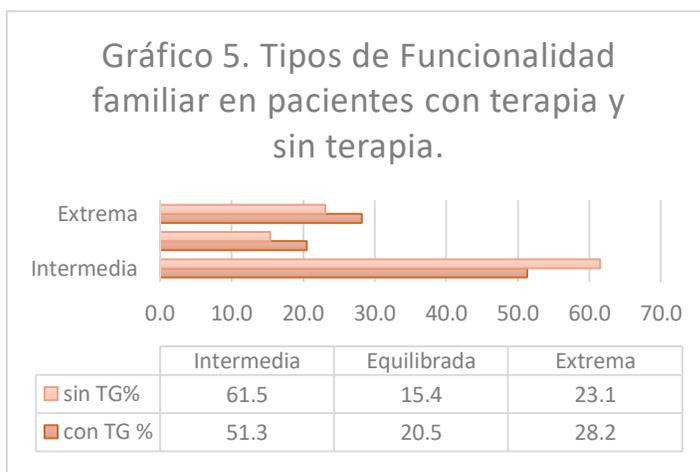
Tabla 5. Funcionalidad Familiar Modelo Circumplejo de Olson en pacientes con terapia y sin terapia.

Funcionalidad	Todos (N=65)		C/ TG (n=39)		S/TG (n=26)	
	N	%	n	%	n	%
				con TG %		sin TG%
<i>Intermedia</i>	36	55.4	20	51.3	16	61.5
Equilibrada	12	18.5	8	20.5	4	15.4
Extrema	17	26.2	11	28.2	6	23.1
Total	65	100	39	100	26	100

Se clasificaron como Equilibradas o funcionales al 18.5% de las familias del total de la muestra. Reportando una mejor funcionalidad familiar es decir clasificada como Equilibrada o balanceada dentro del Modelo Circumplejo de Olson en pacientes que se encontraban en terapia de grupo, con mejores puntajes; en un total de 18.5% de los pacientes en grupo de terapia en línea, respecto a 15.4% de los pacientes sin terapia. Tabla (6) Gráfico (4)

Tabla 6. Relación de funcionalidad familiar en pacientes en terapia de grupo y sin terapia.

Funcionalidad	Todos (N=65)		C/ TG (n=39)		S/TG (n=26)	
	n	%	n	%	n	%
				con TG %		sin TG%
Equilibrada	12	18.5	8	20.5	4	15.4



Dentro de la caracterización de los sistemas familiares según el nivel de cohesión y adaptabilidad, se reportó como Estructurada No relacionada con un 26.2% el tipo familiar más frecuente en el total de los 65 pacientes, lo que ubica a las familias como Intermedia o moderadamente disfuncionales dentro del sistema de clasificación familiar. Tabla (7)

Tabla 7. Caracterización del sistema familiar según el nivel de cohesión y adaptabilidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Caótica Relacionada	3	4.6	4.6	4.6
Estructurada No Relacionada	17	26.2	26.2	30.8
Rígida No relacionada	8	12.3	12.3	43.1
Caótica No Relacionada	8	12.3	12.3	55.4
Flexible Relacionada	2	3.1	3.1	58.5
Caótica SemiRelacionada	4	6.2	6.2	64.6
Flexible No Relacionada	8	12.3	12.3	76.9
Flexible SemiRelacionada	6	9.2	9.2	86.2
Rígida Relacionada	2	3.1	3.1	89.2
Estructurada SemiRelacionada	2	3.1	3.1	92.3
Otros	5	7.7	7.7	100.0
Total	65	100.0	100.0	

Respecto al tiempo que se encontraban los pacientes en terapia de grupo, se encontró que existe igual funcionalidad respecto al tiempo en terapia; predominando dentro de la clasificación del sistema Circumplejo de Olson el tipo Intermedio o moderadamente disfuncional en los grupos de menos de 6 meses, 1 año y más de 1 año, con 71.4%, 42.9%, 56.3% respectivamente; en contraste con el tipo Equilibrado o funcional que predominó en el grupo de 1 año en terapia con 28.6%.

Tabla (8)

Tabla 8. Funcionalidad familiar respecto al tiempo en terapia de grupo.

Tiempo	Todos(N=7)		Todos(N=7)		Todos(N=16)		Todos(N=9)	
	Menos 6 m		1 año		2 años		Más 2 años	
Intermedia	5	71.4	3	42.9	9	56.3	3	33.3
Equilibrada	1	14.3	2	28.6	4	25	1	11.1
Extrema	1	14.3	2	28.6	3	18.8	5	55.6

Dentro de la evaluación de la cohesión familiar, se reportó que las familias casi nunca (21.5%) consultan con los miembros de ésta sobre la toma de decisiones, así como casi nunca se planean actividades en familia en un 35.4% de las familias.

Tabla (9).

Tabla 9. Con facilidad ¿Podemos planear actividades en familia?

	Frecuencia	Porcentaje
	n	%
Nunca	10	15.4
Casi Nunca	23	35.4
A veces	13	20.0
Casi siempre	13	20.0
Siempre	6	9.2
Total	65	100.0

Por otro lado, las familias presentaron mayores dificultades dentro de la evaluación de la adaptabilidad. En la pregunta 10 se encontró que las familias tomando en cuenta padres a hijos, No se ponen de acuerdo en relación con las reglas, en un 33.8%; Tabla (10) encontrando que lo hijos Nunca toman decisiones en el hogar en un 36.9% de las familias. Tabla (11)

Tabla 10 ¿Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos?

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	22	33.8
Casi nunca	19	29.2
A veces	17	26.2
Casi siempre	5	7.7
Siempre	2	3.1
Total	65	100.0

Tabla 11 ¿En nuestra familia los hijos toman las decisiones?

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	24	36.9
Casi Nunca	17	26.2
A veces	16	24.6
Casi siempre	6	9.2
Siempre	2	3.1
Total	65	100.0

Dentro del resto de las preguntas que evaluaron al funcionamiento familiar de acuerdo a su nivel de cohesión; se clasificaron dentro del puntaje intermedio en la mayoría de los casos respecto a la toma de decisiones en el hogar para resolver problemas. Tabla (12) y (13)

Tabla 12 ¿Se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas?

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	6	9.2
Casi nunca	11	16.9
A veces	30	46.2
Casi siempre	13	20.0
Siempre	5	7.7
Total	65	100.0

Tabla 13 ¿Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina?

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	13	20.0
Casi nunca	15	23.1
A veces	24	36.9
Casi siempre	8	12.3
Siempre	5	7.7
Total	65	100.0

6.- DISCUSIÓN

Respecto a los resultados obtenidos en el presente estudio, se encontró que el 95.4% de la muestra fue del sexo femenino lo que va acorde con la literatura a nivel mundial respecto a la epidemiología del Trastorno Límite de Personalidad. La edad promedio en el estudio considerando el total de pacientes fue de 35 años, semejante a la reportada en 2016 por Rebecca Meaney et al. (26) Se encontró que la mayoría de los pacientes eran solteros, con un grado de estudios promedio de 16.2 años equivalente al nivel medio superior, semejante a la reportada por Cruz Romero en 2013, lo que corrobora que continúa siendo el promedio de estudios y el estado civil predominante en pacientes con TLP atendidas en HPFBA; pudiendo ser resultado de la dificultad que presentan estos pacientes para vincularse con otras personas, así como sus relaciones personales las cuales tienden a ser inestables. (27)

En cuanto a las comorbilidades asociadas al trastorno, se reportó que el 41.5% presentó al trastorno depresivo como el más frecuente, acorde con lo que se reporta en literatura a nivel mundial. (11)

Dentro de los hallazgos más relevantes del presente estudio resalta el tipo de funcionalidad familiar predominante en la población total de la muestra, clasificando a las familias con Trastorno límite dentro del nivel Intermedio de acuerdo a sistema Circumplejo de Olson es decir como moderadamente disfuncionales.

Al respecto no se han realizado estudios similares sobre funcionalidad familiar en pacientes con trastornos de personalidad, sin embargo los resultados son similares a los reportados en estudios realizados sobre el funcionamiento familiar en pacientes con otro trastorno como en la enfermedad de Alzheimer, en un estudio

realizado en 2011, acerca de la estructura y dinámica familiar que conviven con un miembro diagnosticado con dicha enfermedad, donde se observó como afectada principalmente la cohesión y funcionamiento de este tipo de familias. (29). En otro estudio realizado en Sonora en 2011 donde se evaluó la cohesión y adaptabilidad familiar en mujeres con epilepsia se identificó que un 22% presentaban disfunción familiar. (16)

La enfermedad mental afecta no solo al paciente sino también a su familia, dificulta la comunicación intrafamiliar, puede generar patologías adicionales en los familiares y todo ello empeorar la evolución del trastorno. (30)

Al respecto de las diferencias en el tipo de funcionalidad familiar en pacientes que se encontraban en terapia de grupo y sin terapia; no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos. Se identificó en ambos grupos como moderadamente disfuncionales el tipo de funcionalidad familiar predominante. Sin embargo, se resalta en el grupo de pacientes que asisten a terapia de grupo un mayor porcentaje de familias con un tipo de funcionalidad familiar más favorable, clasificándolas como equilibradas o balanceadas al 20.5% de las familias, respecto al 15.4% de las familias que no se encontraban en terapia de grupo al momento del estudio.

Por otro lado, se considera que el tamaño de la muestra es pequeña, sin poder capturar de manera homogénea cada grupo; con una variación importante entre el número de pacientes en terapia de grupo y sin terapia capturados en el estudio, así como dentro de los pacientes en terapia de grupo.

LIMITANTES

El presente estudio presentó limitantes derivadas de la situación actual mundial debido a la pandemia por COVID-19, lo que redujo el tamaño de la muestra; limitando el acceso a los pacientes que se encontraban en terapia de grupo, al no acudir éstos de manera presencial al hospital, así como reduciendo el número de pacientes a 4 grupos psicoterapéuticos con un total de 48 pacientes, de los cuales accedieron a participar al estudio un total de 39 pacientes que se encontraban en ese momento en terapia de grupo.

Se invitó a participar a pacientes de consulta externa con diagnóstico de TLP, con un total de 25 usuarios que cumplían con criterios de inclusión, lo que representó que la distribución de la muestra no fuera homogénea para ambos grupos, mostrando la necesidad de captar un mayor número de pacientes para obtener resultados más significativos estadísticamente.

Otra limitante que presentó el estudio fue el no poder establecer contacto con familiares de los pacientes participantes, lo que representó que los resultados en el presente estudio se basaran en la percepción del funcionamiento familiar únicamente de los pacientes, sin poder comparar la percepción del funcionamiento en los familiares de dichos pacientes, por lo que podría evaluarse en posteriores estudios dicha percepción y establecer un comparativo con los resultados obtenidos.

7.- CONCLUSIÓN

Se puede concluir de manera general, que, en la totalidad de la muestra obtenida, los pacientes con Trastorno límite de personalidad presentan disfunción familiar importante, lo que apoya la hipótesis inicialmente establecida, clasificando a las familias como moderadamente disfuncionales dentro del sistema Circumplejo de Olson.

Dentro del funcionamiento general que presentaron las familias, se reportó que presentaron mejor capacidad de adaptabilidad; es decir éstas se clasificaron predominantemente como estructuradas, seguidas de una adaptabilidad caótica y en tercer lugar de tipo rígida en función de su nivel de adaptabilidad.

De acuerdo al nivel de cohesión más frecuente reportada, se identificaron con mayor frecuencia familias clasificadas como No relacionadas, lo que determina que en este tipo de familias predomina la separación emocional con pobre lealtad familiar, muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros, correspondencia afectiva infrecuente entre sus miembros, tendiendo a pasar poco tiempo juntos, necesidad y preferencia de estar separados, así como tendencia a tomar las decisiones de manera independiente sin tomar en cuenta al resto de los integrantes de la familia.

Por otro lado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo en terapia respecto a los pacientes que no se encontraban en terapia al momento del estudio.

Así mismo en función del tiempo en terapia, no hubo mejoría en la funcionalidad familiar en pacientes que presentaron mayor tiempo en terapia; sin embargo, se

detectaron mayores porcentajes de familias equilibradas o balanceadas es decir consideradas funcionales en pacientes que se encontraron en terapia de grupo, respecto aquellos que se encontraban sin terapia.

Una de las motivaciones principales del estudio, fue conocer la funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite, ya que no se encontraron trabajos al respecto del funcionamiento en familias con Trastornos de Personalidad, donde se sabe que la familia representa una fuente de apoyo para estos pacientes.

Con los resultados obtenidos en el presente estudio se identifica la importancia de integrar a las familias dentro de los objetivos de un tratamiento integral, en función de ofrecer un abordaje a nivel de terapia familiar, que permita mejorar el funcionamiento a través de una mejor comunicación, identificación de roles y reglas, estableciendo límites necesarios, que permita a su vez a las familias una mejor adaptabilidad ante situaciones de estrés o crisis, y en este sentido ofrecer el apoyo necesario y suficiente a pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite quienes se ven beneficiados dentro de un sistema de apoyo psicoterapéutico individual o grupal sin embargo en pocas ocasiones se involucra a las familias de pacientes con este trastorno en los objetivos del tratamiento.

9.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1). Martínez-González J.M. El efecto de relajación en la percepción de la dinámica familiar de pacientes con trastornos de personalidad. Granada España, 2010.
- (2) Gutiérrez Capulín, Reynaldo, Díaz Otero, Karen Yamile y cols. El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *Ciencia Ergo Sum*, vol. 23, núm. 3, Universidad Autónoma del Estado de México, 2016.
- (3). Enric Aragonés, Luis Salvador-Carulla, Judit López-Muntaner, Marc Ferrer y Josep Lluís Piño. Prevalencia registrada del trastorno límite de personalidad en las bases de datos de atención primaria. Barcelona marzo 2013. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.12.006>.
- (2 y 4) Javier Jaime Espinosa, Bertha Blum Grynberg, Martha Patricia Romero Mendoza: Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. Hospital Regional de Psiquiatría Morelos (IMSS). *Salud Ment* vol.32 no.4 México jul./ago. 2009.
- (5). Peter Tyrer, Geoffrey M. Reed, Mike J Crawford. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet* 2015; 385: 717–26.
- (6). Kayla R. Steele, Michelle L. Townsend, Brin F. S. Grenyer. Parenting and personality disorder: An overview and meta-synthesis of systematic. School of Psychology, Illawarra Health and Medical Research Institute, University of Wollongong, New South Wales, Australia. Received: April 1, 2019 Accepted: September 13, 2019 Published: October 1, 2019.
- (7) Freyre Galicia. Castañeda González. Aspectos epidemiológicos de la práctica hospitalaria en México: la morbilidad atendida en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez 2003-2010.
- (7,1) Secretaría de Salud. Alrededor de 1.5% de la población padece trastorno límite de personalidad. Julio 2018.
- (8) Lauren Kelada, Penelope Hasking, Glenn Melvin. The relationship between nonsuicidal selfinjury and family functioning adolescent and parent perspectives. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2016.
- (9) Vanina Schmidt, Juan Pablo Barreyro, Ana Laura Maglio. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Málaga* abr. 2010.
- (10) Alejandro Sánchez Reyes, Alberto González Pedraza Avilés Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con la hemoglobina glucosilada de los pacientes diabéticos, *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2011;16(2):82-88.
- (11) Pilar Regalado, Carola Pechon, Corrine Stoewsand y Pablo Gagliesi. Familiares de personas con Trastorno Límite de la Personalidad: estudio preexperimental de una intervención grupal. Buenos Aires, Argentina.
- (11.1) Herrera Santi. Factores de riesgo para la salud familiar: acontecimientos significativos. *Humanidades Médicas* 2012;12(2): 184-191
- (12) Jaime Humberto Moreno Méndez, Laura Camila Chauta Roza. Funcionalidad familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá, Colombia. 12/12/2011.
- (13) Funcionamiento Familiar: Evaluación de los Potenciadores y Obstructores (I).

- (14)** Gómez Clavelina, M. Terán Trillo, A.E. Irigoyen Coriad y S. Landgrave Ibáñez. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Aten Primaria* 2002. Diciembre. 30 (10): 624-630.
- (15)** Rosa Elena Ulloa Flores, Cecilia Contreras Hernández, Karina Paniagua Navarrete. Epidemiology and clinical characteristics of self-harm in adolescents attending a child psychiatric hospital. *Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N Navarro"*, México. 7 de junio de 2013.
- (16)** José Manuel Ornelas Aguirre, Oneida Sánchez Castro. Cohesión y adaptabilidad familiar en mujeres con epilepsia: estudio transversal analítico. *Unidad de Medicina Familiar N. 1, Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional del Noroeste, Ciudad Obregón, Sonora, México*. Recibido el 10 de julio de 2013; aceptado el 20 de octubre de 2013.
- (17)** Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza Sánchez. *Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria*. 2006.
- (18- 19)** Ryan W. Carpenter and Timothy J. Trull. The Pain Paradox: Borderline Personality Disorder Features, Self-Harm History, and the Experience of Pain. *University of Missouri*, 2015, Vol. 6, No. 2, 141–151. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/per0000112>.
- (20)** Ma. del Refugio Zavala-Rodríguez, María del Carmen Ríos, Guillermina García, Claudia Patricia Rodríguez. Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. *Universidad de la Sabana Cundinamarca, Colombia. Aquichan*, vol. 9, núm. 3, diciembre, 2009, pp. 257-270.
- (21)** Alarcón Delgado I, Bonilla Hernández M, y cols. Cohesión y adaptabilidad familiar en familias con pacientes de Alzheimer de la cdmx 2002, pp 85-89.
- (22)** Gabriela del Cisne Mora Medina. Funcionalidad familiar y autolesionismo en los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional Calasanz de la ciudad de Loja. *Ecuador*. 2019.
- (23)** Vázquez Nava F, Santos Díaz A. Mtz Burnes J. El paciente asmático y su dinámica familiar. *Revista Alergia México* 2003; L (6), 214-219.
- (24)** María Teresa López Jiménez, María Isabel Barrera Villalpando, José F. Cortés Sotres, y cols. Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. *Dirección de Servicios Clínicos. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente*, Abril 2011.
- (25)** Vanina Schmidt, Juan Pablo Barreyro, Ana Laura Maglio. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Málaga abr*. 2010.
- (26)** Rebecca Meaney , Hasking, Andrea Reupert. Prevalence of Borderline Personality Disorder in University Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression, *Australia*. 2016
- (27)** Teresa Cruz, Estudio comparativo sobre el impacto del modelo de Atención de Psicoterapia Grupal en las funciones yoicas de pacientes con diagnóstico de Trastorno límite de personalidad en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Tesis para obtener el título de especialista en psiquiatría. México: UNAM 2013.
- (28)** I D Glick , R A Dulit, E Wachter, J F Clarkin, "The family, family therapy, and boderline disorder", Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University School of Medicine, Stanford, 2014

(29) Álvarez-Ormazábal, Enfermedad de Alzheimer; estructura y dinámica familiar, April 2011, European Journal of Investigation in Health Psychology and Education.

(30) Laura Rodríguez Moya, José Carlos Peláez. Terapia familiar en los trastornos de personalidad. Acción psicol, Madrid 2013.

10.- ANEXOS

ANEXO 1. ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FACES III

FACES III

(David H. Olson, Joyce Portner y Yoav Lavee, 1985)

Describe a su familia: Tache el número que corresponda a su respuesta

CASI NUNCA	UNA QUE OTRA VEZ	A VECES	CON FRECUENCIA	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

ANEXO 1

FACES III (D.H. Olson, J. Portner e Y. Lavee).
Versión en español (México): C. Gómez y C. Irigoyen

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado:

Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
Describa su familia:				
<input type="checkbox"/> 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí				
<input type="checkbox"/> 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas				
<input type="checkbox"/> 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia				
<input type="checkbox"/> 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina				
<input type="checkbox"/> 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos				
<input type="checkbox"/> 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad				
<input type="checkbox"/> 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia				
<input type="checkbox"/> 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas				
<input type="checkbox"/> 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia				
<input type="checkbox"/> 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos				
<input type="checkbox"/> 11. Nos sentimos muy unidos				
<input type="checkbox"/> 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones				
<input type="checkbox"/> 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente				
<input type="checkbox"/> 14. En nuestra familia las reglas cambian				
<input type="checkbox"/> 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia				
<input type="checkbox"/> 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros				
<input type="checkbox"/> 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones				
<input type="checkbox"/> 18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad				
<input type="checkbox"/> 19. La unión familiar es muy importante				
<input type="checkbox"/> 20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar				