



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN Y COLIMA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75

**ALTERACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN PACIENTES CON
TRASTORNO BIPOLAR**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

P R E S E N T A:

DRA. MARÍA ISABEL PÉREZ CHÁVEZ

Morelia, Michoacán, 2009



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.

**ALTERACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN PACIENTES CON
TRASTORNO BIPOLAR**

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARÍA ISABEL PÉREZ CHÁVEZ

A U T O R I Z A C I O N E S :

DR. OCTAVIO CARRANZA BUCIO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES EN
LA UMF No 75 MORELIA MICHOACAN

ASESOR DEL TEMA DE TESIS

DRA. MARIA DE LOS ANGELES RENTERIA ORTIZ

ASESOR METODOLOGICO DE TESIS

DR. OCTAVIO CARRANZA BUCIO

**ALTERACION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN PACIENTES CON
TRASTORNO BIPOLAR**

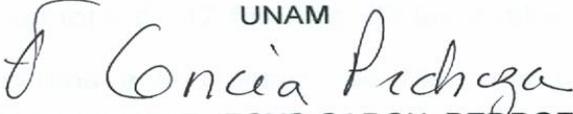
TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR PRESENTA:

DRA. MARIA ISABEL PÉREZ CHÁVEZ

A U T O R I Z A C I O N E S


DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM


DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM


DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

INDICE

PAG

1. Introducción.	7
2. Antecedentes.	8
3. Planteamiento del problema.....	24
4. Justificación.....	26
5. Objetivos.....	28
a. Objetivo General	
b. Objetivos particulares	
6. Metodología.....	29
7. Resultados.....	38
8. Discusión.....	.82
9. Conclusiones.....	83
10.Bibliografía.....	84
11.Anexo	88

1.- Introducción:

El presente trabajo tiene como propósito analizar las características de funcionalidad en familias, con un miembro afectado por trastorno bipolar. Los objetivos específicos buscan establecer el tipo de relación existente entre la estructura y funcionamiento de este tipo de familias, utilizando la Escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel.

Iniciaremos con una serie de consideraciones teóricas generales en relación a la familia, el concepto de funcionalidad familiar, utilizando en el presente estudio, así como su clasificación. Describimos, las características del trastorno bipolar como tal.

Se estudiaron un total de 12 familias, de las cuales 10 son nucleares, y dos monoparentales. Adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 65 de Villa Madero, Michoacán, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social en Michoacán. (IMSS).

En el capítulo de metodología se describe el instrumento de evaluación del funcionamiento familiar utilizado, explicitando el procedimiento para su aplicación.

Se concluye describiendo los resultados del estudio e incluyendo el análisis de los mismos. Destacando del total de las familias estudiadas las siguientes características.

Promedio de tiempo de unión familiar fue de 20 a 30 años, en su conformación nuclear; con promedio de edad del primer hijo de 25 años, rango edad de los padres entre 19 y 49 años, con nivel de escolaridad primaria, y ocupación comerciante, se encuentran en etapa de desarrollo del ciclo vital de dispersión. Como causa de monoparentalidad en la primera familia el cónyuge, se encuentra preso por homicidio culposo, y en la familia número cinco por madre soltera. De manera global, al obtener los resultados del perfil del funcionamiento familiar, predomina la disfunción familiar en la mayoría de las áreas estudiadas llamando la atención que el factor apoyo resulta ser funcional hasta en ocho familias. Los anexos necesarios para la interpretación de los resultados de la investigación están situados al final del trabajo.

2.- Antecedentes

El trastorno bipolar es una enfermedad crónica y recurrente caracterizada por oscilaciones del estado del ánimo en forma de episodios maníacos, hipomaníacos o mixtos que se alternan habitualmente con episodios depresivos ⁽¹⁾. Es una enfermedad severa e incapacitante, los pacientes bipolares muestran desventajas serias en parámetros sociales, principalmente en áreas de trabajo y descanso, se acompaña de altas tasas de desempleo, educación inconclusa, soltería y problemas de vivienda ⁽²⁾.

Este trastorno cursa con alteraciones del humor que afectan no solo al enfermo, sino también a sus familiares. Al igual que otras enfermedades crónicas (orgánicas o mentales), estas afecciones provocan alteraciones en el funcionamiento familiar. Frecuentemente los enfermos bipolares forman familias, son parejas y padres; situación que lleva a la multiplicación de las relaciones y al consecuente aumento del impacto de la enfermedad en esa red relacional. Esto significa que el curso y las manifestaciones de la enfermedad interactúan con el contexto psicosocial del enfermo, interfiriendo en las rutinas y funciones de cada elemento del grupo familiar ⁽³⁾.

Otro rasgo del trastorno bipolar está marcado por agudizaciones episódicas, lo que provoca cambios específicos y ajustes frecuentes en la vida de los enfermos y su familia. Estas alteraciones pueden tener consecuencias en la toma

de decisiones, dependiendo del lugar que ocupen en la estructura familiar o el rol que desempeñen en la vida social, además de impactar la economía familiar y el cumplimiento de funciones parentales.

Otra consecuencia de la enfermedad en las relaciones familiares es la preocupación por la posibilidad de recaída, esta situación lleva a la familia hacia una actitud hipervigilante, en la que el estado emotivo del enfermo se constituye en el foco de la vida familiar, pudiendo resultar en el desprecio por las necesidades de los demás integrantes y en un sentimiento de incapacidad y angustia por parte del enfermo ⁽⁴⁾.

El Trastorno Bipolar (TB), es una de las formas más severas de enfermedad mental, compromete por igual a personas de uno u otro sexo, en todas las edades y es padecido por el 3-5% de la población mundial. La etiología aún no está clara, las investigaciones recientes sobre los aspectos biológicos han conformado cuatro constructos cuya interacción permite comprender la etiología, el curso y las estrategias terapéuticas empleadas ⁽⁵⁾.

La primera propuesta teórica sugiere una correlación entre ritmos biológicos y trastornos afectivos, en donde una alteración de los ritmos internos circadianos produce un desequilibrio que se manifiesta por cambios en el comportamiento y síntomas relacionados con alteraciones del ritmo-vigilia-sueño, originados por alteraciones en el metabolismo de la melatonina o la feniletilamina.

En segundo lugar, se intenta explorar la relación que existe entre los cambios bioquímicos en la función cerebral y los trastornos del comportamiento

observados en el trastorno bipolar, mediante el análisis de la acción de neurotransmisores (serotonina, noradrenalina, glutamato, dopamina) y algunos psicofármacos.

En el tercer constructo se incluyen los estudios neurofisiológicos que intentan asociar las alteraciones del trastorno bipolar con cambios en la actividad del sistema límbico y disfunciones neuroendocrinas.

Y por último, el cuarto constructo comprende los estudios genéticos encaminados a explicar la predisposición familiar observada en el trastorno bipolar ⁽⁶⁾

El trastorno bipolar es considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como una condición psiquiátrica severa, recurrente y devastadora, afecta significativamente el funcionamiento de las personas, es causa importante de incapacidad médica, se acompaña de problemas laborales, interrupción temprana en la formación profesional; se asocia frecuentemente a otras enfermedades y propicia elevada mortalidad prematura por suicidio ⁽⁷⁾.

La OMS señala que el trastorno bipolar es la séptima causa de incapacidad médica a nivel mundial en mujeres de 15 a 44 años de edad y la novena en hombres de la misma edad ⁽⁴⁾. En México se reportan 250 mil con este problema. Pero se sospecha que hay mucho subregistro, pues parte del problema es la resistencia de las personas para acudir atenderse. En tal sentido, se sabe que solo uno de cada diez pacientes con alteraciones de este tipo llega al servicio de alta especialidad, las razones más frecuentes son que el paciente ignora a dónde

puede acudir, el estigma de ir con el psiquiatra y la tardía detección y canalización del padecimiento en el primer nivel de atención ⁽⁸⁾

Como ya se señaló, el Trastorno Bipolar no solo afecta al paciente que lo padece sino también a los que conviven con él; quienes no solo sufren las consecuencias de la enfermedad sino también acaban adoptando la función de cuidadores. Son ellos quienes detectan habitualmente las primeras señales de recaída, quienes se responsabilizan del paciente cuando este no tiene conciencia de su enfermedad, o los que acaban asumiendo la función de hacerse cargo de un paciente, quién a menudo al no recuperarse requiere reiterados ingresos al hospital ⁽⁹⁾.

Desde el punto de vista psicodinámico se puede establecer una relación bidireccional entre la enfermedad y el funcionamiento familiar, donde el trastorno bipolar incide en el funcionamiento familiar y simultáneamente, dicho funcionamiento afecta el curso del trastorno. Cada episodio de la enfermedad es un acontecimiento estresante tanto para el paciente como para quienes lo rodean, altera el equilibrio familiar e implica la necesidad de recurrir a diversas estrategias de afrontamiento.

En lo que respecta al cuadro clínico, el Trastorno Bipolar puede entenderse como un “conjunto” de enfermedades cuyo factor común es la presencia de un episodio maniaco-hipomaniaco y de episodios afectivos de polaridad opuesta a lo largo de su curso evolutivo. Así, las descripciones clásicas de Falret y Krapelin ya

reconocían la presencia de fases clínicas diferenciables en depresión, manía, hipomanía, fases mixtas e interfaces de remisión asintomática ⁽¹⁰⁾.

Dentro de la clasificación, el DSM-IV ⁽¹¹⁾ describe cuatro tipos de trastornos bipolares:

- ❖ **Trastorno bipolar I**
- ❖ **Trastorno bipolar II**
- ❖ **Trastorno ciclotímico**
- ❖ **Trastorno bipolar no especificado**

Trastorno bipolar I corresponde al patrón clásicamente descrito como psicosis maniaco – depresiva. Su sello clínico es la presencia de al menos un episodio de manía, asociado o no a episodios de hipomanía, depresión o a estados mixtos. La manía debe ser entendida como un estado psico-fisiológico caracterizado por tres elementos centrales, humor patológicamente elevado, actividad motora aumentada e ideas de grandiosidad.

Junto a estas características es posible observar una aceleración en el curso del pensamiento y lenguaje, pérdida de las sutiles claves que rigen la interacción social, aumento del deseo sexual, hiperfagia, insomnio y manifestaciones psicóticas. Desde el punto de vista afectivo, es también posible observar la presencia de irritabilidad e ira ante estímulos mínimos. Dos características clínicas de importancia en la mayoría de los episodios maniacos

son la falta de insight y el deterioro del funcionamiento social y laboral; esto último determina graves consecuencias para el paciente y su entorno.

El trastorno bipolar II describe a un grupo de pacientes que presentan episodios depresivos mayores recidivantes, alternados con fases de hipomanía de al menos cuatro días de duración. Por definición el trastorno bipolar no presenta episodios de manía ni fases mixtas.

El concepto de hipomanía hace referencia a un estado caracterizado por una elevación patológica del humor de intensidad leve a moderada, aumento en la energía, en la actividad física y a un optimismo poco habitual. Durante un episodio de hipomanía generalmente se conserva el insight y no se produce un deterioro en el rendimiento social y laboral.

El trastorno ciclotímico, se refiere a un grupo de pacientes que presentan variaciones cíclicas del humor caracterizadas por numerosos periodos de síntomas hipomaniacos de menos de cuatro días de duración, alternados con periodos de síntomas depresivos que no alcanzan a constituir un episodio afectivo mayor. Las primeras descripciones realizadas por Krapelin consideraban a la ciclotimia como una forma de temperamento que predisponía a frecuentes fluctuaciones del estado psíquico.

Finalmente, el trastorno bipolar no especificado incluye a las otras forma atípicas con características bipolares, pero que no cumplen estrictamente con los criterios planteados para los tres trastornos previamente descritos ⁽¹²⁾

El diagnóstico de bipolaridad con frecuencia lo hace el clínico cuando la depresión alterna con un episodio maniaco. Generalmente la depresión aparece primero y solo en pocas ocasiones el primer episodio de un trastorno bipolar I es una crisis de manía. Estos hechos permiten deducir que el criterio principal para el diagnóstico de trastorno bipolar I es la presencia de manía o de hipomanía en el trastorno bipolar II.

Akiskal ⁽⁴⁾ afirma que la aparición del primer episodio de manía o hipomanía es tardía y calcula que aparece, en promedio seis años después del primer episodio depresivo. El diagnóstico clínico tardío del trastorno bipolar hace que con frecuencia no sea tomado en cuenta por el clínico como una posible causa diagnóstica y que prescriba un tratamiento inadecuado a los cuadros depresivos, recurrente o no, que hacen aparición en forma temprana, que pueden continuar con su evolución clínica, que mengua las funciones cognitivas y disminuye la calidad de vida del paciente.

Para evitar estas consecuencias, Akiskal propone una serie de factores que considera como productores de bipolaridad; inicio precoz del episodio depresivo (Generalmente en mujeres menores de 25 años), episodio depresivo con inhibición psicomotriz e hipersomnias, historia familiar de trastorno bipolar, antecedentes de depresión posparto (con frecuencia son episodios maníacos), antecedentes de hipomanía al iniciar el tratamiento con los antidepresivos. Los pacientes bipolares muestran disminución del rendimiento en las pruebas que evalúan el aprendizaje verbal, memoria verbal y de trabajo, atención y funciones ejecutivas.⁽⁴⁾

Aunque el Trastorno Bipolar es una enfermedad crónica y recurrente, su curso clínico podría mejorar si se complementa el tratamiento farmacológico con otras intervenciones de tipo psicosocial. Esto es, con estrategias de psicoterapia. Así, se habla de terapia cognitiva y terapia cognitiva-conductual. En ambos casos el objetivo es aplicar los principios cognitivos-conductuales a los pacientes para que se adhieran a la medicación y adquieran habilidades o reduzcan los problemas que acarrea el Trastorno Bipolar ⁽¹³⁾.

Otra alternativa puede ser la Psicoterapia familiar y terapia marital. El contexto familiar afecta y es afectado por los pacientes con Trastorno Bipolar. Ya señalamos como en esta enfermedad correlaciona con la funcionalidad familiar. Este abordaje depende entonces de las condiciones que tiene quien padece el trastorno, si está casado o vive en pareja; así como de las características que tenga el grupo familiar ⁽¹⁴⁾.

Al referirnos al funcionamiento familiar es importante definir el concepto de familia. Aunque existe una prolongada historia al respecto, en la actualidad la palabra familia suele designar una gama de acontecimientos sociales significativos, tales como una agrupación concreta con relaciones de parentesco entre sí, matrimonio o red de interacciones personales que permiten al individuo sentirse cómodo y seguro, es decir, en familia.

El término de familia puede incluir varias acepciones y definiciones, por lo que resulta difícil elaborar un concepto de familia que tenga un carácter universal, ya que ésta adopta formas y dimensiones diferentes en cada sociedad.

La OMS comprende como parte de familia a los miembros del hogar emparentados entre si hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. En tanto, el diccionario de la lengua española dice que la familia es el grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje ⁽¹⁵⁾.

Desde la perspectiva de la Medicina Familiar, la familia se conceptualiza como un grupo social organizado en un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos; ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad ⁽¹⁶⁾. Akerman por su parte, piensa que la familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso, de salud y enfermedad ⁽¹⁷⁾.

La familia es la unidad primordial como experiencia de desarrollo en el adulto y el niño, en donde éste contempla sus primeros triunfos y fracasos y encuentra su primer intento de socialización. En esta idea coinciden la mayoría de los autores, incluido los censos Norteamericano y Canadiense ⁽¹⁸⁾.

Como puede apreciarse, la mayoría de las definiciones de familia aluden a aspectos de estructura, pero los aspectos más importantes de la familia son las funciones de la familiares. Las funciones de la familia son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la misma. El cumplimiento de estas funciones permite la interacción con otros sistemas sociales y como consecuencia de su propia naturaleza es multidimensional. Esto hace que en la evaluación del grado de normofunción o disfunción de un sistema familiar, no existan en realidad

técnicas o instrumentos que permitan catalogar su función de forma absoluta y solo se midan aspectos parciales de una totalidad compleja.

La familia como grupo social debe cumplir funciones básicas, tales como, la proveeduría económica, la reproducción biológica y la adaptación social, que incluye tareas educativas, culturales y espirituales ⁽¹⁹⁾. Es precisamente a partir de este contexto, que se han construido indicadores para evaluar categorías como:

- ❖ **Socialización.**-definida como patrones de conducta y valores propios de cada familia en su entorno biopsicosocial. Es decir, proceso mediante el cual se incorpora a un integrante de la familia al grupo social de pertenencia.
- ❖ **Afecto.**- se entiende como la interacción de sentimientos y emociones entre los miembros de la familia, mismos que propician la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- ❖ **Cuidado.**- es la función familiar consistente en la protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud del grupo familia.
- ❖ **Estatus.**- este término alude a la participación y transmisión de las características sociales que otorgan a la familia una determinada posesión ante la sociedad.

❖ **Reproducción.-** es la provisión de nuevos miembros a la sociedad desarrollo y ejercicio de la sexualidad.

Con base a todo lo anterior, se han concebido diversas concepciones de normalidad familiar o morfostasis, aludiendo a la Teoría General de Sistemas ⁽²⁰⁾. Desde este punto de vista se puede considerar a una familia funcional cuando cumple con sus funciones de manera sistemática ⁽¹³⁾, es decir, movilizand o fuerzas para ajustar, acomodar y responder a las circunstancias que le plantea el entorno.

Se han propuestos varias metodologías para evaluar el funcionamiento familiar. Sin duda el método canónico es la entrevista clínica en contexto terapéutico. Sin embargo, dadas las dificultades y restricciones que ofrece este procedimiento, se han construido instrumentos tipo encuesta, entrevista o test de tipo psicométricos. Algunos se han diseñado para ser autoadministrados, otros requieren la presencia de terapeuta y coterapeuta. Sin embargo, lo que invariablemente persiguen todos ellos es ponderar en una escala predefinida, el rendimiento funcional de la familia como grupo en un momento dado.

Es evidente, dada la naturaleza social de la familia, que si bien, las funciones tienden a ser universales; las características y la ponderación de las mismas, dependan fundamentalmente del contexto social específico, así como del marco cultural y antropológico. Para el caso de la Familia Mexicana, la Dra. Emma Espejel Aco y cols. Elaboraron un instrumento denominado “Escala de Funcionamiento Familiar con el cual han realizado varios estudios en Familias Mexicanas ⁽²¹⁾.

Las investigaciones de Espejel han concluido aportando conocimiento sobre la estructura y funcionamiento de la familia mexicana en diversos ámbitos y con base en ello, proponen una escala para evaluar las condiciones básicas de la misma. La Escala de Funcionamiento Familia (EFF), está conformada por una entrevista abierta y dirigida, y consta de cuarenta reactivos que investigan nueve áreas que miden el funcionamiento dinámico sistémico estructural de la familia. Este instrumento fue validado en varios estudios piloto, en todos los caso; la validación con alpha de Cronbach se ubica por arriba de 0. 91, aunque en otros estudios se han reportado puntajes más altos ^(22)

En el Manual operativo para la aplicación de la EFF se ofrecen detalles sobre el propósito que busca el instrumento y el diseño de las preguntas:“ Cada pregunta estimula respuestas que indiquen relaciones circulares entre los distintos miembros de la familia; pueden remitir a díadas y triángulos dentro de los subsistemas, o bien pueden englobar a toda la familia o producir polaridades”⁽²¹⁾

Las nueve áreas que evalúa la EFF son:

1. ***Territorio o Centralidad,***
2. ***Roles,***
3. ***Jerarquía,***
4. ***Límites,***
5. ***Modos de Control de Conducta,***
6. ***Alianzas,***

7. **Comunicación,**

8. **Afectos**

9. **Psicopatología.**

Territorio: este término hace referencia al espacio que cada quien ocupa en determinado contexto. También se refiere a la centralidad que cada miembro logra tener dentro de su familia y se identifica en un momento dado con el grado de significancia que uno de los miembros tiene para los demás en la familia

Roles: son las expectativas concientes o inconcientes que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que tendrá otro miembro

Jerarquía: es la dimensión de autoridad que se define como el poder o derecho de tener el mando, imponer obediencia, tomar acciones o hacer las decisiones finales.

Limites: son las reglas que conciente o inconcientemente son formuladas por la familia. También se consideran como fronteras entre una generación y otra (la de los hijos, la de los padres, la de los abuelos)

Alianzas: se llama alianza a la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia. Las más funcionales son las que incluyen a los miembros de la misma generación, la de los esposos y la de los hermanos.

Comunicación: es el intercambio de información y el conjunto de mensajes verbales y no verbales a través de los cuales la gente se relaciona con los demás.

Modos de control de conducta: son los patrones que una familia adopta para manejar sus impulsos y para mantener modelos de qué es bueno y qué es malo y para luchar contra las situaciones físicas peligrosas.

Afectos: las manifestaciones verbales y no verbales de bienestar o molestar que son utilizadas entre los miembros de la familia.

Psicopatología: se habla de psicopatología familiar cuando los conflictos no se resuelven debido a la rigidez de patrones de interacción.

Para lograr el estudio de la familia monoparental en el trabajo se utilizó la escala de funcionamiento familiar de Espejel misma que esta conformada por una entrevista abierta y dirigida, conformado por cuarenta reactivos que investigan nueve áreas que miden el funcionamiento dinámico sistémico estructural de la familia. Ellas son; ***Territorio o Centralidad, Roles, Jerarquía, Límites, Modos de Control de Conducta, Alianzas, Comunicación, Afectos y Psicopatología.***

Territorio: este término hace referencia al espacio que cada quien ocupa en determinado contexto. También se refiere a la centralidad que cada miembro logra tener dentro de su familia y se identifica en un momento dado con el grado de significancia que uno de los miembros tiene para los demás en la familia

Roles: son las expectativas conscientes o inconscientes que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que tendrá otro miembro

Jerarquía: es la dimensión de autoridad que se define como el poder o derecho de tener el mando, imponer obediencia, tomar acciones o hacer las decisiones finales.

Limites: son las reglas que conciente o inconcientemente son formuladas por la familia. También se consideran como fronteras entre una generación y otra (la de los hijos, la de los padres, la de los abuelos).}

Alianzas: se llama alianza a la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia. Las más funcionales son las que incluyen a los miembros de la misma generación, la de los esposos y la de los hermanos.

Comunicación: es el intercambio de información y el conjunto de mensajes verbales y no verbales a través de los cuales la gente se relaciona con los demás.

Modos de control de conducta: son los patrones que una familia adopta para manejar sus impulsos y para mantener modelos de qué es bueno y qué es malo y para luchar contra las situaciones físicas peligrosas.

Afectos: las manifestaciones verbales y no verbales de bienestar o molestar que son utilizadas entre los miembros de la familia.

Psicopatología: se habla de psicopatología familiar cuando los conflictos no se resuelven debido a la rigidez de patrones de interacción.

La EFF incluye la elaboración de un Genograma. De acuerdo el concepto de familiograma, propuesto por Espejel, se trata de la representación gráfica de la familia que proporciona datos intergeneracionales de los dos subsistemas padres

e hijos, como la edad, el sexo, su ocupación, escolaridad, así como la detección del paciente identificado cuando éste existe.

3.- Planteamiento del problema:

El trastorno bipolar es una entidad nosológica relativamente frecuente en el primer nivel de atención, ya que constituye la séptima causa de incapacidad médica a nivel mundial ⁽²³⁾. En México se estima existen 250 mil personas con esta patología ⁽²⁴⁾; sin embargo, en nuestro medio, los datos clínicos que pueden estar presentes desde la infancia, suelen subestimarse y mantenerse en un estadio subclínico, obstaculizando el diagnóstico oportuno. Este hecho también se ha señalado en la literatura médica ⁽²⁵⁾.

Este tipo de pacientes acuden a consulta refiriendo sintomatología diversa. Es común que se conviertan en consumidores de medicamentos y demandantes inadecuados de los servicios. Pero en el peor de los casos son ignorados y estigmatizados como simuladores o hipocondríacos, convirtiéndose entonces en un problema familiar, pues es la familia quien lidia con la invalidez del enfermo.

Por otra parte; los pacientes con trastorno afectivo bipolar tienen alteraciones en su esfera social y laboral, especialmente durante los periodos de agudización de la enfermedad. En esta misma medida el sistema familia debe hacer una serie de ajustes para mantener el equilibrio interno y responder a las expectativas y necesidades de sus miembros.

Al interior de la familia, el Trastorno Bipolar puede tener efectos diversos, dependiendo del tipo de familia, la fase de desarrollo evolutivo y del sistema que mayor relación mantenga con el trastorno.

No obstante, sea cual sea el nivel de afectación del sistema familia, lo importante es entender como el médico familiar puede ofrecer apoyo a la familia en estas circunstancias, a partir de las características de cada familia. Por ello, la pregunta que aquí se plantea es: **¿Qué características tiene el funcionamiento familiar asociado al trastorno bipolar?**

4.- Justificación:

Por su magnitud el trastorno bipolar es una enfermedad frecuente en el primer nivel de atención, ya que constituye la séptima causa de incapacidad médica a nivel mundial ⁽²³⁾. En México se estima existen 250 mil personas con esta patología ⁽²⁴⁾; misma que se subestima y subdiagnóstica ⁽²⁵⁾. Esta patología es más común en mujeres que en hombres, OMS señala que es la séptima causa de incapacidad médica a nivel mundial en mujeres de 15 a 44 años de edad ⁽²⁴⁾.

En el estado de Michoacán la enfermedad se presenta con incidencia del 0.5% según datos estadísticos del IMSS ⁽²⁶⁾. En la UMF No 65 de Villa Madero, se tiene registro de 12 pacientes con este diagnóstico en una población adscrita de 2500 derechohabientes, lo que da una tasa de 4.8 por cada mil usuarios.

Aunque este trastorno emocional produce sintomatología diversa, su trascendencia está en relación al impacto que tiene en las relaciones familiares. Los estudios psicodinámicos han mostrado que cuando la enfermedad se hace presente en alguno de los hijos, ocasiona disrupciones y separación en el subsistema conyugal, no así cuando algunos de los cónyuges la padece, en cuyo caso, la familia logra su equilibrio ⁽¹²⁾.

En las redes sociales puede presentar abandono y pérdida de fuentes de trabajo, llegando a significar una carga económica para las familias y falta de ingresos económicos cuando el proveedor es la persona enferma, socialmente las familias se ven relegadas a segundo plano, alejándose del grupo de amigos y conocidos⁽¹²⁾.

La factibilidad para la detección oportuna de esta enfermedad reside en la clínica, si bien es cierto que existen factores genéticos, aunados a condiciones ambientales y familiares. El diagnóstico oportuno está al alcance de cualquier médico familiar y por otra parte; existen altas posibilidades de control médico farmacológico al instaurar el tratamiento desde sus inicios de manera oportuna sin esperar la presencia de los estados de ansiedad y depresión, evitando los desajustes en la funcionalidad de las familias.

Toda la literatura médica coincide en que el trastorno bipolar es altamente vulnerable al tratamiento médico y psicoterapéutico. Este principio es más importante en la medida que se intervenga en etapas iniciales, controlando diversos factores relacionados con el diagnóstico oportuno y el manejo clínico por el médico del primer nivel de atención.

Por todo lo anterior resulta importante estudiar el trastorno bipolar, no solo en aspectos individuales aislados, sino en la trascendencia que este tienen en la familia, en la institución de salud y en la sociedad.

5.- Objetivos

Objetivo general:

Identificar las características del funcionamiento familiar en familias donde uno de sus integrantes es un enfermo bipolar.

Objetivo específico:

- 1.- Aplicar la Escala de Funcionamiento Familiar de la Dra. Emma Espejel Aco para caracterizar el funcionamiento familiar de las familias con enfermo bipolar.
- 2.- Describir la estructura estático-dinámico de las familias con integrante diagnosticado con trastorno bipolar utilizando un Genograma

6.- Metodología:

Diseño del estudio

Tipo de estudio.- Observacional, descriptivo y transversal. Estos rasgos son propios de estudios no experimentales, la asignación la exposición ocurre sin la participación del investigador. En este tipo de diseños es común que la exposición ya haya ocurrido al iniciar el estudio, y que ésta se haya dado por algún factor independiente y fuera del procedimiento experimental.

Población.- Pacientes derechohabientes del IMSS, adscritos al consultorio No. 1 de la UMF 65 en Villa Madero, Michoacán.

Muestra.- Se seleccionó la totalidad de los pacientes del consultorio No.1 turno vespertino con diagnóstico de trastorno bipolar.

Criterios de Inclusión.-

Pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar, mayores de 15 años de edad, ambos sexos, residentes en el Municipio de Villa Madero.

Criterios de Exclusión.-

Pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar, mayores de 15 años de edad que se encuentren hospitalizados, embarazadas o con otra patología asociada.

Criterios de eliminación:-

Pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar, mayores de 15 años de edad que durante el estudio sea hospitalizado o se embarace.

Definición de variables:

Variable dependiente.- Funcionamiento familiar. Se le define como la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, implicando el grado de cumplimiento de las funciones familiares relacionadas con autoridad, control, supervisión, afecto, apoyo y comunicación. Para los fines operativos esta variable se mide con la escala de funcionamiento familiar de Espejel.

Variable independiente.- Trastorno bipolar. En este estudio se define como una enfermedad crónica y recurrente caracterizada por oscilaciones del estado del ánimo en forma de episodios maníacos, hipomaníacos o mixtos que se alternan habitualmente con episodios depresivos. En este caso se toma el diagnóstico elaborado en la consulta del primer nivel realizado en el último año.

Instrumento.

La Escala de Funcionamiento Familiar. Ha sido validada como un instrumento cuanti-cualitativo por varias investigaciones y la confiabilidad reportada es de 0.91 con la prueba alpha de Cronbach. Ha sido reconocida desde 1997 por el IFAC (Instituto de la Familia) y por la Universidad de Tlaxcala, así como la Federación Mexicana de Salud Mental como uno de los instrumentos más confiables para estudiar la familia mexicana.

La escala de funcionamiento familiar es un instrumento conformado por 40 reactivos que investigan nueve áreas que miden el funcionamiento dinámico sistémico estructural de la familia. Ellas son; **Territorio o Centralidad, Roles,**

Jerarquía, Límites, Modos de Control de Conducta, Alianzas, Comunicación, Afectos y Patología. Contiene también un Genograma y datos sociodemográficos, económicos, de la vivienda, así como espacio para observaciones. Cada una de las áreas incluye de 3 a 5 preguntas.

A continuación definimos cada uno de los términos:

Familiograma: es la representación gráfica de la familia que nos proporciona datos intergeneracionales de los dos subsistemas padres e hijos, como la edad, el sexo, su ocupación, escolaridad, etc., así como la detección del paciente identificado cuando éste existe.

- I. **Territorio:** este término hace referencia al espacio que cada quien ocupa en determinado contexto. También se refiere a la centralidad que cada miembro logra tener dentro de su familia y se identifica en un momento dado con el grado de significancia que uno de los miembros tiene para los demás en la familia
- II. **Roles:** son las expectativas conscientes o inconscientes que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que tendrá otro miembro
- III. **Jerarquía:** es la dimensión de autoridad que se define como el poder o derecho de tener el mando, imponer obediencia, tomar acciones o hacer las decisiones finales.
- IV. **Límites:** son las reglas que conciente o inconcientemente son formuladas por la familia. También se consideran como fronteras entre

una generación y otra (la de los hijos, la de los padres, la de los abuelos).

- V. **Alianzas:** se llama alianza a la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia. Las más funcionales son las que incluyen a los miembros de la misma generación, la de los esposos y la de los hermanos.
- VI. **Comunicación:** es el intercambio de información y el conjunto de mensajes verbales y no verbales a través de los cuales la gente se relaciona con los demás.
- VII. **Modos de control de conducta:** son los patrones que una familia adopta para manejar sus impulsos y para mantener modelos de qué es bueno y qué es malo y para luchar contra las situaciones físicas peligrosas.
- VIII. **Afectos:** las manifestaciones verbales y no verbales de bienestar o molestar que son utilizadas entre los miembros de la familia.
- IX. **Psicopatología:** se habla de psicopatología familiar cuando los conflictos no se resuelven debido a la rigidez de patrones de interacción.

Cada uno de los reactivos representa preguntas paradigmáticas, es decir, circulares e interaccionales cuya significancia esta en relación con el contexto y de acuerdo a la puntuación de un orden secuencia en la descripción del proceso.

Las preguntas estimulan relaciones circulares entre los distintos miembros de la familia, pueden remitir diadas o triángulos dentro de los subsistemas, o bien pueden englobar a toda la familia o producir polaridades; un polo cobra realidad en

la medida que difiere del otro, tales posibilidades son el resultado de la estructura de reactivos en los que subyace la exploración de las diferencias entre los distintos miembros y subsistemas familiares.

Criterios de calificación:

- 1.- Etapa del ciclo vital por la que cursa la familia
- 2.- La clase socioeconómica y cultural
- 3.- La estructura de la familia

Características de la escala de calificación

Cada ítem se evalúa en una escala ordinal de cuatro categorías, asignando.

1. cuando el aspecto evaluado es disfuncional
4. Cuando es funcional

Las categorías 2 y 3 son intermedias.

La cual se hace a juicio de la persona que evalúa, considerando en cada caso:

El ciclo vital de la familia, el nivel cultural y socioeconómico de la misma, la tipología familiar.

Código de calificación.

1. Disfuncional
2. Poco funcional

3. Medianamente funcional

4. Funcional

Para la realización del estudio se procedió de la siguiente manera:

1. Se localizaron los expedientes de los pacientes con trastorno bipolar
2. En la consulta programada con ellos se estableció compromiso para entrevista familiar, se firmo consentimiento informado
3. Se tuvo la primera de tres entrevistas durante las cuales se elaboro el genograma y se aplico la escala de funcionamiento familiar
4. Se capturan los datos en hojas de Excel y se procedió a su análisis

Análisis estadístico.

Las respuestas de los 40 ítems son de tipo Likert y por lo tanto primero se concentraron en hojas de Excel, posteriormente fueron trasladadas a paginas del programa SPSS ver. 15 para Windows, donde se categorizaron y se trataron con pruebas de estadística. Se utilizaron pruebas parametricas y no parametricas. Se aplico prueba de T de student para buscar asociación entre características sociodemográficas y funcionamiento familiar, con el mismo propósito se realizo análisis de varianza (ANOVA).

Consideraciones éticas:

Para considerar a un paciente como parte del estudio, se les explico el propósito de la investigación solicitando su autorización por escrito, para lo cual

debían firmar una carta de consentimiento bajo información. Este documento está normado por la Ley General de Salud en materia de investigación y en correspondencia con la Declaración de Helsinki²⁷, y otros códigos internacionales²⁸ y nacionales de bioética²⁹. El formato de la carta de consentimiento se anexa al final de la tesis.

La declaración de Helsinki en principios básicos señala: “salvaguardar la salud de las personas, obtener su consentimiento para participar en estudios de investigación; por lo que se sugiere que el diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique a personas debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente. Además, la investigación biomédica que implica a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un facultativo. Todo proyecto debe basarse en una evaluación de los riesgos y beneficios previsibles para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad. Respetar el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Adoptar las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental. Los médicos deben suspender toda investigación en la que se compruebe que los riesgos superan a los posibles beneficios.

Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito. En el momento

de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el médico debe obrar con especial cautela si las personas mantienen con él una relación de dependencia. En este caso, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico no comprometido en la investigación y completamente independiente con respecto a esta relación oficial

La Ley General de Salud en México, ha establecido los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, correspondientes a la Secretaría de Salud orientar su desarrollo, propone considerar en materia de investigación que la misma es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general; para desarrollar tecnología en los servicios de salud e incrementar su productividad; que el desarrollo de la investigación para la salud debe atender aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación; que el desarrollo de la investigación para la salud requiere del establecimiento de criterios técnicos para regular la aplicación de los procedimientos relativos a la correcta utilización de los recursos destinados a ella. Que en el caso particular de la investigación que se realice en seres humanos y de la que utilice materiales o procedimientos que conlleven un riesgo, es preciso sujetarse a los principios científicos, éticos y a las normas de seguridad generalmente aceptadas, y que la investigación en seres humanos de nuevos recursos profilácticos, de diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, debe sujetarse a un control para obtener una mayor eficacia y evitar riesgos a la salud de las persona. Como es bien conocido,

tanto las leyes mexicanas que regulan la investigación, como los códigos internacionales tiene como finalidad la protección de los pacientes que participan, así como el respeto a la autonomía y los derechos fundamentales de las personas para que libremente decidan cuándo y cómo participan, conozcan los riesgos y en su caso, los beneficios que obtendrían.

7.- Resultados:

Se estudiaron 12 pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar adscritos al consultorio 1 turno vespertino de la UMF 65 Villa Madero, 5 de ellos del sexo masculino y 7 femeninos. La edad promedio es de 41 años con rango de 19 a 60, gráfica 1. La escolaridad de los pacientes identificados se muestra en la gráfica 2. Según el lugar que ocupa en la familia el paciente dos son hijos adolescentes, 6 son esposas y 4 son esposos, gráfica 3 y 4.

Las familias de éstos pacientes son por su desarrollo modernas 41.7 % y tradicionales 58.3%. Por su ocupación predominan las que se dedican al comercio en 58.3 %, seguida de los que trabajan el campo, obreras y profesionistas. En lo que respecta a la etapa del ciclo vital en que se encuentran el 66.7 % se encuentran en dispersión y el 25% en independencia y retiro, gráfica 4.

El análisis del Genograma se hizo en dos niveles. En primer lugar se buscaron rasgos comunes a todas las familias y en segundo, se hizo la interpretación para cada familia en particular. Dentro de los aspectos generales cabe destacar que se trata de familias de baja escolaridad, donde el paciente identificado no rebasa la educación media. Es común observar en casi todas ellas la presencia de crisis paranormativa ligada a la presencia del enfermo con trastorno bipolar. Sin embargo, llama la atención que predomina la tendencia a la adaptabilidad y al equilibrio, logrando cumplir satisfactoriamente los roles y utilizando adecuadamente los recursos.

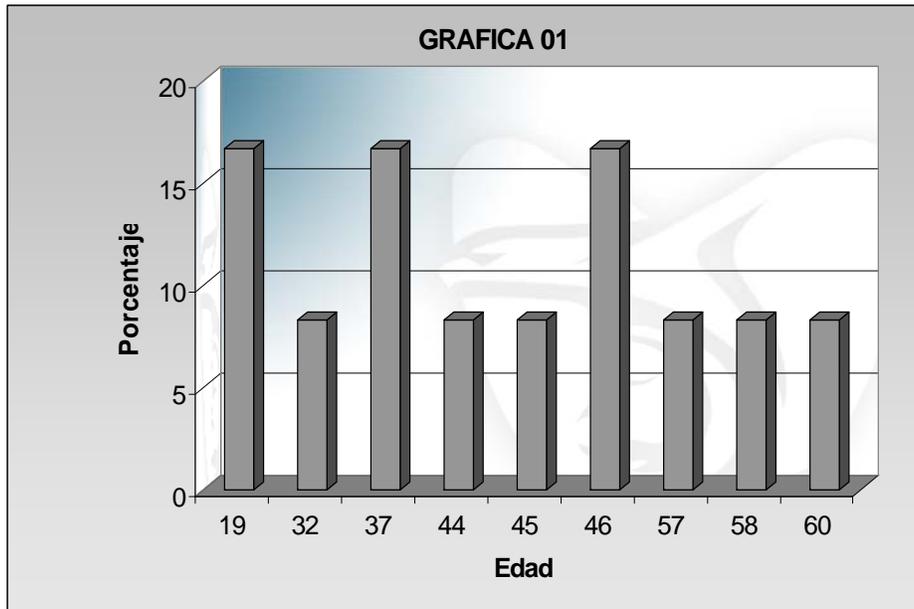
Es llamativo el hecho de que en la mayoría de éstas familias existe fuerte carga genética para diabetes, hipertensión arterial y alcoholismo. Destaca como rasgo importante una relación conyugal dominante a favor del varón. Así mismo un hallazgo importante en estas 12 familias es que solo en dos de ellas el paciente identificado

corresponde a los hijos, en diez de ellas el paciente identificado es esposa o esposo. También se aprecia la presencia de problemas de complementariedad conyugal y una fuerte tendencia hacia la triangulación de la madre con hijos menores.

La interpretación específica de cada Genograma se presenta junto al trazo del mismo (ver Genogramas 1 a 12).

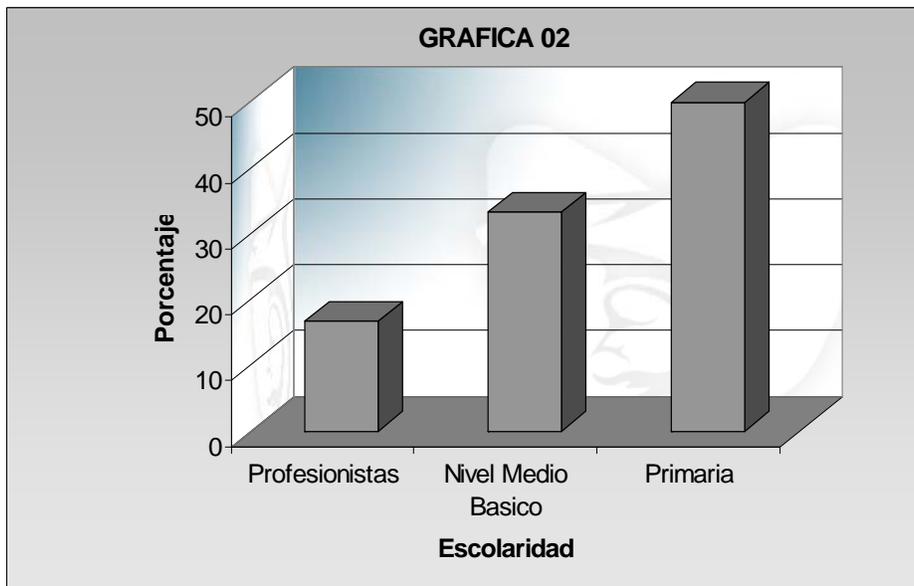
Se realizó un análisis de varianza (ANOVA) para buscar asociación significativa entre las variables sociodemográficas de la familia, es decir, ocupación y escolaridad. Así mismo, se buscó asociación con el lugar que ocupa el paciente en la estructura familiar y los 9 factores de la Escala de Funcionamiento Familiar. En el cuadro 1 se muestran estos datos, sólo se encontró asociación significativa entre conducta disruptiva y ocupación del paciente y en supervisión y apoyo relacionados con el lugar que ocupa el paciente en la familia. En los cuadros 2, 3 y 4 se muestran los resultados de la prueba de t de STUDENT. En este caso se buscó asociación entre funcionamiento familiar y el tipo de desarrollo familiar (cuadro2), así como, funcionamiento familiar y etapa del ciclo vital (cuadro3). También se buscó relación entre funcionamiento familiar y sexo del paciente con trastorno bipolar,(cuadro 4).

Gráfica 1.- Edad de los pacientes con trastorno bipolar



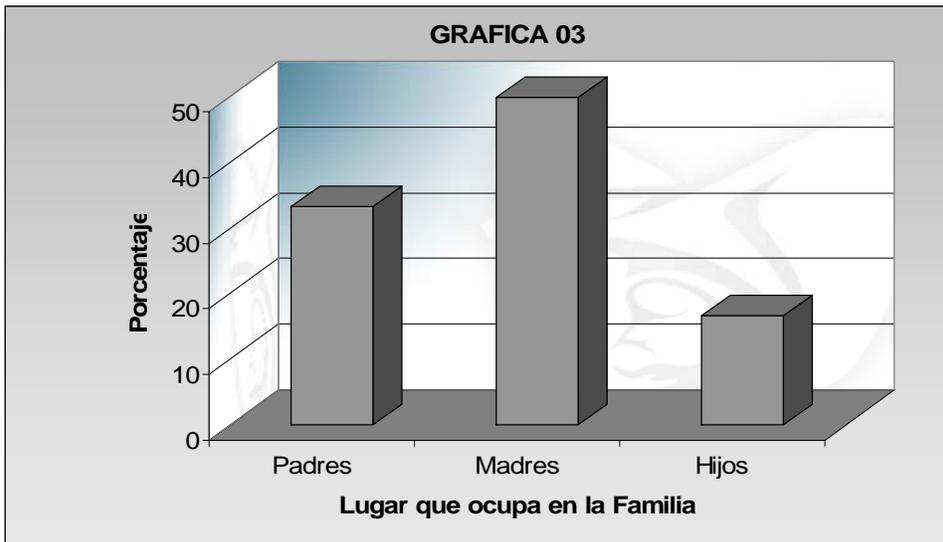
Fuente: Estudio realizado en la UMF 65, Villa Madero, Michoacán

Gráfica 2.- Escolaridad de los pacientes con trastorno bipolar



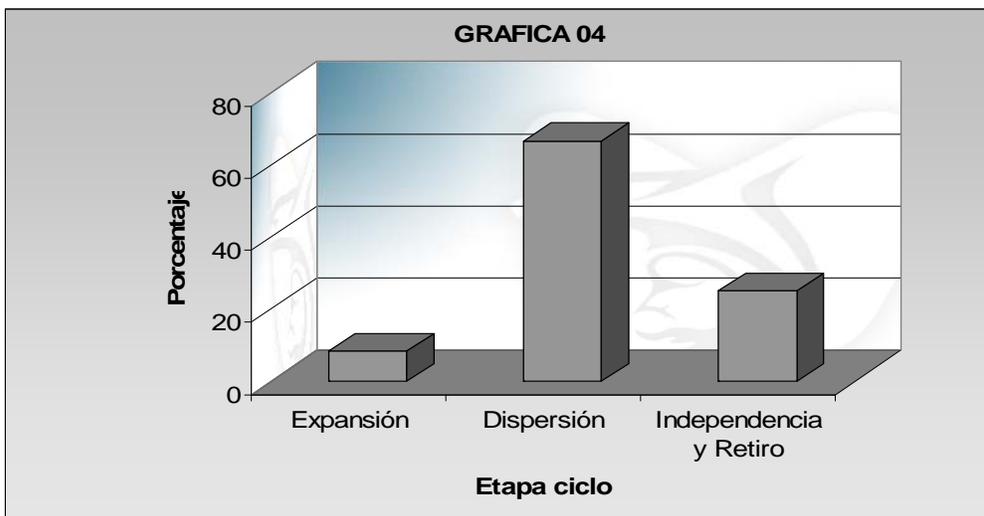
Fuente: Estudio realizado en la UMF 65, Villa Madero, Michoacán.

Gráfica 2.- Lugar que ocupa en la familia los pacientes con trastorno bipolar



Fuente: Estudio realizado en la UMF 65, Villa Madero, Michoacán

Gráfica 2.- Etapa del ciclo vital de los pacientes con trastorno bipolar



Fuente: Estudio realizado en la UMF 65, Villa Madero, Michoacán

Cuadro 1.- Análisis de Varianza (ANOVA) entre funcionalidad familiar y características sociodemográficas de la familia

Factor	Escolaridad	ocupación	Lugar que ocupa en la familia
Autoridad	.25	.29	.55
Control	.68	.23	.08
Supervisión	.90	.73	.05*
Afecto	.31	.06	.86
Apoyo	.70	.35	.03*
Conducta disruptiva	.35	.00*	.56
Comunicación	.08	.26	.77
Afecto negativo	.43	.24	.30
Recursos	.24	.34	.30

*significativo $p \leq 0.05$

Fuente: Estudio realizado en familias de la UMF 65 Villa Madero, Michoacán.

Cuadro.- 2 t de STUDENT para muestras independientes, funcionalidad familiar y desarrollo

Factor	Desarrollo familiar	
	Igualdad de varianzas	Igualdad de medias
Autoridad	.03	.15
Control	.73	.26
Supervisión	.90	.50
Afecto	.37	.25
Apoyo	.07	.50
Conducta disruptiva	.86	1
Comunicación	.87	.26
Afecto negativo	.64	.69
Recursos	.01	.58

Fuente: Estudio realizado en familias de la UMF 65 Villa Madero, Michoacán.

Cuadro.- 3 t de STUDENT para muestras independientes, funcionalidad familiar y sexo del paciente identificado

Factor	Sexo del paciente identificado	
	Igualdad de varianzas	Igualdad de medias
Autoridad	.07	.35
Control	.68	.34
Supervisión	.85	.15
Afecto	.90	.41
Apoyo	.50	.03
Conducta disruptiva	.82	.62
Comunicación	.31	.33
Afecto negativo	.04	.15
Recursos	.13	.58

Fuente: Estudio realizado en familias de la UMF 65 Villa Madero, Michoacán.

Cuadro4 t de STUDENT para muestras independientes, funcionalidad familiar y ciclo vital de la familia

Factor	Ciclo vital de la familia	
	Igualdad de varianzas	Igualdad de medias
Autoridad	.70	.22
Control	.49	.58
Supervisión	.04	.24
Afecto	.41	.26
Apoyo	2.1	65
Conducta disruptiva	2.6	.73
Comunicación	.67	.80
Afecto negativo	1.0	.44
Recursos	.66	.91

Fuente: Estudio realizado en familias de la UMF 65 Villa Madero, Michoacán.

Perfil de Funcionamiento familiar

Familia: G.A Fecha de aplicación: 11/02/2008 Tiempo de formada: 40 Años

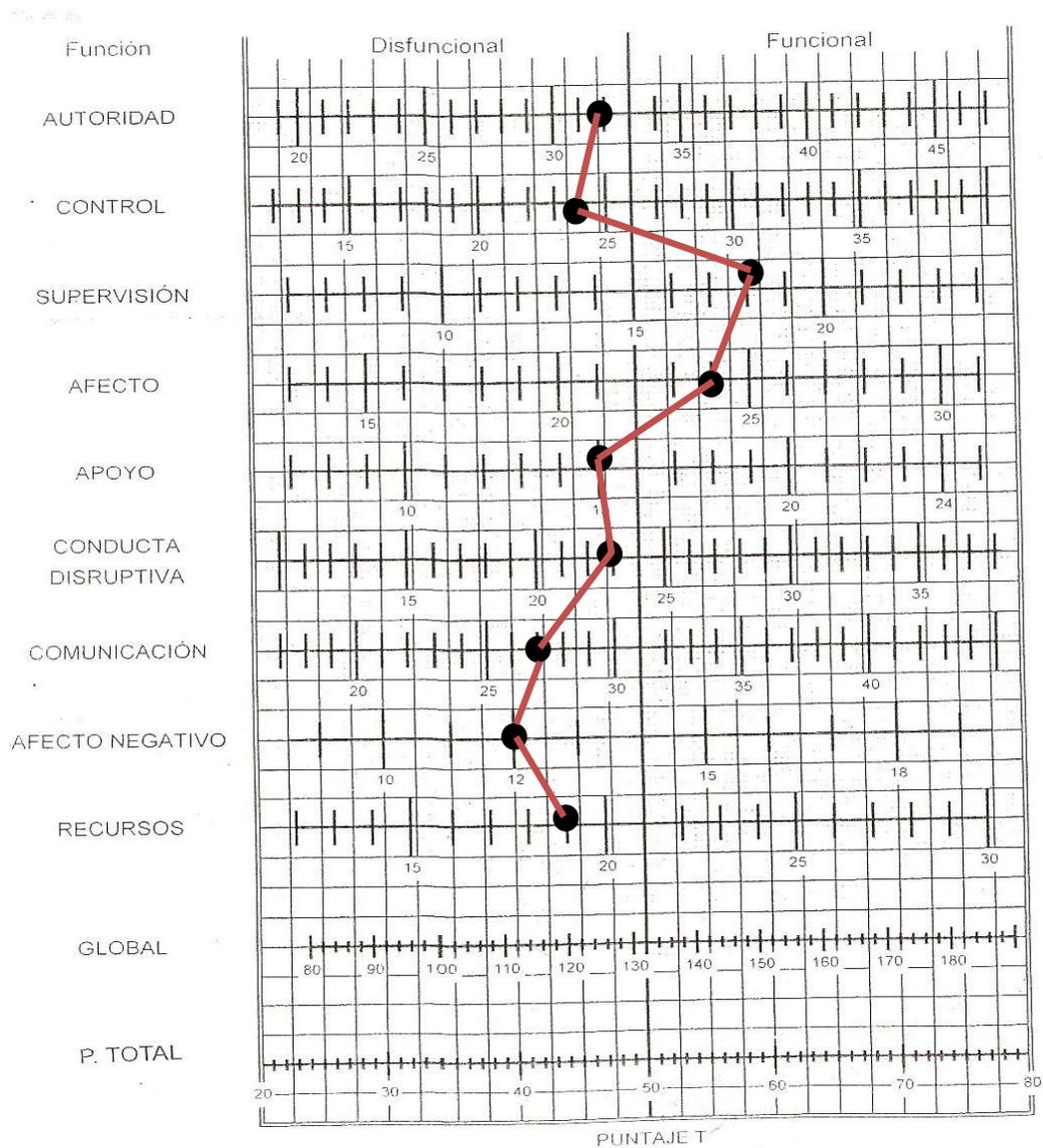
Etapa del ciclo vital: Dispersión e independencia

Nivel socioeconómico: Pobreza 1

Numero de miembros: 5 Adultos: 5 Adolescentes: 0 Niños: 0

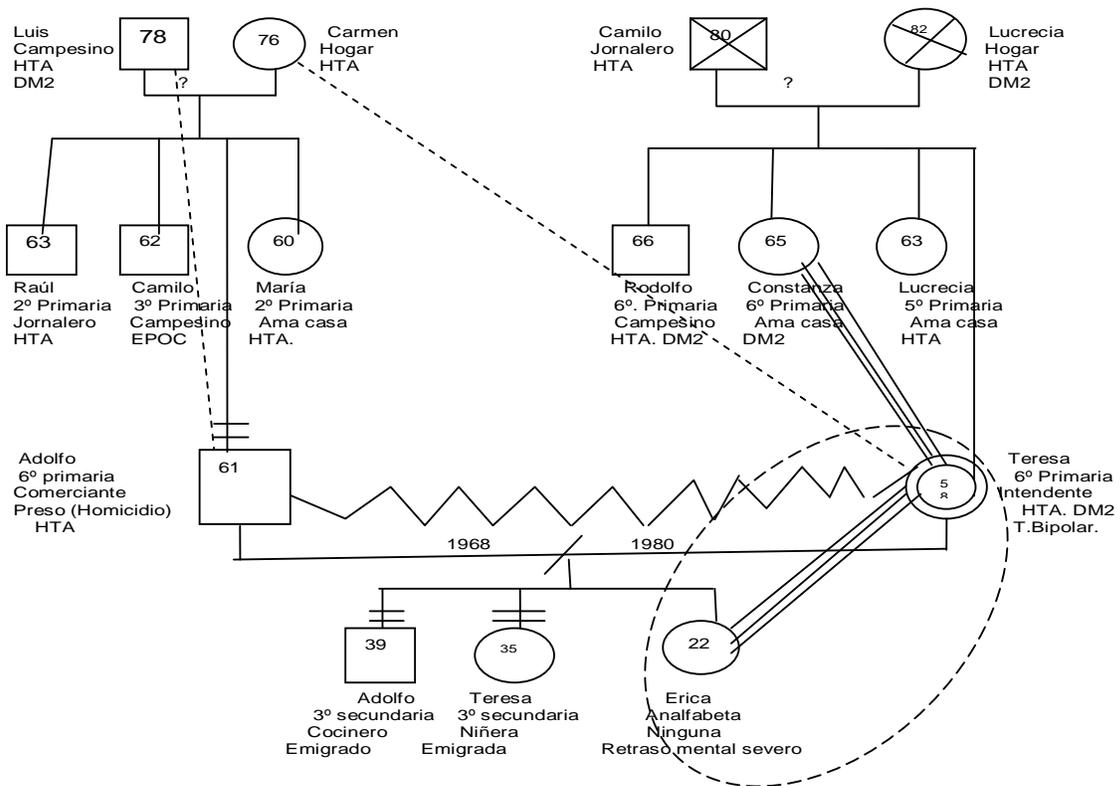
Tipo de Familia: Monoparental

FAMILIA NO. 1



FAMILIA G. A FECHA: 11/01/2008

GENOGRAMA NO: 1



Familia Nuclear . Moderna. Semi integrada. Comerciante . Urbana. En Fase de Independencia.
Elaboro: María Isabel Pérez Chávez.

Comentario: Paciente identificada

1.- Familia: G. A

Familia Nuclear. Moderna. Semi-integrada. Comerciante. Urbana. En fase de Independencia. Constelación fraterna; Teresa (paciente identificado) de 58 años de edad, escolaridad de 6º de primaria, intendente, padece trastorno bipolar. Diabetes e hipertensión Arterial, es producto de la cuarta gesta de un total de cuatro hermanos, de los cuales dos son mujeres y un varón. Adolfo su (esposo) es el tercero de cuatro, dos varones y la menor mujer. Con espacio de edad entre hermanos promedio de dos, con buena experiencia de vida entre ambos géneros, con problemas de complementariedad conyugal.

Se encuentran en etapa de Independencia, actualmente vive en el hogar Erica de 22 años, la menor de tres hermanos quien padece retraso mental severo, sin datos en relación a falta de adaptación al desarrollo del ciclo vital. No existe pauta sintomática en relación a toxicomanías en particular para el alcoholismo y tabaquismo. Existe carga genética por ambas ramas para hipertensión arterial y Diabetes.

Sin pautas de funcionamiento de adaptación o inadaptación, no repetición de pautas vinculares. Antecedente de muerte de los padres. Trastorno bipolar, diabetes e hipertensión arterial de la paciente identificada. Relación conflictiva y separación conyugal, esposo preso acusado de homicidio, dos de sus tres hijos emigrados y la presencia de la menor de sus hijas en el hogar materno con retraso mental severo. Vinculación conyugal conflictiva, relación estrecha madre- hija menor. Relación distante en la familia del esposo entre éste y su padre y entre la paciente identificada y su suegra. Sin triangulación con alguno de los hijos.

Predomina el desequilibrio familiar en cada una de las etapas previamente valoradas, destaca por su importancia, la pérdida del rol parental y jerarquía del padre. Cursan crisis paranormativa secundaria a enfermedad crónica en relación al trastorno bipolar de la paciente identificada y al retraso mental severo de la hija menor lo que la torna dependiente.

Perfil de Funcionamiento familiar

Familia: A.V. Fecha de aplicación: 05/02/2008 Tiempo de formada: 28 Años

Etapa del ciclo vital: Fase de dispersión

Nivel socioeconómico: Pobreza 1

Numero de miembros: 5

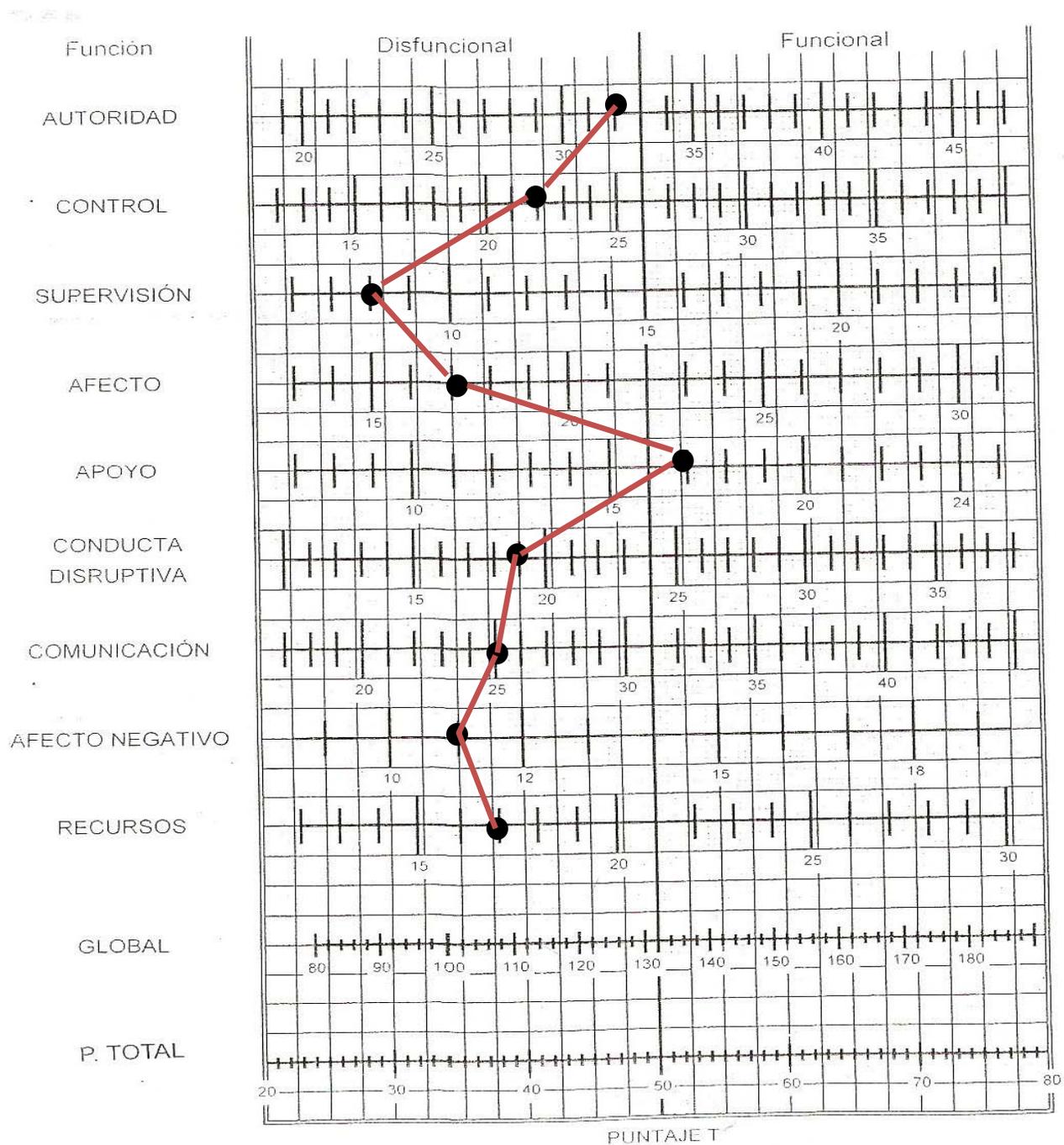
Adultos: 5

Adolescentes: 0

Niños: 0

Tipo de Familia: Nuclear. Tradicional, Integrada, Obrera, Urbana.

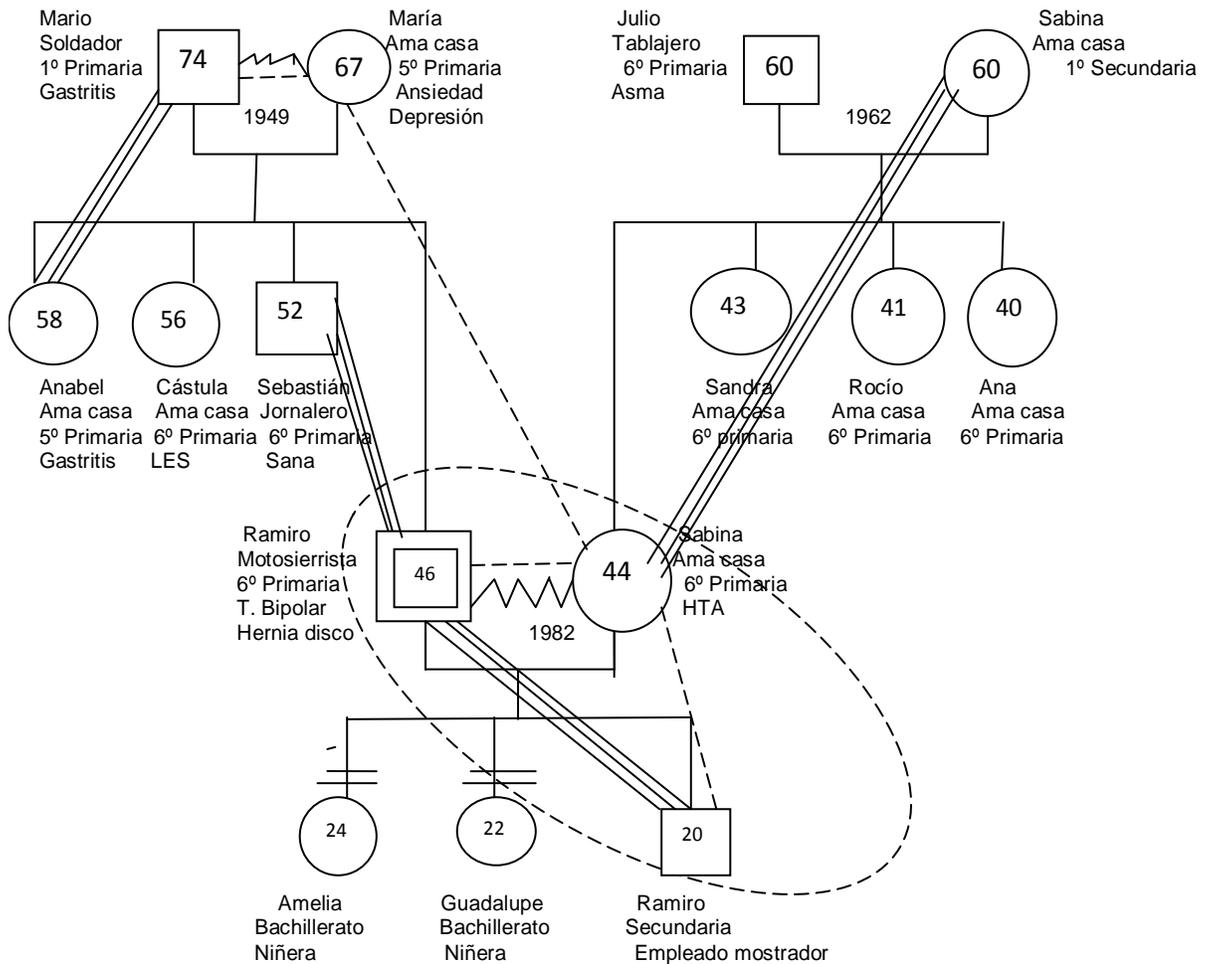
FAMILIA NO. 2



FAMILIA: A.V

FECHA 05/02/2008

GENOGRAMA NO. 2



Familia Nuclear. Tradicional. Integrada. Obrera. Urbana. En Fase de Independencia.

Elaboro: María Isabel Pérez Chávez

2.- Familia: A. V

Familia Nuclear. Tradicional. Integrada. Obrera. Urbana. En etapa de independencia. Constelación fraterna; Ramiro (paciente identificado) de 46 años de edad, motosierrista, de escolaridad primaria, padece trastorno bipolar y hernia discal. Es producto de la cuarta gesta de un total de cuatro hermanos, dos varones y una mujer, casado con Sabina de 44 años, quien cursó la escolaridad primaria padece hipertensión arterial y se dedica al hogar, ella es la hija primogénita entre cuatro hermanas, con espacio de edad entre hermanos que oscila entre uno y seis años, lo que predice adecuada complementariedad conyugal y adecuada experiencia de vida con ambos géneros.

Se encuentran en fase de Independencia, con problemas de adaptación al desarrollo del ciclo vital, básicamente en relación a disfunción conyugal. Presenta como única pauta sintomática la presencia de gastritis por rama paterna. Relación conflictiva conyugal.

El principal suceso relevante es la presencia de la enfermedad en el paciente identificado. Antecedente de disfunción conyugal paterna y en la pareja que motivó el estudio. Emigración de sus dos hijos mayores. Destacan por su importancia la vinculación conyugal conflictiva y distante, relación estrecha padre-hijo menor. Relación distante madre- hijo menor.

Prevalece el desequilibrio familiar en la mayoría de las etapas previamente analizadas, en relación a la estructura, cumplimiento de los roles, falta de adaptación al desarrollo del ciclo vital.

Perfil de Funcionamiento familiar

Familia: G.M Fecha de aplicación: 10/03/2008 Tiempo de formada: 24 Años

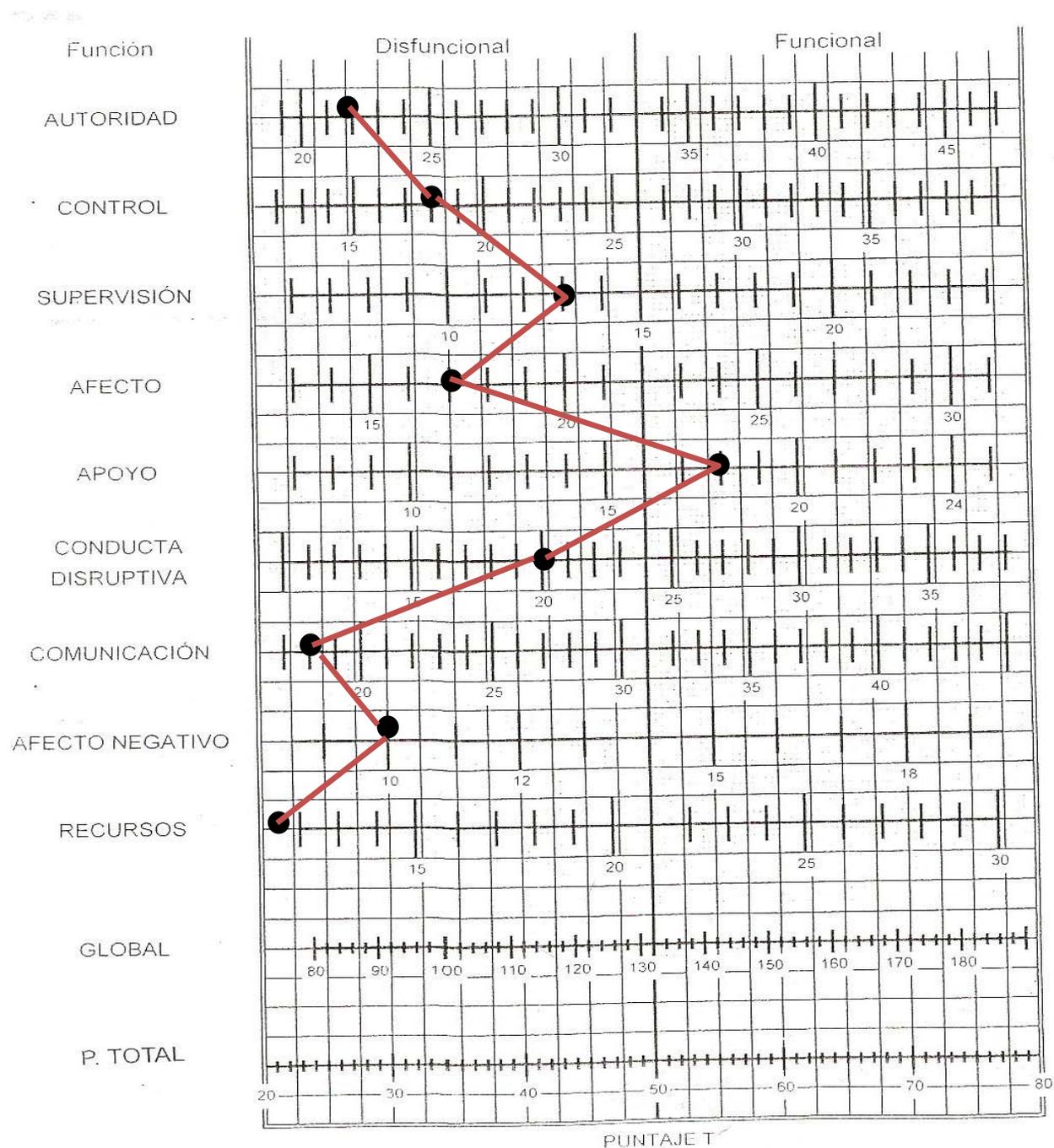
Etapa del ciclo vital: Dispersión

Nivel socioeconómico: pobreza 1

Numero de miembros: 5 Adultos: 4 Adolescentes: 0 Niños: 1

Tipo de Familia: Nuclear

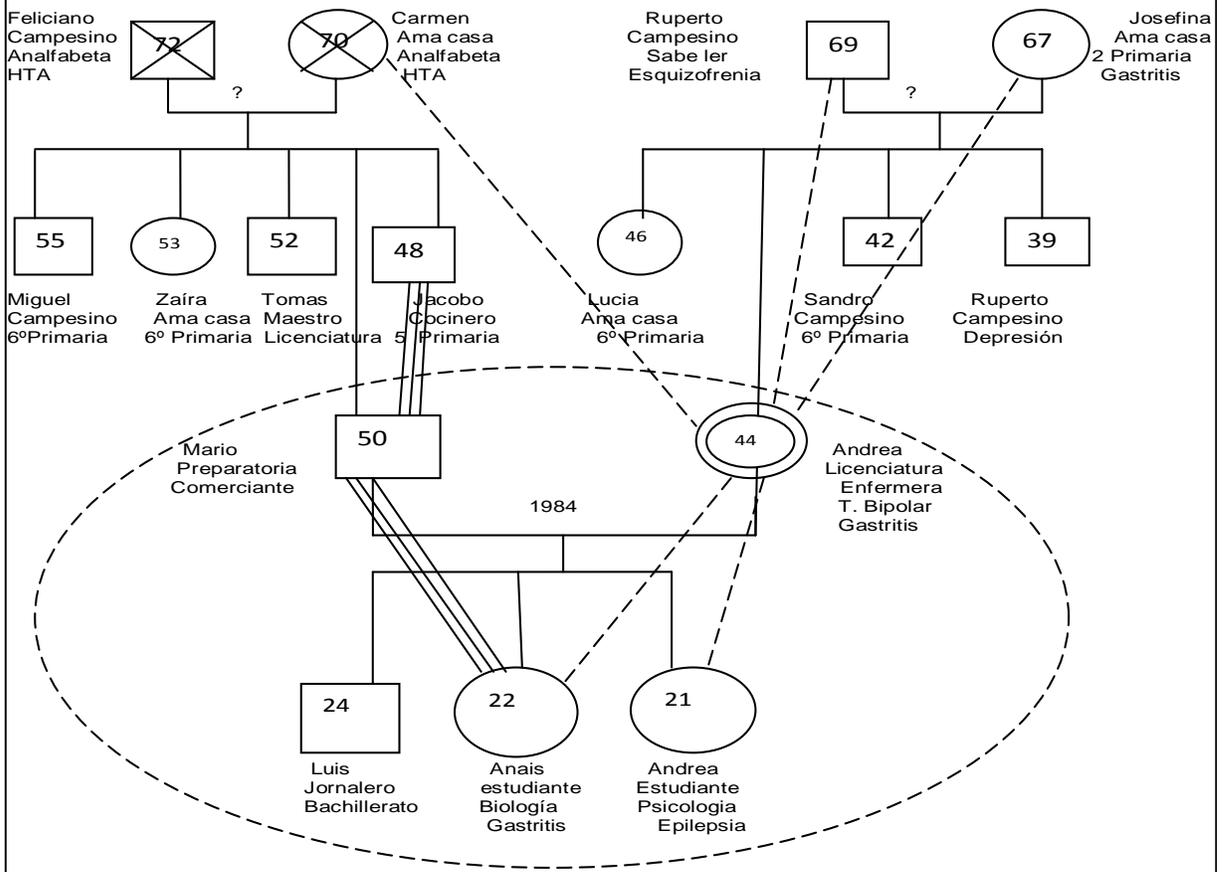
FAMILIA NO. 3



FAMILIA: G.M

FECHA: 10/03/ 2008

GENOGRAMA NO. 3



Familia Nuclear. Moderna. Integrada. Profesionista. Urbana. En Fase de Independencia. **Elaboro: María Isabel Pérez Chávez.**

3.- Familia: G. M

Familia Nuclear. Integrada. Profesionista. Urbana. En fase de independencia. Constelación fraterna; Andrea (paciente identificado) de 44 años de edad. Enfermera. Padece trastorno bipolar y gastritis, es producto de segunda gesta de un total de 4 hermanos, dos varones y una mujer, casada con Mario el menor de cuatro hermanos de los cuales solo uno es mujer. Con espacio de edad entre hermanos promedio de dos años, con adecuada experiencia de vida con ambos géneros y sin problemas de complementariedad conyugal.

Se encuentran en etapa de independencia, con desarrollo adaptativo dentro de las expectativas normativas. No existe pauta sintomática en relación a toxicomanías en particular para el alcoholismo y tabaquismo Existe carga genética por ambas ramas para hipertensión y gastritis. Repetición de pautas vinculares repetitivas de interrelación transmitida generacionalmente del tipo distante en el subsistema paterno-filial.

No se aprecian pautas de funcionamiento de adaptación o inadaptación, Presencia de trastorno bipolar en la paciente identificada. Diagnostico de esquizofrenia en el padre. Trastorno depresivo en el hermano menor. Relaciones distantes de la paciente identificada con dos de sus tres hijos. Relación cerrada padre- hijo mayor. Sin problemas de triangulación con alguno de los hijos.

Potencialmente predomina el equilibrio familiar en todas las partes antes mencionadas, en particular en la estructura, los roles, nivel de funcionamiento y recursos familiares.

Perfil de Funcionamiento familiar

Familia: O. M Fecha de aplicación: 24/03/2008 Tiempo de formada: 12 Años

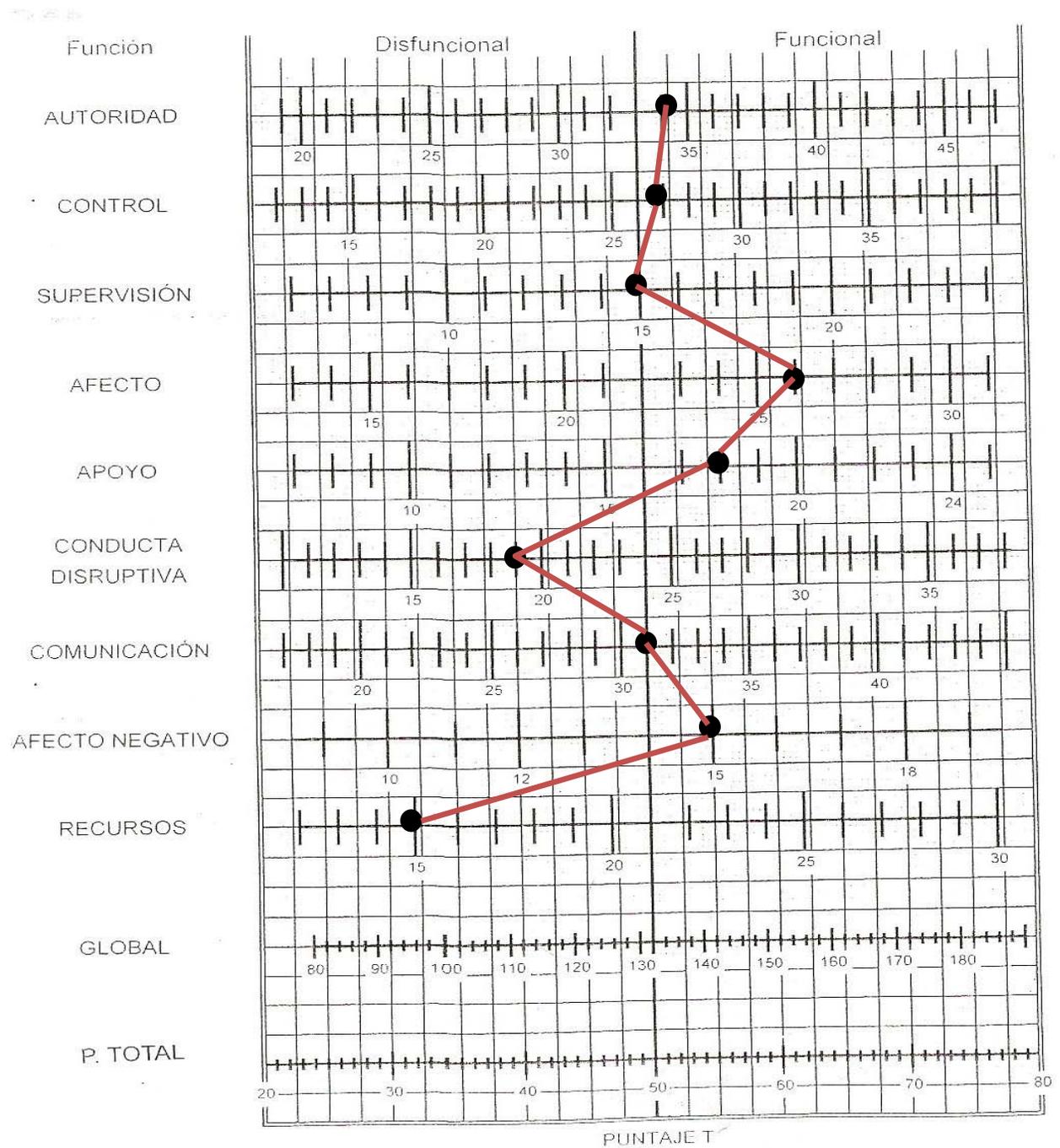
Etapa del ciclo vital: Expansión

Nivel socioeconómico: pobreza 1

Numero de miembros: 4 Adultos: 2 Adolescentes: 1 Niños: 1

Tipo de Familia: nuclear

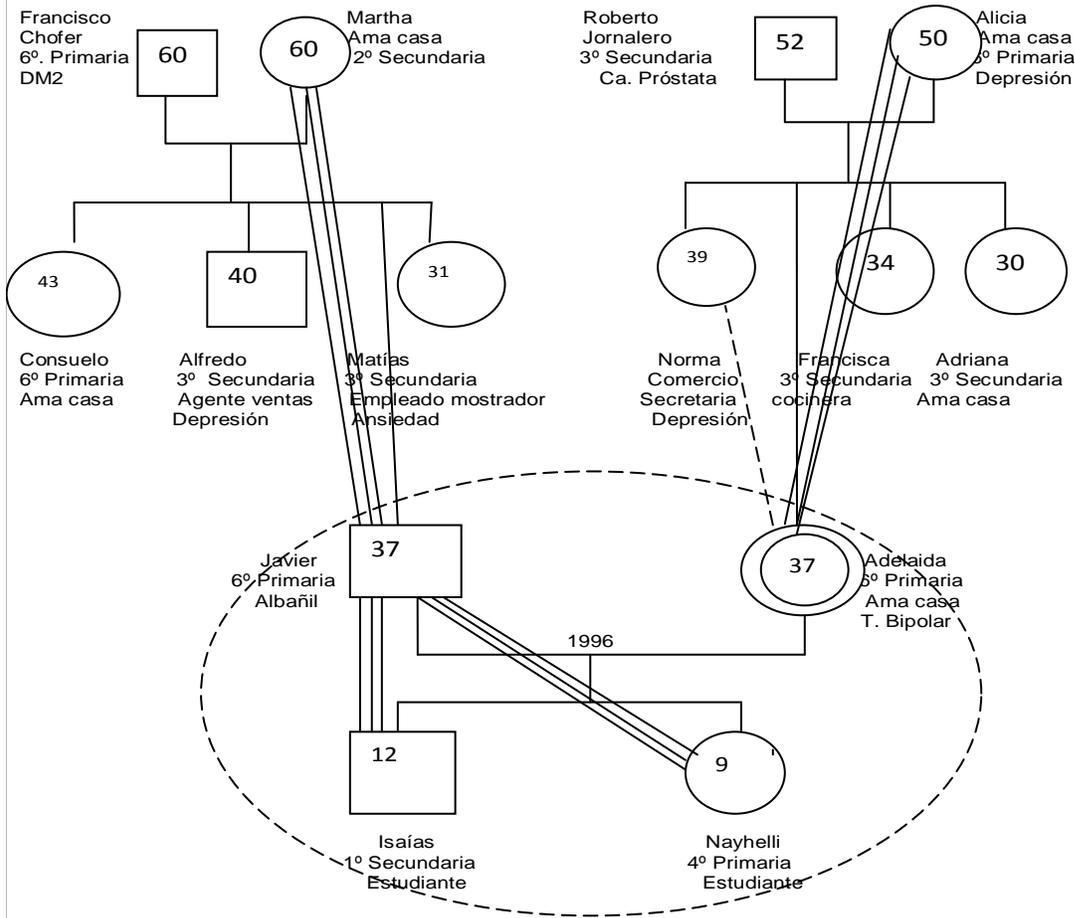
FAMILIA NO. 4



FAMILIA: O.M.

FECHA: 24/03/2008.

GENOGRAMA: No. 4



Familia Nuclear. Tradicional. Integrada. Obrera. Urbana. En Fase de Dispersión.

ELABORO: María Isabel Pérez Chávez.

4.- Familia: O. M

Familia Nuclear. Tradicional. Integrada. Obrera. Urbana. En fase de dispersión. Constelación fraterna: Adelaida (paciente identificado) femenina de 37 años, escolaridad primaria dedicada al hogar padece trastorno bipolar. Es producto de segunda gesta de un total de cuatro hermanas. Casada con Javier de 37 años, peón albañil, quien ocupa el tercer lugar de entre cuatro hermanos, dos mujeres y dos hombres.

Con espacio de edad entre hermanos variable de dos a seis años. Con relación conyugal en posición fraterna simétrica, que predice problemas de complementariedad conyugal. Se encuentran en fase de dispersión.

Con adaptación al ciclo dentro de las expectativas normativas. Sin pauta sintomática para alcoholismo y tabaquismo. Existe carga genética para cáncer prostático y depresión por rama materna. Y para diabetes por rama paterna, sin pautas de adaptación o inadaptación, ni repetición de pautas vinculares. Único proceso relevante, diagnóstico de trastorno bipolar en la paciente identificada. Relación estrecha en los subsistema paterno- filial y relación distante paciente identificada- hija mayor.

En general prevalece el equilibrio en todas las áreas estudiadas, estructura, roles, nivel de funcionalidad familiar y utilización de recursos.

Perfil de Funcionamiento familiar

Familia: G.C. Fecha de aplicación: 01/04/2008 Tiempo de formada: 18 Años

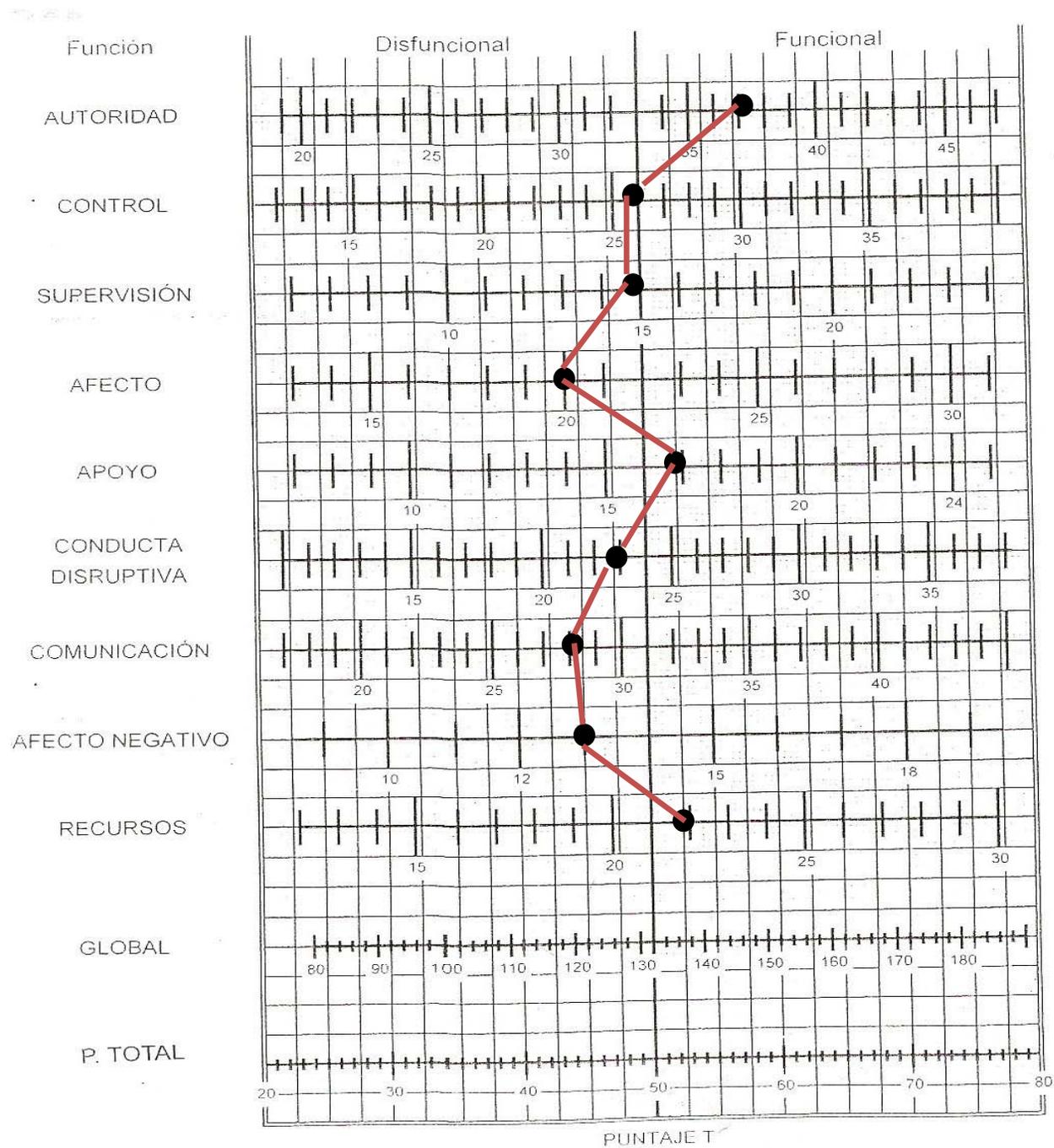
Etapa del ciclo vital: Dispersión

Nivel socioeconómico: pobreza 1

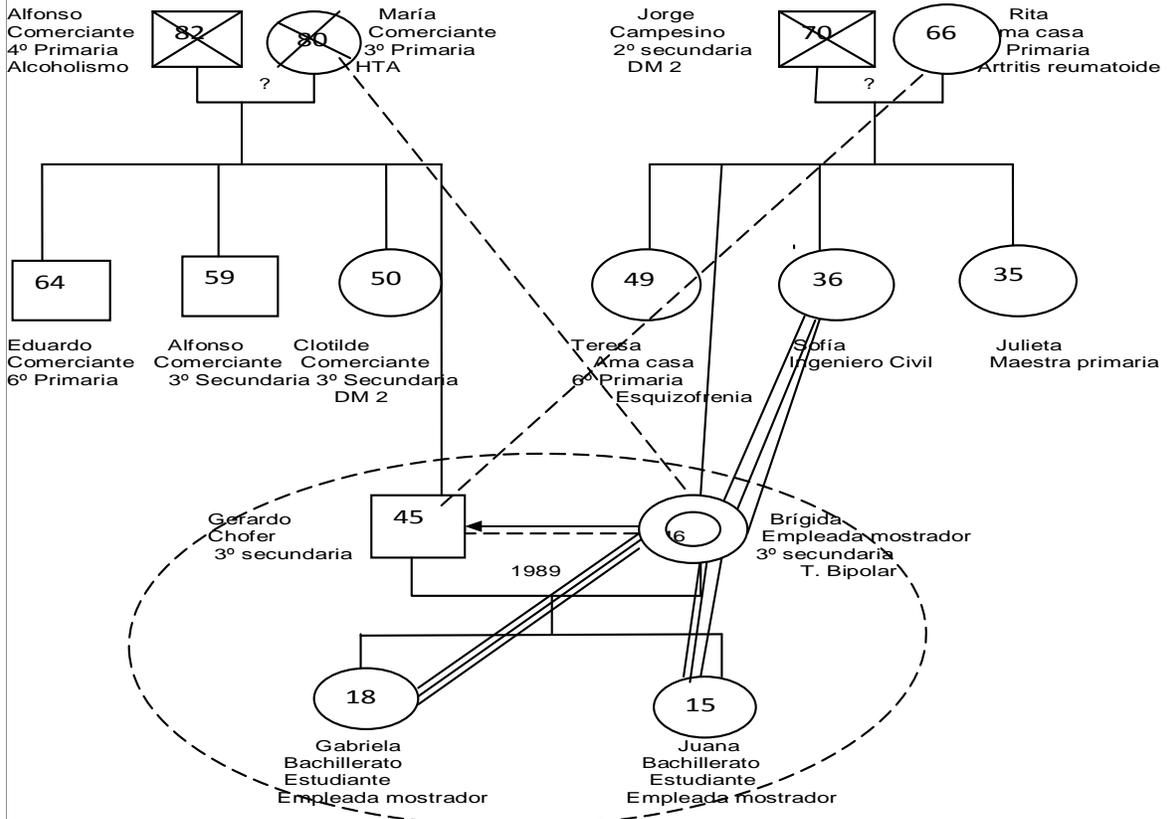
Numero de miembros: 4 Adultos: 3 Adolescentes: 1 Niños: 0

Tipo de Familia: nuclear

FAMILIA NO. 5



FAMILIA G.C FECHA: 01/04/2008 GENOGRAMA NO. 5



Familia Nuclear. Moderna. Integrada. Comerciante. Urbana. En Fase de Dispersión. **Elaboro: María Isabel Pérez Chávez**

5.- Familia G. C.

Familia Nuclear. Moderna. Integrada. Comerciante. Urbana. En etapa de dispersión. Constelación fraterna: Brígida (paciente identificado) de 46 años. Empleada de mostrador y escolaridad secundaria. Padece trastorno bipolar es producto de segunda gesta de un total de cuatro hermanas. Casada con cónyuge de 45 años, chofer quien es el menor de cuatro hermanos dos varones y una mujer, con espacio de edad con el hermano menor de diez años y con el mayor de tres. Con adecuada experiencia de vida y problemas de complementariedad conyugal.

En etapa de Dispersión, con problemas de adaptabilidad al desarrollo del ciclo, con relación dominante conyugal. No se aprecia pautas repetitivas generacionales. Existe carga genética para diabetes e hipertensión. Existe pauta sintomática para alcoholismo.

Sin pautas de funcionamiento de adaptación o inadaptación. Presencia de trastorno bipolar en la paciente identificada, fallecimiento del padre y suegros. Vinculación conyugal distante y dominante, así como relación estrecha madre-hija.

En general predomina el equilibrio en relación a la estructura, cumplimiento de roles, y utilización de recursos.

Perfil de Funcionamiento familiar

Familia: B. O Fecha de aplicación: 30/04/2008 Tiempo de formada: 3 Años

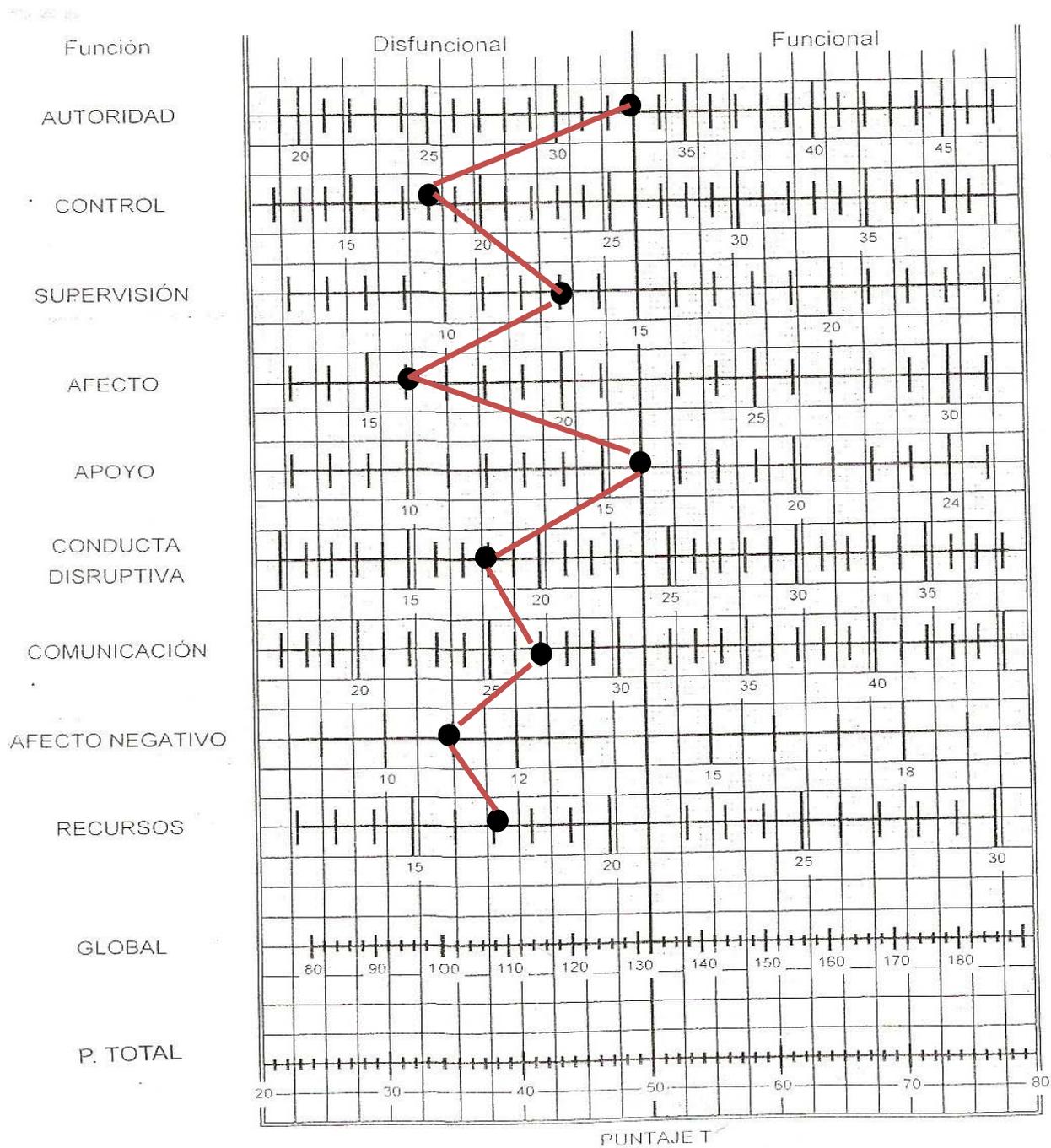
Etapa del ciclo vital: Expansión

Nivel socioeconómico: pobreza 1

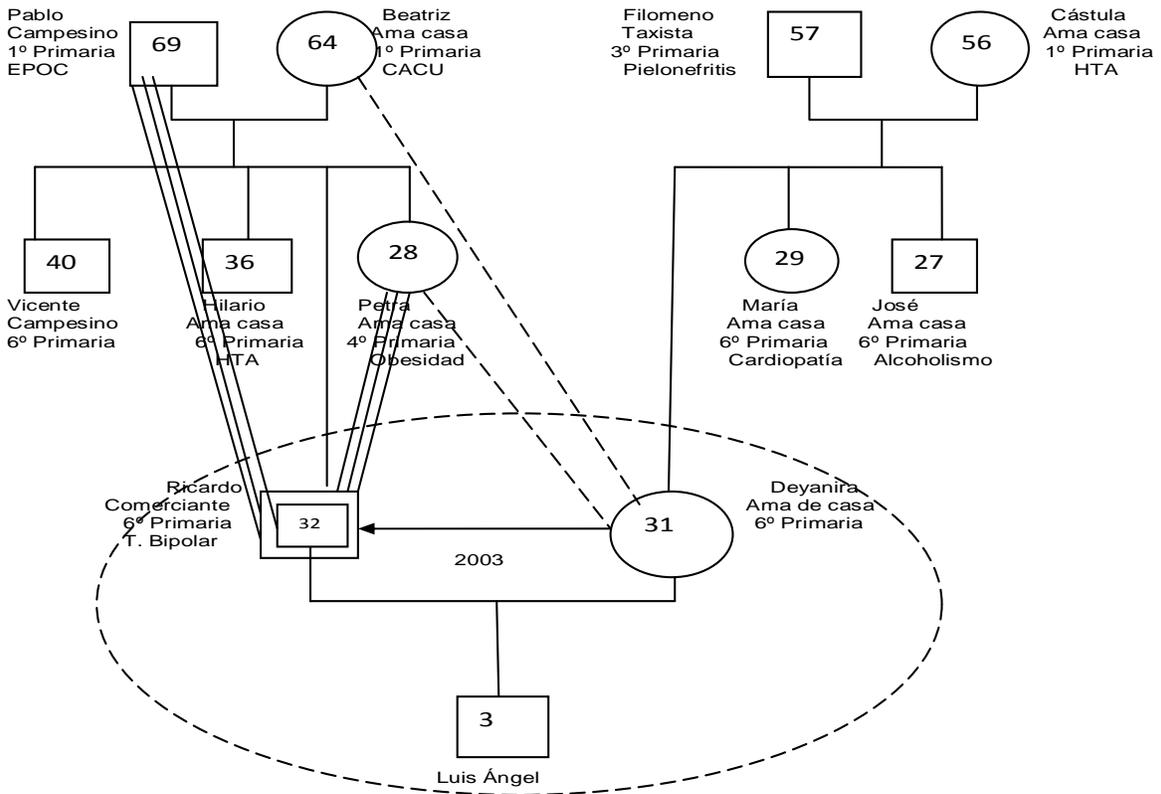
Numero de miembros: 3 Adultos: 2 Adolescentes: 0 Niños: 1

Tipo de Familia: nuclear

FAMILIA NO. 6



FAMILIA B.O. FECHA DE APLICACION. 30/04/2008 NO. 6



Familia Nuclear. Tradicional. Integrada. Comerciante. Urbana. En Fase de Dispersión.

ELABORO: María Isabel Pérez Chávez.

6.- Familia: B. O

Familia Nuclear. Tradicional. Integrada. Comerciante. Urbana. En fase de dispersión. Ricardo (Paciente identificado) de 32 años, comerciante, escolaridad primaria, padece trastorno bipolar. Casado con Deyanira hija mayor de entre tres hermanos de entre ellos uno varón y una mujer, con espacio de edad entre hermanos de 2 a 4 años. Sin problemas de complementariedad conyugal.

En etapa de dispersión y adecuada adaptación al desarrollo del ciclo vital. Sin pautas repetitivas a través de las generaciones. Existe carga genética para enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cáncer cervicouterino. Diagnóstico de trastorno bipolar en la paciente identificada. Nacimiento de su primer hijo. Relación conyugal dominante esposa-esposo. Relación estrecha en el subsistema paterno filial y fraterno. Relación distante entre la esposa y la familia extensa.

En general predomina el equilibrio familiar, con adaptación al desarrollo del ciclo vital, dentro de las expectativas normativas, en particular en relación al funcionamiento, y recursos familiares, cumplimiento de roles y estructura.

Perfil de Funcionamiento familiar

Familia: A.L Fecha de aplicación: 02/05/2008 Tiempo de formada: 23 Años

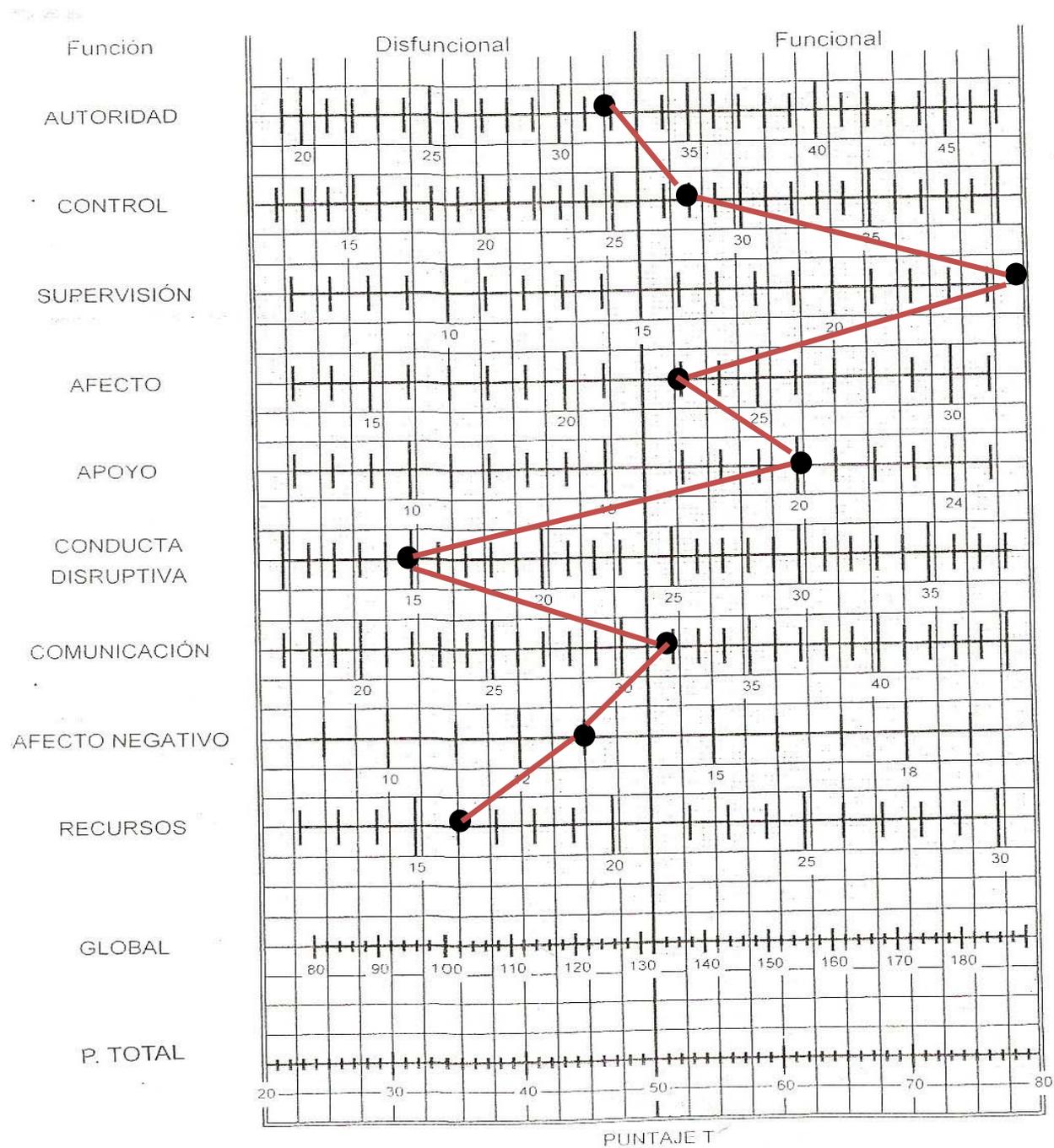
Etapa del ciclo vital: Dispersión

Nivel socioeconómico: pobreza 1

Numero de miembros: 5 Adultos: 4 Adolescentes: 1 Niños: 0

Tipo de Familia: nuclear

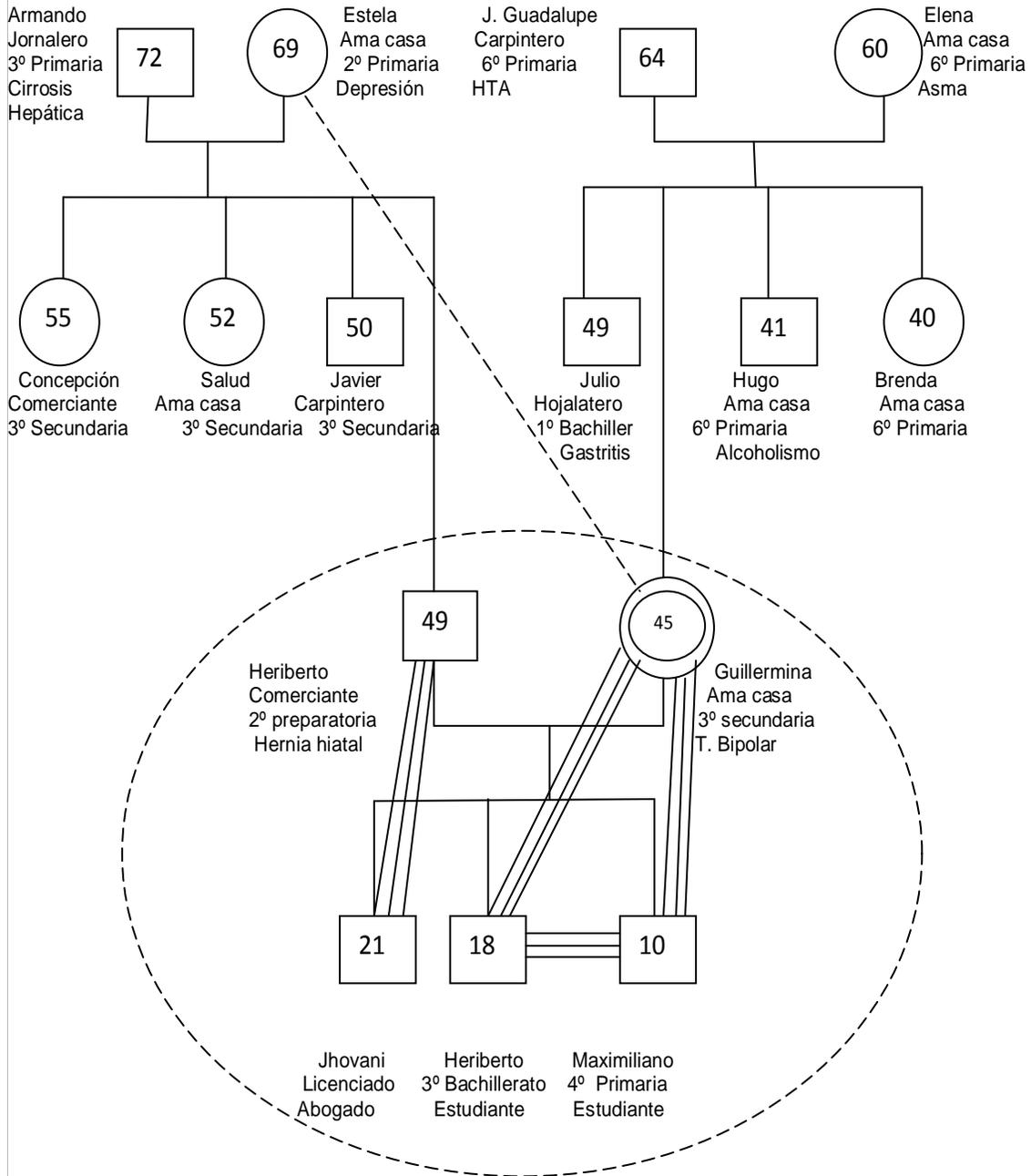
FAMILIA NO. 7



FAMILIA: A.L.

FECHA: 02/05/2008

GENOGRAMA NO. 7



Familia Nuclear. Tradicional. Integrada. Comerciante. Urbana. En Fase de
Dispersión. Elaboro: María Isabel Pérez Chávez.

7.- FAMILIA: A. L

Familia Nuclear. Tradicional. Integrada. Comerciante. Urbana. En etapa de dispersión. Guillermina (paciente identificada) femenina de 45 años, dedicada al hogar con escolaridad secundaria. Es la segunda de un total de cuatro hermanos, de los cuales dos son mujeres y un varón. Casada con Heriberto de 49 años. Comerciante quien es el menor de cuatro hermanos, con espacio de edad entre hermanos que oscila de uno a 4 años, con adecuada experiencia de vida con ambos sexos y sin problemas de complementariedad conyugal.

Se encuentran en fase de dispersión. Sin problemas de adaptación al desarrollo del ciclo vital, con resolución de las crisis normativas y paranormativas de acuerdo a lo esperado. Sin presentar repetición de pautas a través de las generaciones. Destacan los siguientes sucesos de vida y funcionamiento familiar: Trastorno bipolar que padece la paciente identificada. Carga genética para hipertensión y asma. Alcoholismo en uno de sus hermanos.

Presentan como pauta vincular predominante relaciones estrechas en el subsistema paterno-filial y fraterno. Relación distante entre la paciente identificada y su suegra. Sin triangulación con alguno de los hijos.

Predomina el equilibrio familiar, en relación a la estructura, cumplimiento de roles, grado de adaptabilidad y funcionamiento familiar.

Perfil de Funcionamiento familiar

Familia: R.A Fecha de aplicación: 31/05/2008 Tiempo de formada: 20 Años

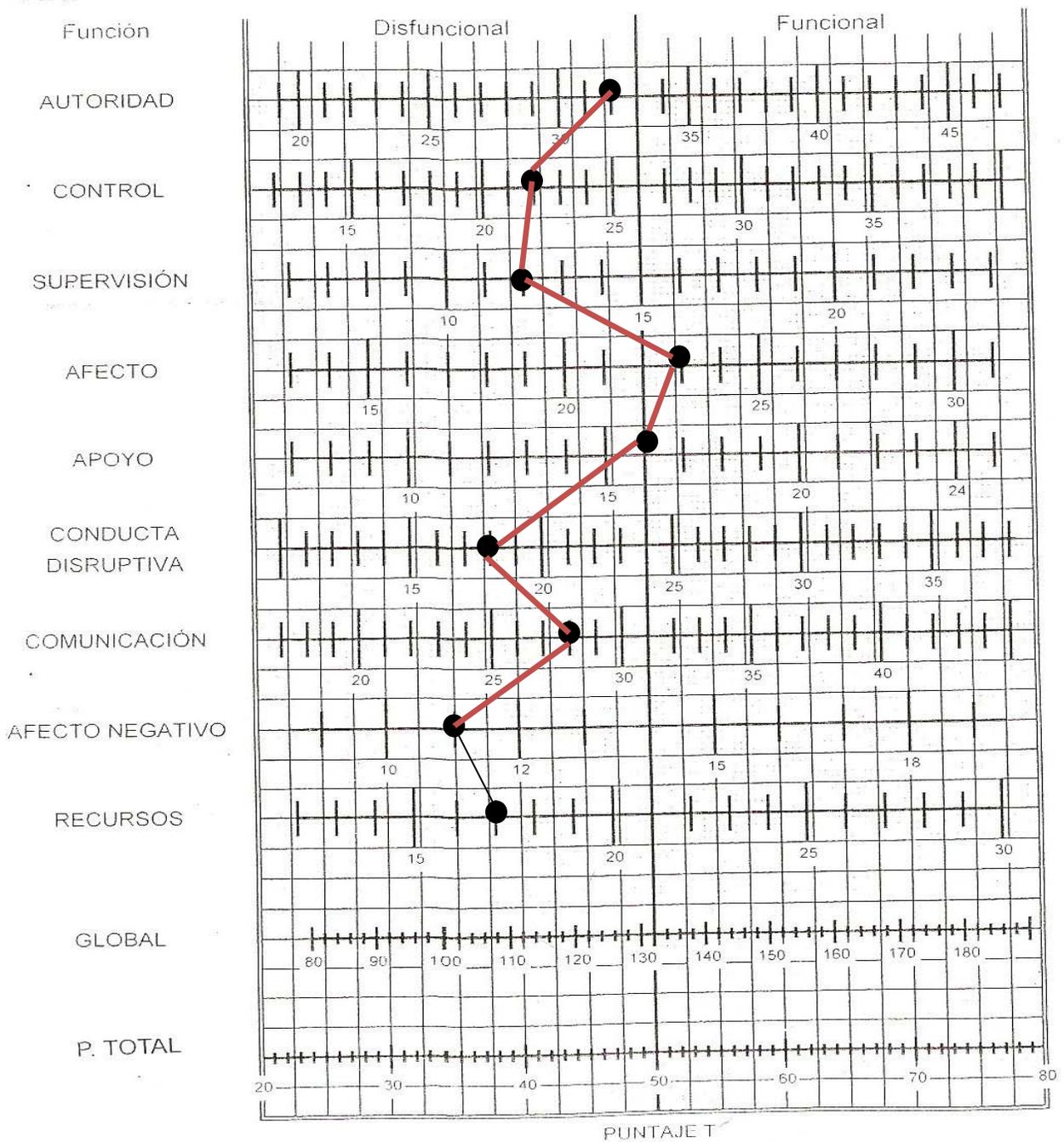
Etapa del ciclo vital: Dispersión

Nivel socioeconómico: pobreza 1

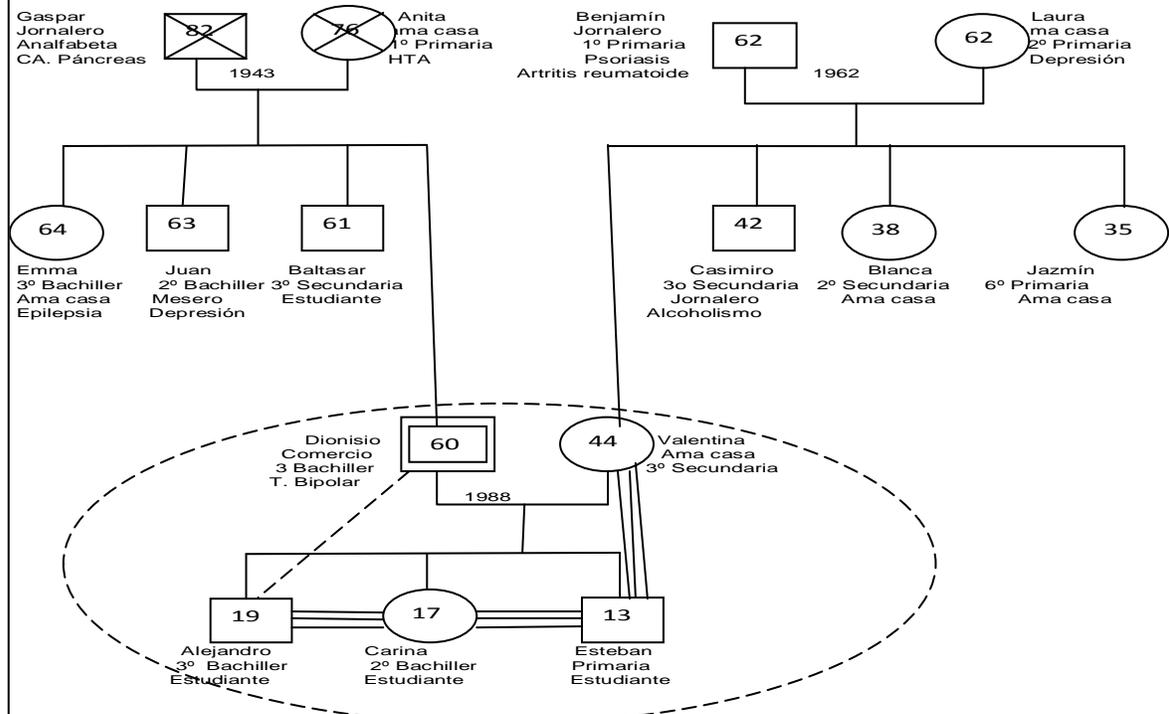
Numero de miembros: 5 Adultos: 3 Adolescentes: 2 Niños: 0

Tipo de Familia: Nuclear

FAMILIA NO. 8



FAMILIA: R.A FECHA: 31/05/2008 GENOGRAMA NO. 8



Familia Nuclear. Tradicional. Integrada. Comerciante. Urbana. En Fase de
Dispersión. ELABORO: María Isabel Pérez Chávez

8.- FAMILIA: R. A

Familia Nuclear. Tradicional. Integrada. Comerciante. Urbana. En fase de dispersión. Dionisio (paciente identificado) masculino de 60 años con escolaridad de bachillerato, dedicado al comercio, padece trastorno bipolar. Es el menor de un total de cuatro hermanos tres varones y una sola mujer. Está casado con Valentina de 44 años, con secundaria terminada, dedicada al hogar, es la primera de cuatro hermanos, de los cuales dos son mujeres y dos hombres. El espacio de edad entre hermanos es de uno a años, con adecuada experiencia de vida con ambos sexos y aceptable complementariedad conyugal.

Se encuentran en etapa de dispersión, con adecuada adaptación al ciclo vital. Sin pautas repetitivas a través de las generaciones. Dentro de los sucesos relevantes de la vida y funcionamiento familiar se encuentra: el trastorno bipolar que padece el paciente identificado. Cónyuge 16 años mayor. Fallecimiento del padre por cáncer pancreático y por secuelas de hipertensión en la madre. Sus dos hermanos mayores enfermos uno con epilepsia y el otro con depresión. Destaca por su trascendencia la presencia de psoriasis y artritis reumatoide en la suegra y depresión en el suegro. Predominan las pautas de relación estrecha en el subsistema paterno-filial y fraterno. Existe relación distante padre-hijo mayor.

En general prevalece el equilibrio, con aceptable adaptación al desarrollo del ciclo vital, con resolución de crisis dentro de las expectativas normativas.

Perfil de Funcionamiento familiar

Familia: R.V Fecha de aplicación: 30/06/2008 Tiempo de formada: 20 Años

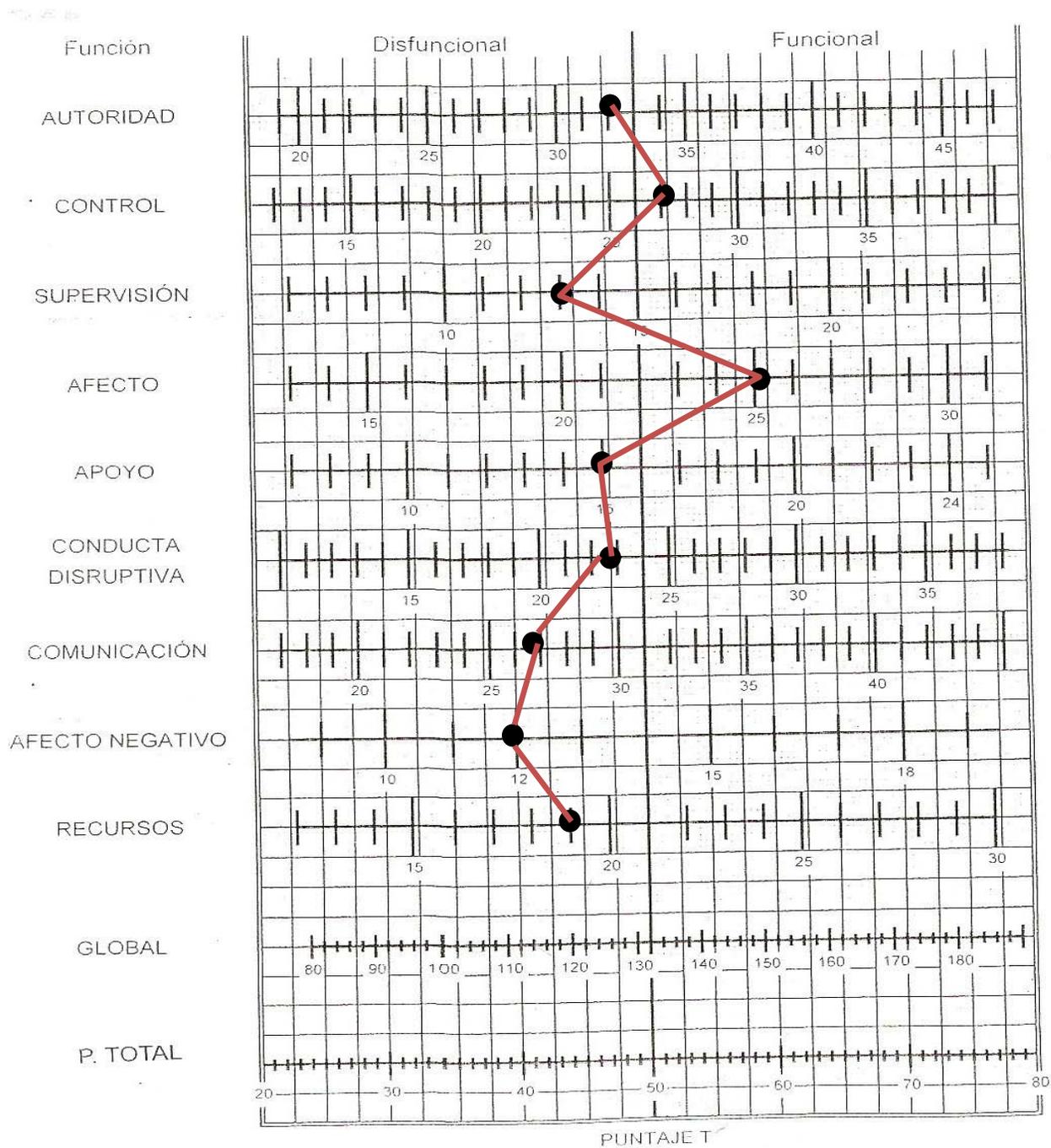
Etapa del ciclo vital: Dispersión

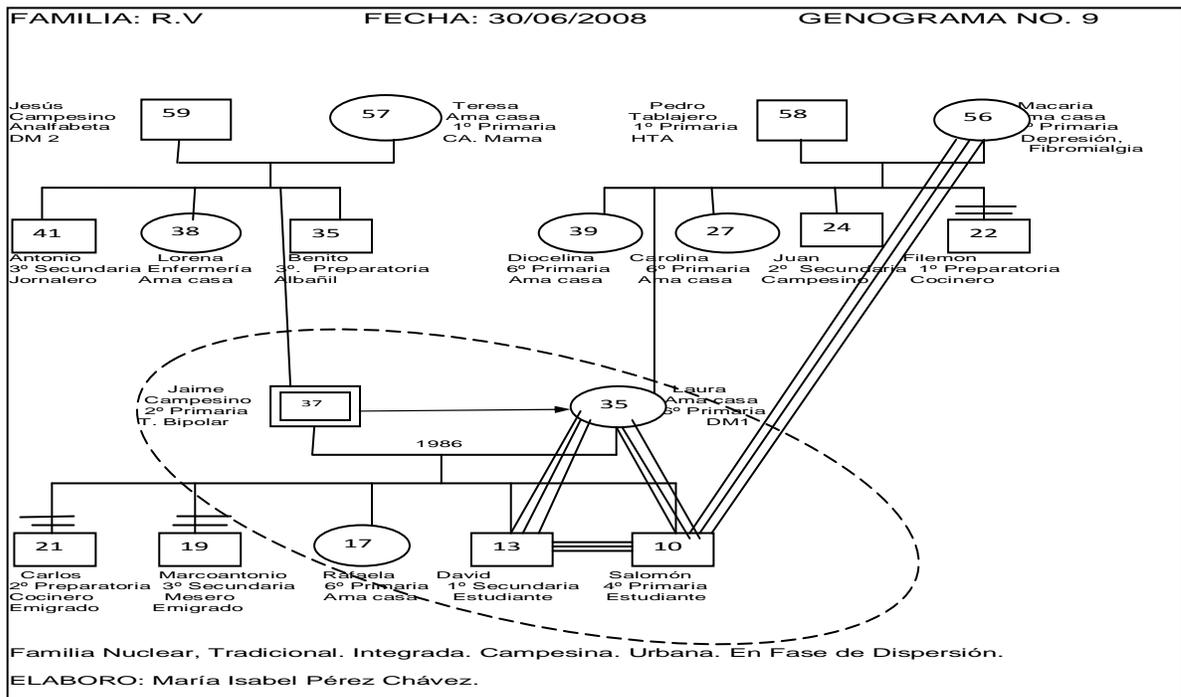
Nivel socioeconómico: pobreza 1

Numero de miembros: 7 Adultos: 4 Adolescentes: 2 Niños: 1

Tipo de Familia: Nuclear

FAMILIA NO. 9





9.- FAMILIA: R. V

Familia Nuclear. Tradicional. Integrada. Campesina. Urbana. En fase de dispersión. Jaime (paciente identificado) del sexo masculino de 37 años de edad, campesino, de escolaridad 2º de primaria, padece trastorno bipolar. Es el tercero de cuatro hermanos, tres varones y una sola mujer, está casado con Laura de 35 años, quien se dedica al hogar. El espacio de edad entre hermanos oscila entre uno y cuatro años. Con adecuada experiencia con ambos sexos, sin problemas de complementariedad conyugal.

Dentro del desarrollo de ciclo vital, se encuentran dentro de las expectativas normativas, actualmente en etapa de dispersión. Dentro de los sucesos relevantes de la vida y funcionamiento familiar se encuentra: el trastorno bipolar en el paciente identificado. Esposa con diabetes mellitus tipo 1. Madre viva con cáncer mamario y padre con diabetes. Sus dos hijos mayores viven lejos de hogar por estar emigrados. Existe relación dominante del esposo hacia la esposa. No se aprecian pautas repetitivas de comportamiento. Las líneas de interacción prevalecientes son de tipo estrecho entre los subsistemas paterno- filial y fraterno. Existe relación dominante esposo- esposa y relación estrecha del hijo menor con la abuela materna.

En general predomina el equilibrio en todas las áreas analizadas, en particular, la estructura, roles, grado de funcionalidad funcional y utilización de los recursos.

Perfil de Funcionamiento familiar

Familia: P.L Fecha de aplicación: 15/07/2008 Tiempo de formada: 20 Años

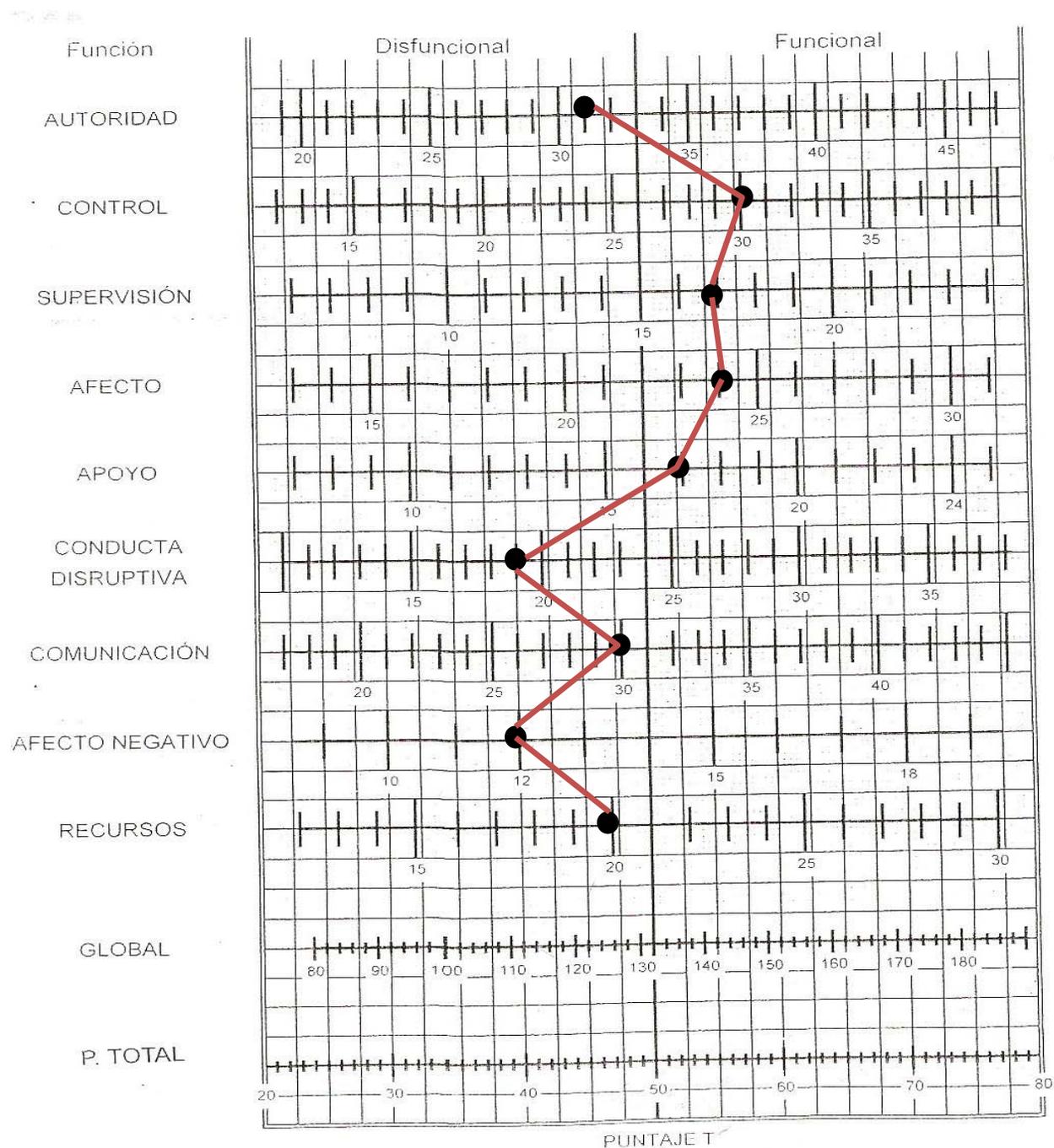
Etapa del ciclo vital: Dispersión

Nivel socioeconómico: pobreza 1

Numero de miembros: 6 Adultos: 4 Adolescentes: 0 Niños: 2

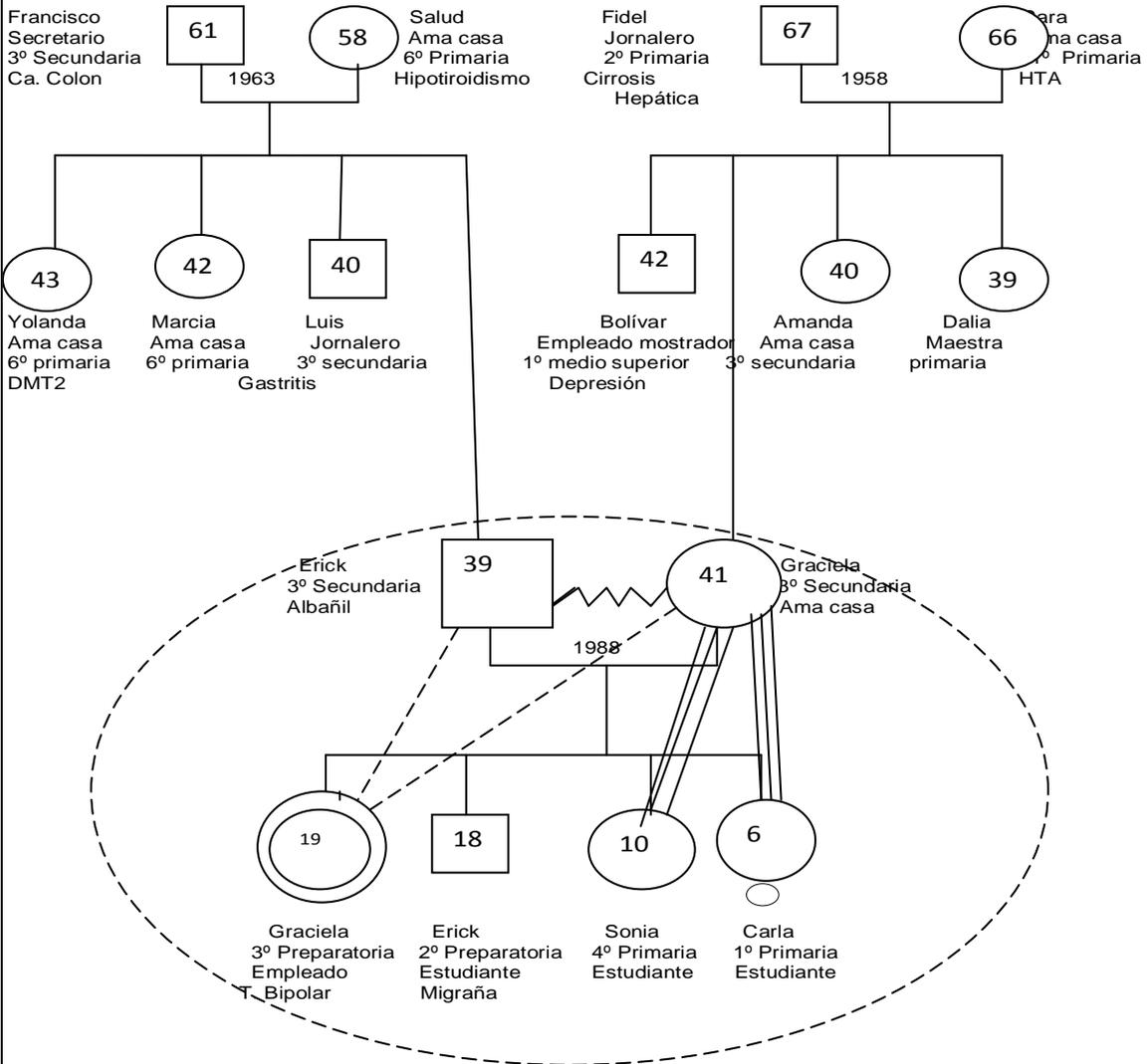
Tipo de Familia: Nuclear

FAMILIA 10



FAMILIA: P.L FECHA: 15/07/2008

GENOGRAMA NO. 10



Familia Nuclear. Tradicional. Integrada. Obrera, Urbana. En Fase de Dispersión.

ELABORO: María Isabel Pérez Chávez.

10.- FAMILIA: P. L

Familia Nuclear. Tradicional. Integrada. Obrera. Urbana. En etapa de dispersión. Graciela (paciente identificado) femenina de 19 años de edad, soltera, escolaridad de preparatoria, empleada quien padece trastorno bipolar. Es la primera de cuatro hermanos, dos mujeres y un varón, con espacio de edad entre hermanos, entre uno y ocho años. Con adecuada experiencia de vida con ambos sexos.

En etapa de dispersión, debido a que vive dentro del hogar materno y depende económicamente de sus padres. Destacan por su relevancia los siguientes sucesos: Antecedente en los abuelos maternos de cáncer de colon e hipotiroidismo. Cirrosis e hipertensión en los abuelos maternos. Tío paterno con antecedente de diabetes y gastritis y un tío materno con depresión. Sus padre presentan disfunción conyugal, la madre es 2 años mayor que el padre, de sus tres hermanos el segundo padece migraña. Sin pautas repetitivas a través de las generaciones. Las interrelaciones familiares son de tipo estrecho en el subsistema materno- filial, existe disfunción conyugal entre los padres. Y relación distante con la paciente identificada de ambos padres.

En general predomina el desequilibrio familiar en particular en el funcionamiento, estilo de interrelación, y adaptación al desarrollo del ciclo vital, el cual se encuentra fuera de las expectativas normativas.

Perfil de Funcionamiento familiar

Familia: S. V Fecha de aplicación: 14/08/2008 Tiempo de formada: 36 Años

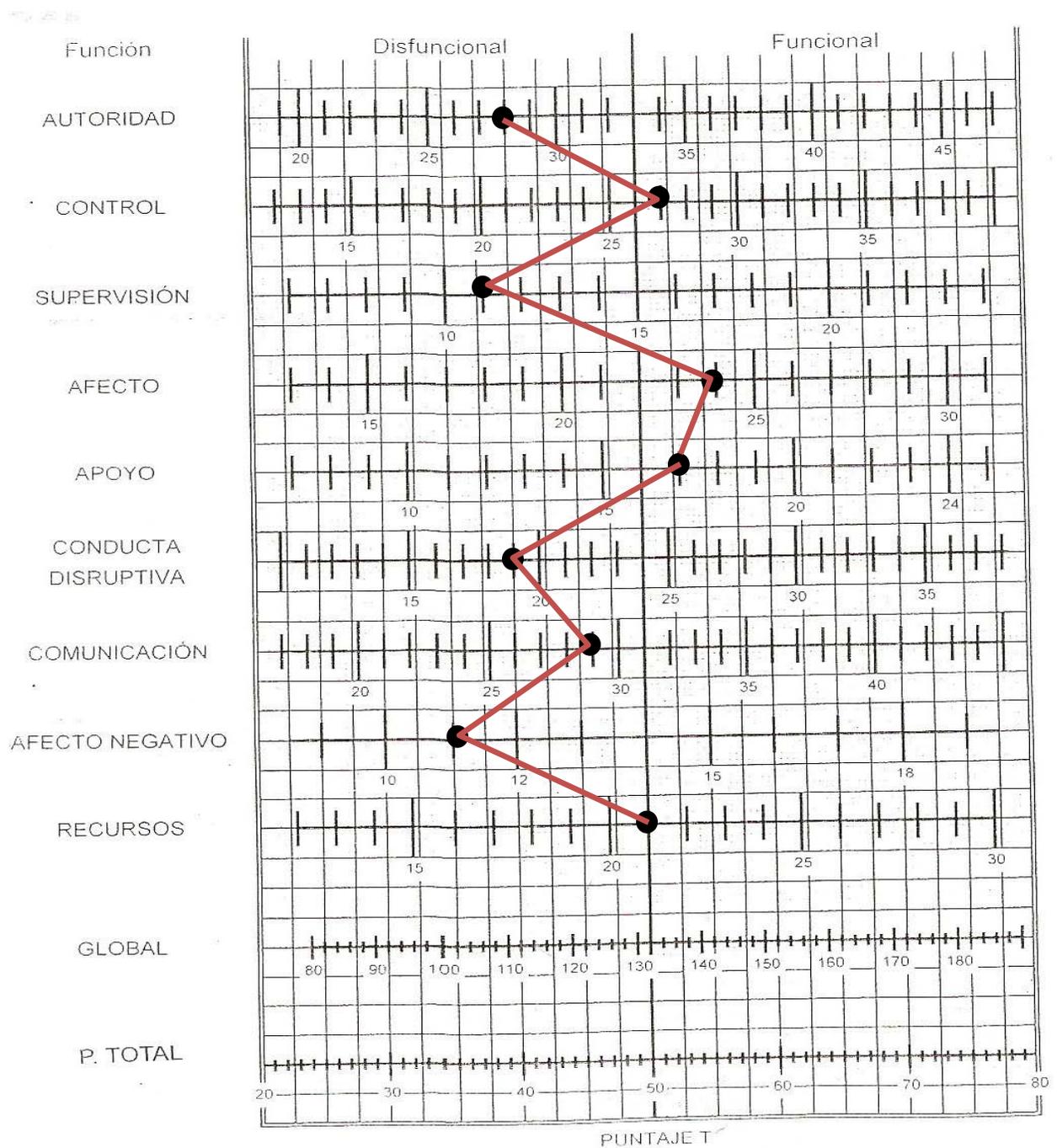
Etapa del ciclo vital: Independencia

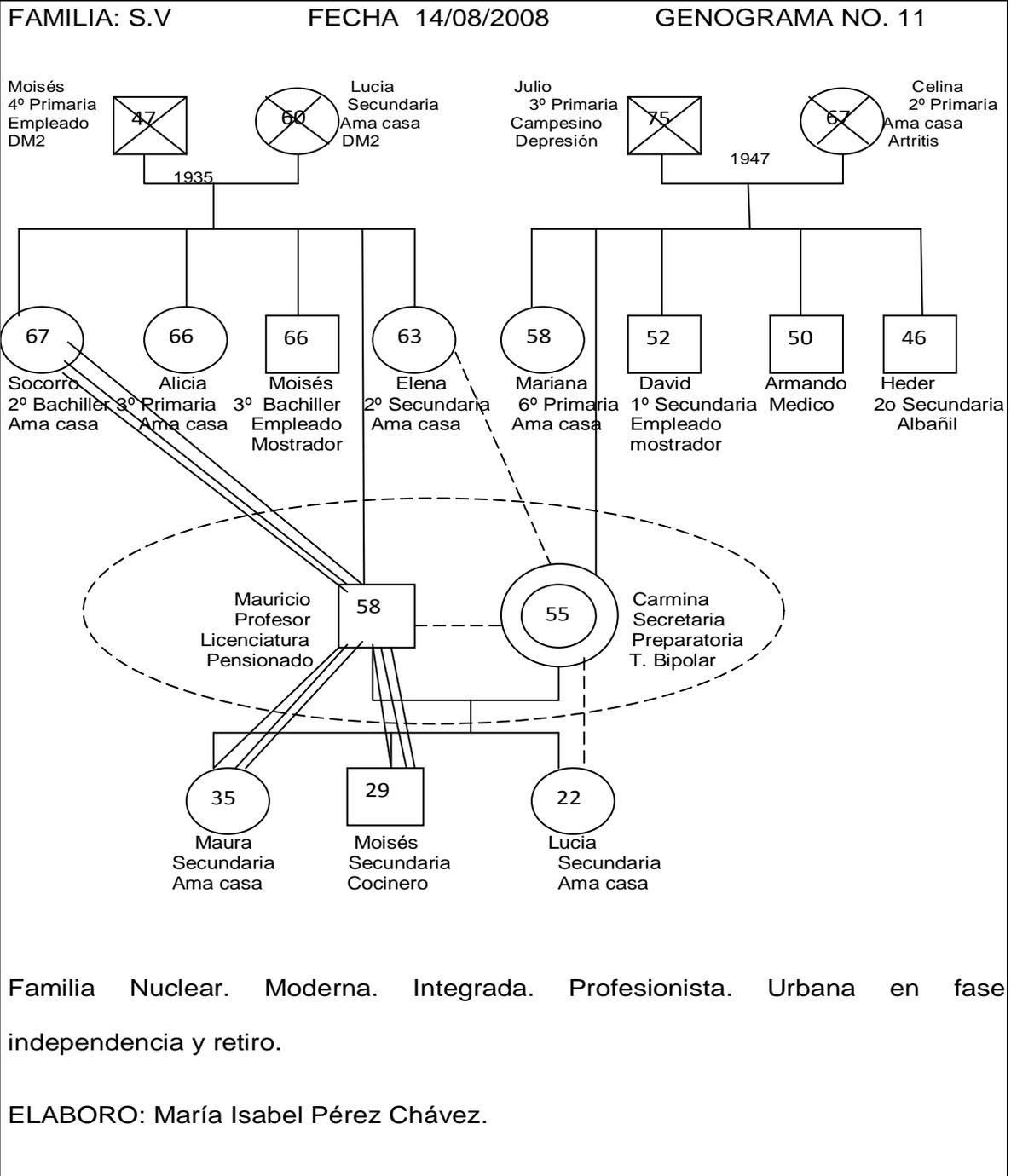
Nivel socioeconómico: Pobreza 1

Numero de miembros: 5 Adultos: 5 Adolescentes: 0 Niños: 0

Tipo de Familia: Nuclear

FAMILIA NO. 11





11.- FAMILIA: S. V

Familia Nuclear. Moderna. Integrada. Profesionista. Urbana. En fase de retiro. Carmina (paciente identificada) femenina de 55 años, escolaridad preparatoria, trabaja como secretaria y padece trastorno bipolar. Es la segunda de cinco hermanos, tres varones y dos mujeres, está casada con Mauricio de 58 años, quien está pensionado y ocupa el cuarto lugar de cinco hermanos, de los cuales dos son mujeres y tres varones. Presentan como espacio de edad entre hermanos promedio de -----con aceptable experiencia de vida con ambos sexos y sin problemas de complementariedad conyugal.

Cursan dentro del desarrollo del ciclo vital la fase de retiro, con adaptabilidad a la misma dentro de las expectativas normativas. Destacan como sucesos relevantes: El trastorno bipolar del paciente identificado, fallecimiento de los cuatro abuelos, los paternos por diabetes y por rama materna por depresión y artritis. Viven crisis normativa en relación a la jubilación del cónyuge de la paciente en estudio. No se aprecian pautas repetitivas de comportamiento, ni funcionales. El estilo de interrelación es distante en el subsistema madre-hija menor y estrechas entre padre-hijos mayores.

Predomina el equilibrio con estructura familiar estable y desarrollo del ciclo vital dentro de las expectativas normativas.

Perfil de Funcionamiento familiar

Familia: V.V Fecha de aplicación: 22/09/2008 Tiempo de formada: 15 Años

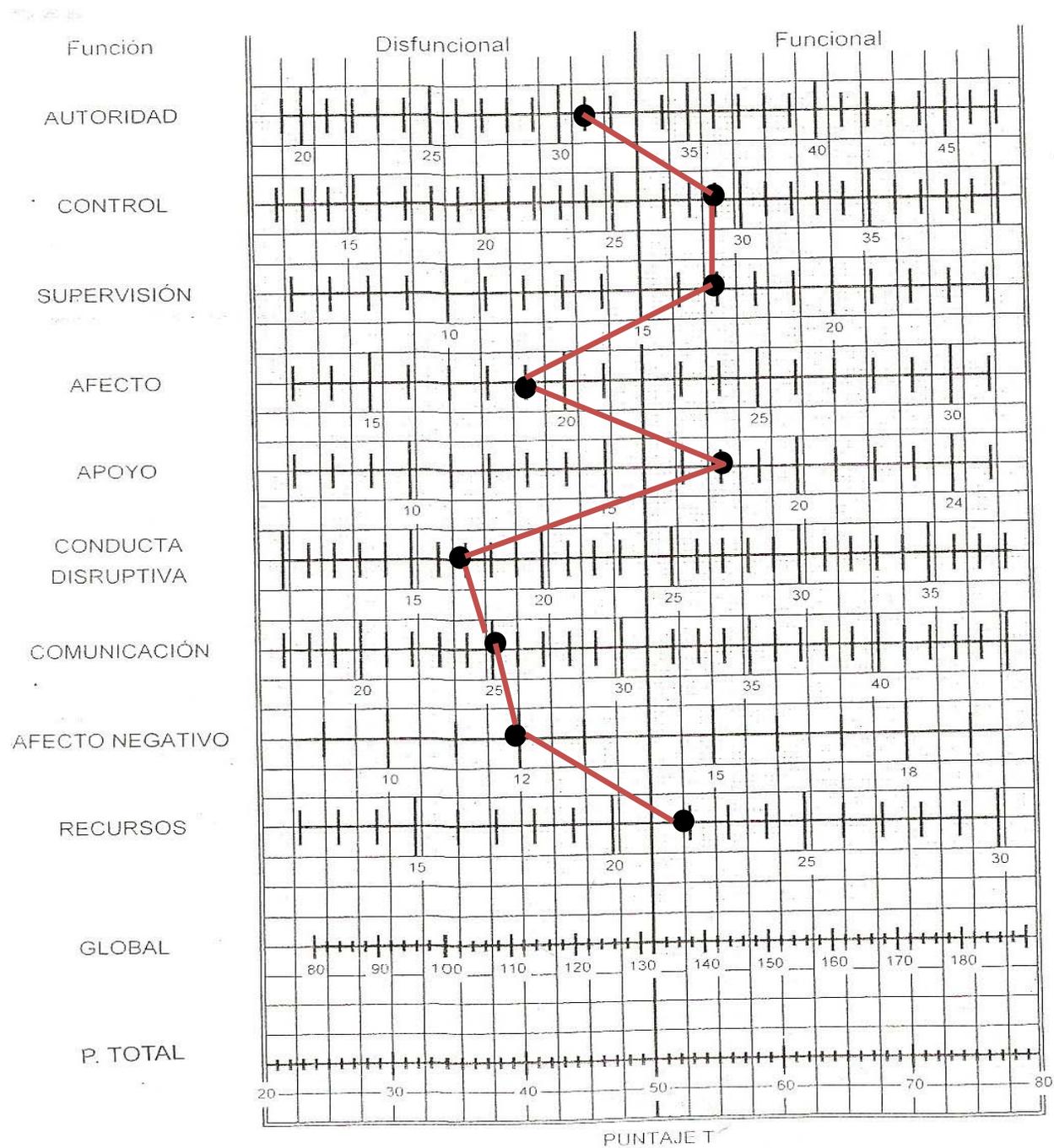
Etapa del ciclo vital: Dispersión

Nivel socioeconómico: Pobreza 1

Numero de miembros: 4 Adultos: 3 Adolescentes: 1 Niños: 1

Tipo de Familia: Nuclear

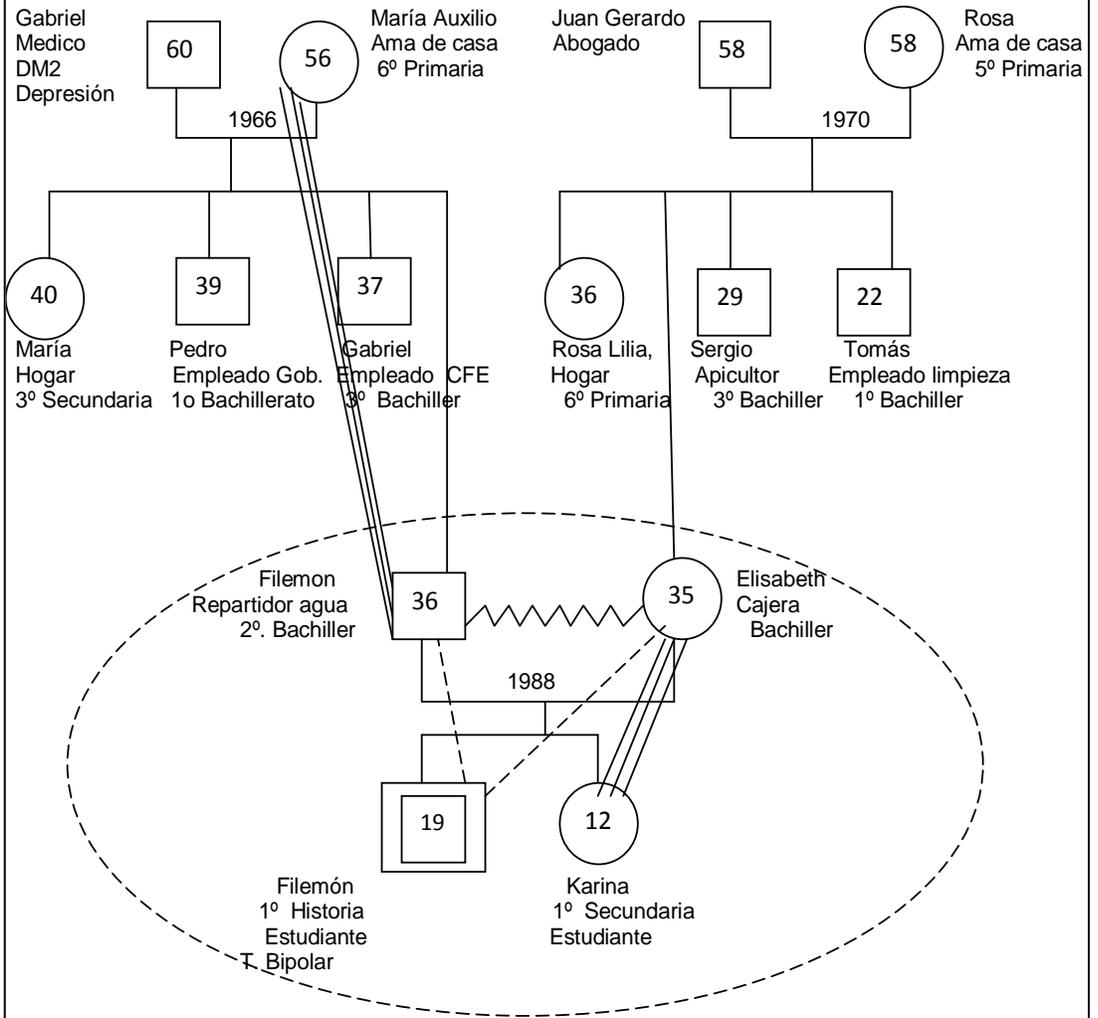
FAMILIA NO. 12



FAMILIA: V.V

FECHA: 22/09/2008

GENOGRAMA No. 12



Familia Nuclear. Moderna. Integrada. Comerciante. Urbana. En Fase de Dispersión.

ELABORO: María Isabel Pérez Chávez.

12.- FAMILIA: V. V

Familia Nuclear, moderna. Integrada. Comerciante. Urbana. En etapa de dispersión. Filemón (paciente identificado) masculino de 19 años, estudiante de historia, quien padece trastorno bipolar. Es el primero de dos hermanos, su hermana menor Karina es siete años menor, y tiene actualmente 12.

Se encuentran en etapa de dispersión, con adaptación al ciclo vital fuera de las expectativas normativas por disfunción conyugal paterna. Dentro de los sucesos relevantes de la vida se encuentra el trastorno bipolar del paciente identificado. Antecedente carga genética para diabetes y depresión por parte del abuelo paterno. Sin pautas repetitivas de comportamiento, ni funcionales. Existe disfunción conyugal. Relación estrecha subsistema madre-hija menor y relación distante padre-paciente identificado. El padre mantiene relación estrecha con su madre.

En general en todas la áreas evaluadas predomina el desequilibrio particularmente en su estructura, cumplimiento de roles y grado de funcionalidad familiar

8.-Discusión:

Las familias que tienen entre sus integrantes un enfermo con trastorno bipolar, igual que otras con enfermedad crónica se ven afectadas en sus aspectos organizacionales ⁽²²⁾. Los resultados de este estudio corroboran lo señalado en estudios previos, todas las familias con trastorno bipolar presentaron disfunción familiar de moderada a severa.

Un primer elemento de la disfunción es la presencia de crisis paranormativas inducida por la propia enfermedad ⁽³⁰⁾. Como es bien conocido la presencia de crisis no es un fenómeno extraño en familias sometidas a estrés, lo importante reside en si la familia responde o no positivamente tratando de encontrar un equilibrio y adaptarse a la nueva situación. Y lo que observamos en las familias estudiadas es que justamente muestran recursos para adaptarse y mantener el equilibrio. A este respecto no encontramos estudios similares a éste que expliquen estas capacidades de adaptación familiar. En el caso nuestro, una hipótesis explicativa va en el sentido de que las familias tradicionales se adaptan mejor a las crisis que las familias modernas.

En la composición familiar encontramos dominancia tradicional y propia de familias rurales, es decir predominio en la autoridad del varón sobre el resto de la familia. A pesar de que en el contexto urbano hay una tendencia a criticar este tipo de relación, principalmente por la vía de la igualdad de derechos en cuanto al género, las familias tradicionales tienen una fuerte carga ética orientada a mantener como autoridad la figura paterna bajo la cual todos los subsistemas se mantienen subordinados. Lo que se aprecia en estas familias es que esta condición les permite mantenerse equilibradas. Tampoco a este respecto encontramos referencias que permitan comparar nuestros resultados.

9.- Conclusiones

El Trastorno bipolar es una entidad nosográfica que afecta al individuo y su núcleo familiar. El trastorno es frecuente en la consulta de primer nivel de atención y por ello está al alcance de I Médico Familiar.

El funcionamiento Familiar se altera en las familias que tienen un integrante con trastorno bipolar. La totalidad de las familias presentaron disfunción de moderada a severa y dado que en nuestro medio es poco común que las familias consulten a los médicos familiares este tipo de problemas suele prolongarse y desorganizar a las familias. Debido a que estas familias muestran tendencias a repetir patrones de enfermedades crónicas es muy importante detectar los riesgos y ofrecer programas preventivos

Podemos concluir de manera general que es fundamental que el médico de primer contacto detecte con oportunidad las alteraciones e intervenga para apoyar a la familia.

10.- Bibliografía:

¹ Reinares M, Vieta E, Colom F, Martínez A, Torrent M, Benabarre A, Goikolea, Corbellas B. Intervención familiar de tipo psicoeducativo en el trastorno bipolar. Rev. Psiquiatría Fac. Med Barna. 2002; 29 (2): 97-105

² Kim S, Griswold, Linda F, Pessar. Magnament of Bipolar Disorder American . Family Physician2000; (62) 6:

³ Holmgren GD, Lermenda S, Cortés VC, Cárdenas MI, Aguirre AK, Valenzuela AK. Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2005; 43(4): 275-286

⁴ Díaz A, Fouilloux C, Guerrero B. Trastorno bipolar. Impacto sobre la calidad de vida repercusiones familiares, impacto social y costo económico de la enfermedad. Psiquis (México),2006; 15 (5): 135-141

⁵ Kohn RI, Levav JM, Caldas ABV. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Panamerican Jounal, 2005: 4 (2): 3-15

⁶ Téllez VJ. Nuevos aspectos clínicos del trastorno afectivo bipolar tipo .Avances en psiquiatría biológica. 2005; 6: 7- 31.

⁷ Díaz A, Fouilloux C, Guerrero B, Díaz AA. Trastorno bipolar. Impacto sobre la calidad de vida, repercusiones familiares, impacto social y costo económico de la enfermedad. Psiquis (México) (15)5:135-141.

⁸ Comunicado de prensa No. 45. Esquizofrenia, depresión y trastorno bipolar. Temas pilares del congreso de salud mental del IMSS. Lunes 4 de Febrero de 2008.

⁹ Posada-Villa JA, Trevisi C, Medunab A. Prevalencia, severidad y necesidades no satisfechas del tratamiento de los trastornos de ansiedad 2004; http://editorial.unab.edu.co/revistas/medunab/pdfs/r720_ao_c1.pdf

¹⁰ Goodwin FK. The evolution of the concepto bipolar disorder. *Actas Esp Psiquiatr* 2008; 36 (supp): 40-41

¹¹ American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV 2007.

¹² Mena I, Etal. Trastorno afectivo bipolar. Evaluación de cambios funcionales cerebrales a partir de la técnica de Neuro-spect Tc 99mHMPAO. *Alasbimn Journal*. 2004 6(23): Article No AJ23 –1

Huerta G JS. Estudio de la salud Familiar. *PAC MF*. 1999; 1: 11-69.

¹³ Becoña EM, Lozano MC. Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema* 2001; (13) 3:511-522

¹⁴ Reinares M, Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, Torrent C. Intervención familiar de tipo psicoeducativo en el trastorno bipolar. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2002;29(2):97-105

¹⁵. Conceptos básicos para el estudio de las familias. *Arch Med Fam* 2005; 7 (1): 15-19.

-
- ¹⁶ Colegio Mexicano de Medicina Familiar. Consenso mexicano sobre Medicina Familiar, Elementos esenciales de la medicina familiar. Arch Med Fam 2005; (7) Supl. 1: 13-14
- ¹⁷ Ackerman NW. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Psicodinamismos de la vida familiar. Ed. Horme. Ed. Horme. Buenos Aires, 1998.
- ¹⁸ Rubinstein A. Medicina Familiar y Comunitaria. Bases y Fundamentos de la Práctica de la Medicina Familiar. Editora Médica Panamericana, Buenos Aires, 2001
- ¹⁹ Estrada IL. El ciclo de vida familiar. Editorial Grijalbo, México 2007.
- ²⁰ Arnold M. Osorio F. Introducción a los Conceptos Básicos de la Teoría General de Sistemas. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Antropología. Universidad de Chile. <http://www.moebio.uchile.cl/03/frprinci.htm> (consultado el 1 de Diciembre 2008)
- ²¹ Espejel AE, Almagro F, Ruíz VVM, Cortes FJ, Poulat ML. Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar. Instituto de la Familia Ac. Universidad de Tlaxcala, México; 1997.
- ²² Rentaría OMA, Carranza BO, Espejel AE. Funcionamiento Familiar en Familias con Diabetes Mellitus. Tesis para obtener diploma de Especialidad en Medicina Familiar. IMSS- UNAM 2005.
- ²³ Valencia CM. Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. Salud Mental 2007; (30) 2: 75-80
- ²⁴ Instituto Nacional de las Mujeres. Panorama de la Salud Mental en la mujeres y los hombres mexicanos. <http://www.inmujeres.gob.mx/>

²⁵ Téllez VJ. Nuevos aspectos clínico del trastorno afectivo bipolar. Avances en Psiquiatría Biológica 2005; 6: 7-31.

²⁶ IMSS Delegación Michoacán. Departamento de informática Médica. Boletín Estadístico Anual 2008.

²⁷ Declaración de Helsinki: Principios éticos de investigación biomédica con sujetos humanos. <http://www.seeiuc.com/investig/helsinki.htm>

²⁸ Declaración de Helsinki de la Asociación Medical Mundial. <http://www.uchile.cl/bioetica/doc/helsink.htm>

²⁹ Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Código de Bioética para el personal de salud. México 2002. <http://www.codamedver.gob.mx/bioetica2002.htm>

³⁰ Velasco M, Sinivaldi F. El enfermo crónico y su familia. Editorial el Manual moderno México 2003

11.- Anexos:

1.- Escala de Funcionamiento Familiar

2.- Carta de consentimiento informado