



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TEMA**

**Intervención Educativa en Familias Disfuncionales del Consultorio Médico B.**

**Centro de Salud Pascuales. Año 2018.**

**AUTOR:**

**Mendoza Moreira, Rubén Darío**

**Trabajo de Titulación**

**previo a la Obtención del Título de:**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TUTOR**

**Batista Pereda, Yubel**

**Guayaquil, Ecuador**

**2018**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el/la *Dr.(a) Rubén Darío Mendoza Moreira*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en *Medicina Familiar y Comunitaria*.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018.

**DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

---

Dr. Batista Pereda, Yubel

**DIRECTOR DEL PROGRAMA:**

---

Dr. Landívar Varas, Xavier



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:**

***YO, Rubén Darío Mendoza Moreira***

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de investigación "*Intervención educativa en familias disfuncionales del consultorio médico B. Centro de salud Pascuales. Año 2018*" previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018

**EL AUTOR:**

---

**Rubén Darío Mendoza Moreira**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**AUTORIZACIÓN:**

***YO, Rubén Darío Mendoza Moreira***

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: *“Intervención educativa en familias disfuncionales del consultorio médico B. Centro de salud Pascuales. Año 2018”*, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil a los 17 días del mes de diciembre año 2018

**EL AUTOR:**

---

**Rubén Darío Mendoza Moreira**

## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** Tesis MFC Rubén Mendoza.docx (D45638976)  
**Submitted:** 12/12/2018 7:27:00 PM  
**Submitted By:** rumens06@gmail.com  
**Significance:** 1 %

### Sources included in the report:

proyecto-final-mayo-4.docx (D38318151)  
TESIS DRA HUACON UCSG.doc (D24657620)  
<http://tesis.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=290>

### Instances where selected sources appear:

8

## *Agradecimiento*

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi vida, por ser mi fortaleza y brindarme aprendizajes, experiencias y principalmente felicidad.

Le doy gracias a mis abuelos Roque y Marianita por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, y por la oportunidad de tener una excelente educación.

A mi esposa Katherine por ser parte importante de mi vida y representar la unidad familiar.

## **Dedicatoria**

Dedico este proyecto a Dios por ser el inspirador para cada uno de mis pasos dados en el convivir diario. A mis padres por darme la vida. A mis abuelos por ser el incentivo para seguir adelante con este objetivo. A mi esposa, parientes y amigos por sus consejos, paciencia y toda la ayuda que me brindaron para concluir mis estudios. Al doctor Yubel Batista por guiarme con sus conocimientos en la tutoría para alcanzar este propósito trazado.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. \_\_\_\_\_

**LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO**

DIRECTOR DEL POSGRADO

f. \_\_\_\_\_

**ARANDA CANOSA, SANNY**

COORDINADORA DOCENTE

f. \_\_\_\_\_

**BATISTA PEREDA, YUBEL**

OPONENTE

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO – ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**  
**II COHORTE**  
**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

TEMA: "INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN FAMILIAS DISFUNCIONALES DEL CONSULTORIO MÉDICO B. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018"

ALUMNO: RUBÉN DARÍO MENDOZA MOREIRA

FECHA:

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDIVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
<b>NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN</b>						

Observaciones: \_\_\_\_\_

Lo certifico,

\_\_\_\_\_  
DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS  
DIRECTOR DEL POSGRADO MFC  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

\_\_\_\_\_  
DR. YUBEL BATISTA PEREDA  
OPONENTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

\_\_\_\_\_  
DRA. SANNY ARANDA CANOSA  
COORDINADORA DOCENTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

## ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO.....	VI
DEDICATORIA.....	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	VIII
ACTA DE CALIFICACIÓN.....	IX
ÍNDICE GENERAL.....	X
ÍNDICE DE TABLAS.....	XI
ÍNDICE DE ANEXOS.....	XII
RESUMEN.....	XIII
ABSTRACT.....	XIV
INTRODUCCIÓN.....	2
1 EL PROBLEMA.....	5
1.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	5
1.2 FORMULACIÓN.....	6
2 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	7
2.1 GENERAL.....	7
2.2 ESPECÍFICOS.....	7
3 MARCO TEÓRICO.....	8
3.1 Antecedentes Investigativos.....	8
3.1.1 Consideraciones del trabajo con las familias.....	9
3.1.2 Aspectos éticos en el trabajo con la familia.....	12
3.1.3 Fundamentación legal.....	12
3.1.4 Evaluación de la salud familiar.....	13
3.1.5 Crisis familiares.....	18
3.1.6 Funcionamiento familiar.....	20
3.1.7 Dimensiones del funcionamiento familiar.....	22
3.1.8 Entrevista familiar.....	24
3.2 Intervención Familiar.....	29
3.2.1 Estrategia educativa.....	30
3.2.2 Técnicas de intervención familiar educativa.....	31
3.2.3 Intervención familiar terapéutica.....	34
4 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.....	35
5 MÉTODOS.....	36
5.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO.....	36
5.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	36
5.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.....	36
5.2.2 Procedimiento de recolección de la información.....	37
5.2.3 Técnicas de recolección de información.....	39
5.2.4 Técnicas de análisis estadístico.....	40
5.3 VARIABLES.....	41
5.3.1 Operacionalización de variables.....	41
6 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	42
CONCLUSIONES.....	60
VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
ANEXOS.....	66

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Distribución de familias según la ontogénesis.....	42
TABLA 2: Distribución de familias según número de miembros.....	43
TABLA 3: Distribución de familias según la etapa del ciclo vital.....	44
TABLA 4: Distribución de familias según funcionamiento familiar.....	45
TABLA 5: Distribución de familias según la cohesión familiar.....	46
TABLA 6: Distribución de familias según la armonía familiar.....	47
TABLA 7: Distribución de familias según la comunicación familiar.....	48
TABLA 8: Distribución de familias según la permeabilidad familiar.....	49
TABLA 9: Distribución de familias según la afectividad familiar.....	50
TABLA 10: Distribución de familias según rol familiar.....	51
TABLA 11: Distribución de familias según adaptabilidad familiar.....	52
TABLA 12: Distribución de ontogénesis en familias disfuncionales.....	53
TABLA 13: Distribución según número de integrantes en familias disfuncionales.....	54
TABLA 14: Distribución según etapa de ciclo vital en familias disfuncionales.....	55
TABLA 15: Distribución de tabulación cruzada según pretest y postest en familias disfuncionales y severamente disfuncionales.....	58

## ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento informado.....	66
ANEXO 2: Prueba de percepción funcionamiento familiar FF-sil.....	67
ANEXO 3: Intervención educativa en familias disfuncionales.....	69

## Resumen

**Antecedentes:** En una atención primaria fundada por un sistema renovado, la funcionalidad familiar se hace indispensable en el proceso salud-enfermedad con la mejora continua en calidad de vida de la población, mediante estrategias desde el enfoque sistémico que permiten fortalecer el grupo familiar con el objetivo de *evaluar la intervención educativa en las familias disfuncionales y severamente disfuncionales del consultorio médico familiar “B” del centro de salud Pascuales en el año 2018, para conocer la mejoría de su funcionamiento.* **Materiales y Métodos:** Mediante un estudio de modalidad de campo, nivel de investigación cualitativa, cuantitativa, aplicativo, diseño experimental, longitudinal y prospectivo. La información se obtuvo de forma documental y aplicando un instrumento de evaluación (FF-sil) a 101 familias correspondientes al consultorio de medicina familiar “B” del centro de salud Pascuales, interviniendo aquellas familias disfuncionales y severamente disfuncionales, determinando si existen diferencias significativas mediante la prueba estadística t de Student. **Resultados:** El mayor porcentaje de familias según ontogénesis fueron nucleares en 57,5 %, medianas por el número de integrantes 49,5 %, y en etapa de extensión 57,4 %. Predominó la categoría moderadamente funcionales con 41,6 %, y un 19,9 % de familias correspondieron al diagnóstico de familias disfuncionales y severamente disfuncionales, donde existió diferencias estadísticamente significativas en la evaluación pretest y postest. **Conclusiones:** La dinámica familiar obtuvo cambios positivos mejorando el funcionamiento familiar en las familias disfuncionales y severamente disfuncionales, de acuerdo con las pruebas estadísticas aplicadas, por lo que se considera que la intervención fue efectiva.

**Palabras Clave:** INTERVENCIÓN PRECOZ (EDUCACIÓN), SALUD DE LA FAMILIA, RELACIONES FAMILIARES, FAMILIA.

## **Abstract**

**Background:** In a primary care system founded by a renewed system, family functionality becomes indispensable in the health-disease process with the continuous improvement in the quality of life of the population, through strategies from the systemic approach that allow strengthening the family group with the objective of evaluating the educational intervention in dysfunctional and severely dysfunctional families of the family medical office "B" of the Pascuales health center in 2018, to know how to improve its functioning. **Materials and Methods:** Through a study of field modality, level of qualitative, quantitative, applicative, experimental, longitudinal and prospective research. The information was obtained in a documentary way and applying an evaluation instrument (FF-sil) to 101 families corresponding to the family medicine clinic "B" of the Pascuales health center, intervening those dysfunctional and severely dysfunctional families, determining if there are significant differences Student's t test. **Results:** The highest percentage of families according to ontogenesis were nuclear 57.5%, medium by the number of members 49.5%, in extension stage 57.4%. The moderately functional category predominated in 41.6%, and 19.9% of families corresponded to the diagnosis of dysfunctional and severely dysfunctional families, where there were statistically significant differences in the pretest and posttest evaluation. **Conclusions:** The family dynamics obtained positive changes improving family functioning in dysfunctional and severely dysfunctional families, according to the statistical tests applied, so it is considered that the intervention was effective.

**Keywords:** EARLY INTERVENTION (EDUCATION), FAMILY HEALTH, FAMILY RELATIONS, FAMILY.

## INTRODUCCIÓN

A nivel mundial en una atención primaria fundada por un sistema renovado, el funcionamiento familiar se hace indispensable en el proceso salud-enfermedad enfocado en la asistencia de la salud y la mejora continua de la calidad de vida de la población (1); en latinoamérica y países en vías de desarrollo, los modelos de atención integral han implicado transformar la perspectiva biologicista y de visiones verticales hacia una atención integral al individuo, la familia y la comunidad. En el Ecuador está en vigencia el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) que hace un análisis extenso del estado de equilibrio familiar (2).

Existen instrumentos para valorar funcionalidad familiar como el APGAR familiar y el FF-sil, siendo este último el más empleado para su evaluación (3). Es un instrumento hacedero, resulta de bajo costo y comprensión práctica a todos los niveles de instrucción educativa, para ser aplicado por los profesionales de la salud y personal entrenado.

La encuesta permite detectar el funcionamiento de las familias mediante la respuesta de un miembro del hogar, y su aplicación se efectúa al integrante que, según la apreciación del personal de salud, disponga de completas capacidades para contestar, en un ambiente con las condiciones adecuadas, permitiendo realizar intervenciones educativas, en aquellas familias que se identifiquen como disfuncionales y severamente disfuncionales (4).

Actualmente, la restructuración de la familia se ha visto afectada por la llegada de la tecnología y en las prioridades del núcleo familiar, por lo cual se ha modificado los imaginarios sociales de la familia convencional, la cual era ancestral donde el hombre se hace cargo de las responsabilidades laborales y la mujer quien toma las obligaciones domésticas y educativas, el cambio de roles se ha visto representado por la búsqueda de los padres de mejorar la calidad de vida por medio del crecimiento profesional y laboral, por lo cual el tiempo de compartir en familia ha disminuido (5).

Teniendo en cuenta lo anterior, se pueden generar estrategias desde el enfoque sistémico que permitan cambiar y fortalecer el progreso de comunicación del

grupo familiar, convirtiendo individuos con bases sociales necesarias que puedan conducirlo a su autorrealización. La dinámica de una familia disfuncional trae consecuencias significativas que se pueden ver manifiestas en sus interrelaciones, por lo cual cuando se enfrenta a un proceso de división se establece estos principios de comunicación que permiten que los vínculos de unión entre los integrantes del sistema familiar no se debiliten provocando rupturas de relaciones internas a futuro (6).

Es fundamental realizar estrategias y mecanismos formales e informales de relación intersectorial en beneficio de las familias que requieren de la asistencia de instituciones principalmente del sector salud, además de servicios de otros sectores sociales como el de educación; para satisfacer gran parte de las necesidades como equipos de profesionales que generan programas de intervención integral en conjunto como un todo (6).

Durante el desarrollo del ser humano la familia aparece como eje fundamental y ente social capaz de garantizar mediante la dinámica familiar el fortalecimiento de las capacidades necesarias para afrontar las situaciones que se puedan presentar en la vida (7).

Al trabajar con la familia mediante el apoyo se aprovecha para identificar sus fortalezas individuales y familiares, mejorando los tratamientos en base a una adecuada comunicación, incrementando las experiencias positivas compartidas en el núcleo familiar durante las diferentes fases del ciclo vital familiar que incentivan valores de la familia y actividades comunitarias (7).

En el proceso de intervención se compromete la participación de los integrantes de las familias lo cual permite que las actividades realizadas a largo plazo cambien las situaciones problemas presentes en el núcleo familiar (8). Es necesario que el acompañamiento genere en conjunto funciones constructivas entre ellos abordando la familia como un sumatorio de miembros (9).

Al determinar la funcionalidad familiar se puede conocer los enigmas presentes en las familias de la comunidad pertenecientes al consultorio médico familiar “B” de la parroquia Pascuales, así como la efectividad de la estrategia de

intervención educativa (4) que propende a mejorar el modelo seguimiento familiar integral, valorando la funcionalidad mediante un instrumento práctico y de confianza que se adapta en la atención primaria por su equipo de atención integral en salud, con excelente demarcación y solidez.

El trabajo con las familias no es una tarea sencilla, ya que se necesita valorar ideas, tener en cuenta necesidades y expectativas, así como el respeto a su autonomía; es importante mencionar además las dificultades de planificación para organizar encuentros y el cumplimiento de compromisos por las diferentes ocupaciones educativas, laborales y sociales que son esenciales para cada uno de los integrantes familiares y difícilmente se pueden modificar.

## **1 EL PROBLEMA**

### **1.1 Identificación, Valoración y Planteamiento**

La presente investigación se basa en una intervención educativa en familias disfuncionales con integrantes de cualquier sexo o etnia correspondientes al consultorio médico B del centro de salud Pascuales durante el período 2018 en un análisis integral como herramienta para diagnosticar, evaluar y realizar la intervención según las necesidades y capacidades en la esfera biológica, psicológica y social, sobre el paradigma de atención médica convencional donde comúnmente está infravalorada la valoración de un paciente.

Esa estimación incluye tanto las características individuales, sociales, así como la evaluación de su funcionamiento familiar (6), y no se conocen evidencias de haberse realizado investigaciones locales sobre este tema. De no llevarse a cabo la investigación y de no actuar de manera oportuna con las familias disfuncionales seguiría vigente la problemática y se presentará un incremento provocando daños al funcionamiento familiar y social con todos los efectos negativos que esto acarrea para la salud pública.

El contenido de investigación está delimitado a la salud familiar en el marco de la línea investigativa epidemiológica y de promoción de salud; Dado que el Ecuador es considerado en la constitución de Montecristi de 2008 como un país pluricultural y multiétnico, llevar a cabo la implementación de un monitoreo constante de las propiedades psicométricas donde se midan a las diferentes culturas familiares, comunidades y personas mediante la aplicación del instrumento FF-sil, se convierte en un proceso variable en el tiempo, que debe estar más consolidado cuantas más intervenciones familiares se hayan realizado (10).

De esta manera, identificando a las familias y su nivel de funcionalidad, podríamos entender sus características situacionales, y realizar las respectivas acciones que beneficien el seguimiento continuo e integral en el escenario familiar.

## **1.2 Formulación**

¿Una intervención educativa mejorará el funcionamiento de las familias disfuncionales y severamente disfuncionales del consultorio médico familiar B del centro de salud Pascuales en el año 2018?

## **2 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

### **2.1 General**

Evaluar la intervención educativa en las familias disfuncionales y severamente disfuncionales del consultorio médico familiar “B” del centro de salud Pascuales en el año 2018.

### **2.2 Específicos**

- Caracterizar las familias en estudio según su tamaño, ontogénesis y etapa del ciclo vital familiar.
- Identificar el funcionamiento familiar en la población de estudio.
- Aplicar la estrategia de intervención educativa para familias disfuncionales y severamente disfuncionales.
- Evaluar el resultado de la estrategia educativa aplicada a las familias disfuncionales y severamente disfuncionales.

### **3 MARCO TEÓRICO**

#### **3.1 Contexto investigativo**

La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria ha progresado mucho desde 1969 cuando se la reconoce como la disciplina médica veinteaava en los Estados Unidos de Norteamérica. Esta modificación de visión de la medicina familiar en el futuro se refiere a un nuevo paradigma de una disciplina en muchos entornos, y no limitado, necesitando proporcionar una atención médica centrada en el paciente, donde la educación y la capacitación deben realinearse (11).

La medicina familiar como carrera dio inicio por generales practicantes a ambos lados del Atlántico (los Estados Unidos y el Reino Unido) en la década de 1960 como una contracultura a la especialización médica de la posguerra, que resultó en el fraccionamiento de la atención y la visión biomédica estrecha. Se estructuran luego programas académicos de formación integral para formar al doctor de familia como un practicante de enfoque holístico y amplitud. En las décadas de 1970 y 1980 se dieron un aumento considerablemente aceptable en la cantidad de profesionales de la salud que escogió la medicina familiar como carrera (11).

Una conceptualización sucinta de medicina familiar que se ha mantenido en el tiempo es: La medicina familiar es una disciplina relacionada con provisión de servicios personales, primarios, preventivos, integrales, continuidad y coordinación de la atención médica de la persona en relación con su familia, comunidad y su entorno. El médico de familia se preocupa por el individuo en el contexto de la familia y la familia en el contexto de la comunidad, independientemente de su etnia, religión, cultura o sociedad clase (11).

El valor primordial de la medicina familiar es el centramiento de la persona. Esta es la fuerza motriz que tomó al mundo por sorpresa después de segunda guerra mundial, porque es necesario su enfoque situado en el individuo para dar tratamiento a los componentes biológicos, psicológicos y sociales de la mala salud logrando el bienestar pleno en cada persona (11).

Está ampliamente documentado que los sistemas basados en la atención primaria de salud tienen una población más saludable, mejor calidad de atención, mayor equidad y menor costo. Se piensa que el efecto de la atención primaria es debido a su capacidad de acomodarse en la localidad y la compleja acción recíproca con principios de asociación sostenida y relaciones personales en el tiempo junto a pacientes conocidos en el contexto de la familia y comunidad (12).

Es mayor cada vez el reconocimiento y la necesidad de apartarse del status-quo por ser dividido, despersonalizado, insostenible, y a menudo ineficaz sistema de atención médica, mirando hacia un sistema que apoya a las personas, familias y comunidades más saludables con un menor costo (12).

### **3.1.1 Consideraciones del trabajo con las familias**

La integración de diferentes visiones de pensamientos en la salud pública, como sistemas de alta complejidad con enfoques interdisciplinarios y holísticos, permiten que las múltiples dimensiones de la salud converjan en un enfoque de ecosalud con la existencia de fuertes vínculos entre los seres humanos, la biofísica medio ambiente y aspectos socioeconómicos reflejados en la salud de las personas (13).

Se constituye una fundamental herramienta el diagnóstico de salud integral de las comunidades para la salud pública, permitiendo identificar necesidades y requerimientos vacantes de la población que sean propositivos en la búsqueda de dar una solución que sea viable a las problemáticas (13).

De manera general, en la mayor parte de los casos que se realice intervenciones se busca emplear métodos que impulsen la participación activa y la consecución de destrezas que permitan modificar hábitos de riesgo. Cuando se realizan dinámicas ofreciendo únicamente información la efectividad es menor que cuando se entregan habilidades a la familia. Más aún, en la modalidad grupal aumentando la proporción de factores protegidos entre los grupos familiares participantes (14).

Se promueve el cambio de las conductas de riesgo mediante estrategias que sean demostrativas y con accionar participativo con proyectos variados que utilicen educación de pares, juego de roles y videos motivacionales (14).

Ciertas materias como la psicología, sociología y la pedagogía han tenido un interés específico en las últimas décadas respecto a la autoridad familiar y su incidencia en el desarrollo y comportamiento de niños y niñas en numerosos espacios. En los primeros años de crecimiento, donde se adquieren las primeras conductas y costumbres necesarias en la crianza, los entendidos en el tema señalan en que la familia es el aspecto considerado más importante (15).

Varios trabajos de investigación indican que la influencia de la familia representa un considerable peso en la construcción de la conducta del individuo como grupo socializador inicial; por tal razón, la forma en la que los padres lideren los conflictos estableciendo normativas, es determinante en la formación del núcleo familiar y de su accionar a lo largo de la vida (15).

Es así, que un escenario familiar seguro y estable, la creación del sentido de pertenencia a la familia mediante la comunicación adecuada interpersonal, tomando decisiones en el marco de la ética, creciendo en el interior del núcleo familiar, interactuando preocupándose de los demás integrantes y, por supuesto, amándose; podría mencionarse que esta interacción familiar, siempre que sea satisfactoria, genera el contexto idóneo para el desarrollo y cuidado humano de todas las personas (15).

Se demuestra así la existencia de un vínculo del autoconcepto positivo de los integrantes de la familia y la comunicación que esta sea capaz de establecer, constituyéndose de esta manera la comunicación en un factor protector determinante que incide positivamente en el ejercicio del funcionamiento familiar (15).

Considerando a la familia, según la teoría básica sistémica, como un sistema que defiende su implicación en todos los procesos de desarrollo y tiene en cuenta desde lo emocional, relacional, y cognitivo, permitiendo una temprana intervención para que los niños crezcan y se realicen como persona y ser social

en todos sus aspectos. De esta forma, podemos ver, cómo la función de las familias se va haciendo cada vez más importante, teniendo en cuenta las relaciones familiares considerándolas muy valiosas (16).

La actuación profesional está encaminada a actuar con prontitud, coherencia y sistematicidad para apoyar a la unidad familiar y activar sus potencialidades y recursos. En este modo nos encontramos con unas peculiaridades a la hora de intervenir familias con plurideficiencias. En el ámbito de estas personas, la familia es el recurso principal, donde se aprende a vivir con esas condiciones especiales, se les cuida y se recibe la responsabilidad con calidad asegurando el apoyo necesitado (16).

Existen varios modelos que fundamentan una intervención familiar como el enfoque ecológico donde se valora al ecosistema familiar interconectando en un sistema el ambiente y su influencia sobre los diferentes entornos que tienen sobre la familia. Otro modelo es el transaccional que se interpreta por medio de las interacciones que se generan entre los hijos y los padres, contribuyendo activamente a los entornos que fomentan el desarrollo. El modelo evolutivo-educativo ayuda a comprender la importancia de la preparación de los hijos en relación a las culturas y pensamientos contenidos de los padres; y el modelo sistémico nos permite entender que cada integrante de la familia es parte de un sistema total (16).

En la actualidad la consecución de un equilibrio emocional se constituye en uno de los factores esenciales como motor de las personas especialmente importante en la afectividad familiar. La correcta instauración de un vínculo de apego es la forma categórica de garantizar un destacado desarrollo (16).

Aumentando las experiencias positivas participativas con valores de la familia, como las comidas familiares, donde se permite identificar y aprovechar las características individuales con apoyo a los adolescentes y a sus familias fortaleciendo la comunicación familiar, además de las actividades comunitarias (17).

Los estudios de riesgos psicosociales y de percepciones de apoyo familiar demuestran y concluyen que el disfuncionamiento familiar moderado y las familias severamente disfuncionales están asociadas de manera significativa con perfil psicosocial alterado en las familias integradas por adultos (18).

### **3.1.2 Aspectos éticos**

Los principios éticos son indispensables para llevar a cabo de forma exitosa todo tipo de trabajo con las familias por lo cual se hace necesario que se lleve a cabo el debido respeto; la aceptación de la familia a participar en la intervención se realiza mediante el consentimiento informado de la familia, lo que amerita exponer al inicio el tipo de labor que se va a realizar, los objetivos y características del proceso, considerando sus creencias, cultos, ideas y prácticas religiosas u otras (19).

Se debe utilizar la persuasión en aquellos casos en que la familia rechace al trabajo médico, concediendo a cada integrante de la familia el mismo valor permitiendo que participen de la intervención, asumiendo una actitud crítica el profesional y buscando asesoría en caso de ser necesario, sin asumir posturas en contra o a favor de algún miembro de la familia (19). Los patrones que se muestran en relación al análisis de cualidades colectivas de trabajos de investigación encontrados sobre la funcionalidad familiar presentan relación colaborativa, cuidado respetuoso, perspectiva holística, autoconciencia, empoderamiento y la familia como unidad de atención con habilidades culturales (20).

### **3.1.3 Fundamentación legal**

Entre los principales instrumentos normativos que guían la construcción del Modelo de Atención Integral Familiar Comunitario e Intercultural, se encuentran la Constitución de la República del Ecuador, la agenda social de los Objetivos de desarrollo Sostenible. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (10).

### **3.1.4 Evaluación de la salud familiar**

En los estudios de evaluación de la salud familiar se realiza una caracterización de las familias, teniendo en consideración lo siguiente:

- Estructura o composición
- Etapa de desarrollo

Teniendo en Cuenta la Composición o Estructura:

Ontogénesis de la Familia

- Nuclear
- Extensa
- Ampliada

Tamaño (Número de miembros)

- Pequeña (de 2 a 3 miembros)
- Mediana (de 4 a 6 miembros)
- Grande (de 7 y más miembros)

Número de generaciones

- Una generación
- Dos generaciones
- Tres generaciones
- Múltiples generaciones
- (21,22)

## Familia nuclear

Esta tipología de familias incluye aquellas que están integradas por una pareja que tenga o no hijos, o por uno de los integrantes de la pareja con su linaje. Abarca los hijos sin sus padres en el hogar, la adopción, hijos de uniones anteriores y el equivalente de pareja.

Tipos de familia nuclear:

- Pareja que no tiene hijos en el hogar
- Familia monoparental: Compuesta por cualquiera de los dos padres y uno o más descendencia.
- Familia biparental: Integrada por uno ó más hijos junto al padre y la madre.
- Familia con padres ausentes: Dos o más hermanos.
- Familia reconstituida: Anteriormente un matrimonio, con hijos o sin hijos.
- Equivalente de pareja: Homosexuales que a sí misma se identifican como pareja ante el profesional de salud (21).

## Familia extensa

Conformada por pareja con hijos si al menos uno de ellos vive en el hogar, sin depender del número de generaciones, pero desciende del mismo tronco generacional, o equivalente de pareja, con o sin descendencia.

Tipos de familias extensas:

- Familia constituida con padres e hijo(s) casado(s) sin nieto(s).
- Familia constituida con padres e hijo(s) casado(s) con nieto(s).
- Familia constituida con abuelos y nieto(s) sin la figura de los padres.
- Familia constituida con dos o más hermanos, al menos uno en pareja.

## Familia ampliada

Corresponde a otros parientes que no forman parte del mismo tronco de descendencia generacional que se integran a la familia considerada nuclear o extensa. Se consideran casos donde aunque no existan vínculos consanguíneos y de parentesco entre ellos, si existen de convivencia y afinidad (21).

## Familiograma

Se denomina así a la representación gráfica de la familia integrada por un modelo de símbolos que estructuran un dibujo de un árbol familiar y refleja datos útiles para el análisis de su situación integral de salud. Se aconseja para el procesamiento de la información durante su apreciación.

Conlleve tres puntos:

1. Trayecto de la estructura familiar
2. Registro de datos de las familias
3. Relaciones familiares (22).

## Ciclo vital de la familia

Los ciclos vitales de las familias son procesos dinámicos y continuos de desarrollo y evaluación de las distintas fases que acontece la familia desde una etapa inicial de la unión de la pareja para llevar una vida plena en conjunto, hasta llegar a la parte final con la muerte. Esta característica se encuentra definida y delimitada por la presencia de acontecimientos de la vida familiar determinados en ciertas circunstancias de la etapa que llevan a un proceso de transición constante (23).

## Etapas del ciclo vital de la familia

Etapas:	Desde:	Hasta:
Formación	Casamiento	Surgimiento de primer hijo.
Extensión	Surgimiento de primer hijo	Uno de los hijos es independiente.
Dispersión	Uno de los hijos es independiente	Primer cónyuge muere.
Contracción	Fallecimiento del primer cónyuge	Segundo cónyuge muere (24).

#### Particularidades de las etapas del ciclo vital:

- La aparición de un acontecimiento familiar de vida determina el tránsito de una etapa a otra.
- Hay familias que no transitan por todas las etapas.
- Deciden adoptar y marcan el ciclo de vida, sin ser descendencia biológica.
- Estas etapas ocurren sucesivamente en la familia nuclear con hijos y se relacionan en las familias extensas y ampliadas.
- Los casos de familias reconstituidas con hijos de diferentes matrimonios, extensas o ampliadas, se adosan fases que se relacionan entre sí, por lo que se expresa en más de una ocasión.
- En caso que en la familia no sucedan los acontecimientos normativos que conforman las fases del ciclo, se clasifica por los eventos que vive.
- La familia estructurada por matrimonio sin descendencia, transcurrido el tiempo de procreación, alcanza la fase de contracción directamente desde la etapa de formación.
- En cada etapa del ciclo la familia enfrenta una serie de tareas y se le presenta un grupo de problemas que son propios a la etapa dado los procesos normativos que vive (24).

#### Sucesos de vida familiar:

Constituyen los acontecimientos que son de importante significado para las personas y la familia, siendo de naturaleza diversa que generan transformaciones en la vida familiar. Existiendo problemas y tareas en relación a las diferentes etapas, y el cumplimiento de las mismas depende de si aparecen o no conflictos familiares.

#### Fase de formación:

Problemas: Demasiada dependencia de la familia inicial, conflicto de poderes entre cónyuges, disfunción sexual, problemas de planificación familiar, desilusión respecto de expectativas de la vida matrimonial, desacuerdos en el proyecto de vida, disfuncionalidad sexual, problemas (25).

Tareas: Estructuración en conjunto del proyecto de vida futuro, adaptación funcional de actividades de la vida diaria, comunicación con hijos anteriores y con la familia de origen, establecer los límites del rol que desempeña cada uno de los cónyuges, organización de la concepción y satisfacción sexual.

Fase de extensión:

Problemas: Manejo de forma inadecuada de celos fraternos, inconvenientes en la delimitación de tareas entre la familia, inadecuado desempeño del rol de padres con más de un hijo, irregularidades del desarrollo con presencia de enfermedades en la niñez.

Tareas: Aprender el rol de madre y padre, modificación de roles frente a la adolescencia, formación del adolescente, adaptación a instituciones y planificación concepcional (25).

Fase de dispersión:

Problemas: Disfuncionamiento en tareas de los padres e hijos adultos, alteración de límites en las responsabilidades de los cónyuges, padres y abuelos, incorrecta asimilación del nido vacío, frustración sobre la vida por no aceptar cierta disfuncionalidad o discapacidad producto de la declinación del ciclo de vida individual.

Tareas: Aprendizaje de nuevas funciones frente a la descendencia, dejar la tutoría de al menos un hijo, reencontrarse la pareja, nuevas formas de comunicación, lograr objetivos en pareja, ajustarse a la jubilación y los problemas de la salud (25).

Etapas de contracción:

Problemas: Falta de afectos transmitidos hacia las necesidades de los hijos y nietos, ausencia o insuficiente respaldo social y apoyo familiar ante pérdidas familiares, relativos al afrontamiento inadecuado al duelo.

Tareas: Cambios de metas y necesidades, ajuste ante la pérdida, elaborar duelo psicológico ante la muerte de uno de los miembros del hogar, adaptación a la

viudez y el proceso de envejecimiento, reorganizar la vida y rol familiar ante la falta definitiva del cónyuge, hijos adultos asumen responsabilidades por los padres (25).

Ciclo vital en el proceso salud – enfermedad:

El abordaje familiar en las intervenciones grupales y conflictos del nivel primario de atención de salud, se fundamenta en el conocimiento de características de las diferentes etapas del ciclo vital, incluso en el análisis de situación integral de salud familiar y colectiva. Las tareas y los problemas del desarrollo normativo se afectan por varios procesos que puede vivir la familia debida a los acontecimientos circunstanciales y accidentales que tienen significado para la vida familiar, exigiendo cambios y ajustes en la familia (26).

### **3.1.5 Crisis familiares**

Se manifiestan como discordancias entre el orden de las funciones y estructurales de la familia, y las exigencias de los nuevos acontecimientos que surgen produciendo desorganización en el núcleo familiar. Estas crisis familiares son clasificadas en dos importantes grupos:

1. Crisis normativas o transitorias.
2. Crisis paranormativas o no transitorias.

Crisis normativas o transitorias: Se relacionan a los acontecimientos considerados esperables en el desarrollo familiar y que se construyen como puntos críticos de transición de una etapa a otra a lo largo del ciclo vital.

Crisis paranormativas o no transitorias: Se refieren a aquellas crisis que se relacionan con acontecimientos de carácter accidental, sin guardar relación con las fases del ciclo vital.

A continuación se clasifican acorde a la naturaleza del acontecimiento que las provocan:

Incremento: Cuando se incorpora uno o más integrantes a la familia.

Desmembramiento: Salida definitiva o temporal de algún miembro de la familia.

Desmoralización: Comprendida por la afectación de principios y valores morales y éticos de la familia.

Desorganización: Se clasifica a su vez en dos subtipos:

- Cambio económico positivo o negativo importante.
- Problemas de salud (27).

Caracterización de crisis familiares:

La manera en que cada familia sobrelleva las crisis la debilita o la fortalece.

Se puede presentar de forma simultánea lo siguiente:

- Más de una crisis no transitoria.
- Más de una crisis transitoria.
- Más de una crisis paranormativa puede ser generada por un mismo acontecimiento.

De la presencia de medios externos e internos que disponga la familia, va a depender el afrontamiento a las crisis que se manifiesten, incluyendo el tiempo de duración de las mismas.

Medios externos: Se trata del apoyo social con que cuenta la familia, como los vecinos, amigos, familiares, instituciones educativas, de salud, laborales, y de la comunidad.

Medios internos: Se trata de anteriores experiencias de crisis y la manera en cómo se afrontaron, la funcionalidad familiar, situación social y económica de la misma (27).

## Salud familiar

Como producto de la interrelación dinámica del funcionamiento familiar y el estado de sus integrantes, se da la salud familiar cuya evaluación corresponde a un proceso de forma continua caracterizado por diferentes niveles y momentos de profundización.

Incluye la indagación y el análisis de la identificación de problemas y potencialidades para realizar acciones de protección, prevención de enfermedades y recuperación de la salud en cada integrante de la familia (28).

La salud familiar se evalúa en función de:

- Salud de los miembros de la familia
- Condiciones materiales de vida
- Funcionamiento de la familia (28).

### **3.1.6 Funcionamiento Familiar**

La forma relativamente estable de relacionarse la familia de manera interna se corresponde al funcionamiento familiar. Siendo así una serie de relaciones interpersonales gestadas en el interior de cada familia y que le dan su propia identidad, desarrolla maneras de vincularse entre sí (28).

Se evalúa por medio de:

- La dinámica de las relaciones internas.
- El cumplimiento de funciones básicas.

Se puede evaluar al funcionamiento familiar mediante estos aspectos de manera integrada o por separado cada uno.

Como parte del historial de la salud familiar, se realiza la valoración de la funcionalidad familiar.

Para realizar la evaluación del funcionamiento como parte de la historia de salud familiar, se considerará el resultado de la prueba de percepción de

funcionamiento familiar (FF- sil) y el criterio del equipo de salud respecto al adecuado cumplimiento de las funciones básicas por la familia (28,34).

Evaluación del funcionamiento familiar según ejecución de funciones básicas de la familia (28,29):

Función educativa:

No se cumple en los casos que algún miembro de la familia presente comportamientos no aceptados socialmente, como ejemplo: conducta antisocial y delictiva que transgrede normas de convivencia social; y se cumple cuando los miembros de la familia mantienen comportamientos aceptados socialmente.

Función económica:

La función económica no se cumple cuando la familia no cubre esta necesidad básica, y se cumple si la familia cubre las necesidades básicas materiales de cuidado personal, alimentación, calzado, medicamentos de sus integrantes y vestuario.

Función afectiva:

Esta función no se cumple cuando existe algún integrante de la familia que manifieste signos de carencia afectiva o abandono y se cumple cuando los miembros de la familia evidencian o expresan signos de satisfacción afectiva con su familia.

Función reproductiva:

A pesar de ser la función reproductiva una de las funciones principales de la familia, no está incluida en el análisis de la funcionalidad familiar según funciones básicas, se encuentra relacionado con las tareas de la familia en su tránsito por el ciclo vital.

Dinámica de las relaciones internas

Puede medirse por medio de la implementación de la encuesta FF-sil, como dinámica de las relaciones entre los miembros de la familia, produciendo de manera sistémica un medio social y bienestar subjetivo de sus miembros para el funcionamiento familiar (30).

### **3.1.7 Dimensiones del funcionamiento familiar**

Las dimensiones para evaluar la aplicación de FF-sil son las siguientes:

Cohesión:

Se caracteriza por la unión emocional y física de la familia, cuando enfrenta diversas circunstancias en la toma de decisiones de actividades domésticas.

Armonía:

Se trata de un equilibrio emocional positivo entre las necesidades de la familia con los intereses y necesidades individuales.

Comunicación:

La comunicación está relacionada con la transmisión de experiencias y conocimientos entre los integrantes de la familia, de manera directa y clara.

Adaptabilidad:

Es la capacidad que tiene la familia para modificar condiciones de poder respecto a las reglas y roles en una situación que amerite.

Afectividad:

Habilidad de los integrantes de la familia de demostrar y experimentar emociones y sentimientos positivos entre todos.

Rol:

En el cumplimiento del rol cada integrante de la familia cumple responsabilidades y las funciones que en el núcleo familiar han sido negociadas.

Permeabilidad:

Cuando la familia tiene la capacidad de recibir ayuda y brindar experiencias ya sea de instituciones o familias (31).

Puntuación de la encuesta: Casi siempre, cinco puntos; muchas veces, cuatro puntos; a veces, tres puntos; pocas veces, dos puntos; casi nunca, un punto. El test tiene diferentes valores de acuerdo al criterio seleccionado. Para poder obtener la evaluación del funcionamiento familiar en forma íntegra se siguen los siguientes criterios:

.- El resultado de la prueba de percepción de funcionamiento familiar (FF- sil)

.- Criterio del equipo de salud respecto al cumplimiento de las funciones básicas por la familia (32).

El diagnóstico del funcionamiento familiar es:

Familia funcional

Si la puntuación obtenida a partir de la aplicación de la prueba FF-sil se corresponde con el diagnóstico de familia funcional y la familia efectúa las funciones básicas.

Familia con riesgo de disfuncionamiento

Si la puntuación obtenida a partir de la aplicación de la prueba FF-sil se corresponde con el diagnóstico de familia moderadamente funcional y cumple con funciones básicas.

## Familia disfuncional

Cuando la puntuación obtenida a partir de la implementación de la prueba FF-sil se corresponda con el diagnóstico de familia disfuncional y la familia no cumpla con alguna de las funciones básicas, considerando que según la puntuación el resultado puede ser severamente disfuncional.

Evaluación integral de la salud familiar:

Los fundamentos determinantes observados en la interrelación dinámica de la evaluación integral de la salud familiar, permite identificar aspectos mayormente afectados que permiten orientar acciones a realizar con la familia concernientes a la salud (26).

### **3.1.8 Entrevista familiar**

Es la técnica utilizada para obtener información de problemas familiares y como fuente de la salud familiar, mediante la visita al hogar, la información de los líderes formales e informales y la evaluación de la salud individual y comunitaria.

Se utiliza para mantener en su conjunto comunicación con el grupo familiar y alcanzar un objetivo determinado por parte del equipo básico de salud y del trabajo (32).

Propósitos de la entrevista:

Recabar información para evaluación y caracterización familiar.

Identificar daños a la salud familiar y potenciales riesgos.

Realizar intervenciones y efectuar seguimientos a problemas identificados.

La entrevista familiar constituye el encuentro inicial con la familia en su totalidad, como ocurre cuando:

- Se trabaja por primera vez en la comunidad.
- Se ha interactuado con alguno de sus integrantes.
- Una familia nueva se muda a vivir en la comunidad.

Integra a una parte del proceso habitual de análisis de la situación de salud de la familia por lo se efectúa en cualquier momento que sea necesario, cuando sea una familia bien conocida por el equipo de salud (32).

Principios de la entrevista familiar:

Carácter circular:

Se evita en la entrevista que predomine el diálogo directo entre el investigador y cada miembro de la familia, proporcionando la comunicación entre ellos. Cada uno aporta con su punto de vista acerca del problema identificado con el objetivo de lograr una solución de grupo.

El análisis familiar se enfoca en el contexto de las relaciones familiares y no desde el individuo hacia su interior o su vida pasada (28,33).

Carácter grupal:

Se lleva a cabo por técnicas de trabajo grupal, aplicadas específicamente al grupo familiar con funcionamiento sistémico creando vínculos de particular significado entre los miembros. Requiere de la colaboración de la familia en su conjunto, o al menos dos integrantes de la misma.

El grupo aporta información al conocimiento del sistema familiar, a pesar de no estar presente la totalidad de los miembros de la familia. Cada integrante dispone de una función dentro del proceso comunicativo que permite el cumplimiento de las metas.

Es de vital importancia tener presente como los miembros de la familia interactúan entre sí durante la entrevista. No se excluye la participación de los miembros de la familia con limitaciones físicas y mentales, siempre que mantengan el proceso comunicativo (28,33).

Neutralidad de los entrevistadores:

El entrevistador adopta una postura en la que no se toma partido, sin asumir explícitamente una posición a favor o en contra de algún miembro de la familia.

Se expresa una posición de respeto de las creencias, valores, ideas y metas que cada uno manifieste, sin hacer notar desagrado o agrado por un aspecto en particular.

Los entrevistadores muestran alianzas con todos y no con partes del sistema para no ocasionar rechazo por los no implicados.

Conlleva aceptar a los integrantes de la familia sin dependencia de su forma de actuar y ser.

Se consigue un clima de aceptación con la no confrontación directa y la búsqueda de soluciones en la propia familia, en el desarrollo de la entrevista se alcanza mejor compenetración con el grupo y se evitan rechazos por alguna parte de la familia (28,33).

Lenguaje:

Los entrevistadores deben hablar en forma sencilla y clara para facilitar la comunicación, sin utilizar palabras complejas ni tampoco vulgares o populares (33).

Etapas de planificación previa:

Definición de objetivos y roles en el equipo: El médico concreta con anticipación el planteamiento de la entrevista y la participación que cada uno cumple, determinando previamente el conductor y el co-conductor, registrador del proceso de la entrevista que en casos excepcionales se realiza con un solo integrante (33).

El co-conductor contribuye en el desarrollo de la entrevista, su función principal es llevar las anotaciones para sus observaciones. La determinación de una u otra función es a decisión del equipo, siempre que haya disposición para enfrentarla, independientemente de la profesión que realice.

Determinación del lugar: La entrevista se realiza en un lugar con espacio apropiado para una reunión con la familia, asientos para participantes, privacidad, sin interrupciones y de manera que no exista motivo de ser escuchados por otras personas. Se elige un local de la comunidad acondicionado a tal efecto o la casa de la familia. La forma en que se produce la entrevista familiar va a determinar en gran parte la citación a la misma, ya que puede ser:

- A solicitud de la familia.
- A solicitud del equipo de salud.

Si el equipo determina citar a la familia, opta dejar por escrito en el hogar que es para todos los convivientes y los detalles de lugar, fecha y hora. Realizar un acuerdo previo con los miembros de la familia, a fin de convenir la mejor oportunidad.

Cuidar que no intermedien adicionales personas que indispongan a algunos integrantes de la familia, provocando rechazo y hasta incentivar inasistencia a la entrevista (32.33).

Etapas sociales:

\_Saludo y recibimiento de la familia y del equipo en el lugar acordado para la entrevista.

\_Presentación de los entrevistadores y entrevistados exponiendo los objetivos de la entrevista.

\_Encuadre de tiempo: Comunicación a la familia la duración de la entrevista de aproximadamente cuarenta y cinco minutos, que contribuye a la optimización de la productividad.

\_Se necesita la presentación de cada integrante de la familia, deben manifestar sus datos generales, relación de parentesco, dedicación laboral, escolar o ambas, sobre todo si la familia es entrevistada por primera vez, o hay integrantes nuevos (32,33).

Etapa de interacción:

\_Manifiesto de tolerancia y confianza, para que la familia se sienta cómoda al contar sus situaciones problemas.

\_Se estimula la interacción comunicativa entre los miembros de la familia.

\_Si en una familia no se valora algún problema de salud el entrevistador a través de preguntas relacionadas con la convivencia familiar, propicia la interacción de los integrantes donde explora afectividad, roles, comunicación y autoridad.

\_En caso de familias con trastornos cada integrante manifiesta su percepción respecto a los problemas de salud existentes en su familia e indica la forma de contribuir a su solución.

\_La técnica de la entrevista familiar amerita un estricto manejo de las preguntas que son formuladas por parte de los entrevistadores. En ningún caso debe sugerir la respuesta deseada y tampoco entrañar un criterio valorativo respecto a cuán positivo, negativo, inaceptable e inmoral sea.

\_Una vez que todos los integrantes de la familia indican sus exposiciones se pasa a la etapa de cierre de la entrevista (32,33).

Etapa de cierre y compromiso:

\_Es indispensable hacer un resumen de aspectos planteados en el desarrollo, destacando las potencialidades de la familia que se pusieron de manifiesto.

\_Se especifican problemas de salud identificados de forma que los miembros los concienticen y propongan alternativas de solución.

\_Se reducen el estrés que pueda haberse creado durante la fase de la entrevista, sin que ningún participante se sienta responsable del problema de la familia.

\_Se establece el compromiso para próximas sesiones de trabajo (32,33).

Observación en la entrevista familiar

En la entrevista familiar se debe prestar atención a:

La disposición a la participación en la entrevista.

La actitud que expresa cada uno en la sesión de trabajo.

Lugar en el cual se ubica cada integrante del grupo familiar, cercanía o distancia con respecto a los otros.

Lenguaje no verbal:

Expresión mediante gestos que se utilizan paralelo al mensaje expresado en palabras (32,33).

Registro de la entrevista familiar:

Una vez concluida la entrevista del equipo de salud, se detallan en la historia de salud familiar los datos más relevantes que se considere necesarios para la evolución posterior de la familia (32).

### **3.2 Intervención familiar**

Definición:

Se fundamenta en una serie de acciones realizadas por el equipo de salud o un determinado grupo, que se orientan a las familias, por medio de las cuales se propicia el tratamiento de los recursos propios de manera que la familia sea capaz de encontrar alternativas de solución ante los problemas de salud (33).

Tipos de intervención:

1. Intervención educativa familiar.
2. Intervención terapéutica familiar (33).

### **3.2.1 Estrategia educativa**

Una estrategia es un procedimiento utilizado para conocer, manejar, organizar y llevar un control del propio aprendizaje en diversos contextos. Definidas como procesos conscientes de toma de decisiones en los que se recepta de manera coordinada, habilidades necesarias para cumplir un objetivo determinado, dependiendo de las características educativas en las que se produce la acción (34).

Intervención familiar educativa:

Es un mecanismo que estimula la adopción de patrones de relación y estilos de vida saludables en el proceso salud enfermedad. Permitiendo a la familia receptar información para generar conocimientos sobre determinados temas sanitarios y promover la reflexión., con el objetivo de fortalecer y contribuir en la prevención de comportamientos de riesgo; facilitando la modificación de acciones perjudiciales a la salud familiar (28).

Familias tributarias de intervención educativa:

Tanto las familias funcionales como las disfuncionales son familias tributarias de intervención familiar educativa, en las que se desee elevar información y orientación sobre características de las etapas del ciclo evolutivo, funciones de la familia y la solución a los problemas de salud; en el caso de las disfuncionales, se requiere las intervenciones terapéuticas además de una intervención educativa (28,32,33).

### **3.2.2 Técnicas de intervención familiar educativa**

Puede efectuarse mediante diversas técnicas:

- ✓ Consejería.
- ✓ Orientación familiar.
- ✓ Dinámica familiar.
- ✓ Grupo comunitario de orientación familiar (28,35).

#### Consejería

Mediante un proceso comunicacional el profesional de la salud ayuda a la solución de problemas identificados, donde la familia es quien solicita del especialista la consejería.

Características:

- .- Transferencia de información y recomendaciones de acciones que deben ser realizadas por la familia en la búsqueda de soluciones.
- .- Puede realizarse con un solo integrante de la familia.
- .- Se origina de las necesidades sentidas de la familia.
- .- El especialista asume un papel directivo.
- .- Ocasionalmente se da en una sesión (28,35).

#### Orientación familiar

En la orientación familiar el equipo básico de salud ayuda mediante un proceso de comunicación a identificar las necesidades de la familia en materia de salud y propone alternativas para resolver.

#### Características:

- Existe un intercambio de ideas con el objetivo de promover cambios de conductas y actitudes de la familia.
- Se puede llevar a cabo en una o varias sesiones con uno o varios integrantes de la familia.
- El especialista tiene un papel directivo.
- Rol activo de la familia (28,35).

#### Dinámica familiar

Esta técnica la utiliza el equipo de salud para aportar en las familias a que identifiquen sus problemas de salud familiar, además contribuir a que tomen decisiones adecuadas y encuentren soluciones oportunas.

#### Características:

El profesional que haga de coordinador conduce al grupo, modera la dinámica pero no asume un rol directivo.

Se expone, discute y analiza la problemática de salud familiar detectado por medio de la evaluación de la familia.

Constituye un espacio ideal para generar conciencia y compromiso familiar frente a sus propios problemas.

Se promueve la búsqueda de soluciones alternativas y funcionales, donde es activo el rol de la familia.

Reunión en torno a un objetivo (28,35).

#### Etapas de la dinámica familiar

- Etapa de socialización:

Similar a la etapa social en la técnica de la entrevista familiar antes descrita.

- Etapa inicial:

Se definen objetivos y lo que se desea lograr, aspectos técnicos a tratar detectados previamente en la evaluación realizada y los pasos dinámicos a trabajar.

- Etapa interactiva:

El coordinador estimula la participación de los miembros de la familia, formula preguntas que contribuyan a pensar, reflexionar y encontrar soluciones respecto al problema. La dinámica no transcurre de forma lineal entre el coordinador y algún miembro de la familia, es integral y completa para que la información obtenida sea el resultado de la opinión de todos. La discusión generada en torno a los problemas y sus posibles alternativas, dan paso a decisiones que la familia va a tomar, ya sea reestructuración de roles y replanteamiento de normas (28,35).

- Etapa de cierre:

Corresponde al tiempo en que se concluye la intervención y se manifiesta a la familia los elementos positivos que ha tenido la discusión, la manera en que fueron capaces de enfocar los problemas, los aportes de algunos integrantes, y la planificación del próximo encuentro si éste fuera necesario.

Aspectos a considerar:

- Frecuencia de las sesiones: Varían de acuerdo al ajuste con la familia, aunque se recomienda una sesión semanal.
- Duración de las sesiones: Como promedio una hora a una hora y media.
- Duración temporal: Depende de los objetivos planteados al inicio y de la evolución de la familia.

Recomendaciones al coordinador de la dinámica familiar:

- Tener en cuenta las posibles manifestaciones negativas por parte de uno o más integrantes, que se basa en la resistencia al cambio y al aprendizaje.

Al darse esta situación, no asumir posiciones contradictorias, más bien devolverla al grupo para su análisis.

- Recordar que el coordinador como profesional tiene conocimientos, pero las personas que participan en la dinámica también lo tienen. El Grupo tiene un saber y un poder.
- Observar el conjunto de interacciones que se van dando, en el denominado espacio grupal.
- En toda dinámica se maneja tanto lo afectivo como emocional y lo afectivo.
- Proveer los conocimientos fomentando la participación individual (28,35).

#### Grupo comunitario de orientación familiar

Esta técnica está dirigida a grupos homogéneos generando espacios de intercambio a partir de la reflexión de situaciones relacionadas a la convivencia familiar. Presenta objetivos previamente establecidos (28).

Reporte de las técnicas de intervención educativa:

- Reconocimiento de la situación problema.
- Acuerdos y compromiso de cambio.
- Seguimiento continuo.
- Datos de observación (28,35).

#### **3.2.3 Intervención familiar terapéutica**

Se trata de un proceso consistente en la implementación de metodología compuesta por técnicas encaminadas a producir modificaciones o cambios de las relaciones familiares disfuncionales. Las familias tributarias de intervención familiar terapéutica son justamente las disfuncionales (35).

#### **4 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS**

La intervención educativa mejora el funcionamiento familiar en las familias disfuncionales y severamente disfuncionales del consultorio médico familiar B del centro de salud Pascuales en el año 2018.

## 5 MÉTODOS

### 5.1 Justificación de la elección del método

Se realizó un estudio de intervención educativa con el propósito de mejorar el funcionamiento familiar en la población del consultorio B del centro de salud Pascuales; de nivel investigativo aplicativo, experimental, hubo intervención del investigador, de tipo longitudinal ya que se miden las variables en dos ocasiones. Prospectivo porque la fuente de información fue primaria, los datos fueron recogidos por el investigador en el campo, y según el número de variables es analítico.

### 5.2 Diseño de la investigación

#### *5.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio*

Descripción de la población de estudio: La población de estudio fueron las familias disfuncionales y severamente disfuncionales correspondientes al consultorio médico familiar “B” del centro de salud Pascuales en el periodo enero 2018 – diciembre 2018.

#### Criterios de inclusión

Todas las familias que colaboraron con el estudio, mediante la autorización y firma de un miembro adulto del consentimiento informado (Anexo 1) para la realización de la investigación.

#### Criterios de exclusión

Familias que después de realizadas dos visitas a la vivienda para aplicar el test FF-sil o una vez aplicado, no fue posible contactar una persona adulta para culminar el proceso de investigación.

El universo se definió por la totalidad de las familias pertenecientes al consultorio médico familiar “B” del centro de salud Pascuales correspondiente a un tamaño poblacional de 170 familias según el Análisis de Situación Integral

de Salud (ASIS) vigente, aplicando el cálculo de la muestra mediante Epidat 3,0 con efecto de diseño 1.0 y nivel de confianza de 95% dando un resultado de 101 familias a las que se le realizó el test para el funcionamiento familiar FF-sil (3), y se seleccionaron para la realización de la intervención educativa consistente en la dinámica familiar, aquellas familias cuyo resultado en la puntuación de la escala es de cuarenta y dos puntos o menos. Se confeccionó un listado de las familias en el orden que se determinó el resultado por la aplicación del FF-sil (3), de las cuales se tomaron en cuenta la totalidad de las disfuncionales y severamente disfuncionales.

### ***5.2.2 Procedimiento de recolección de la información***

Para dar respuesta a los objetivos, se realizó la planificación de las visitas domiciliarias a los hogares de la población de estudio, teniendo en cuenta el horario laboral con el objetivo de garantizar la presencia de la mayoría de los miembros de la familia, se aplicó el cuestionario FF-sil (Anexo 2) el cual está validado en el país.

Caracterizando a las familias y su grado de funcionalidad, identificando las familias disfuncionales y severamente disfuncionales, constando como una primera evaluación de la funcionalidad y seleccionando a las que formaron parte de la dinámica familiar. Posterior a la realización de la intervención, tres meses después, se realizó la aplicación del cuestionario FF-sil para la segunda evaluación de la funcionalidad. Considerando la actualización de la ficha familiar, con lo que se permitió la valoración de la tipología de familia en las que se aplicó el pos-test. Toda la información se obtuvo de forma confidencial y previa solicitud a las familias para participar en el estudio, a través del consentimiento informado, firmado por una persona mayor de edad que sea representativa en el hogar. En las siguientes dimensiones, las categorías estuvieron distribuidas de acuerdo a los ítems que se exploran en el test FF-sil:

Categoría:	Preguntas:
Cohesión	1 y 8
Armonía	2 y 13

Comunicación	5 y 11
Adaptabilidad	6 y 10
Afectividad	4 y 14
Roles	3 y 9
Permeabilidad	7 y 12

Permitió clasificar a la familia en cuatro tipos: Funcional de 70 a 57 puntos; moderadamente funcional de 56 a 43 puntos; disfuncional de 42 a 28 puntos; severamente disfuncional de 27 a 14 puntos. De esta manera se identificó a través del valor que se obtuvo en los ítems que corresponde a cada una de ellas, la que se encontraba afectada en la familia. La puntuación final de la prueba se obtuvo de la suma de los puntos por ítems, lo que permitió llegar al diagnóstico de funcionamiento familiar. La calificación en categorías se realizó a través de la escala tipo Likert y para un mejor análisis por la manera de influir en la familia se agruparon de la siguiente forma:

- Casi nunca y pocas veces: Desfavorable.
- A veces: Medianamente favorable.
- Muchas veces y casi siempre: Favorable.

La estrategia educativa de la dinámica familiar estuvo conformada de la siguiente estructura:

- 1.- Generalidades e identificación de la problemática existente.
- 2.- Propósito.
- 3.- Diagnóstico.
- 4.- Planificación estratégica (Anexo 3).
- 5.- Acciones de prevención y actividades educativas.
- 6.- Evaluación del programa de intervención.

### 5.2.3 Técnicas de recolección de información

Las técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variable	Tipo de técnica
Tipo de familia según su ontogénesis:	Documental (Instrumento ficha familiar)
Tipo de familia según el número de miembros:	Documental (Instrumento ficha familiar)
Tipo de familia según etapa del ciclo vital:	Documental (Instrumento ficha familiar)
Funcionalidad familiar:	Psicometría (Test FF-sil)

Descripción y definición de la intervención:

En una visita al hogar se realizó la selección de familias disfuncionales y severamente disfuncionales aplicando el instrumento y la escala de investigación FF-sil (Anexo 2), luego de lo cual se procedió aplicar la técnica educativa en el hogar, con la que se logró identificar las necesidades identificadas por cada sistema familiar.

Para dar salida a la intervención educativa se utilizó la técnica de la dinámica familiar en relación al Manual para la Intervención en la Salud Familiar de Isabel Louro (28); propiciando comunicación participativa que favoreció un clima agradable emocional, además de permitir que interactuaran entre sí en el hogar con los miembros del grupo.

Descripción y definición del seguimiento de los pacientes:

Se escogió a un miembro del hogar en capacidad plena de la salud mental, con disposición de participar, y estancia regular, de manera que su juicio fue lo más próximo a lo real de las relaciones internas familiares, y que, así mismo, sea tomado en cuenta en la toma de decisiones del grupo familiar.

Durante la realización de la dinámica familiar, en cada una de las sesiones, se evaluó el progreso de las familias disfuncionales y severamente disfuncionales, y al finalizar la audición se precisó la efectividad en resultados, a través de la comparación de lo obtenido, antes y tres meses después de la intervención, es decir test pre intervención y test pos intervención con el mismo instrumento de medición FF- sil.

#### ***5.2.4 Técnicas de análisis estadístico***

Entrada y gestión informática de datos:

Los datos fueron ingresados a una tabla del programa Microsoft Excel 2010, mediante licencia ofertada de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, transcribiendo las variables para las columnas y las filas para cada una de las unidades de estudio; se exportó al programa estadístico SPSS versión 20, donde se realizó el análisis estadístico para la posterior presentación de los resultados en tablas y gráficos.

Estrategia de análisis estadístico:

Se realizó la prueba Kolmogorov-Smirnov con la que se comparó la igualdad de distribuciones de probabilidad de la muestra, y el análisis estadístico se realizó a través de la prueba paramétrica t de Student con la que se determinó las diferencias significativas entre la primera y la segunda evaluación del funcionamiento familiar, posterior de haber realizado la dinámica familiar en las familias disfuncionales y severamente disfuncionales del estudio.

## 5.3 Variables

### 5.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Valor final	Tipo de escala
Tipo de familia según su ontogénesis	Dos generaciones. Dos generaciones o más. Hijos casados Rebasa las anteriores	Nuclear Extensa Ampliada	Categórica ordinal
Tipo de familia según el número de miembros	1 a 3 miembros 4 a 6 miembros Más de 6 miembros	Pequeña Mediana Grande	Categórica ordinal
Tipo de familia según etapa del ciclo vital	Pareja que aún no tiene hijos. Pareja con nacimiento del primer hijo. Desde que inicia la partida del primer hijo hasta el último. Han partido los hijos o uno de los dos esposos muere	Formación Expansión Dispersión Contracción	Categórica ordinal
Funcionalidad familiar	Test FF-sil: De 70 a 57 puntos De 56 a 43 puntos De 42 a 28 puntos De 27 a 14 puntos	Familia funcional Familia moderadamente funcional Familia disfuncional Familia severamente disfuncional	Categórica ordinal

## 6 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**Tabla 1: Distribución de familias según la ontogénesis. Consultorio médico familiar B. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

<b>Ontogénesis</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Nuclear	58	57,5
Extensa	27	26,7
Ampliada	16	15,8
Total	101	100

Fuente: Ficha familiar

De los datos obtenidos de la ficha familiar se obtuvo que el mayor porcentaje de familias según la ontogénesis son nucleares en 57,5 % integradas por una pareja que tenga o no hijos, y por uno de los miembros de la pareja con su descendencia; siguiendo de forma decreciente se presentó la extensa 26,7 % hasta por último presentarse las ampliadas con 15,8 % con parientes que no pertenecen al mismo tronco de descendencia generacional. (Tabla 1).

Este mayor porcentaje de familias nucleares según el tipo familiar tiene cierta relación con lo descrito por Moratto (23) donde indica que aunque en cada fase de la evolución de la sociedad han convivido formas minoritarias y mayoritarias de familias, el predominio de la familia nuclear es una constante, y se puede declarar que han existido tanto en lo tradicional como en las sociedades occidentales industriales. Al igual que en otro estudio (25) en los resultados expuestos se manifestó en menor medida las familias extensas y finalmente las ampliadas.

Ahora bien, en documentos revisados (24,25) no se entrevé cómo estos ciclos se ajustan a los nuevos retos de la sociedad, es decir, se da por establecido que

la familia tiene instrumentos para afrontar demandas y no se encuentran los argumentos necesarios sobre lo qué le sucede a las familias en la actualidad, como aquellas que no se han constituido como nucleares, sino que han preferido otras formas de convivencia parental y conyugal.

**Tabla 2: Distribución de familias según número de miembros. Consultorio médico familiar B. Centro de Salud Pascuales. Año 2018.**

Número de miembros	Nº	%
Pequeña	30	29,7
Mediana	50	49,5
Grande	21	20,8
Total	101	100

Fuente: Ficha familiar

Las mayores frecuencias se encontraron en las familias medianas por el número de integrantes de cuatro a seis miembros con 49,5 %, alcanzando las cifras más bajas las familias grandes con 20,8 % según su tamaño de siete o más miembros, y entre ambas se estuvieron las familias pequeñas con 29,7 %. (Tabla 2).

En relación a esta estructura de la familia atendiendo a la cantidad de miembros, el predominio de las familias medianas se diferencia de otro estudio realizado en Cuba por Cabrera I et al (31) donde se presentan en mayor cantidad las familias consideradas pequeñas y en menor medida las medianas donde coexisten dos generaciones seguida de las familias de tres generaciones y finalmente la de única generación; considerando que en el presente trabajo no se tomó en cuenta la clasificación de las familias según el número de generaciones.

**Tabla 3: Distribución de familias según la etapa del ciclo vital. Consultorio médico familiar B. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

<b>Etapa ciclo vital</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Formación	2	2,0
Extensión	58	57,4
Dispersión	26	25,7
Contracción	15	14,9
Total	101	100

Fuente: Ficha familiar

Se evidenció la distribución de las familias según la etapa de ciclo vital que atraviesa cada una en su desarrollo desde la unión de la pareja o formación hasta su muerte, siendo de mayor porcentaje las que se encontraron en etapa de extensión con cincuenta y siete familias que representaron 57,4 % del total con nacimiento de al menos el primer hijo sin que estos hayan alcanzado la independencia económica. Le siguieron en frecuencia porcentual las familias en dispersión y contracción con el 25,7 % y 14,9 % respectivamente, y por último en formación con el 2,0 %. (Tabla 3).

En el análisis de las fases del ciclo vital de un estudio comunitario descriptivo y transversal realizado por Delgado Amarily et al (25) con 131 familias pertenecientes a un consultorio médico, se presenta en la publicación un predominio de familias en la fase de extensión con 48,1 %, donde además no se encuentra relación alguna entre la estructura y las crisis familiares.

**Tabla 4: Distribución de familias según funcionamiento familiar. Consultorio médico familiar B. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

<b>Funcionamiento familiar</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Funcional	39	38,6
Moderadamente funcional	42	41,6
Disfuncional	16	15,8
Severamente disfuncional	4	4,0
Total	101	100

Fuente: Ficha familiar

En relación al funcionamiento familiar la mayoría se ubicó en la categoría de moderadamente funcionales en 41,6 %. Le siguieron en frecuencia las familias funcionales 38,6 %; por último aquellas que obtuvieron menos de 42 puntos correspondieron a las disfuncionales y severamente disfuncionales con el 15,8 % y 4,0 % respectivamente. (Tabla 4).

Se encuentra que el tema ha sido profundizado extensamente por investigadores que concluyen que más de la mitad distinguen el funcionamiento familiar en sus hogares como moderadamente funcionales (31). Además el resultado de la aplicación del instrumento FF-sil determinó que según la percepción de los informantes claves en el total de la muestra le sigue en frecuencia las funcionales y las disfuncionales. Es de destacar que en las familias moderadamente funcionales, los resultados del test se aproximan al tope superior de dicha categoría, por lo que predominan en el grupo de estudio el funcionamiento familiar funcional por encima del disfuncional. Se evidencia que no existe discordancia entre lo planteado en la literatura sobre el tema y los resultados de la presente investigación (31).

**Tabla 5: Distribución de familias según la cohesión familiar. Consultorio médico familiar B. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

Fuente: Test FF-sil

<b>Cohesión familiar</b>	<b>Categoría</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Decisiones importantes	Desfavorable	23	22,8
	Medianamente favorable	20	19,8
	Favorable	58	57,4
	Total	101	100
Ayuda de los demás	Desfavorable	11	10,9
	Medianamente favorable	13	12,9
	Favorable	77	76,2
	Total	101	100

Fuente: Test FF-sil

En relación a la cohesión familiar, sus mayores cifras se presentaron en la categoría de respuestas favorable con el 57,4 % y 76,2 % respectivamente; mientras que medianamente favorable y desfavorable aparecieron en menores porcentajes. (Tabla 5). En este análisis por categorías son relativamente frecuentes propiedades de la estructura familiar como la adecuada comunicación, la presencia de reglas y límites, la cohesión dada por la presencia de un patrón de relación conexo y la modificación de roles habituales que se contraponen a lo expuesto en el estudio de Vargas (21).

**Tabla 6: Distribución de familias según la armonía familiar. Consultorio médico familiar B. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

<b>Armonía familiar</b>	<b>Categoría</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Predomina la armonía	Desfavorable	23	22,8
	Medianamente favorable	32	31,7
	Favorable	46	45,5
	Total	101	100
Intereses y necesidades respetadas	Desfavorable	14	13,9
	Medianamente favorable	17	16,8
	Favorable	70	69,3
	Total	101	100

Fuente: Test FF-sil

Considerando ambas preguntas de predominio de la armonía y los intereses y necesidades en relación al total de la población, la respuesta fue favorable en un 45,5 % y 69,3 % respectivamente. (Tabla 6). Herrera (26) en su estudio sobre factores de riesgo para la salud familiar menciona sobre el resultado de los acontecimientos familiares y la manera en que esta armonía puede obstaculizar o beneficiar la salud. En las familias se alcanza la salud y el confort en la medida en que es capaz de enfrentar de manera adecuada eficiente los sucesos de la vida.

**Tabla 7: Distribución de familias según la comunicación familiar. Consultorio médico familiar B. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

<b>Comunicación familiar</b>	<b>Categoría</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Expresiones sin insinuaciones	Desfavorable	11	10,9
	Medianamente favorable	20	19,8
	Favorable	70	69,3
	Total	101	100
Conversar temas sin temor	Desfavorable	18	17,8
	Medianamente favorable	20	19,8
	Favorable	63	62,4
	Total	101	100

Fuente: Test FF-sil

Con relación a la comunicación familiar el comportamiento fue favorable con el 69,3 % para el primer ítems (expresiones sin insinuaciones) y con 62,4 % de favorable para el segundo (conversar temas sin temor), en relación al total de la población. (Tabla 7). Al realizar el análisis de la información que aportaron las familias del estudio, las características encontradas no coinciden con lo descrito por otro autor (21), como la comunicación desorganizada, ausencia de jerarquía, reglas y límites, y las alianzas entre integrantes de diferente jerarquía, que generan comunicaciones contradictorias.

**Tabla 8: Distribución de familias según la permeabilidad familiar. Consultorio médico familiar B. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

<b>Permeabilidad familiar</b>	<b>Categoría</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Experiencias de otras familias	Desfavorable	30	29,7
	Medianamente favorable	26	25,7
	Favorable	45	44,6
	Total	101	100
Busca de ayuda en situación difícil	Desfavorable	32	31,7
	Medianamente favorable	21	20,8
	Favorable	48	47,5
	Total	101	100

Fuente: Test FF-sil

La permeabilidad familiar, apareció favorable un 44,6 % para los ítems de experiencia de otras familias, y la busca de ayuda en situaciones difíciles estuvo favorable en un 47,5 %; sin embargo, en la categoría desfavorable un valor de 29,7 % y 31,7 % respectivamente. (Tabla 8). Encontramos, que las familias tienen menester auténtico de aprender a ser permeables. El estudio de Pérez Cárdenas (29) en su evaluación de un programa de intervención familiar educativa, al examinar las exigencias sensibles reseña que más de la mitad considera a la comunicación en primer lugar (67%), el cumplimiento de rol en segundo (62%) y la armonía en tercer lugar (52%).

**Tabla 9: Distribución de familias según la afectividad familiar. Consultorio médico familiar B. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

<b>Afectividad familiar</b>	<b>Categoría</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Manifestaciones de cariño	Desfavorable	15	14,8
	Medianamente favorable	13	12,9
	Favorable	73	72,3
	Total	101	100
Demostración de cariño	Desfavorable	12	11,9
	Medianamente favorable	10	9,9
	Favorable	79	78,2
	Total	101	100

Fuente: Test FF-sil

La afectividad apareció en su categoría favorable con el 72,3 % para el primer ítem y 78,2 % para el segundo ítem; encontrándose un porcentaje de evaluación de afectividad familiar en desfavorables con 14,8 % y 11,9 % respectivamente. (Tabla 9). Encontramos en los trabajos investigativos de Louro (28) que aporta nuevos puntos de vista al estudio, donde detalla que a mayor necesidad de reajustes o modificaciones familiares en la vida cotidiana, mayor será el nivel de impacto del acontecimiento en el núcleo familiar y por tanto se constituye un considerable riesgo a la salud.

**Tabla 10: Distribución de familias según rol familiar. Consultorio médico familiar B. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

<b>Roles familiares</b>	<b>Categoría</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Cumplimientos de responsabilidades	Desfavorable	19	18,8
	Medianamente favorable	19	18,8
	Favorable	63	62,4
	Total	101	100
Distribución de tareas	Desfavorable	30	29,7
	Medianamente favorable	19	18,8
	Favorable	52	51,5
	Total	101	100

Fuente: Test FF-sil

Según los roles familiar que cada miembro de la familia cumplió respecto a las responsabilidades y funciones negociadas con el núcleo familiar, se observó un predominio de cumplimiento favorable en 62,4 % para el primer aspecto y favorable 51,5 % para el segundo. (Tabla 10). En un estudio de Vargas P., et al. (21) se expresan trastornos en los límites, reglas, y cambios de roles en los distintos miembros con falta de autoridad que provocan discordancias familiares.

**Tabla 11: Distribución de familias según adaptabilidad familiar. Consultorio médico familiar B. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

<b>Adaptabilidad familiar</b>	<b>Categoría</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Aceptación de defectos de los demás	Desfavorable	19	18,8
	Medianamente favorable	21	20,8
	Favorable	61	60,4
	Total	101	100
Modificación de costumbres familiares	Desfavorable	33	32,7
	Medianamente favorable	38	37,6
	Favorable	30	29,7
	Total	101	100

Fuente: Test FF-sil

En adaptabilidad familiar, la aceptación de los defectos de los demás el 60,4 % fue favorable, y en la modificación de las costumbres familiares el 37,6 % medianamente favorable; recalando el valor de 32,7 % desfavorable para esta última. (Tabla 11). En un trabajo sobre factores de riesgo intrafamiliares relacionados con el consumo de alcohol en Ambato-Ecuador (36), se encuentra a la adaptabilidad con valores obtenidos en los ítems de cada pregunta por debajo de la mitad, con manifiesta afectación de esta categoría en la mayoría de las familias, lo que en cierta forma coincide con los resultados de nuestro estudio.

### **Tipología en familias disfuncionales**

La estructura familiar influyó de alguna manera en la aparición de disfuncionalidad familiar, pero no fue determinante, pues existen otros elementos como la comunicación, lazos de afecto, el cariño y el amor entre los miembros de la familia. Hay autores que plantean que la frecuencia, magnitud, y repercusión de las crisis familiares, se deben en gran medida al poder resolutivo de la familia para enfrentarlas y superarlas (25).

**Tabla 12: Distribución de ontogénesis en familias disfuncionales. Consultorio médico familiar B. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

<b>Ontogénesis</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Nuclear	7	35,0
Extensa	6	30,0
Ampliada	7	35,0
Total	20	100

Fuente: Ficha familiar

Encontramos que del total de las familias disfuncionales y severamente disfuncionales los mayores porcentajes estuvieron representados por las familias nuclear y ampliadas, ambas con el 35,0 %. (Tabla 12).

En esta línea la familia extensa se comportó como la mejor preparada para enfrentarse a los cambios y realizar correctas adaptaciones, dado que los resultados la evidenciaron como las de menor cantidad en disfuncionales. Hay autores (7,24) que consideran que la estructura no influye en el funcionamiento familiar que nota la familia, dado que no le encuentran asociación entre la clasificación de familia según su tipología y las fases del ciclo vital familiar, con el desarrollo de trastornos funcionales familiares.

**Tabla 13: Distribución según número de integrantes en familias disfuncionales. Consultorio médico familiar B. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

Número de miembros	Nº	%
Pequeña	6	30,0
Mediana	9	45,0
Grande	5	25,0
Total	20	100

Fuente: Ficha familiar

Se observa que dentro de las familias disfuncionales y severamente disfuncionales el mayor número de ellas fueron medianas por el número de integrantes con un porcentaje de 45,0 % y la de menor medida las familias grandes con el 25,0 %. (Tabla 13).

Estudio de herrera (26) demuestra que tanto para lo habitual como para las posiciones de disfuncionalidad extrema, la implicación en el funcionamiento depende de factores como el tipo de familia según el número de convivientes que inciden en el sistema familiar generando sus propios recursos para adaptarse y surgir de la crisis con fortalezas imprevisibles. Estos planteamientos refuerzan la concepción que se relaciona con la necesidad de tener en cuenta las demandas familiares al hacer un análisis técnico y holístico de la afectación que puedan ocasionar los acontecimientos familiares en la salud familiar y comunitaria.

**Tabla 14: Distribución según etapa de ciclo vital en familias disfuncionales. Consultorio médico familiar B. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

<b>Etapa ciclo vital</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Formación	1	5,0
Extensión	9	45,0
Dispersión	7	35,0
Contracción	3	15,0
Total	20	100

Fuente: Ficha familiar

Del total de las familias disfuncionales, la mayoría se encontró en etapa de extensión con un 45,0 %, le siguió la dispersión 35,0 %, luego en contracción 15,0 % y finalmente en formación se encontró una familia que representa el 5,0 %. De familias disfuncionales y severamente disfuncionales (Tabla 14).

Dado que las familias en la fase de extensión presentó el mayor número de disfuncionamiento, debido a que el mayor número de familias disfuncionales se encontró en esta fase, el estudio realizado por Del Pico (27) sobre evolución y actualidad de la concepción de familia, considera manifestaciones familiares concretas, en su aspecto extendida, formalizada o no, que dan cuenta de vínculos de filiación, afinidad y afecto que influyen en su funcionalidad con el objetivo de cambiar alguno de los elementos esenciales de la familia. La expresión preponderante de la familia, que es la extensa, admite, sin embargo, algunas características que expresan una consideración crítica.

## **Dinámica familiar**

La participación de la población para realizar el estudio mediante la dinámica familiar fue favorable, similar a lo reportado en un estudio de funcionamiento familiar en Chile (33). Estos estudios basados en el enfoque familiar en los que se aborda problemas específicos obtienen buenos resultados al impulsar la participación de la población. Luz Arenas (13) señala que los trabajos basados en las familias son modelos que impulsan la participación de la población y el equipo de investigación en sus distintas etapas.

Con la actual inserción del médico de familia en la estrategia de abordaje “Médico del Barrio” del Ministerio de Salud Pública (2) en el marco de su normatividad vigente, se avalan las intervenciones a la familia con un enfoque integrador hacia sectores vulnerables y priorizados. Asimismo, un estudio realizado en Perú por Salazar de la Cruz et al. (32) menciona la necesidad de reorganizar aquellas unidades operativas que no cuentan con tiempos diferenciados para realizar intervenciones educativas, flexibilizando los horarios en función a la disponibilidad de las familias y aspirando diseñar espacios idóneos para las dinámicas.

Cuba dispone de una infraestructura social con policlínicos y médico de familia que permite utilizar la intervención educativa familiar para hacer prevención. Además de contar con otras instituciones que manejan problemas sociales (35). Citemos además como representativo de esta visión a González F (6) para quien comprender las percepciones de cada integrante de la familia potencia la evaluación y permite conocer mejor la dinámica familiar. En expresiones de apreciación, una gran parte de los estudios mide el impacto de la intervención de una manera longitudinal. Se elaboran mediciones pre-intervención y post-intervención a los tres, seis y nueve meses o al año, tras la finalización de las intervenciones, delimitando las modificaciones que se mantienen en el tiempo.

Un aspecto importante, es la inclusión de un diseño en la estructuración con determinación de problemas, diálogo acerca de la raíz de tales problemas, y finalmente el desarrollo de estrategias para cambiar a las comunidades (14).

En el estudio de Erhardt et al. (37), se evalúa las diferencias en cambios de conocimientos y conductas entre una dinámica de cuatro sesiones y una de ocho sesiones. Sus hallazgos posibilitan declarar que dinámicas contempladas en ocho sesiones son efectivas, sin embargo la diferencia entre aquellas que asistieron a cuatro sesiones versus las que asistieron a ocho sesiones, no es significativa. En contraste a esto, Jemmott et al. (38) demostraron la efectividad de una intervención de una sola sesión.

En general, las intervenciones en su mayoría registran técnicas que motivan la activa participación de las familias y la adquisición de habilidades para modificar conductas de riesgo, tal como lo es la dinámica familiar que se empleó en el presente trabajo como estrategia de intervención educativa. El rango de sesiones se estimó en cuatro sesiones. (Anexo 3).

Una consideración importante de las intervenciones efectivas, es la habilidad del equipo médico para identificar los casos específicos de riesgo y adaptar la dinámica a sus requerimientos particulares con el método de entrevistas estructuradas. Se presenta el riesgo de respuesta sesgada, el cual en su mayoría puede existir debido al patrón de encuesta realizada de característica sensible y privada. Sin embargo, es necesario evaluar la autenticidad interna de las mediciones que se empleen, de tal manera que midan en forma eficiente aquello que interesa. Un artículo revisado (15) centra lo indispensable de la educación familiar, con base a la creación de un escenario familiar seguro y estable, desarrollando la lógica de pertenencia al núcleo de la familia, la conexión entre sus integrantes, tomando decisiones dentro de un marco de relaciones éticas, crecimiento interno, interacción entre sí, e interesarse de los demás y, por sobre todo, amarse.

A la hora de intervenir en el sistema familiar, fue necesario conocer aspectos como la estructura familiar, el historial, componentes como la comunicación, la existencia de disfunciones familiares que añadieron mayor grado de complejidad a nuestra intervención educativa. Unas modalidades de intervención educativa se suelen reportar más eficaces que otras modalidades; desde la experiencia con las familias intervenidas, no es posible asegurar que sea así, ya que la breve dinámica que resultó ser eficaz para una persona, no lo

fue para otra, por lo que no se puede generalizar esta cuestión. Si bien, autores recomiendan trabajar en buscar estrategias y el estilo de afrontamiento más acorde para cada objetivo multicultural global (16).

Las situaciones socioeconómicas, pérdidas de la salud, discapacidades, adicciones, embarazo adolescente y otros factores biológicos, psicológicos y conductuales se encontraron al realizar las intervenciones familiares incidiendo de manera adversa en su funcionamiento, pero que no fue objeto específico de estudio en el presente trabajo; sin embargo, Según un trabajo investigativo (17) el adecuado tratamiento y control favorece la comunicación familiar, aumentando experiencias positivas compartidas. En este contexto la disfunción familiar puede estar en la base de los problemas de salud y los problemas de salud pueden desencadenar o exacerbar un inadecuado funcionamiento familiar como lo señala Ortiz M (30).

**Tabla 15: Distribución de tabulación cruzada según pretest y postest en familias disfuncionales. Consultorio médico familiar B. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

Test pre-intervención	Test pos-intervención									
	Funcional		Moderadamente funcional		Disfuncional		Severamente disfuncional		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Disfuncional*	5	5,0	6	5,9	5	5,0	0	0	16	15,9
Severamente disfuncional**	2	2,0	0	0	1	1,0	1	1,0	4	4,0
Total	7	7,0	6	5,9	6	6,0	1	1,0	20	19,9

Fuente: Test FF-sil

\*Familias disfuncionales que en pretest representaron el 15,9%.

\*\*Familias severamente disfuncionales que en pretest correspondieron 4,0%.

Las familias disfuncionales y severamente disfuncionales representaron el 19,9 % de familias caracterizadas; Posterior a la intervención educativa se encontró que el 5,0 % de las familias pasaron de ser disfuncionales a funcionales; el 5,9 % ascendieron a moderadamente funcionales; se mantuvieron 5,0 % como disfuncionales, sin haber pasado a severamente disfuncionales en ningún caso. Respecto a aquellas familias valoradas como severamente disfuncionales en el pretest, se presentó un cambio a funcional en el posttest que representa 2,0 %; sin existir cambios de esta categoría hacia moderadamente funcionales. Una familia alcanzó la categoría disfuncional y por último existió 1,0 % que se mantuvo en la clasificación severamente disfuncional.

La distribución de la diferencia entre el valor del pretest y posttest se probó a través de la prueba estadística de Kolmogorov – Smirnov que se distribuye normal. Esto permitió realizar una prueba estadística paramétrica t de Student donde se calcula un valor  $p=0,001$  que indica existen diferencias estadísticamente significativa al ser inferior a 0,05; lo que prueba que mejoró el funcionamiento familiar en las familias del consultorio B del centro de salud Pascuales consideradas como disfuncionales y severamente disfuncionales donde se aplicó la intervención educativa, comprobando de esta manera la hipótesis planteada.

Se han documentado estudios donde las familias moderadamente funcionales y las disfuncionales disminuyeron, mientras que aumentaron las familias funcionales luego de la intervención (29). Componentes como la comunicación y la cohesión han sido identificados en expresiones favorables desde el punto de vista numérico, sin dejar pasar por alto la necesidad de entrenar las familias en la unión emocional y física de todos los integrantes. En el trabajo de psicología realizado por Pérez O et al. sobre la evaluación de un programa de intervención familiar educativa en Cuba (29) los cambios ocurridos fueron significativos de acuerdo con los métodos estadísticos aplicados, y se atribuyen al programa de intervención educativa desarrollado, por lo que se considera que fue efectivo. Es así que las intervenciones no dependen de una determinada profesión, sino más bien se relacionan con la voluntad de tratar con las familias y la competencia.

## CONCLUSIONES

El ciclo vital es vivido por cada familia de manera particular, la etapa de expansión resulta ser la que aporta mayores frecuencias, al igual que sucede con las familias nucleares según la ontogénesis y las medianas según el número de integrantes. Acorde con esto e independientemente de su tipología, la interacción familiar siempre que sea favorable crea el ambiente apropiado para un influjo positivo en las familias.

Las familias están expresadas por un funcionamiento predominantemente moderado, con un contexto constituido como un espacio con influencia favorable en los componentes de cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, el afecto, y los roles; unido a componentes medianamente adaptables en las costumbres familiares. A su vez, y en menor frecuencia se encuentran las familias disfuncionales, donde interactúa en gran medida de manera adversa el sistema familiar creando actitudes desfavorables.

Llevando a cabo la dinámica familiar como estrategia de intervención educativa en la población perteneciente al consultorio médico familiar "B" del centro de salud Pascuales en la atención primaria de salud se impulsa la participación activa de las familias, creando escenarios para la adquisición de habilidades respecto a conductas de riesgo y del conocimiento sobre funcionamiento familiar.

Se concluye así que la dinámica familiar obtuvo cambios positivos mejorando el funcionamiento familiar en las familias disfuncionales y severamente disfuncionales, debido a que aumentaron las familias funcionales posterior a la intervención educativa mientras que las familias disfuncionales y severamente disfuncionales disminuyeron, encontrando un resultado estadísticamente significativo entre la evaluación pretest y posttest.

## VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación en salud familiar focaliza la estrategia para la aproximación a un paciente en el contexto psicosomático familiar, no solo comprendiendo sus características personales y los recursos que disponen, sino desde su origen inicial que es la familia, lo cual puede ayudar a determinar el manejo de los problemas de salud.

Es necesario un equipo multidisciplinario en la atención primaria de salud para aplicar la técnica de abordaje educativa, que identifiquen situaciones problemáticas presentes y fortalecer los factores protectores familiares. La consejería, orientación familiar y grupo comunitario de orientación familiar detallada en el manual de intervención familiar de Isabel Louro, también constituyen instrumentos de intervención educativa, además de la disponibilidad de la intervención terapéutica que no fueron implementadas en el presente trabajo.

Las estrategias de intervención educativa en la medicina familiar, en pasado, presente y futuro, se constituye en una disciplina en muchos ajustes y entornos, necesitando un verdadero centramiento integral, hacia un cambio retador en la forma de trabajar en la promoción de salud y prevención de enfermedades con los componentes individuales, familiares, comunitarios e intersectoriales.

Cabe mencionar las habilidades que se espera adquieran los profesionales de salud durante su formación integral para realizar dinámicas con familias, ejecutando así la continuidad mediante investigaciones ulteriores y su implementación en la práctica cotidiana del primer nivel de atención. Estos estudios deberían incluir variables que puedan influir con la aparición de problemas psicosociales tales como las funciones de las familias en las esferas económica, educativa y presencia de eventos estresantes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Lineamientos Operativos para la Implementación del Modelo de Atención Integral en Salud y Red Pública Integral en Salud. Minist. Salud Pública.(2014);245. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2012/10/Modelo-de-Atencio%CC%81n-Integral-de-Saludu-MAIS.pdf>
2. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural. MAIS-FCI.(2013);210pp. Disponible en: [file:///C:/Users/hp/Downloads/manual\\_mais\\_2013.pdf](file:///C:/Users/hp/Downloads/manual_mais_2013.pdf)
3. Ortega T.,Cuesta D.,et al. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. Rev. Cubana Enfermería.(1999);15:164-8. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03191999000300005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000300005)
4. Cárdenas C., Fernández O. Evaluación de un programa de intervención familiar educativa. Rev. Cubana Med. Gen. Integr: (2005);21:1-7. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252005000100024](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100024)
5. Rogério dos Santos A., Soares de Souza A. Funcionalidad Familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel superior. Tabasco 2011. Igarss.(2014);1:1–5. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/test-percepcion-funcionamiento-familiar/2/>
6. González F., Gimeno A., Meléndez J., Córdoba I. La percepción de la funcionalidad familiar: Confirmación de su estructura bifactorial. Escritos de Psicología.(2012);5:34-39. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1989-38092012000100005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092012000100005)
7. Pérez A., Pérez M., Pérez M., Martínez L., et al. Fernández. Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. Aten. Primaria. (2007);392:61-7. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-estructura-funcionalidad-familia-durante-adolescencia-13098669>
8. Algilani S., Östlund-Lagerström, L., Kihlgren, A., Blomberg, K., Brummer, R. J., & Schoultz, I. Exploring the concept of optimal functionality in old age. Journal of Multidisciplinary Healthcare. (2014);7:69–79. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24516333>
9. Phillips R., Bazemore W., DeVoe J., Weida T., Krist A., Dulin M., & Biagioli F. A Family Medicine Health Technology Strategy for Achieving the Triple Aim for US Health Care. Family Medicine. (2015);47:628–635. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4926766/>
10. Constitución de la República del Ecuador. Montecristi. Capítulo Primero. Principios Fundamentales.(2008);1-136.

11. Lee G., Chooi P. Education and training in family medicine: progress and a proposed national vision for 2030. *Singapore Med J.* (2014);55:117-123. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4293980/pdf/SMJ-55-117.pdf>
12. Phillips RL, Pugno PA, Saultz JW, et al. La salud es primaria: medicina familiar para la salud de los Estados Unidos. *Anales de Medicina Familiar.*(2014);12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4206406/>
13. Arenas-Monreal L., Cortez-Lugo M, Parada-Toro I, Pacheco-Magaña LE, Magaña-Valladares L. Diagnóstico de salud de la población con un enfoque de ecosalud. *Revista de Saúde Pública.*(2015);49: 78. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/es\\_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005842.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/es_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005842.pdf)
14. Miner S, Poupin L, Bernales M, Ferrer L, Cianelli R. Intervención educativa efectiva en VIH para mujeres. *Horizonte de enfermería.* (2010);21:67-79. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5033119/>
15. Álvarez G., Mónica M. Prácticas educativas parentales: autoridad familiar, incidencia en el comportamiento agresivo infantil. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte.*(2010);ISSN 0124-5821. Disponible en: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/viewFile/44/97>
16. Ruiz F., Castro V., Fajardo C., García B., García A., Pérez R., Toledo M. Discapacidad e intervención familiar international *Journal of Developmental and Educational Psychology.*( 2011);4. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832331036.pdf>
17. Binkley, J., Koslofsky, S. Una Familia Unida: Cultural Adaptation of Family-Based Therapy for Bulimia with a Depressed Latina Adolescent *Clinical Case Studies.*(2017);16:pp. 25-41. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1534650116668268>
18. Landeros H., Simental M., Rodríguez D. Psychosocial profile and family support perception in adults. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.*(2015);53:pp.558-563. Disponible en: [http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista\\_medica/rt/printerFriendly/161/463](http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/rt/printerFriendly/161/463)
19. Altisent T., Delgado M, Jolín G., Martín E., Ruiz M., et al. Sobre bioética y medicina de familia. *Aten Primaria.*(1999);24:602-13. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-sobre-bioetica-medicina-familia-i--13430>
20. Lor, M., Crooks, N., Tluczek, A. A proposed model of person-, family-, and culture-centered nursing care. *Nursing Outlook.*(2016); 64: pp. 352-366. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27061841>
21. Vargas P., Parra M., Zamora C., Cifuentes L., et al. Estructura y tipología familiar en pacientes con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en un centro de rehabilitación de adicciones en el Municipio de Chía, Cundinamarca. *Rev. Colomb. Psiquiat.* (2015);44:166–176. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80643082007.pdf>

22. Suarez Cuba Miguel Ángel. El genograma: herramienta para el estudio y abordaje de la familia. *Rev. Méd. La Paz.*(2010);16: 53-57. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582010000100010](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582010000100010)
23. Moratto N., Zapata J., Messenger T. Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. *CES Psicol.*(2015);8: 103-121. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423542417006.pdf>
24. Cuba Maria., Romero Z., Cuellar Y. Relación de tipo y ciclo vital familiar con la presencia de problemas psicosomáticos en un consultorio docente de medicina familiar. *Rev Med Hered.*( 2014);25:68-72. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/247>
25. Delgado C A., Naranjo F., Jorge A., Camejo M. Forcelledo Llano Carmen R.. Análisis de la estructura, el ciclo vital y las crisis de las familias de una comunidad. *Rev Cubana Med Gen Integr.*(2002);18:254-256. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252002000400004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000400004)
26. Herrera S. Factores de riesgo para la salud familiar: acontecimientos significativos. *Rev. Hum. Med.*(2012);12:184-191. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202012000200003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202012000200003)
27. Del Pico R. Evolución y actualidad de la concepción de familia: una apreciación de la incidencia positiva de las tendencias dominantes a partir de la reforma del derecho matrimonial chileno. *Ius et praxis.*(2011);17:31-56. Disponible en: <http://www.revistaiepraxis.cl/index.php/iepraxis/article/view/121>
28. Louro B I. Manual para la Intervención en la Salud Familia. Editorial Ciencias Médicas. Ciudad de La Habana.(2002):1-41. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/manual\\_para\\_la\\_intervencion\\_en\\_la\\_salud\\_familiar.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/manual_para_la_intervencion_en_la_salud_familiar.pdf)
29. Pérez C., Fernández B. Evaluación de un programa de intervención familiar educativa. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.*(2005);21:1-2. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252005000100024](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100024)
30. Ortiz M., Padilla M., Padilla E. Diseño de intervención en funcionamiento familiar. *Revista de la unión latinoamericana de psicología.*(2005);1-8. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psilat/n3/n3a05.pdf>
31. Cabrera I., Rodríguez A., Montesino E., Ochoa N., Sierra M. Percepción del funcionamiento familiar de estudiantes de Logofonoaudiología. *Revista Cubana de Tecnología de la Salud.* (2012);4:1-11. Disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/136/216>
32. Salazar de la Cruz Miriam, Jurado-Vega Arturo. Niveles de Intervención Familiar. *Acta Méd. Peruana.*(2013);30:37-41. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172013000100007](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100007)

33. Paz M., Flores M., Raurich C. Guía de estrategia de intervención familiar. Guía SENAME.(2014);1-70. Disponible en: [http://www.sename.cl/wsename/otros/24-horas\\_2015/pdf/2\\_Gu%C3%ADa%20IF%20Especializados%202014.pdf](http://www.sename.cl/wsename/otros/24-horas_2015/pdf/2_Gu%C3%ADa%20IF%20Especializados%202014.pdf)
34. Monereo C, Romero M. Estrategias de gestión temporal en las actividades colaborativas mediadas por ordenador. Análisis cualitativo de los episodios estratégicos. Rev Teoría de la Educación.(2004). Disponible en: <https://zagan.unizar.es/record/12522/files/TESIS-2013-088.pdf>
35. Álvarez Sintés R, Cabrea G, Báster J, García R. Medicina General Integral: Salud Familiar. 5 ed. Cuba: Ciencias Médicas.(2008);127-130. Disponible en: <http://www.b51delta.xpg.com.br/B51MGII.pdf>
36. Balseca N. Factores de riesgo intrafamiliares relacionados con el consumo de alcohol. Población del EU 06. Pujilí. Universidad Técnica de Ambato-Ecuador. 2015–2016. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/24242>
37. Ehrhardt A, et al. A gender-specific HIV/STD risk reduction intervention for women in a health care setting: Short- and long-term results of a randomized trial. AIDS Care.(2002);14:147–161. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11940275>
38. Jemmott L, Jemmott J, O'Leary A. Effects on sexual risk behavior and std rate of brief HIV/STD prevention interventions for african american women in primary care settings. American Journal of Public Health.(2007);97:1034–1040. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1874197/>

**ANEXOS**

**Anexo N°1**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Investigador: Rubén Darío Mendoza Moreira

**Consentimiento informado**

**Fecha.....**

Yo \_\_\_\_\_ con CI# \_\_\_\_\_ estoy plenamente de acuerdo en participar en la investigación del Dr. Rubén Mendoza Moreira sobre *“Intervención educativa en familias disfuncionales del consultorio médico B. Centro de salud Pascuales. Año 2018”*. Que consistirá en una evaluación inicial del funcionamiento familiar y la posibilidad, en dependencia de los resultados, de una intervención familiar educativa y una segunda evaluación.

Una vez que se me expliquen los objetivos, propósitos y beneficios que reporta dicha investigación desde el punto de vista social y humano. Se me ha comunicado que toda información y los procedimientos a los cuales me expongo se utilizarán únicamente con fines investigativos, teniendo la posibilidad de retirarme de la investigación en el transcurso de la misma, si lo considero necesario, sin que esto repercuta en la atención médica.

.....

.....

Firma del participante.

Firma del investigador.

CI:

CI:

## Anexo N° 2. Prueba de percepción funcionamiento familiar FF-sil (3)

A continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente:

		Casi Nunca	Pocas veces	A veces	Muchas Veces	Casi siempre
1	Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems, lo que permite llegar al diagnóstico de funcionamiento familiar; este se muestra en el siguiente cuadro:

Casi Siempre	5 puntos
Muchas Veces	4 puntos
A Veces	3 puntos
Pocas Veces	2 puntos
Casi Nunca	1 punto

Diagnóstico del funcionamiento familiar según la puntuación total de la prueba FF-sil	
Funcional	De 70 a 57 puntos
Moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos
Disfuncional	De 42 a 28 puntos
Severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos

### Anexo N° 3

#### Intervención educativa en familias disfuncionales.

Actividades desarrolladas (planificación estratégica educativa familiar)					
Objetivo: Elevar el funcionamiento familiar					
Tema	Actividades	Técnica	Lugar	Tiempo	N° familias intervenidas
Tema 1 Generalidades sobre la familia	Taller interactivo	Dinámica familiar	Domicilio de familia	1 hora	20/20
Tema 2 Funcionamiento familiar	Taller interactivo	Dinámica familiar	Domicilio de familia	1 hora	20/20
Tema 3 Relaciones internas de la familia	Taller interactivo	Dinámica familiar	Domicilio de familia	1 hora	20/20
Tema 4 Acciones de prevención	Taller interactivo	Dinámica familiar	Domicilio de la familia	1 hora	20/20



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Mendoza Moreira, Rubén Darío**, con C.C: # **1312470055** autor/a del trabajo de titulación: **Intervención educativa en familias disfuncionales del consultorio médico B. Centro de salud Pascuales. Año 2018**, previo a la obtención del título de **Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 17 de diciembre de 2018

f. \_\_\_\_\_

Nombre: **Mendoza Moreira, Rubén Darío**

C.C: **1312470055**



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	<b>Intervención Educativa en Familias Disfuncionales del Consultorio Médico B. Centro de Salud Pascuales. Año 2018.</b>		
<b>AUTOR(ES)</b>	Rubén Darío, Mendoza Moreira		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Yubel, Batista Pereda		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
<b>CARRERA:</b>	Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	17 de diciembre de 2018	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	71 páginas
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Medicina, Salud Familiar y Comunitaria, Ciencias de la Salud		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Intervención precoz (educación), salud de la familia, relaciones familiares, familia.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):</b>			
<p><b>Antecedentes:</b> En una atención primaria fundada por un sistema renovado, la funcionalidad familiar se hace indispensable en el proceso salud-enfermedad con mejora continua en calidad de vida de la población, mediante estrategias sistémicas que permiten fortalecer el grupo familiar, evaluando la intervención educativa en familias disfuncionales del consultorio médico familiar “B” del centro de salud Pascuales en el año 2018. <b>Materiales y Métodos:</b> Mediante un estudio de modalidad de campo, nivel de investigación cualitativa, cuantitativa, aplicativo, diseño experimental, longitudinal y prospectivo. La información se obtuvo de forma documental y aplicando un instrumento de evaluación (FF-sil) a 101 familias correspondientes al consultorio de medicina familiar “B” del centro de salud Pascuales, interviniendo aquellas familias disfuncionales y severamente disfuncionales, determinando si existen diferencias significativas mediante la prueba estadística t de Student. <b>Resultados:</b> El mayor porcentaje de familias según ontogénesis fueron nucleares en 57,5 %, medianas por el número de integrantes 49,5 %, y en etapa de extensión 57,4 %. Predominó la categoría moderadamente funcionales con 41,6 %, y 19,9 % de familias correspondieron al diagnóstico de familias disfuncionales y severamente disfuncionales, donde existió diferencias estadísticamente significativas en la evaluación pretest y postest. <b>Conclusiones:</b> La dinámica familiar obtuvo cambios positivos mejorando el funcionamiento familiar en las familias disfuncionales y severamente disfuncionales, de acuerdo con las pruebas estadísticas aplicadas, por lo que se considera que la intervención fue efectiva.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593967888678	E-mail: rubenmendozamfc@gmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b> Dr. Xavier Landívar Varas		
	<b>Teléfono:</b> +593-4-3804600 ext.: 1830 - 1811		
	<b>E-mail:</b> xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			