



HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

TESIS

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR, EN LAS DIMENSIONES DE
COHESION Y ADAPTABILIDAD, EN LOS PACIENTES CON
TRASTORNO DEPRESIVO EN CONTROL ADSCRITOS A
LA UMF No. 1 DEL IMSS DELEGACIÓN
AGUASCALIENTES”**

PRESENTADA POR

Rubén Ruvalcaba Rodríguez

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

ASESOR

Dra. Ana Hortensia López Ramírez

Aguascalientes, Ags., 29 de febrero de 2016



AGUASCALIENTES, AGS., A 27 DE ENERO DE 2016

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD
PRESENTE

Por medio de la presente, me permito informarle que el médico residente de la Especialidad en Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

Dr. Rubén Ruvalcaba Rodríguez

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR, EN LAS DIMENSIONES DE COHESION Y
ADAPTABILIDAD, EN LOS PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO EN
CONTROL ADSCRITOS A LA UMF No. 1 DEL IMSS DELEGACION
AGUASCALIENTES”**

Número de registro: **R-2015-101-25** del Comité Local de Investigación en Salud No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El Dr. Rubén Ruvalcaba Rodríguez asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se realice la impresión definitiva del trabajo, con la finalidad de presentarla ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad.

Sin otro particular, agradezco su atención que sirve a la presente y quedo de usted.

ATENTAMENTE

DRA. ANA HORTENSIA LOPEZ RAMIREZ
ASESOR CLINICO Y METODOLOGICO



AGUASCALIENTES, AGS., FEBRERO DE 2016

DR. RAUL FRANCO DIAZ DE LEON
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
PRESENTE

Por medio de la presente, me permito informarle que el médico residente de la Especialidad en Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

Dr. Rubén Ruvalcaba Rodríguez

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR, EN LAS DIMENSIONES DE COHESION Y
ADAPTABILIDAD, EN LOS PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO EN
CONTROL ADSCRITOS A LA UMF No. 1 DEL IMSS DELEGACION
AGUASCALIENTES”**

Número de registro: **R-2015-101-25** del Comité Local de Investigación en Salud No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El Dr. Rubén Ruvalcaba Rodríguez, asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad en investigación en salud vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social, por lo que no tengo inconveniente de que se continúe con los trámites correspondientes a la titulación en su especialidad ante el centro que usted preside.

Sin otro particular, agradezco su atención que sirve a la presente y quedo de usted.

ATENTAMENTE

A handwritten signature in blue ink that reads 'Carlos Alberto Prado'.

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD



RUBÉN RUVALCABA RODRÍGUEZ
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR, EN LAS DIMENSIONES DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD, EN LOS PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO EN CONTROL ADSCRITOS A LA UMF NO. 1 DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
“SE LUMEN PROFERRE”

Aguascalientes, Ags., 29 de Enero de 2016.

DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. C. P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo

AGRADECIMIENTOS

Al líder supremo de las fuerzas celestiales, por la oportunidad de vida...

A mis Padres, Mamá More y Don Rubén, por su amor infinito...

A mi Esposa Laura y mi chula Ximena, por caminar de mi mano sin tener certeza del destino...

A mis suegros, Sra. María Elena y el Dr. Caldera, por cuidar de mis mujeres en mis ausencias...

A mi asesora, Dra. Ana Hortensia López Ramírez, por su apoyo incondicional fungiendo como la mamá de sus pollitos...

A todos mis maestros, de quienes siempre hubo mucho que aprender...

A todos los pacientes que de forma voluntaria, pero sobre todo, a aquellos que involuntariamente contribuyeron a mi formación como Médico Familiar...

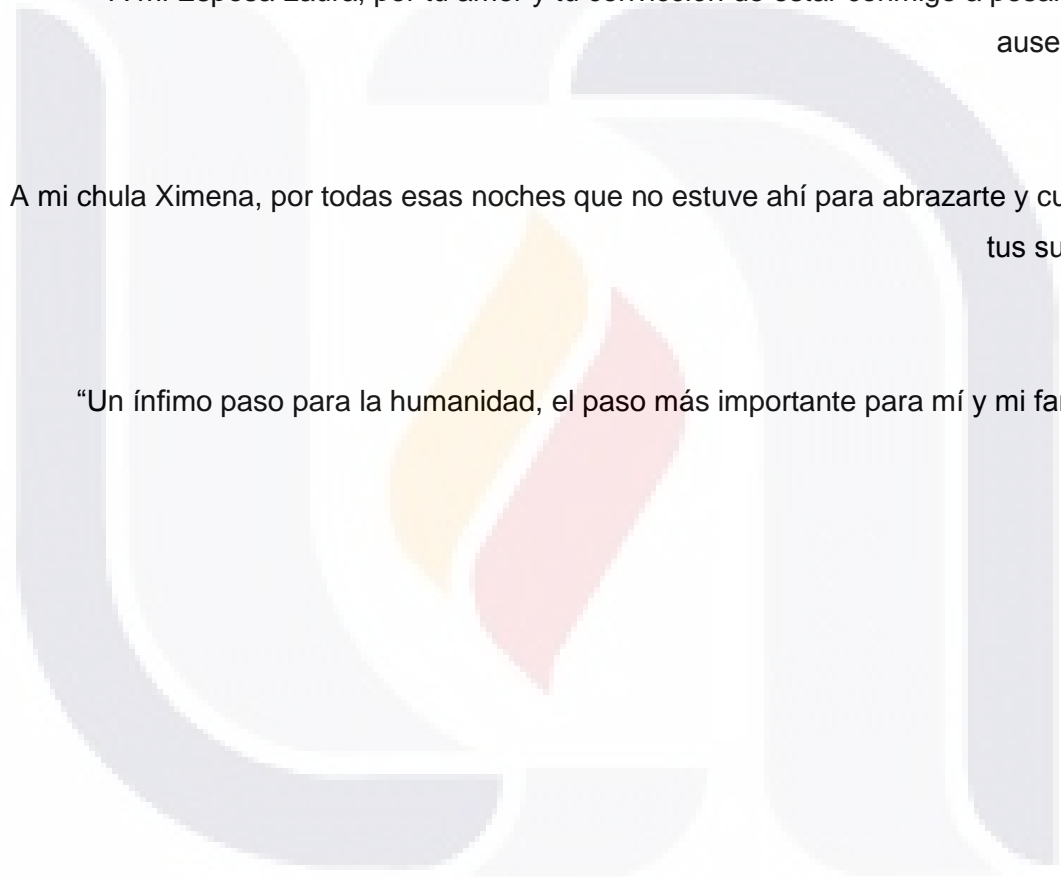
DEDICATORIA

A mis Padres, Mamá More y Don Rubén, de quienes he aprendido que el trabajo todo lo vence...

A mi Esposa Laura, por tu amor y tu convicción de estar conmigo a pesar de mis ausencias...

A mi chula Ximena, por todas esas noches que no estuve ahí para abrazarte y cuidar de tus sueños...

“Un ínfimo paso para la humanidad, el paso más importante para mí y mi familia”...



INDICE GENERAL

INDICE GENERAL..... 1

INDICE DE TABLAS..... 4

INDICE DE FIGURAS..... 5

INDICE DE GRAFICAS..... 6

ACRONIMOS..... 7

RESUMEN..... 8

ABSTRACT..... 9

INTRODUCCION..... 10

I. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS..... 12

II. MARCO TEORICO..... 18

II.A. La Familia..... 18

II.A.1 Ciclo vital familiar..... 19

II.A.2 Funciones de la Familia..... 20

II.B. Funcionalidad Familiar..... 20

II.B.1 Modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares..... 22

II.C. Depresión..... 26

II.C.1 Depresión en control..... 27

III. JUSTIFICACIÓN..... 29

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 31

IV.A. Características socioeconómicas y culturales de la población en estudio..... 31

IV.B. Panorama de salud..... 32

DEPRESION EN EL MUNDO (OMS)..... 32

DEPRESION EN MEXICO..... 32

DEPRESION EN LA UMF NO. 1 IMSS AGUASCALIENTES..... 33

IV.C. Panorama del Sistema de salud..... 33

IV.D. Descripción de la distribución del problema..... 34

IV.E. Descripción de la gravedad del problema..... 35

V. OBJETIVOS.....	37
V.A. <i>Objetivo general:</i>	37
V.B. <i>Objetivos específicos:</i>	37
VI. HIPÓTESIS:	38
VI.A. <i>Hipótesis alterna:</i>	38
VI.B. <i>Hipótesis nula:</i>	38
VI.C. <i>Hipótesis alternas específicas:</i>	38
VI.D. <i>Hipótesis nulas específicas:</i>	38
VII. MATERIAL Y METODOS.	39
VII.A. <i>Diseño de estudio</i>	39
VII.B. <i>Población en estudio</i>	39
VII.B.1 <i>Criterios de inclusión:</i>	39
VII.B.2 <i>Criterios de exclusión:</i>	39
VII.B.3 <i>Criterios de eliminación</i>	39
VII.C. <i>Selección de la muestra</i>	40
VII.D. <i>Logística</i>	40
VII.E. <i>Plan de análisis</i>	40
VII.F. <i>Validez del instrumento</i>	40
VII.G. <i>Operacionalización de las variables</i>	43
VII.H. <i>Aspectos éticos</i>	51
VII.I. <i>Recursos</i>	51
VII.I.A. <i>Humanos</i>	51
VII.I.B <i>Materiales</i>	51
VII.I.C <i>Financieros</i>	51
VIII.- RESULTADOS	53
IX.- DISCUSION DE LOS RESULTADOS	62
X.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	64
XI.- RECOMENDACIONES	65
XII.- CONCLUSIONES	66
XIII. GLOSARIO.....	67
XIV.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68

ANEXOS

ANEXO A. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO B. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PERIODO 2015-2016

ANEXO C. MANUAL OPERACIONAL



INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características Sociodemográficas 43
Tabla 2. Operacionalización de variables 44



INDICE DE FIGURAS

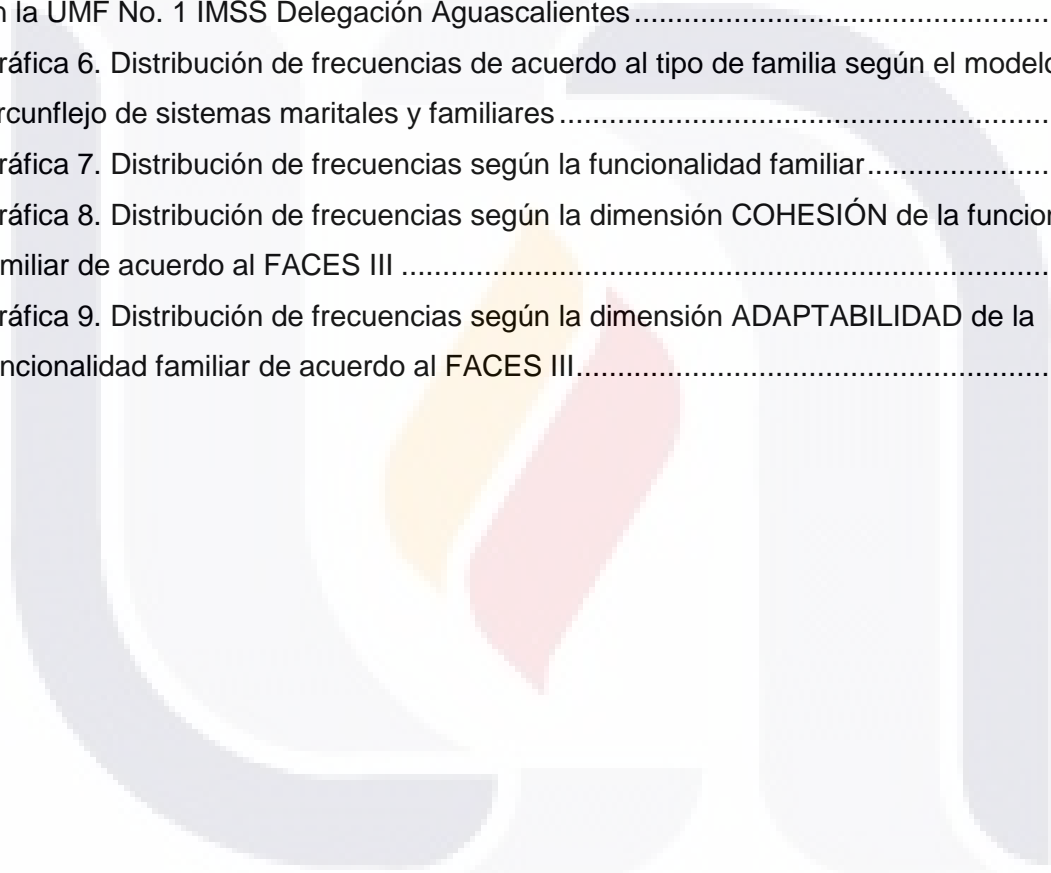
Figura 1. Modelo circunflejo. [Martínez Pampliega A, cols.. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2005 Abril; 6 (2)..... 25

Figura 2. Instrumento..... 42



INDICE DE GRAFICAS

Gráfica 1. Distribución de frecuencias por sexo.....	53
Gráfica 2. Distribución de frecuencias por estado civil.....	54
Gráfica 3. Distribución de frecuencias por ocupación	55
Gráfica 4. Distribución de frecuencias por grado de escolaridad	56
Gráfica 5. Distribución de los pacientes con trastorno depresivo según el tiempo en control en la UMF No. 1 IMSS Delegación Aguascalientes.....	57
Gráfica 6. Distribución de frecuencias de acuerdo al tipo de familia según el modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares	58
Gráfica 7. Distribución de frecuencias según la funcionalidad familiar.....	59
Gráfica 8. Distribución de frecuencias según la dimensión COHESIÓN de la funcionalidad familiar de acuerdo al FACES III	60
Gráfica 9. Distribución de frecuencias según la dimensión ADAPTABILIDAD de la funcionalidad familiar de acuerdo al FACES III.....	61



ACRONIMOS

CMMF	Consejo Mexicano de Medicina Familiar
DM2	Diabetes mellitus tipo 2
DSM-V	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición
ENEP	Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica
FACES III	III Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar
HAS	Hipertensión Arterial Sistémica
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
IRA	Infección Respiratoria Aguda
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIB	Producto Interno Bruto
SPSS V. 21	Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales Versión 21
UMF	Unidad de Medicina Familiar

RESUMEN

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR, EN LAS DIMENSIONES DE COHESION Y ADAPTABILIDAD, EN LOS PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO EN CONTROL ADSCRITOS A LA UMF No. 1 DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”

Introducción: La familia, como sistema dinámico, cuya finalidad es propiciar el desarrollo individual y social de sus integrantes, influye en diversos aspectos de dicho desarrollo; siendo la cohesión y adaptabilidad familiar, las dimensiones que determinan la capacidad de afrontar las crisis familiares. La depresión, implica una serie de cambios en el sistema familiar, lo que favorece el estudio de la funcionalidad familiar, a través de sus dimensiones de cohesión y adaptabilidad. **Antecedentes:** Cajero-Vázquez, C (2009), describe la funcionalidad familiar en pacientes con trastorno esquizofrénico en fase de control, encontrando familias funcionales en el 55.18% al aplicar el FACES III, Badillo-Montes, MT (2009) y Sainos-López, DG, describen la funcionalidad familiar en pacientes con otras patologías psiquiátricas, encontrando diferencias en cuanto a la afección de la funcionalidad por las patologías; por otro lado, García-Leetch, E (2009), Olvera-Arreola, SS (2012), González-Lucario, O (2013) y Pérez-Cabrera, A (2014), describen la funcionalidad familiar en pacientes con enfermedades crónicas, encontrando familias funcionales. **Objetivo:** Determinar la funcionalidad familiar, en sus dimensiones de cohesión y adaptabilidad, en los pacientes con trastorno depresivo en control. **Metodología:** Estudio no experimental, transversal, descriptivo; con una muestra de 39 pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo, con tres meses y menos de un año en control de su patología, con edad entre 20 y 64 años, que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 IMSS, Delegación Aguascalientes, en el período comprendido entre el 30 de noviembre al 30 de diciembre del año 2015. Se evaluó la funcionalidad familiar percibida utilizando el instrumento FACES III. **Resultados:** De los 39 pacientes, el 74.4% fueron del sexo femenino, 69.2% casados y 56.4% se dedicaban al hogar. El 82.1% de los pacientes cuentan con una familia funcional y el 17.9% posee una familia disfuncional. Dentro de los tipos de familia, la caóticamente separada mostró un ligero predominio con el 15.4%, apenas por encima de la flexiblemente separada (12.8%), y otras como: la flexiblemente conectada y la estructuradamente conectada, ambas con el 10.3%. **Conclusiones:** Existe adecuada funcionalidad familiar, en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, en las familias de pacientes con trastorno depresivo en control.

ABSTRACT

"FAMILY FUNCTIONING, IN THE DIMENSIONS OF COHESION AND ADAPTABILITY, IN OUTPATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDER ASSIGNED TO THE FMU No. 1 IMSS AGUASCALIENTES DELEGATION"

Introduction: The family as a dynamic system, whose purpose is to foster individual and social development of its members, affects various aspects of such development; being the family cohesion and adaptability, the dimensions that determine the capacity to cope with family crises. Depression involves a series of changes in the family system, which promotes the study of family functioning, through its dimensions of cohesion and adaptability. **Background:** Cajero-Vazquez C (2009) describes family functioning in patients with schizophrenic disorder under control, finding functional families in 55.18% when applying the FACES III, Badillo-Montes MT (2009) and Sainos-Lopez DG, describe family functioning in patients with other psychiatric disorders, finding some differences as to the condition of the functionality due to pathologies; on the other hand, Garcia-Leetch E (2009) Olvera-Arreola SS (2012), Gonzalez-Lucario O (2013) and Perez-Cabrera A (2014) describe family functioning in patients with chronic diseases, finding functional families. **Objective:** To determine family functioning, in its dimensions of cohesion and adaptability, in outpatients with depressive disorder. **Methodology:** Non-experimental, cross-sectional, descriptive study; with a sample of 39 patients diagnosed with depressive disorder, three months and less than one year in control of their disease, aged between 20 and 64, who attended the Family Medicine Unit No. 1 IMSS, Aguascalientes Delegation, in the period from November 30 to December 30, 2015. Perceived family functioning was assessed by using the FACES III instrument. **Results:** Out of 39 patients, 74.4% of the patients were female, 69.2% were married and 56.4% were engaged in household. 82.1% of the patients have a functional family and 17.9% have a dysfunctional family. Among the family types, the chaotically separated showed a slight predominance in 15.4%, just above the flexibly separated (12.8%); and others, such as the flexibly connected and the structurally connected, both with 10.3%. **Conclusions:** Adequate family functionality does exist, in the dimensions of cohesion and adaptability, in families of outpatients with depressive disorder.

INTRODUCCION

La familia, vista como unidad básica de salud y enfermedad, debido a las relaciones existentes entre la personalidad del individuo y los procesos de la dinámica del grupo de vida familiar, obliga a estudiar el sistema familiar, ese que constituyen y donde se desenvuelven los integrantes de la familia, mismo que tiene un tiempo de vida conocido como ciclo vital familiar, el cual según Geyman, inicia con el matrimonio y termina con la muerte de los conyugues.

Dentro del sistema familiar, existen funciones bien establecidas, mismas que al cumplirse, determinan que sus integrantes tengan mayores posibilidades de alcanzar su máximo desarrollo. La denominada familia funcional hace alusión a la utilización de un patrón organizacional para lograr un objetivo en común. Es así que se puede promover el desarrollo integral de los miembros, logrando mantener un estado de salud favorable. Sin embargo, la funcionalidad familiar no se puede definir como algo estable y fijo, sino como un proceso que tiene que ajustarse continuamente para promover el desarrollo favorable a la salud de sus miembros, por lo que es imprescindible que cuente con: jerarquías, límites, roles, comunicación abierta y la capacidad de adaptabilidad a cambios.

Por otro lado, la familia se vuelve disfuncional cuando no se cuenta con la capacidad de realizar cambios, cuando la rigidez en sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo de vida y al desarrollo de sus integrantes, así como la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de las funciones básicas; considerándose entonces como un factor de riesgo, ya que propicia la aparición de síntomas y enfermedades en sus integrantes, debido a que el nexo familiar es tan estrecho, que la modificación de uno de sus miembros puede afectar a los demás.

El profesional de la salud que brinda atención a sus pacientes en el contexto familiar, debe comprender el impacto que las crisis ocasionan en el estado funcional de la misma, definidas aquellas como cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de la familia, que lleva a un estado de alteración y requiere una respuesta adaptativa de la misma. Dichos eventos críticos aumentan la tensión en el grupo familiar, y si no son manejados adecuadamente pueden conducir al desgaste de la salud familiar o de alguno de sus miembros; dando pie por ejemplo, a la aparición de patologías como la depresión, la cual es una alteración del estado de ánimo con descenso del humor, en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) afectando de forma global la esfera psíquica.

En el presente trabajo de investigación, se plantea el estudio de la funcionalidad familiar, a través de sus dos dimensiones, como son la cohesión y adaptabilidad familiar; la primera, que a su vez se compone de dos aspectos, uno de ellos es el vínculo emocional de los miembros de la familia y el otro, el grado de autonomía individual que cada integrante experimenta en la familia; y la segunda dimensión, misma que se centra en como los sistemas familiares cambian su estructura para intentar mantenerse estables frente a una crisis. Dichas dimensiones de la funcionalidad familiar, se estudian en pacientes con trastorno depresivo en control en su unidad médica del primer nivel de atención, teniendo en cuenta el conocimiento de que en la mayoría de dichos episodios depresivos las familias de los pacientes son disfuncionales, además de que la mayoría de dichos episodios depresivos remiten en un lapso de 12 a 16 semanas; por lo que se hace énfasis en valorar la funcionalidad familiar de aquellos pacientes, ya valorados por el servicio de Psiquiatría, y que se encuentran en seguimiento ahora por el médico del primer nivel de atención por más de 3 meses, sin pasar de un año en seguimiento.

I. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Se realizaron búsquedas sistematizadas en la base de datos de PUBMED, EBSCO, OVID, con las siguientes palabras clave: family functioning, cohesion, adaptability, cohesion and adaptability, depression, depression treatment, pharmacology treatment, depressive symptoms, FACES III. No se encuentra como tal estudios que vinculen ambas variables, en pacientes en control, sin embargo, se postulan algunos en donde la enfermedad es crónica y otros trastornos psiquiátricos.

Torres-Moreno, I. (2013). En su estudio de tesis titulado “Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores”, estudio descriptivo, transversal, correlacional, realizado entre los meses de agosto y octubre del año 2013, con el objetivo de determinar la relación entre la depresión y la percepción de funcionalidad familiar en los adultos mayores que acuden a la consulta externa del H I Moche-EsSalud, en Trujillo, Perú; con una muestra de 150 adultos mayores, a quienes se les aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage de 15 ítems y el Apgar familiar; como resultado se encontró que el 31% de los encuestados presentaba algún grado de depresión y el 50% de ellos percibía a su familia como disfuncional. Además el análisis estadístico de Chi cuadrado, mostró una asociación significativa ($p < 0.05$) y un nivel de asociación del 43% entre la depresión y la disfuncionalidad familiar percibida.

Almeida-Souza et al. (2014). En su artículo titulado “Family functioning of elderly with depressive symptoms” (Funcionalidad familiar de adultos mayores con síntomas depresivos), estudio observacional, analítico, transversal, llevado a cabo en las Unidades de Estrategia de Salud de la Familia en Dourados, MS (Brasil), durante el período comprendido entre el mes de noviembre de 2012 a marzo de 2013, con el objetivo de clasificar familias de adultos mayores con síntomas depresivos según funcionalidad y verificar la presencia de la asociación entre tales síntomas, la funcionalidad familiar y la características de los adultos mayores; con una muestra de 374 pacientes adultos mayores divididos en dos grupos (con y sin síntomas depresivos), los instrumentos para la recolección de datos fueron un cuestionario para la caracterización sociodemográfica, la Escala de Depresión Geriátrica de 15 ítems y el Apgar Familiar. Como resultado se observó una asociación entre los síntomas depresivos y la disfunción familiar ($OR=5.36$, $p < 0.001$), el sexo femenino ($OR=1.87$), cuatro y más personas viviendo en el hogar ($OR=2.26$) y el sedentarismo. Se concluyó que una familia funcional puede representar un

apoyo efectivo para los adultos mayores con síntomas depresivos, puesto que ofrece un ambiente de confort que garantiza el bienestar de sus miembros. Una familia disfuncional difícilmente puede brindar la atención necesaria a las personas mayores, lo que puede agravar los síntomas depresivos.

Torrel (2014). En su artículo titulado “Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la Institución Educativa Zarumilla - Tumbes, Perú, 2013”, con el objetivo de determinar la posible asociación entre funcionamiento familiar y depresión, se realizó un estudio observacional, transversal, correlacional; con una muestra de 88 adolescentes entre los 15 y 18 años. Se aplicó el Test de Funcionamiento Familiar (FFSIL) y el Test de Zung, como escala de autoevaluación para la depresión; como resultado, se demostró que el funcionamiento familiar de las familias de las que provienen los adolescentes de la institución educativa fue de 60,2% familias disfuncionales; 26,1% familias moderadamente funcional y 13,6% familias severamente disfuncional. En cuanto al nivel de depresión presentado fue de 55,7% normales, 33% depresión ligera y el 11,4% de depresión moderada. Las mujeres presentaron índices mayores de depresión con respecto a los hombres, mientras que la depresión leve en mujeres fue del 82,8% y depresión moderada 60%; en los hombres la depresión leve fue del 17,2% y depresión moderada 40%, dichas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

Leyva-Jiménez et al. (2006). En su artículo titulado “Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar”, estudio observacional, prospectivo y transversal realizado en el mes de marzo de 2006, con estudiantes del Centro de Bachilleratos Tecnológicos de San Francisco del Rincón, Guanajuato, México; con el objetivo de determinar la frecuencia de depresión y disfunción familiar en adolescentes, se incluyeron 252 alumnos, 134 del sexo masculino y 118 del femenino, con edad promedio de 16 años, utilizando la escala de Birleson y el instrumento FACES III, para evaluar la depresión y la función familiar, respectivamente; teniendo como resultado que la frecuencia de depresión fue de 29.8 %; en el sexo masculino se identificó en 18.7 % y en la mujer, en 42.4 % ($p < 0.05$, OR = 3.2). En los adolescentes con depresión se observó con más frecuencia la familia rígidamente dispersa ($p < 0.05$, OR = 6.3). En los adolescentes sin depresión fueron más comunes las familias flexiblemente aglutinadas ($p < 0.05$, OR = 0.215), las estructuralmente aglutinadas ($p < 0.05$, OR = 0.215) y las rígidamente aglutinadas ($p < 0.05$, OR = 0.106).

Jiménez-Solís, SE. (2009). En su estudio de tesis titulado “Funcionalidad familiar en

cuidadores de adultos mayores con demencia”, con el objetivo de determinar la funcionalidad en cuidadores de adultos mayores con demencia, un estudio transversal, descriptivo, se aplicó el FACES III para evaluar la funcionalidad familiar y la Escala de Zarit para evaluar el grado de sobrecarga del cuidador. Con una muestra de 45 cuidadores, que se encontraron en el Hospital General de Zona No. 1 IMSS, Durango, se encontró que 73.3% eran mujeres, el 60% de los cuidadores presentaron sobrecarga intensa, 31.1% sobrecarga leve y 8.9% sin sobrecarga; en cuanto a la funcionalidad familiar, el 64.4% se evaluó como disfuncional y el 35.6% como funcional.

García-Leetch, E. (2009). En su estudio de tesis titulado “Funcionalidad familiar en las pacientes con cáncer cervico-uterino y factores asociados”, con el objetivo de determinar el grado de funcionalidad en pacientes con diagnóstico de esta patología y factores asociados, un estudio observacional, prolectivo, transversal, comparativo, se aplicó el Test de Apgar y el FACES III, para evaluar la funcionalidad familiar, así como el Test de Holmes para evaluar las crisis familiares y la Evaluación del sistema conyugal para valorar la funcionalidad de la pareja. Con una muestra de 90 pacientes, con diagnóstico de Cáncer cervico-uterino in situ o invasor, que acudieron a la Clínica de Displasias y Oncología Quirúrgica del Hospital Regional de Orizaba, Veracruz. Se encontró que 92.2% pertenecían a una familia funcional de acuerdo al APGAR, en base al FACES III, la tipología familiar más frecuente fue la familia extrema (58.8%), y de acuerdo al modelo circunflejo, el 53.33% de las pacientes presentaba una familia aglutinada-caótica. El 74.4% de las pacientes no presentaban crisis, de acuerdo al Holmes, y el subsistema conyugal reveló que 42.2% son funcionales ($p < 0.05$). El 87.5% de las mujeres menores de 30 años fueron moderadamente balanceadas; en cambio, mujeres mayores de 30 años, con una y más de 3 gestas presentaban familias extremas (55.8% y 54.5%) ($p < 0.05$). El 63.6% de las familias extremas presentaban crisis graves ($p < 0.05$). Las familias de las pacientes son en su mayoría de tipo extremo, a pesar de ello presentan adecuada funcionalidad familiar.

Cajero-Vázquez, C. (2009). En su estudio de tesis titulado “Funcionalidad familiar en pacientes esquizofrénicos en fase de control”, con el objetivo de determinar la funcionalidad familiar en pacientes con esquizofrenia en fase de control del Hospital General Regional No. 1 IMSS, Durango; un estudio descriptivo observacional, realizado por cuota, se aplicó el Test de Apgar al paciente y el FACES III a la familia del paciente.

Con una muestra de 29 pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia, que acudieron al servicio de Psiquiatría, se encontró una funcionalidad de 55.18% con el FACES III y una funcionalidad de 44.82% con el Apgar.

Badillo-Montes, MT. (2009). En su estudio de tesis titulado “Funcionalidad familiar en pacientes con trastorno mixto ansioso depresivo”, con el objetivo de determinar la funcionalidad familiar de las familias de los pacientes con trastorno mixto ansioso-depresivo del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS, Durango, un estudio observacional, descriptivo, transversal, se aplicó el instrumento de Espejel para funcionalidad familiar. Con una muestra de 60 pacientes, que acudieron al servicio de Psiquiatría, se presentó la siguiente funcionalidad: función de autoridad (33.3%), de control (31.7%), supervisión (50%), afecto (50%), apoyo (50%), conducta disruptiva (21.7%), comunicación (30%) y afecto negativo (23.3%). Encontrándose funcionalidad en el 37% de los casos, con predominio en supervisión, afecto y apoyo, las cuales se ven muy poco afectadas por la patología manteniéndose en 50% de los casos. La disfuncionalidad se presenta en mayor número dentro de la conducta disruptiva viéndose más afectada por la patología.

Zavala-González, M.A (2010). En su artículo titulado “Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos”, estudio descriptivo, transversal, realizado de enero a junio de 2008; con el objetivo de identificar la frecuencia de depresión y disfunción familiar, y sus factores asociados, en adultos mayores urbanos de Cárdenas, Tabasco, México, con una muestra de 100 adultos mayores que acudieron a unidades del IMSS en dicho municipio, a quienes se les aplicaron el Apgar familiar y la escala de Yessavage (versión reducida); obteniendo como resultados una edad media de 69.71 años, en cuanto a la funcionalidad familiar 51% eran familias funcionales, 35% con disfunción moderada y 14% con disfunción grave; respecto a la depresión, 47% no tenían depresión, 34% con depresión leve y 19% con depresión moderada-grave; como factores asociados a la depresión: escolaridad baja OR=3.85, edad menor de 74 años OR=2.99, género masculino OR=1.77, estado civil no unido OR=1.53, jubilados OR=1.53, con comorbilidades OR=1.37; además se encontró una asociación estadísticamente significativa entre depresión y disfunción familiar OR=5.54.

Olvera-Arreola, SS. (2012). En su estudio de tesis titulado “Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en personas con hipertensión arterial”, con el objetivo de evaluar el

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

nivel de adherencia terapéutica y el grado de funcionalidad familiar que tienen las personas con hipertensión arterial, en un estudio descriptivo, transversal, correlacional, se aplicaron la Escala de adherencia terapéutica para pacientes crónicos basada en comportamientos explícitos y la Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar. Con una muestra de 152 pacientes, con el diagnóstico de hipertensión arterial desde doce meses o más previos, que acudieron al área de la consulta externa del Instituto Nacional de Cardiología “Dr. Ignacio Chávez”. Como resultados, el 55.8% pertenece al género femenino, con una media de edad de 56 años; de las tres dimensiones de adherencia terapéutica y en una escala del 1 al 100, la que mostró mayor puntuación fue la de seguimiento médico conductual con 94.53, la correspondiente al control sobre el tratamiento obtuvo 82.77 y la autoeficacia 90.58. En lo que respecta a la variable funcionalidad familiar, es de resaltar que la individuación (71.92%), la espiritualidad (71.72%) y la coherencia (71.4%) fueron las que obtuvieron porcentajes mayores. Finalmente, se determinó una relación lineal, estadísticamente significativa, baja y directamente proporcional, entre la adherencia terapéutica y la funcionalidad familiar ($r=0.353$, $p=0.000$).

González-Lucario, O. (2013). En su estudio de tesis titulado “Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la consulta externa de Medicina Familiar en el Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos”, con el objetivo de identificar la adherencia terapéutica y su relación con la funcionalidad familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, con un diseño de estudio observacional, transversal y descriptivo, se aplicaron dos cuestionarios: Cuestionario MBG (Martin-Bayarre-Grau) y el Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL) para identificar el nivel de adherencia terapéutica y grado de funcionalidad familiar respectivamente. Se entrevistó a 120 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, con edad entre los 30 y 70 años, que acudieron de forma subsecuente a la consulta externa de Medicina Familiar en el Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos”, 78 de ellos (65.0%) tuvieron un nivel de adherencia terapéutica total, 42 (35%) adherencia terapéutica parcial, 60 (50%) con un grado de funcionalidad familiar funcional, 50 (41.7%) moderadamente funcional y 10 (8.3%) disfuncional. Al aplicar el análisis estadístico, en la prueba de chi cuadrada (X^2) se obtuvo un valor de 13.9, con un nivel de confianza del 95% y un valor alfa (α) de 5.99, demostrando que hay relación entre adherencia terapéutica y funcionalidad familiar.

Sainos-López, DG. (2014). En su estudio de tesis titulado “Funcionalidad familiar en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y bulimia”, con el objetivo de determinar la funcionalidad familiar en este tipo de pacientes, en un estudio observacional, descriptivo, transversal, se aplicó el Test de Apgar y el FACES III, ambos para evaluar la funcionalidad familiar, a 30 pacientes con dichas patologías que acudieron al servicio de psicología de la Unidad de Medicina Familiar No. 6 de la Ciudad de Puebla. Se obtuvo una media para la edad de 20.4 años, en cuanto al tiempo de diagnóstico una media de 11.73 meses; mediante el FACES III, se observó el 50% de las familias en rango extremo, lo que indica disfunción familiar, y con un 16.7% como balanceadas, que indica funcionalidad familiar; con el Test de Apgar, se obtuvo con el 36.7% disfunción familiar grave, 46.7% con funcionalidad moderada, mientras que con el 16.7% se observó funcionalidad familiar.

Pérez-Cabrera, A. (2014). En su estudio de tesis titulado “Funcionalidad familiar en pacientes con mastectomía radical y mastectomía conservadora”, con el objetivo de determinar la funcionalidad familiar en mujeres con cáncer de mama con mastectomía radical y mastectomía conservadora en las Unidades de Medicina Familiar No. 1, 2, 6, 55 y 57 del IMSS, Puebla; en un estudio descriptivo, observacional, transversal, se aplicó el Test de Apgar y el FACES III para evaluar la funcionalidad familiar. Con una muestra de 151 mujeres, edad promedio fue de 53.23, estado civil; casada 60.3%, ocupación: ama de casa 72.2%, con secundaria completa como nivel escolar predominante con un 25.2% y nivel socioeconómico más frecuente el medio bajo 40.39% por método de Graffar, familia nuclear simple 47.7%, de núcleo integrado 60.3%, con medios de subsistencia el de servicios 55%, de acuerdo al CMMF el ciclo evolutivo se encuentra en etapa de dispersión y fase de desprendimiento con un 46.4%, la técnica quirúrgica más realizada: mastectomía radical izquierda 46.42%. Se obtuvo el mayor porcentaje para la funcionalidad familiar en rango medio 43.7% según el FACES III y por Apgar familias funcionales 90.1% con una chi cuadrada de 13.324 ($p=0.010$), para la evaluación de acuerdo a Apgar con las familias funcionales y la mastectomía radical izquierda, resultado un valor significativo, y para el Rango medio obtenido por el FACES III y la mastectomía radical izquierda una chi cuadrada de 4.656 ($p=0.794$) lo que resulta no significativo estadísticamente.

II. MARCO TEORICO

II.A. La Familia

Existen innumerables definiciones de Familia, sin embargo, una de las más aceptadas y referenciadas en el ámbito de la atención a la salud, es la que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien define a la familia como: “los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial”.⁽²⁾

Asimismo, existen diversas teorías sobre el origen de la palabra familia, se dice deriva del latín *famulus* (siervo), que proviene del primitivo *famul*, originado de la voz óska *famel* que significa esclavo; en cambio, también se ha dicho que nace del latín *fames* que significa, hambre, ya que es una de las necesidades que resuelve esta asociación.⁽¹⁾

Por otro lado, para autores como Ackerman, “la familia es la unidad básica de la enfermedad y la salud”, afirmando que durante muchos años se ha dirigido la medicina a examinar al individuo como una entidad aislada e intacta, siendo que las relaciones existentes entre la personalidad del individuo y los procesos de la dinámica del grupo de vida familiar, constituyen un eslabón primordial en la cadena de causalidad de los estados de enfermedad y salud⁽²⁾. Lo anterior, nos obliga entonces a estudiar a los integrantes de la familia dentro del llamado sistema familiar, partiendo de la base conceptual de la teoría general de los sistemas, en la que se postulan los siguientes aspectos:⁽¹⁾

1. El sistema en general tiende a la homeostasis
2. El cambio en uno de sus componentes afecta todo el sistema
3. Para entender a uno de sus integrantes se debe comprender todo el sistema
4. Son importantes sus componentes y sus interrelaciones
5. El todo es más que la suma de sus partes

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Tal sistema familiar lleva a cabo sus funciones a través de otros subsistemas también organizados, siendo por generación, sexo, intereses o funciones específicas. Los principales subsistemas en la estructura familiar son: ⁽²⁾

- Subsistema conyugal, el cual se constituye por la pareja, quienes se unen con la intención de formar una familia. Las cualidades que requieren para la implementación de su labor son la complementariedad y la acomodación mutua. Cada integrante de la pareja debe ceder parte de su individualidad para lograr así un sentido de pertenencia a la nueva familia.
- Subsistema paterno-filial, en este subsistema, que surge a partir de la llegada del primer hijo, es necesario reorganizar los límites y las funciones familiares, con la finalidad de satisfacer otras necesidades, sin renunciar al rol dentro del subsistema conyugal.
- Subsistema fraterno, constituido por los hijos, como su nombre lo dice, es el entorno social donde los hijos pueden experimentar relaciones con sus iguales, aprendiendo a negociar, compartir, cooperar y competir.

II.A.1 Ciclo vital familiar

El ciclo vital de la familia, es el tiempo en el que los subsistemas se desarrollan, y según Geyman presenta 5 fases bien identificadas, teniendo como base al primogénito, siendo las siguientes: ⁽³⁾

- Matrimonio: inicia cuando se une la pareja y termina con la llegada del primer hijo.
- Expansión: comienza con la llegada del primer hijo y termina cuando éste mismo entra a la escuela e inicia la convivencia fuera del núcleo familiar (socialización secundaria).
- Dispersión: inicia con la socialización secundaria y termina con la salida de uno de los hijos del núcleo familiar.
- Independencia: comienza con la salida del primero de los hijos del hogar y termina con la salida del último, sin expectativas de que regresen al núcleo.

- Retiro y Muerte: inicia cuando el último de los hijos sale del núcleo familiar y termina con la enfermedad, invalidez, jubilación o muerte de alguno de los conyugues.

II.A.2 Funciones de la Familia

Dentro del sistema familiar, existen funciones bien establecidas, mismas que al cumplirse, determinan que sus integrantes tengan mayores posibilidades de alcanzar su máximo desarrollo. Sirviendo básicamente a dos objetivos; uno interno, la protección psico-social de sus integrantes; y el otro externo, la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura a sus descendientes. ⁽¹⁾

Las dificultades de convenio que tienen las familias, están relacionadas con su capacidad para llevar a cabo las funciones básicas que la sociedad tiene para ellas. Son cinco las funciones básicas de la familia: ⁽¹⁾

- I. Socialización. Interacción mediante la cual se aprenden los valores sociales y culturales que hacen de cada integrante un miembro activo de su familia y de la sociedad.
- II. Cuidado. Significa cubrir de la manera más adecuada las necesidades de alimentación, vestido, seguridad física, acceso a los servicios de salud, etc. para cada uno de sus miembros.
- III. Afecto. Es la más importante, porque la respuesta afectiva de un miembro a otro, proporciona la recompensa básica de la vida familiar, y un sentido de aceptación.
- IV. Reproducción. Reglamenta el ambiente sexual y reproductivo a través de tres ejes: la interacción sexual adulta, la educación sexual y el control de la natalidad
- V. Estatus y nivel socioeconómico. Responsable de abastecer las necesidades económicas, materiales y las experiencias que permiten al individuo asumir una vocación y un rol, en grupos que sean compatibles con sus expectativas.

II.B. Funcionalidad Familiar

La denominada familia funcional hace alusión a la utilización de un patrón organizacional para lograr un objetivo en común. Se distingue porque existe un estado adecuado de salud en la familia y sus integrantes. Es así que se puede promover el desarrollo integral

de los miembros, logrando mantener un estado de salud favorable. Sin embargo, la funcionalidad familiar no se puede definir como algo estable y fijo, sino como un proceso que tiene que ajustarse continuamente para promover el desarrollo favorable a la salud de sus miembros, por lo que es imprescindible que cuente con: jerarquías, límites, roles, comunicación abierta y la capacidad de adaptabilidad a cambios. ⁽³⁾

La funcionalidad familiar se adquiere cuando los objetivos familiares o sus funciones básicas se cumplen cabalmente, y cuando se logra formar nuevos individuos a la sociedad en una homeostasis sin tensión, mediante comunicación apropiada y respeto de las relaciones intrafamiliares. ⁽³⁾

Sin embargo, su contraparte, la familia disfuncional o con funciones inconvenientes, es considerada un factor de riesgo, ya que propicia la aparición de síntomas y enfermedades en sus integrantes, debido a que el nexo familiar es tan estrecho, que la modificación de uno de sus miembros puede afectar a los demás. ⁽³⁾

La familia se vuelve disfuncional cuando no se cuenta con la capacidad de realizar cambios, cuando la rigidez en sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo de vida y al desarrollo de sus integrantes, así como la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de las funciones básicas. ⁽³⁾

El profesional de la salud que brinda atención a sus pacientes en el contexto familiar, deberá comprender el impacto que las crisis ocasionan en el estado funcional de la misma, ya que este conocimiento facilitará el diagnóstico y manejo de la disfunción familiar. ⁽²⁾

Al considerar a la familia como un sistema sociocultural abierto, se sabe que enfrenta constantemente situaciones críticas inducidas por los cambios biopsicosociales en uno o varios de sus integrantes y a través de los diversos estímulos provenientes del medio en el que está incluida. ⁽²⁾

Las crisis se definen, como cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de la familia, que lleva a un estado de alteración y requiere una respuesta adaptativa de la misma. Dichos eventos críticos aumentan la tensión en el grupo familiar, y si no son manejados adecuadamente pueden conducir al desgaste de la salud familiar. El saludable funcionamiento familiar requiere que dichas crisis sean identificadas como

problemas potenciales, a fin de tratar de resolverlas de forma favorable. Los eventos críticos pueden ser asociados a pérdidas, cambios, problemas interpersonales o a marcados conflictos internos. Siendo de dos tipos: ⁽²⁾

- Crisis Normativas. Se relacionan con las etapas del ciclo vital de la familia, y siendo definidas como situaciones previstas, o que forman parte de la evolución de la vida en familia.
- Crisis Paranormativas. Se definen como sucesos adversos o imprevistos provenientes del exterior. Aunque también existen las crisis no normativas que ocurren en el interior de la familia, tales como el divorcio, alcoholismo y actividades criminales, entre muchas otras, las cuales regularmente ocasionan mayor disfunción familiar que cualquier otro evento crítico, ya que se asocian con grandes periodos de disfunción, durante las cuales los integrantes de la familia presentan dificultades de comunicación y para la identificación de los recursos precisos para resolverlas.

II.B.1 Modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares

Este modelo fue ideado por David H. Olson y sus colaboradores, desarrollado con la intención de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias; de tal forma que plantea tres dimensiones centrales del comportamiento familiar como son: cohesión, adaptabilidad y comunicación. ⁽²⁾

Cohesión: Puntualizada como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí. De tal forma que evalúa el grado en que los miembros de la familia están separados o conectados a ella. ⁽²⁾

Adaptabilidad: Se define como la habilidad de la familia para cambiar su estructura jerárquica, los roles y las reglas, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo familiar. ⁽²⁾

Comunicación: Esta última dimensión, es la encargada de facilitar el movimiento de la cohesión y adaptabilidad, siendo un proceso interactivo en el que la comunicación es siempre una acción conjunta. ⁽²⁾

Hablando de funcionalidad familiar, en cuanto a la dimensión de cohesión, ésta se compone de dos aspectos importantes: uno es el vínculo emocional de los miembros de la familia y el otro, el grado de autonomía individual que cada integrante experimenta en la familia, desarrollándose a partir de esto cuatro niveles familiares de cohesión, siendo en orden ascendente: dispersa, separada, conectada y aglutinada. Se consideran como niveles con mayor funcionalidad, las familias separadas y las conectadas, ya que en ellas sus integrantes pueden ser independientes y a su vez mantienen cierto grado de conexión con sus familias, lo que permite el desarrollo de sus integrantes sin dejar de lado su compromiso con la familia; en cambio, la familia dispersa y la aglutinada, que corresponde a los dos extremos de la dimensión, son los niveles de mayor disfunción familiar, ya que es tal el grado de desvinculación para el caso de las dispersas, y tal el grado de dependencia para las aglutinadas, que en ambos casos se termina por limitar las relaciones familiares y su desarrollo a largo plazo. ⁽⁶⁾

Algunas de las características propias de cada nivel familiar se mencionan a continuación: ⁽⁶⁾

Dispersa: Separación emocional y afectiva extrema, falta de lealtad familiar, sin interacción entre sus integrantes, toma de decisiones de forma independiente, intereses distintos. ⁽⁶⁾

Separada: Separación emocional, de forma esporádica se manifiesta lealtad familiar, presenta límites claros, el tiempo individual es importante pero se pasa parte del tiempo juntos, con espacios separados compartiendo el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente o en conjunto, los intereses son distintos. ⁽⁶⁾

Conectada: Existe cercanía emocional, se espera lealtad familiar, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, con límites claros, la necesidad de separación es respetada, toma de decisiones en forma conjunta, intereses comunes. ⁽⁶⁾

Aglutinada: Extrema cercanía emocional, demanda lealtad familiar, la dependencia entre sus integrantes es marcada, se dan coaliciones, falta de separación personal, están juntos la mayor parte del tiempo, las decisiones son grupales. ⁽⁶⁾

En cuanto a la dimensión de adaptabilidad en la familia, su atención se centra en como los sistemas familiares cambian su estructura para intentar mantenerse estables frente a

una crisis, por lo tanto, para que exista un buen sistema de adaptación se requiere un balance entre cambios y estabilidad. El desplazamiento entre alta y baja adaptabilidad familiar determina también cuatro niveles, que en orden ascendente son: rígida, estructurada, flexible y caótica. Al igual que en la dimensión de cohesión, en la adaptabilidad familiar, los niveles centrales, como son los sistemas de tipo estructurado y los flexibles, conducen al buen funcionamiento familiar, asimismo los extremos, dígame los rígidos y los caóticos, resultan más problemáticos para las familias. ⁽⁶⁾

Algunas de las características propias de cada nivel familiar son las siguientes: ⁽⁶⁾

Rígida: Predomina el autoritarismo, la disciplina es estricta, los roles están estrictamente definidos, no existe posibilidad de cambio. ⁽⁶⁾

Estructurada: El liderazgo es autoritario, algunas veces se comparte, la disciplina es algo democrática, los roles son estables y cambian cuando se necesita. ⁽⁶⁾

Flexible: El liderazgo es compartido, la disciplina es democrática, los roles se comparten y se cambian cuando es necesario, algunas reglas cambian. ⁽⁶⁾

Caótica: No existe un líder, hay cambios dramáticos de los roles, la disciplinas prácticamente no existe, lo único constante aquí son los cambios. ⁽⁶⁾

Siendo que la interacción entre ambas dimensiones, cohesión y adaptabilidad son las que condicionan el funcionamiento familiar, y cada una de estas dimensiones posee cuatro niveles, la correlación entre éstos determina 16 tipos de familias, integradas a su vez, para una mejor comprensión, en tres sistemas de funcionamiento familiar (figura 1): ⁽⁶⁾

a. El sistema familiar balanceado o equilibrado. De acuerdo al modelo circunflejo es el más adecuado para la funcionalidad familiar, y corresponde a las familias resultantes de la combinación de los siguientes grados de adaptabilidad y cohesión: flexiblemente separada, flexiblemente conectada, estructuralmente separada y estructuralmente conectada. ⁽⁶⁾

b. El sistema familiar medio o moderado. Corresponde a las familias resultantes de la combinación de los siguientes grados de adaptabilidad y cohesión: caóticamente separada, caóticamente conectada, flexiblemente dispersa, flexiblemente aglutinada, estructuralmente dispersa, estructuralmente aglutinada, rígidamente separada y rígidamente conectada. ⁽⁶⁾

c. El sistema familiar extremo o sin equilibrio. El cual es el menos adecuado para la funcionalidad familiar de acuerdo al modelo circunflejo, y corresponde a las familias resultantes de la combinación de los siguientes grados de adaptabilidad y cohesión: caóticamente dispersa, caóticamente aglutinada, rígidamente dispersa y rígidamente aglutinada. ⁽⁶⁾

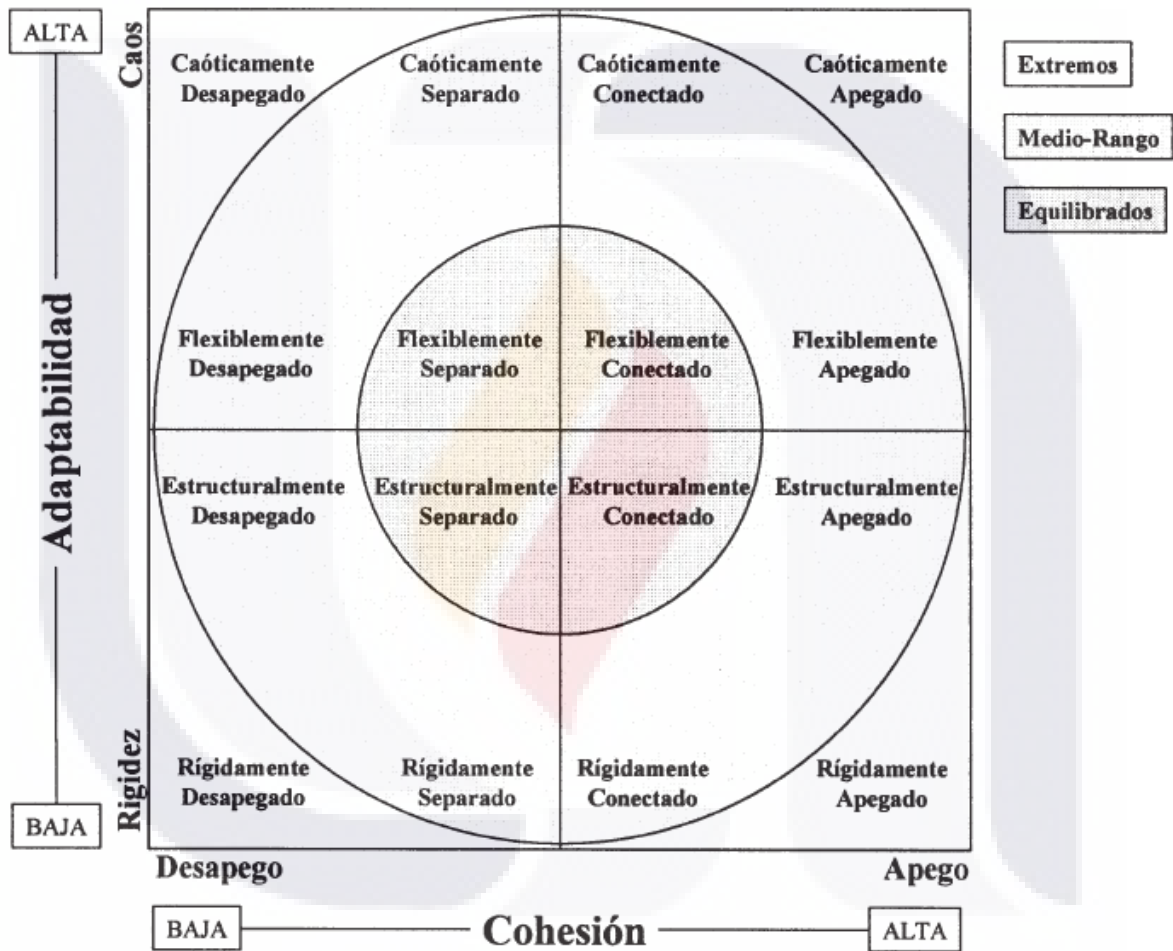


Figura 1. Modelo circunflejo. [Martínez Pampliega A, cols.. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2005 Abril; 6 (2).

II.C. Depresión

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que es una afectación global de la vida psíquica. ⁽⁴⁾

Desde el punto de vista etimológico, depresión viene del latín *Depressio*: hundimiento; el paciente se siente hundido, con un peso sobre su existencia y devenir vital que le impide cada vez más vivir con plenitud. La primera descripción clínica fue realizada por Hipócrates, quien acuñó el término melancolía (*Mélanos*: negra – *cholis*: bilis) por considerar al exceso de la bilis negra en el cerebro como la etiología de esta enfermedad. A partir de esta descripción, la teoría sobre el origen de la depresión ha ido variando de acuerdo con la época. ⁽⁵⁾

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, de la Asociación de Psiquiatría de EUA, Quinta Edición, (DSM-V), resulta una guía de referencia obligada para el establecimiento de criterios de inclusión y exclusión en estudios multi-céntricos, de igual forma, representa una fuente importante para el establecimiento de códigos comunes para la comunicación entre colegas. ⁽²⁵⁾

Este documento considera que un paciente padece de depresión al presentar:

A. Cinco (o más de los síntomas siguientes, durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos unos de los síntomas es estado de ánimo deprimido o la imposibilidad de disfrutar de actividades en una manera placentera, agregándose por lo menos cuatro de los síntomas que aparecen a continuación, y que representan un cambio del funcionamiento previo: ⁽²⁵⁾

1. Humor deprimido, la mayor parte del día, casi todos los días
2. Pérdida del placer o interés por las tareas habituales, la mayor parte del día, casi todos los días
3. Pérdida o aumento del apetito o peso sin dietas especiales
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días

6. Pérdida de energía o fatiga casi todos los días
7. Sentimientos de inutilidad, auto-reproche o culpas excesivas o inapropiadas casi todos los días
8. Disminución de la capacidad de pensar o de concentración casi todos los días
9. Ideas recurrentes de muerte, suicidio o deseos de estar muerto.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento

C. El Episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica

E. El episodio de depresión no se explica por otro trastorno del estado mental

F. Nunca había habido un episodio maníaco o hipomaníaco

En la clasificación propuesta por el DSM-V, se refieren los siguientes cuadros depresivos:

(25)

- Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo
- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno depresivo persistente (distimia)
- Trastorno disfórico premenstrual
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica
- Otro trastorno depresivo especificado
- Otro trastorno depresivo no especificado

II.C.1 Depresión en control

En lo que respecta a la depresión en control, el 65% de los episodios depresivos remiten en un lapso de 12 y 16 semanas (2 a 3 meses), aunque para el regreso a la funcionalidad personal y familiar podría llevar más tiempo, por lo que en los casos que no exista un mejoría significativa de la sintomatología clínica en dicho período, o al contrario, la sintomatología se incrementa, se recomienda realizar la referencia con el médico

especialista en Psiquiatría, quien valorará el caso, considerando el hecho de modificar el tratamiento, establecer citas cercanas para incrementar el control, o bien, contra-referir a su unidad de primer nivel de atención para continuar con la vigilancia y seguimiento del tratamiento una vez que se ha logrado su control, como es el caso de los pacientes objeto de este estudio, continuando con el manejo farmacológico y/o psicoterapéutico por un espacio mínimo de 6 meses posteriores a su control. ⁽¹⁴⁾



III. JUSTIFICACIÓN

La familia como sistema básico de la sociedad, está diseñada para formar individuos en base a funciones plenamente establecidas, es por ello, que en la presente investigación, se pretende indagar en los aspectos de cohesión y adaptabilidad familiar, mismos que permiten a los individuos, que conforman la familia, afrontar de una forma adecuada las crisis que en la misma se suscitan, y que por ende pudiesen afectar el pleno funcionamiento familiar.

En este caso en especial, se aborda la cohesión y adaptabilidad familiar existente en las familias que cuentan con pacientes con trastorno depresivo, mismos que se encuentran en control en la UMF No. 1 del IMSS Delegación, Aguascalientes, con la finalidad de conocer de qué forma las familias de estos pacientes se han adaptado y a la par, intentan contribuir con la recuperación del individuo afectado por dicho trastorno; importante señalar, que estos pacientes en control, ya han pasado la fase aguda de la enfermedad que se maneja en servicios como urgencias y psiquiatría, o bien, no cumplen los criterios de depresión mayor, por lo que se espera que la adaptación sea mejor.

El trastorno depresivo, afecta mundialmente a una cifra aproximada de 350 millones de personas, calculándose su prevalencia entre 3.3 a 21.4%, siendo considerada la cuarta causa de discapacidad, solo por debajo de las enfermedades cardiovasculares, estimándose por la OMS, que dicho trastorno ocupe el segundo lugar como causa de discapacidad para el año 2020. ⁽⁸⁾

En México, según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) realizada en el año 2003, se reporta que el 9.2% de la población encuesta refirió sufrir algún trastorno afectivo en algún momento. En lo que respecta al trastorno depresivo, arroja una prevalencia para nuestro país de 10.4% entre las mujeres, siendo el género más afectado, y de 5.4% para los hombres; se destaca además que menos del 20% de los afectados buscan algún tipo de ayuda profesional, y que menos del 50% de los que acuden a recibir atención, la recibe con un manejo adecuado a base de psicoterapia y fármacos. ⁽⁸⁾

Las cifras anteriormente expuestas, motivan el interés de determinar el grado de cohesión y adaptabilidad existente en las familias de dichos pacientes, mismos que se encuentren en seguimiento por espacio mínimo de 3 meses y menor de un año, con la intención de caracterizar los cambios dinámicos llevados a cabo en el sistema familiar, tras conocer el

estado de salud de uno de sus integrantes, ya que es bien sabido que la mayoría de los pacientes con trastorno depresivo cuentan con familias con falta de cohesión y exceso de adaptabilidad al momento del diagnóstico, sin embargo, no se conoce con precisión cual es el estado de dichas características funcionales después de pasar la fase aguda, siendo que los primeros cambios orgánicos se producen entre las 6 a 8 semanas de haber iniciado el tratamiento farmacológico por el paciente.



IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

IV.A. Características socioeconómicas y culturales de la población en estudio

Según el reporte del último censo de población y vivienda por parte del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), llevado a cabo en el año 2010, el estado de Aguascalientes cuenta con una población de 1,184,996 habitantes, de los cuales el 51.33% son mujeres y el 48.66% corresponde a los hombres. Siendo la capital del estado, con el mismo nombre, el municipio que concentra la mayoría de la población, contando con un total de 797,010 habitantes. ⁽¹⁰⁾ La Delegación Aguascalientes del IMSS, cuenta con una población total de 621,689 derechohabientes, de los cuales el 47.61% son masculinos y 52.38% son femeninos. En cuanto a la población que cuenta edad entre 20 y 64 años de edad, corresponde a 316,182 personas, siendo las mujeres un 58.48% y 41.51% para los hombres. La Delegación IMSS Aguascalientes, cuenta con 14 unidades médicas para la atención de sus derechohabientes, contando con un total de 1069 médicos adscritos, según cifras del INEGI en el año 2011. ⁽¹⁰⁾

En la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes, se cuenta con una población total de 101,617, entre los cuales, el 47.19% corresponde a los hombres y el 52.81% a las mujeres; y en cuanto a la población que cuenta con edad entre los 20 y 64 años, son un total de 57,326, siendo el 45.67% para los hombres y el 54.33 para las mujeres. ⁽⁹⁾

Por lo tanto, se deduce que la distribución de la población por edad y sexo es similar entre el nivel Estatal, Delegacional y de acuerdo a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 IMSS Delegación Aguascalientes.

La UMF No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes, otorgó en el 2014, en el servicio de consulta externa, 1366 consultas con el diagnóstico principal de episodio depresivo, distribuidas en un total de 765 pacientes, de los cuales 540 pacientes se encontraban entre los 20 y los 64 años, manejándose un promedio de atención mensual de 114 pacientes al mes con dicho diagnóstico.

Hasta el año 2010, según los datos del último censo de población y vivienda, en el Estado de Aguascalientes, se contabilizaron un total de 289,575 hogares, de los cuales el 22% tienen como jefe de familia a una mujer y el 78% a un hombre; en cuanto a la composición de dichos hogares, el 69.7% corresponde a familias nucleares, el 20.4% ampliadas, 7.8% son unipersonales, 1.0% compuestas y 0.4% son co-residentes. ⁽¹⁰⁾

El estado de Aguascalientes, de acuerdo al último censo económico, realizado en el año 2009 por el INEGI, cuenta con 40,988 unidades económicas, lo que le permite emplear a 242,706 personas, siendo el 61% hombres y el 39% mujeres; contribuyendo con el 1.1% del PIB para ese año. Las actividades económicas del estado, son en un 55.17% desarrolladas en el ámbito terciario (comercio, hospedaje, transporte, etc.), el 40.18% en secundarias (industria, construcción), y el 4.65% restante lo desarrollan las actividades primarias (agricultura, ganadería). En promedio, las remuneraciones que recibe cada trabajador al año en Aguascalientes son de 90,605 pesos, por debajo del promedio nacional que es de 99,114 pesos. ⁽¹¹⁾

IV.B. Panorama de salud

DEPRESION EN EL MUNDO (OMS)

- La depresión afecta a más de 350 millones de personas en el mundo ⁽¹²⁾
- Su prevalencia mundial se calcula entre el 3 y 21.4% ⁽⁸⁾
- Es considerada la principal causa de mundial de discapacidad ⁽¹²⁾
- Contribuye de manera significativa a la carga mundial de morbilidad ⁽¹²⁾
- Afecta más a las mujeres que a los hombres ⁽¹²⁾
- Más de la mitad de los afectados en el mundo no recibe tratamiento ⁽¹²⁾
- Su complicación más importante es el suicidio ⁽¹²⁾

DEPRESION EN MEXICO

- El 9.2% de la población encuesta refirió sufrir algún trastorno afectivo en algún momento, en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) realizada en el año 2003. ⁽⁸⁾
- La prevalencia se calcula de 10.4% entre las mujeres y de 5.4% para los hombres. ⁽⁸⁾
- Menos del 20% de los afectados buscan algún tipo de ayuda profesional ⁽⁸⁾
- Menos del 50% de los que acuden a recibir atención, la recibe con un manejo adecuado a base de psicoterapia y fármacos. ⁽⁸⁾
- 1 de cada 6 adultos mayores presenta síntomas depresivos ⁽¹³⁾

DEPRESION EN LA UMF NO. 1 IMSS AGUASCALIENTES

- En el servicio de consulta externa, en el año 2014, se otorgaron 1366 consultas médicas con el diagnóstico principal de episodio depresivo
- Se cuenta con un total de 765 pacientes con diagnóstico de depresión
- 540 pacientes tienen entre los 20 y los 64 años
- El promedio de atención mensual, de pacientes con diagnóstico de depresión, es de 114 pacientes al mes
- El trastorno ansioso-depresivo ocupa el séptimo lugar como motivo de consulta, solo por debajo de la DM2, HAS, IRAs y supervisión del embarazo
- El citalopram y la venlafaxina, como antidepresivos, se encuentran en la lista de los 10 medicamentos que mayor consumo generan a la UMF No. 1, con un gasto anual entre ambos de 273 888.06 pesos al año

IV.C. Panorama del Sistema de salud

Guía de Práctica Clínica “Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo”
México: Secretaría de Salud. Creada en el 2009 para todos los servicios de salud pública en el país. Forma parte de las guías que integran el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se desarrolló como parte del Programa Sectorial de Salud 2007-2012. Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible, con la intención de orientar la toma de decisiones clínicas. ⁽⁴⁾

Guía Clínica para el Manejo de la Depresión. México. Realizada por el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón De la fuente Muñiz” en el año 2010. Tiene como objetivo brindar al personal de salud de primer nivel de atención los conocimientos necesarios para poder diagnosticar un trastorno de depresión y otorgar un tratamiento dependiendo de la severidad, así como conocer los criterios básicos de referencia a segundo y tercer nivel. ⁽¹⁴⁾

Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder.
“Guía Práctica para el Tratamiento de Pacientes con Trastorno Depresivo Mayor”.
Desarrollada por la Academia Americana de Psiquiatría en el año 2010. Elaborada como

parámetro de práctica durante la atención a los pacientes con trastorno depresivo mayor, sin considerarse un estándar de atención médica. ⁽¹⁵⁾

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-025-SSA2-2012, PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN UNIDADES DE ATENCIÓN INTEGRAL HOSPITALARIA MÉDICO-PSIQUIÁTRICA. Tiene por objeto establecer criterios de operación y organización de las actividades de los establecimientos que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. ⁽¹⁶⁾

Guía Clínica de Orientación y Psicoterapia Familiar. Desarrollada en el año 2011, con el propósito de que los profesionales del Instituto Nacional de Rehabilitación pudiesen derivar pacientes a terapia familiar; empero, esta guía también ayuda a los médicos familiares, ya que describe el manejo de los cuestionarios McMaster y Emma Espejel, ambos adecuados para valorar la funcionalidad familiar, aunque cada uno valora aspectos diferentes de la familia. ⁽¹⁷⁾

IV.D. Descripción de la distribución del problema

La funcionalidad de la familia, determina en gran medida los patrones psicosociales y conductuales de los miembros que la conforman; se considera un proceso susceptible de cambios, pues son las crisis familiares las que ponen a prueba la capacidad de la familia de adaptarse a las nuevas circunstancias, en base a las dimensiones de cohesión y adaptabilidad que existe entre quienes forman parte de ella. ^(2,3) La disfunción familiar puede ser causa y consecuencia de trastornos patológicos como la depresión en alguno de sus integrantes, ya que este trastorno psiquiátrico, impacta sobre las relaciones familiares, de pareja, el funcionamiento social y ocupacional, frecuentemente afectadas de forma negativa, lo que para el individuo afectado puede generar se propicie la cronicidad de la patología en caso de no contar con los recursos familiares necesarios para adaptarse a dichas situaciones. ⁽¹⁴⁾ Siendo bien conocida la asociación entre la depresión y el suicidio, en nuestro país, se ha descrito un OR de 10.15 para pacientes deprimidos de presentar ideación suicida, 11.97 para la planeación y 11.61 para intento suicida. ⁽¹⁹⁾

El trastorno depresivo, se estima por la OMS, afecta mundialmente a 350 millones de personas aproximadamente, calculándose su prevalencia entre 3.3 a 21.4%, siendo

considerada la cuarta causa de discapacidad actualmente. ⁽⁸⁾

En México, en base a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) realizada en el año 2003, se calcula una prevalencia para la depresión, del 10.4% entre las mujeres, siendo el género más afectado, y de 5.4% para los hombres; destacándose que menos del 20% de los afectados buscan algún tipo de ayuda profesional, y que menos del 50% de los que acuden a recibir atención, la recibe con un manejo adecuado a base de psicoterapia y fármacos. ⁽⁸⁾

En el servicio de Psiquiatría del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS, Delegación Aguascalientes, según el archivo clínico del mismo, son atendidos 83 pacientes con el diagnóstico de trastorno depresivo, lo que significa el 38% de la consulta mensual, con una edad promedio de entre los 30 a 39 años de edad, siendo más afectado el género femenino. ⁽⁹⁾

Para la UMF No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes, en el año 2014, se otorgaron 1366 consultas con el diagnóstico principal de episodio depresivo, contando con un total de 765 pacientes, de los cuales 540 pacientes se encontraban entre los 20 y los 64 años, manejándose un promedio de atención mensual de 114 pacientes al mes con dicho diagnóstico.

IV.E. Descripción de la gravedad del problema

El abordaje de la funcionalidad familiar, en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, en los pacientes con trastorno depresivo en control en la UMF No. 1 IMSS Delegación Aguascalientes, reviste su importancia al considerarse que dicho trastorno afecta directamente las relaciones familiares, de pareja, el funcionamiento social y ocupacional, frecuentemente de forma negativa, favoreciendo la aparición de conductas psicosociales inadecuadas, como son el uso de psicotrópicos, la delincuencia en todas sus formas, y bajo determinadas circunstancias, al grado de atentar contra la propia vida, siendo el suicidio una de las complicaciones más importantes del trastorno depresivo. ⁽¹⁴⁾

En los estudios analizados, se denota la presencia de descripciones acerca de cómo se encuentra la funcionalidad familiar en pacientes que padecen trastorno depresivo, así como en otros trastornos psiquiátricos u otras patologías crónicas, que dada esta

característica de tiempo, pueden ocasionar en determinado momento, la presencia de trastorno depresivo en el paciente o en alguno de los integrantes de su familia; sin embargo, en ninguno de estos estudios se describe la funcionalidad familiar, en sus dimensiones de cohesión y adaptabilidad, para los pacientes en edad productiva, con trastorno depresivo que se encuentran ya en control en su unidad médica de primer nivel de atención, después de haber pasado la fase aguda del padecimiento. Siendo este grupo etario en particular, vulnerable a la dinámica del sistema familiar, ya que en su mayoría son integrantes que se encuentran fuera del núcleo familiar la mayor parte del día.

Considerándose a la depresión, como una de las enfermedades que se encuentran incrementando su incidencia y prevalencia mundial, afectando con ello las actividades diarias de los enfermos, ocasionando por lo tanto, una mayor demanda de los servicios y el gasto en salud de la atención primaria, siendo palpable esto en nuestras unidades de atención médica, contando con la presencia de la disfunción familiar como uno de los factores asociados para la presentación de este estado deprimido, se considera necesario continuar con el estudio de los cambios dinámicos desarrollados en los sistemas familiares de los pacientes afectados por dicho trastorno.

Pregunta de investigación

¿Se encuentra funcionalidad familiar, en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, en los pacientes con trastorno depresión en control?

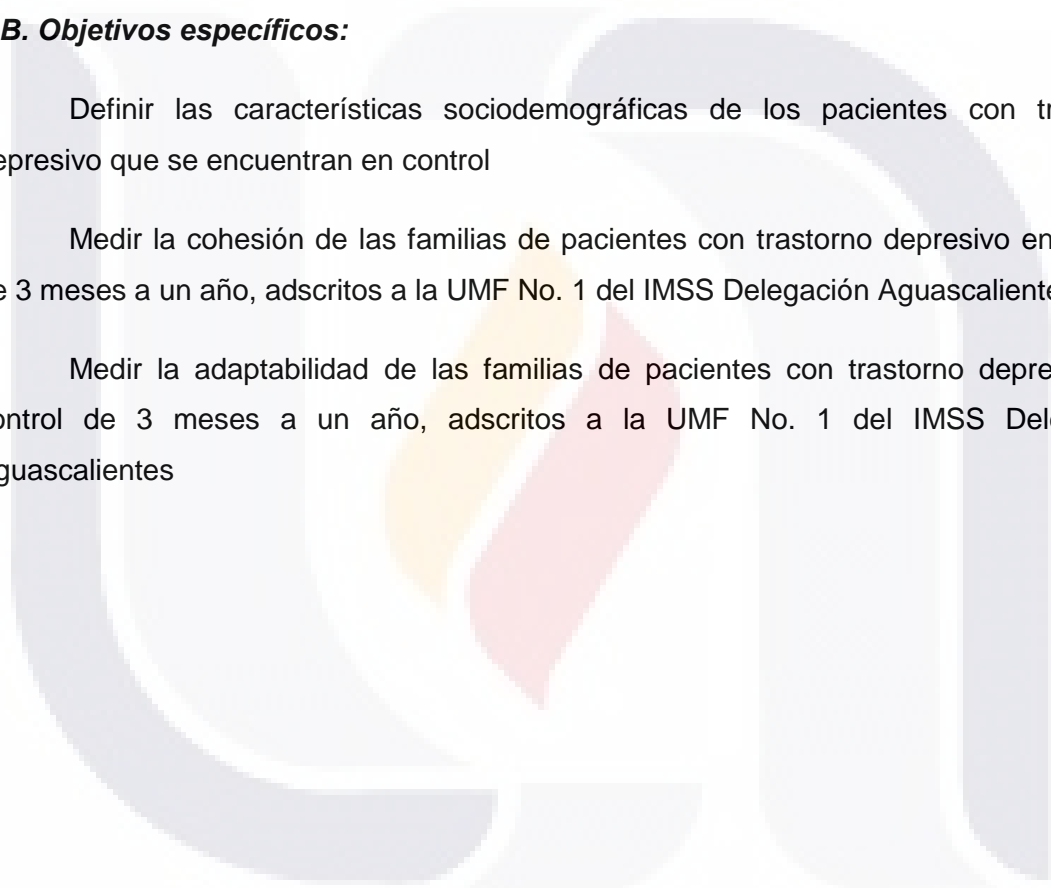
V. OBJETIVOS.

V.A. Objetivo general:

Determinar la funcionalidad familiar, en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad en pacientes con trastorno depresivo en control, adscritos a la UMF No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes.

V.B. Objetivos específicos:

- Definir las características sociodemográficas de los pacientes con trastorno depresivo que se encuentran en control
- Medir la cohesión de las familias de pacientes con trastorno depresivo en control de 3 meses a un año, adscritos a la UMF No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes
- Medir la adaptabilidad de las familias de pacientes con trastorno depresivo en control de 3 meses a un año, adscritos a la UMF No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes



VI. HIPÓTESIS:

VI.A. Hipótesis alterna:

HA1. Existe funcionalidad familiar, en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, en pacientes con trastorno depresivo en control adscritos a la UMF No. 1 Delegación Aguascalientes

VI.B. Hipótesis nula:

Ho1. No existe funcionalidad familiar, en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, en pacientes con trastorno depresivo en control adscritos a la UMF No. 1 Delegación Aguascalientes

VI.C. Hipótesis alternas específicas:

H.A.1 Existe cohesión familiar en pacientes con trastorno depresivo en control adscritos a la UMF No. 1 Delegación Aguascalientes

H.A.2 Existe adaptabilidad familiar en pacientes con trastorno depresivo en control adscritos a la UMF No. 1 Delegación Aguascalientes

VI.D. Hipótesis nulas específicas:

H.0.1 No existe cohesión familiar en pacientes con trastorno depresivo en control adscritos a la UMF No. 1 Delegación Aguascalientes

H.0.2 No existe adaptabilidad familiar en pacientes con trastorno depresivo en control, adscritos a la UMF No. 1 Delegación Aguascalientes

VII. MATERIAL Y METODOS.

VII.A. Diseño de estudio

Estudio no experimental, transversal, descriptivo.

VII.B. Población en estudio

- Población de estudio: Pacientes con trastorno depresivo en control adscritos a la UMF No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes
- Universo de trabajo: Pacientes con trastorno depresivo en control por 3 meses y menor a 1 año en la UMF No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes
- Unidad de observación: Pacientes con trastorno depresivo en control por 3 meses y menor a 1 año en la UMF No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes, con edad entre 20 y 64 años de edad.

VII.B.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes con el diagnóstico de trastorno depresivo en el primer nivel de atención
- Seguimiento de la patología en la UMF No. 1 por un mínimo de 3 meses y menos de un año
- Edad entre 20 y 64 años
- Con deseos de participar en el estudio y acepten llenar la carta de consentimiento informado

VII.B.2 Criterios de exclusión:

- Reciente diagnóstico
- Seguimiento de la patología en la UMF No. 1 mayor a un año
- Limitación mental para contestar la encuesta

VII.B.3 Criterios de eliminación

- Pacientes que no llenen adecuadamente el cuestionario o que no completen al menos el 80% del mismo.

- Pacientes que deseen abandonar el estudio

VII.C. Selección de la muestra

Se utilizó el método aleatorio por conveniencia para el muestreo, no fue necesario realizar cálculo del tamaño de la muestra, ya que se incluyeron a todos aquellos pacientes con trastorno depresivo que cumplieron con los criterios de inclusión y que acudieron a su atención médica de seguimiento en la UMF No. 1 en el período comprendido del 30 de noviembre al 30 de diciembre del año 2015.

VII.D. Logística

Posterior a la autorización del trabajo propuesto, se solicitó el permiso correspondiente al director de la UMF No. 1 IMSS Delegación Aguascalientes, para su realización, así como a los médicos adscritos a la unidad, a quienes se les solicitó su apoyo para canalizar, a los pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo al finalizar su atención médica, con el tesista, quien se encontró en la unidad tanto en el turno matutino y vespertino, solicitando la colaboración de los pacientes para la participación en el presente estudio, leyendo y solicitando la firma del consentimiento informado, para la posterior aplicación del instrumento.

Al contar con el llenado del instrumento, se vertió la información en una base de datos del programa EXCELL, para posteriormente someterse al programa estadístico SPSS V.21.

VII.E. Plan de análisis

Se trabajó con estadística descriptiva, utilizando frecuencias, medidas de tendencia central como la media, y de dispersión como la desviación estándar.

Recolección de la información

VII.F. Validez del instrumento

Escala de evaluación de Cohesión y Adaptabilidad familiar [FACES III]

(Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales)

La escala FACES III en su versión al español, contiene 20 preguntas: las 10 ones evalúan la cohesión familiar y las 10 pares, la adaptabilidad familiar. Las preguntas están planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert del 1 al 5 (1 nunca, 2

casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre, 5 siempre) de tal manera que la puntuación posible para cohesión y la adaptabilidad es de 10 a 50. El valor de alfa de Cronbach es de 0.70. Se contesta en 5 minutos. Los formularios que se emplean son fáciles de administrar y sencillos para puntuar. ⁽¹⁸⁾ (Figura 2)



Figura 2. Instrumento

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

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

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5

Describa a su familia:

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

Ponce Rosas ER, Gomez Clavelina FJ, Terán Trillo M, Irigoyen Coria AE y Landgrave Ibañez S. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). Aten Primaria 2002. Diciembre. 30 (10): 624-630.

VII.G. Operacionalización de las variables

Tabla 1. Características Sociodemográficas

CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA	TIPO DE VARIABLE
Edad. Años de vida cumplidos al momento de la entrevista	Edad del paciente	20 a 39 años 40 a 64 años	Cuantitativa
Sexo. La condición orgánica que define a los hombres de las mujeres	Sexo del paciente	Masculino Femenino	Cualitativa Nominal Dicotómica
Ocupación. Tipo de trabajo que desempeña el paciente entrevistado	Ocupación que desempeña	Trabaja Estudia Hogar Pensionado/Jubilado	Cualitativa Nominal
Escolaridad. La duración de los estudios en un centro docente	Grado de estudios realizados	Analfabeta Alfabeta sin escolaridad Primaria Secundaria Técnico profesional Preparatoria Profesional	Cualitativa Nominal
Estado civil. La condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal	Condición de pareja del paciente	Casado Soltero En unión libre Viudo	Cualitativa Nominal

respecto a esto		Separado	
-----------------	--	----------	--

Tabla 2. Operacionalización de variables

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR (ESCALA DE VALORACIÓN)	ITEMS	TIPO DE VARIABLE
COHESION	Se define como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí. De tal forma que evalúa el grado en que los miembros de la familia están separados o conectados a ella.	<u>A.- Dispersa:</u> Separación emocional y afectiva extrema, falta de lealtad familiar, sin interacción entre sus integrantes, toma de decisiones de forma independiente, intereses distintos.	10 a 34 puntos	1.- Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si	CUANTITATIVA ORDINAL
		<u>B.- Separada:</u> Separación emocional, de forma esporádica se manifiesta lealtad familiar,	35 a 40 puntos	3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia 5.- Nos gusta convivir solamente con los	

		<p>presenta límites claros, el tiempo individual es importante pero se pasa parte del tiempo juntos, con espacios separados compartiendo el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente o en conjunto, los intereses son distintos.</p> <p><u>C.- Conectada:</u> Existe cercanía emocional, se espera lealtad familiar, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, con límites claros, la necesidad de separación es respetada, toma de decisiones en forma</p>		<p>familiares más cercanos</p> <p>7.- Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia</p> <p>9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia</p> <p>11.- Nos sentimos muy unidos.</p> <p>13.- Cuando se toma una</p>	
--	--	---	--	---	--

		<p>conjunta, intereses comunes.</p> <p><u>D.- Aglutinada:</u> Extrema cercanía emocional, demanda lealtad familiar, la dependencia entre sus integrantes es marcada, se dan coaliciones, falta de separación personal, están juntos la mayor parte del tiempo, las decisiones son grupales.</p>	<p>41 a 45 puntos</p>	<p>decisión importante, toda la familia está presente.</p> <p>15.- Con facilidad podemos planear actividades en familia</p> <p>17.- Consultamos unos con otros para tomar decisiones.</p> <p>19.- La unión familiar es muy importante</p>	
ADAPTABILIDAD	Se define	<u>A.- Rígida:</u>	46 a 50 puntos	2.- En	CUANTITATIVAMENTE

<p>DAD</p>	<p>como la habilidad de la familia para cambiar su estructura jerárquica, los roles y las reglas, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo familiar.</p>	<p>Predomina el autoritarismo, la disciplina es estricta, los roles están estrictamente definidos, no existe posibilidad de cambio.</p> <p><u>B.-</u> <u>Estructurada:</u> El liderazgo es autoritario, algunas veces se comparte, la disciplina es algo democrática, los roles son estables y cambian cuando se necesita.</p> <p><u>C.- Flexible:</u> El liderazgo es compartido, la disciplina es democrática, los roles se comparten y se cambian cuando</p>	<p>10 a 19 puntos</p> <p>20 a 24 puntos</p>	<p>nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas</p> <p>4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina</p> <p>6.- Cualquiera miembro de la familia puede tomar la autoridad</p>	<p>VA ORDINAL</p>
------------	--	--	---	--	-------------------

				<p>cambian.</p> <p>16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.</p> <p>18.- En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad</p> <p>20.- Es difícil decir quién hace las labores del hogar.</p>	
DEPRESION	Se define como una alteración	En control por			CUANTITATIVA

	<p>patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que es una afectación global de la vida psíquica.</p>	<p>un período de 3 a 6 meses</p> <p>En control por un período de 6 a 12 meses</p>			<p>ORDINAL</p>
--	---	---	--	--	----------------

VII.H. Aspectos éticos

Al considerarse un protocolo en el área médica nos apegaremos a lo establecido en el Reglamento de la Ley Federal de Salud en materia de investigación para la salud. En este estudio, según lo establecido por el artículo 13, se cuidarán los derechos, bienestar y dignidad de los pacientes, por lo que se evitarán los juicios o comentarios acerca de las respuestas consignadas en los cuestionarios, así como se asegurará la confiabilidad de los datos. La participación será voluntaria, individual y anónima, esto en el marco del artículo 14. Dentro de este estudio no existe riesgo para los sujetos participantes, ya que no es un protocolo de investigación o invasión (artículo 17), encontrándose apegado además a la Declaración de Helsinki y sus enmiendas. Se agrega la carta de consentimiento informado para este estudio.

VII.I. Recursos

VII.I.A. Humanos

Tesista

Asesor clínico y metodológico

VII.I.B Materiales

Computadora, hojas en blanco, cartucho de tinta, impresora, fotocopias, lápices, bolígrafos, marcatextos, clips, calculadora científica, USB, libreta, encuadernado.

VII.I.C Financieros

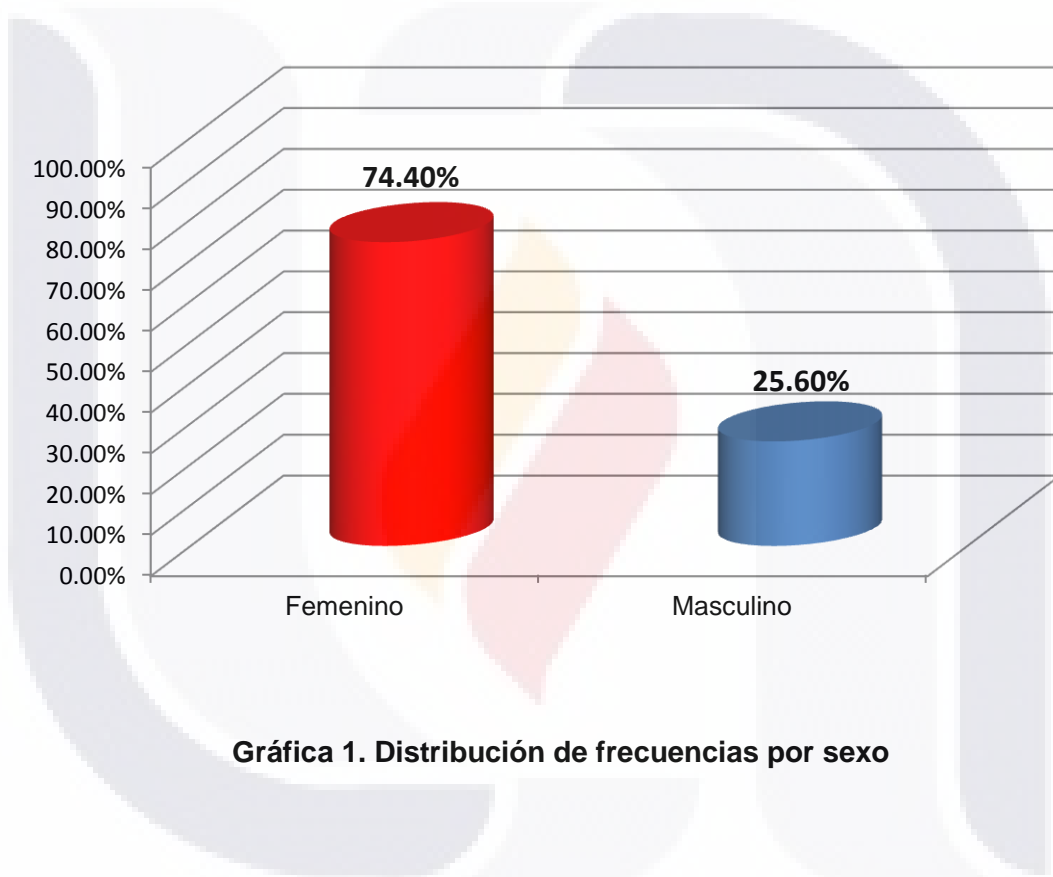
Serán absorbidos en su totalidad por el tesista

VII.I.C.1 Presupuesto

Recursos	Necesidades	Costo Unitario (En pesos)	Total (En pesos)
Computadora	1	10,000	10,000
Hojas en blanco	1 paquete	100	100
Cartucho de tinta	2	300	600
Impresora	1	700	700
Fotocopias	500	0.50	250
Lápices	20	3	60
Bolígrafos	20	3	60
Marcatextos	5	10	50
Clips	300	0.20	60
Calculadora científica	1	150	150
USB	1	100	100
Libreta	1	20	20
Encuadernado	10	200	2,000
		TOTAL	14,150

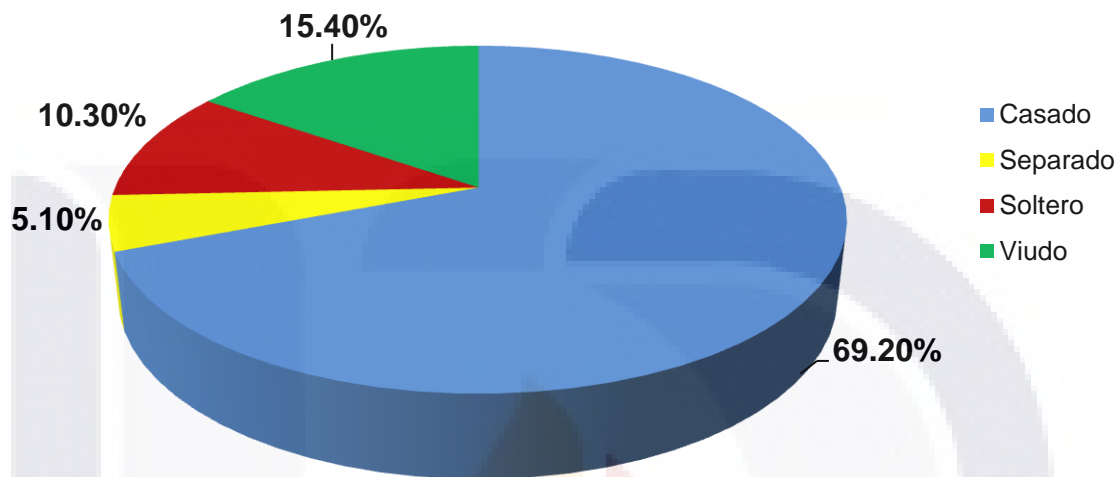
VIII.- RESULTADOS

Respecto a las variables sociodemográficas, como son edad, sexo, estado civil, ocupación y escolaridad, se realizaron tablas de distribución de frecuencias; encontrándose que la media de edad de los participantes fue de 53 años, con una desviación estándar de +/- 8 años, predominando el sexo femenino con un 74.4% (29) (Gráfica 1).



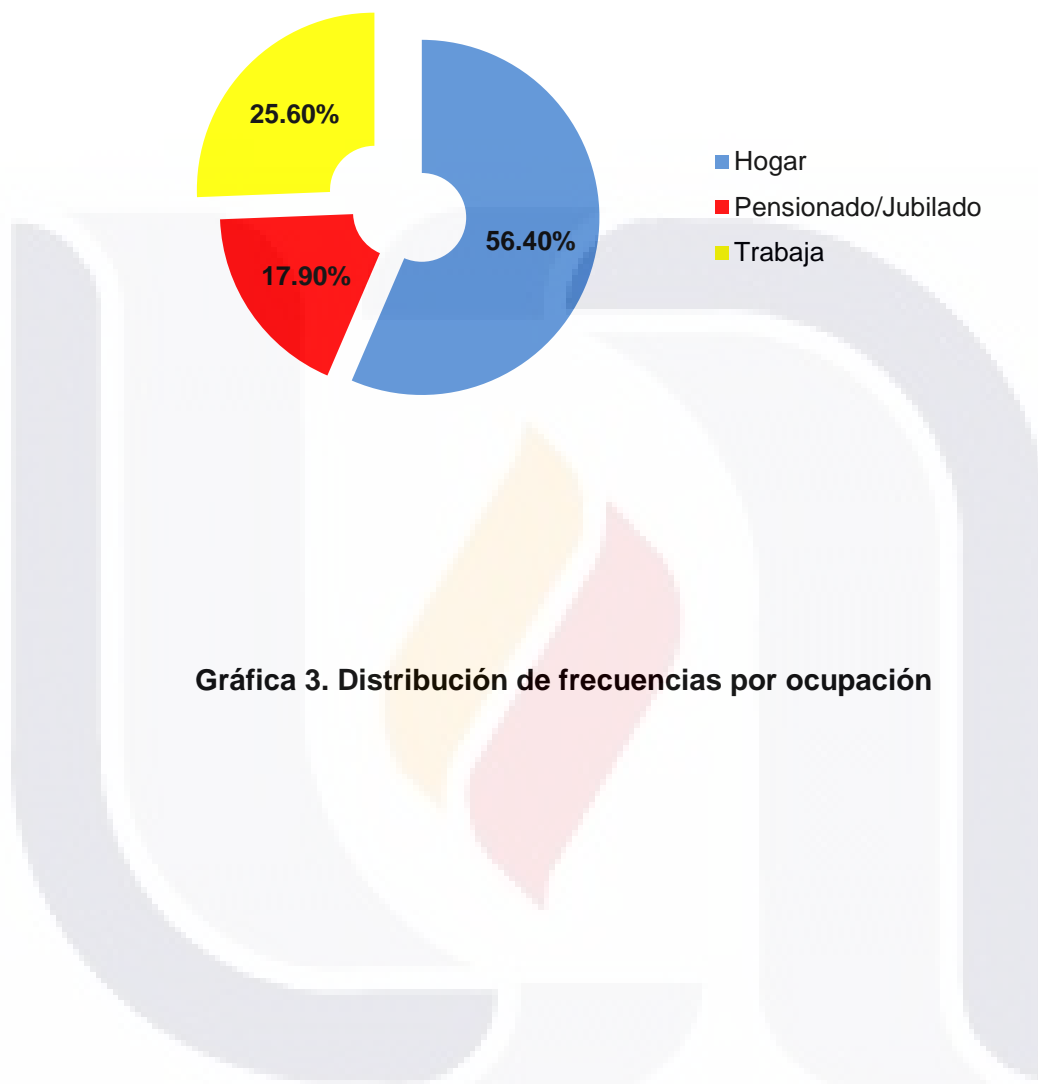
Gráfica 1. Distribución de frecuencias por sexo

En cuanto al estado civil, el 69.2% (27) fueron casados, 15.4% (6) fueron viudos, 10.3% (4) solteros y solo el 5.1% (2) separados (Gráfica 2).

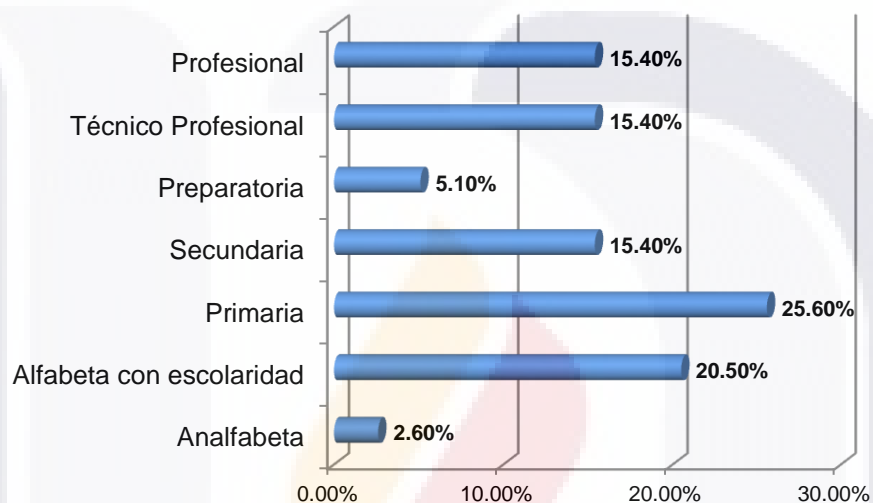


Gráfica 2. Distribución de frecuencias por estado civil

En lo que respecta a su ocupación, el 56.4% (22) se dedicó al hogar, 25.6% (10) contó con un trabajo y solo el 17.9% (7) fueron pensionados/jubilados (Gráfica 3)

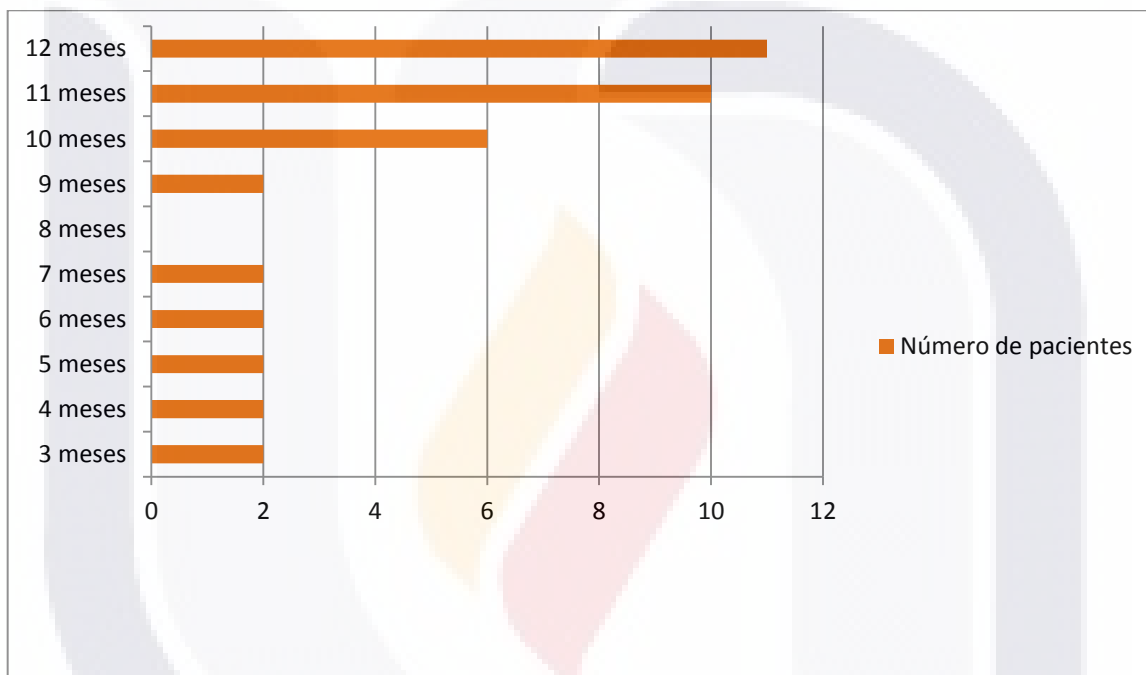


Referente al grado de escolaridad, el 25.6% (10) contó con estudios de primaria, 20.5% (8) fueron alfabetas sin escolaridad, 15.4% (6) contaron con alguna profesión, mismo porcentaje para los técnicos profesionales y con nivel secundaria, el resto lo completa con 5.1% (2) el nivel preparatoria y un solo participante fue analfabeta, que representa el 2.6% (Gráfica 4).



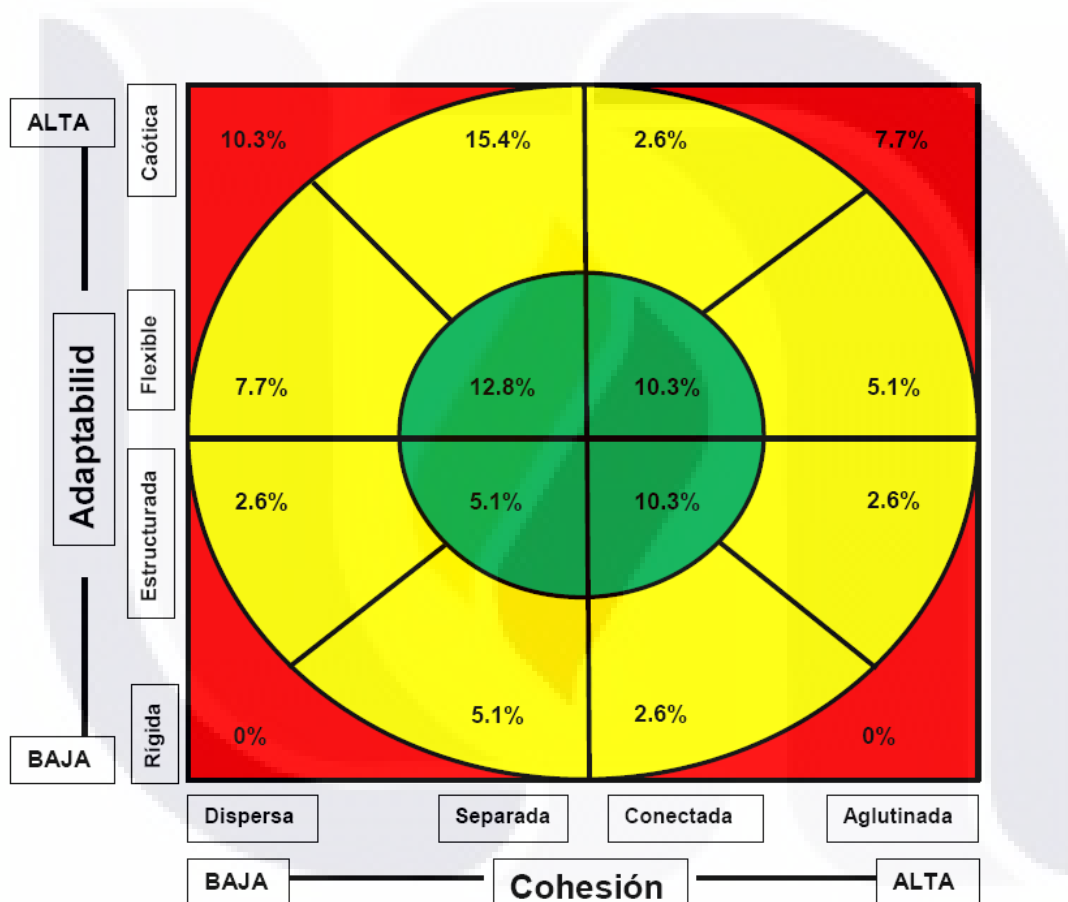
Gráfica 4. Distribución de frecuencias por grado de escolaridad

En lo que concierne a los meses en control de los pacientes con trastorno depresivo, se encontró que predominaron los pacientes que ya tenían 10, 11 y 12 meses en control, sin encontrarse pacientes con 8 meses en control; para mayor comprensión se separaron en dos grupos, obteniendo que un 79.5% (31) de los pacientes tenían más de 6 meses en control y solo un 20.5% (8) de ellos contaban con menos de 6 meses en control del trastorno depresivo (Gráfica 5).



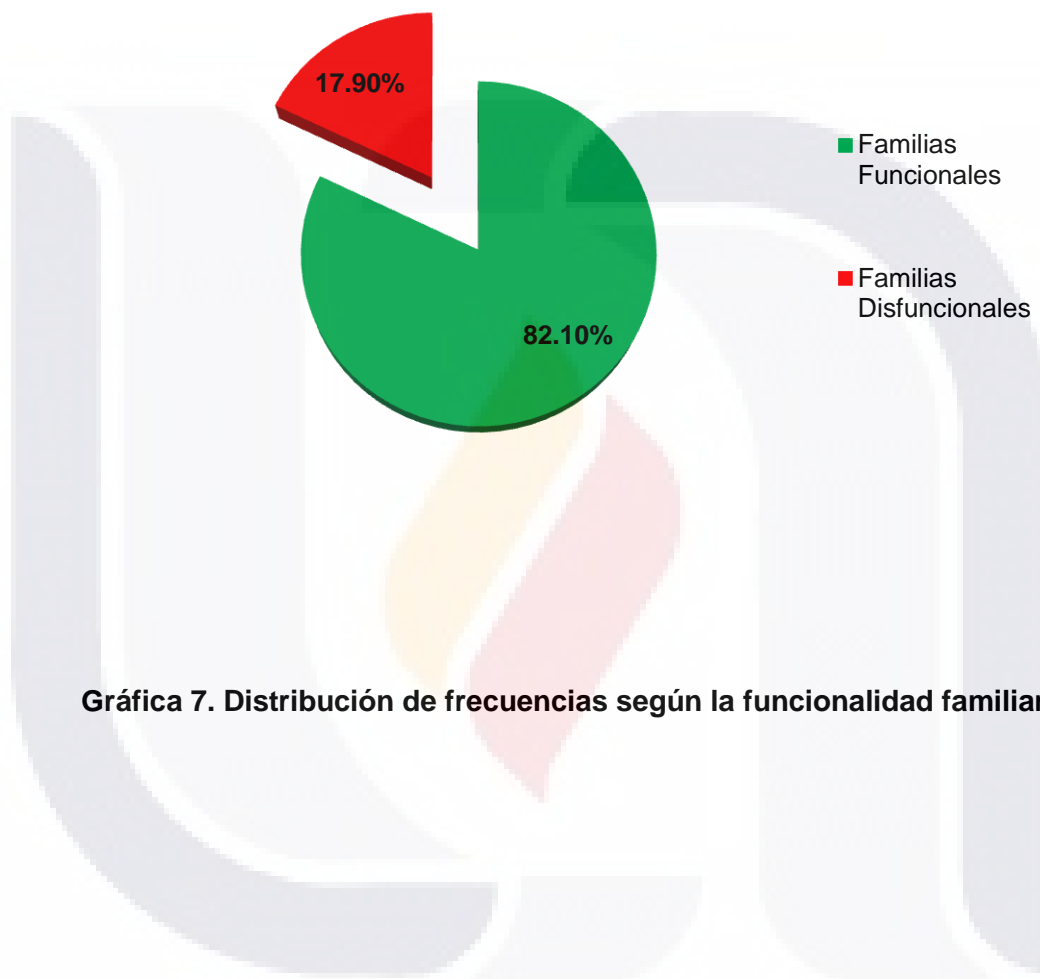
Gráfica 5. Distribución de los pacientes con trastorno depresivo según el tiempo en control en la UMF No. 1 IMSS Delegación Aguascalientes

En cuanto a la funcionalidad de las familias de pacientes con depresión en control, medida a través del instrumento FACES III, se registraron 14 tipos de familia de las 16 combinaciones posibles dentro del modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares, predominando con un 15.4% (6) la de tipo caóticamente separada, apenas por encima de otras como: la flexiblemente separada con un 12.8% (5), la flexiblemente conectada, estructuradamente conectada y la caóticamente dispersa, cada una de ellas con un 10.3% (4) (Gráfica 6).



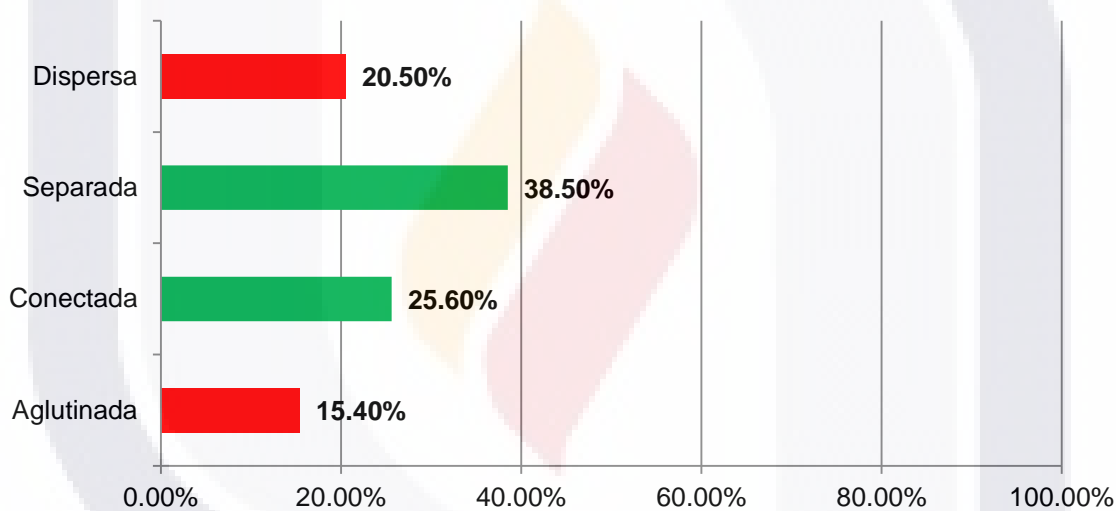
Gráfica 6. Distribución de frecuencias de acuerdo al tipo de familia según el modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares

Al sumar los porcentajes de cada una de las familias, según el grado de funcionalidad correspondiente, se obtuvo que el 82.1% de las familias resultaron funcionales y el 17.9% fueron disfuncionales. (Gráfica 7).



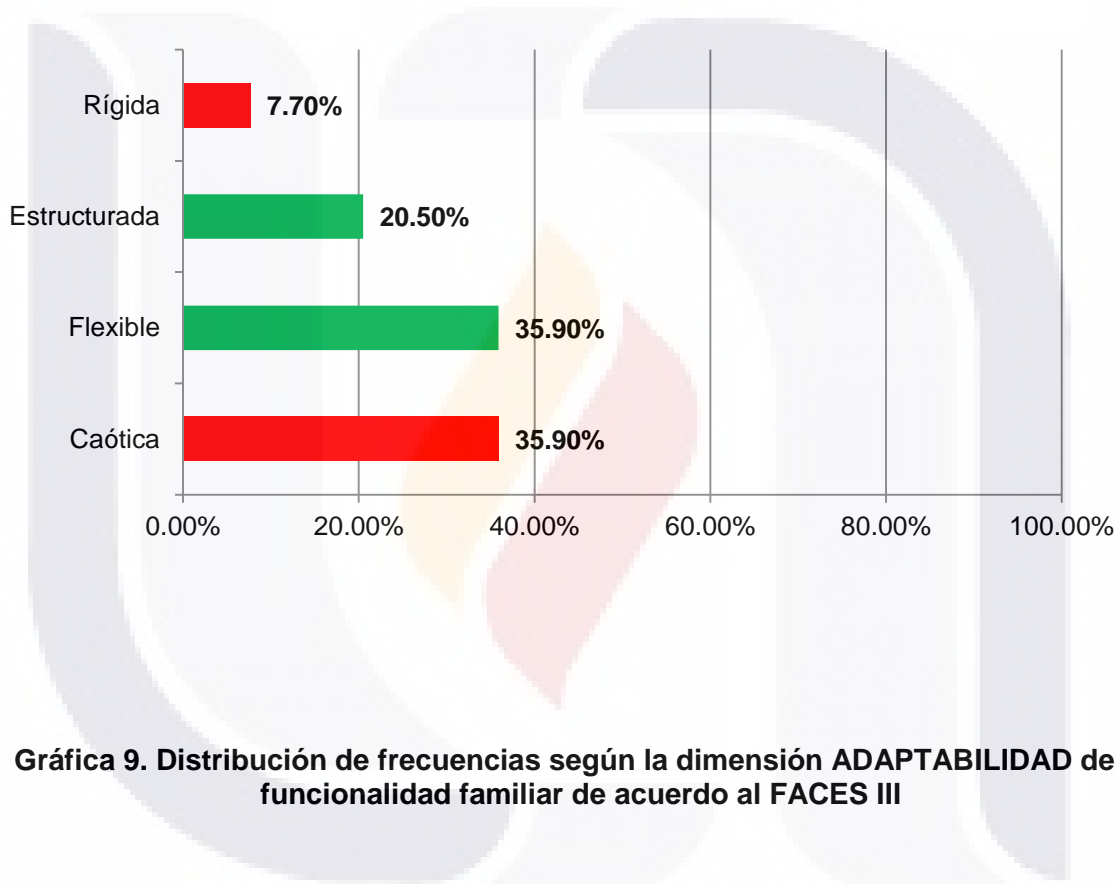
En lo que refiere a las dimensiones de la funcionalidad de las familias de los pacientes con depresión en control, se obtuvo lo siguiente:

Respecto a la dimensión cohesión familiar, el 38.5% (15) de las familias fueron separadas y el 25.6% (10) conectadas, mismas que corresponden a la mayor funcionalidad dentro de esta dimensión, sumando un 64.1% de la funcionalidad; en cambio, el 20.5% (8) fueron dispersas y el 15.4% (6) aglutinadas, las cuales corresponden a disfunción familiar en esta dimensión, sumando entre ellas el 35.9% de la disfunción en esta dimensión (Gráfica 8).



Gráfica 8. Distribución de frecuencias según la dimensión COHESIÓN de la funcionalidad familiar de acuerdo al FACES III

En cuanto a la dimensión adaptabilidad familiar, se observa también un ligero predominio de las familias que corresponden al nivel de mayor funcionalidad dentro de esta dimensión, obteniendo la estructurada un 20.5% (8) y la flexible un 35.9% (14), siendo en total el 56.4% de esta dimensión; por otro lado, la familia rígida obtuvo un 7.7% (3) y la caótica 35.9% (14), las cuales corresponden a la disfuncionalidad en esta dimensión, con un total de 43.6% (Gráfica 9).



Gráfica 9. Distribución de frecuencias según la dimensión ADAPTABILIDAD de la funcionalidad familiar de acuerdo al FACES III

IX.- DISCUSION DE LOS RESULTADOS

En cuanto a funcionalidad familiar, en base al modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares, propuesto por el Dr. Olson y sus colaboradores, se encontró que el 82.1% de los pacientes cuenta con una familia funcional y el restante 17.9% posee una familia disfuncional, resultados que confirman que existe mejoría de la funcionalidad de las familias de los pacientes con trastorno depresivo en control mayor a 3 meses, respecto al momento del diagnóstico y conforme al tiempo de tratamiento de la enfermedad; esto en base a lo que reporta la literatura científica para adolescentes y adultos mayores al momento del diagnóstico de depresión, como lo menciona Torres Moreno (2013), quien en su estudio refiere que el 50% de los adultos mayores que presentan depresión cuentan con una familia disfuncional.

Nuestros resultados, para funcionalidad familiar, se ajustaron a lo reportado en un estudio similar realizado por Cajero Vázquez (2009), quien encontró que el 55.18% de los pacientes que padecen esquizofrenia en fase de control, cuentan con familias funcionales en base al FACES III, mismo instrumento utilizado en nuestro estudio. Sin embargo, contrastan con lo reportado por Badillo Montes (2009), donde se determinó la funcionalidad familiar, en base al instrumento de Espejel, de las familias de pacientes con trastorno mixto ansioso depresivo que acuden al servicio de Psiquiatría, encontrando que solo el 37% de las familias son funcionales; así como Sainos López (2014) quien utilizando también el FACES III, determinó la funcionalidad familiar de las familias de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria como son, anorexia y bulimia, que acuden al servicio de Psicología, encontrando que el 50% de las familias de dichas pacientes se encuentran en el sistema extremo del modelo circunflejo, por lo tanto, son disfuncionales.

Respecto al análisis de las dimensiones cohesión y adaptabilidad familiar por separado, se obtuvo que las familias de los pacientes con trastorno depresivo en control presentaron adecuada funcionalidad para cada una de ellas, con un 64.1% para la cohesión y un 56.4% para la adaptabilidad, por lo que se confirma que ambas dimensiones mejoran respecto al momento del diagnóstico de la patología y conforme al tiempo que se encuentran en control.

Además, al analizar las dimensiones de cohesión y adaptabilidad familiar en el modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares, se encontró que la familia de tipo

caóticamente separada, fue la que predominó entre las familias de pacientes con trastorno depresivo en control mayor a 3 meses, con un porcentaje del 15.4% (un total de 6 familias); este tipo de familia se caracteriza por presentar cambios constantes, permaneciendo los límites claros y respetando el espacio familiar, por lo que se considera dentro del modelo circunflejo como una familia funcional. Cabe mencionar que la familia caóticamente separada, estuvo en cuanto a su porcentaje, apenas por encima de otras como: la flexiblemente separada con 12.8% (5 familias), la flexiblemente conectada con 10.3% (4 familias) y la estructuradamente conectada también con el 10.3%, siendo éstas 3 de las 4 familias, que se encuentran en el centro del modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares, donde se interpreta el mayor grado de funcionalidad en cuanto a cohesión y adaptabilidad, por lo que se confirma que existe aumento de la funcionalidad familiar, en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, en las familias de los pacientes con trastorno depresivo en control mayor a 3 meses, respecto al momento del diagnóstico y en base al tiempo de tratamiento de la enfermedad. Hecho que se puede confirmar, al encontrar que nuestros resultados contrastan con lo reportado por Leyva Jiménez (2006), quien encontró en su estudio, que en los adolescentes recién diagnosticados con depresión, el tipo de familia predominante fue la rígidamente dispersa, la cual corresponde al sistema extremo de la funcionalidad familiar según el modelo circunflejo, traduciéndose en familias disfuncionales.

Es de hacer mención, en cuanto a los meses en control de los pacientes con trastorno depresivo, se encontró que un 79.5% (31) de los pacientes tenían más de 6 meses en control y solo un 20.5% (8) de ellos contaban con menos de 6 meses en control, estos resultados presumiblemente derivados del diferimiento de la atención en el servicio de Psiquiatría, bien por parte del médico tratante o por causa administrativa.

En el presente estudio, se mantuvo la tendencia mundial en cuanto al predominio de dicha patología en pacientes del sexo femenino, ya que significaron el 74.4% (29) de los participantes en este estudio; por otro lado, llama la atención que 69.2% (27) eran casados y 56.4% (22) se dedicaban a las labores del hogar.

X.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO

No se encontraron limitaciones, así como tampoco se encontró alguna situación que pudiera sesgar nuestro estudio.



XI.- RECOMENDACIONES

Se recomienda a los médicos del primer nivel de atención, y a aquellos que se encuentran en formación, atender a la funcionalidad familiar de todos los pacientes, realizando intervenciones de forma prioritaria en aquellos que muestren disfunción familiar, como es el caso de los pacientes con trastorno depresivo, en los cuales se puede actuar desde el momento en el que se realiza su diagnóstico, y no esperar a que la funcionalidad familiar mejore en base al tiempo del tratamiento farmacológico, como se muestra en el presente estudio.

Realizar la transmisión de los resultados obtenidos en este estudio, entre los Médicos Familiares, con la finalidad de alentar a no perder de vista, entre nuestras múltiples enmiendas, al paciente y su familia, quienes son el objeto de nuestra especialidad, y a quienes debemos dirigir nuestros esfuerzos por brindar una adecuada calidad de vida, abordando aspectos tan influyentes en el desarrollo de ciertas patologías, como lo es en este caso la funcionalidad familiar.

Difundir los resultados del presente estudio entre las diversas áreas de gobierno del sistema de salud, con la finalidad de concientizar a los directivos sobre la necesidad de implementar programas para mejorar la calidad de la atención en las Unidades de Primer Nivel de Atención, donde el equipo multidisciplinario de atención a la salud, no solo el Médico Familiar, con una menor cantidad de requisitos administrativos durante la atención, y haciendo uso de los conocimientos y aptitudes adquiridas en su formación, pueda ayudar a prevenir y/o limitar el avance de patologías como la depresión entre sus derechohabientes, la cual genera no solo un gran costo económico al sistema de salud, sino también desgaste del núcleo familiar.

Promover la realización de más estudios sobre funcionalidad familiar en diversas patologías, lo cual nos permita seguir conociendo cuán importante es este aspecto de la familia en el desarrollo de ciertas enfermedades crónicas y agudas, con la finalidad de lograr una adecuada valoración y sobre todo una apropiada atención en la funcionalidad de las familias de nuestros pacientes.

XII.- CONCLUSIONES

Se caracterizaron las variables sociodemográficas de los pacientes con trastorno depresivo en control, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes, encontrándose una media de edad entre los participantes de 53 años, con predominio de la patología en pacientes de sexo femenino, siendo en su mayoría casadas y dedicadas a las labores del hogar; además, en cuanto al tiempo en control del trastorno depresivo, el 79.5% de los pacientes contaba ya con más de 6 meses en control en la unidad médica.

Se acepta la hipótesis alterna, existe funcionalidad familiar, en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, en pacientes con trastorno depresivo en control, adscritos a la UMF No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes, ya que en base al modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares, el 82.1% de las familias resultaron funcionales, porcentaje que se distribuye en las familias con mayor grado de funcionalidad, en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad.

Se rechaza la hipótesis nula, no existe funcionalidad familiar, en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, en pacientes con trastorno depresivo en control, adscritos a la UMF No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes, ya que en base al modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares, el 17.9% de las familias fueron disfuncionales.

Se acepta la hipótesis alterna específica número 1, existe cohesión familiar en pacientes con trastorno depresivo en control, adscritos a la UMF No. 1 Delegación Aguascalientes, al predominar las familias con mayor funcionalidad en la dimensión de cohesión familiar con un 64.1% del total de las mismas.

Se acepta la hipótesis alterna específica número 2, existe adaptabilidad familiar en pacientes con trastorno depresivo en control, adscritos a la UMF No. 1 Delegación Aguascalientes, al predominar ligeramente las familias con mayor funcionalidad en la dimensión de adaptabilidad familiar apenas con un 56.4% del total de las mismas.

XIII. GLOSARIO

Adaptabilidad. Habilidad de la familia para cambiar su estructura jerárquica, los roles y las reglas.

Ciclo vital familiar. Tiempo en el que los subsistemas familiares se desarrollan.

Cohesión. Es el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí.

Depresión. Alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que es una afectación global de la vida psíquica.

Familia. Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.

Funcionalidad familiar. Patrón organizacional para lograr un objetivo en común en la familia

Sistema familiar. Complejo de elementos humanos que forman una unidad funcional.

XIV.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garza, E. Teófilo. Trabajo con familias. 2da edición, México. Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), 2009.
2. Huerta, G. José Luis. Medicina familiar: la familia en el proceso salud-enfermedad. 1ª Ed. México D.F.: Editorial Alfil, 2005.
3. Anzures Carro R. y cols. Medicina Familiar. 1ª ed. México D.F. Editorial Corinter. 2008.
4. Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo, México; Secretaría de Salud, 2009.
5. Alarcón, Renato D. y cols. Psiquiatría. 2ª ed. Washington, DC. Organización Panamericana de la Salud. Manual Moderno. 2005
6. Olson DH. Circumplex Model of Marital and Family Systems. The Journal of Family Therapy. 1999.
7. Martínez Pampliega A, cols.. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2005 Abril; 6 (2).
8. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud Pública Mex 2013; 55:74-80.
9. Área de Información Médica y Archivo Clínico (ARIMAC). AcceDer. Aguascalientes: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2014.
10. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México en cifras, informe nacional por entidad federativa y municipios. [Online]; 2015
Available from: www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicociras/default.asp?e=1
11. INEGI. CUENTAME. [Online]; 2010. Available from: <http://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/información/ags/economía/ue.aspx?tema=me&e=01>
12. Organización Mundial de la Salud. Available from: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/
13. Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, Moreno-Tamayo KM, Acosta-Castillo I, Sosa-Ortiz AL, Gutiérrez-Robledo LM, Téllez-Rojo MM. Condiciones de salud y estado

funcional de los adultos mayores en México. Salud Publica Mex 2013;55 supl 2:S323-S331

14. Heinze G, Camacho PV. (2010). Guía clínica para el manejo de la depresión. Ed. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).

15. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder. 2010. Third Edition.

16. Secretaría de Salud. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-025-SSA2-2012, PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN UNIDADES DE ATENCIÓN INTEGRAL HOSPITALARIA MÉDICO-PSIQUIÁTRICA. Norma Oficial. D.F.: Secretaría de Salud, Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades; 2012.

17. Calderón Castañeda F. Guía Clínica de Orientación y Psicoterapia Familiar. 1st ed. Lomelí Rivas A, editor. México: Instituto Nacional de Rehabilitación; 2011.

18. Ponce Rosas ER, Gomez Clavelina FJ, Terán Trillo M, Irigoyen Coria AE y Landgrave Ibañez S. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). Aten Primaria 2002. Diciembre. 30 (10): 624-630.

19. Borges G, Holly W, Medina Mora ME, Zambrano J, Blanco J, Walters E. Suicidal behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12-month prevalence, psychiatric factors and service utilization. Salud Mental 2005; 28(2):40-47

20. Leyva-Jiménez R et al. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. Rev Mex Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (3): 225-232

21. Zavala Gonzalez, MA; Domínguez Sosa, G. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. Viguera Editores SL 2010. Psicogeriatría 2010; 2 (1):41-48

22. Torres Moreno, I. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores. Trujillo, Perú: Universidad Nacional de Trujillo; 2013

23. Almeida Souza, R; Desani da Costa, G; Hitomi Yamashita, C; Amendola, F; Correa Gaspar, J; Martins Alvarenga, MR et al. Family functioning of elderly with depressive symptoms. Rev Esc Enferm USP 2014; 48(3):469-476

24. Torrel, M; Delgado, M. Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la I. E. Zarumilla – Tumbes, 2013. Ciencia y desarrollo 17 (1), Enero-Junio 2014. 47:54

25. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría

26. González Lucario, O. Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la consulta externa de medicina familiar en el Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos". Toluca, Edo de México, México: Universidad Autónoma del Estado de México; 2013
27. Sainos López, DG. Funcionalidad familiar en pacientes mujeres con trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y bulimia. Puebla, Puebla, México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2014
28. García Leetch, E. Funcionalidad familiar en las pacientes con cáncer cervicouterino y factores asociados. Orizaba, Veracruz, México: Universidad Veracruzana; 2009
29. Pérez Cabrera, A. Funcionalidad familiar en pacientes con mastectomía radical y mastectomía conservadora. Puebla, Puebla, México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2014
30. Olvera Arreola, SS. Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en personas con hipertensión arterial. México, D.F: Universidad Nacional Autónoma de México; 2012
31. Cajero Vázquez, C. Funcionalidad familiar en pacientes esquizofrénicos en fase de control. Aten. Fam [Internet]. 2009 [Citado 20 Oct 2015]; 16(1):5. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/16suplemento.pdf>
32. Badillo Montes, M.T. Funcionalidad familiar en pacientes con trastorno mixto ansioso depresivo. Aten. Fam [Internet]. 2009 [Citado 20 Oct 2015]; 16(1):8. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/16suplemento.pdf>
33. Jiménez Solís, S.E. Funcionalidad familiar en cuidadores de adultos mayores con demencia. Aten. Fam [Internet]. 2009 [Citado 20 Oct 2015]; 16(1):18. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/16suplemento.pdf>

ANEXOS

ANEXO A. Carta de consentimiento informado

ANEXO B. Cronograma de actividades período 2015-2016

ANEXO C. Manual operacional





ANEXO A. Carta de consentimiento informado



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
“CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)”

Nombre del estudio: “Funcionalidad familiar, en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, en los pacientes con trastorno depresivo en control adscritos a la UMF No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes”.

Lugar y fecha: Aguascalientes, Aguascalientes. A de del 2015.

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número:

Justificación y objetivo del estudio: Determinar la funcionalidad familiar, en sus dimensiones de cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes con trastorno depresivo en control, adscritos a la UMF No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes.

Procedimiento: Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar una entrevista que consta de 20 preguntas relacionadas con la cohesión y adaptabilidad de mi familia. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los inconvenientes y beneficios de mi participación en este proyecto.

Posibles riesgos y molestias: No existen riesgos potenciales de la aplicación de la encuesta, solo la molestia de proveer unos minutos para contestar las preguntas que se me solicitan.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: No recibiré ningún beneficio personal por participar en este estudio, pero se me explicó que los resultados del presente estudio contribuirán al avance del conocimiento de la cohesión y adaptabilidad existente en los pacientes con depresión.

Participación o retiro: Entiendo que mi participación es voluntaria y conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, así como también puedo dejar de contestar alguna pregunta de lo que quiera dar respuesta o de la que tenga duda en responder..

Privacidad y confidencialidad: El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que de los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que se tenga durante el estudio y acerca de las dudas que tenga en el momento que sea realizada la encuesta, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a investigador responsable: Dra. Ana Hortensia López Ramírez, ADSCRIPCIÓN: Unidad de Medicina Familiar No. 1 con LUGAR DE TRABAJO: Unidad de Medicina Familiar No 1. DOMICILIO: José María Chávez # 1202. Colonia Lindavista. Aguascalientes, Aguascalientes, CP 20270, TELÉFONO: 91 3 90 22, CORREO: draanahortensia@hotmail.com; y con el Dr. Rubén Ruvalcaba Rodríguez, ADSCRIPCIÓN: Unidad de Medicina Familiar No. 1, LUGAR DE TRABAJO: Unidad de Medicina Familiar No. 1, DOMICILIO: José Ma. Chávez #1202. Col. Lindavista, Aguascalientes, CP 20270, TELÉFONO: 9 13 90 22, CORREO: chacuac@hotmail.com. En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx.

Nombre y firma del participante

Nombre y Firma del testigo 1

Dr. Rubén Ruvalcaba Rodríguez, Tesista

Nombre y Firma del testigo 2

ANEXO B. Cronograma de actividades período 2015-2016

ACTIVIDADES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
ELECCIÓN DEL TEMA	X													
ACOPIO DE BIBLIOGRAFÍA	X	X												
REVISIÓN DE LA LITERATURA		X	X	X	X	X								
DISEÑO DE PROTOCOLO					X	X								
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA					X	X								
ANTECEDENTES						X								
JUSTIFICACIÓN						X								
INTRODUCCIÓN							X							
HIPÓTESIS							X							
REVISIÓN DEL PROTOCOLO								X						
REGISTRO DEL PROTOCOLO ANTE EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN									X					
REALIZACIÓN DE LAS ENCUESTAS										X	X	X	X	
CAPTURA Y TABULACIÓN DE DATOS													X	X
ANÁLISIS DE RESULTADOS														X
AUTORIZACIÓN														X
ELABORACIÓN DE TESIS														X

ANEXO C. MANUAL OPERACIONAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1

AGUASCALIENTES, AGS

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR, EN LAS DIMENSIONES DE COHESION Y
ADAPTABILIDAD, EN LOS PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO EN
CONTROL ADSCRITOS A LA UMF No. 1 DEL IMSS DELEGACIÓN
AGUASCALIENTES**

- 1.- El tesista, será el encargado de aplicar las entrevistas de Funcionalidad familiar, con la Escala Faces III, a los derechohabientes usuarios que acudan al servicio de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes.
- 2.- Se seleccionará de manera aleatoria a los usuarios, de 20 a 64 años, que cuenten con el diagnóstico de trastorno depresivo, con al menos 3 meses y menor de un año en control en la unidad, de los 20 consultorios que se encuentran ubicados en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 IMSS, Delegación Aguascalientes, tanto del turno matutino, como del vespertino y al mismo tiempo de identificarlas, se les leerá una carta de consentimiento informado, misma que firmarán de conformidad al aceptar participar en el estudio, explicando que en la entrevista a realizar se evaluará cómo se encuentra la funcionalidad de su familia, en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad en ese momento.
- 3.- La entrevista consta de 26 preguntas, con una duración aproximada entre 5 a 7 minutos, la información que se maneja en esta entrevista será confidencial y no afectará por ningún motivo la atención que se brinda en la institución.
- 4.- Se le comunicará al paciente que en el momento en que no quiera contestar una pregunta, o no quiera continuar con la entrevista se puede retirar.

Sección I. Ficha de identificación

En esta sección, la información se obtendrá durante la entrevista cara a cara (tesista-paciente), se requisarán los datos por el tesista.

I.1. Ficha de identificación

I.1.a. Nombre. Se preguntará el nombre completo del entrevistado. Ejemplo:

Nombre: Juan Pérez Ramírez

I.1.b. Fecha de aplicación: Se anotará la fecha del día que se aplique la encuesta, empezando por el día, el mes y el año. Ejemplo:

Fecha de aplicación:

0	1
---	---

1	1
---	---

2	0	1	5
---	---	---	---

Día Mes Año

I.1.c. Domicilio: En este apartado se preguntará directamente al derechohabiente como se llama la calle, número, colonia, en donde está ubicada su casa y cuál es la ciudad en donde vive. Ejemplo:

Domicilio: Costa Rica #217, Fracc. Las Américas, Aguascalientes, Ags. CP 20230

Calle y número Colonia CiudadCódigo Postal

I.1.d. Teléfono: Se preguntará si tiene teléfono en su domicilio o teléfono celular y si lo puede proporcionar el número del mismo. Ejemplo:

Teléfono: 449 102 21 58

I.2. Características sociodemográficas

I.2.a. Fecha de nacimiento:

0	1
---	---

0	9
---	---

1	9	7	0
---	---	---	---

Día Mes Año

I.2.b. Género. Se preguntará el sexo de los derechohabientes. Ejemplo:

Sexo:

1. Masculino 2. Femenino

I.2.c. Nivel de estudios. Se le preguntará al derechohabiente que si estudió, si la respuesta es SI se le preguntará hasta que nivel de estudios terminó, si la respuesta es NO, se le preguntará que si sabe escribir o no y se codificará con los números del ejemplo:

Nivel de estudios:

1. Analfabeta 2. Alfabeto sin escolaridad 3. Primaria 4. Secundaria
5. Técnico profesional 6. Preparatoria 7. Profesional

I.2.d. Estado civil actual. Se le preguntará al derechohabiente sobre su estado civil actual y se codificará de acuerdo a su respuesta. Ejemplo:

Estado civil actual:

1. Casado (a) 2. Soltero (a) 3. Unión libre 4. Viudo (a)
5. Separado (a)

I.2.e. Ocupación. Se preguntará directamente al derechohabiente a que se dedica y se codificará dependiendo de su respuesta. Ejemplo:

Ocupación:

1. Trabaja 2. Estudia 3. Hogar 4. Pensionado/jubilado

I.3. Depresión en control

I.3.a. Mes y año en que se le diagnosticó su trastorno depresivo. Se le preguntará directamente al derechohabiente el mes y año de su diagnóstico. En caso de que el entrevistado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente:

¿En qué mes y año su médico familiar le dijo que padece depresión?

Mes y año de diagnóstico:

0	7	2	0	1	5
Mes		Año			

Sección II. Funcionalidad Familiar

En esta sección, la información se obtendrá durante la aplicación de la entrevista cara a cara (tesista-paciente), aplicándose la Escala FACES III, se requisitará la encuesta por el paciente.

____ **1.- Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.** En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente:

Cuando alguno de los integrantes de la familia tiene sufre algún problema o dificultad, ¿recibe apoyo de los demás integrantes?

Codificación: La codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será: **Nunca se codificará como 1**, si la respuesta es **Casi nunca se codificará como 2**, si su respuesta es **Algunas veces se codificará como 3**, si su respuesta es **Casi siempre se codificará como 4**, si su respuesta es **Siempre se codificará como 5**.

____ **2.- En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.** En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente:

Cuando en la familia existe un problema, ¿se toman en cuenta las propuestas de los hijos para solucionar el problema?

Codificación: La codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será: **Nunca se codificará como 1**, si la respuesta es

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Casi nunca se codificará como 2, si su respuesta es Algunas veces se codificará como 3, si su respuesta es Casi siempre se codificará como 4, si su respuesta es Siempre se codificará como 5.

___ **3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.** En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente:

Los amigos de cada integrante de la familia, ¿son aceptados por los demás integrantes de la familia?

Codificación: La codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será: **Nunca se codificará como 1, si la respuesta es Casi nunca se codificará como 2, si su respuesta es Algunas veces se codificará como 3, si su respuesta es Casi siempre se codificará como 4, si su respuesta es Siempre se codificará como 5.**

___ **4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.** En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente:

Respecto a la disciplina que se sigue en casa, ¿los hijos pueden opinar sobre cómo establecerla?

Codificación: La codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será: **Nunca se codificará como 1, si la respuesta es Casi nunca se codificará como 2, si su respuesta es Algunas veces se codificará como 3, si su respuesta es Casi siempre se codificará como 4, si su respuesta es Siempre se codificará como 5.**

___ **5.- Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.** En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente:

¿Con qué frecuencia conviven solamente con sus familiares más cercanos?

Codificación: La codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será: **Nunca se codificará como 1, si la respuesta es Casi nunca se codificará como 2, si su respuesta es Algunas veces se codificará como 3, si su respuesta es Casi siempre se codificará como 4, si su respuesta es Siempre se codificará como 5.**

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

____ **6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.** En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente:

Dentro de su familia, ¿cualquier integrante puede decidir lo que se debe hacer?

Codificación: La codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será: **Nunca se codificará como 1**, si la respuesta es **Casi nunca se codificará como 2**, si su respuesta es **Algunas veces se codificará como 3**, si su respuesta es **Casi siempre se codificará como 4**, si su respuesta es **Siempre se codificará como 5**.

____ **7.- Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.** En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente:

Cuando se trata de unirse para un fin común en la familia, ¿se sienten más unidos entre ustedes que con personas que no son sus familiares?

Codificación: La codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será: **Nunca se codificará como 1**, si la respuesta es **Casi nunca se codificará como 2**, si su respuesta es **Algunas veces se codificará como 3**, si su respuesta es **Casi siempre se codificará como 4**, si su respuesta es **Siempre se codificará como 5**.

____ **8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.** En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente:

¿Con qué frecuencia se cambia la forma de hacer las cosas en la familia?

Codificación: La codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será: **Nunca se codificará como 1**, si la respuesta es **Casi nunca se codificará como 2**, si su respuesta es **Algunas veces se codificará como 3**, si su respuesta es **Casi siempre se codificará como 4**, si su respuesta es **Siempre se codificará como 5**.

____ **9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.** En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente:

¿Con qué frecuencia disfrutaban del tiempo libre en familia?

Codificación: La codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será: **Nunca se codificará como 1**, si la respuesta es **Casi nunca se codificará como 2**, si su respuesta es **Algunas veces se codificará como 3**, si su respuesta es **Casi siempre se codificará como 4**, si su respuesta es **Siempre se codificará como 5**.

___ **10.- Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.** En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente:

Cuando hay necesidad de aplicar un castigo, ¿hablan entre padres e hijos sobre cómo aplicará el castigo?

Codificación: La codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será: **Nunca se codificará como 1**, si la respuesta es **Casi nunca se codificará como 2**, si su respuesta es **Algunas veces se codificará como 3**, si su respuesta es **Casi siempre se codificará como 4**, si su respuesta es **Siempre se codificará como 5**.

___ **11.- Nos sentimos muy unidos.** En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente:

¿Con qué frecuencia se sienten muy unidos?

Codificación: La codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será: **Nunca se codificará como 1**, si la respuesta es **Casi nunca se codificará como 2**, si su respuesta es **Algunas veces se codificará como 3**, si su respuesta es **Casi siempre se codificará como 4**, si su respuesta es **Siempre se codificará como 5**.

___ **12.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones.** En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente:

En su familia, ¿con qué frecuencia los hijos son quienes deciden lo que se hará?

Codificación: La codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será: **Nunca se codificará como 1**, si la respuesta es

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Casi nunca se codificará como 2, si su respuesta es Algunas veces se codificará como 3, si su respuesta es Casi siempre se codificará como 4, si su respuesta es Siempre se codificará como 5.

___ **13.- Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.** En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente:

En el momento de tomar una decisión importante, ¿con qué frecuencia se encuentra presente toda la familia?

Codificación: La codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será: **Nunca se codificará como 1, si la respuesta es Casi nunca se codificará como 2, si su respuesta es Algunas veces se codificará como 3, si su respuesta es Casi siempre se codificará como 4, si su respuesta es Siempre se codificará como 5.**

___ **14.- En nuestra familia las reglas cambian.** En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente:

¿Con qué frecuencia cambian las reglas en su familia?

Codificación: La codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será: **Nunca se codificará como 1, si la respuesta es Casi nunca se codificará como 2, si su respuesta es Algunas veces se codificará como 3, si su respuesta es Casi siempre se codificará como 4, si su respuesta es Siempre se codificará como 5.**

___ **15.- Con facilidad podemos planear actividades en familia.** En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente:

En su familia, ¿con qué frecuencia pueden planear fácilmente actividades entre todos?

Codificación: La codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será: **Nunca se codificará como 1, si la respuesta es Casi nunca se codificará como 2, si su respuesta es Algunas veces se codificará como 3, si su respuesta es Casi siempre se codificará como 4, si su respuesta es Siempre se codificará como 5.**

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

____ **16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.** En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente:

En su familia, ¿con qué frecuencia pueden intercambiar los quehaceres entre uno y otro integrante?

Codificación: La codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será: **Nunca se codificará como 1**, si la respuesta es **Casi nunca se codificará como 2**, si su respuesta es **Algunas veces se codificará como 3**, si su respuesta es **Casi siempre se codificará como 4**, si su respuesta es **Siempre se codificará como 5**.

____ **17.- Consultamos unos con otros para tomar decisiones.** En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente:

En su familia, ¿con qué frecuencia se comentan los problemas entre ustedes para tomar decisiones?

Codificación: La codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será: **Nunca se codificará como 1**, si la respuesta es **Casi nunca se codificará como 2**, si su respuesta es **Algunas veces se codificará como 3**, si su respuesta es **Casi siempre se codificará como 4**, si su respuesta es **Siempre se codificará como 5**.

____ **18.- En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad.** En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente:

En su familia, ¿con qué frecuencia resulta difícil identificar quien es la autoridad?

Codificación: La codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será: **Nunca se codificará como 1**, si la respuesta es **Casi nunca se codificará como 2**, si su respuesta es **Algunas veces se codificará como 3**, si su respuesta es **Casi siempre se codificará como 4**, si su respuesta es **Siempre se codificará como 5**.

____ **19.- La unión familiar es muy importante.** En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente:

En su familia, ¿con qué frecuencia es importante estar unidos?

Codificación: La codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será: **Nunca se codificará como 1**, si la respuesta es **Casi nunca se codificará como 2**, si su respuesta es **Algunas veces se codificará como 3**, si su respuesta es **Casi siempre se codificará como 4**, si su respuesta es **Siempre se codificará como 5**.

____ **20.- Es difícil decir quién hace las labores del hogar.** En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente:

En su familia, ¿con qué frecuencia es difícil establecer quien llevará a cabo las labores del hogar?

Codificación: La codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será: **Nunca se codificará como 1**, si la respuesta es **Casi nunca se codificará como 2**, si su respuesta es **Algunas veces se codificará como 3**, si su respuesta es **Casi siempre se codificará como 4**, si su respuesta es **Siempre se codificará como 5**.

Al final de la entrevista, terminando la aplicación de la Escala FACES III, se sumarán las puntuaciones obtenidas en las preguntas con números nones, ya que éstas evalúan la dimensión de cohesión familiar; y se sumarán las puntuaciones obtenidas en las preguntas con números pares, las cuales evalúan la dimensión de adaptabilidad familiar, cada una con un mínimo de 10 y un máximo de 50 puntos; cada dimensión de acuerdo a su puntaje, clasifica a las familias según el FACES III, de la siguiente manera:

Clasificación de las familias, respecto a la dimensión Cohesión de acuerdo al FACES III:

10 a 34 puntos: Familia Dispersa

35 a 40 puntos: Familia Separada

41 a 45 puntos: Familia Conectada

46 a 50 puntos: Familia Aglutinada

Clasificación de las familias, respecto a la dimensión Adaptabilidad de acuerdo al FACES III:

10 a 19 puntos: Familia Rígida

20 a 24 puntos: Familia Estructurada

25 a 29 puntos: Familia Flexible

30 a 50 puntos: Familia Caótica

Según la correlación de los puntajes para cada dimensión, se determinan a su vez 16 tipos de familias, las cuales se integran para su mejor comprensión en tres sistemas de funcionamiento familiar, siendo los siguientes:

- a. El sistema familiar balanceado o equilibrado. Lo conforman los siguientes tipos de familias: flexiblemente separada, flexiblemente conectada, estructuralmente separada y estructuralmente conectada.
- b. El sistema familiar medio o moderado. Lo conforman los siguientes tipos de familias: caóticamente separada, caóticamente conectada, flexiblemente dispersa, flexiblemente aglutinada, estructuralmente dispersa, estructuralmente aglutinada, rígidamente separada y rígidamente conectada.
- c. El sistema familiar extremo o sin equilibrio. Lo conforman los siguientes tipos de familias: caóticamente dispersa, caóticamente aglutinada, rígidamente dispersa y rígidamente aglutinada.