



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL U.M.F. No.9  
ACAPULCO, GUERRERO.**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CARACTERÍSTICAS  
SOCIODEMOGRÁFICAS EN USUARIOS  
ADSCRITOS A LA U.M.F. No. 23 EN CHILAPA DE  
ALVAREZ, GRO.**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA: ALICIA SANDOVAL GONZÁLEZ**

**ACAPULCO, GRO.**

**FEBRERO, 2008.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CARACTERISTICAS  
SOCIODEMOGRÁFICAS EN USUARIOS ADSCRITOS A  
LA U.M.F. No. 23 EN CHILAPA DE ÁLVAREZ, GRO.**

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**ALICIA SANDOVAL GONZÁLEZ**

AUTORIZACIONES:

**DR. ISMAEL CORTEZ JAIMES**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN LA UNIDAD  
DE MEDICINA FAMILIAR No. 9 ACAPLCO. GRO.

**DR. JESÚS FERNANDO OLVERA GUERRA**  
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

**DR. VÍCTOR JESÚS GUERRERO MONTENEGRO**  
ASESOR DEL TEMA DE TESIS

**DRA. VICTORIA CUEVA ARANA**  
COORDINADORA DELEGACIONAL  
DE EDUCACIÓN EN SALUD

ACAPULCO, GRO.

FEBRERO, 2008.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CARACTERISTICAS  
SOCIODEMOGRÁFICAS EN USUARIOS ADSCRITO A  
LA U.M.F. No. 23 EN CHILAPA DE ÁLVAREZ, GRO.**

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**ALICIA SANDOVAL GONZÁLEZ**

AUTORIZACIONES:

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

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**  
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.

## **AGRADECIMIENTOS:**

A Dios por estar siempre conmigo y darme la fuerza necesaria para superarme cada día.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social, por darme esta oportunidad tan valiosa, reconociéndola como una gran institución de salud, que se preocupa por el crecimiento de sus trabajadores.

A mis profesores Dr. Mario S. Robles Aguirre por su gran enseñanza y por el gran valor que le da a la Medicina Familiar.

Al Dr. Fernando Olvera Guerra, por sus conocimientos, experiencia y tiempo, dedicado para la terminación de mi tesis.

A la Dra. Victoria Cueva Arana, por su tiempo, entrega, experiencia, conocimientos y sobre todo por la paciencia durante estos tres años.

Al Dr. Víctor Guerrero Montenegro, pionero de esta modalidad, y un apoyo invaluable para nuestra formación, le agradezco infinitamente su tiempo, enseñanza, dedicación y consejos.

Al Dr. Ismael Cortes Jaimes, por sus conocimientos, y por su espíritu de superación.

Gracias a todos.

## DEDICATORIA

A esas dos personas que ya no están conmigo físicamente, pero, que siempre estarán en mi corazón, y que en donde estén siempre me estarán cuidando: Mi padre y hermana querida, (Erasmus y Lupita), no saben cuanto los extraño.

A mis hijos Leonardo y Lizbeth, que son lo más grande que me ha dado Dios, y que son el motor para seguirme superando, ser mejor persona y mejor profesionista.

A mi esposo Julio, por su comprensión, paciencia, confianza y sobre todo por esos desvelos compartidos.

A mi madre, una mujer como ninguna, que a estado siempre conmigo, en todo momento, le agradezco a Dios por haberme dado a una madre como Usted, Gracias Doña Rosita.

A mis queridos hermanos: Maria, Cristóbal, Israel, Edy, por estar siempre conmigo en las buenas y en las malas, gracias por su comprensión y apoyo incondicional, y por estar siempre cuando los necesito.

A mis compañeros y amigos, que supieron entenderme, apoyarme, y por formar un gran equipo, gracias: Salgado, Rojas, Ramírez y De los Santos.

## RESUMEN:

**Título:** Funcionalidad familiar y características sociodemográficas en usuarios adscritos a la u.M.F. No. 23, en Chilapa de Álvarez Gro.

**Objetivo:** Evaluar la funcionalidad familiar, características sociodemográficas, estructura, integración, y etapa del ciclo vital de la familia, en usuarios adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 23 en Chilapa de Álvarez Gro.

**Diseño:** estudio transversal, observacional, descriptivo.

**Material y métodos:** Se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 23 en Chilapa de Álvarez, Gro, en el periodo comprendido del 1º de Julio al 31 de diciembre del 2006, se seleccionaron 150 usuarios que asistieron a consulta externa, aplicándose el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar, diseñado y adaptado a partir del modelo Macmaster por la Dra. Raquel Atri y Zetune, así como cuestionario sobre características sociodemográficas. Se realizó análisis estadístico a través del programa SPSS versión 11.0, para Windows.

**Resultados:** De los 150 usuarios, predominando por grupos de edad de 31 a 40 años (32%), de 20 a 30 años 40 (27.4%); de 41 a 50 años 27 (18%); de 51 a 60 años 18 (12%); de 61 a 70 años 8 (5.3); de 71 a 80 años 4 (2.7%), y más de 80 años 3 (2%). Resultado por sexo: masculino 41 (27.3%), y femenino 109 (72.7). En relación al estado civil casado 101 (67.3%); soltero 15 (10%); viudo 15 (10%); unión libre 12 (8%), divorciado 7 (4.7%). Nivel socioeconómico: bajo 72 (48%), medio 56 (37.33); alto 22 (14.66%). En cuanto a la escolaridad: analfabeta 8 (5.3%), primaria 53 (35.3%); secundaria 53 (27.3%); bachillerato 31 (20%); licenciatura 17 (11.3%). Respecto a la ocupación ama de casa 87 (58%); empleado 55 (36.7%), jubilado 8 (5.3%). Estructura familiar: nuclear 140 (93.3%), familia extensa 5 (3.3%); familia compuesta 5 (3.3%). En cuanto a la integración familiar integrada 148 (98%); desintegrada 2 (1.3%).

Referente al factor 1 de involucramiento afectivo funcional: si 134 (89.3%), no 16 (10.7%). El factor 2 involucramiento afectivo disfuncional: si 45 (30.0%), no 105 (70%). Para el factor 3 patrones de comunicación disfuncional si 97 (64.7%), no en 53 (35.3%). Factor 4 patrones de comunicación funcional si en 119 (79.3%), no en 31 (20.7%). Factor 5 resolución de problemas si en 119 (79.3%). Factor 6 patrones de control de conducta si existió en 117 (78%). No en 33 (22%).

**Conclusiones:** Las características sociodemográficas predominantes fueron por grupos de edad 31 a 40 años, sexo femenino, estado civil casado, nivel de escolaridad primaria completa, ocupación ama de casa y nivel socioeconómico bajo. Las áreas más afectadas fueron; involucramiento afectivo disfuncional, patrón de comunicación disfuncionales. Lo cual significa que existe en más del 60% de la población estudiada alteraciones en la comunicación tanto verbal como no verbal, además de una marcada dificultad en el intercambio de información en el área afectiva.

La disfunción familiar, se reflejó más en las familias con nivel socioeconómico bajo, escolaridad baja y que no tienen un empleo estable.

**Palabras clave.** Funcionalidad Familiar, Disfunción Familiar.

## SUMMARY:

**Title:** Familiar functionality and demographic characters in users assigned to U.M.F. No 23, in Chilapa of Álvarez Gro.

**Objective:** To evaluate the familiar functionality, demographic characters, structure, integration, and stage of the vital cycle of the family, in users assigned to the Familiar Medicine Unit No 23 in Chilapa of Álvarez Gro.

**Study:** cross-sectional, observational, descriptive study.

**Material and methods:** Familiar Medicine Unit No 23 in Chilapa of Álvarez, Gro, in the period included/understood of 1<sup>o</sup>. of July to the 31 of December of the 2006, 150 users selected themselves who attended external consultation, apply the Questionnaire of evaluation of the Familiar Operation, design I accept and adapted to apartir of the Macmaster model by the Dra. Raquel Atri and Zetune, like questionnaire on demographics characters I am made statistic analysis of program SPSS version 11,0 for Windows

**Results:** Of the 150 users, predominating by groups of age from 31 to 40 (32%), from 20 to 30 (27,4%); from 41 to 50 (18%); from 51 to 60 (12%); from 61 to 70 (5,3); from 71 to 80 (2,7%), and more of 80 (2%). Result by sex: masculine 41 (27,3%), and feminine 109 (72,7). In relation to the civil state married 101 (67,3%); unmarried 15 (10%); widower 15 (10%); join frees 12 (8%), divorced 7 (4,7%). economic level: under 72 (48%), means 56 (37,33); stop 22 (14,66%). As far as the schooling: illiterate 8 (5,3%), primary 53 (35,3%); secondary 53 (27,3%); baccalaureate 31 (20%); degree 17 (11,3%). With respect to housewife 87 (58%); employee 55 (36,7%), retired 8 (5,3%). Familiar structure: nuclear 140 (93,3%), extensive family 5 (3,3%); compound family 5 (3,3%). As far as family integration integrated 148 (98%); disintegrated 2 (1,3%). Referring to factor 1 of functional affective involvement: if 134 (89,3%), not 16 (10,7%). Factor 2 disfuncional affective involvement: if 45 (30,0%), not 105 (70%). For the factor 3 patterns offuncional affective involvement: if 134 (89,3%), not 16 (10,7%). Factor 2 disfuncional affective involvement: if 45 (30,0%), not 105 (70%). For the factor 3 patterns of disfuncional communication if 97 (64,7%), not in 53 (35,3%). Factor 4 patterns of disfuncional communication if in 119 (79,3%), not in 31 (20,7%). Factor 5 resolution of problems if in 119 (79,3%). Factor 6 patterns of conduct control if in 117 (78%). Not in 33 (22%).

**Conclusions:** demographic characters predominant were by groups of age 31 to 40 , feminine sex, married civil state, level of complete primary schooling, housewife and economic level low. more affected was; disfuncional affective involvement, communication style disfuncionales. Which means that it exists in more of 60% of housewife and level economic low. more affected was; disfuncional affective involvement, communication style disfuncionales. Which means that it exists in more of 60% of studied poblacion alterations in communication as much nonverbal verbal , of a noticeable difficulty in the interchange of information in á affective criminal. Family unfuncionaly, lookfor more in the families with economic level low, low schooling and that does not have a stable use.

Key words. Family functionality, Family Disfuntion

## Índice:

<b>Contenido</b>	<b>No. de pág.</b>
1. Marco teórico.....	1
2. Planteamiento del problema.....	11
3. Justificación.....	13
4. Objetivos.....	15
4.1 Objetivos generales.....	15
4.2 Objetivos específicos.....	15
5. Metodología.....	16
5.1 Tipo de estudio.....	16
5.2 Población, lugar y tiempo de estudio.....	16
5.3 Tipo y tamaño de la muestra.....	16
5.4 Descripción general del estudio.....	17
5.5 Criterios de selección.....	22
5.6 Operacionalización de variables.....	23
5.7 Método de recolección de datos.....	26
5.8 Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio.....	27
5.9 Consideraciones éticas.....	28
5.10 Análisis estadístico.....	28
6. Resultado.....	29
6.1 Descripción de los resultados.....	29
7. Discusión.....	37
8. Conclusiones.....	42
9. Referencia.....	44
10. Anexos.....	49

<b>Anexo 1.....</b>	<b>49</b>
<b>Anexo 2.....</b>	<b>50</b>
<b>Anexo 3.....</b>	<b>53</b>
<b>Anexo 4.....</b>	<b>55</b>

## **Marco teórico:**

La familia es la institución social más antigua<sup>1</sup> como la propia humanidad y que simultáneamente con la evolución histórica ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época,<sup>2</sup> lo cual hace augurar que la familia persistirá, según Minuchin, debido a que constituye la mejor unidad humana para sociedades rápidamente cambiantes.<sup>3</sup>

A finales del siglo XIX, la concepción de la familia ha cambiado y ha generado necesidades de atención a las que la sociedad ha dado respuesta mediante movimientos como el trabajo social, la reforma sexual, la educación de la vida familiar, la creación de consejero matrimonial, el establecimiento de la terapia sexual, el desarrollo de la psiquiatría social y de la terapia familiar, la finalidad es obtener una armonía familiar que produzca individuos sanos y productivos para la sociedad.<sup>4</sup>

Etimológicamente el término familia es propuesto por el Marqués de Morantes proveniente de la palabra latina famulus que significa sirviente o esclavo doméstico. Aunque se ha definido de distintas formas: el grupo formado por marido, una esposa, con o sin hijos, o un padre o madre con uno o más hijos, que viven bajo el mismo techo, según el consenso canadiense y el grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras, con lazos consanguíneos de matrimonio o adopción según el consenso norteamericano, siendo la unidad básica en la cultura de occidente.

Conservando aún la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico.<sup>5</sup>

Actualmente el consenso académico de los “ Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias” lo define como un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculado por lazos ya sean consanguíneos, legales o de afinidad.<sup>6,7</sup>

El propósito de la familia es proveer de un contexto que apoye los logros necesarios para todos sus miembros y encaminados a la protección, supervivencia y adaptación al sistema social de cada uno de ellos y de la familia. Existiendo en todo grupo familiar dos fuerzas; la Cohesión (tiende a fortalecer el vínculo, a mantenerla unida), y la Adhesión o Adaptabilidad (fuerza centrífuga que tiende al cambio, a la necesidad de adaptarse a otros grupos, a otros contextos).<sup>8</sup>

Este grupo primario constituye el primer grupo de apoyo que deberá brindar el soporte necesario para cumplir con la prescripción médica, mantener conductas de salud, así como procurar información, asistencia y aliento durante la enfermedad.<sup>9</sup>

Concebir a la familia como un sistema implica que ella constituye una unidad, una integridad por lo que no podemos reducirla a la suma de las características de sus miembros, o sea, la familia no se puede ver como una suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones.<sup>10</sup>

La funcionalidad familiar es un concepto básico para acercarse al conocimiento de la familia, toda vez que permite confrontar las necesidades de especie, económicas, de protección de socialización, culturales y de prestigio a las que responde esta institución en diferentes sociedades y en los diferentes tiempos.<sup>11</sup> Según el investigador McMaster, (1989), el funcionamiento familiar puede evaluarse por la comunicación entre los miembros, el desempeño de roles, la respuesta e involucramiento afectivo, control de conducta y flexibilidad.

De La Cuesta Pérez y Louro (1996) consideran el funcionamiento familiar, como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia.<sup>12</sup>

Algunos autores llaman a las familias funcionales, familias competentes como lo hace Beavers (1995). Stephen R, Covey, lo define como la familia con estabilidad: “una condición en la cual la familia es predecible, confiable, funcional con estructura y organización básicas y tiene habilidades de comunicación y de solución de problemas”. Virginia Satir la llama “familia nutricia” en contraposición a la “familia conflictiva”. Las familias nutricias son vitales, con fluidez y armonía en sus relaciones interpersonales, hay capacidad de escuchar y se habla abiertamente, hay manifestaciones de afecto, permanece unidad, planifica y hace ajustes si es necesario. Según Emma Espejel postuló en (1996), que la funcionalidad familiar es la “capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y de las crisis por las que atraviesa”.<sup>13</sup>

La familia como sistema, juega un papel importante no solo en el proceso generador de alteración en la salud, sino en su proceso de rehabilitación. Esto depende si la familia es funcional o cuenta con los recursos adecuados de soporte social.<sup>14</sup>

Toda familia presenta dificultades cotidianas que deben ser afrontadas, a lo largo de todas las fases de su ciclo vital. Por lo tanto, la familia disfuncional no debe distinguirse de la familia funcional por la presencia de sus problemas, sino por la utilización de patrones de interacción recurrentes que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación y resolución de conflictos. La familia patológica, en este sentido, sería aquella que ante situaciones que generan estrés responde aumentando la rigidez de sus pautas transaccionales y de sus límites.

En las sociedades modernas la posibilidad de pertenecer a una familia disfuncional es aproximadamente del 77 %. La consulta médica solicitada por pacientes con signos y síntomas mal definidos tienen un riesgo de 6.21 veces mayor de presentar una disfunción familiar que el resto de los consultantes. Se ha observado que los enfermos con síntomas mal definidos y que son además hiperutilizadores de los servicios de salud, tienen una probabilidad de 7.20 veces mayor de presentar disfunción familiar.<sup>15</sup>

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal, en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en el funcionamiento como en su composición. Podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus

miembros y que tienen características propias en cada familia dependiendo de su etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico, la función que cubra la enfermedad para ese grupo específico.<sup>16</sup>

La disfunción familiar es un problema de interrelación consigo mismo y con las estructuras sociales, el ser humano al encontrarse solo o al sentirse solo encara un conflicto de relación consigo mismo,<sup>17</sup> condición compleja por que requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, aspectos económicos, sexuales y religiosos .<sup>18</sup>

La familia tiene una estrecha conexión con su entorno, esto significa que las relaciones intrafamiliares solo se pueden entender, si se evalúan dentro del contexto de las relaciones sociales que las condicionan.

Un numero importante de las demandas en la consulta del medico de familia se debe al estrés social y gran parte de los factores estresores se encuentran en la familia, esta atraviesa por diferentes fases a lo largo de su vida. Cada nueva fase representa una amenaza potencial para su organización y le va a requerir la realización de múltiples ajustes.<sup>19</sup>

Cualquier miembro de la familia que presente una enfermedad puede desencadenar la disfunción familiar. Este miembro enfermo es el portavoz de lo que ocurre en la dinámica familiar, y es, a través de este individuo, que se sintetiza la crisis que atraviesa la familia, las consideraciones expuestas nos hacen reflexionar acerca de la importancia de estudiar el funcionamiento

familiar como un todo, ya que cuando la familia pierde la capacidad funcional ocurren alteraciones en el proceso salud-enfermedad de los miembros y de sus relaciones; y por lo tanto, en el sistema como un todo.<sup>20</sup>

La evaluación de la funcionalidad familiar es una de las características que más distinguen al Médico Familiar de otras disciplinas generalistas; por esta razón, los instrumentos que se usan para evaluar la funcionalidad de la familia deben ser utilizados con la mayor confianza y ser percibidos como herramientas relativamente seguras para que los profesionales de esta disciplina y las áreas afines confíen en sus resultados.<sup>21</sup> El entendimiento de las diversas teorías que han surgido para evaluar a las familias, permite identificar también la necesidad de desarrollar instrumentos que contribuyen a la medición de los elementos o constructor que integran los diversos modelos teóricos.<sup>22</sup>

El interés por el estudio sistemático y científico de la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad con el cual individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la misma familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo,<sup>2</sup> Reconocer la necesidad de ampliar el campo de exploración hacia instrumentos y modelos que posibiliten una visión mas completa de la familia, con la expectativa de establecer en su justa dimensión el peso de los factores ya mencionados, vinculados con la familia, su relación con factores biológicos y con el proceso salud-enfermedad, integrando así tanto diagnóstico como

medidas de tratamiento y prevención de la problemática de salud considerando a los individuos y a sus familias en su macroambiente.<sup>23</sup>

En la Medicina Familiar es importante establecer el diagnóstico de salud de los grupos familiares y preocuparse por definir el grado de funcionalidad familiar.<sup>24</sup>

Debido a que el buen funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o aparición de la enfermedad de sus miembros.

2, 25

Aún en las sociedades más modernas las familias necesitan ser dinámicas, evolutivas y tienen funciones que cumplir durante las etapas del desarrollo de la misma, principalmente en las funciones de afecto, socialización, cuidado, reproducción y status familiar llamándola funcionalidad familiar.<sup>26</sup>

La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal como unidad,<sup>27</sup> ante diversas circunstancias que se presentan en el diario vivir.<sup>28</sup>

En la Medicina se cuenta con una gama de pruebas para valorar la función de un órgano o tejido enfermo, sin embargo, aunque se han intentado varios modelos y procedimientos para evaluar el grado de funcionalidad familiar son pocos los que tienen un valor práctico dada su complejidad, extensión o limitación.<sup>3</sup>

En México se han aplicado diversos instrumentos para la evaluación de la funcionalidad familiar, no obstante se carece de publicaciones que permitan identificar una secuencia metodológica satisfactoria.<sup>29</sup>

La escala de evaluación de funcionamiento familiar de la Dra. Emma Espejel la cual tiene un fundamento conceptual y apoyado por el modelo sistémico, ha sido utilizada en diversos estudios con población mexicana y latinoamericana.<sup>30</sup> EL Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF) validado y adaptado a partir del modelo de McMaster de la Dra. Raquel Atri y Zetune, es un instrumento que evalúa la percepción que un miembro de la familia tiene acerca del su funcionamiento familiar, de entrevista abierta y dirigida, conformado por cuarenta reactivos que investigan seis áreas que miden el funcionamiento sistémico estructural de la familia, que son: Involucramiento afectivo funcional, involucramiento afectivo disfuncional, patrones de comunicación funcional, patrones de comunicación disfuncional, resolución de problemas y patrones de control de conducta. El EFF, se aplicó a 300 sujetos mexicanos de nivel socioeconómico alto y tiene una confiabilidad de .92 para esta población. El EFF puede ser útil para el diagnóstico clínico, para evaluar los resultados de la terapia o como un instrumento para la investigación de algunos aspectos básicos del proceso familiar

**Como se construyó el Instrumento: Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar.**

El cuestionario fue elaborado a partir del modelo de McMaster de funcionamiento familiar (Epstein et al, 1981). Se generó un banco de 200 reactivos, con base en este marco teórico, se realizó una primera selección de reactivos, utilizando como criterio de claridad y pertinencia con la escala y quedaron 151 reactivos, distribuidos de la siguiente manera: 25 correspondían al área de resolución de problemas, 25 al área de comunicación, 26 al área de roles, 25 al área de respuesta afectiva 22 al área de Involucramiento Afectivo y 28 al área de control de conducta. Estos se repartieron a 20 expertos para efectuar la validación por jueces, quienes eligieron los 10 reactivos más significativos de cada una de las seis dimensiones, los cuales se repartieron aleatoriamente para formular el cuestionario original.

El Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF), es de tipo Likert que utiliza cinco opciones para valorar cada reactivo: totalmente de acuerdo (5), de acuerdo (4), ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), en desacuerdo (2) y totalmente en desacuerdo (1).

Se trabajó con una muestra estratificada, probabilística y aleatoria de 300 sujetos de clase alta, hombres y mujeres que tuvieran hijos estudiando en escuelas particulares, de los niveles jardín de niños hasta cuarto año de primaria, por medio de una rifa se eligieron tres escuelas, todas ellas ubicadas en la delegación Cuajimalpa,

En este Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar se optó por denominar al primer factor como: involucramiento afectivo funcional.

Este factor consta de 17 reactivos, todos tienen que ver con aspectos positivos en el nivel afectivo del funcionamiento familiar. Representa el grado

en que la familia muestra interés y valora a cada miembro de la familia, y denota la habilidad para responder con una amplia gama de emociones, así como la capacidad para proporcionar cuidados, afecto y bienestar.

El segundo factor incluyó 11 reactivos y tienen que ver con aspectos negativos del funcionamiento familiar, sobre todo en el nivel afectivo. Implica una sobrecarga en algún miembro de la familia que lo convierte en receptor de los aspectos negativos de la familia. Se optó por denominar este factor Patrones de comunicación disfuncionales.

El tercer Factor agrupa cuatro reactivos, y tienen que ver con aspectos negativos de la comunicación, tanto en el nivel verbal como en el no verbal. Se enfoca a una marcada dificultad en el intercambio de información en el área afectiva. Se denominó a este factor Patrones de comunicación disfuncionales.

El cuarto quedó formado por 3 reactivos que tienen que ver con aspectos positivos de la comunicación; se refiere al intercambio de información verbal principalmente en el área instrumental. Se le ha denominado Patrones de comunicación funcionales.

El quinto factor reúne tres reactivos y engloba áreas como Resolución de problemas, Control de conductas y Roles: revela que la familia es capaz de ponerse de acuerdo y que tiene una buena organización familiar; por lo tanto, se infiere que pueden resolver los problemas instrumentales que se les presentan. Se denominó Resolución de problemas.

El Sexto factor incluyó sólo dos reactivos, ambos pertenecientes al área de control de conducta: se refiere a los patrones que adopta una familia para manejar el comportamiento; los patrones razonables con posibilidad de negociación y cambio, dependiendo del contexto. Se le ha denominado Patrones de control de conducta. Así el EFF está constituido básicamente por seis escalas que contienen en total 40 reactivos.<sup>31,32</sup>

## **Planteamiento del problema:**

Las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores: del tipo de familia, la cultura, la educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento, lo que influye en el enfermo,<sup>33</sup>

La familia es para el individuo un valor de alto significado y compromiso personal y social, fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo, pero también constituye fuente de insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad. Las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensaciones del estado de salud.<sup>34</sup>

En el curso de su desarrollo, la familia pasa por varias etapas de transición predecibles; en las cuales existen diferentes expectativas, necesidades y fenómenos que pueden afectar la salud de sus miembros. La comprensión de tales estados de transición familiar, así como los del ciclo del desarrollo individual permiten, al médico elaborar hipótesis acerca de los problemas que surgen en sus pacientes estar en condiciones de ayudar a las familias a prever cada una de las situaciones y prepararse para ellas.<sup>3</sup>

La atención médica familiar, requiere del estudio de las características de las familias y su funcionamiento, ya que la familia constituye el primer grupo de apoyo que deberá brindar el soporte necesario para cumplir la prescripción médica, mantener conductas de salud, así como procurar información,

asistencia y aliento durante la enfermedad, por lo que es importante establecer el diagnóstico de salud de los grupos familiares,<sup>9</sup> y debe considerarse que es más apropiado preocuparse por definir su grado de funcionalidad.<sup>24</sup>

La mayoría de los pacientes que acuden a consulta externa en la Unidad de Medicina Familiar No. 23 en Chilapa de Álvarez, Guerrero, manifiestan algunas alteraciones relacionadas con el funcionamiento familiar, ya que acuden constantemente, sin evidencias de patologías orgánicas.

Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo es la funcionalidad familiar en los usuarios adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 23 en Chilapa de Álvarez, Gro?

## **Justificación:**

La familia puede ser promotora de salud o enfermedad en sus integrantes, por lo que el Médico Familiar debe desarrollar detecciones en relación a factores de riesgo de disfunción familiar y tratamiento oportuno .<sup>35</sup>

La familia como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad se convierte en un medio que puede incidir favorablemente o desfavorablemente en el proceso salud enfermedad. Las funciones económicas, biológicas, educativa y de satisfacción de necesidades afectivas y espirituales que desempeña el grupo familiar son de marcada importancia; ya que a través de ellas se desarrollan valores, creencias, conocimientos, criterios, juicios, que determinan la salud de los individuos y de colectivo de sus integrantes, así como la enfermedad de uno de los miembros afecta la dinámica del grupo familiar.<sup>36</sup>

El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho, que la modificación de uno de sus miembros provoca modificaciones en los otros y, en consecuencia en toda la familia, la enfermedad de uno de sus miembros altera la vida del resto de los familiares quienes tienen que modificar su estilo de vida.<sup>9</sup>

Existen múltiples escalas o cuestionarios para la evaluación de la funcionalidad familiar, muchos de ellos con grandes dificultades técnicas para su aplicación y evaluación, por lo que consideramos viable la aplicación del Cuestionario de

Evaluación del Funcionamiento Familiar, adaptado y validado a partir del modelo de McMaster de la Dra. Raquel Atri y Zetune.

En la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 23 en Chilapa de Álvarez, Gro, no se conoce la funcionalidad familiar en los usuarios, por lo que es indispensable evaluarla, ya que la existencia de un enfermo dentro del núcleo familiar va a ocasionar una readaptación del resto de los miembros que y en ocasiones lleva a cambios de roles y alteraciones en la dinámica familiar.

Esta escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar, diseñado en México, validada y adaptada a partir del modelo Macmaster de la Dra. Raquel atri y zetune, es una escala adaptada para la población mexicana, que evalúa el sistema familiar, que se puede realizar en varios minutos a través de la consulta diaria en Medicina Familiar, es entendible para personas de cualquier nivel sociocultural, y nos permite conocer en poco tiempo, el tipo de funcionamiento familiar de nuestra población, y determinar, en que grado, el mal funcionamiento familiar puede estar afectando la salud del individuo.

#### **4.- Objetivos:**

#### **4.1 Objetivo general:**

1.- Funcionalidad familiar y características sociodemográficas, en usuarios adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 23 en Chilapa de Álvarez, Gro

#### **4.2 Objetivo específico:**

1.- Evaluar la funcionalidad familiar en usuarios adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 23 en Chilapa de Álvarez, Gro.

2.- Identificar las características sociodemográficas, como: edad, sexo, estado civil,

nivel socioeconómico, escolaridad, ocupación, en usuarios adscritos a la Unidad de Medicina Familiar no. 23 en Chilapa de Álvarez

3.- Identificar la estructura, integración y etapa del ciclo vital de la familia, en usuarios adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 23 en Chilapa de Álvarez.

## **5.- Metodología:**

### **5.1 Tipo de estudio:**

Transversal, observacional, descriptivo.

### **5.2 Población, lugar y tiempo de estudio:**

El presente estudio de investigación se llevo a cabo en hombres y mujeres derechohabientes mayores de 18 años, de la Unidad de Medicina Familiar No. 23 en Chilapa de Álvarez, Gro.

Se realizó del periodo comprendido del 1º de julio al 31 de diciembre 2006.

### **5.3 Tipo y tamaño de la muestra:**

Para este estudio, se realizó muestreo sistematizado, seleccionándose 150 usuarios mayores de 18 años, registrándose los datos del primero de cada tres pacientes que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar.

Sé realizo un cálculo del tamaño de la muestra para un estudio descriptivo, con una prevalencia esperada de funcionalidad familiar de 85% y un peor resultado de 80%, obteniéndose para un 95% de nivel de confianza un tamaño de la muestra de 142 pacientes.

Formula: Tamaño Muestral =  $n / (1 - (n/población))$

$$N = Z^2 \cdot P \cdot (1 - P) / (D^2 \cdot D)$$

$$Z=1.96 = \frac{3,8416 \times 80.80 \times 0.20}{0.05 \times 0.0025} = \frac{0.614656}{0.0025} = 245$$

Referencia: Kish & Leslie, Survey Sampling, John Wiley & Sons, NY, 1965

### **5.4 Descripción General del estudio**

El cuestionario se aplicó a 150 usuarios, de la Unidad de Medicina Familiar No. 23 en Chilapa de Álvarez, Gro. mayores de 18 años, mediante un muestreo aleatorizado; en el periodo comprendido del 1º de julio al 31 de diciembre del 2006, la encuesta se realizó tomándose el primero de cada tres pacientes que acudieron a consulta externa de medicina familiar cumpliendo con los criterios de inclusión.

Foliándose los anexos 2) cuestionario de Evaluación del funcionamiento Familiar, 3) cuestionario de características sociodemográficas, 4) consentimiento informado.

Se aplicó el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar adaptado y validado a partir del modelo macmaster de la Dra. Raquel Atri y Zetune, instrumento que evalúa la percepción que un miembro de la familia tiene acerca de su funcionamiento, que estudió seis factores: involucramiento afectivo funcional, involucramiento afectivo disfuncional, patrones de comunicación disfuncionales, resolución de problemas, patrones de control de conducta, el cuestionario consta de 40 reactivos, que utilizó cinco opciones para valorar cada reactivo: totalmente de acuerdo (5), de acuerdo (4), ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), en desacuerdo (2), y totalmente en desacuerdo (1).

Para obtener la calificación es necesario:

- a.- Seleccionar los reactivos que pertenecen a cada factor.
- b.- Sumar la calificación de los puntajes (1, 2, 3, 4 o 5), dados por el sujeto.
- c.- El puntaje obtenido es la calificación para ese factor.
- d.- Comparar el puntaje con el punto medio o punto de corte, tomando en cuenta el puntaje máximo que podemos obtener, así como el mínimo.

Para saber si la calificación de este factor tiende hacia la categoría o definición de ese factor, habrá que obtenerse el punto medio del puntaje, también llamado punto de corte, que es diferente en cada factor, el cual se obtiene multiplicando el número total de reactivos de cada factor por 3, que en la escala Likert es el puntaje medio.

Para obtener el puntaje máximo se multiplica el número total de reactivos de cada factor por cinco, que en la escala de Likert es el punto más alto, y para obtener el puntaje mínimo se multiplica el número total de reactivos de cada factor por 1, que en la escala de Likert es el puntaje más bajo asignado.

La suma de puntajes por arriba de 51 puntos indica el nivel de involucramiento afectivo funcional.

Factor 1: involucramiento afectivo funcional.

Reactivos: 1,2,4,10,11,12,13,18,19,20,21,24,26,29,33,35 y 38.

Total: 17 reactivos redactados en positivo

Se calificará de la siguiente manera:

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y se compara con el punto corte:

$17 \times 3 = 51$  (punto de corte o punto medio)

La suma de los puntajes por arriba de 51 puntos indica nivel de involucramiento afectivo funcional.

El máximo de puntaje a obtener es de 85 y el mínimo de 17

Factor 2: involucramiento afectivo disfuncional.

Reactivos: 3,6,7,14,15,22,30,32,34,37,39.

Total: 11 reactivos redactados en negativo.

Se calificara de la siguiente manera:

Se realiza la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor se compara el punto corte o promedio.

$11 \times 3 = 33$  (punto de corte o punto medio)

La suma del puntaje por arriba de 33 puntos indica el grado de involucramiento afectivo disfuncional.

Factor 3: patrones de comunicación disfuncionales.

Reactivos: 5,16, 25 y 27.

Total: 4 reactivos redactados en negativo.

Se calificara de la siguiente manera:

La suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor se compara con el punto de corte:

$4 \times 3 = 12$  (punto de corte o punto medio).

La suma de los puntajes por arriba de 12 puntos indica el grado de patrones de comunicación disfuncional.

El máximo puntaje a obtener es de 20 y el mínimo de 4.

Factor 4: Patrones de comunicación funcionales.

Reactivos: 8, 36 y 40:

Total: 3 reactivos redactados en positivo

Se calificara de la siguiente manera:

Se realiza la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto corte:

$3 \times 3 = 9$  (punto de corte o punto medio).

Se calificara de la siguiente manera:

La suma de los puntajes por arriba de 9 indica el grado de patrones de comunicación funcionales.

El máximo puntaje a obtener es de 9, el mínimo es de 3.

Factor 5: resolución de problemas.

Reactivos: 17, 23,31,

Total: 3 reactivos redactados en positivos

Se calificara de la siguiente manera:

Se realiza la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y se comparara con el punto de corte:

$3 \times 3 = 9$  (punto de corte o punto medio).

La suma de los puntajes por arriba de 9 puntos indica el grado de resolución de conflictos.

El máximo puntaje a obtener es de 9 y el mínimo es de 3.

Factor 6: patrones de control de conducta.

Reactivos: 9 y 28.

Total: 2 reactivos redactados en positivo.

Se calificara de la siguiente manera

Se realiza la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y se compara con el punto de corte:

$2 \times 3 = 6$  (punto de corte o punto medio).

La suma de los puntajes obtenidos por arriba de 6 puntos indica el grado de patrones de control de conducta.

El máximo de puntaje a obtener es de 10 y el mínimo de 2.<sup>31</sup>

## **5.5 Criterios de selección:**

**Criterios de Inclusión:**

- 1.- Usuarios hombres y mujeres de la Unidad Medicina Familiar No. 23 en Chilapa de Álvarez, Gro.
- 2.- Mayores de 18 años.
- 3.- Que acepten participar en el estudio

**Criterios de Exclusión:**

- 1.- Que no acepten participar.
- 2.- Usuarios (as) mayores de 18 años que pertenecen a otra unidad.

**Criterios de Eliminación:**

- 1.- Usuarios dados de baja durante el estudio.
- 2.- Encuesta incompleta.

**5.6 Operacionalización de variables.**

Variable	Definición operacional	Escala de Medición	Indicador
----------	------------------------	--------------------	-----------

Edad	Años cumplidos al momento del estudio.	Cuantitativa	Años
Sexo	Características físicas que distinguen del hombre de la mujer desde el punto de vista reproductivo	Cualitativa	Masculino Femenino
Estado civil	Situación de personas físicas determinado por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio, del parentesco que establece ciertos derechos y deberes	Cualitativa	Soltero Unión Libre Casado Divorciado/Separado Viudo.
Nivel Socioeco- mico.	El ingreso que determina comportamientos y escenarios de consumo diversos.	Cualitativa	Bajo: Menos de un salario mínimo. Medio: 3-4 salarios mínimos Alto: más de 5 salarios mínimo.

Escolaridad	Grado máximo de estudios realizados hasta la actualidad.	Cualitativa.	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Preparatoria incompleta Preparatoria completa Técnico Universidad.
Ocupación	Actividad laboral que realiza.	Cualitativa	Labores del hogar. Empleado. Jubilado.
Estructura Familiar	Características de conformación familiar, unidos por vínculos de consanguinidad, unión, matrimonio o adopción.	Cualitativa	Nuclear: una o ambos padres con o sin hijos. Extensa: Abuelos, padres, hijos, sobrinos, familiares adoptivos. Compuesta: compadres, ahijado, vecino no consanguíneo.
Integración	Formulación estructural de la familia	Cualitativa	Integrada: si los jefes del hogar, padre, madre, esposo, esposa, están vivos y viven juntos permanentemente Desintegrada: si falta alguno de los miembros de la familia.

Etapas del ciclo vital, de acuerdo a Criterios, John Geyman	Analiza genéricamente la historia natural de la familia desde su formación hasta su disolución.	Cualitativa.	Matrimonio Expansión Dispersión Independencia Retiro y muerte.
Funcionalidad Familiar. Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar, De la Dra.: Raquel Atri y Zetune.	La dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de la familia.	Cualitativa	Factor 1.-Involucramiento afectivo funcional. Puntaje: 17 a 85. Factor 2.-Involucramiento afectivo disfuncional. Puntaje 11 a 55. Factor 3.-Patrones de comunicación disfuncionales. Puntaje 4 a 20. Factor 4.-Patrones de comunicación funcionales. Puntaje: 3 a 15. Factor 5.-Resolución de problemas. Puntaje: 3 a 15. Factor 6.-Patrones de control de conducta Puntaje: 2 a 10.

### 5.7 Método de recolección de datos:

Previa autorización del comité de investigación se aplicó un cuestionario, a 150 usuarios, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar, para evaluar la

funcionalidad familiar, el cual constó de 40 preguntas, con 5 opciones de respuesta, los resultados obtenidos se vaciaron en formatos especiales. (ANEXO 2). Se elaboró un formato especial para vaciar la información que contiene: número de afiliación, fecha de realización del estudio, así como las características sociodemográficas: nombre, edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico, escolaridad, ocupación, estructura familiar, integración familiar y etapa del ciclo vital de la familia. (ANEXO 3).

## **5.8 Recursos:**

Humanos:

Investigador.

Asesor de tema.

Asesor metodológico.

Materiales y físicos:

Computadora portátil.

Impresora.

Hojas blancas.

Lápiz.

Plumas.

USB.

Financiamiento:

Recursos propios del investigador.

### **5.9 Consideraciones Éticas:**

Se apegó a la declaración de Helsinki de la 13<sup>a</sup> Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en Londres, Inglaterra en octubre de 1964, modificada en la 52<sup>a</sup> Asamblea General de Edimburgo, Escocia en octubre de

2000, que establece los principios éticos para las investigaciones médicas en los seres humanos.

Esta investigación de acuerdo con la “Ley General de Salud” de México y con su “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud” en su Título 2º, Capítulo 1º. Artículo 17, Fracción I, en los cuales se garantiza no dañar la integridad física ni moral de las personas. Se considera una investigación sin riesgos, ya que este estudio emplea técnicas y métodos de investigación retrospectivos en el cual no se realiza ninguna intervención de las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el mismo. Aceptado por el Comité Local de Investigación en Salud. Se aplicó un formato de consentimiento informado a los 150 pacientes de sexo masculino y femenino mayores de 18 años, que intervinieron en el presente estudio, donde se les explicó sobre los objetivos de la investigación, por lo que se le solicitó su firma de autorización para participar en el proyecto, otorgándole confidencialidad con los datos que se obtuvieron (ANEXO 4), los resultados obtenidos serán confidenciales, utilizados exclusivamente para fines de investigación.

#### **5.10 Análisis Estadístico**

Se realizó un análisis descriptivo de las variables, con frecuencias simples y porcentajes con el software SPSS, versión 11.0 para Windows.

## 6.- Resultados:

### 6.1 Descripción de los resultados:

En el presente estudio participaron 150 usuarios, predominando en frecuencia por grupo de edad: de 31 a 40 años 49 (32.9%); de 20 a 30 años 40 (27.4%); de 41 a 50 años 27 (18%); de 51 a 60 años 18 (12%); de 61 a 70 años 8 (5.3%); de 71 a 80 años 4 (2.7%); y más de 80 años 3 (2%).

**Tabla 1. Grupos de edad:**

<b>Años</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
20-30	41	27.4
31-40	49	32.9
41-50	27	18
51-60	18	12
61-70	8	5.3
71-80	4	2.7
Más de 80	3	2
Total	150	100

El resultado por sexo: masculino 41 (27.3%) y femenino 109 (72.7%).

**Tabla 2. Sexo**

<b>Sexo</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
Masculino	41	27.3
Femenino	109	72.7
Total	150	100

En relación al estado civil se encontraron casado 101 (67.3%); soltero 15 (10%); viudo 15 (10%); unión libre 12 (8%); divorciado 7 (4.7%).

**Tabla 3. Estado Civil**

<b>Estado civil</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
Unión libre	12	8
Soltero	15	10
Casado	101	67.3
Divorciado	7	4.7
Viudo	15	10
Total	150	100

Resultados por nivel socioeconómico: bajo, 72 (48%); medio 56 (37.33%); alto 22 (14.66%).

**Tabla 4. Nivel socioeconómico**

<b>Nivel socioeconómico</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>

Bajo	72	48
Medio	56	37.33
Alto	22	14.66
Total	150	100

En cuanto a la escolaridad: analfabeta 8 (5.3%); primaria 53 (35.3%); secundaria 53 (27.3%); bachillerato 31 (20.7%); licenciatura 17 (11.3%).

**Tabla 5. Nivel de Escolaridad**

<b>Grado</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
Analfabeta	8	5.3
Primaria	53	35.3
Secundaria	41	27.3
Bachillerato	31	20.7
Licenciatura	17	11.3
Total	150	100

Con respecto a la ocupación fueron los siguientes: amas de casa 87 (58%); empleado 55 (36.7%); jubilado 8 (5.3%).

**Tabla 6. Ocupación**

<b>Ocupación</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
Ama de casa	87	58
Empleado	55	36.7
Jubilado	8	5.3

Total	150	100
-------	-----	-----

Referente a la estructura familiar: familia nuclear 140 (93.3%); familia extensa 5 (3.3%); familia compuesta 5 (3.3%).

**Tabla 7. Estructura Familiar**

<b>Estructura</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
Compuesta	5	3.3
Extensa	5	3.3
Nuclear	140	93.3
Total	150	100

Para la integración familiar: integrada 148 (98%); desintegrada 2 (1.3%).

**Tabla 8. Integración Familiar**

<b>Integración</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
Integrada	148	98.7
Desintegrada	2	1.3
Total	150	100

En cuanto a la fase del ciclo vital según Jhon Geyman (1980): en fase de dispersión 140 (92.9 %); independencia 4 (2.6%); retiro 6 (4. %).

**Tabla 9. Etapa del ciclo vital**

<b>Categoría</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
Dispersión	140	93.3
Independencia	4	2.6
Retiro	6	4
Total	150	100

Relacionado al factor 1 del involucramiento afectivo funcional: si 134 (89.3%); no 16 (10.7%).

**Tabla 10. Factor 1.- Involucramiento afectivo funcional**

<b>Resultado</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
Si	134	89.3
No	16	10.7
Total	150	100

Referente al factor 2 involucramiento afectivo disfuncional: si 45 (30.0%); no 105 (70%).

**Tabla 11. Factor 2.- Involucramiento afectivo disfuncional**

<b>Resultado</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
Si	45	30.0
No	105	70.0
Total	150	100

Para el factor 3 los patrones de comunicación disfuncional: se observó en 97casos (64.7%); no existió en 53 casos (35.3%).

**Tabla 12. Factor 3.- Patrones de comunicación disfuncional**

<b>Resultado</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
Si	97	64.7
No	53	35.3
Total	150	100

Factor 4: patrones de comunicación funcional: si existió en 119 (79.3%); no en 31 (20.7%).

**Tabla 13. Factor 4.- Patrones de comunicación funcional**

<b>Resultado</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
Si	119	79.3

No	31	20.7
Total	150	100

Factor 5: resolución de problemas si existió en 119 (79.3%); no existió 31 (20.7%).

**Tabla 14. Factor 5.- Resolución de problemas**

<b>Resultado</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
Si	119	79.3
No	31	20.7
Total	150	100

Factor 6: patrones de control de conducta si existió en 117 (78.0%), no existió en 33 (22. %).

**Tabla 15. Factor 6.- Patrones de control de conducta**

<b>Resultado</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
------------------	-----------	----------

Si	117	78.0
No	33	22.0
Total	150	100

## 7. Discusión

En el estudio realizado por González C. y cols., de la Universidad de los Andes Mérida Venezuela (2003) encontraron que el grupo de edad que más prevaleció fue de 30 a 34 años de edad,<sup>28</sup> y en otro estudio realizado por García M. y cols., de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (2007) encontraron la mayor prevalencia en el grupo de edad 60 a 70 años,<sup>37</sup> en nuestro estudio el grupo de edad fue de 31 a 40 años, similar al estudio realizado por González C.

Se observó que en la población estudiada, predominó el sexo femenino (72.75), y el masculino en un (27.3%), en contraste al estudio realizado por García M y cols., de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (2007) encontraron que el sexo masculino prevaleció en un (52%); y el femenino en

un (48%)<sup>37</sup> debido a que a nuestra Unidad acuden más a consulta del sexo femenino, debido a que la población femenina es la que más acude a consulta.

Gil Alfaro y Pérez Hernández, en su estudio realizado en Veracruz, México, sobre perfil de la familia del diabético: características sociodemográficas y clínicas, encontraron que en esa población predominaron los casados con un 59 %, <sup>9</sup> resultados similares a nuestro estudio se encontró en un 67.3 %,

Gil Alfaro y Pérez Hernández encontraron que la ocupación predominante fue el de ama de casa en un 80 %, <sup>9</sup> en nuestro estudio encontramos un 87 %, ya que también la mayoría de la población femenino de nuestra localidad, se dedica a las labores propias del hogar.

Florenzano y cols. (1996) en un estudio realizado para analizar el nivel socioeconómico y disfuncionalidad familiar, encontraron que predominó el nivel bajo en un 80 % <sup>38</sup> similar con nuestro estudio. Considerando que a mayores ingresos familiares, baja la probabilidad de riesgo o vulnerabilidad en el funcionamiento familiar.

Gil Alfaro y Pérez Hernández encontraron que en relación al nivel de escolaridad predominó la primaria en un 82%, <sup>9</sup> en nuestro estudio se encontró en un 35 %, debido a que aun existe el rezago en la educación en esta localidad, según reportes del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.

Mendoza Solís<sup>39</sup> y García Madrid G,<sup>37</sup> en la estructura familiar, mencionan el predominio de familias nucleares en un 82 % y 68 % respectivamente, en este estudio se encontró en un 91.2 %, es superior, debido a que inicialmente la pareja se separa de las familias de origen.

Mendoza Solís y cols., en la U.M.F No. 66 del IMSS, en Xalapa, Veracruz, encontraron que la integración familiar se presentó en un 82 %, <sup>39</sup> en nuestro estudio se encontró en un 98.7 % por arriba del resultado anterior, debido a que existe buena funcionalidad familiar, cumpliendo adecuadamente sus roles dentro de los subsistemas.

La etapa del ciclo vital de la familia predominante en nuestro estudio fue la de dispersión en un 92.2% ya que nuestra población es joven, con hijos aun dependientes de sus padres, en contraste a los resultados obtenidos por Gil Alfaro y Pérez Hernández que reportan en etapa de independencia 72%.<sup>9</sup>

En relación al factor I: Involucramiento afectivo funcional, el cual está relacionado con el nivel afectivo de la familia, encontramos positivo en 89 % de la población, lo cual significa que existe una buena relación afectiva, se muestra interés y valora a cada miembro de la familia, en la población estudiada, y los grupos más representativas fueron del grupo de edad el de 31 a 40 años, sexo femenino, estado civil, soltero, nivel de estudios el bachillerato, y la ocupación las amas de casa.

La buena comunicación y afecto en la población puede estar dada por ser aun provincia, y tener costumbres muy arraigadas, típicas de familias de

comunidades con menor desarrollo social, a pesar de estar muy cerca de una ciudad cosmopolita como lo es Acapulco. Guerrero.

Factor 2: el involucramiento afectivo disfuncional, que valoró el nulo nivel afectivo implicando una sobrecarga en algún miembro de la familia, convirtiéndolo en receptores de los aspectos negativos de la misma, se encontró en un 30% de la población, los grupos más representativos fueron: el de 31 a 40 años, femenino, los casados, de nivel primaria, y las amas de casa.

Las mujeres dedicadas al cuidado del hogar, a la administración del dinero para las necesidades de la casa, la educación de los hijos, aunado a un nivel escolar bajo, son las que presentan más disfunción en el área afectiva, ya que se sienten devaluadas, mal valoradas por parte del resto de la familia, sobre todo por sus esposos. En esta región aun impera el machismo en la mayoría de los hombres como en muchas otras regiones del país, las mujeres se casan jóvenes, truncan proyectos de vida, factores que pueden asociarse a disfunción familiar.

Factor 3: patrones de comunicación disfuncionales, relacionada con aspectos negativos de la comunicación, se encontró en un 64% de la población estudiada las variables más representativas fueron: por grupo de edad de 61 a 70 años, femenino, soltero, escolaridad, primaria, ocupación ama de casa.

La alteración en la comunicación, se refleja más en el adulto mayor, ya que en esta localidad las personas mayores son muy tradicionalistas, apegados a las

costumbres de la localidad, que generan conflictos al no estar de acuerdo con lo avances de la vida moderna.

Factor 4: patrones de comunicación funcionales, relacionado con aspectos positivos de la comunicación, refiriéndose al intercambio de información verbal, en la encuestados fue positivo en un 80%, más evidente en el grupo de edad de 31 a 40 años, sexo: femenino, estado civil: casado, primaria, ocupación: amas de casa.

Factor 5: rango de resolución de problemas reflejan la buena organización de la familia, en nuestro estudio encontramos un 79% de la población si existió, sobre todo en los siguientes grupos sociodemográficos, edad de 31 a 40 años el sexo: femenino, estado civil: casado, escolaridad: licenciatura, ocupación: amas de casa y empleado.

La buena organización y funcionamiento de las familias se refleja en los usuarios que tiene mayor nivel de estudios así como un empleo estable, por lo cual sabemos que en ellos existe menor vulnerabilidad de disfunción familiar.

Factor 6: patrones de control de conducta relacionado con los patrones que adopta la familiar para manejar el comportamiento; con posibilidad de negociación, nuestros resultados fueron positivos en un 78 % de la población estudiada en el grupo de edad de 20 a 30 años, el sexo: masculino, estado civil: casado, escolaridad licenciatura, ocupación, empleado.

No encontramos en la literatura estudios para el análisis de los factores, que se hallan realizado para comparar nuestro estudio, debido a que el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar de la Dra. Raquel Atri y Zetune adaptado a partir del modelo Macmaster, hasta ahora es poco conocido y aplicado en el área de Medicina Familiar.

## **8. Conclusiones.**

Las características sociodemográficas predominantes de los pacientes fueron en cuanto a grupos de edad fue de 31 a 40 años, sexo femenino, casados, primaria completa, las amas de casa y nivel socioeconómico bajo.

Las áreas más afectadas al aplicar el cuestionario fueron involucramiento afectivo disfuncional presente en un 30%, este porcentaje representa, una nula comunicación en el sistema familiar.

En relación a los patrones de comunicación disfuncionales lo cual significa que existe en más del 60% de la población estudiada, alteraciones en la comunicación tanto verbal como no verbal, además de una marcada dificultad para el intercambio de información en el área afectiva.

Los factores involucramiento afectivo funcional, patrones de comunicación funcional, resolución de problemas y patrones de control de conducta, fueron positivos en más del 70% de la población estudiada

La disfunción familiar se refleja más en las familias con nivel socioeconómicamente bajo.

El conocer cuales han sido las áreas significativamente disfuncionales nos permitirá diseñar estrategias terapéuticas más acorde a las necesidades de nuestras familias.

Cada país o sociedad se conoce, cuando se estudia como vive y actúa la familia, si queremos prever el futuro de una sociedad, podemos saber bastante de ella observando a las familias, porque nos orientamos en determinado sentido, gran parte de esta respuesta está en la historia familiar de cada uno, lo cual nos hace pensar acerca de la importancia de la familia para el individuo, para la sociedad y en especial para la calidad de vida de las familias.

Debemos reflexionar sobre la importancia de planificar estrategias de intervención dirigida a promover una adecuada salud familiar.

## 9. Referencias.

1. Pérez CC, Caridad O, Fernández BD. Evaluación de un programa de intervención familiar educativa. Rev Cubana Med Gen Integr 2005; 21:1-2.
2. Santacruz VJ. La familia unidad de análisis. Rev Med IMSS 1983; 21:348-357.
- 3.- Huerta GJL. Estudio de la Salud Familiar. La Familia como Unidad de Análisis.  
PAC-MF1. Programa de actualización continúa en Medicina Familiar. Editorial Intersistemas.1999 México. 1-53.
- 4.- Quiroz PJ, Castañeda LP, Ocampo BP, Pérez SP, Martínez GM. Diabetes tipo 2. Salud-competencia de las familias. Rev Med IMSS 2002; 40 (3):213-220.
- 5.- Irigoyen CA, Fernández OM, Mazón RJ, Reyes TJ, Noel MC, Esteban HR. La familia. 7ª ed. Irigoyen CA. Fundamentos de Medicina Familiar 7ª ed. Medicina Familiar Mexicana. México. 2000: 3-7.
6. Consenso Académico. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Arch Med Fam 2005; 7(supl 1): 15-19.
7. Dorado G, Loria C, Guerrero M. Aptitud clínica hacia el estudio integral de la familia en residentes de medicina familiar. Arch Med Fam 2006; 8 (3):169-174.
8. Barbado A, Aizpiri D, Cañones G, Fernández C, Goncalves E, Rodríguez S. Individuo y familia (I) Grupo de habilidades en salud mental. Revista de la SEMG 2004; 84(61):84-94.
9. Gil A, Pérez H. Perfil de la familia del diabético: características sociodemográficas y clínicas. Arch Med Fam 2002; 4(3):95-98.

10. Herrera S. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev Cubana Med Gen Inter 1997; 13(6):591-595.
11. Giraldo GA, Morales GL, Gushiken MA, Cano LA, Herrera MC, Funcionalidad Familiar en Hogares Comunitarios de Itagüi. Revista de Pediatría 1-11.
12. Pinto HF, Livia SJ, Zagarra MV, Ortiz MM, Camacho O, Isidoro J. Trastornos de conducta y funcionamiento en adolescentes. Umbrales de la Investigación. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología UNFV 2004; 1 (1):55-67.
13. Mijangos MA. Algunas Actitudes en la familia. Revista Católica de la Familia Catolic net. 200; 12- 41.
14. Arias C, Herrera M. EL APGAR familiar en el cuidado primario de salud. Colombia Médica 1994; 25: 26-28.
15. Huerta M, Valadés R, Sánchez E. Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de medicina familiar del ISSSTE en la Ciudad de México. Arch Med Fam 2001; 3 (4):95-98.
16. Fernández Ortega MA. El impacto de la enfermedad en la familia. Rev Fac Med UNAM 2004; 47(6): 251-254.
17. Velazco O, Chávez A. La disfunción familiar, un reto diagnóstico-terapéutico. Rev Med IMSS 1994; 32:271-275.
18. Rodríguez A, Rodríguez A. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. Rev Med IMSS 2004; 42 (2): 97-102.
19. De la Revilla L, y cols. Un nuevo Enfoque de La Enseñanza de la Atención Familiar en el Programa de la Especialidad Familiar. Medicina de la Familia (And), Vol. 2001, 2 (1) 64-74.

20. Ortiz GM. La salud familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15 (4): 1-7.
21. Ponce R, Gómez C, Terán T, Irigoyen CA, Landgrave I. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México), Atención Primaria 2002; 30(10):624-630.
22. Gómez C. Ponce R, Irigoyen C. Faces III alcances y limitaciones. Aten Fam 2005; 12(1):10-11.
23. Gómez C, Irigoyen C, Ponce R. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam 1999; 1(2):45-57
24. Ortega A, Fernández V, Osorio P. Funcionamiento familiar, Su percepción por diferentes grupos y signos de alarma. Rev Cubana Med Gen Intergr 2003; 19 (4).
25. Zapata G, Figueroa G, Méndez D, Miranda L, Linares S, Carrada B, Vela O, Rayas L. Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. Bol Med Hosp Infan Mex 2007 (64):295-301.
26. Ramírez L, Méndez E, Barrón G, Riquelme H, Cantú L. Funcionalidad familiar y enfermedad crónica infantil.1-10
27. Méndez L, Gómez L, Gracia R, Pérez L, Navarrete E. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev Med IMSS 2004; 42(4):281-284.
28. González C, Mejía M, Angulo L, Dávila M. Funcionalidad familiar, estrato socio-económico y red de apoyo social de los residentes de postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela. Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes 2003; 12(14): 1-4.
29. Irigoyen C. Diagnostico Familiar. 6ª ed. Ed. Medicina Familiar Mexicana. México. 2000; 1-13.

30. Álvarez RA, Ayala BA, Nuño LE, Efrén AM. Estudio sobre el nivel de funcionalidad en un grupo de familias que tiene un hijo con parálisis cerebral infantil Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación 2005; 17: 71-7630.
31. Atri Z. Revista Mexicana de Psicología, Confiabilidad y validez del cuestionario de "Evaluación del Funcionamiento Familiar", EFF. Revista Mexicana de Psicología 1993;(10)1: 49-55.
32. Velasco CM, Luna PM. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. Editorial Pax México, primera edición 2006; 1-27
33. Valadez F, Aldrete R, Sánchez V. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. Salud Publica Mex 1993; 35(5):464-470.
34. Louro B. La familia en la determinación de la salud. Rev Cubana Salud Pública 2003; 29(1):48-51.
35. Monroy C, Boschetti F, Irigoyen C. Propuesta de una clasificación de la familia con base en su composición. Arch Med Fam 2002; 4(1):42-44.
36. Ortiz G, Louro B, Jiménez C, Silva A. La salud familiar, caracterización en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15(3):303-309.
37. García M, Landeros O, Arriola M, Pérez G. Funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural. Rev Enferm IMSS 2007; 15(1):21-26.
38. Retamales H, Behn T, Merino E. Funcionamiento familiar de trabajadores jefes de hogar en sistema de turnos de una empresa de Talcahuano, Chile. Ciencia y Enfermería 2004; 10 (1): 23-30.

39. Mendoza S, Soler H, Sainz V, Gil A, Mendoza S, Pérez H. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Arch Med Fam 2006; 8 (1):27 -32.

## 10.- Anexos.

### Anexo 1.

#### Cronograma de actividades de Enero 2006 a Marzo 2008

Actividad	2006					2007				2008	
	Ene. Feb.	Mar. Abr.	Mayo	Jun.	Jul. Dic.	Ene. Feb. Mar.	Abr. May Jun.	Jul. Ago. Sep.	Oct. Nov. Dic.	Ene. Feb.	Mar.
Definición del tema a estudiar	■										
Revisión bibliográfica	■	■									
Estructuración protocolo			■								
Presentación del protocolo ante el comité				■							
Autorización del comité.					■						
Recolección de datos					■	■					
Análisis Preliminar.						■					
Resultados preeliminarios.							■				
Revisión y correcciones IMSS.								■	■		
Revisión UNAM									■	■	
Impresión de tesis											■

## Anexo 2

folio \_\_\_\_\_

Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad de Medicina Familiar No. 23.

Proyecto de estudio: Funcionalidad familiar mediante el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar de la Dra. Raquel Atri y Zetune en usuarios de la UMF No. 23 en Chilapa de Álvarez, Gro.

Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar de la Dra. Raquel Atri y Zetune

Instrucciones:

Utiliza 5 opciones para valorar cada reactivo.

Todos los enunciados se refieren a aspectos relacionados con la familia.

La forma de responder es cruzando con una "x", el número que mejor se adecue a su respuesta con base a la siguiente escala:

Totalmente de acuerdo (5)

De acuerdo (4)

Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)

En desacuerdo (2)

Totalmente en desacuerdo (1)

1.-Mi familia me escucha. 1 2 3 4 5

2.-Si tengo dificultades, mi familia estará  
en la mejor disposición de ayudarme. 1 2 3 4 5

3.-En mi familia ocultamos lo que nos pasa. 1 2 3 4 5

- 4.-En mi familia tratamos de resolver los problemas entre todos. 1 2 3 4 5
- 5.-No nos atrevemos a llorar frente a los demás. 1 2 3 4 5
- 6.-Rara veces platico con la familia sobre lo que pasa a los miembros de la familia. 1 2 3 4 5
- 7.-Cuando se presenta algún problema me paraliza. 1 2 3 4 5
- 8.-En mi familia acostumbramos discutir los problemas. 1 2 3 4 5
- 9.-Mi familia es flexible en cuanto a las normas. 1 2 3 4 5
- 10.-Mi familia me ayuda desinteresadamente. 1 2 3 4 5
- 11.-En mi familia expresamos abiertamente nuestros problemas. 1 2 3 4 5
- 12.-Me siento parte de mi familia. 1 2 3 4 5
- 13.-Cuando me enojo con algún miembro de la familia, se lo digo. 1 2 3 4 5
- 14.-Mi familia es indiferente a mis necesidades afectivas. 1 2 3 4 5
- 15.-Las tareas que me corresponden sobrepasan mi capacidad para cumplirlas. 1 2 3 4 5
- 16.-Cuando tengo algún problema se lo platico a mi familia. 1 2 3 4 5
- 17.-En la familia nos ponemos de acuerdo para repartir los quehaceres de la casa. 1 2 3 4 5
- 18.-En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño. 1 2 3 4 5
- 19.-Me siento apoyado. 1 2 3 4 5
- 20.-En casa acostumbramos a expresar nuestras ideas. 1 2 3 4 5
- 21.-Me duele ver sufrir a otro miembro de la familia. 1 2 3 4 5

22.-Me avergüenza mostrar mis emociones frente.	1	2	3	4	5
23.-Si falla una decisión, intentamos una alternativa.	1	2	3	4	5
24.-En mi familia hablamos con franqueza.	1	2	3	4	5
25.-En mi casa mis opiniones no son tomadas en cuenta.	1	2	3	4	5
26.-Las normas familiares están bien definidas.	1	2	3	4	5
27.-En mi familia no expresamos abiertamente los problemas.	1	2	3	4	5
28.-En mi familia, si una regla no se puede cumplir las modificaciones.	1	2	3	4	5
29.-Somos una familia cariñosa.	1	2	3	4	5
30.-En casa no tenemos un horario para comer.	1	2	3	4	5
31.-Cuando no se cumple una regla en mi casa sabemos cuales son sus consecuencias.	1	2	3	4	5
32.-Mi familia no respeta mi vida privada.	1	2	3	4	5
33.-Si estoy enfermo mi familia me entiende.	1	2	3	4	5
34.-En mi casa, cada quien se guarda sus problemas.	1	2	3	4	5
35.-En mi casa nos decimos las cosas abiertamente.	1	2	3	4	5
36.-En mi casa logramos resolver los problemas cotidianos.	1	2	3	4	5
37.-Existe confusión acerca de lo que debemos hacer cada uno de nosotros dentro de la familia.	1	2	3	4	5
38.-En mi familia expresamos la ternura que sentimos.	1	2	3	4	5
39.-Me molesta que mi familia me cuente sus problemas.	1	2	3	4	5
40.-En mi casa respetamos nuestras reglas de conducta.	1	2	3	4	5

**Anexo 3**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
MODALIDAD SEMIPRESENCIAL.  
UMF No. 23 CHILAPA DE ALVAREZ, GRO.

Formato para recolección de datos

- 1.- No. de expediente \_\_\_\_\_
- 2.- Nombre del paciente \_\_\_\_\_
- 3.- Fecha de estudio \_\_\_\_\_
- 4.- Nombre de la Familia \_\_\_\_\_
- 5.- Dirección \_\_\_\_\_
- 6.- Edad \_\_\_\_\_
- 5.- Sexo \_\_\_\_\_
- 8.- Estado Civil \_\_\_\_\_
- 9.- Nivel socioeconómico \_\_\_\_\_
- 10.- Nivel de escolaridad \_\_\_\_\_
- 11.- Ocupación \_\_\_\_\_
- 12.- Estructura Familiar \_\_\_\_\_
- 11.- Integración Familiar \_\_\_\_\_
- 14.- Etapa del Ciclo Vital \_\_\_\_\_

Funcionalidad Familiar:

a.- Involucramiento afectivo \_\_\_\_\_

b.- Involucramiento afectivo disfuncional \_\_\_\_\_

c.- Patrones de comunicación disfuncionales \_\_\_\_\_

d.- Patrones de comunicación funcionales \_\_\_\_\_

e.- Resolución de problemas \_\_\_\_\_

f.- Patrones de control de conducta \_\_\_\_\_

## **Anexo 4**

Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad de Medicina Familiar No. 23.

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

A quien corresponda:

Usted ha sido invitado (a), a formar parte de un estudio de investigación, y decidirá si desea participar en el. El estudio lleva por nombre Funcionalidad familiar mediante el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar de la Dra. Raquel Atri y Zetune en usuarios de la UMF No.23 en Chilapa de Álvarez Gro, cuyo objetivo es conocer la funcionalidad familiar de los usuarios adscritos a esta Unidad de Medicina Familiar, mediante la aplicación de un cuestionario, que consta de 40 preguntas, relacionado con aspectos de interrelación entre los miembros de la familia, y ser altamente confidencial, además, de información adicional, que se requiere.

Su participación en este estudio es de suma importancia, ya que reflejaría, como es el funcionamiento de su familia. Con la seguridad de que no se le identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con su privacidad serán manejados en forma confidencial. Comprometiéndose el investigador a informar oportunamente así como a responder cualquier pregunta o duda que le plantee. Habiendo leído este documento y resuelto todas mis dudas, estoy de acuerdo en participar en este estudio.

Acepto

Investigador

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre

Dra. Alicia Sandoval González