

11226

81

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 PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLÍNICA SANTIAGO RAMÓN Y CAJAL Y CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE DURANGO DGO.

INFLUENCIA DEL PACIENTE CON NEUROSIS ANSIODEPRESIVA SOBRE LOS SOCIODINAMISMOS FAMILIARES

I. S. S. T. E.  
HOSPITAL GENERAL "C"  
Jefatura de Enseñanza e Investigación

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar DURANGO, DGO.

presenta:

Dr. Aurelio Martínez Ortíz

Durango, Dgo., 1997

2007



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.

**INFLUENCIA DEL PACIENTE CON NEUROSIS  
ANSIODEPRESIVA SOBRE LOS SOCIODINAMISMOS  
FAMILIARES**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER  
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR


**PRESENTA:**

  
**DR. AURELIO MARTINEZ ORTIZ**

  
**DRA. MA. DEL CARMEN DE LA ROSA DOMINGUEZ  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL  
ISSSTE EN LA CD. DE DURANGO, DGO.**

  
**DR. FEDERICO MARTINEZ RODRIGUEZ  
ASESOR DE TESIS**

  
**DRA. SUSANA TREJO RUIZ  
ASESORA DE TESIS DEPARTAMENTO MEDICINA FAMILIAR  
UNAM**

  
**DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.**

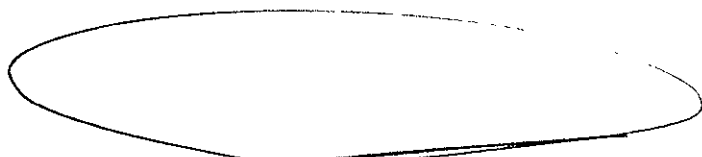
INFLUENCIA DEL PACIENTE CON NEUROSIS ANSIODEPRESIVA  
SOBRE LOS SOCIODINAMISMOS FAMILIARES

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

**PRESENTA:**

**DR. AURELIO MARTNEZ ORTIZ**

**AUTORIZACIONES:**



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO  
DE MEDICINA FAMILIAR FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



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

**INFLUENCIA DEL PACIENTE**

**CON**

**NEUROSIS ANSIODEPRESIVA**

**SOBRE LOS**

**SOCIODINAMISMOS FAMILIARES**

## **AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA**

### **A MIS PADRES**

Porque con su esfuerzo y tenacidad me brindaron la oportunidad de adquirir esta profesión que tantas satisfacciones me ha otorgado.

### **A MI ESPOSA Y A MIS HIJOS**

Por ser la fuente de inspiración para esforsarme por mi superación.

### **A MIS HERMANOS**

Por el respeto y afecto que de ellos he recibido.

### **A MIS COLEGAS Y AMIGAS**

Dra. Rosa María Barrera Tovar, Dra. Susana Vazquez Simental, Dra. Rosalba Perez Cabral y Dra. Magdalena Ruíz Martínez.

Por que sin egoísmo y con su convicción de lo excelente que es la medicina familiar me han brindado apoyo incondicional.

### **A MIS ASESORES**

Por su valiosa colaboración para llevar acabo este trabajo de investigación.

# INDICE

<b>MARCO TEORICO (MARCO DE REFERENCIA O ANTECEDENTES)</b>	<b>1</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>11</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>12</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
<b>METODOLOGIA</b>	<b>14</b>
• Tipo de Estudio	14
• Población, lugar y tiempo	14
• Tipo de muestra y tamaño de la muestra	14
• Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	14
• Información a recolectar (variables de medición)	15
• Método o procedimiento para captar la información.	16
• Consideraciones éticas	16
<b>RESULTADOS</b>	
• Descripción de resultados	18
• Tablas y Gráficas	20
<b>DISCUSION</b>	<b>30</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>32</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>34</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>36</b>

## MARCO TEORICO

### FAMILIA

**Definición:** La ONU define a la familia como todos los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio. La familia en sí , es la institución básica de la sociedad teniendo la responsabilidad de proveer nuevos miembros, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico. (4)

La familia ha sido elegida por el médico, sin tomar en cuenta que esté o no bien constituida como asunto de su interés básico, reconociendo que este grupo de personas es interdependiente, tanto del punto de vista emocional como físico. Por medio de esta interdependencia cualquier miembro de la familia puede ayudar a cualquier otro a estar bien para bienestar de todos sus integrantes, del mismo modo cualquier enfermo con problemas orgánicos o psicológicos afecta a todos. (1,11)

En el contexto de la organización social, la familia establece la liga entre el individuo y la sociedad. De ahí que el sistema complejo de influencias e interacciones, los conflictos sociopatogénicos múltiples e individuales encuentran expresión a través de la familia. Trazar estos conflictos a sus orígenes a partir de sus expresiones individuales, requiere el esclarecimiento de las relaciones interpersonales y particularmente de las relaciones intrafamiliares. (6,10)

En nuestra civilización la familia cumple su función de mediadora, transmitiendo de una generación a otra los valores y las demandas de la cultura, en la forma que son interpretados por ese grupo social. La conducta de los padres influye en el resto de la familia a través de las innumerables manifestaciones de amor, cuidado ternura, descuido, impaciencia, cólera, etc., los hijos o el resto de la familia reaccionan hacia los padres y forman con ellos una unidad psicodinámica compleja. (6)

### CICLO VITAL

Para efectuar un estudio de familia es de suma importancia analizar su ciclo vital ya que el análisis del ciclo vital de la familia facilita al médico familiar comprender genéricamente la historia natural de una familia, desde su formación hasta su disolución. Con esto los médicos familiares tienen la posibilidad de prever o comprender los fenómenos que son factibles de presentarse o que se encuentre presentes en un momento dado y que pudiesen afectar o están afectando en una u otra forma en la salud familiar. El ciclo vital de la familia puede describirse de diferentes formas aunque la importancia



estriba en realidad en el contenido de cada una de sus etapas, así pues, se puede clasificar de la siguiente manera: (8,11)

**1.- Fase de selección de pareja:** Con tiempo de duración muy variable, comprende las bases sobre las cuales una persona escoge a otra para compartir el resto de su vida. Esta selección se hace partiendo de una necesidad básica que debe ser satisfecha por el cónyuge a través del enamoramiento y el juicio de poder vivir en armonía. (8)

**2.- Fase de matrimonio:** Se inicia con la consolidación del vínculo matrimonial concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo, cuyo evento aunado a la convivencia con el núcleo de familia de origen que se encuentra en otras fases origina múltiples sociodinamismos. (4)

**3.- Fase de expansión:** Es la fase en la cual existen miembros que aún no tienen contacto con el medio extrafamiliar como guarderías, escuelas u otras dependencias educativas, el matrimonio tiene uno o más hijos cuyo cuidado es proporcionado por la familia. (4)

**4.- Fase de dispersión:** En esta fase los hijos acuden a la escuela, por lo tanto existe interacción extrafamiliar. (4)

**5.- Fase de independencia:** Los hijos ya trabajan y se casan, por lo tanto la pareja del núcleo debe aprender a vivir nuevamente en independencia como sus hijos en ese momento lo están intentando. Esto ocurre 20 a 30 años después de la fase del matrimonio

**6.- Fase de retiro y muerte:** En esta fase encontramos a la pareja de incapacidad para laborar, desempleo, agotamiento de recursos económicos y sus hijos con familia en fase de expansión o incluso de dispersión. (4)

## TIPOLOGIA FAMILIAR

En los estudios de familia también es importante analizar la tipología ya que con ello se obtiene en cierta forma el conocimiento de la dinámicas familiares en cada tipo de familia y por lo tanto nos permite detectar las dinámicas familiares potológicas, así pues la tipología se puede clasificar de la siguiente manera.

*En base a su desarrollo la tipología familiar es la siguiente:*

- a) **Familia moderna.**- en la que ambos padres trabajan
- b) **Familia tradicional** - en la que solo trabaja el padre.
- c) **Familia primitiva.**- en la que viven todos sus integrantes de la producción *de la tierra*.

*En base a su demografía la tipología familiar es la siguiente:*

- a) **Familia urbana.**- es la familia que vive en la ciudad con los servicios de urbanización.
- b) **Familia suburbana.**- es la familia que vive en la ciudad pero con carencia de algunos servicios de urbanización
- c) **Familia rural.**- es la familia que vive en el campo.

*En base a su composición la tipología familiar es la siguiente:*

- a) **Familia nuclear:** modelo de la familia actual, formada por padre, madre e hijos. (4)
- b) **Familia extensa:** formada por padre, madre, hijos y otros miembros que comparten lazos consanguíneos de adaptación o bien de afinidad. (4)
- c) **Familia extensa compuesta:** además de los que incluyen a la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como el caso de amigos y "compadres". (4)

*En base a su integración la tipología familiar es la siguiente:*

- a) **Familia integrada.**- En la cual los cónyuges viven bajo el mismo techo y no ameritan atención por disfuncionalidad en sus roles. (4)
- b) **Familia semi-integrada.**- Ambos cónyuges viven bajo el mismo techo pero en el alguna de sus funciones ameritan atención. (4)
- c) **Familia desintegrada.**- Ausencia de alguno de los cónyuges bien sea por muerte, divorcio, separación, abandono o el desmembramiento de la familia debido a graves causas internas o externas. (4)

## **FUNCIONES DE LA FAMILIA**

Las funciones de la familia son dinámicas que la familia lleva a cabo para su desarrollo y el conocimiento de estas son de gran utilidad para reconocer la funcionalidad familiar y por lo tanto para diagnosticar a la familia, así pues tenemos que las funciones de la familia son:

- a) **Socialización.**- Por ella se transforma una persona totalmente dependiente de sus padres en individuo autónomo, con independencia para desarrollarse en la sociedad, hasta los 6 años les corresponde a los padres y en adelante a otras instituciones

- b) *cuidado*.- Que consiste en cuatro determinantes alimentación, vestido, seguridad física y apoyo emocional
- c) *Afecto*.- Es la transacción de recibir y proporcionarlo.
- d) *Reproducción*.- Es la función de proveer nuevos miembros a la familia y con ello a la sociedad con responsabilidad.
- e) *Estatus y nivel socioeconómico*.- Es el traspaso de nivel económico y social en donde el individuo se beneficia pero al mismo tiempo adquiere responsabilidades (2)

## ETAPAS CRITICAS DE LA FAMILIA

Conocer las etapas críticas de la familia, brinda la oportunidad al médico familiar de reconocer las variaciones de los sociodinamismos en cada una de ellas, y de esa manera intervenir orientando o con consejería a las familias a su cargo, así tenemos que las etapas críticas de la familia son: embarazo, nacimiento, enseñanza de la sexualidad y muerte de un miembro. (2,5,7,8)

## ROLES FAMILIARES.

Ante un estudio de familia es también de suma importancia tener conocimiento de los roles familiares, ya que ello nos permite detectar la funcionalidad y de esta manera diagnosticar para poder intervenir en el tratamiento, así pues, tenemos que los roles son los siguientes:

- a) *Rol de esposo-padre*.- Exitoso y ganador, trae dinero a casa, hace decisiones acerca del dinero, tiene la última palabra en las decisiones importantes, ocupa la posición de autoridad esencial en la familia pero en discusiones democráticas con otros miembros de la familia y toma muy en serio la opinión de su esposa, disfruta de su actividad sexual marital y la realiza a la satisfacción de la esposa, participa en el cuidado de los niños, ofrece y pide contacto emocional con su familia incluyendo apoyo.
- b) *Rol esposa-madre*.- Ella es hacedora de su hogar, ella misma o dirigiendo, responde a las necesidades de los niños de modo apropiado según sus edades, ofrece apoyo emocional y compañía en el aspecto social, personal y sexual al esposo aunque no siempre tenga orgasmo
- c) *Rol del niño*.- Acepta la tarea de ir a la escuela y como principal responsabilidad instrumental el aprendizaje establece una relación de dar y tomar con los padres se esfuerza por una emancipación adecuada a su edad

- f) *Control de la conducta.*- En esta dimensión se considera la forma en que la familia se expresa y mantiene los niveles de conducta de sus miembros, así como la conducta ante situaciones de peligro, psicológicas y sociales (13)

Estos seis conceptos se encuentran englobados en el modelo circunflejo de los sistemas familiares y conyugales que avalan Davis H Olson y Walsh . El modelo circunflejo es un valioso instrumento para la evaluación de funcionalidad familiar y planeación del tratamiento de las familias severamente disfuncionales, tal como lo han mostrado Wals y Olson (1989) con la escala de auto aplicación FACES III, cuya confiabilidad en pruebas test retest es de (r. 0.80).

El modelo permite identificar los tipos de familias con 16 distintos niveles de funcionalidad basándose en dos dimensiones (cohesión familiar y flexibilidad o adaptabilidad). La dimensión de comunicación es una dimensión facilitadora.

La dimensión de cohesión familiar se define como: lazos emocionales que tienen los miembros de la familia unos con otros y el grado de autonomía que una persona experimenta en el sistema familiar.

Un nivel alto de cohesión significa sobre identificación con la familia, resultante de lazos extremos y autonomía individual limitada (familia aglutinada)

Nivel bajo de cohesión significa escasa identificación con la familia, resultante de lazos débiles y autonomía individual ilimitada (familia o elemento familiar no relacionada) niveles balanceados de cohesión son los semirelacionados y relacionados, resultados de lazos y autonomía balanceados.

Algunas variables específicas pueden usarse para valorar el grado de cohesión familiar y son lazos emocionales, límites, coaliciones, tiempo y espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y recreación.

La segunda dimensión del modelo circunflejo es la adaptabilidad significando la forma en que el sistema familiar realiza los cambios, por lo tanto representa la habilidad de dicho sistema familiar o conyugal para cambiar su estructura en cuanto a roles en respuesta a situaciones de estrés.- Las variables específicas que se usan para valorar el grado de adaptabilidad familiar son liderazgo familiar (control y disciplina), estilo de negociación, relación de roles y relación de reglas. Los extremos de esta dimensión son la poca adaptabilidad (familiar rígida) y la alta adaptabilidad (familia caótica) Los niveles intermedios son el nivel flexible y estructurado.

Para ambas dimensiones los niveles intermedios son los más adecuados para un buen funcionamiento familiar y los niveles extremos son muy problemáticos tanto para las familias como para la pareja conforme pasa el tiempo (10,13)

## NEUROSIS DE ANSIEDAD

**Definición.-** Es el trastorno neurótico en la cual el paciente experimenta ansiedad como principal alteración. El DSM III la clasifica como trastorno de pánico si es episódica y trastorno ansioso generalizado si es crónica y persistente. (3)

**Epidemiología.-** Alrededor del cinco por ciento de la población puede padecer una ansiedad aguda o crónica, y su distribución en las mujeres supera a la de los hombres en una porción de 2 a 1. (3)

**Causas.-** Para discutir la causas de ansiedad se tiene que abordar los aspectos psicológicos, fisiológicos o psicodinámicos.

**a) Aspectos Psicológicos.-** La ansiedad es una experiencia humana universal caracterizada por una anticipación temerosa de un acontecimiento desagradable futuro. En la teoría psicoanalítica se dice que la ansiedad es la respuesta individual a un peligro que amenaza desde adentro, en forma de un impulsor instintivo prohibido que esta a punto de escapar del control del individuo a diferencia del miedo que es una reacción a un peligro real extremo, que amenaza al individuo con una posible lesión o incluso con la muerte. (3)

**b) Teorías psicodinámicas o fisiológicas:** Cuando aparece la ansiedad es un signo de movimiento interno, es una alarma de que algo esta alterando el equilibrio psicológico interno. La ansiedad es una señal para el yo, de que un impulso inaceptable esta intentando adquirir representación consciente y liberarse, y como señal provoca en el yo la adopción de medios defensivos contra las presiones más profundas, si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece o se contiene salutificamente, pero según el tipo de defensas empleadas, el individuo puede presentar una variedad de síntomas psiconeuroticos

La represión efectiva contiene completamente los impulsos, los efectos y fantasías por el hecho de hacerlos inconscientes. Sin embargo, con la mayor frecuencia de la deseada la represión no es completamente efectiva y entonces es necesario buscar ayuda en defensas auxiliares como son la conversión, desplazamiento, regresión y otras varias por medio de las cuales el impulso alcanza una expresión parcial, si bien disfrazada, en los síntomas de histeria, trastornos fóbico o trastornos obsesivos-compulsivo, en función del mecanismo defensivo predominante. (3)

Si la represión deja de actuar adecuadamente y cuando las otras defensas no desempeñan ningún papel, la ansiedad aparece entonces como el único síntoma, cuando alcanza niveles por encima del nivel normal de su funcionamiento correcto puede aparecer con toda la furia en forma de un ataque de ansiedad (3)

## NEUROSIS DEPRESIVA

**Definición.-** Neurosis depresiva o trastorno distímico se define como una enfermedad duradera de al menos dos años con alteraciones intermitentes o sostenidas del humor deprimido y síntomas asociados. (3)

**Epidemiología.-** Según Kaplan y Sandock, hay diversos estudios que han indicado que se trata de una condición relativamente común. Se ha determinado una prevalencia de 45 por 1000 utilizando criterios para la personalidad depresiva, que son similares a las características clínicas del trastorno distímico en el DSM III. (3)

### CAUSAS

**Las teorías de hipótesis casuales son las siguientes:**

a) **Características de personalidad.-** El amplio número de pacientes con depresión que comienzan a finales de la adolescencia e inicios de la edad adulta sugiere rasgos psicodinámicos, en particular los relacionados con un defectuoso desarrollo de personalidad y del yo que culmina en una dificultad de adaptación a la adolescencia y primera edad adulta. La indebida dependencia interpersonal y el carácter posesivo a menudo predisponen a la depresión.

Varios rasgos de personalidad duraderos en especial una baja auto estima e introversión, están fuertemente asociados con el "carácter depresivo". Los rasgos de personalidad tales como la dependencia, la culpa y la pasividad pueden no volver alcanzar niveles normales aún cuando se de una remisión de los síntomas

b) **Factores psicosociales.-** Existen diferentes opiniones acerca de la influencia de los factores estresantes, psicosociales como precipitantes de los episodios crónicos. Una hipótesis de que el trastorno crónico representa a un residuo maltratado o parcialmente resuelto en anteriores depresiones agudas producidas en la vida adulta que tenga probablemente psicosociales precipitantes. (3)

c) **Causas Psicológicas.-** Muchas de las afecciones crónicas pueden presentar los efectos residuales de depresiones secundarias debidas al uso crónico del alcohol, anfetaminas o barbitúricos o pueden estar relacionadas a una enfermedad crónica, como una afección gastrointestinal, artritis, disfunción tiroidea y otros trastornos endocrinos. (3)

En un estudio reciente en el IMSS, Hospital de zona con Medicina Familiar

número 1 de Durango, Dgo. se intento demostrar la disfunción familiar como factor asociado a la neurosis sin resultados positivos. (9)

Sin embargo es importante mencionar que en el mismo hospital se demostró que el paciente cirrotico repercute sobre los sociodinamismos familiares. (1)

Esto no sucede como efecto únicamente de la enfermedad sino por las alteraciones psicosociales que la enfermedad produce. El Dr. Gómez Clavelina ha demostrado la relación de neurosis depresiva como factor asociado a disfunción familiar, al estudiar a un paciente con neurosis depresiva y reacciones de ansiedad, donde además se observó la relación con otros padecimientos, como Diabetes y Alcoholismo. (2)

El mismo estudioso de la medicina familiar, Dr. Gómez Clavelina, en 1995 llevó a cabo un estudio familiar a población abierta en Tlalpan D.F. donde demostró que las familias de dicha población están alteradas en sus socio dinamismos familiares por efecto de sus múltiples problemas sociales

Por lo ya expuesto y porque he observado que en el consultorio 8 de Medicina Familiar del ISSSTE de Durango los pacientes con neurosis ansiodepresiva alteran los sociodinamismos familiares, me propongo demostrarlo en este estudio.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ante un problema de salud como es la neurosis ansio depresiva, es importante retomar el aspecto psicosocial de la medicina familiar tomando como marco de referencia a la familia para estudiar las consecuencias que esa patología ocasiona

Como ya lo mencione en el marco teórico, en el contexto de la organización social, la familia establece la liga entre el individuo y la sociedad. De ahí que el sistema complejo de influencias e interacciones, los conflictos sociopatogénicos múltiples e individuales encuentran expresión a través de la familia. Trazar estos conflictos a sus orígenes a partir de sus expresiones individuales, requiere el esclarecimiento de las relaciones interpersonales y particularmente de las relaciones intrafamiliares

**Neurosis de ansiedad.-** En base a la teoría psicoanalítica es causada por la anticipación temerosa de un acontecimiento desagradable por sentir una "amenaza" desde "adentro" en forma de impulsor instintivo que está a punto de escapar del control del individuo, originando múltiples actitudes o comportamiento anormales. En base a las teorías psicodinámicas o fisiológicas, la neurosis es una señal para el yo, de que un impulso inaceptable intenta adquirir representación consiente y liberarse, por lo que el yo intenta poner defensas represivas, que cuando no son efectivas desencadenan problemas conversivos, histéricos, fóbicos u obsesivo compulsivos que en última estancia se manifiestan en actitudes anormales y aparentes patologías orgánicas.

**Neurosis depresiva.-** Puede ser causada por características de personalidad como baja auto estima e introversión duraderas o por la dependencia, la culpa y la pasividad que al no lograr ser superadas desencadenan la neurosis depresiva. También los factores psicosociales pueden desencadenar esta patología así como las causas psicológicas como el no poder superar ser alcohólico, adicto o ser portador de una enfermedad crónica.

**Sociodinamismos familiares.-** Son las manifestaciones expresadas en comportamientos sociales de los elementos de una familia determinada (ej items del FACES III) que permiten detectar si cierta familia es funcional o disfuncional pudiendo catalogarse dicha funcionalidad como rangos balanceados, medio o extremo.

Tomando en cuenta estos conceptos planteo el siguiente problema

¿Es la presencia de un miembro de familia portador de neurosis ansio depresiva uno de los factores que alteran los sociodinamismos familiares en las familias derechohabientes del consultorio 8 matutino de la clínica de medicina familiar del ISSSTE de Durango?



## JUSTIFICACIÓN

He observado que hay gran incidencia de neurosis ansio depresiva enmascaradas en problemas aparentemente orgánicos lo que convierte a la neurosis en un problemas de gran magnitud ya que si no se diagnostica se caería en el error de tratar los problemas de somatización el lugar de la neurosis como problema de fondo, por esta razón la realización de este estudio precisará con más exactitud la magnitud del problema y nos orientara a detectar y poner más atención en este aspecto de la medicina familiar mejorando la actitud diagnóstica y terapéutica ante los pacientes.

La realización de este estudio será de gran trascendencia ya que en nuestra región no hay antecedentes de estos estudios y los existentes en el IMSS es probable que no se puedan traspolar a nuestro trabajo ya que nuestra población derechohabiente tiene características socioculturales y económicas en general diferentes.

Este estudio se justifica, ya que como se ha observado nuestra población es vulnerable a padecer alteración sociodinámica ante un problema como la neurosis, lo que me da la posibilidad efectuar a mis pacientes este estudio.

En el contexto de la factibilidad del estudio se considera positiva, puesto que el médico titular de la población en estudio es quien realiza personalmente la investigación y no implica un costo que sobrepase las posibilidades del investigador.

## **OBJETIVOS**

### **1.-OBJETIVO GENERAL**

Demostrar la alteración de los sociodinamismos en las familias con un elemento portador de neurosis ansio depresiva pertenecientes al consultorio 8 matutino de la clínica de medicina familiar del ISSSTE de Durango.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Determinar el rango de alteración de los sociodinamismos en las familias con un elemento portador de neurosis ansio depresivas, pertenecientes al consultorio 8 matutino de la clínica de medicina familiar del ISSSTE de Durango.

Determinar la dimensión de funcionalidad familiar más afectada en las familias con un elemento portador de neurosis ansio depresivas, pertenecientes al consultorio 8 matutino de la clínica de medicina familiar del ISSSTE de Durango.

Analizar la diferencia de alteración sociodinamica en los tres tipos de familias (suburbana, urbana y rural) con un elemento portador de neurosis ansio depresivas pertenecientes al consultorio 8 matutino de la clínica de medicina familiar del ISSSTE de Durango.

## **METODOLOGIA**

### **TIPO DE ESTUDIO.**

Se trata de un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional

### **POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.**

El universo de trabajo lo comprenden las familias adscritas al consultorio 8 matutino de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE de Durango, en cuyo seno familiar existe un paciente portador de neurosis ansio depresiva que reúnan los criterios de inclusión. Efectuando el estudio en un tiempo de dos meses, del 14 de febrero al 14 de abril de 1997.

### **TIPO DE LA MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.**

Considerando la detección de la variable que corresponde a neurosis, la muestra es aleatoria ya que procedimos a su detección aplicando el test de Zung a los pacientes que acudieron al consultorio 8 matutino de Medicina Familiar del ISSSTE Dgo. durante 2 meses, del 14 de febrero al 14 de abril de 1997. Si consideramos que se atendió a un promedio de 14 pacientes diarios durante 40 días hábiles, dicha detección se efectuó en 560 pacientes de donde obtuvimos 50 pacientes neuróticos, de ellos, 32 pacientes y sus familias reunieron los criterios de inclusión para aplicarles el test FACES III para determinar la alteración sociodinámica, dando un total de 137 pacientes para dicha determinación.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN.**

#### **A) Criterios de inclusión.**

- a) Pacientes pertenecientes al consultorio 8 matutino de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE de Durango, Dgo.
- b) Pacientes en edades de 11 años en adelante.
- c) Pacientes de ambos sexos
- d) Pacientes que acepten el estudio

- e) Pacientes que sepan leer y escribir.
- f) Pacientes con facultades mentales normales.

**B) Criterios de exclusión.**

- a) Pacientes que no encuadren en los criterios de inclusión.

**C) Criterios de eliminación.**

- a) Pacientes que fallezcan durante el tiempo de estudio.
- b) Pacientes que no se localizaron en el tiempo del estudio.
- c) Pacientes que no aceptaron el estudio.

**INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES DE MEDICIÓN).**

La definición operacional de la variable independiente consistió en que resultaron positivos para neurosis un porcentaje mayor al 50% de los 20 items del test de Zung cuyos indicadores fueron:

Muy pocas veces, algunas veces, la mayor parte del tiempo y continuamente, en respuesta a las preguntas de dicho test que engloban síntomas de los criterios del DSM III para neurosis de ansiedad y depresión.

La recopilación de los datos de la variable dependiente consiste en aplicar el cuestionario del test FACES III que contiene 20 items que hacen referencia a los sociodinamismos familiares y cuyos indicadores fueron:

Nunca = 1, casi nunca = 2, algunas veces = 3, casi siempre = 4 y siempre = 5, siendo las repuestas nones competentes de la dimensión de cohesión o unión y los pares a la dimensión de adaptabilidad que se logran calificar con los indicadores siguientes

**COHESION:** No relacionada = 10-34 puntos, semirelacionada = 35-40 puntos, relacionada = 41-45 puntos, aglutinada = 46-50 puntos.

**ADAPTABILIDAD** Rígida = 10-19 puntos, estructurada = 20-24 puntos, flexible = 25-28 puntos y caótica = 29-50 puntos

Estando calificados de esta manera cada uno de los elementos familiares se procede a valorar la tendencia de la familia hacia uno de los rangos de funcionalidad tomando en cuenta los siguientes indicadores. 50% o más de la tendencia del total de los elementos = Rango.

Los rangos familiares se calificaron tomando en cuenta los siguientes indicadores.

**RANGO BALANCEADO.** Flexible-semirelacionada, flexible-relacionada, estructurada-semirelacionada, estructura relacionada.

**RANGO MEDIO.** Caótica-semirelacionada, caótica-relacionada, flexible no relacionada, estructurada aglutinada, rígida-semirelacionada y rígida-relacionada.

**RANGO EXTREMO.** Caótica no relacionada, caótica-aglutinada, rígida-no relacionada y rígida-relacionada.

Para calificar la alteración socio dinámica de acuerdo al tipo de familia demográfica se hace simplemente separándolas en sus tres tipos que son: urbana, suburbana y rural.

### **MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.**

A los pacientes que acudieron al consultorio 8 matutino de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE de Durango les aplique el test de Zung para la detección de neurosis ansio depresiva y a los resultados positivos les aplique el test FACES III para calificar los sociodinamismos y cité al resto de la familia o en su defecto acudí a sus hogares para aplicarles dicho test, después de los cual, a la información obtenida la sometí a cuadros estadísticos con estadística descriptiva a lograr los objetivos propuestos.

El método de selección de muestra consistió en captar al paciente con neurosis ansio depresiva y a sus familias que cumplieron los criterios de inclusión y que ocurrieron a la consulta de dos meses

El tratamiento estadístico consistió en tablas, gráficas, porcentajes, medias, medianas y modas.

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Las consideraciones éticas para efectuar este estudio (observacional) se llevaron a cabo tomando en cuenta algunos conceptos de los apartados 6 y 9 de la ley o declaración de HELSINKY, que dicen textualmente lo siguiente

**APARTADO 6.-** Se debe respetar el derecho de cada sujeto a salvaguardar su integridad. deben tomarse todas las precauciones para respetar la vida privada y para minimizar el impacto del estudio en la integridad física y mental y en la personalidad del sujeto.

**APARTADO 9.-** En cualquier estudio con seres humanos cada sujeto potencial debe ser informado de los objetivos, métodos, beneficios anticipados, peligros potenciales y molestias que el estudio pueda provocar. El individuo debe conocer la libertad que tiene para abstenerse de participar en el experimento o retirarse del mismo si así lo desea. El médico obtendrá el consentimiento informado, de ser posible por escrito.

## DESCRIPCION DE RESULTADOS

Para llevar a cabo la presente investigación se utilizó el tipo de estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional.

Durante dos meses, del 14 de febrero al 14 de abril de 1997 correspondientes a 40 días hábiles detectamos 50 pacientes con neurosis ansio-depresiva utilizando el test de Zung, los cuales considerando que se atendieron un promedio de 14 pacientes diarios equivalen a 1.25 pacientes neuróticos por día, cifra que en valor porcentual equivale a 8.9% de pacientes diarios con neurosis dato que casi coincide con el DSM III que reporta 5% para neurosis de ansiedad y 4.5% para trastorno distímico o neurosis depresiva.

De los 50 pacientes con neurosis, 32 pertenecieron a familias que cumplieron los criterios de inclusión por lo que procedimos a analizarlos observando predominio del sexo femenino con 24 pacientes (75%) contra 8 del sexo masculino (25%). En cuanto a la edad observamos predominio en las clases intermedias detectando en la clase de 29-38 años 6 pacientes (18.75%), clase 39 - 48 años 10 pacientes (31.25%) y 49-58 años 11 pacientes (34.37%) sustentado en (tabla 1) la media es de 46.93, mediana 23.46 y moda en el intervalo de 39-48 años.

Se analizaron un total de 137 pacientes, 73 femeninos (53.28) y 64 masculinos (46.71), encontrándose el mayor número de pacientes en las clases de 11-15 años y 16-20 años con 29 (21.16%) y 22 (16.05%) respectivamente, seguidos por la clase de 41-45 con 16 pacientes (11.67%) mientras que las clases con menos pacientes fueron la de 66-70 años y 71-75 años, los cuales con 2 y 1 pacientes hacen el 1.45% y .72% (tabla 2).

La media equivale a 32.05, mediana a 15 y moda 13. De los 137 pacientes observamos que 94 (68.61%) resultaron alterados en sus sociodinamismos y 43 (31.38%) sin alteración.

Procedimos a analizar los 94 pacientes con alteración sociodinámica observando en el sexo femenino 51 (54.25%) contra 43 (45.74) en el sexo masculino lo que nos demuestra que por sexo no hay diferencia significativa, aunque en la clase de 11 a 15 años si hay diferencia ya que de 16 femeninos se alteraron a 13 y de 13 masculinos solo se alteraron 6. De acuerdo a la edad se observa más alteración sociodinámica proporcionalmente en edades mayores ya que podemos observar que en la clase 46-50 de 7 pacientes 7 resultaron alterados, en la 51-55 de 8 pacientes 7 se alteraron, de 56-60 de 9,7 se alteraron y en las clases 61-65, 66-70 y 71-75 con 5, 2 y 1 pacientes todos resultaron alterados (tabla 3).

Donde la media equivale 34.06 , mediana a 14 y moda 11 a 15 años. Procedimos en seguida a analizar el rango de alteración de los sociodinamismos familiares de las 32 familias observando que 7 familias (21.87%) tendieron hacia rango balanceado, 15 (46.82%) tendieron a rango medio y 10 (31.25%) tendieron a rango extremo, observando además que el tipo de sociodinamismos más afectados fueron los de la dimensión de flexibilidad o adaptabilidad (tabla 4). Donde pudimos detectar que resultaron caóticas 14 familias y 7 rígidas en la dimensión de flexibilidad o adaptabilidad contra 12 no relacionadas y 2 aglutinadas de la dimensión de cohesión o unión.

Procedimos a analizar los rangos de alteración sociodinámica en los tres tipos de familias demográficas observando que de las 9 familias suburbanas, 3 (33.33%) tendieron al rango extremo, 3 (33.33%) al rango medio y 3(33.33%) tendieron al rango balanceado, mientras que de las 19 familias urbanas, 7 (36.84%) tendieron al rango extremo, 9 (47.36%) al rango medio y 3 (15.78%) tendieron al rango balanceado, y por último de las 4 familias rurales 3 (75%) tendieron al rango medio y 1 (25%) al rango balanceado con lo que podemos observar que las familias urbanas fueron más afectadas, seguidas por las suburbanas ya que tienen una tercera parte en rango extremo mientras que las rurales no registraron ninguna en dicho rango.



**EDAD Y SEXO DE LOS 32 NEUROTICOS ANALIZADOS**

**TEST ZUNG**

**N = 32**

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
19-28	0	1	1	3.125
29-38	1	5	6	18.75
39-48	1	9	10	31.25
49-58	4	7	11	34.375
59-68	2	2	4	12.5
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>24</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
<b>%</b>	<b>25</b>	<b>75</b>	<b>100</b>	

**TABLA 1**

**FUENTE DE INFORMACION:** Encuesta directa de febrero a abril de 1997.

**ELEMENTOS FAMILIARES ANALIZADOS EN SUS SOCIODINAMISMOS  
FAMILIARES; FACES III  
N = 137**

EDAD	S E X O		TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO	MASC.-FEM	MASC.-FEM
11-15	13	16	29	21.167
16-20	12	10	22	16.058
21-25	4	10	14	10.218
26-30	4	2	6	4.379
31-35	5	7	12	8.759
36-40	1	4	5	3.649
41-45	8	8	16	11.678
46-50	4	4	8	5.839
51-55	3	5	8	5.839
56-60	5	4	9	6.569
61-65	3	2	5	3.649
66-70	1	1	2	1.459
71-75	1	0	1	0.729
TOTAL	64	73	137	100
%	46.715	53.284	100	

**TABLA 2**

La media del grupo de pacientes queda comprendida entre 41-45 años de edad

## ELEMENTOS FAMILIARES CON ALTERACIÓN SOCIODINAMICA FACES III

N=94

EDAD	S E X O		TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO	MASC.-FEM	MASC.-FEM
11-15	6	13	19	20.212
16-20	9	5	14	14.893
21-25	3	5	8	8.51
26-30	3	2	5	5.319
31-35	2	4	6	6.382
36-40	0	3	3	3.191
41-45	5	5	10	10.638
46-50	3	4	7	7.446
51-55	3	4	7	7.446
56-60	4	3	7	7.446
61-65	3	2	5	5.319
66-70	1	1	2	2.127
71-75	1	0	1	1.063
TOTAL	43	51	94	99.992
%	46.744	54.255	99.999	

TABLA 3

FUENTE DE INFORMACION: Encuesta directa de Febrero - Abril de 1998

**FAMILIAS ESTUDIADAS EN SUS SOCIODINAMISMOS AL PORTAR UN  
ELEMENTO CON NEUROSIS AD: FACES III**

**N=32**

	No relacionada	Semi relacionada	Relacionada	Aglutinada	TOTALES	%
CAOTICA	5	5	2	2	14	43.75
FLEXIBLE	4	3	3	0	10	31.25
ESTRUC.	0	1	0	0	1	3.125
RIGIDA	3	2	2	0	7	21.875
TOTAL	12	11	7	2	32	100
%	37.5	34.375	21.875	6.26	100	

21.87%    46.82%    31.25%

**TABLA 4**

**FUENTE DE INFORMACION:** Encuesta directa de Febrero - Abril de 1997

**RANGOS DE ALTERACION SOCIODINAMICA EN LOS TRES TIPO DE  
FAMILIAS DEMOGRAFICAS  
FACES III**

	No relacionada	Semi relacionada	Relacionada	Aglutinada	TOTALES	%
	SUR	SUR	SUR	SUR		
CAOTICA	2 3 0	0 4 1	0 1 1	0 2 0	14	43.75
FLEXIBLE	1 2 1	2 1 0	1 1 1	0 0 0	10	31.25
ESTRUC.	0 0 0	0 1 0	0 0 0	0 0 0	1	3.125
RIGIDA	1 2 0	1 1 0	1 1 0	0 0 0	7	21.875
TOTAL	12	11	7	2	32	100
%	37.5	34.375	21.875	6.25	100	

**SUBURBANA**  
**URBANA**  
**RURAL**

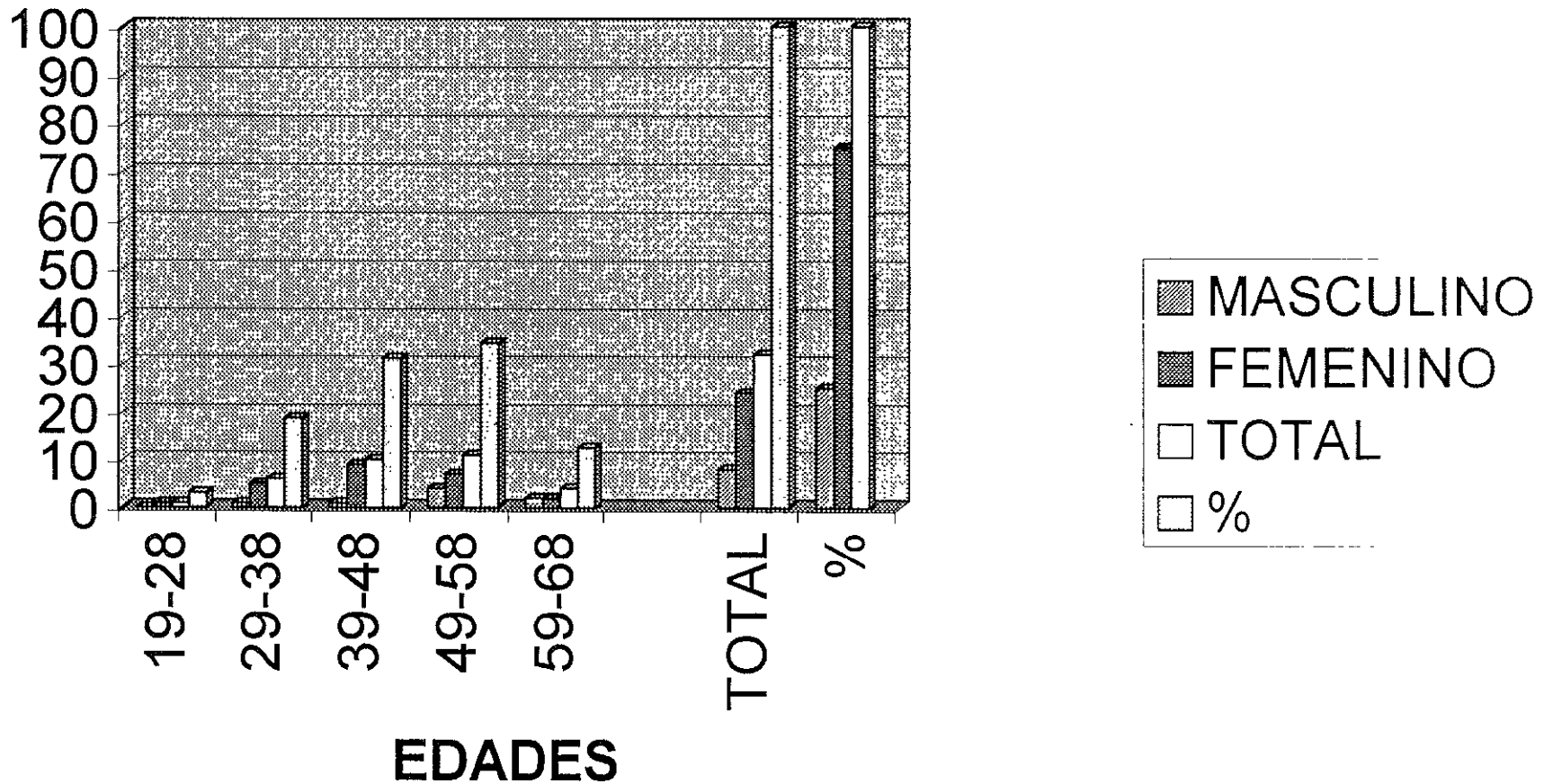
3=33.333%	3=33.333%	3=33.333%
3=15.789%	9=47.368%	7=36.842%
1=25.000%	3=75.000%	0=0%

**TABLA 5**

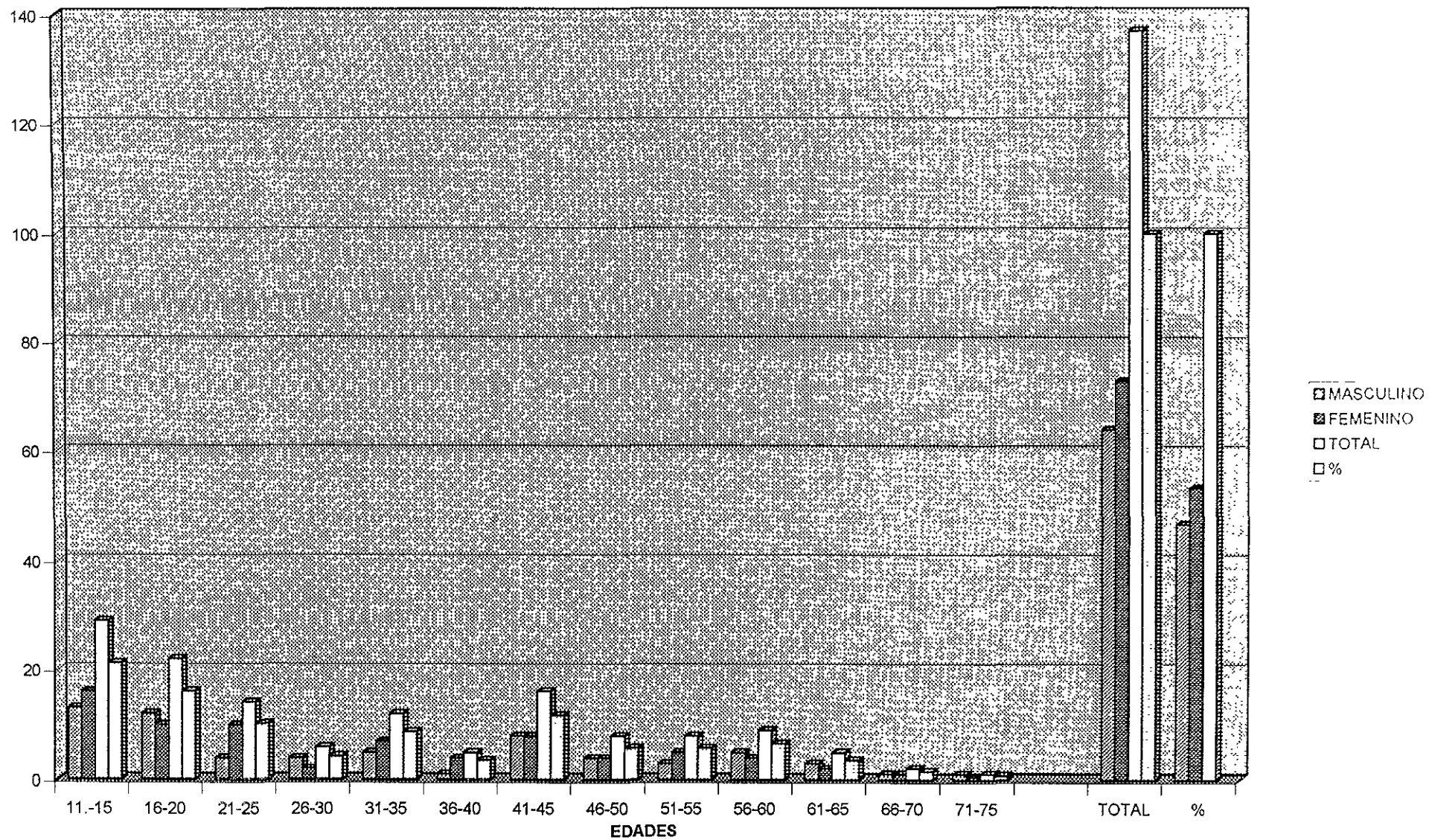
**FUENTE DE INFORMACION:** Encuesta directa de Febrero a Abril de 1997.

# EDAD Y SEXO DE LOS 32 NEUROTICOS ANALIZADOS; TEST ZUNG

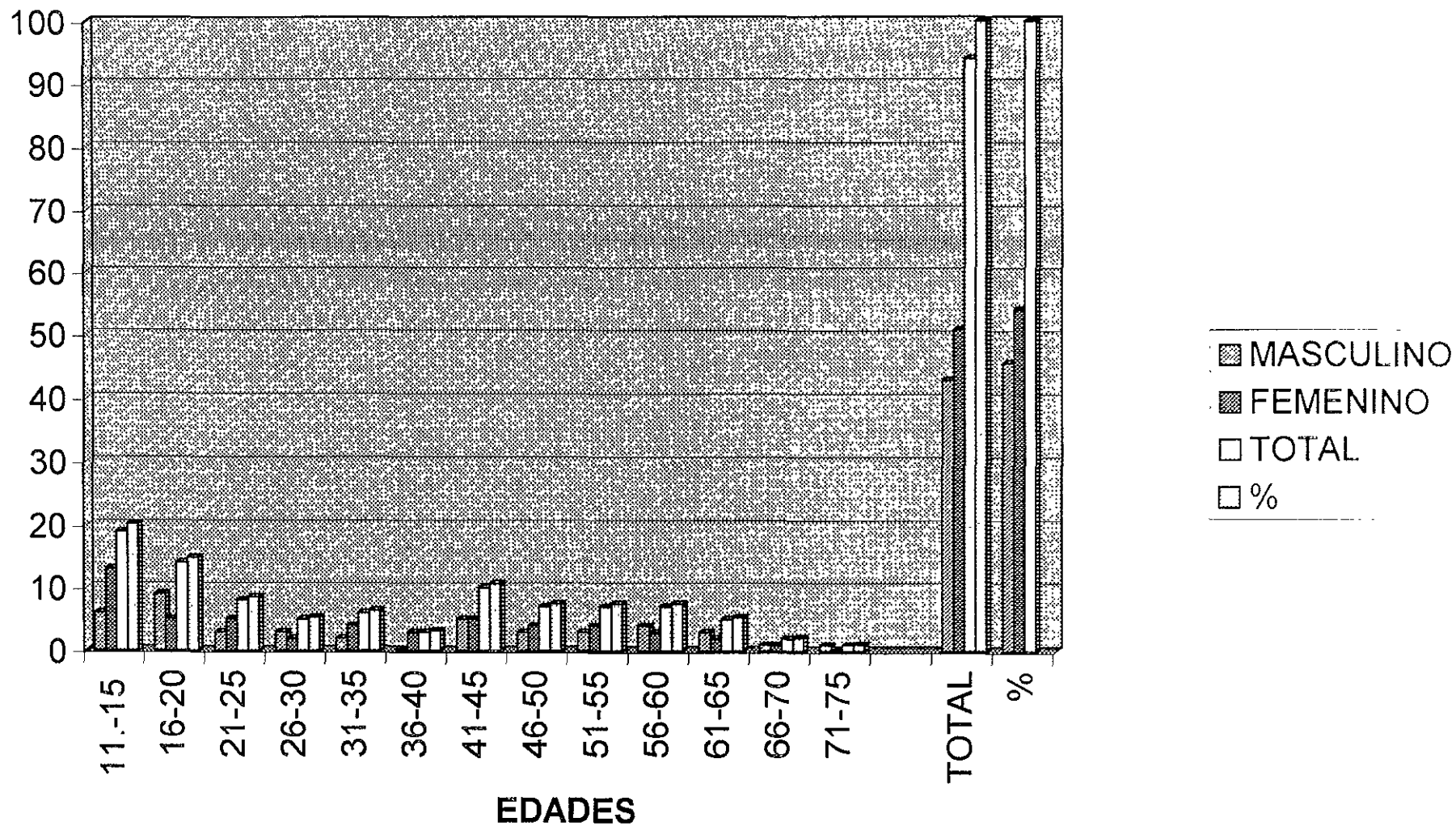
## N= 32



ELEMENTOS FAMILIARES ANALIZADOS EN SUS SOCIODINAMISMOS FAMILIARES; FACES III N= 137



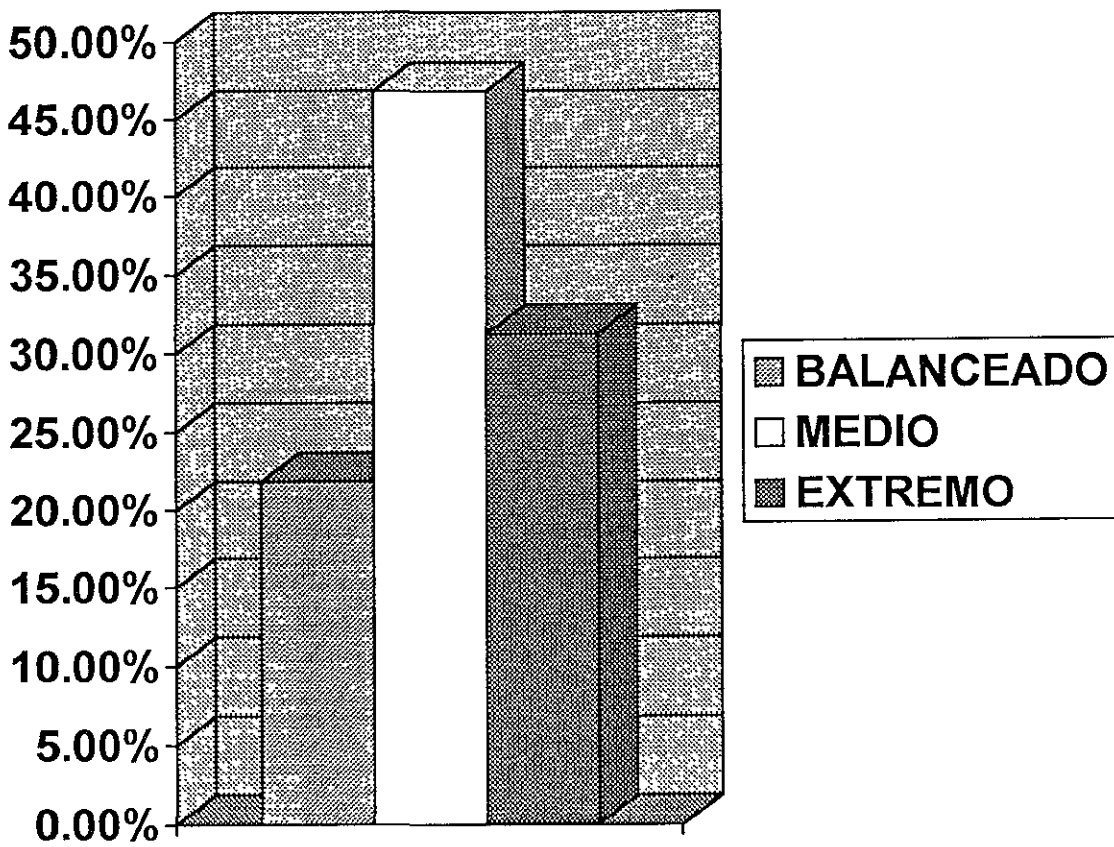
# ELEMENTOS FAMILIARES CON ALTERACIÓN SOCIODINAMICA FACES III N= 94





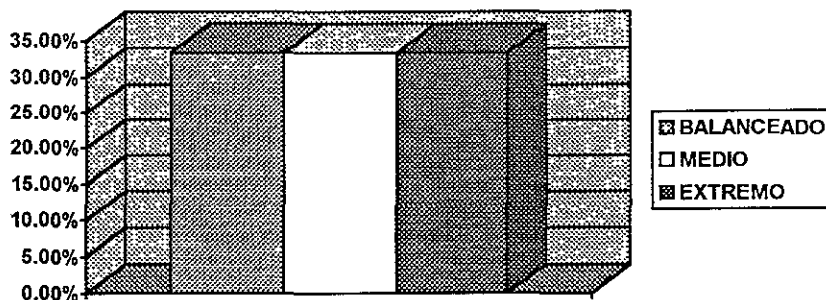
## RANGOS DE ALTERACIÓN SOCIODINAMICAS EN LAS FAMILIAS DE LOS 32

## NEUROTICOS: FACES III

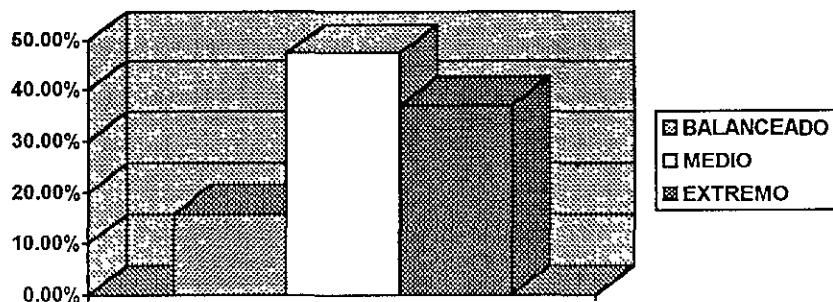


## RANGOS DE ALTERACION SOCIODINAMICA DE LOS TRES TIPOS DE FAMILIAS DEMOGRAFICAS; FACES III

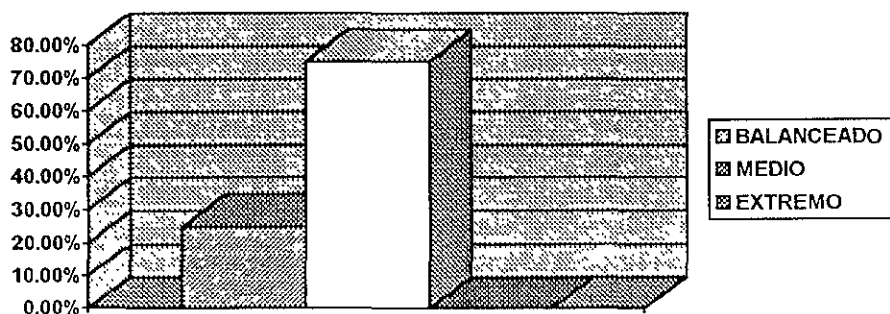
### F. SUBURBANA



### F: URBANA



### F: RURAL



N= 32

INSTITUTO VENEZOLANO  
DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS

## DISCUSION

Los resultados del presente estudio resultaron positivos a las expectativas ya que de las 32 familias pertenecientes a los 32 neuróticos (1) se estudiaron a 137 elementos familiares o pacientes (2) y resultaron con alteración sociodinámica 94 (3) y al calificarlos por grupos familiares resultaron 7 familias (21.8%) en rango balanceado de funcionalidad familiar, 15 familias, (46.8%) en rango medio de disfunción familiar y 10 familias (31.2%) en rango extremo de disfunción familiar.

El Dr. Bernardo Meza efectuó en la U.M.F. del IMSS Dgo. en 1992 el estudio titulado "Influencia del Paciente Cirrótico y su Recuperación sobre los Sociodinamismos Familiares", investigando en subsistema conyugal en sus 5 funciones resultando positivo ya que todos los pacientes cirróticos reportaron alteración sociodinámica y en cuanto más tiempo de evolución, más alterados se reportaron los sociodinamismos, en cuanto al sexo no hubo diferencia, con esto se demostró que las potologías para su persistencia en el núcleo familiar son devastadoras. Se pueden considerar los resultados similares al presente estudio con la diferencia de que uso el test APGAR y lo aplicó únicamente al subsistema conyugal y en el presente estudio se uso el test FACES III y lo aplicamos al subsistema conyugal y a los hijos que reunieron los criterios de inclusión.

El Dr. Sebastián Ulloa en su estudio efectuado en la UMF N°1 del IMSS Dgo. de Julio a Diciembre de 1995 titulado "Disfunción Familiar como Factor Asociado a la Neurosis" lo reportó negativo ya que de 71 pacientes encuestados 12 (17%) se reportaron con disfunción severa, 22 pacientes (32%) se reporto con disfunción moderada y 37 (52%) se porto funcional y en la encuesta comparativa o grupo control no encontró prácticamente diferencia. Es posible que esto se allá dado porque usó el test APGAR con solo 3 opciones para sus respuestas, además es posible que influyera el tipo de derechohabiente ya que en esta región el derechohabiente del I.M.S.S. generalmente tiene un nivel cultural más bajo que el derecho habiente del ISSSTE y por lo tanto se le dificulta comprender el contexto del cuestionario del cuestionario usado que de porsi es menos explícito que el cuestionario usado en el presente estudio, FACES III, el cual esta conformado por 20 items que comprenden los 20 sociodinamismos más comunes en nuestra sociedad ya que el Dr. Gómez Clavelina así lo ha revalidado en sus estudios.

Además el derechohabiente del IMSS en esta región, por su bajo nivel sociocultural y económico es posible que tenga una percepción diferente a la que tienen Los derechohabientes del ISSSTE en lo referente a la calidad de convivencia con el resto de sus familiares.

El Dr Gómez Clavelina demostró la alteración sociodinámica al efectuar un estudio a familias, a población abiertas en Tlalpan D.F durante Marzo - Julio de 1995 encontrando que de 270 familias estudiadas con el test FACES III, 87 se reportaron en el

rango balanceado, 130 se reportaron en rango medio (disfunción moderada), y 52 se reportaron en rango extremo (disfunción familiar severa); con esto demostró el Dr, Gómez Clavelina que hay alteración en los sociodinamismos familiares en una población con múltiples problemas sociales que en última instancia enmarcarían problemas de salud como neurosis, muertes por homicidio, etc. y aunque en mayor escala es un resultado similar al presente estudio.

Así pues, en el presente estudio se logró demostrar la alteración sociodinámica en las familias con uno de sus integrantes portador de neurosis ansio depresiva y es útil para llevar a cabo las expectativas de la justificación.

## CONCLUSIONES

Con el presente estudio se comprueba que la presencia de un paciente con neurosis ansio depresiva si altera los sociodinamismos familiares, ya que de los 137 pacientes estudiados como ya se analizó observamos que 94 resultaron alterados y 43 no alterados

Se concluye también, que el rango o grado de alteración sociodinámica es marcado, ya que el 31.25% de familias extremas y el 46.82% de familias en rango medio contra el 21.87% de familias en rango balanceado, así lo demostró.

Se concluye además que el tipo de sociodinamismos más afectados fueron los de la dimensión de adaptabilidad o flexibilidad, ya que resultaron caóticas 14 y 7 rígidas contra 12 no relacionadas y 2 aglutinadas de la dimensión de cohesión.

Es indudable que el test FACES III modificado por el Dr. Gómez Clavelina, es un instrumento sencillo o simple de auto evaluación de los sociodinamismos, que además de la función diagnóstica tiene función orientadora o hasta terapéutica, ya que los pacientes comentaron que se percataron de la alteración sociodinámica en que estaban actuando y que intentarían corregir.

Como lo mencione ya en el apartado de la justificación, este tipo de estudios nos permite recapacitar y mejorar nuestra actitud de atención a las familias que están a nuestro cargo haciendo énfasis en el aspecto psicosocial, pues tomando este aspecto de atención médica podemos no solo detectar y atender al fondo psicológico de algunas patologías, sino también detectar y atender el agregado psicológico de algunas patologías orgánicas, puesto que es muy frecuente que se presenten estas situaciones en la consulta de Medicina Familiar.

La pauta a seguir para solucionar estas alteraciones sociodinámicas en las familias donde hay pacientes con neurosis ansio depresiva es tener en cuenta este aspecto psicosocial para detectarlos y actuar como orientadores ya que ese es nuestro papel de médicos familiares y creo necesario solicitar que exista el servicio de psicología y psicoterapeutas si fuera posible, en nuestras unidades de Medicina Familiar para que las familias que no muestren mejoría con la orientación sean canalizadas a dicha atención.

Es importante también que se haga hábito el uso de los instrumentos como el familiograma, FACES III, etc para la detección rápida y esquematizada en forma sencilla de los problemas tanto biológicos como psicosociales

Considero positivo también mencionar que en la consulta de Medicina Familiar el mas afectado es nuestro paciente, si nosotros como profesionistas de la Medicina

Familiar nos mostramos dóciles ante solicitudes que por intereses no relacionados con la salud o por su pensamiento no lógico de sus patologías nos hacen nuestros pacientes ya que con esta actitud nos portaríamos como recetadores y no como profesionistas de la salud

## BIBLIOGRAFIA

1. Meza BR; Influencia de paciente cirrótico y su repercusión sobre los sociodinamismos familiares. Tesis. HGZ-MFN°1 IMSS Durango Dgo; 1992; 1-21.
2. Irigoyen CA, Gómez CFJF: Fundamentos de Medicina Familiar 3ª Edición Editorial Medicina Familiar Mexicana México D.F. 1995; 3-7, 35-38.
3. Kaplan HL, Sandock BJ: Compendio de Psiquiatría 2ª Edición. Editorial Salvat, S.A. México D.F. 1994; 328-332, 365-371.
4. Irigoyen CA y Col: Lineamientos y Perspectivas a través de un análisis histórico clínico de la familia de Carlos IV. Diagnóstico Familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana 1995; 15-17, 24-27.
5. Ocegüera M: Guía para una primera entrevista familiar, material didáctico. Departamento de psicología y salud mental UNAM. Curso de especialización en Medicina Familiar para Médicos generales. Volumen VII. México, D.F. 1996.- 1-4
6. De la Fuente JR: La Familia: Visión de Conjunto. Cuaderno de Psicología Médica y Psiquiatría UNAM, Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Familiares. Volumen VIII. México D.F. 1996; 1-15.
7. Sánchez M: Niveles de Intervención y Tratamiento Familiar. Dpto. de Psicología y Salud Mental UNAM. Curso de Especialización para Médicos Generales. Volumen VII México D.F. 1996; 1-21
8. Barragan M: Interacción entre Desarrollo Individual y Desarrollo Familiar Dpto de Psicología y Salud Mental UNAM. Curso de Especialización Para Médicos Generales. Volumen VII México D.F. 1996; 95-124.
9. Ulloa CS: La Disfunción Familiar como Factor Asociado a la Neurosis. Tesis HGZ-MF N° 1 IMSS Durango, Dgo.
10. Olson HD. Circumplex Model of Marital and Family Sistem, en Walsh, Froma (1993) Normal Family Processes The Guilford Press, NY/London ; 1-12, 104-137.
- 11 Simon FB, Sticulin H, Wynne LC Vocabulario de Terapi Familiar. Editorial Gedy S.A. Primera Reedición en barcelona 1993, 137-139

12. Hernández TI: Grado de Funcionalidad Familiar en la Consulta Externa utilizando el APGAR familiar. Tesis Unidad Académica Gustavo A. Madero del ISSSTE México D F. 1987; 1-42.
13. Bustos EJ: Becerra NJO: Instrumentos para la Evaluación de Funcionalidad Familiar. Investigación Documental Unidad Académica Beatriz Velasco de Alemán S.S.A. - UNAM México D.F. 1986; 1-56.



NOMBRE:  
 EDAD:  
 SEXO:  
 ROL:  
 DIRECCIÓN:  
 FECHA:  
 OCUPACIÓN:

**ANEXO 1  
 TEST DE ZUNG**

SINTOMAS	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUA- MENTE
1.- Me siento abatido y melancolico				
2.- En la mañana me siento mejor				
3.- tengo accesos de llanto y deseos de llorar				
4.- Me cuesta trabajo dormirme en la noche				
5.- Como igual que antes solía hacerlo				
6.- Todavía disfruto de las relaciones sexuales				
7.- Noto que estoy perdiendo peso				
8.- Siento molestia de constipación (estreñimiento)				
9.- El corazón me late más aprisa que de costumbre				
10.- Me canso sin hacer nada				
11.- Tengo la mente tan clara como antes				
12.- Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro				
13.- Me siento intranquilo y no puedo estar quieto				
14.- Tengo esperanza en el futuro				
15.- Estoy más irritable de lo usual				
16.- Me resulta fácil tomar decisiones				
17.- Siento que soy útil y necesario				
18.- Mi vida tiene bastante interés				
19.- Creo que les haría un favor muriéndome				
20.- Todavía disfruto de las mismas cosas				

PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

DR: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

TOTAL CALIFICACION BASICA: \_\_\_\_\_

TOTAL INDICE AMD \_\_\_\_\_

Nombre:  
 Edad:  
 Sexo:  
 Rol:  
 Dirección:  
 Fecha:

**FACES III**  
**Olson DH, Portner J, Lavee Y.**  
**Versión en español: Gómez C. Irigoyen C.**  
**ANEXO 2**

---

1	2	3	4	5
NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE

---

**DESCRIBA SU FAMILIA:**

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

## FACES III CALIFICACION

### ANEXO 3

La calificación en Cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones.

La calificación en Adaptabilidad es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems pares.

Una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones de Cohesión y Adaptabilidad, se buscan las calificaciones obtenidas en cada una de las amplitudes de clase que aparecen en la tabla 1 y 2, con lo cual se puede obtener la clasificación de la familia correspondiente en el esquema del Modelo Circunflejo.

<b>TABLA 1</b>	
<b>COHESION</b>	<b>AMPLITUD DE CLASE</b>
<b>NO RELACIONADA</b>	<b>10-34</b>
<b>SEMIRELACIONADA</b>	<b>35-40</b>
<b>RELACIONADA</b>	<b>41-45</b>
<b>AGLUTINADA</b>	<b>46-50</b>

<b>TABLA 2</b>	
<b>ADAPTABILIDAD</b>	<b>AMPLITUD DE CLASE</b>
<b>RIGIDA</b>	<b>10-19</b>
<b>ESTRUCTURADA</b>	<b>20-24</b>
<b>FLEXIBLE</b>	<b>25-28</b>
<b>CAOTICA</b>	<b>29-50</b>