

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
SECRETARIA DE POST-GRADO



VALORACION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR  
EN UNA COMUNIDAD SUBURBANA  
DEL AREA METROPOLITANA 1993.

## TESIS

QUE EN OPCION AL GRADO DE  
MAESTRO EN ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD  
EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA

PRESENTA

LIC. GREGORIO MARTINEZ RODRIGUEZ

MONTERREY, N. L.

ENERO DE 1994

TM

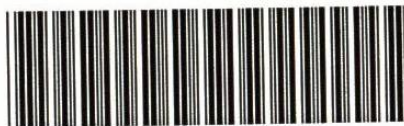
Z6675

.N6

FEn

1994

M377



1020072199

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST-GRADO



VALORACION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR  
EN UNA COMUNIDAD SUBURBANA  
DEL AREA METROPOLITANA 1993.

## TESIS

QUE EN OPCION AL GRADO DE  
MAESTRO EN ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD  
EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA

PRESENTA

LIC. GREGORIO MARTINEZ RODRIGUEZ

MONTERREY, N. L.

ENERO DE 1994

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST-GRADO

VALORACION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN UNA COMUNIDAD  
SUBURBANA DEL AREA METROPOLITANA DE MONTERREY N.L. 1993.

ALUMNO

LIC. EN ENF. GREGORIO MARTINEZ RODRIGUEZ.

ASESOR

LIC. EN ENF. DORA ELIA SILVA LUNA M.S.P.



MONTERREY, N.L., ENERO DE 1994. ~~EST~~

TM  
Z6675  
.N6  
FEn  
1994  
M377



FONDO TESIS

25991

**NOTA DE APROBACION**

---

**COMISION DE TESIS**

---

---

---

**D E D I C A T O R I A**

**A Dios.  
Por su infinita bondad.**

**A mi esposa María de los Santos Aldape.  
Por su comprensión y apoyo.**

**A mis hijos Enrique Alejandro,  
Victor Hugo y Diana Elizabeth.  
Por su estimulante motivación.**



## A G R A D E C I M I E N T O S

- A las autoridades de mi máxima casa de Estudios Universidad Autónoma de Nuevo León, a la Dirección y a la Secretaría del Post-grado de la Facultad de Enfermería por su apoyo en el desarrollo de la presente tesis.
  
- A la Lic. Dora Elia Silva Luna por su acertada asesoría y motivación para concluir la tesis.
  
- A las familias de las comunidades y compañeros del Programa de Desarrollo de Enfermería, por las experiencias compartidas y la oportunidad recibida para ratificar la importancia de la práctica de salud mental en la comunidad.
  
- A las familias de la comunidad Noria Norte, por la accesibilidad para el logro de la presente tesis.
  
- Al Lic. Arturo Gurrola y María de Lourdes Flores por su genuina y profesional colaboración en la realización de este trabajo.
  
- A mi hijo Enrique Alejandro Martínez, por la oportunidad que me brindó de disfrutar y aprender de su creatividad en el diseño del programa, manejo de software e impresión y captura de datos para esta tesis.

## RESUMEN

El propósito del actual estudio descriptivo y transversal fué evaluar el nivel de funcionamiento familiar basados en el Modelo Circunflejo de D. H. Olson en familias de comunidades suburbanas del área metropolitana de Monterrey.

La muestra se conformo por 49 familias distribuidas en forma no probabilística conformaron la muestra, a cuyos miembros mayores de 12 años se les aplicó un cuestionario individual de Autopercepción que se complementó con una entrevista clínica familiar semiestructurada aplicada por el responsable de la investigación y colaboradores.

La chi cuadrada reporta correlación positiva moderada en cohesión con significancia de 0.0871 y negativa débil en adaptabilidad con nivel de significancia de 0.5577, ambas  $>$  de 0.05. Por lo cual se puede decir que los instrumentos del modelo de D.H. Olson sugieren confiabilidad para valorar el funcionamiento familiar en comunidades suburbanas por personal de enfermería en acciones preventivas y educativas de salud mental y psiquiatría.

# I N D I C E   G E N E R A L

Página

Dedicatoria  
Agradecimientos  
Resumen  
Indice General

## CAPITULO I

INTRODUCCION	1
Planteamiento del problema	3
Hipótesis	6
Objetivos	6
Importancia del estudio	7
Limitaciones del estudio	7
Definición operativa de términos	8

## CAPITULO II

Marco Teórico Conceptual	11
Familia y dinámica familiar	11
Modelo Circunflejo de Sistemas	
Familiar y Marital de D.H. Olson	13
Estudios relacionados con el Modelo Circunflejo	17

## CAPITULO III

METODOLOGIA	20
Sujetos	20
Material	22
Procedimiento	24
Etica del estudio	26

CAPITULO IV	
RESULTADOS	27
Análisis de resultados	36
CAPITULO V	
DISCUSION	49
Conclusiones	56
Recomendaciones	57
CAPITULO VI	
REFERENCIAS	59
APENDICE A:	Instrumento de Identificación familiar.
APENDICE B:	Cuestionario de Autopercepción "Conociendo a mi familia" basado en el Modelo circunflejo de D.H. Olson.
APENDICE C:	Perfil Familiar basado en la Escala de Valoración Clínica del Modelo Circunflejo de D.H. Olson
APENDICE D:	Autorización para el uso del Modelo Circunflejo en el estudio.
APENDICE E:	Autorización de participación familiar para el estudio.

## CAPITULO I

### INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud considera que los propósitos de los programas de atención primaria en salud mental son prevenir y tratar la enfermedad psiquiátrica, aplicar conocimientos de salud mental en los programas de salud general y prevenir las consecuencias perjudiciales de los cambios sociales acelerados que exceden la capacidad de enfrentamiento individual, familiar o social y predisponen a problemas de maladaptación y alteraciones en su nivel de bienestar. Por ello la atención de salud mental eficaz deberá centrarse tanto en los centros hospitalarios como en los comunitarios, de manera oportuna, continua y personalizada para que toda la población pueda satisfacer sus necesidades de atención emocional. (Lima, 1986, De la Fuente, 1988).

Lancaster (1983) considera que la Enfermería en Salud Mental debe identificar a las poblaciones de alto riesgo, fomentar en ellas su capacidad de enfrentamiento a estresores externos e internos y prevenir la aparición de alteraciones psíquicas. Sin embargo por experiencias en la práctica de salud mental comunitaria, los recursos especializados son insuficientes y los sistemas de trabajo dificultan la identificación de las familias con problemas emocionales, se aplica un modelo de valoración familiar extenso, laborioso sin proponer opciones de intervención y el

personal de enfermería requiere de capacitación en salud mental familiar para el manejo de los problemas emocionales.

Por lo cual, el objetivo de este estudio es evaluar el nivel de funcionamiento familiar con el Modelo Circunflejo del Sistema Familiar y Marital de D. H. Olson, para que enfermería lo aplique en las familias suburbanas del área metropolitana de Monterrey.

Este modelo está basado en tres dimensiones: Cohesión, adaptabilidad y comunicación, las dos primeras se registran en una matriz circunfleja, para representar los rangos de funcionamiento familiar, y de ahí clasificar a las familias en tres tipos : Balanceada, media y extrema.

El modelo, se apoya en la teoría de sistemas, pretende integrar la investigación, teoría y práctica, sus conceptos son muy similares a los de otros teóricos de familia. Se ha validado en poblaciones de familias con y sin problemas emocionales (i.e. diabétes, esquizofrenia, crisis, adicciones, neurosis.), y diferentes ciclos de vida familiar (Olson et. al, 1985). Con el apoyo de otros instrumentos diagnósticos permite contrastar la valoración del terapeuta u observador con la percepción que de la familia tienen sus propios miembros.

### **Planteamiento del problema**

Florenzano, U., (1986), considera que en las comunidades urbano marginadas, los problemas de adaptación, psicosociales y/o psicopatológicos, están fuertemente relacionados con la subocupación y bajo ingreso económico, que predisponen a condiciones de hambre, enfermedad, bajo nivel educativo, mala vivienda y sentimientos de frustración.

En México, con los Programas Prioritarios del Sistema Nacional de Salud, estos problemas maladaptativos pretenden ser detectados y resueltos oportunamente. La Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León apoya este propósito por medio de un programa llamado Desarrollo de Enfermería (Alonso, 1982), conformado por subprogramas de planificación familiar, detección oportuna del cáncer, control prenatal y de familias críticas, implementados en comunidades suburbanas del área metropolitana de Monterrey N. L.

Las familias integradas a estos subprogramas son detectadas a partir de la información captada en un instrumento de estudio de familia, aplicado en visita domiciliaria o al acudir alguno de sus miembros al centro de salud comunitario, y que contiene datos demográficos y de morbimortalidad (i.e, vivienda, ingresos, hábitos, problemas de salud, seguridad social y características de la familia).

De los diversos subprogramas, el que mas aproximación tiene hacia aspectos de salud mental es el de Familias Críticas donde para incluir a una familia, deberá tener uno o más de los siguientes criterios (Espinoza, 1984): Muerte infantil en el último año; más de cinco menores de 14 años o niños desnutridos de segundo y tercer grado; presencia de problemas psicosociales, de dinámica familiar o enfermedades crónico degenerativas (i.e, diabetes, obesidad, hipertensión, alcoholismo, drogadicción, crisis situacionales o de desarrollo) que interfieran con su economía y estabilidad familiar.

En este subprograma se amplía la información hacia el funcionamiento familiar, al aplicar la "Guía de Apreciación de Familias Críticas", adaptada del Modelo de Valoración Familiar de Calgary. (CFAM) (Facultad de Enfermería, 1985). Con este instrumento, se busca valorar la estructura interna y externa, el desarrollo, funcionamiento y aspectos de salud familiar, necesarios para luego determinar un diagnóstico analítico e implementar un plan de atención de enfermería.

Sin embargo, las experiencias en la práctica relativa a la salud mental, han permitido observar problemas operativos, tales como:



- Las familias con problemas de funcionamiento familiar, no son identificadas por el sistema de inclusión a los subprogramas porque sus indicadores no son orientados hacia este aspecto.
- El modelo de valoración familiar de Calgary (CFAM) es extenso, requiere disponibilidad de tiempo para la recolección de datos y para la aplicación de alternativas de intervención en la atención en las situaciones emocionales detectadas.
- El personal de enfermería no está capacitado en entrenamiento de psicodinamia familiar y manejo de los problemas emocionales.
- En el Programa de Familias Críticas, la demanda de los servicios de atención de Salud Mental rebasa las expectativas de atención y recursos disponibles.

Basado en estas experiencias de campo, y dada la importancia de identificar el funcionamiento familiar y las necesidades de salud mental en los diferentes programas de atención primaria, se planteó la siguiente pregunta de investigación:

*¿El Modelo Circunflejo del Funcionamiento familiar facilita la detección del nivel de funcionamiento familiar en comunidades suburbanas?.*

### **Hipótesis**

Hi. La Escala de Valoración Clínica complementa significativamente el resultado del nivel de funcionamiento familiar obtenido a través de la Escala de Valoración de Adaptabilidad y Cohesión Familiar.

Ho. La Escala de Valoración Clínica no complementa significativamente el resultado del nivel de funcionamiento familiar obtenido a través de la Escala de Valoración de Adaptabilidad y Cohesión Familiar.

### **Objetivos**

#### Objetivo General:

Evaluar el nivel de funcionamiento de familias suburbanas basados en la complementareidad de los instrumentos del Modelo Circunflejo de D.H. Olson como recurso de valoración diagnóstica por enfermería.

#### Objetivos Específicos:

1. Determinar el nivel de Cohesión y Adaptabilidad de familias suburbanas con el Cuestionario de Auto percepción de D.H. Olson.
2. Corroborar el nivel de cohesión y adaptabilidad de familias suburbanas con La Escala de Valoración Clínica.
3. Identificar el nivel de comunicación en las familias suburbanas del estudio.

**Importancia del estudio**

El estudio es una aportación a la práctica profesional de la Enfermería en Salud Mental al proveer una metodología de valoración del funcionamiento familiar como complemento a la operatividad de los programas prioritarios del Sistema Nacional de Salud.

Los resultados pueden influir en la agrupación y síntesis de conceptos del funcionamiento familiar, en dimensiones que permiten identificar el grado de adaptabilidad, cohesión y comunicación de las familias, además de apoyar la estructuración de criterios de detección del funcionamiento familiar en familias suburbanas y promover el uso de un modelo de valoración familiar didáctico, comprensible y facilitador de la interacción con enfermería, simplifica también la aplicación de teorías de familia y salud mental, a maestros alumnos y personal de salud.

**Limitaciones del estudio**

El estudio, por el hecho de haber sido realizado en una muestra pequeña y en una población suburbana, con bajo nivel socioeconómico y educativo, como es el de La Noria Norte, Apodaca, Nuevo León, sus resultados no pueden generalizarse a cualquier población, y sólo es extrapolable a poblaciones con características similares a la del estudio.

Por ser el Cuestionario de Autopercepción, una traducción del idioma inglés, las subvariables; normas, recreación e intereses y coalición, requirieron se clarificara su comprensión, particularmente en las preguntas 12, 15, 24 y 29.

Otras condiciones, como la escolaridad de primaria completa e incompleta, limitaron la comprensión del instrumento de autopercepción, al dificultarse a los sujetos la lectura de las preguntas y requerir ayuda, lo que pudo influir en las respuestas elegidas.

Otro factor que influyó en las respuestas fué el concepto que de familia manejó la población de la muestra, la cual tendía a considerar a los familiares que no estuviesen bajo el mismo techo.

#### **Definición operativa de términos**

Familia: Grupo primario unido por afinidad, parentesco o consanguinidad, orientado al equilibrio, con potencial para cubrir las necesidades físicas, emocionales y las demandas de adaptabilidad y cambio del desarrollo transicional de sus miembros. La estructura del grupo familiar puede ser la nuclear conformada por una pareja o un solo padre, con o sin hijos; la extendida que

comprende la familia nuclear mas otros familiares, ya sea por nacimiento, adopción o matrimonio; y la compuesta conformada por la estructura nuclear o extendida y otros miembros no consanguíneos.

Comunidad Suburbana: Población con predominio de baja escolaridad, subocupación y bajo ingreso económico.

Nivel de funcionamiento familiar: Resultado de la medición de la adaptabilidad y cohesión familiar según el Modelo Circunflejo de D.H., Olson. que clasifica a las familias en tipo balanceado, medio y extremo.

Tipo balanceado: Caracterizado por nivel de cohesión separado o unido, y adaptabilidad estructurada o flexible.

Tipo medio: Determinado por cohesión desligada o aglutinada, y adaptabilidad estructurada o flexible o bien, con cohesión separada o conectada y adaptabilidad rígida o caótica.

Tipo Extremo: Identificado por cohesión desligada o aglutinada y adaptabilidad rígida o caótica.

Cohesión Familiar: Es la relación familiar y el grado de separación o unión que los miembros de la familia tienen unos con otros. Se mide por las variables de: Lazos emocionales, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, recreación e intereses y se identifica como: Desligada, separada, unida y aglutinada.

Adaptabilidad Familiar o Cambio: Es la capacidad que posee el sistema familiar o marital para cambiar su estructura de poder, relaciones de rol y de normas para responder al estrés situacional o de desarrollo. Se mide por las variables de: Autoridad familiar (asertividad, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de rol y de normas. Se identifica como: Rígida, estructurada, flexible y caótica.

Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar: o FACES II. Instrumento de autopercepción que valora las dimensiones de cohesión y adaptabilidad cuyos resultados tipifican a la familia en balanceado, medio y extremo. Es el instrumento base del Modelo Circunflejo del Sistema Marital y Familiar de D. H. Olson.

Escala de Valoración Clínica: Instrumento de valoración clínica del funcionamiento familiar en las dimensiones de cohesión, adaptabilidad y comunicación cuyos resultados se describen en un perfil familiar. Se aplica por observación directa en entrevista semiestructurada a uno o varios miembros de la familia. Es un instrumento recomendado por Olson para complementar la valoración del funcionamiento familiar.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO CONCEPTUAL

#### **Familia y dinámica familiar**

La familia, para ser valorada, los teóricos la analizan bajo enfoques sociocultural, psicosocial y de sistema, por sus características y psicodinamia, Ackerman (1976), Haber (1983) y Minuchin (1983), la conceptualizan como un grupo primario y matriz del desarrollo psicosocial, con funciones particulares que a sus miembros les permite obtener un sentido de pertenencia e identidad individual y social, es un sistema abierto organizado en subsistemas, con límites definidos, funcionando como una totalidad y con tendencias al equilibrio.

La diversidad de aportaciones de los autores, coinciden en que las funciones básicas de la familia son la socialización, reproducción, afectividad, cuidado de la salud, status y nivel socioeconómico, funciones que están diferenciadas por: Los patrones de expresión de emociones, creencias, actitudes, expectativas y logros así como por las experiencias de aprendizaje que refuerzan las habilidades, el establecimiento de límites y recursos para solucionar necesidades o problemas y por las relaciones de respeto y control entre cada subsistema.

Las aportaciones teóricas respecto a la adaptación familiar de Chagoya (1982), Aguilera y Messick (1983)., Haber & Leach (1983)., Satir (1984)., y Callista Roy citada por Griffith (1986)., se basan en la teoría de crisis y de sistemas y se fundamentan en conceptos de disfunción familiar, maladaptación y familias en crisis, enfatizando la importancia del adecuado funcionamiento para el mantenimiento de la salud mental de sus miembros. Los autores, puntualizan que niveles de estrés que la familia no puede afrontar generan pérdida del equilibrio emocional, potencial de adaptación ineficiente y reforzamiento de conductas maladaptativas.

Para Satir (1984), las cualidades nutridoras de las familias favorecen la comunicación la expresión de sentimientos y pensamientos que facilitan la adaptación o solución de crisis y propone que estas cualidades sean valoradas a través de la autoestima, la comunicación, el enlace social y las normas. Chagoya (1982), por su parte sugiere que para identificar los estados de adaptación y maladaptación familiar, sea valorada la disciplina, el nivel de confianza, la autoestima, la capacidad de amor, compromiso, apoyo social y el aprendizaje de experiencias para ajustes más saludables.

Los estudios del funcionamiento familiar de Juárez Treviño (1988), a pacientes con trastornos de identidad difusa y de Pérez Garza (1990), con adolescentes suicidas,



comparan la percepción familiar funcional y disfuncional que tenían los propios pacientes y sus familiares contra los hallazgos de la valoración clínica que el experto realizaba. Ambos estudios concluyen, que mientras el experto detectó todos los casos como disfuncionales, la autopercepción de los pacientes y familiares, solo reportó disfuncionalidad familiar en dos terceras partes de la muestra. En el primero de los estudios anteriores se observó, que la diferencia en la percepción no está relacionada con el nivel socioeconómico y, que los pacientes tienden a ver mejor a su familia de lo que realmente está, mientras que los problemas autopercebidos por las familias del segundo estudio, se ubican mas en las áreas de conducta, transmisión de valores y sistemas de apoyo familiar externo.

Lo observado en estos dos estudios, coincide en que el sólo uso del instrumento de autopercepción (FFAQ), no refleja significativamente la disfuncionalidad o patología familiar, a diferencia de cuando se aplica con otro instrumento de valoración clínica.

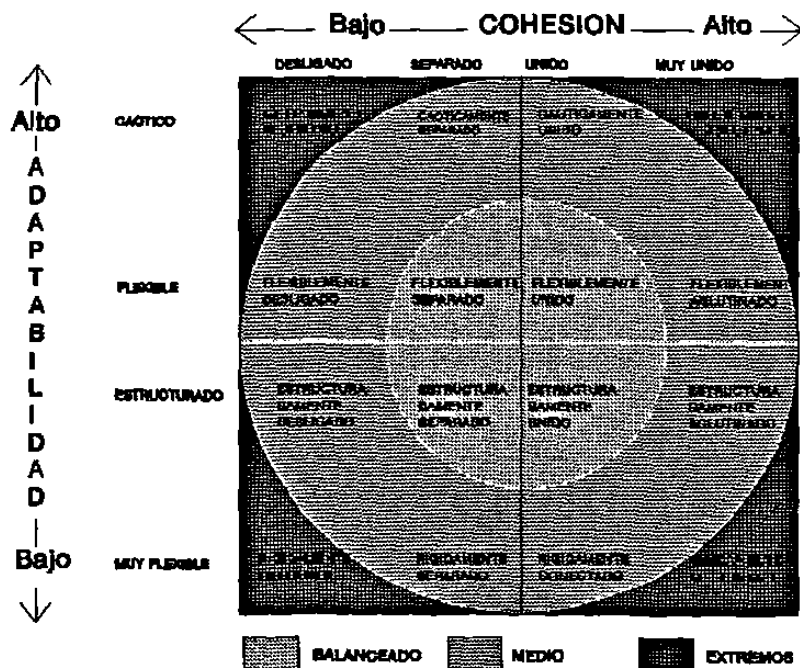
#### **Modelo Circunflejo del Sistema Familiar y Marital de D. H. Olson.**

El modelo circunflejo de Olson (1991), se desarrolló como un recurso para medir la valoración familiar que el "Family Environmental Scale" (FES) de R.H. Moos no resolvía satisfactoriamente.

Olson, D.Sprenke y C. Russell (Olson, et. al., 1985, 1986, 1989), en 1978 iniciaron estudios con el Modelo Circunflejo para valorar el comportamiento adaptativo y el apoyo ante las situaciones de estrés del sistema familiar.

Este modelo está basado en tres dimensiones: Cohesión, adaptabilidad y comunicación, las dos primeras se registran en una matriz circunfleja, (ver figura 1) para representar los rangos de funcionamiento familiar, y de ahí clasificar a las familias en tres tipos : Balanceada, media y extrema.

**FIGURA 1. Modelo Circunflejo: 16 tipos de sistemas maritales y familiares**



El modelo, pretende llenar el vacío que existe entre la investigación, teoría y la práctica; se apoya en la teoría de sistemas correlacionando las dimensiones de cohesión y adaptabilidad con los conceptos de los modelos teóricos de Beavers, Kantor, Reiss y Epstein, citados en Olson (1985,1986).

El instrumento básico del modelo es la escala "The Family Adaptability and Cohesion Scales" (FACES) o Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar que se ha modificado en el número de preguntas, variando de 111 a 90 en el FACES primera versión; de 50 a 30 en la segunda (FACES II), hasta 20 en el FACES III. Todos ellos probados con estudios de validez y confiabilidad. (Olson, 1985).

Olson (1986, 1989, 1990), sugiere que el FACES se complemente con otros instrumentos, uno de ellos es el "The Clinical Rating Scale" (CRS) o Escala de Valoración Clínica la que probada en sus investigaciones y experiencias clínicas con familias americanas, permite contrastar la valoración del terapeuta u observador con la percepción que de la familia tienen sus propios miembros.

#### Conceptos del Modelo Circunflejo:

- a).- La cohesión familiar valora el grado en que los miembros están separados o unidos de su familia. Se define como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen unos con otros, los concepto usados para

diagnosticar y medir la dimensión de la cohesión son :  
Vínculos emocionales, límites, coaliciones, tiempo,  
espacio, amigos , toma de decisiones, intereses y  
recreación.

- b).- La adaptabilidad familiar (cambio) valora los recursos que el sistema familiar o marital tiene para ser flexible y capaz al cambio. Se define como la habilidad del sistema familiar o marital para cambiar su estructura de autoridad, relaciones de rol y de normas en respuesta al estres situacional y de desarrollo. Los conceptos usados para diagnosticar y medir la dimensión de la adaptabilidad son: Autoridad familiar (asertividad, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de rol y de normas.
- c).- La comunicación como tercera dimensión del Modelo Circunflejo de Olson, no está incluida gráficamente en el mismo y es considerada como la facilitadora de movilización de las familias o parejas hacia las otras dos dimensiones.

#### Tipos de familia del Modelo Circunflejo

En el modelo (ver figura 1), se forman 16 tipos de sistemas familiares y de pareja, al combinarse los cuatro niveles de adaptabilidad con los cuatro niveles de cohesión, agrupados en:

- Cuatro tipos de familia de rango balanceado (moderado) en ambas dimensiones, con cohesión separado o conectada y adaptabilidad flexible o estructurada.
- Ocho tipos de familia de rango medio, con rango extremo en una de las dos dimensiones y moderado en la otra.
- Cuatro tipos de familia de rango extremo en ambas dimensiones, con cohesión desligada o aglutinada y adaptabilidad rígida o caótica.

Según el Modelo Circunflejo (1989), para cada dimensión, los niveles balanceados, hipotéticamente son los mas viables de funcionamiento familiar saludable y los niveles extremos los mas problemáticos.

#### **Estudios relacionados con el Modelo Circunflejo**

Los siguientes son reportes de estudios, aplicando el Modelo Circunflejo y el FACES.

Sprenkle, en 1979 citado por Olson (1985), en un estudio comparativo implementó un laboratorio de crisis simulada para valorar adaptabilidad, con los procesos de interacción y liderazgo en parejas con y sin tratamiento. Reporta que en ambos grupos de parejas con y sin tratamiento, no hubo diferencias significativas durante el período sin estrés, pero sí una mayor interacción, apertura y creatividad en las parejas sin terapia; en las parejas en tratamiento, el liderazgo durante la crisis simulada lo tomó la esposa,

contrastando con el grupo control, en el cuál predominó, el liderazgo igualitario (balanceado) en las parejas.

Russell, en 1979 citado por Olson (1985), estudió a familias sin problemas con hijas adolescentes y comprobó la hipótesis de que familias de bajo funcionamiento están en tipos extremos y las de alto funcionamiento en balanceado, al reportar cohesión y adaptación extrema en las de bajo funcionamiento y adaptación y cohesión moderada en familias de alto funcionamiento respectivamente.

Portner en 1978 y Bell en 1982 citados por Olson (1985), realizaron dos estudios; en uno de ellos, comparan el FACES, con el Inventario de Conflictos Padres-Adolescentes (IPAC), y a las familias control las reportan con nivel de cohesión y adaptabilidad balanceado con sólo 12 por ciento en extremo caótico desligado, contrastando con el 30 por ciento en el tipo extremo caótico de las familias en tratamiento. Bell utilizó la muestra control de este estudio para comparar a familias con hijos fugados del hogar, encontrando que estas familias, también se ubican en niveles medio y extremo.

En el estudio de Garbarino, Sebes, Schellenbach de 1984 citado en Olson (1985,1989), estudiaron a familias con alto y bajo riesgo, y aplicaron el FACES primera versión con otros instrumento para valorar estrés, actitud paterna y conflicto familiar, reportando a las familias de bajo riesgo en tipo balanceado, flexible y unido y a las familias de alto riesgo en tipo extremo, caótico y aglutinado.

Por su parte, J. Clarke en 1984, citado por Olson (1985, 1989), compara familias con esquizofrénicos y neuróticos en terapia o que ya habían recibido terapia, con un grupo control de familias sin terapia. El estudio reportó tipo extremo en las familias con esquizofrénicos y neuróticos en terapia y tipo balanceado en las familias sin terapia.

Estos estudios demostraron (Olson, et. al., 1979, 1980, 1982, 1983, 1985 y 1991), la capacidad del modelo e instrumentos, para distinguir entre familias problemáticas y no problemáticas. Se comprobaron los supuestos básicos del modelo circunflejo, de que la mayor disfuncionalidad de las familias están ubicadas en los rangos extremos de cohesión y adaptabilidad, más que en las de rango medio o balanceado.

Algunas de las hipótesis comprobadas con los estudios citados son que las familias clínicas (sintomáticas), tenderán a estar dentro de los tipos extremos, mientras que las del grupo control no clínicas (asintomáticas), estarán en las áreas más balanceadas; que las familias balanceadas, son mas funcionales y tienen habilidades de comunicación más positivas, que las familias del tipo extremo y que a niveles más altos entre la cohesión y adaptación parecen asociarse con un mejor funcionamiento familiar.

## CAPITULO III

### METODOLOGIA.

El estudio se realizó en la población suburbana de La Noria Norte, Apodaca, Nuevo León, México. La población total censada en sus diversos programas de atención primaria fue de 1066 familias pertenecientes a un nivel social bajo y con predominio de escolaridad primaria.

El estudio fué prospectivo, descriptivo y transversal (Ibañez, 1990), (Polit, 1991), puesto que los instrumentos (FACES II y CRS) aplicados en dos tiempos diferentes fueron para valoración del funcionamiento familiar y no correspondían a registros longitudinales. La unidad de observación fué el sistema familiar. El estudio se aplicó en el período de marzo-junio de 1993.

#### **Sujetos**

El universo de estudio estuvo dado por las familias del área de influencia de la Casa de Salud Noria Norte de Apodaca N.L. de donde se obtuvo una muestra del total de viviendas de la comunidad mediante la siguiente formula:

$$N = \frac{Z^2(pq)}{(E.E)^2} = \frac{(1.96)^2(0.85)(0.15)}{(0.1)^2} = 49$$



La muestra quedó constituida en 49 familias o casos.

Clave

N = Tamaño de la muestra.

Z = Nivel de confianza de 95 por ciento.

p = Proporción que en prueba piloto la Escala de Valoración Clínica complementó significativamente el resultado del nivel de funcionamiento familiar obtenido por la Escala de Valoración de Adaptabilidad y Cohesión Familiar (0.85).

q = Proporción que en prueba piloto la Escala de valoración Clínica no complementó significativamente el resultado del nivel de funcionamiento familiar obtenido por la Escala de Valoración de Adaptabilidad y Cohesión Familiar (0.15).

E.E = Error Estimado de 10 por ciento.

Criterios de inclusión:

- Familias cuyo domicilio estaba registrado en Casa de Salud Noria Norte.
- Familias con miembros mayores de 12 años y que sepan leer.

Criterios de exclusión:

- Familias que no se localizaron en el hogar por más de tres ocasiones.

## **Material**

En lo referente a los recursos materiales se utilizó, microcomputadora, papelería, material audiovisual, software y viáticos necesarios para la ejecución y presentación de la investigación.

Para los datos generales de cada familia, se aplicó el **Instrumento de Identificación Familiar (IIF)**, diseñado por el investigador para obtener información relativa a identificación, domicilio, estructura familiar, numero de miembros y de cada uno de ellos, estado civil, sexo, edad, rol, ocupación, escolaridad y del estado de salud la presencia de padecimientos crónico-degenerativos, psicosociales y psiquiátricos. (ver apéndice A).

Para la valoración del funcionamiento familiar, se utilizaron dos instrumentos: Uno autoaplicado, llamado Escala de Valoración de Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES II), (1983), conformado por treinta preguntas para determinar el nivel de cohesión, adaptabilidad y tipo de familia (ver apéndice B), y la Escala de Valoración Clínica (CRS), (1990), aplicada mediante entrevista semiestructurada para valorar el nivel de cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar. Ambos instrumentos se basan en los conceptos del Modelo Circunflejo de David H. Olson.

El FACES II, probó su validez y confiabilidad, (Olson, 1985), con resultados para cohesión de 0.87; adaptabilidad 0.78; confiabilidad total de 0.90 y confiabilidad test-retest de 0.84 basado en la versión previa de 50 reactivos. Las preguntas se orientan a las características del sistema familiar conformado por los miembros que en ese momento vivan en la casa. Contiene 30 reactivos distribuidos en 16 preguntas para medir la dimensión de cohesión, de ellas; dos son para cada uno de los ocho siguientes conceptos: Vinculos emocionales, límites familiares, coaliciones, espacio, tiempo, amigos, toma de decisiones y recreación e intereses. Las 14 preguntas restantes miden la dimensión de adaptabilidad, divididas en: dos preguntas para cada concepto de liderazgo, roles, disciplina y normas y con tres preguntas para la asertividad y negociación.

Respecto al CRS, el autor del mismo probó su validez y confiabilidad, con resultados para cohesión de 0.95; adaptabilidad 0.94 y comunicación de 0.97. Se aplica como entrevista semiestructurada con uno o varios miembros de la familia. La **cohesión** la valora con los conceptos de vínculos emocionales, involucración familiar, relación marital y parental, límites internos (espacio, tiempo, toma de decisiones), límites externos (amigos, intereses y recreación). La **adaptabilidad** es valorada con los conceptos de liderazgo, disciplina, negociación, roles y normas y para

la **comunicación**, los conceptos que se valoran son la habilidad de escuchar (empatía y atención) y de verbalizar (hablar por sí mismo, hablar por otros), introspección, claridad, continuidad/seguimiento, respeto y consideración.

El CRS posibilita clasificar el funcionamiento familiar en los mismos niveles de cohesión y adaptabilidad del FACES II y la dimensión de comunicación la clasifica como niveles de baja, facilitadora y alta comunicación. Un perfil familiar resume las calificaciones de las tres dimensiones: Cohesión, adaptabilidad y comunicación (ver apéndice C).

### **Procedimiento**

Una vez obtenida la autorización del autor (ver apéndice D), el material teórico del Modelo Circunflejo se sometió a traducción, incluso los instrumentos FACES II y CRS se adecuaron para mayor claridad en la aplicación. Para validar la comprensión de reactivos y aplicabilidad de cada instrumento, se realizó una prueba piloto a 25 individuos seleccionados al azar, con lo cual se hicieron los ajustes a la redacción apoyado en un experto en redacción del castellano, hasta llegar a la edición definitiva del instrumento.

Para la obtención de la muestra se elaboró un listado de las familias del área de influencia de la comunidad Noria Norte de Apodaca N.L., para luego efectuar la selección de la muestra al azar, efectuar visita domiciliaria

para obtener la autorización para participar en el estudio, (ver apéndice D).

Al personal que colaboró en el estudio se le proporcionó un entrenamiento para la aplicación de los instrumentos. El FACES II fué aplicado por dos Licenciados en Enfermería quienes apoyaban la comprensión del mismo y el CRS por el responsable del estudio apoyado en dos especialistas en salud mental y psiquiatría. Ambos instrumentos fueron aplicados en el domicilio familiar.

El FACES II lo contestaron todos los mayores de doce años de la familia, que según Olson (1985), por el nivel de edad y escolaridad sean más factibles de comprender el contenido de las preguntas del instrumento, que de no encontrárseles, se realizaba otra visita hasta su localización, y posterior a ello, se programó visita al domicilio para aplicar el CRS por el especialista.

Para el procesamiento de datos se utilizó la microcomputadora y el programa estadístico "Statiscal Package for Social Science" (SPSS), el cual proporcionó datos descriptivos, listados de frecuencia y tablas de correlación.

Para el análisis se utilizaron variables de rango de frecuencia, variables ordinales con la prueba de chi-cuadrada, el coeficiente de correlación de Somers'D. La presentación de resultados se hizo en gráficas utilizando el programa Harvard Graphics y tablas de contingencia (Cañedo, 1987).

### **Etica del estudio**

Se solicitó permiso al autor del Modelo Circunflejo para el uso de los instrumentos del estudio (ver apéndice D), así como la autorización de la Coordinación del Centro de Salud Noria Norte para la realización del estudio y se contó con el apoyo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, para avalar el comunicado y dar formalidad institucional.

A los sujetos de la muestra se les explicó el objetivo del estudio, al jefe de familia se le pidió autorización para la participación de los mayores de 12 años y del resto de la familia, enfatizando los fines de la investigación y garantizando la rigurosa confidencialidad de los datos (ver apéndice E). Se dió retroalimentación o referencia de casos cuando los problemas o eventos afectaban a la salud familiar. A las familias o miembros de ellas, que no desearon participar, se les respetó su decisión, este hecho representó el 10 por ciento de la muestra.

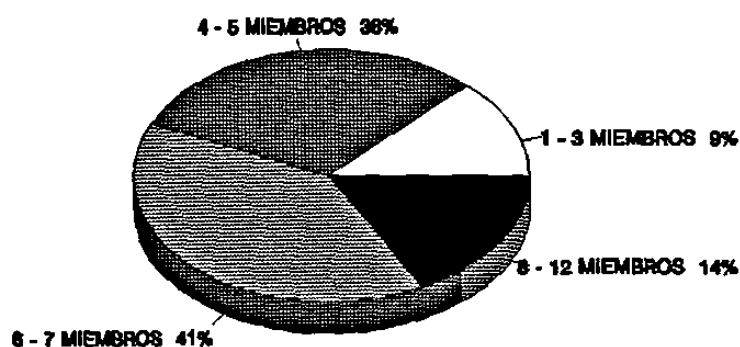
## CAPITULO IV

### RESULTADOS

La presentación de los resultados, se inicia con la información obtenida del Instrumento de Identificación Familiar. Continuando con los datos recolectados con el FACES II, seguido de los obtenidos con el CRS.

Se revisan frecuencias de las variables estudiadas, datos absolutos y relativos de las variables de los instrumentos aplicados. Se usa la correlación de Sommers' D y covarianza, a partir de la Chi-cuadrada bajo los criterios de Guilford citados en Padua (1978), y los datos se ordenan en figuras y tablas de contingencia (Cañedo, 1987, Polit 1991).

**FIGURA 2**  
**TOTAL DE MIEMBROS POR FAMILIA**  
COL. NORIA NORTE, APODACA, N.L., MARZO - JUNIO 1993.



FUENTE: INSTRUMENTO DE IDENTIFICACION FAMILIAR

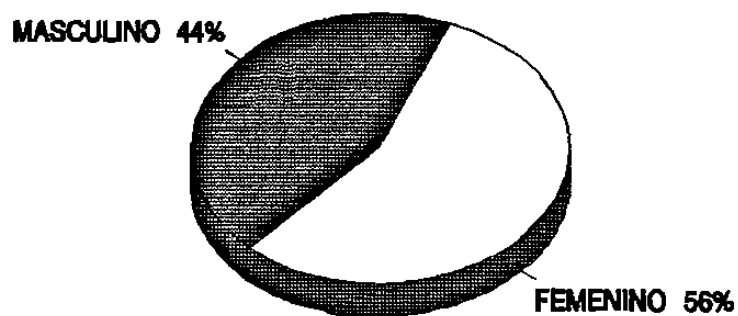
n = 44

En esta figura, se observa que el 45 por ciento de las familias constó de cinco o menos miembros y el 41 por

ciento con seis o siete. Predominaron las familias numerosas con 4 a 7 miembros en un 77 por ciento, que corresponde a lo obtenido para el estado de Nuevo León (INEGI 1990).

**FIGURA 3**  
**GENERO DE LA POBLACION ESTUDIADA**  
**COL NORIA NORTE, APODACA, N.L., MARZO - JUNIO 1993.**

---



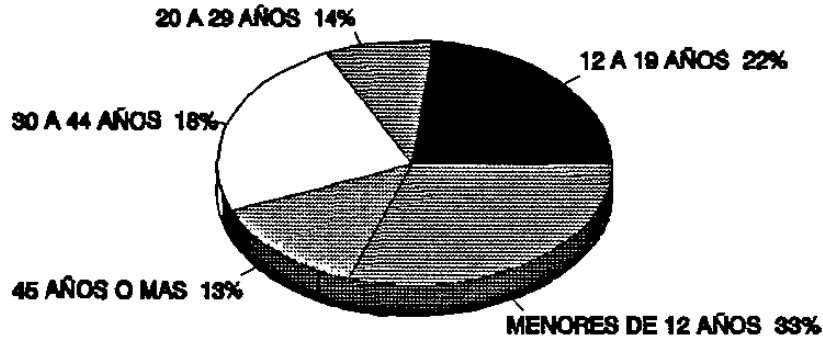
FUENTE: INSTRUMENTO DE IDENTIFICACION FAMILIAR (IF)

n = 158

De acuerdo a los datos observados en esta figura, difirió el género femenino del masculino en un 12 por ciento.



**FIGURA 4**  
**EDAD DE LA POBLACION**  
**COL. NORIA NORTE, APODACA, N.L., MARZO - JUNIO 1993.**

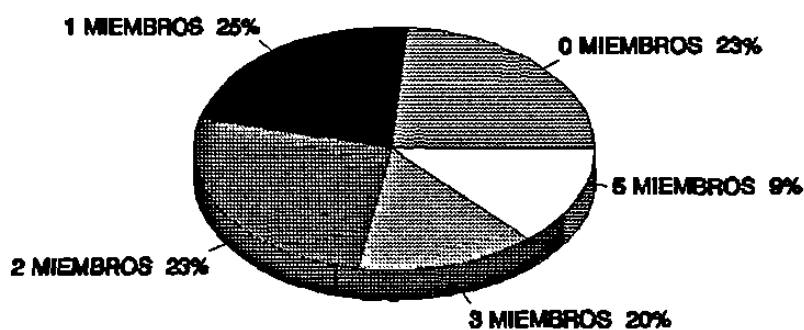


FUENTE: INSTRUMENTO DE IDENTIFICACION FAMILIAR (IF)

n = 226

Según lo observado en la figura, predominó la población joven con 55 por ciento, conformada por menores de 12 años con un 33 por ciento y adolescentes con 22 por ciento. La población de 20-44 años, considerada como de edad media y potencialmente productiva, representó el 32 por ciento.

**FIGURA 5**  
**MENORES DE 12 AÑOS POR FAMILIA**  
 COL. NORIA NORTE, APODACA, N.L., MARZO - JUNIO 1993.

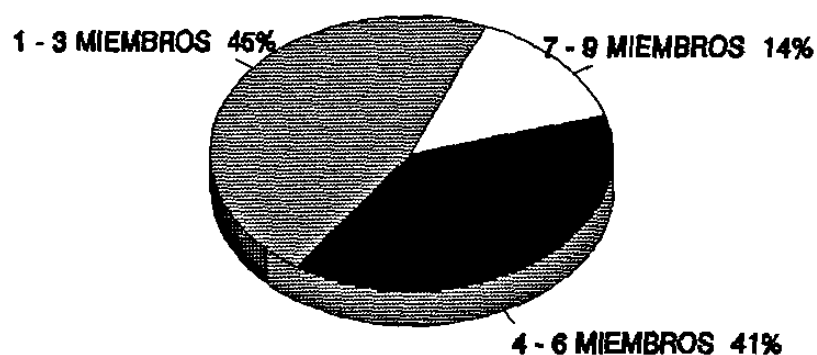


FUENTE: INSTRUMENTO DE IDENTIFICACION FAMILIAR (IF)

n = 44

Las familias con uno o ningún miembro menor de 12 años fué del 48 por ciento.

**FIGURA 6**  
**MIEMBROS MAYORES DE 12 AÑOS POR FAMILIA**  
 COL. NORIA NORTE, APODACA, N.L., MARZO - JUNIO 1993.



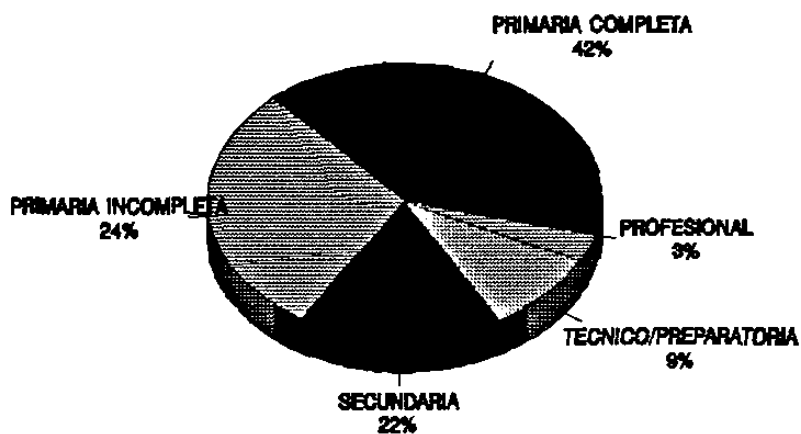
FUENTE: INSTRUMENTO DE IDENTIFICACION FAMILIAR (IF)

n = 44

Las familias con cuatro a nueve miembros mayores de doce años representó el 55 por ciento de la muestra.

**FIGURA 7**  
**ESCOLARIDAD DE LA POBLACION ESTUDIADA**  
**COL. NORIA NORTE, APODACA, N.L., MARZO - JUNIO 1993.**

---

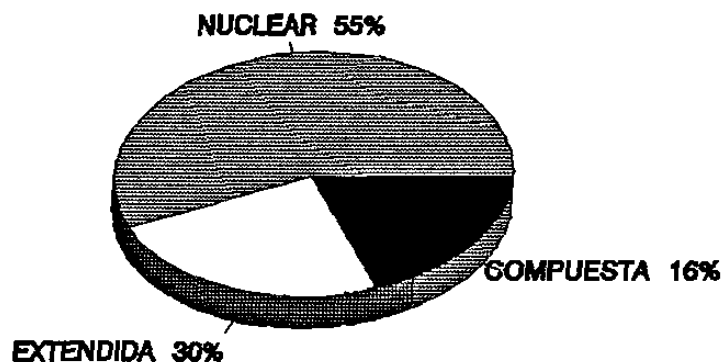


FUENTE: INSTRUMENTO DE IDENTIFICACION FAMILIAR (IF)

n = 158

La figura revela que la escolaridad de primaria completa e incompleta representó el 66 por ciento que contrastó con el 3 por ciento del nivel profesional y el 9 por ciento del técnico o preparatoria. Aún cuando el nivel de escolaridad predominante fué el de primaria, es notorio que el 31 por ciento de la población cuenta con estudios de secundaria, técnica o preparatoria.

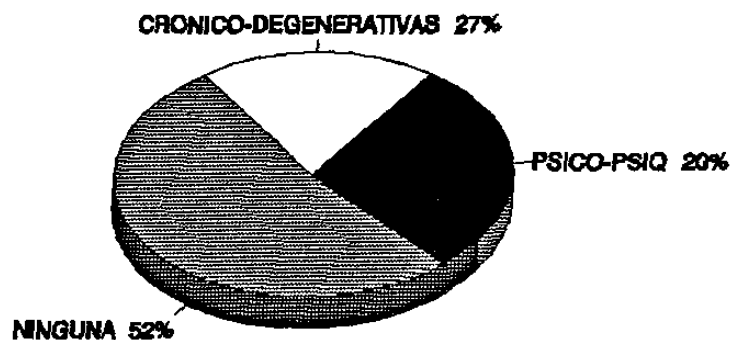
**FIGURA 8**  
**ESTRUCTURA FAMILIAR**  
 COL. NORIA NORTE, APODACA, N.L., MARZO - JUNIO 1993.



FUENTE: INSTRUMENTO DE IDENTIFICACION FAMILIAR (IIF)      n = 44

En la figura se observa que de las estructuras familiares, la mas frecuente fué la nuclear con 55 por ciento, seguida por la extendida con 30 por ciento y la compuesta con 16 por ciento.

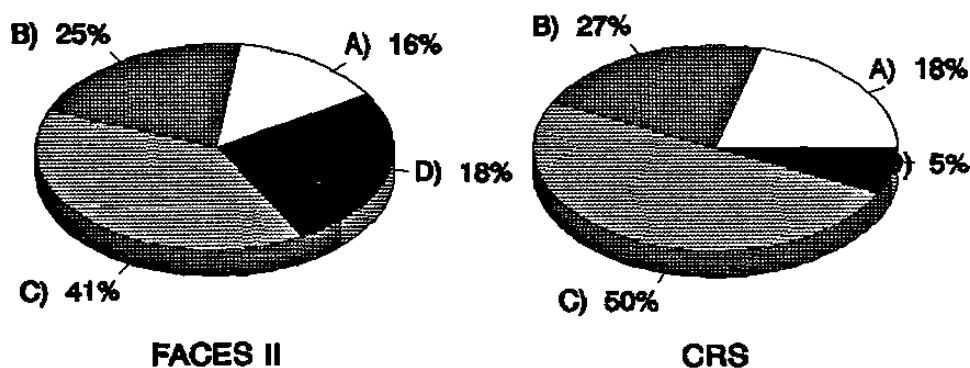
**FIGURA 9**  
**PADECIMIENTOS EN FAMILIA**  
 COL. NORIA NORTE, APODACA, N.L., MARZO - JUNIO 1993.



FUENTE: INSTRUMENTO DE IDENTIFICACION FAMILIAR (IIF)      n = 44

En la figura anterior se observa que los padecimientos crónico-degenerativos fueron más frecuentes con 27 por ciento, respecto a los psicosociales y psiquiátricos con 20 por ciento, sin embargo, el reporte de ningún padecimiento fué mayor que ambos con 52 por ciento.

**FIGURA 10**  
**COHESION VALORADA POR FACES II Y CRS**  
**COL. NORIA NORTE, APODACA, N.L., MARZO - JUNIO 1993.**



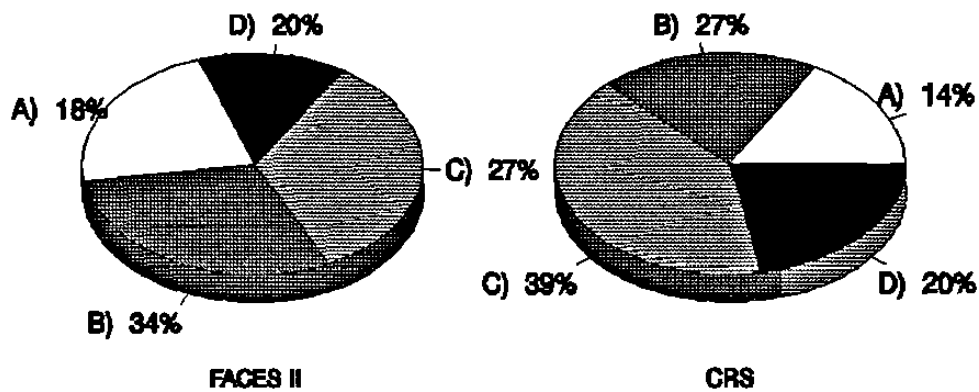
FUENTE: FACES II Y CRS

n = 44

CLAVE	
FACES II	CRS
A) DESLIGADA	/ MUY BAJA
B) SEPARADA	/ BAJA-MODERADA
C) UNIDA	/ MODERADA-ALTA
D) MUY UNIDA	/ MUY ALTA

La figura muestra que la valoración de cohesión obtenida a través de ambos instrumentos, difirió en los tipos muy alta y muy unida en 13 por ciento.

**FIGURA 11**  
**ADAPTABILIDAD VALORADA POR FACES II Y CRS**  
**COL. NORIA NORTE, APODACA, N.L., MARZO - JUNIO 1993.**



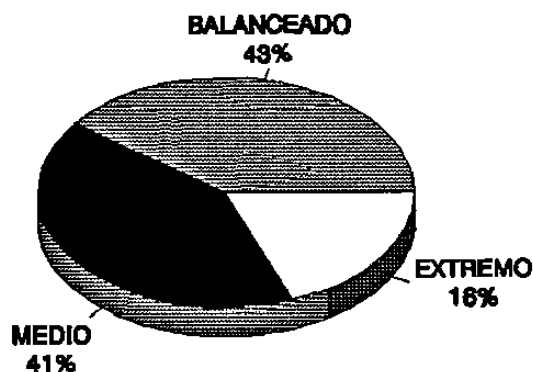
FUENTE: FACES II Y CRS

n = 44

CLAVE	
FACES II	CRS
A) RIGIDA	/ MUYBAJA
B) ESTRUCTURADA	/ BAJA-MODERADA
C) FLEXIBLE	/ MODERADA-ALTA
D) MUY FLEXIBLE	/ MUY ALTA

La figura revela que la valoración de adaptabilidad medida con ambos instrumentos, varía más entre los niveles estructurado y flexible del FACES II respecto a los niveles bajo-moderado y moderado-alto valorados con CRS.

**FIGURA 12**  
**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**  
 COL. NORIA NORTE, APODACA, N.L., MARZO - JUNIO 1993.

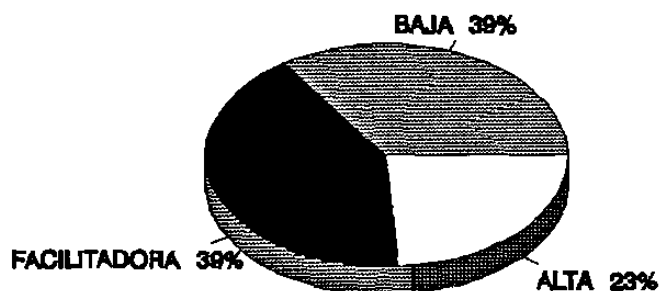


FUENTE: FACES II

n = 44

La figura revela que los tipos familiares más frecuentes fueron el balanceado y el medio con 43 y 41 por ciento respecto al 16 por ciento del tipo extremo.

**FIGURA 13**  
**COMUNICACION**  
 COL. NORIA NORTE, APODACA, N.L., MARZO - JUNIO 1993.



FUENTE: CRS

n = 44

La figura anterior indica predominio de los niveles de comunicación familiar facilitador y bajo con 39 por ciento respecto al 22 por ciento del nivel alto.

## ANALISIS DE DATOS

Al relacionar la cohesión valorada con el FACES II, con la estructura familiar, se encontró lo siguiente:

CUADRO No. 1  
RELACION DE COHESION CON ESTRUCTURA FAMILIAR  
FAMILIAS DE LA COL. NORIA NORTE, APODACA N L. 1993.

ESTRUCTURA FAMILIAR --> COHESION	NUCLEAR	EXTENDIDA	COMPUESTA
DESLIGADA	3	3	1
SEPARADA	7	3	1
UNIDA	10	4	4
MUY UNIDA	4	3	1

Fuente : INSTRUMENTO DE IDENTIFICACION FAMILIAR (IIF) y FACES II.

Chi calc	=	12.5916	Somers' D	=	0.01270
Chi obtenida	=	2.15518	Covarianza	=	0.00016
Significancia	=	0.9049			
gl	=	6			

Se acepta que según la fórmula de  $\chi^2$  lo obtenido es igual a lo esperado, con una significancia de  $> 0.05$ , sin embargo la correlación es leve, según criterios de Guilford al aplicar el Sommers' D, con 0.12.

En las tres estructuras familiares, predomina la cohesión unida, y también la separada y unida respecto a la desligada y muy unida, además hay similitud entre la cohesión desligada y la muy unida.



Al relacionar cohesión familiar mediante el CRS con estructura familiar, se encontró lo siguiente;

CUADRO No. 2  
RELACION DE COHESION CON ESTRUCTURA FAMILIAR  
FAMILIAS DE LA COL. NORIA NORTE, APODACA N.L. 1993.

ESTRUCTURA FAMILIAR -> COHESION	NUCLEAR	EXTENDIDA	COMPUESTA
MUY BAJA	2	5	1
BAJA-MODERADA	8	1	3
MODERADA-ALTA	13	6	3
MUY ALTA	1	1	--

Fuente : IIF y CRS.

Chi calc	= 12.5916	Somers' D	= -0.12594
Chi obtenida	= 7.85562	Covarianza	= 0.01586
Significancia	= 0.2489		
gl	= 6		

Se acepta que según fórmula de  $X^2$  lo obtenido es igual a lo esperado, con significancia  $> 0.05$ , sin embargo la correlación es leve según criterios de Guilford, al aplicar Sommer's D.

En las tres estructuras familiares, predominó la cohesión moderada-alta así como la baja-moderada y moderada-alta respecto a la muy baja y muy alta, condición similar a lo obtenido con el FACES II en los niveles equivalentes, pero además, con el CRS se valoró un incremento de casos en los niveles de cohesión moderada y predominio de cohesión muy baja respecto a la muy alta, que difiere a la similitud obtenida en los niveles desligado y muy unido con el FACES II.

Al relacionar adaptabilidad obtenida con el FACES II con la estructura familiar, se encontró lo siguiente;

CUADRO No. 3  
RELACION DE ADAPTABILIDAD CON ESTRUCTURA FAMILIAR  
FAMILIAS DE LA COL. NORIA NORTE, APODACA N.L. 1993.

ESTRUCTURA FAMILIAR→ ADAPTABILIDAD	NUCLEAR	EXTENDIDA	COMPUESTA
RIGIDA	5	1	2
ESTRUCTURADA	8	5	2
FLEXIBLE	7	3	2
MUY FLEXIBLE	4	4	1

Fuente : IIF y FACES II.

Chi calc	= 12.5916	Somers' D	= 0.03588
Chi obtenida	= 2.5291	Covarianza	= 0.00128
Significancia	= 0.8652		
gl	= 6		

Se acepta que lo obtenido es igual a lo esperado, según la fórmula de  $\chi^2$  con significancia  $> 0.05$ , sin embargo, la **correlación es leve**, según los criterios de Guilford con Sommer's D de 0.35.

En las tres estructuras familiares, predominó la estructurada y flexible respecto a la rígida y muy flexible. También la adaptabilidad muy flexible predominó en las estructuras familiares nuclear y extendida, aún cuando la adaptabilidad rígida igualmente predominó en la estructura familiar nuclear, proporcionalmente no fué representativa respecto al resto de las estructuras familiares.

Al relacionar la adaptabilidad obtenida con el CRS con la estructura familiar se encontró lo siguiente;

CUADRO No. 4  
RELACION DE ADAPTABILIDAD CON ESTRUCTURA FAMILIAR  
FAMILIAS DE LA COL. NORIA NORTE, APODACA N.L. 1993.

ESTRUCTURA FAMILIAR -> ADAPTABILIDAD	NUCLEAR	EXTENDIDA	COMPUESTA
MUY BAJA	2	2	2
BAJA-MODERADA	9	2	1
MODERADA-ALTA	11	4	2
MUY ALTA	2	5	2

Fuente : IIF y CRS.

Chi calc = 12.5916                      Somers' D = 0.11392  
Chi obtenida = 8.41983                      Covarianza = 0.01297  
Significancia = 0.2089  
gl = 6

Se acepta que según la fórmula de  $X^2$  lo obtenido es igual a lo esperado, con significancia  $> 0.05$ , sin embargo la **correlación es baja**, según los criterios de Guilford con Sommer's D de 0.11.

La adaptabilidad moderada-alta predominó en la estructura familiar nuclear y la muy baja se distribuyó por igual en las tres estructuras familiares.

Los niveles de adaptabilidad baja-moderada y moderada-alta predominaron respecto a los niveles muy baja y muy alta observándose un incremento de casos detectados (diferencia +/- 2) respecto a lo obtenido con el FACES II.

Al relacionar el tipo familiar obtenido con el  
FACES II con la estructura familiar se encontró;

CUADRO 5  
RELACION DE TIPO FAMILIAR CON ESTRUCTURA FAMILIAR  
FAMILIAS DE LA COL. NORIA NORTE, APODACA N.L. 1993.

ESTRUCTURA FAMILIAR --> TIPO FAMILIAR	NUCLEAR	EXTENDIDA	COMPUESTA
BALANCEADO	12	3	4
MEDIO	8	9	1
EXTREMO	4	1	2

Fuente : IIF y FACES II.

Chi calc = 9.488                      Somers' D = 0.07167  
Chi obtenida = 7.15553              Covarianza = 0.00512  
gl = 4  
significancia = 0.1279

**Se acepta** que según la fórmula de  $X^2$  lo obtenido es igual a lo esperado, con significancia  $> 0.05$ , sin embargo la **correlación es baja**, según los criterios de Guilford con Sommer's D de 0.07,

En las familias, el tipo balanceado y extremo predominó en la estructura nuclear.

En general, los tipos familiares balanceado y medio, considerados como los más saludables en el Modelo Circunflejo, difirieron por un caso y predominaron respecto al tipo extremo. Esto significa que el 84 por ciento de las familias mostraron tendencia al tipo familiar saludable.

Al relacionar la cohesión valorada con el FACES II, con padecimientos se encontró lo siguiente:

CUADRO No. 6  
RELACION DE COHESION CON PADECIMIENTOS  
FAMILIAS DE LA COL. NORIA NORTE, APODACA N.L. 1993.

PADECIMIENTOS—> COHESION	NINGUNO	PSICOSOCIAL PSIQUIATRICO	CRONICO DEGENERATIVO
DESLIGADA	2	2	3
SEPARADA	5	3	3
UNIDA	11	2	5
MUY UNIDA	5	2	1

Fuente : IIF y FACES II.

Chi calc	=	12.592	Somers' D	=	- 0.19688
Chi obtenida	=	3.86888	Covarianza	=	0.03876
Significancia	=	0.6944			
gl	=	6			

Se **acepta** que según la fórmula de  $X^2$  lo obtenido es igual a lo esperado, con significancia  $> 0.05$ , sin embargo la correlación es **moderada** según criterios de Guilford al aplicar el Sommers' D, con  $-0.19$ .

En los cuatro niveles de cohesión se observó una distribución casi uniforme de los padecimientos psicosociales y psiquiátricos, pero en la cohesión separada y en la unida predominaron los padecimientos crónico degenerativos.

Al relacionar la cohesión valorada con el CRS, con padecimientos reportados se encontró lo siguiente:

CUADRO No. 7  
RELACION DE COHESION CON PADECIMIENTOS  
FAMILIAS DE LA COL. NORIA NORTE, APODACA N.L. 1993.

PADECIMIENTOS—> COHESION	NINGUNO	PSICOSOCIAL PSIQUIATRICO	CRONICO DEGENERATIVO
MUY BAJA	2	2	4
BAJA-MODERADA	6	3	3
MODERADA-ALTA	14	3	5
MUY ALTA	1	1	0

Fuente : IIF y CRS.

Chi calc = 12.592                      Somers' D = -0.23121  
Chi obtenida = 5.50121              Covarianza = 0.05345  
Significancia = 0.4813  
gl = 6

Se **acepta** que según la fórmula de  $X^2$  lo obtenido es igual a lo esperado, con significancia  $> 0.05$ , sin embargo la **correlación es moderada** según criterios de Guilford al aplicar el Sommers' D, con  $-0.23$ .

Al igual que en el FACES II, en los cuatro niveles de cohesión se observó una distribución casi uniforme de los padecimientos psicosociales y psiquiátricos con predominio en la cohesión baja-moderada y moderada-alta de los padecimientos crónico degenerativos, y de ausencia de padecimientos en la cohesión moderada-alta.

Sin embargo, proporcionalmente los padecimientos en la cohesión muy baja y muy alta es mayor con 70 por ciento respecto a la cohesión baja moderada y moderada alta

con 41.2 por ciento, para una diferencia de 28.8 por ciento, que contrasta con el 4.5 por ciento obtenido en los niveles equivalentes con el FACES II.

Al relacionar la adaptabilidad valorada mediante el FACES con padecimientos se encontró lo siguiente:

CUADRO No. 8  
RELACION DE ADAPTABILIDAD CON PADECIMIENTOS  
FAMILIAS DE LA COL. NORIA NORTE, APODACA N.L. 1993.

PADECIMIENTOS—> ADAPTABILIDAD	NINGUNO	PSICOSOCIAL PSIQUIATRICO	CRONICO DEGENERATIVO
RIGIDA	3	4	1
ESTRUCTURADA	8	1	6
FLEXIBLE	7	1	4
MUY FLEXIBLE	5	3	1

Fuente : IIF y FACES II.

Chi calc = 12.592                      Somers' D = -0.7988  
Chi obtenida = 9.39473                  Covarianza = 0.00638  
Significancia = 0.1526  
gl = 6

Se **acepta** que según la fórmula de  $X^2$  lo obtenido es igual a lo esperado, con significancia  $> 0.05$ , sin embargo la **correlación es baja**, según criterios de Guilford al aplicar el Sommers' D, con  $-0.79$ .

En los niveles de adaptabilidad rígida y muy flexible predominaron los padecimientos psicosociales y psiquiátricos, datos que corresponden a la expectativa para estos problemas emocionales que provocan en el sistema

familiar, pero en la adaptabilidad estructurada y en la flexible el predominio fué de los crónico degenerativos, contrario a lo esperado, de que la mayor frecuencia también fuese en los niveles extremos de adaptabilidad.

Al relacionar la adaptabilidad valorada con el CRS con padecimientos se encontró lo siguiente:

CUADRO No. 9  
RELACION DE ADAPTABILIDAD CON PADECIMIENTOS  
FAMILIAS DE LA COL. NORIA NORTE, APODACA N.L. 1993.

PADECIMIENTOS—> ADAPTABILIDAD	NINGUNO	PSICOSOCIAL PSIQUIATRICO	CRONICO DEGENERATIVO
MUY BAJA	3	2	1
BAJA-MODERADA	8	2	2
MODERADA-ALTA	11	2	4
MUY ALTA	1	3	5

Fuente : IIF y CRS.

Chi calc	= 12.592	Somers' D	= 0.25078
Chi obtenida	= 9.29900	Covarianza	= 0.06289
Significancia	= 0.1574		
gl	= 6		

Se **acepta** que según la fórmula de  $X^2$  lo obtenido es igual a lo esperado, con significancia  $> 0.05$ , sin embargo la **correlación es moderada** según criterios de Guilford al aplicar el Sommers' D, con 0.25

En los cuatro niveles de adaptabilidad se observó distribución casi uniforme de los padecimientos psicosociales



y psiquiátricos y en los crónico-degenerativos predominio de la adaptabilidad muy alta respecto a la muy baja con similitud en la baja-moderada y moderada-alta respecto a la muy baja y muy alta datos que contrastaron a lo encontrado en los niveles equivalentes con el FACES II.

Al relacionar el tipo familiar valorado con el FACES II con padecimientos se encontró lo siguiente:

CUADRO No. 10  
RELACION DE TIPO FAMILIAR CON PADECIMIENTOS  
FAMILIAS DE LA COL. NORIA NORTE, APODACA N.L. 1993.

PADECIMIENTOS—> TIPO FAMILIAR	NINGUNO	PSICOSOCIAL PSIQUIATRICO	CRONICO DEGENERATIVO
BALANCEADO	12	1	6
MEDIO	7	5	6
EXTREMO	4	3	0

Fuente : IIF y FACES II.

Chi calc	=	9.488	Somers' D	=	0.01342
Chi obtenida	=	7.69311	Covarianza	=	0.00018
Significancia	=	0.1035			
gl	=	4			

Se **acepta** que según la fórmula de  $X^2$  lo obtenido es igual a lo esperado, con significancia  $> 0.05$ , sin embargo la **correlación es leve**, según criterios de Guilford al aplicar el Sommers' D, con 0.013

En los tipos familiares de los 21 casos con padecimientos reportados, nueve fueron psicosociales y psiquiátricos con predominio en los tipos medio y extremo con ocho casos por uno en el tipo balanceado y doce casos

crónico- degenerativos distribuidos por igual en los tipos balanceado y medio. Lo esperado de que por las características de estas clases de padecimientos a las familias se les identifica como en riesgo con tendencia a problemas emocionales.

Al relacionar la cohesión valorada con el FACES II y con el CRS se encontró lo siguiente:

CUADRO No. 11  
RELACION DE COHESION FAMILIAR VALORADA CON FACES II y CRS  
FAMILIAS DE LA COL. NORIA NORTE, APODACA N.L. 1993.

FACES II -> CRS	DESLIGADA	SEPARADA	UNIDA	MUY UNIDA
MUY BAJA	4	1	3	
BAJA-MODERADA	1	5	5	1
MODERADA-ALTA	2	4	10	6
MUY ALTA		1		1

Fuente: FACES II y CRS.

Chi calc	= 16.919	Somers' D	= 0.33461
Chi obtenida	= 15.1425	Covarianza	= 0.11196
Significancia	= 0.0871		
gl	= 9		

Se acepta que según la fórmula de  $X^2$  lo obtenido es igual a lo esperado, con significancia  $> 0.05$ , la correlación es moderada según los criterios de Guilford con Sommer's D de 0.33 y varianza explicada de 11 familias de cada 100.

En los niveles de cohesión familiar medido por ambos instrumentos se observó similitud en cohesión desligada y separada respecto a la muy baja y baja-moderada, con discrepancia entre la cohesividad unida y muy unida respecto a la moderada-alta y muy alta, al ubicar seis de ocho casos con FACES II en cohesión muy unida y con CRS en moderada-alta.

Al relacionar la adaptabilidad valorada con el FACES II y con el CRS se encontró lo siguiente:

CUADRO No. 12  
RELACION DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR  
VALORADA CON FACES II Y CRS  
FAMILIAS DE LA COL. NORIA NORTE, APODACA N.L. 1993.

FACES II CRS	RIGIDA	ESTRUCTURADA	FLEXIBLE	MUY FLEXIBLE
MUY BAJA	2		3	1
BAJA-MODERADA	1	4	5	2
MODERADA-ALTA	3	7	3	4
MUY ALTA	2	4	1	2

Fuente : FACES II CRS.

Chi calc = 16.919

Somers' D = -0.09402

Chi obtenida = 7.76810

Covarianza = 0.00883

Significancia = 0.5577

gl = 9

Se acepta que según la fórmula de  $\chi^2$  lo obtenido es igual a lo esperado, con significancia  $> 0.05$ , la correlación es baja, según los criterios de Guilford con Sommer's D de -0.09 y varianza explicada de una familia de cada 100.

En los niveles de adaptabilidad familiar medido por ambos instrumentos, se observó similitud proporcional en los cuatro niveles de adaptabilidad, aún cuando entre la adaptabilidad flexible y la alta-moderada varió en cinco casos.

## CAPITULO V

### DISCUSION

El propósito de este estudio no se centra en las familias identificadas como problemáticas, la cooperación obtenida al estudio fué de 90 por ciento, lo que representa una mejor respuesta a la entrevista de la obtenida por Rocha (1994), que fué del 73 por ciento y a la de Sertn de 86.1 citado por Rocha (1994), ambos estudios realizados en familias de diabéticos.

Los aspectos demográficos de la población corresponden a los criterios de tipología familiar y estrato socioeconómico familiar para las comunidades suburbanas citados por Arias Corpus y col., (1991), y los señalados por el INEGI (1990), es decir, predominan las familias con cuatro a siete miembros en un 77 por ciento, la estructura familiar nuclear en un 55 por ciento, el sexo femenino en un 56 por ciento, población joven con 19 o menos años en un 55 por ciento, la escolaridad primaria completa e incompleta con 66 por ciento.

En relación a la estructura familiar, la mayor es la nuclear con 55 por ciento, seguida la extendida con 30 por ciento y la compuesta con 16 por ciento, datos que difieren a los obtenidos por los estudios en ancianos de Reyes (1993), y en diabéticos de Saenz (1992), que reportaron mayor frecuencia de la estructura familiar extendida, con 56 y 54.8 por ciento, seguida por la nuclear, con el 39 y 42 por ciento y la compuesta, con el 5 y 3.2 por ciento respectivamente,

ambos estudios realizados en comunidades suburbanas colindantes a la del presente estudio.

En relación al funcionamiento familiar, los resultados obtenidos para el nivel de cohesión valorado con ambos instrumentos difiere en 13 por ciento en el tipo extremo de muy alto y muy unido, y para el nivel de adaptabilidad la variación se da en los niveles intermedios de estructurado y flexible respecto al bajo moderado y moderado alto. Estos resultados coinciden con algunas de las consideraciones al aplicar ambos instrumentos citados en los estudios de validación del CRS, por Olson (1989), donde entre las causas de la diferencia de puntajes obtenidos, señala la diferencia metodológica para recolectar los datos, situación que para el estudio se controla adecuando las instrucciones, las preguntas y opciones de respuesta estipuladas por el modelo circunflejo. Otra posible causa de discordancia según Olson son los criterios del terapeuta y de los miembros en como comprenden y perciben a las familias hecho que en el estudio se da por la tendencia de considerar como "la familia" a los familiares externos al hogar, esto se pretende controlar especificando verbalmente y en las instrucciones del cuestionario escrito, el concepto de familia.

En cuanto al nivel de funcionamiento familiar, predomina el tipo balanceado y medio, respecto al tipo extremo, lo que tiene relación a lo obtenido en los estudios en ancianos y del control diabético de Reyes (1993) y Saenz

(1992) respectivamente que reportaron predominio de familias funcionales respecto a las disfuncionales, valoradas ambas con el APGAR Familiar. Sin embargo, difieren a lo reportado en estudios en adolescentes suicidas y con identidad difusa por Pérez Garza (1990), y Juárez Treviño (1988) respectivamente que, por valoración clínica reportaron a todas las familias como disfuncionales, contrastando con las dos terceras partes que reportó la autopercepción. Las posibles causas de la divergencia podrían corresponder a las referidas por Olson respecto a la metodología de aplicación de los instrumentos o a los enfoques de la evaluación autoperceptual y la valoración clínica.

Respecto a la comunicación familiar, los niveles bajo y facilitador obtenidos con el CRS son similares. Se esperaba que en los miembros cuya edad fluctuaba entre los 12 años, se limitase la comprensión del instrumento del FACES II y la participación en la valoración clínica familiar, sin embargo, su participación facilita la interacción y discusión de temas referidos al estilo de vida familiar y, sólo en algunas familias se presenta inhibición del adolescentes ante la presencia de los padres, causas no exploradas por no ser propósito del estudio. En este sentido, la persistencia de comunicación facilitadora y baja más que alta puede explicarse con lo referido por Barnes y Olson (1985), en el estudio de comunicación padres-adolescentes en familias no problemáticas, de que aún en las familias de tipo balanceado,

los adolescentes percibieron menos apertura y más problemas de comunicación intergeneracional que sus padres.

Al contrastar la estructura familiar con cohesión, obtenida a través de ambos instrumentos, se obtiene una correlación leve con un nivel de significancia de 0.9049 para el FACES, y 0.2489 para el CRS, con discrepancia no significativa de la clasificación de los casos en los niveles extremos, pero al relacionar la estructura familiar con adaptabilidad, la correlación es leve con significancia de 0.8652 para el FACES II, y para el CRS baja correlación con significancia de 0.2089, al igual que en la cohesión, la discrepancia en la clasificación es mínima en los niveles de adaptabilidad obtenidos. Estos hallazgos coinciden con los reportes de los modelos del funcionamiento familiar y de los instrumentos de observación clínica referidos por Olson (1990)., Wampler, (1989)., Hampson, (1988)., Rodick y cols. (1986)., Green (1985), de que familias sin problemas clínicos tienden a niveles de cohesión y adaptabilidad familiar saludable.

Al relacionar del funcionamiento familiar el tipo de familia con estructura, obtenida con el FACES II, se obtiene una correlación baja, con significancia de 0.1279. Con predominio del 84 por ciento de familias en el tipo balanceado y medio, clasificación de familias que el modelo circunflejo de Olson (1985), considera como más saludables.



En cuanto a los padecimientos, al contrastar la cohesión, obtenida a través de ambos instrumentos se obtiene una correlación moderada sustancial, con un nivel de significancia de 0.6944 para el FACES II y 0.4813 para el CRS. Para la adaptabilidad, con el CRS es moderada sustancial con significancia de 0.1574, pero con el FACES II la correlación es baja, con significancia de 0.1526. Los padecimientos crónico-degenerativos, contra lo esperado, se distribuyeron en los niveles intermedios, sin embargo, este resultado concuerda a lo reportado por Hanson (1989), de asociación significativa del buen control metabólico de Diabetes-Mellitus con la satisfacción marital y la flexibilidad familiar, es decir es notoria la influencia de la familia en el control de la enfermedad.

Respecto a las familias con padecimientos psicosociales, según el modelo circunflejo, las familias con estos problemas debieran estar en los rangos extremos, pero en el estudio, solo en adaptabilidad, valorada por FACES II se obtiene lo esperado, y en los niveles restantes con ambos instrumentos la distribución resultó casi uniforme, sin embargo, Smets (1988), reportó familias clasificadas en niveles de cohesión intermedios con buen desarrollo familiar, lo mismo que Kosky y Kumento (1977), citados por Hanson (1989), reportaron asociación de problemas de adaptación infantil con la baja satisfacción marital, Day (1987), a su vez encontró el nivel de cohesión, edad y apoyo social como

predictores significantes de resolución del nivel de estrés por parto prematuro, reporta que familias con alta cohesión presentan menor estrés y con alta adaptabilidad mayor rapidéz en su recuperación.

De acuerdo a los supuestos del modelo circunflejo, en las familias tanto con padecimientos crónico-degenerativos como psicosociales y psiquiátricos se espera predominio en los niveles extremos de cohesión y adaptabilidad. Respecto a los psicosociales y psiquiátricos, en cohesión se distribuyeron con uniformidad, pero en adaptabilidad tendieron hacia los niveles extremos. Para los crónicos-degenerativos se distribuyen en los niveles moderados de cohesión y adaptabilidad.

Al relacionar del funcionamiento familiar, el tipo de familia con padecimientos mediante el FACES II, se obtiene una correlación leve, con significancia de 0.1035, con predominio del 84 por ciento de familias en los tipos medio y extremo. Dado que el 52 por ciento de las familias estudiadas registra ausencia de enfermedad, la causa puede estar relacionada a lo citado por Hawley y cols. (1984), de que los problemas de desarrollo referidos por los miembros de una familia no se registran, por no ser considerados como significativos por el personal médico o de salud familiar, o bien, porque la familia decide no comentarlos. Los padecimientos registrados por las familias en el estudio concuerdan con los planteamientos de Holtzman, W. (1988)., y

Florenzano (1986), en el sentido de que los cambios sociales de la industrialización y urbanización impactan en el funcionamiento y bienestar psicológico familiar, factores influyentes en la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas y psicosociales. Esta característica de la población es un rasgo distintivo de la comunidad estudiada.

Neuman (1982), puntualiza la importancia de las fuentes de apoyo social al individuo o familia, como recurso para mantener la salud y responder a las demandas sociales sin alterar el equilibrio. Tal podría ser el caso de las familias del estudio, valoradas con nivel de funcionamiento balanceado y presencia de alguno de los padecimientos si sólo nueve casos se identifican como psicosociales o psiquiátricos, es posible que se relacione a la evasión o desconocimiento familiar de los padecimientos generado por la cultura de salud de la población.

La hipótesis de investigación "La Escala de Valoración Clínica complementa significativamente el resultado del nivel de funcionamiento familiar obtenido a través de la Escala de Valoración de Adaptabilidad y Cohesión Familiar", se acepta parcialmente, por obtener  $\chi^2$  cuadrada igual a lo esperado, con significancia de 0.0871 y correlación positiva moderada en cohesión y nivel de funcionamiento pero negativa débil en adaptabilidad con nivel de significancia de 0.5577. Por lo cual se puede decir que los instrumentos del modelo de D.H. Olson son confiables

para valorar el funcionamiento familiar en comunidades suburbanas por personal de enfermería en acciones preventivas y educativas de salud mental y psiquiatría.

### **Conclusiones**

- La cooperación al estudio bajo la metodología de entrevista, fué superior a los resultados obtenidos en Estados Unidos y en el área Metropolitana de Monterrey.
- Los niveles de cohesión difirieron con discrepancias no significativas entre ambos instrumentos.
- Los resultados del estudio en cohesión y adaptabilidad, coinciden con los supuestos del Modelo Circunflejo de Olson.
- La autopercepción del funcionamiento familiar y la obtenida por el experto en la observación clínica reportó discrepancias no significativas.
- La discrepancia de la valoración del funcionamiento familiar se percibe influenciada por la orientación fenomenológica en la autopercepción y el comportamiento observado en el CRS.
- La comunicación familiar, tendió a los niveles facilitador y bajo y los miembros adolescentes no limitan la comprensión del instrumento de autopercepción ni la participación en la valoración clínica familiar, por el contrario, facilitan el proceso de interacción.

- Los padecimientos reportados por las familias, indican alta proporción en ausencia de enfermedades y de los casos registrados las psicosociales y psiquiátricas fueron distribuidas uniformemente y con tendencia a niveles extremos, y las crónico degenerativas se distribuyeron en los niveles intermedios. según el modelo circunflejo.
- Se ratifica la sugerencia de D.H.Olson de contrastar el instrumento de autopercepción (FACES II), con la valoración clínica familiar (CRS), como recurso diagnóstico alternativo del sistema familiar y a menor tiempo implementar intervención de enfermería.

#### **Recomendaciones**

- Considerando que se ha demostrado correlación moderada a débil en las variables del estudio y en lo observado en los resultados de autopercepción y valoración clínica, para otros estudios se sugiere controlar la aplicación de instrumentos de observación para contrastar los resultados de la valoración familiar por el experto.
- Realizar otras investigaciones para continuar el seguimiento de familias caracterizadas en el estudio y contrastar los resultados.
- Estudiar la relación de los padecimientos psicosociales y psiquiátricos con el nivel de funcionamiento familiar, en otro tipo de comunidades.

- Estudiar las variables del modelo en familias que cursen momentos de conflicto o estrés y contrastar sus resultados.
- Los resultados del estudio constituyen una invitación a ser contrastados con la información y apreciaciones de los profesionales de la salud mental en sus experiencias con familias de la comunidad, de este contraste es de esperarse que surgan interpretaciones más integrales de la dinámica familiar, tanto en poblaciones sanas como enfermas, en base a las cuales puedan influir y/o replantearse las estrategias de intervención y metodologías de trabajo especializado de enfermería en salud mental y psiquiatría.
- Se recomienda realizar trabajos de investigación de tipo longitudinal y comparativo en poblaciones de diferente estrato socioeconómico que permitan valorar el funcionamiento familiar.
- Es necesario reconsiderar las estrategias de integración de las familias al subprograma de familia crítica de atención primaria en las diferentes comunidades a partir de los resultados de este estudio.
- Para las instituciones formadoras de personal de salud mental el resultado es una aportación en la aplicación de metodologías para el conocimiento de la dinámica familiar para que el profesional de enfermería pueda incidir con eficacia en la atención de salud mental.

## CAPITULO VI

## REFERENCIAS

- Lima B., (1986) La atención primaria en salud mental. Salud Pública de México. 28, 354-360.
- De la Fuente R. (1988). Semblanza de la salud mental en México. Salud Pública de México. 30, 861-871.
- Lancaster J., (1983). Enfermería Comunitaria. Interamericana: México.
- Olson D., et. al., (1991) Family Inventories Project. (FIP) Minnesota: MN.
- Florenzano, U., Ramón y cols. (1986), Salud Familiar. Corporación Universitaria, Santiago de Chile, Chile.
- Alonso, M., Escobedo, M.T., Melgoza, M.C. (1982), Experiencias obtenidas por la facultad de enfermería de la UANL en programas de integración docente asistencial. Trabajo inédito presentado en Queretaro, Qro. Mexico.
- Espinoza, Sylvia. (1982), Integración docente asistencial e investigación. Trabajo inédito presentado en la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.
- Facultad de Enfermería. (1985), Guía de Apreciación de Familias Críticas. adaptado del Modelo de Valoración Familiar de Calghlary por el Departamento de Salud Pública de la Facultad de Enfermería de la U.A.N.L. Monterrey N.L, México.
- Ackerman, W. & Nathan. (1976), Familia y Conflicto Mental. Horme: México.
- Haber J. & Leach A.M.(1983), Psiquiatría Texto Básico. Salvat: México.
- Minuchin Salvador.(1983), Familias y Terapia Familiar (2a. ed.). Gedisa: México.

- Chagoya, Leopoldo. (1982), Dinámica Familiar Normal y Patológica. UNAM/CEUTES Taller de teoría de la dinámica familiar.
- Aguilera & Messick J. (1983), Control de los Conflictos Emocionales. 2a. Edición, Interamericana: México, D.F.
- Satir, V. (1984), Relaciones Humanas en el Nucleo Familiar. 6a. reimpresión, Pax-Mex: México.
- Griffith J. & Christensen P. (1986), Proceso de Atención de Enfermería, Aplicación de Teorías Guías y Modelos. El Manual Moderno: México.
- Juarez, T. (1988), SINDROME DE IDENTIDAD DIFUSA VS. CRISIS DE IDENTIDAD EN LA ADOLESCENCIA TERMINAL. IMPLICACIONES DIAGNOSTICAS. Universidad Autónoma de Nuevo León., Monterrey, N.L.
- Perez, G., Silvia P., (1990), EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES CON INTENTO O IDEACION SUICIDA: Un estudio en la comunidad terapéutica. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, N.L. México.
- Olson, Bell R., Portner J., (1991) Faces II. Family Social Science. Minnesota: MN.
- Olson, David, McCubbin, H., Barnes, H., Larsen A., Muxen, M., Wilson, M., (1985) Family Inventories. (Ed. revisada). Minnesota: MN.
- Olson, D., (1986), Family Process. Vol 25.
- Olson, D., (1989), Circumplex Model of Family Systems VIII: Family Assessment and Intervention. The Haworth Press, Inc.: Minnesota.
- Olson, D., (1990), Clinical Rating Scale (CRS) for the Circumplex Model of Marital and Family Systems. University of Minnesota, Minnesota.



- Ibañez B., (1990). Manual para la elaboración de tesis. Trillas: México.
- Polit D., (1991). Investigación científica en ciencias de la salud. (3a. ed.). Interamericana: México.
- Cañedo, L., (1987). Investigación Clínica. Interamericana: México.
- Padua J., (1978). Paquete estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS): oferta y condiciones para su utilización e interpretación de resultados. (2a. ed.). El Colegio de México. Centro de Estudios Sociológicos: México.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, (1990). Nuevo León. Resultados definitivos Tomo I y II. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. México: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.
- Rocha Romero, F. (1994). Instrumento para que enfermería detecte diabetes mellitus tipo II., Tesis de Maestría en Enfermería con especialidad en Salud Comunitaria, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L.
- Arias Corpus, N., Barraza Castellanos, G., Duran García A.R., Pérez G., Ramírez G., Rangel R., Treviño I., Silva M., (1991). Propuesta Metodológica para la Investigación y Diagnóstico de Caso y Familia., Trabajo inédito, Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital Regional de Especialidades No. 22. Monterrey, N.L.
- Reyes M., (1993)., Funcionalidad en la relación familiar y las tareas del anciano. Tesis de Maestría en Enfermería con especialidad en Salud Comunitaria, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey N.L.
- Saenz E., (1992)., Función familiar en el seguimiento y control del paciente diabético. Tesis de Maestría en Enfermería con

especialidad en Salud Comunitaria, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey N.L.

Barnes, H. L. & Olson, D. H. (1985) Parent-Adolescent Communication and the Circumplex Model. Child Development, 56, 438-447.

Wampler, K. S., Halverson, C. F., Moore, J.J. & Walters, L, H. (1989). The Georgia Family Q-Sort: An observational measure of family functioning Family process,28,233-238.

Hampson, R., Hulgers, Y. & Beavers, R. (1991) Comparisons of self-report measures of the Beavers Systems Model and Olson's Circumplex Model. Journal of Family Psychology, 4, 3, 326-340.

Rodick, J. D., Henggler, S. W. & Hanson, C. L. (1986) An Evaluation of the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales and the Circumplex Model Journal of Abnormal Child Psychology, 14, 77-87

Green, R., Harris, Jr., Forte, J. & Robinson, M. (1991) Evaluating FACES III and the Circumplex Model: 2,440 families. Family Process, 30, March, 55-73.

Hanson C., Henggeler S., Harris M., (1989). Family System Variables and the Health Status of Adolescents With Insulin-Dependent Diabetes Mellitus., Health Psychology. 8, 2, 239-253.

Smets, A. C. & Hartup, W. W. (1988) Systems and symptoms: Family cohesion and adaptability and childhood behavior problems. Journal of Abnormal Child Psychology, 16, 2, 233-246.

Day, R. et al. (1987) Miscarriage: a special type of family crisis. Family Relations, 36, 305-310.

Hawley L., Shear C., Stark A., Goodman P. (1984). Resident and Parental Perceptions of Adolescent Problems and Family

Socioeconomic Population. The journal of family practice.  
19(5)., 652-655.

Holtzman W., (1988, Septiembre), Oficina Panamericana de Salud.  
Psicología y Salud. Contribución de la psicología al  
mejoramiento de la Salud y de la atención de salud.

Neuman, B., (1982). The Betty Neuman health-care systems model: a  
total person approach to patient problem. In Reihl, J. P.,  
and Roy, Sr. C., editors: Conceptual models for nursing  
practice, (ed. 2). Appleton-Century-Crofts: New York.

# **A P E N D I C E S**

APENDICE A:

INSTRUMENTO DE IDENTIFICACION FAMILIAR (IIF)

CLAVE = MANZANA [ ] / EXPEDIENTE FAMILIAR [ ] = [ / ]

FAMILIA : \_\_\_\_\_ DOMICILIO \_\_\_\_\_

EDO CIVIL: CASADO [ ] U. LIBRE [ ] DIVORCIO [ ] VIUDEZ [ ]  
ANOTE EL NUMERO DE : TOTAL  
MIEMBROS QUE ACTUALMENTE VIVEN EN LA FAMILIA ..... [ ]

SEXO: MASCULINO [ ] FEMENINO [ ] ..... [ ]  
EDAD: 1 - 5 [ ] 6 - 11 [ ] 12 - 19 [ ] 20 - 29 [ ]  
30 -44 [ ] 45 - 59 [ ] 60 - 74 [ ] 75 o más [ ] [ ]  
ROLES : PADRE [ ] MADRE [ ] HIJO [ ] HIJA [ ]  
ABUELO [ ] TIO [ ] YERNO [ ] NUERA [ ]  
NIETO [ ] SOBRINO [ ] AMIGO [ ] OTROS [ ] [ ]

FAMILIA: NUCLEAR [ ] EXTENDIDA [ ] COMPUESTA [ ] [ ]

OCUPACION: OBRERO [ ] ALBANIL [ ] MECANICO [ ]  
COMERCIO [ ] DOMESTICA [ ] SECRETARIA [ ]  
HOGAR [ ] ESTUDIANTE [ ] DESEMPLEADO [ ]  
ESTUDIO : PRIMARIA [ ] SECUNDARIA [ ] PREPARATORIA [ ]  
TERMINADO TECNICO [ ] PROFESIONAL [ ] POSTGRADO [ ] [ ]

ESTADO DE SALUD FAMILIAR  
CRON -DEG: DIABETES [ ] TA ALTERADA [ ] AMBAS [ ] [ ]

PSIC- SOC; 1 ALCOHOL [ ] 2 DROGAS [ ] 3 DELINC [ ]  
4 PROSTIT. [ ] 5 HOMOSEX. [ ] 1,2,3 [ ]  
1,2,4 [ ] 1,2,4,5 [ ] 1,4,5 [ ] [ ]

MENTALES ; S.DOWN [ ] RETRASO M. [ ] EPILEPSIA [ ]  
PSICOSIS [ ] NEUROSIS [ ] DEPRESION [ ]  
TRISTEZA [ ] NERVIOS [ ] ANSIEDAD [ ] [ ]

ATENCION ;NO INDICADA [ ] ABANDONO [ ] RECHAZADA [ ] [ ]  
EN CONTROL [ ] ALTA [ ] [ ]

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

ENTREVISTO \_\_\_\_\_ dia \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ 1993

**APENDICE B:**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE ENFERMERIA**

Test [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
Num. Msna. Exp. Fam. Tipo familiar Aplico Fecha(s)

**CUESTIONARIO DE AUTOPERCEPCION "CONOCIENDO A MI FAMILIA" \*\***

Nombre \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ ocupacion \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edo. Civil \_\_\_\_\_ Esc. \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

	1 CASI NUNCA	2 RARA VEZ	3 A VECES	4 CON FRECU.	5 CASI SIEMPRE
1. NOS AYUDAMOS UNOS A OTROS CUANDO TENEMOS PROBLEMAS.	1	2	3	4	5
2. ES FACIL QUE CADA UNO DE NOSOTROS PUEDA DECIR LO QUE PIENSA.	1	2	3	4	5
3. ES MAS FACIL HABLAR DE LOS PROBLEMAS CON PERSONAS O FAMILIARES DE FUERA QUE ENTRE NOSOTROS.	1	2	3	4	5
4. CADA UNO DE NOSOTROS PUEDE OPINAR COMO RESOLVER PROBLEMAS DE LA CASA.	1	2	3	4	5
5. ACOSTUMBRAMOS REUNIRNOS EN UN LUGAR DENTRO DE LA CASA (SALA, T.V., PATIO).	1	2	3	4	5
6. LOS NIÑOS PUEDEN OPINAR SOBRE COMO CUMPLIR CON SUS OBLIGACIONES.	1	2	3	4	5
7. ACOSTUMBRAMOS HACER JUNTOS LAS COSAS DE LA CASA.	1	2	3	4	5
8. PLATICAMOS LOS PROBLEMAS Y NOS SENTIMOS A GUSTO CON LAS SOLUCIONES.	1	2	3	4	5
9. CADA UNO HACE LAS COSAS A SU MANERA Y COMO MEJOR LE CONVIENE.	1	2	3	4	5
10. NOS TURNAMOS UNOS A OTROS EL QUEHACER DE LA CASA.	1	2	3	4	5
11. CONOCEMOS BIEN A LOS AMIGOS DE CADA UNO DE NOSOTROS.	1	2	3	4	5
12. ES DIFICIL SABER CUANDO ESTAMOS ESTAMOS HACIENDO BIEN O MAL LAS COSAS.	1	2	3	4	5
13. CUANDO TOMAMOS DECISIONES PEDIMOS CONSJEOS A LOS DEMAS.	1	2	3	4	5
14. CADA UNO DE NOSOTROS PODEMOS DECIR LO QUE QUEREMOS.	1	2	3	4	5
15. ES DIFICIL HACER JUNTOS PLANES PARA LA FAMILIA.	1	2	3	4	5

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE ENFERMERIA**

Test [ ] [ / ] [ ] [ ] [ ]  
*Num. Mzna. Exp. Fam. Tipo familiar Aplico Fecha(s)*

**CUESTIONARIO DE AUTOPERCEPCION "CONOCIENDO A MI FAMILIA" \*\***

	1 CASI NUNCA	2 RARA VEZ	3 A VECES	4 CON FRECU.	5 CASI SIEMPRE
16. PARA RESOLVER PROBLEMAS, LAS OPINIONES DE LOS NIÑOS SON ESCUCHADAS.	1	2	3	4	5
17. NOS SENTIMOS MUY UNIDOS UNOS CON OTROS.	1	2	3	4	5
18. LAS OBLIGACIONES DE LA CASA SON IGUALES Y SIN PREFERIR A ALGUIEN.	1	2	3	4	5
19. NOS SENTIMOS MUY UNIDOS A PERSONAS O FAMILIARES QUE VIVEN FUERA DE LA CASA QUE ENTRE NOSOTROS MISMOS.	1	2	3	4	5
20. PROBAMOS VARIAS MANERAS DE RESOLVER LOS PROBLEMAS CUANDO ES NECESARIO.	1	2	3	4	5
21. RESPETAMOS LAS DECISIONES FAMILIARES.	1	2	3	4	5
22. NOS REPARTIMOS LAS RESPONSABILIDADES DE LA CASA.	1	2	3	4	5
23. CUANDO TENEMOS TIEMPOS DE DESCANSO NOS GUSTA ESTAR JUNTOS	1	2	3	4	5
24. ES DIFICIL CAMBIAR LAS COSTUMBRES QUE TENEMOS.	1	2	3	4	5
25. PREFERIMOS ESTAR APARTADOS UNOS DE OTROS CUANDO ESTAMOS EN LA CASA.	1	2	3	4	5
26. CUANDO HAY PROBLEMAS ENTRE NOSOTROS, PODEMOS LLEGAR A UN ARREGLO.	1	2	3	4	5
27. SE ACEPTAN LOS AMIGOS DE CADA UNO DE NOSOTROS.	1	2	3	4	5
28. TENEMOS MIEDO A DECIR LO QUE EN VERDAD PENSAMOS.	1	2	3	4	5
29. RESPETAMOS LOS GUSTOS O DIVERSIONES DE CADA UNO DE NOSOTROS.	1	2	3	4	5
30. REPETAMOS LOS GUSTOS O DIVERSIONES DE CADA QUIEN.	1	2	3	4	5

\*\* INSTRUMENTO BASADO EN EL MODELO CIRCUNFLEJO DE D.H. OLSON.  
 UNIVERIDAD DE MINNESOTA. U.S.A.

**APENDICE C:**

PERFIL FAMILIAR BASADO EN EL MODELO CIRCUNFLEJO			
FAMILIA: _____	TIPO: _____	MANZANA: _____	
DOMICILIO _____		EXPEDIENTE: _____	
MIEMBROS _____	MAYORES DE 12 AÑOS _____	TEST APLICADOS _____	

	DESLIGADO		SEPARADO		CONECTADO		AGLUTINADO	
	1	2	3	4	5	6	7	8
COHESION								
LAZO EMOCIONAL	*	*	*	*	*	*	*	*
INVOLUCRACION FAMILIAR	*	*	*	*	*	*	*	*
RELACION MARITAL	*	*	*	*	*	*	*	*
RELACION PARENTAL	*	*	*	*	*	*	*	*
LIMITES INTERNOS	*	*	*	*	*	*	*	*
LIMITES EXTERNOS	*	*	*	*	*	*	*	*
PUNTAJE GLOBAL	*	*	*	*	*	*	*	*

	RIGIDO		ESTRUCTUR		FLEXIBLE		CAOTICO	
	1	2	3	4	5	6	7	8
ADAPTABILIDAD/CAMBIO								
LIDERAZGO	*	*	*	*	*	*	*	*
DISCIPLINA	*	*	*	*	*	*	*	*
NEGOCIACION	*	*	*	*	*	*	*	*
ROLES	*	*	*	*	*	*	*	*
NORMAS	*	*	*	*	*	*	*	*
PUNTAJE GLOBAL	*	*	*	*	*	*	*	*

	BAJA		FACILITACION		ALTA	
	1	2	3	4	5	6
COMUNICACION						
HABILIDADES DEL RECEPTOR EMPATIA ESCUCHAR ATENTAMENTE	*	*	*	*	*	*
HABILIDADES DEL EMISOR HABLAR PR SI MISMO HABLAR POR LOS DEMAS (anotar puntaje opuesto)	*	*	*	*	*	*
AUTO - REVELACION	*	*	*	*	*	*
CLARIDAD	*	*	*	*	*	*
CONTINUIDAD/SEGUIMIENTO	*	*	*	*	*	*
RESPECTO/ CONSIDERACION	*	*	*	*	*	*
PUNTAJE GLOBAL	*	*	*	*	*	*



**APENDICE D:**

UNIVERSITY OF MINNESOTA

---

*Twin Cities Campus*

*Family Social Science  
College of Human Ecology*

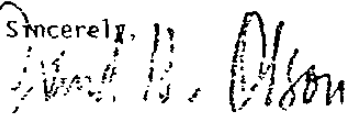
*290 McNeal Hall  
1985 Buford Avenue  
St. Paul, MN 55108  
612-625-7250  
Fax: 612-625-4227*

**PERMISSION TO USE FACES II**

I am pleased to give you permission to use FACES II in your research project, teaching or clinical work with couples or families. You may either duplicate the materials directly or have them retyped for use in a new format. If they are retyped, acknowledgement should be given regarding the name of the instrument, the developer's name and the University of Minnesota.

In exchange for providing this permission, we would appreciate a copy of any papers, theses or reports that you complete using FACES II. This will help us to stay abreast of the most recent developments and research regarding this scale. We thank you for your cooperation in this effort.

In closing, I hope you find FACES II of value in your work with couples and families. I would appreciate hearing from you as you make use of this inventory.

Sincerely,  


David H. Olson, Ph.D.  
Professor

# UNIVERSITY OF MINNESOTA

---

*Twin Cities Campus*

*Family Social Science  
College of Human Ecology*

*290 McNeal Hall  
1985 Buford Avenue  
St. Paul, MN 55108  
612-625-7250  
Fax: 612-625-4227*

## PERMISSION TO USE FAMILY INVENTORIES

I am pleased to give you permission to use the instruments included in **Family Inventories**. You have my permission to duplicate these materials for your clinical work, teaching, or research project. You can either duplicate the materials directly from the manual or have them retyped for use in a new format. If they are retyped, acknowledgements should be given regarding the name of the instrument, developers' names, and the University of Minnesota.

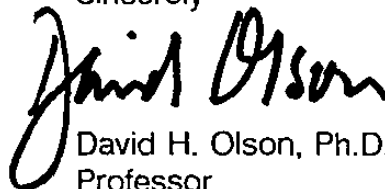
If you are planning to use **FILE**, **A-FILE**, and **F-COPES**, you need to obtain separate permission from **Dr. Hamilton McCubbín**. His address is 1300 Linden Drive, University of Wisconsin, Madison, WI 53706.

**Separate permission** is also required to use the **ENRICH** inventory in either clinical work or research. This is because the inventory is computer scored and is distributed through the PREPARE/ENRICH office. Contact Dr. David Olson at PREPARE/ENRICH, P.O. Box 190, Minneapolis, MN 55458.

**In exchange for providing this permission, we would appreciate a copy of any papers, thesis, or reports that you complete using these inventories.** This will help us in staying abreast of the most recent development and research with these scales. Thank you for your cooperation.

In closing, I hope you find the **Family Inventories** of value in your work with couples and families. I would appreciate feedback regarding how these instruments are used and how well they are working for you.

Sincerely



David H. Olson, Ph.D.  
Professor

MARRIAGE AND FAMILY INVENTORIES  
INVENTORIES DEVELOPED BY DAVID OLSON AND COLLEAGUES

ABSTRACT ON COMPLETED STUDY\*

NAME: \_\_\_\_\_ PHONE: \_\_\_\_\_  
ADDRESS: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TITLE, CITATION:

SIZE:

VARIABLES:

(Please continue on other side)

---

\*This Abstract should be completed and returned when you have completed your project. We would appreciate a copy of your research. If that is not feasible, we would appreciate a copy of the abstract, methods and results sections. This will enable us to include your study in a meta-analysis.

Thank you for your interest in our instruments. Please return this form and your study results to:

David H. Olson, Ph.D.  
Family Social Science  
290 McNeal Hall  
University of Minnesota  
St. Paul MN 55108

APENDICE E:

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
DIVISION DE POSTGRADO

AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN FAMILIAR PARA EL ESTUDIO.

Estimado jefe de familia:

Atentamente nos estamos dirigiendo a usted para invitarlo a colaborar en el estudio del nivel de funcionamiento familiar de las familias de la comunidad, bajo la responsabilidad del Lic. Gregorio Martínez R. y colaboradores. Los datos proporcionados serán voluntarios, confidenciales y sólo utilizados para fines del estudio.

La participación consistirá en aceptar que usted y su familia sean entrevistada por el Lic. Martínez o colaboradores para llenar un cuestionario con datos relacionados al estudio.

La entrevista se calcula sea de aproximadamente una hora, si todos los miembros están reunidos, en caso contrario nos adaptaremos a su disponibilidad.

Atte:

\_\_\_\_\_  
Lic. Gregorio Martínez R.  
Responsable del estudio.

ACEPTO: NOMBRE \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ NUMERO \_\_\_\_\_

Monterrey N. L., día \_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ 1993.

