



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIA DISERTACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DE
TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TEMA: HERRAMIENTAS PARA LA EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA Y
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

NOMBRE:

Mónica Alexandra Coral Barreno

DIRECTOR DE TESIS:

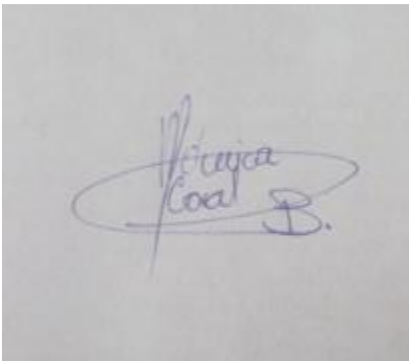
Dr. Edison Jaramillo

QUITO, NOVIEMBRE DEL 2021

Declaración de autenticidad y responsabilidad

Yo; Mónica Alexandra Coral Barreno, portador de la cédula de ciudadanía No 060289153-3, declaro que los resultados de esta investigación que presento como informe final, previo a la obtención del título de médico especialista en medicina familiar y comunitaria es de mi autoría.

Declaro que lo estipulado en este trabajo de investigación es original; y posterior a la presentación del mismo será mi responsabilidad académica.

A photograph of a handwritten signature in blue ink on a light-colored surface. The signature is written in a cursive style and appears to read 'Mónica Coral B.' with a large, sweeping flourish that loops around the text.

Mónica Alexandra Coral Barreno

CI. 0602891533

Agradecimiento

Expreso un profundo agradecimiento primero a Dios, a los directivos y personal docente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador PUCE, que me acogieron, guiaron y ayudaron a iniciar mi carrera de post grado otorgándome la oportunidad de formarme académicamente y concluir con éxito el presente trabajo de investigación plasmado ahora en una realidad.

Agradezco, además, a mi familia por su gran aporte emocional y económico mediante el cual fue posible llegar a mi meta profesional la misma que ejerceré de forma responsable en la comunidad.

Mi infinita admiración y gratitud a mi director y tutor metodológico Dr. Edison Jaramillo por sus conocimientos, tiempo y esfuerzo plasmado en este trabajo de titulación, que brindará un nuevo aporte bibliográfico para mi especialidad.

Mónica Alexandra Coral Barreno

Dedicatoria

A mi familia, por todo el apoyo brindado a lo largo de estos 3 años, el mismo que me permitió superar todas las dificultades encontradas en el camino; además, a mi pequeño ángel Martín por todo el tiempo de calidad que nos tocó vivir durante este tiempo de formación académica y por haber superado la distancia y la ausencia.

No puedo dejar de nombrar a mis compañeras que fueron más que hermanas durante nuestra formación de posgrado, Cristina y Guadalupe con las que con tanta tenacidad y después de vencer muchos obstáculos cumplimos nuestra meta, la de ser médicas especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.

Sin duda esta dedicatoria se lo hago al Hospital Padre Carollo en el nombre de la Dra. Cristina Aguirre por cuanto con su llegada al departamento de docencia, su paciencia y don de enseñar supe explotar mis conocimientos y habilidades en el desempeño de mi profesión.

Mónica Alexandra Coral Barreno

Resumen

Introducción: La familia está formado por un número variable de integrantes que conviven en un mismo lugar, donde cada integrante cumple funciones apropiadas. La evaluación de la función familiar tiene características específicas que la distinguen de las que pueden realizar otras disciplinas, por cuanto su objetivo principal es comprender mediante la aplicación de herramientas la influencia en el contexto de los problemas del paciente. Permite orientar el tratamiento dentro de una realidad biopsicosocial, con el apoyo del uso de herramientas que valoren la evolución del problema de salud y la funcionalidad del núcleo familiar. Por su funcionalidad y aplicabilidad, existen diversas herramientas para estudiar la familia.

Objetivo: Conocer las herramientas claves para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar en atención primaria de salud.

Materiales y métodos: La investigación se llevó a cabo mediante la selección de los artículos. Los términos MeSH toma en cuentan: “Family Practice”, “physicians”, “family”, “Primary Health Care”, “Psychometric” “Factorial analysis” para la búsqueda en Pubmed. Palabras clave como: “Atención Primaria”; “Disfunción Familiar”, “Funcionalidad familiar”, “APGAR-familiar”, “Satisfacción familiar”, de las bases de datos de: Medline, Elsevier y Scielo. Se obtuvo 160 artículos, de los cuales mediante criterios de selección se descartan 135 y se mantienen 26 estudios que cumplen los criterios de inclusión.

Resultados: que se asiente en la bibliografía consultada las herramientas para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar aplicadas en varios estudios, evidenciando su utilidad como instrumento de medición con validez y confiabilidad suficiente para valorar la estabilidad familiar, identificar la salud conductual de los niños, establecer los factores de riesgo familiares, así como las disfunciones familiares, entre otros.

Conclusiones: Todos los instrumentos demostraron ser eficaces al momento de ser aplicados a una población específica según el caso e instrumento que requiera. Las herramientas de evaluación familiar permiten identificar qué tan funcional o disfuncional es la familia y qué papel puede afectar el curso de la enfermedad.

Palabras clave: Funcionalidad Familiar, Herramientas, Evaluación, Estructura, Función.

Abstract

Introduction: The family is made up of a variable number of members who live together in the same place, where each member fulfills their functions. The evaluation of family function in family medicine has specific characteristics that distinguish it from those that other disciplines can perform, applying the required tools in the individual and social context of each patient. In this way, the correct treatment would be developed, considering biopsychosocial factors, thus consolidating effective family medical care.

Goal: To know the key tools for the evaluation of family structure and functionality in primary health care.

Materials and methods: The research was developed by reviewing the different existing tools to assess family structure and functionality in primary health care, such as the family APGAR test, Security in the Family System (SIFS), the FACES scale, FAD, FAM, FES, FFI, FSQ, FHQ, ASF and -E-20, explained in the different studies consulted.

Results: based on the consulted bibliography found, the tools for the evaluation of family structure and functionality applied in such studies, evidencing its usefulness as a measuring instrument with sufficient validity and reliability to assess family stability, identify the behavioral health of children, establish family risk factors, family dysfunctions, among others.

Conclusions: All the instruments proved to be effective when applied to a specific population according to the case and instrument required. Family assessment tools allow to identify how functional or dysfunctional the family is and what role it can affect the course of the disease.

Keywords: Family Functionality, Tools, Evaluation, Structure, Function.

Índice de contenido

Declaración de autenticidad y responsabilidad.....	i
Agradecimiento.....	i
Dedicatoria.....	ii
Resumen.....	iii
Abstract.....	iv
Índice de contenido.....	v
Índice de tablas y figuras.....	viii
Capítulo I.....	1
1.1. Introducción.....	1
1.2. Pregunta de investigación.....	3
1.3. Planteamiento del problema.....	3
1.4. Justificación.....	4
1.5. Objetivos.....	6
1.5.1. Objetivo General.....	6
1.5.2. Objetivos específicos.....	6
Capítulo II.....	7
2. Marco teórico.....	7
2.1. La familia.....	7
2.2. Estimación demográfica.....	8
2.3. Ciclo vital.....	8
2.4. Genograma familiar.....	8
2.5 Clasificación integral de las familias.....	10
2.5.1 Funcional.....	10
2.5.2. Moderadamente funcional.....	10
2.5.3. Disfuncional.....	11

2.6. Estructura	11
2.7. Clasificación: Por la presencia de los padres	11
2.7.1. Padres ausentes	11
2.7.2 Familias monoparentales	12
2.8. Otras clasificaciones de familia	12
2.8.2. Familia nuclear.....	13
2.8.3. Individuos sin familia	13
2.8.4. Equivalentes familiares.....	13
2.8.5. Familia corporativa	13
2.8.6. Familia ampliada.....	14
2.9 Funciones del grupo familiar	14
2.9.1. Función reproductora	14
2.9.2. Función económica	15
2.9.3. Funcion afectiva.....	15
2.9.4. Función Educativo-cultural.....	15
2.9.5. Función protectora	15
2.9.6. Función comunicadora.....	16
2.9.7. Función normativa	16
2.9.8. Función adaptativa	16
2.9.9. Autonomía.....	17
2.10 El Médico familiar en los hogares	17
2.11. Atención primaria de salud	18
2.12 Herramientas para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar.....	20
2.12.1 APGAR familiar	20
2.12.2 Security in the Family System (SIFS)	22
2.12.3 Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES)	24
2.12.4. Family Assessment Device (FAD)	27

2.12.5 Medida de Evaluación del grupo familiar (FAM)	30
2.12.6 Escala de Clima Social Familiar (FES)	33
2.12.7. Índice de funcionamiento familiar (FFI).....	35
2.12.8. Test de funcionamiento familiar FF-SIL	37
2.12.9 Cuestionario de Estabilidad Familiar (FSQ).....	41
2.12.10. Cuestionario de Salud Familiar (FHQ)	44
2.12.11. Escala de Efectividad del Funcionamiento Familiar (ASF -E-20)	46
2.13. Herramientas usadas para la evaluación del funcionamiento familiar en Ecuador	48
Capítulo III.....	50
3.1. Universo y muestra	50
3.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	50
3.2.1. Criterios de inclusión	50
3.2.2. Criterios de exclusión	50
3.3. Tipo de estudio.....	51
3.4 Procedimiento de recolección de información.....	51
3.4.1 Términos búsqueda MESH	51
3.4.3 Búsqueda amplia bibliografía consultada	51
3.4.4 Análisis crítico	51
3.4.5 Selección de evidencia.....	52
3.4.6 Sistematización	52
3.5. Plan de análisis de datos	53
3.5.1 STROBE	53
Capítulo IV.....	57
4.1 Resultados.....	57
BIBLIOGRAFÍA	66

Índice de tablas y figuras

Tabla 1. <i>Modelo Biomédico y Biopsicosocial.</i>	17
Tabla 2. <i>APGAR Familiar.</i>	21
Tabla 3. <i>Security in the Family System (SIFS)</i>	23
Tabla 4. <i>Instrumento de validación de FACES III.</i>	26
Tabla 5. <i>Medias, desviaciones estándar y coeficientes de correlación test-retest del dispositivo de evaluación familiar (FAD).</i>	28
Tabla 6. <i>Elementos del FF-SIL.</i>	38
Tabla 7. <i>Test de funcionamiento familiar FF-SIL.</i>	39
Tabla 8. <i>Cuestionario de evaluación de Estabilidad Familiar (FSQ) en español.</i>	41
Tabla 9. <i>Cuestionario de Salud del grupo familiar (FHQ).</i>	45
Tabla 10. <i>Escala de Efectividad del Funcionamiento Familiar (ASF -E-20).</i>	46
Tabla 11. <i>Operacionalización de las variables fase descriptiva.</i>	52
Tabla 12. <i>Declaración STROBE.</i>	54
Figura 1. <i>Circumplejo para el FACES-III de Olson.</i>	26
Figura 2. <i>Escala FAM.</i>	31
Figura 3. <i>Funcionamiento Familiar.</i>	37
Figura 4. <i>Tipología familiar en el Modelo Circumplejo de Olson.</i>	48
Figura 5. <i>Flujograma de selección de documentos.</i>	58

Capítulo I

1.1. Introducción

La atención que brindan los médicos de familia a sus pacientes es fundamental para la recuperación de la salud, cuando se ve afectado cualquier miembro de la familia. Por otra parte, los factores genéticos acompañados de los patrones de relación social entre los integrantes de cualquier grupo familiar, pueden incrementar la susceptibilidad a la enfermedad o, de lo contrario, reducir sus consecuencias, por lo tanto él individuo afectado se beneficiaría de un sistema de apoyo familiar consolidado. (Huerta-González, 2005).

El especialista en medicina familiar mediante la aplicación de instrumentos está en capacidad de evaluar la funcionalidad familiar para posteriormente emitir recomendaciones que faciliten resolver problemas de adaptación y búsqueda de soluciones. (Gómez-Clavelina et al., 1999).

El estudio de la familia desde el enfoque médico necesita considerar dos elementos básicos: estructura y funcionalidad. La estructura puede ser reconocida a partir de la clasificación demográfica del grupo familiar, que toma en cuenta un esquema integral básico, determinando las etapas de su ciclo de vida y hacer su genograma. Así, conocer la estructura familiar permite obtener datos importantes como: roles dentro del grupo familiar, características generales de cada miembro, relaciones afectivas y enfermedades que padece (Luna, 2008).

Se debe recopilar datos de los consejeros, las familias y la comunidad cuando se atiende a los pacientes o se realizan tareas de optimización y prevención de la salud (Armas y Diaz, 2007). En la atención primaria de salud (APS) el uso de herramientas de evaluación de la familia según Armas Norma y Lenin Díaz recomiendan la aplicación de cuatro herramientas cotidianas:

- Familiograma estructural. Esto le permite ver la composición del grupo familiar.
- Familiograma funcional. Se agregan símbolos al apellido o genograma anterior para visualizar la relación entre cada integrante perteneciente al grupo familiar.
- Ecomapa. Representa el contacto familiar con el macrosistema social más cercano.
- Cuestionario sobre apoyo social.

Además, un genograma es una muestra representativa y gráfica en forma de árbol genealógico que suministra información esencial de, al menos, 3 generaciones de una familia. Es posible

obtener, con esta técnica, información en relación con su estructura, así como la demografía de los participantes y su relación entre ellos. Así, “a primera vista” aporta una enorme cantidad de datos que no solo permite adquirir detalles del grupo familiar, sino que, además, permite plantear suposiciones sobre la relación que pueda existir entre el problema, su contexto familiar y el desarrollo de esta problemática a lo largo de la existencia como grupo familiar. El tiempo, su correlación con el ciclo de vida familiar. Esta herramienta de creación consta de pasos secuenciales: compilación de data básica sobre la familia y relaciones familiares trazadas (Compañ et al., 2012).

Por otro lado, la evaluación de la operatividad dentro del grupo familiar tiene diferentes principios teóricos y científicos. Generalmente, la valoración del grupo familiar se basa en la teoría de sistemas, según lo mencionado se define como una unidad establecida, formada por individuos y subdivisiones, tomando en cuenta padres e hijos, definidas por relaciones permanentes y conceptuales (Espinal et al., 2019).

La organización de dichos elementos suele determinarse por la relación jerárquica entre padres e hijos. Habiendo definido a la familia como un sistema completo y sus integrantes como individuos, tanto el sistema como sus componentes están influenciados por su comportamiento, desarrollo individual y las características identificables en la relación entre ellos (Espinal et al., 2019).

El producto de la enfermedad en cada miembro del grupo familiar, así como la reacción del grupo familiar a este evento, fueron objeto de diversos estudios. Por lo tanto, evaluar familias necesita el uso de herramientas y modelos que se asientan en la investigación y con respaldo teórico que las apoyen en tres elementos primordiales: el propósito que originó su creación, los tipos de elementos que quieren medir y la confianza que pueden tener (Suarez & Alcalá, 2014).

Este estudio adopta un diseño que se asienta en la revisión narrativa de diferentes fuentes bibliográficas que ayuden a conocer las herramientas claves para evaluar la estructura y funcionalidad del grupo familiar en atención primaria de salud, saber las diferentes definiciones del grupo familiar y su relación con las herramientas para la valoración de la distribución y funcionalidad del grupo familiar como práctica de atención primaria de la salud.

1.2. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las herramientas para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar en atención primaria de salud?

1.3. Planteamiento del problema

La desintegración del hogar es una de las manifestaciones que posee un impacto mayor en la sociedad, porque perturba a su núcleo principal que es el grupo familiar, provocando cambios dentro de ella. Esta dificultad ha surgido de la forma de vida actual inmersa en la sociedad, que se siente preocupada por el desarrollo del capital, provocando la erosión de algunas relaciones sociales, por consecuencia existen linajes con estructuras diferentes e inconsistentes como parejas casadas que han decidido divorciarse después de un breve compromiso. No obstante, los resultados son evidentes y los más afectados son aquellos niños y niñas que adquieren las primeras características en la descendencia para el desarrollo del carácter e identidad personal, valores y hábitos que determinan el desarrollo social y el pensamiento (Olaya, 2013).

Según los resultados emanados por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2020) a nivel mundial, la tasa de divorcios de 1000 individuos casados aumentó un 2,6 en 1970 a 5,5 en 2008. En la Unión Europea, el número de rupturas matrimoniales por mil individuos se ha incrementado drásticamente: si había 0,8 en 1965, para el año del 2017 su incidencia se situó en 2. Mientras el número de separaciones se duplicó, los matrimonios cambiaron en la dirección opuesta, durante el mismo período cayó un 50%. Las bodas cada vez son un compromiso poco frecuente en la sociedad, donde actualmente prefieren modelos más flexibles de pareja y convivencia.

Tomando en cuenta lo antes mencionado, se hace evidente que existe un crecimiento revelador de la ruptura en la estructura familiar, que no es más que la fractura de una relación de parejas, y, por ende, la ausencia de uno de los padres, así mismo, hay que tener en cuenta que existen diversos factores que pueden aportar a una ruptura familiar, como el divorcio, la migración o la muerte de un familiar. Los autores Tamez-Valdez y Ribeiro-Ferreira, (2016) señalan que el divorcio a nivel micro social nos permite reflexionar sobre los cambios de estructura y funcionalidad familiar que este sufre, particularmente en la relación de pareja, y estabilidad de la estructura que lo compone.

Un punto de gran relevancia a tener en cuenta es la institucionalidad inmersa en el ámbito social, que se encarga de formular e implementar políticas que se vinculan con la familia.

Actualmente existen diferencias en el concepto de estructura familiar entre los órganos estatales responsables de este tema y el resto de la estructura institucional, evidencian modelos más tradicionales y modernas de familia. Dentro de esta diversidad, existe acuerdo entre quienes trabajan en este tema sobre los principales problemas que causan disfunción del núcleo familiar, entre ellos la violencia intrafamiliar, el desempleo, la crisis financiera y el deterioro de las condiciones materiales de vida en los grupos familiares, todos estos aspectos están que guardan relación al deterioro de la estructura y funcionalidad del grupo familiar.

En Ecuador, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en 2006 se encontró un 61,44% ausente de padres e hijos en el hogar y en un 50,7% ausente de madre e hijos debido a la crisis económica (Intriago-Delgado, 2020). Según fuentes del INEC, la tasa de divorcios en Ecuador aumentó un 83,45% de 2006 a 2016. Esto significa una alta probabilidad de ruptura familiar por diversas razones, factores económicos, pocas herramientas para la resolución de conflictos, migración de padres o madres, falta de compromisos y responsabilidades (INEC, 2016).

El especialista en medicina familiar está en capacidad de comprender la dinámica familiar en situaciones de crisis normativas y no normativas. Evaluar y acompañar con la generación de guías anticipatorias que faciliten mejorar la condición de crisis, superarla, y en común acuerdo con el paciente la toma de decisiones.

1.4 Justificación

La familia es la generadora de las creencias y comportamientos que los individuos desarrollan sobre la salud y la enfermedad. Dependiendo de la cultura y costumbres familiares, sus integrantes desarrollan ciertos hábitos que se vinculan con la alimentación, las emociones y conductas que pueden aportar o no a un núcleo familiar sano, o, por el contrario, pueden ser importantes factores de riesgo (Mejía & López, 2010).

La Medicina Familiar permite al profesional de salud que durante la atención médica se dé un enfoque humanista, siendo el paciente el centro de la atención y considerando la familia y su contexto socio cultural (Fernández et al., 2019).

Para la práctica del médico en todos sus niveles de instrucción y más en los especialistas en medicina familiar, el uso de herramientas para evaluar la estructura y funcionalidad del grupo familiar en la atención primaria de salud es fundamental, pues con su aplicación fortalece la relación médico-paciente, dirige a encontrar soluciones frente a las crisis en los hogares, brinda

apoyo a diversos profesionales de la salud, así como las especialidades académicas relacionadas, en general, cualquier individuo interesado en la investigación (Gómez-Clavelina et al., 1999).

La observación y la autoevaluación se describen entre los métodos y herramientas para evaluar a la familia. Las observaciones permiten una evaluación directa de los patrones de interacción familiar. Los métodos e instrumentos utilizados para la observación solo dan una visión externa del fenómeno. Se diferencian en función del grado de implicación del observador, es decir, el efecto de su presencia y su interacción con el grupo familiar (Gómez-Clavelina et al., 1999).

Las herramientas de autoevaluación son cuestionarios normalizados que brindan información individualizada sobre los integrantes del grupo familiar, relaciones, roles, valores, entre otros. La finalidad de este tipo de herramientas es evaluar la calidad de las relaciones familiares y las características de su ambiente, lo que permite identificar una buena funcionalidad familiar o al contrario una disfunción del hogar severa (Gómez-Clavelina et al., 1999).

En general, se identificaron tres herramientas para aplicar el método de observación: entrevistas, escalas de calificación clínica y esquemas de codificación. Se han encontrado útiles para evaluar patrones de interacción familiar; mientras que la autoestima ofrece una perspectiva "interna" sobre la funcionalidad (Suarez & Alcalá, 2014).

Se proponen diversos criterios de inclusión para la selección de instrumentos, entre ellos: 1) el propósito de la herramienta de evaluación es brindar una muestra de parámetros conductuales que reflejen el concepto del autor y las principales características de las familias; 2) disposición de publicaciones gratuitas que pueden emplearse en la identificación de información en relación con este diseño, 3) el instrumento debe ser auto aplicable u observacional; 4) preferiblemente ser muy breve; 5) evaluar el universo en las que ha sido aplicado; 6) un modelo teórico básico no tiene por qué ser complicado (Gómez-Clavelina et al., 1999).

En base a estos criterios, se pudo identificar por lo menos 7 instrumentos: Family Assessment Device (FAD), Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES); Self-report Family Inventory (SFI); Family Assessment Measure (FAM); Family Environment Scale (FES); Family Functioning Index (FFI); Family APGAR (FAPGAR) (Gómez-Clavelina et al., 1999).

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Conocer las herramientas claves para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar en atención primaria de salud.

1.5.2. Objetivos específicos

- Describir las diferentes definiciones de familia.
- Especificar las características generales de los diversos instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar.
- Detallar el valor agregado de cada uno de los instrumentos de evaluación de estructura y funcionalidad familiar para la aplicación de estos en la práctica de atención primaria de salud.

Capítulo II

2. Marco teórico

2.1. La familia

La familia no es vista como una institución vinculada a otras, sino como base de la existencia misma de la humanidad, como forma de vida, como forma de expresión. Un individuo existe para la comunicación y esta solo ocurre en comunicación con otros individuos (Oliva & Villa, 2014).

La familia puede ser definida como el grupo social primario dentro de la sociedad a la que pertenece, confiriendo elementos materiales, genéticas, educativos y emocionales a todos y cada uno de sus miembros. Por tanto, es posible definirla en función del vínculo logrado a través del matrimonio o la adopción. Así, todas las personas que habitan la misma casa forman una familia (Martínez-Licona et al., 2016).

Según la definición de Campos (1985), la familia conforma, por sí sola, un establecimiento médico que engloba a todos los individuos que conviven en un mismo hogar, produciéndose dependencia y obligaciones mutuas, por lo que suelen estar vinculadas por lazos familiares.

De esta manera, la familia, resulta ser el principal contexto social que acoge al individuo y posibilita su inmersión para socializar. Es, además, el ambiente donde se forma el comportamiento saludable y donde se forma ante todo valores sociales, normas y culturas. Es un hábitat natural, con su propio ambiente, y permite el desarrollo global de sus integrantes, especialmente niños, niñas y jóvenes. (OMS, 2003).

Por último, se la considera un grupo de individuos que conviven bajo un mismo techo, se organizan según roles fijos (padre, madre, hermano, en sucesión de mando), con o sin lazos de sangre. Estos sujetos, en conjunto, tienen un estilo de vida económico y social común, con sentimientos emocionales que están conectados, desde el nacimiento hasta la muerte de todos y cada uno de los integrantes del grupo familiar (IIN, 2014).

2.2. Estimación demográfica

La demografía del grupo familiar es una subdisciplina que examina la estructura, tamaño y composición de los grupos familiares, así como de la vivienda que ocupan, principalmente sus condiciones y consecuencias (Acosta & Acosta Díaz, 2003).

Esto engloba la identificación de las características y los roles de los diferentes miembros del grupo familiar: padre, madre, hijos, abuelos y yernos, si vivieran en la misma casa. Además, permite determinar la reproducción en términos de edad y frecuencia de embarazos y partos exitosos o interrumpidos.

Por otra parte, el estudio de los factores económicos y sociales determinantes en la fecundidad, necesita un análisis del grupo familiar como unidad micro social entre los factores de desarrollo macrosocial y el comportamiento individual. Se debe ver a la familia como una unidad de análisis demográfico, no solo como individuos. Los datos de la población se recopilaron por características individuales, agrupados por categoría demográfica (Burch et al., 1978).

2.3. Ciclo vital

El ciclo de vida de la familia está incrustado dentro la cultura y los hábitos del grupo familiar. En la actualidad no se puede afirmar que existan modos correctos o incorrectos para atravesar las diferentes fases o etapas. No obstante, existen 7 etapas en el ciclo vital del grupo familiar, que son (Cibanal Juan & Martínez Riera, 2014):

- Conformación de la pareja
- Nacimiento y formación de un nuevo ser
- Hijos en edad escolar
- Pubertad
- Matrimonio y salida de los hijos del hogar
- Pareja en edad madura
- Longevidad.

2.4. Genograma familiar

El genograma es una representación gráfica, que almacena datos sobre la estructura de un grupo familiar (genograma estructural) y las relaciones y / o funciones entre sus integrantes (genograma relacional), abarcando tres generaciones.

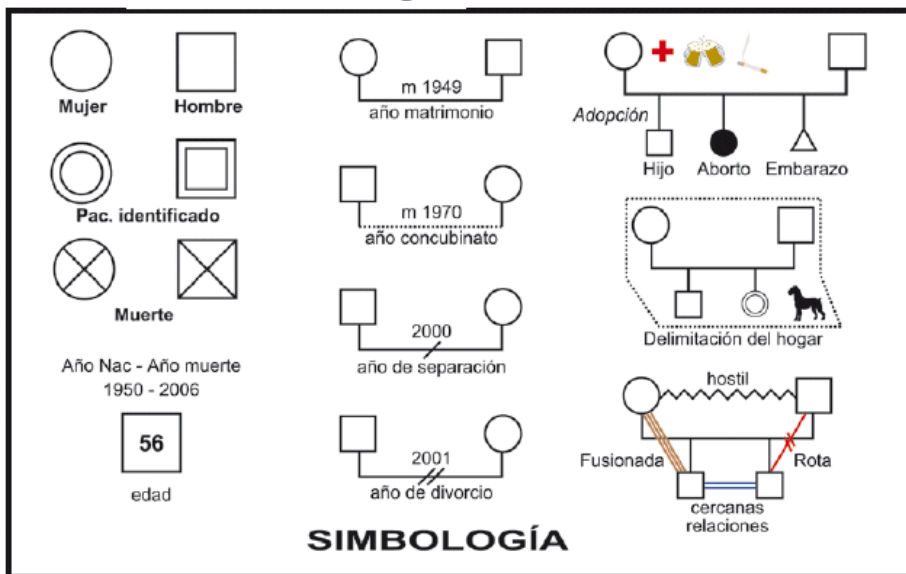
El uso de símbolos facilita al entrevistador la identificación de condiciones del sistema familiar para una determinada etapa de su desarrollo, por ejemplo, la prevención en la zona de salud personal y familiar. Por ello, al ser una herramienta dinámica, debe actualizarse periódicamente en respuesta a los cambios en la familia a lo largo del tiempo. Es posible demorar de 20 a 30 minutos en desarrollarse.

Con relación a la simbología, el hombre está representado con el cuadrado, la mujer está representada por una circunferencia. En duplos, el hombre va del lado izquierdo, y la mujer de lado derecho. El paciente descrito, según el cual se construye el genograma, se muestra con una línea doble. La muerte está simbolizada por la cruz. Las fechas de nacimiento y defunción se colocan a la izquierda y a la derecha encima del símbolo. El embarazo es representado por un triángulo, y para el aborto se usa un pequeño círculo delineado. La unión familiar está representada por una línea vertical conectada a la línea horizontal del matrimonio (Suarez-Cuba, 2010).

Los niños deben ser identificados, colocándolos en puestos de arriba hacia abajo y de izquierda a derecha. La convivencia y la aceptación son vistas con líneas discontinuas. El matrimonio está representado por dos líneas verticales que parten de la base de los símbolos masculino y femenino, conectadas por una línea horizontal que muestra las fechas de convivencia, matrimonio, separación y / o divorcio. Las dos últimas se trazan en una o dos líneas inclinadas. Para distinguir una casa, los integrantes que viven en la misma casa se describen con líneas punteadas.

Para mostrar la funcionalidad, se crean pistas con símbolos de conexión. Las principales son una línea doble, que denota una conexión cercana, una línea discontinua - una relación mala o problemática, una línea discontinua - una relación de larga distancia, y una línea discontinua - dos líneas paralelas, cuando prácticamente no hay relación entre dos individuos.

Figura 1. Genograma familiar.



Fuente: Suarez-Cuba, (2010).

2.5 Clasificación integral de las familias

Para la experiencia profesional en atención primaria en salud, Geroy Fernández et al., (2019) señalan que la funcionalidad del grupo familiar se puede clasificar en eficientemente funcional, moderadamente funcional y disfuncional, detallados a continuación.

2.5.1 Eficientemente funcional

Existe eficiencia funcional en el comportamiento de los integrantes para satisfacer sus exigencias individuales. Esto deriva en la satisfacción de las necesidades básicas del grupo familiar. Esto genera la dinámica familiar.

2.5.2. Moderadamente funcional

En este tipo de familias, la efectividad funcional aún no ha alcanzado el límite de las necesidades insatisfechas, pero se advierte la presencia de factores de riesgo o amenazas capaces de alterar el equilibrio existente. Esto propicia la transformación del grupo familiar en uno disfuncional, si no existe la capacidad de aliviarlas o suprimirlas por sí misma, o de buscar apoyo externo.

2.5.3. Disfuncional

En este caso, la ineficiencia alcanza el nivel de insatisfacción con las necesidades individuales y las necesidades básicas del grupo familiar. Se trata de dinámicas familiares inapropiadas, nocivas, negativas.

2.6. Estructura

La estructura del grupo familiar depende de su organización, así como de la unidad de sus elementos, la distribución de roles según género y edad en la familia. Las características de la estructura familiar dependen de la naturaleza que tengan las condiciones sociales e históricas. La desigualdad de las mujeres en lo que respecta a los varones en la sociedad se reproduce en cada unidad familiar. Otro tanto sucede con la jerarquía de relaciones en la sociedad y en la familia. La estructura familiar, por tanto, guarda relación con el orden y estilo de vida, costumbres, tradiciones, relaciones con otras familias y con la sociedad en su conjunto. La violación del acuerdo familiar conlleva una violación de sus funciones (CEUPE, 2020).

La diversificación de las estructuras familiares en América Latina es una tendencia que persiste durante las últimas décadas, en todos los países de la región, con independencia de su nivel de desarrollo económico y la etapa de transición demográfica. En cada uno de ellos, la frecuencia de hogares integrados por un solo individuo se ha incrementado, y el porcentaje de hogares con grupos centrales se ha reducido en la mayoría de los estratos. Se ha incrementado el número de familias monoparentales encabezadas por mujeres, tanto grandes como pequeñas (Ullmann et al., 2014).

2.7. Clasificación: Por la presencia de los padres

2.7.1. Padres ausentes

Son aquellos padres que no pueden comunicarse afectiva y emocionalmente con sus hijos. Un padre puede proveer los suplementos nutricionales requeridos, ropa a su hijo, una vivienda segura, pagar las facturas del médico o de la escuela. Sin embargo, incluso cumpliendo con tales obligaciones, puede darse una desconexión especial con el niño. Los padres emocionalmente ausentes dejan huellas negativas en sus hijos, como falta de derechos, carencia de autoridad o identificación negativa con el padre o la madre. El hecho de haber crecido junto a una madre o un padre que, a pesar de su presencia en el hogar, fuese incapaz de expresar amor o aprecio, deja un impacto psicológico en la vida del niño (Montoya-Zuluaga et al., 2016).

Existen investigaciones que concluyeron en lo que respecta a la ausencia de los padres, o de uno de ellos, que ésta generó patologías, conflictos, problemas, sufrimiento o secuelas de tipo emocional social en niños, niñas y adolescentes. En Bogotá, Colombia, realizaron un estudio de 25 niños de 12 a 15 años, analizando los pensamientos y sentimientos más frecuentes como consecuencia de las separaciones parentales surgidas entre 3 y 5 años antes. Los autores informan que los niños expresan con preocupaciones en relación con su futuro, así como inseguridad, miedo y sentimientos de ira, tristeza y resentimiento (Muñoz et al., 2008).

2.7.2 Familias monoparentales

Se refiere a cualquier grupo familiar de niños que dependen económicamente de uno solo de los padres con los que viven y que, además, es su tutor de facto o de jure (Iglesias, 1998). Este concepto consiste en la composición de la madre o el padre de uno o más hijos; generalmente, soltero o soltera que se encarga de criar a los hijos. Si bien, además, hay casos en los que los padres son responsables, pero permanecen solos por diversas razones (Olmos, 2017).

Durante el período 2010, la mayoría de los hogares en América Latina descendieron de familias nucleares biparentales, lo que constituye del 50,5 al 40,3 por ciento de todos los hogares. La proporción de familias numerosas con dos padres, además, se redujo del 13,4 por ciento al 11,9 por ciento. No obstante, en general, los hogares nucleares y grandes con dos padres todavía constituían la mayoría de los hogares de la región (52,1 por ciento) (CEPAL, 2015).

A diferencia de los hogares con dos padres, la proporción de hogares monoparentales, la gran mayoría de los cuales están dirigidos por mujeres, está creciendo de forma constante. Este aumento fue más pronunciado en los hogares nucleares con jefas de hogar (del 7,9% al 10,9%). En general, en América latina para el 2015 el número de hogares en monoparentales grandes y pequeños con mujeres, aumentó del 13,0 por ciento al 17,2 por ciento. Este aumento en el número de hogares incompletos con jefatura femenina, es una tendencia en casi todos los países de la región, aunque con diferentes niveles de cobertura para alrededor del 12,4 por ciento de la población de hogares en Perú, y más 31,3 por ciento en Chile (CEPAL, 2015).

2.8. Otras clasificaciones de familia

2.8.1. Familia extensa

Este es un tipo de familia a la que pertenecen en un mismo techo, diversos parientes consanguíneos, estos pueden ser padres, hijos, primos, hermanos adoptivos, abuelos, tíos, entre otros, siendo la principal característica de estas estructuras una importante presencia de los

ancianos (Pérez-Martín et al., 2012). Las familias numerosas son sociedades desarrolladas como unidades económicas independientes y tienden a desaparecer con el crecimiento urbano.

En un estudio transversal y descriptivo de 62 familias, se recolectaron datos en relación con estructura familiar, membresías y adultos mayores y utilizaron la prueba de función familiar FF-SIL. Los resultados mostraron un predominio de individuos mayores en familias numerosas (Pérez-Martín et al., 2012).

2.8.2. Familia nuclear

Este tipo de familia es una variante importante del grupo familia extensa. Está conformada por padre, madre e hijos, con vínculos de tipo biológico, o por medio de derechos (Luengo & Román, 2006).

2.8.3. Individuos sin familia

Se trata de un solo individuo que asume el rol de jefe de familia. Esta tipología puede surgir como consecuencia de una separación o divorcio, viudez, emigración, empleo remunerado por motivos que imposibilitan las relaciones, o simplemente por el deseo de estar solo. En esta estructura no están presentes los niños, o estos viven fuera del hogar. La resolución inadecuada de conflictos en una pareja, divorcios conflictivos o infidelidad, son algunas razones frecuentes por las que un individuo decide no tener familia en el sentido tradicional (Condori-Mamani, 2018).

2.8.4. Equivalentes familiares

Son individuos que viven en la misma casa y no forman el núcleo tradicional del grupo familiar. Por ejemplo: parejas homosexuales estables, grupos de amigos que conviven, individuos pertenecientes a la misma fe religiosa, etc. (Vargas-Murga, 2014).

2.8.5. Familia corporativa

Es una organización comercial o empresarial donde las decisiones están controladas o influenciadas por un grupo familiar cuyas generaciones posteriores suelen estar dedicadas a la empresa. Por tanto, es una de las expectativas y visiones estratégicas de este tipo de organizaciones que los sucesores tomen la iniciativa y aseguren la continuidad de la organización (Estela-Raffino, 2021).

2.8.6. Familia ampliada

Esta es una estructura más compleja que la familia nuclear (compuesta por padre, madre e hijos), porque toma en cuenta a integrantes del mismo hogar que no se vinculan con el grupo. Por ejemplo, en el caso de niños adoptados o padres adoptivos (Valdez, 2020).

2.9 Funciones del grupo familiar

Ackerman (1958) indica que el objetivo principal del grupo familiar es asegurar la continuidad de la especie humana, lo que toma en cuenta preservar la naturaleza y fortalecer los rasgos de personalidad. La organización familiar provee las condiciones adecuadas para la reproducción biológica y la adecuada integración a la sociedad. La asociación y la reproducción sexual garantizan la continuidad de la especie humana. La socialización, en cambio, asegura la transmisión de una generación a otra de las normas sociales básicas, así como de los valores culturales del pasado y el presente. La familia, además, cumple otros roles imbricados en la sociedad, según las orientaciones de la respectiva cultura (Luengo & Román, 2006).

La funcionalidad familiar, por tanto, es la capacidad que tiene cada integrante del grupo familiar para interactuar armoniosamente con los demás, promoviendo la comunicación, el respeto por las diferencias entre sus integrantes y resolver los problemas de forma adecuada (Vera, 2018). Por tanto, las situaciones de conflicto surgen en una familia disfuncional, y se caracterizan por:

- Reducir el tamaño del espacio.
- Violencia familiar, sea de tipo físico, psicológico, sexual o económica.
- Alteración de los roles
- Dependencia excesiva, en lo económico y lo emocional.
- Falta de comunicación o comunicación deficiente.
- Manipulación emocional por uno o más de sus integrantes, independientemente de su edad o posición dentro del grupo familiar.

2.9.1. Función reproductora

Se describe como función reproductora al proceso de concepción y gestación de un nuevo ser como resultado de la actividad sexual entre dos personas de diferente sexo. Su finalidad es la procreación, la satisfacción de las necesidades de la descendencia y la creación de condiciones adecuadas para el desarrollo de sus integrantes. El comportamiento reproductivo influye en

indicadores demográficos como la densidad de población y la fecundidad (Martín Cala, Tamayo- Megret, 2013).

2.9.2. Función económica

Su finalidad es lograr la satisfacción de las necesidades básicas de todos sus integrantes, tales como vivienda, alimentación o vestuario, mediante la realización de actividades de adquisición y gestión de recursos, como pequeña empresa responsable del cuidado, mantenimiento y desarrollo de sus integrantes (Ramos & González, 2017).

2.9.3. Función afectiva

La función principal es satisfacer las necesidades afectivas de sus integrantes, lo que crea y refuerza la confianza, la seguridad y la autoestima requeridos para un desarrollo saludable dentro de la sociedad. Por tanto, se constituye en la base del apoyo y la estabilidad psicológica. La familia es la primera red de apoyo social de un ser humano, y, por lo tanto, reduce las tensiones de la vida cotidiana (Richard Celsi & Olson, 1998).

2.9.4. Función Educativo-cultural

Se refiere a la influencia del grupo familiar en relación con sus integrantes en el proceso de aprendizaje y desarrollo mediante la transmisión de costumbres, saberes, valores, entre otros aspectos. Aporta al desarrollo de la personalidad, así como a la adquisición de principios ideológicos entre una generación y otra, a veces reproduciéndolos, o bien cuestionándolos. Existe una fuerte responsabilidad en los padres, en el proceso de guía y acompañamiento del niño para que se convierta en un individuo capaz de participar en la transformación de la sociedad a la que pertenece (Martín Cala, Tamayo- Megret, 2013).

2.9.5. Función protectora

Ofrece seguridad y cuidado a los integrantes del grupo familiar en especial los niños, debido a que necesitan un mayor período de auxilio y cuidados en la crianza, alimentación y alojamiento, tanto de los padres, como de los adultos en general. Se entienden de forma permanente en la vida y dinámica de cualquier grupo familiar, por ejecutarse en cada momento de la existencia del sujeto, así como la interacción con sus familiares (Martín Cala, Tamayo- Megret, 2013).

2.9.6. Función comunicadora

La función educativa está vinculada a la función comunicativa, por cuanto enseña al individuo los signos, símbolos y códigos requeridos para la comprensión en la sociedad a la que pertenece. Esta función de comunicación es importante, porque afecta de forma directa el comportamiento de un individuo en su ambiente.

2.9.7. Función normativa

En la familia, el ser humano adquiere su primer sistema de referencias en relación con las reglas y normas a las que se debe asociar. Cada familia elabora sus propias reglas y normas de comportamiento para mantener la armonía entre sus integrantes. Estas normas, además, facilitan las relaciones entre los integrantes de la sociedad, por cuanto delimitan de forma precisa los roles individuales y las formas en que se ejerce el poder (Soriola, 2017).

2.9.8. Función adaptativa

La familia es un grupo dinámico, los cambios que afectan a la familia ocurren debido al mantenimiento de las relaciones intrafamiliares y su ambiente. La adaptabilidad busca asegurar que los posibles problemas que perturben a la familia, sus integrantes sean capaces de adaptarse a los cambios que se dan de forma continua. Los cambios que atraviesa la familia pueden vincularse con el paso por diferentes etapas del ciclo de vida o con eventos estresantes.

La regulación emocional (RE) se refiere a la modulación dinámica, continua y adaptativa de los estados internos (cognición y emoción) y el comportamiento. Según Cicchetti (2016), la regulación de las emociones es un proceso adquirido mediante la política de desarrollo que surge de la diferenciación e integración de sistemas biológicos y psicológicos. Este fenómeno se desarrolla de acuerdo con las características y contextos intrínsecos de la interacción temprana.

Estas definiciones permiten comprender que el contexto familiar juega un papel clave en el desarrollo de la capacidad de autorregularse y gestionar los estados emocionales. En este escenario, existen variables que ya fueron exploradas, como la influencia de los sistemas parentales y las relaciones dentro del sistema fraterno. El estudio, que analizó diferentes estilos de crianza y sus efectos en el desarrollo y la regulación emocional, enfatizó que un estilo equilibrado induce un comportamiento apropiado y adaptativo en un niño en situaciones estresantes (SCDE, 2021).

2.9.9. Autonomía

Todos los integrantes del grupo familiar necesitan espacio para desarrollar su independencia, lo que facilita su desarrollo. La familia establece esta autonomía con el auxilio de mecanismos que permiten distinguir entre dependencia e independencia, no solo dentro del grupo familiar, sino, además, en lo que respecta a el ambiente social. El ejercicio exitoso de esta función consolida la integridad de cada individuo en un equilibrio razonable entre lo permitido y lo prohibido (Belen, 2015).

2.10 El Médico familiar en los hogares

La familia, como unidad de análisis desde el enfoque médico, es entendida como una forma de organización entre un individuo y una sociedad o grupo social, es decir, un sistema compuesto por una variable, el número de integrantes, casi siempre relacionados mutuamente como parientes consanguíneos o legítimos (Gutiérrez et al., 2019).

El modelo biopsicosocial es un enfoque de salud integral que se utiliza en la medicina familiar. Este modelo se basa en la teoría de sistemas, y resalta su interés en las conexiones fundamentales entre las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de la salud y la enfermedad. Define la relación entre la ciencia básica, desde los sistemas a las moléculas, y cómo los fenómenos biológicos afectan el comportamiento y, en última instancia, el contexto social al que pertenece el paciente (Rodríguez-Suárez et al., 2006).

A diferencia del modelo biopsicosocial, el biomédico toma en cuenta las limitaciones del mismo sistema organizativo con gestión mecanicista de la salud, así como un número significativo de pacientes con cortos lapsos de tiempo para el asesoramiento médico y recursos limitados para la atención especializada, además de la escasa práctica particular de la Medicina Familiar (Gutiérrez et al., 2019) (ver tabla 1).

Tabla 1. Modelo Biomédico y Biopsicosocial.

Modelo Biomédico	Modelo Biopsicosocial
Está que se asienta en la integración de hallazgos clínicos con datos de laboratorio y anatomía patológica (Richard 1858)	Aborda al paciente en aspectos psicosociales (Engel, 1977)
El cuerpo de ser humano se concibe como una máquina, la enfermedad como un daño a la máquina y el médico el mecánico que la repara.	El ser humano interactúa con el ambiente y surgen los problemas ante la pérdida del equilibrio.

Modelo Biomédico	Modelo Biopsicosocial
El cuerpo y la mente son entendidos como objetos diferentes para su estudio y tratamiento.	Abordaje integral
La comprensión de la unión de las partes corresponde a un todo.	Siempre debe tenerse en cuenta el contexto. Las afirmaciones parciales no se pueden generalizar.
Todo debe ser medido, no hay lugar para la incertidumbre. Establece nuevas formas para clasificar las enfermedades y se deja de lado las especulaciones.	No existe un observador objetivo y prescindente. La presencia del observador altera al fenómeno de una forma no determinable.
Aquella dolencia, que el médico pueda reconocer, diagnosticar, clasificar y curar.	El diagnóstico toma en cuenta tanto aspectos biológicos, culturales, emocionales y psicosociales.
Curar enfermedades y no pacientes con enfermedades.	Abordaje integral. Esto implica además manejo de la relación médico- paciente-familia.
La enfermedad se produce por una sola causa.	La casualidad de todo fenómeno es múltiple

Elaboración: Real, (2016).

2.11. Atención primaria de salud (APS)

Un sistema de salud que se asienta en la atención primaria de salud (APS) se basa en su estructura y función, en los valores de la justicia y la cohesión social y en el derecho de todo individuo al más alto nivel de salud posible, con independencia de su raza, religión o afiliación política, ideológica, situación económica o social. Los principios requeridos para mantener dicho sistema, consideran la capacidad de responder de forma justa y eficaz a las necesidades de salud de los ciudadanos. Esto debe incluir la posibilidad de contar con las condiciones para continuar el progreso hacia la mejora continua y la renovación. Los gobiernos deben ser responsables, estables, participativos y centrarse en los más altos estándares de calidad y seguridad y de implementar medidas intersectoriales (OPS, 2020).

La reforma de la APS y su papel central para por mejorar la salud y el bienestar son acciones importantes por las siguientes razones:

- La APS es crucial para enfrentar los cambios rápidos en la economía, la tecnología y la demografía que afectan la salud y el bienestar. Este enfoque aglutina un importante espectro de partes interesadas para revisar y cambiar las políticas que afectan los aspectos sociales, económicos, ambientales y comerciales de la salud y el bienestar.

Entender a los individuos y las comunidades como factores clave para garantizar su propia salud y bienestar, resulta crítico para comprender y responder a las complejidades de nuestro mundo en constante cambio.

- La APS demostró ser un medio extremadamente poderoso y eficiente de abordar las causas subyacentes y los riesgos de las enfermedades y el bienestar de hoy y de los problemas emergentes que amenazan la salud y el bienestar del futuro. Además, demostró ser una inversión rentable, por cuanto se observó que la APS de alta calidad reduce los costos generales de atención médica, aumentando la eficiencia al reducirse los ingresos hospitalarios.
- Atender las necesidades de salud cada vez más complejas necesita un enfoque multisectorial que integre estrategias de prevención y promoción de la salud, soluciones que se basan en la comunidad y servicios de salud centrados en los individuos. La APS, además, toma en cuenta los elementos fundamentales requeridos para mejorar la seguridad sanitaria y prevenir amenazas para la salud como las epidemias y la resistencia a los antibióticos mediante medidas como la participación y educación ciudadana, la prescripción racional de medicamentos y una serie de funciones básicas de salud pública.

Para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible relacionados con la salud y la atención sanitaria universal, es importante contar con una APS más sólida, capaz de alcanzar otros objetivos, además del de salud (OPS, 2020).

La APS se lleva adelante en diversos países como una estrategia concebida y adaptada a los objetivos del sistema nacional de salud, pero concebida, además, en el desarrollo socioeconómico de las comunidades humanas. Constituye el primer nivel de contacto de los individuos, familias y comunidades con el sistema nacional de salud para acercar la atención de la salud cuanto sea posible al lugar donde los individuos viven y trabajan. Se trata del primer elemento de un proceso de atención de la salud en curso (Fonseca, 2008).

Lograr el mejoramiento de la salud mediante la APS demanda la reconstrucción y reorganización de los recursos físicos, humanos o materiales para que funcionen de acuerdo con el nivel de complejidad. Para lograr sus objetivos, se deben utilizar los servicios básicos de salud comunitaria, comenzando por el núcleo del grupo familiar (OPS, 1992). Los conceptos del papel de la APS en el desarrollo de los sistemas sociales y de salud engloban diversas

categorías, tanto en Europa como en otros países desarrollados, definiéndose de forma amplia como el primer nivel de atención de la salud para la población en general.

La renovación de la APS debe aportar a los esfuerzos de todos los países en proceso de cambio para fortalecer los sistemas de salud, alcanzando los objetivos de salud mundial, regional, nacional y local. Esta es una parte fundamental del desarrollo del sistema nacional de salud y es la forma más adecuada de garantizar una mejora equitativa y sostenible de la salud (OPS, 2008).

2.12 Herramientas para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar

2.12.1 APGAR familiar

La herramienta Adaptabilidad, Participación, Gradiente de crecimiento, Afecto y Resolución (APGAR), es una herramienta para identificar trastornos familiares. Al considerar los principios del médico de familia, se busca comprender el contexto de la enfermedad desde un enfoque personal, familiar y social. En este proceso, es posible utilizar todo tipo de herramientas para lograr el objetivo principal: optimizar la salud del paciente. Esta herramienta permite evaluar la percepción del paciente en relación con la situación funcional de sus familiares, a fin de tener un manejo más efectivo y una observación integral (Vera, 2018).

La prueba familiar APGAR se utiliza para medir la evaluación percibida de la función familiar y, por lo tanto, los programas de intervención (Suarez & Alcalá, 2014). La escala contiene cinco preguntas en relación con la percepción de la funcionalidad del núcleo familiar y consta de cinco criterios.

- **Adaptabilidad:** Habilidad de aprovechar los recursos familiares y comunitarios, a fin de enfrentar y solventar situaciones críticas.
- **Participación:** Facultad de compartir y enfrentar situaciones negativas, comunicándose con los demás para buscar la solución.
- **Gradiente de Crecimiento:** La capacidad de atravesar las diversas etapas del ciclo familiar, permitiendo individualizar a los integrantes del grupo familiar con madurez.
- **Afecto:** Capacidad de experimentar cariño y preocupación por cada integrante del grupo familiar y de expresar emociones.

- **Resolución:** La capacidad de aplicar los elementos anteriores para compartir el tiempo y recursos con cada integrante del grupo familiar.

Las respuestas para los ítems se califican: 0 = Nunca o casi nunca; 1 = A veces; 2 = Siempre o casi siempre, estos puntajes se suman; con un efecto que fluctúa entre 0 y 10 puntos. Puntajes altos indican mayor satisfacción o funcionalidad familiar: 0-3 Puntos: Disfunción Familiar Severa 4-6 Puntos: Disfunción Familiar Moderada 7-10 Puntos: Familia Funcional (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2013).

Esta herramienta es útil para mostrar cómo un individuo entiende la dinámica de su grupo familiar en un momento dado. La comprensión de esta valoración es particularmente relevante durante las prácticas ambulatorias, cuando los pacientes o usuarios muchas veces no pueden manifestar de forma directa sus problemas familiares y, en el otro extremo, resulta complicado hallar profesionales de la salud especializados en la resolución de tales problemas, cuando están presentes.

La escala fue traducida al español y validada, examinándose la validez de constructo y la validez factorial. La consistencia interna de las escalas es de 0,81 y la fiabilidad del test es de 0,81.

Entre sus beneficios, se destaca que, si bien este cuestionario es una herramienta que brinda al cuidador una idea general del nivel de funcionalidad del grupo familiar, tiene una desventaja importante, y es que no es del todo exacto. Por ello, se debe omitir el grado de disfunción manifestado, considerando, en cambio, los resultados como baja, moderada o alta satisfacción con el funcionamiento del grupo familiar (Suarez-Cuba & Alcalá-Espinoza, 2014).

Tabla 2. APGAR Familiar.

	Preguntas	Nunca (0)	Casi nunca (1)	Alguna s veces (2)	Casi siempre (3)	Siemp re (4)
Adaptación	Me satisface el auxilio recibida de mi familia cuando tengo algún problema					
Participación	Me satisface la forma en que tomamos las decisiones importantes en mi familia					
Ganancia o crecimiento	Me satisface como mi familia acepta y apoya mi					

	Preguntas	Nunca (0)	Casi nunca (1)	Alguna s veces (2)	Casi siempre (3)	Siemp re (4)
	deseo de emprender nuevas actividades					
Afecto	Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.					
Recursos	Me satisface como compartimos en mi familia el tiempo para estar justos, los espacios de la casa, el dinero					
Soporte de amigos	Estoy satisfecho con el soporte recibido por mis amigos					

Fuente: Vera, (2018). *Instrumento de evaluación del funcionamiento familiar APGAR*.

2.12.2 Security in the Family System (SIFS)

Es una herramienta de medición que se basa conceptualmente en la teoría de la seguridad emocional (Forman & Davies, 2005). El SIFS se puede aplicar a todo el sistema familiar, y es entendido como una herramienta para evaluar la seguridad emocional de los niños en este ámbito, procurando ver más allá de la certeza que da la observación y evaluación de la solidez de la relación entre los padres (López-Larrosa et al., 2016).

Dada la falta de herramientas para medir las percepciones de los niños en relación con el sistema familiar completo y su impacto en su bienestar, Forman & Davies, (2005) diseñaron SIFS como una herramienta para medir la confianza de un niño en sí mismo.

El SIFS busca identificar las estrategias desarrolladas por los niños para mantener su seguridad emocional: seguridad, miedo y rechazo o separación. Además, se considera que dos estrategias inseguras son el miedo y la no participación, donde la estrategia del miedo es perturbar a la familia (López-Larrosa et al., 2016).

Esta herramienta consta de 24 preguntas, agrupadas en 3 categorías y cinco escalas de valoración, que van desde el total desacuerdo (1) hasta el total acuerdo (5). El cuestionario fue traducido por dos psicólogos experimentados que trabajaban de forma independiente y luego revisado por un traductor de habla inglesa. La escala de 22 ítems mostró suficiente consistencia interna y confiabilidad de la repetición de la prueba, así como validez y poder predictivo. La

consistencia y confiabilidad internas de la repetición de la prueba es 0.88-0.85, la subescala de seguridad 0.85-0.82 y la subescala de desconexión 0.85.

Es beneficiosa, por cuanto permite identificar el nivel de seguridad emocional, determinando la seguridad, preocupación y desvinculación. En un estudio, los tres factores lograron una consistencia interna similar a la original y las métricas para la calidad del cumplimiento fueron aceptables. No obstante, es una de las pocas herramientas de evaluación del proceso familiar empleadas en la investigación, permitiendo la detección de adolescentes emocionalmente seguros o en riesgo (López-Larrosa et al., 2016).

Tabla 3. Security in the Family System (SIFS)

	ÍTEMS	M	DE	A
PREOCUPACIÓN	I3. En los últimos años, mi familia ha cambiado tanto que no he estado seguro de lo que iba a pasar a continuación			
	Tengo la sensación de que mi familia tendrá muchos cambios que yo no espero.			
	I8. Siento que no seré capaz de manejar los problemas familiares que vendrán en el futuro			
	I10. No sé qué hacer con respecto a las cosas que están pasando en mi familia.			
	I14. Siento que algo podría ir muy mal en mi familia en cualquier momento			
	I16. Es difícil saber cómo la gente en mi familia reaccionará unos con otros.			
	I22. A veces siento que algo muy malo va a pasar en mi familia.			
	I2. Estoy contento de formar parte de mi familia, porque hay más cosas positivas que negativas.			
	I6. Siento que puedo contar con mi familia para que me ayude y me aconseje cuando lo necesito.			
SEGURIDAD	I13. Vale la pena preocuparse por los integrantes del grupo familiar, aun cuando las cosas van mal.			
	I17. Cuando pienso en los problemas en mi familia, siento que las cosas se resolverán al final.			
	I20. Estoy orgulloso de mi familia.			
	I21. Creo que los integrantes de mi familia estarán cerca para ayudarme en el futuro.			
DESVINCULACIÓN	I4. Cuando pasa algo malo en mi familia, me gustaría vivir en una familia diferente			
	I5. No sé por qué aguanto todas las veces que mi familia me enfada.			
	I11. Las cosas que pasan en mi familia no parecen tener ningún sentido.			
	I12. Cuando tengo desacuerdos con los integrantes de mi familia, no vale la pena tratar de entender su propia vista			

	ÍTEMS	M	DE	A
PREOCUPACIÓN	I3. En los últimos años, mi familia ha cambiado tanto que no he estado seguro de lo que iba a pasar a continuación			
	Tengo la sensación de que mi familia tendrá muchos cambios que yo no espero.			
	I8. Siento que no seré capaz de manejar los problemas familiares que vendrán en el futuro			
	I10. No sé qué hacer con respecto a las cosas que están pasando en mi familia.			
	I14. Siento que algo podría ir muy mal en mi familia en cualquier momento			
	I16. Es difícil saber cómo la gente en mi familia reaccionará unos con otros.			
	I22. A veces siento que algo muy malo va a pasar en mi familia.			
	I2. Estoy contento de formar parte de mi familia, porque hay más cosas positivas que negativas.			
	I6. Siento que puedo contar con mi familia para que me ayude y me aconseje cuando lo necesito.			
	I18. Cuando estoy enfadado, no hay nadie en mi familia que pueda hacerme sentir mejor			
I24. Cuando pasa algo malo en mi familia, me apetece salir huyendo.				

Fuente: López-Larrosa et al., (2016). Validación de la escala Seguridad en el Sistema Familiar (SIFS) en base a las 3 categorías.

2.12.3 Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES)

Hay 4 versiones americanas del instrumento. La versión más utilizada es FACES III. Esta es una versión muy corta, solo 20 elementos, 10 por dimensión. Son herramientas de evaluación de familias de bajo, medio y alto riesgo (padres, madres, hijos e hijas) para determinar la cohesión y adaptabilidad de las funciones familiares, dos aspectos centrales del modelo circuplejo (Celsi & Olson, 1988). La medida de cohesión mide los lazos emocionales, los límites familiares, las coaliciones, el tiempo, el espacio, los amigos, la toma de decisiones, los intereses y la diversión. La dimensión de adaptabilidad mide asertividad, liderazgo y control, disciplina, negociación y regla (López-Larrosa et al., 2016).

Este modelo sistémico consta de tres dimensiones: cohesión, adaptabilidad y comunicación, y cada una está compuesta por diferentes variables que aportan a su comprensión (Celsi & Olson, 1988). La primera versión de este instrumento apareció en 1980 y constaba de 111 elementos. (Bell, 1980; Portner, 1981). En años posteriores, se desarrollaron otras tres versiones más, buscándose, en cada caso, superar las limitaciones de la previa. Una segunda versión, FACES

II, apareció en 1982 Olson, establecido por Portner y Bell, (1982) y una tercera versión, FACES III, por Olson, Portner y Lavee, (1985) con 30 y 20 elementos, respectivamente. Por tanto, durante este tiempo, los autores intentaron desarrollar una herramienta suficientemente eficaz para estudiar el funcionamiento del grupo familiar (López-Larrosa et al., 2016).

En este sentido, FACES III es una buena herramienta. No obstante, el modelo se lleva adelante de forma lineal, por lo que solo se aplica a la población no clínica. En este contexto, los autores han intentado en los últimos años desarrollar una cuarta versión, FACES IV, cuyo propósito es aplicarlo a una población clínica donde los valores extremos en dos dimensiones no tienen un funcionamiento. Por tanto, sería un instrumento que refleja las funciones curvas de ambas dimensiones (Olson y martinez pampliga, 1985).

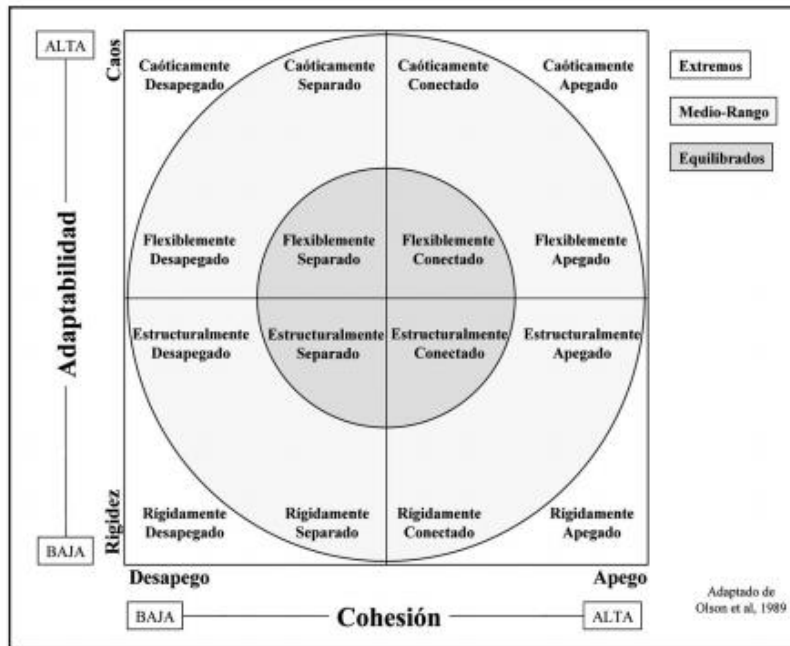
Esta prueba consta de 20 elementos. El análisis de distribución interna utiliza 10 ítems para medir la cohesión y los restantes 10 para valorar la adaptabilidad. En cuanto a la primera función, los elementos permiten medir las siguientes variables de función familiar: los ítems 11 y 19 evalúan la conexión emocional, que se refiere al grado de conexión que un individuo experimenta con su sistema familiar; 1 y 17 se refieren al apoyo emocional; los puntos 5 y 7 indican restricciones familiares. Los ítems 3 y 9, en cambio, constituyen el tiempo dedicado a la familia, el espacio físico disponible para reuniones familiares de amigos.

Finalmente, los puntos 13 y 15 implican el grado de participación individual en la actividad y los intereses compartidos por la familia el grupo familiar. La medición de la adaptabilidad, por su parte, toma en cuenta los ítems 8 y 18 que se vinculan con el liderazgo, los ítems 2 y 12 evalúan el nivel de control. La variable disciplina es evaluada en los puntos 4 y 10. Por último, los roles y las reglas en las secciones 8, 14, 16 y 20 (Zicavo et al., 2012).

En la mayoría de los casos, la escala diferencia entre grupos familiares (por ejemplo, clínicos y no clínicos), es una fuerte evidencia de su validez constructiva. Otra cualidad de los indicadores resaltados por los autores es que con el auxilio de FACES III fue posible reducir la correlación que existía entre los dos factores (cohesión y flexibilidad) al utilizar FACES II y su correlación con la deseabilidad social.

La adaptación secuencial de la prueba arrojó resultados incomparables en términos de validez y confiabilidad. No obstante, la mayoría de los estudios confirman que la prueba es relativamente confiable y válida al realizar un análisis factorial confirmatorio y establecer factores de seguridad para cada factor (Schmidt et al., 2010).

Figura 1. Circumplejo para el FACES-III de Olson



Fuente: Adaptación de Celsi & Olson, (1988).

Tabla 4. Instrumento de validación de FACES III.

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

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5
Describe su familia:				
1. Los integrantes de nuestra familia se dan apoyo mutuamente				
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas				
3. Aceptamos las amistades de los demás integrantes del grupo familiar				
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina				
5. Cualquier miembro puede tomar la autoridad				
6. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con individuos que no son de nuestra familia				
7. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas				
8. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia				
9. Padres e hijos se ponen de acuerdo en lo que respecta a los castigos				
10. Nos sentimos muy unidos				
11. En nuestra familia los hijos toman las decisiones				
12. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente				
13. En nuestra familia las reglas cambian				

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5
14. Con facilidad podemos planear actividades en familia				
15. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros				
16. Consultamos unos con otros para tomar decisiones				
17. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad				
18. La unión familiar es muy importante				
19. Es difícil decir quién hace las labores del hogar				

Fuente: Irigoyen y Gómez, versión en español, México (2002). Instrumento de evaluación de 20 preguntas con un valor de puntuación de 1 a 5 (nunca, 1; casi nunca, 2; algunas veces, 3; casi siempre, 4, y siempre, 5).

2.12.4. Family Assessment Device (FAD)

El Dispositivo de Evaluación Familiar (FAD) es un cuestionario de autoinforme de 60 ítems, desarrollado para evaluar las seis dimensiones del Modelo McMaster de Funcionamiento Familiar (MMFF). Se ha traducido y adaptado para evaluar el funcionamiento de las familias en Canadá, Hungría, Italia, Países Bajos, Grecia, Turquía, Palestina, Israel, Líbano, Japón, China y Australia. (Barroilhet, et al 2009). Diversos estudios han utilizado este instrumento en salud mental. El funcionamiento familiar en muestras de pacientes con depresión se ha comparado con el de controles sanos. Además, se ha utilizado para estudiar muestras de pacientes con trastornos alimentarios, esquizofrenia, autolesiones y comportamiento suicida, adicciones, trastorno bipolar, TOC, TDAH y fobia social (Barroilhet et al., 2009).

De forma similar, la FAD se ha utilizado para investigar el funcionamiento familiar de pacientes con lesión cerebral traumática, cáncer, VIH, enfermedades neurológicas crónicas, diabetes, asma y obesidad, entre otras enfermedades médicas. Resulta peculiarmente interesante su uso en estudios de cohortes familiares reportados para determinar la contribución del funcionamiento familiar a la patogénesis de los trastornos mentales. Este cuestionario tiene una baja correlación con la discapacidad social, y una correlación moderada con otros instrumentos de funcionamiento familiar autoadministrados, siendo capaz de diferenciar de forma significativa entre familias evaluadas clínicamente como funcionales o disfuncionales (Barroilhet, et al 2009).

Los puntos de corte de la FAD para distinguir familias disfuncionales de las funcionales tienen una sensibilidad y especificidad adecuadas en su versión original en inglés de 0,72 y 0,90 y, en general, la fiabilidad de sus subescalas es aceptable. El cuestionario demostró una estabilidad

temporal adecuada para las siete subescalas) (Galán, 2019). Kabacoff, et al, (1990) verificaron la estructura factorial de la versión de 60 ítems hipotetizada para el modelo, comparando familias de pacientes psiquiátricos con las de pacientes con patología médica y aquellas de sujetos sanos (Barroilhet, et al 2009).

El modelo de proceso del funcionamiento familiar provee un marco conceptual para proponer evaluaciones familiares. Este modelo contiene un medio para organizar e integrar diversos conceptos en un marco completo pero analítico. Tanto el modelo de procesos como el modelo de se derivaron de un ancestro común: el esquema de categorías familiares (Steinhauer et al, 1984).

Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que se basa en la medida en que cada declaración describe a su familia. Su valoración se da aplicando una escala de Likert: totalmente de acuerdo (SA), de acuerdo (A), en desacuerdo (D) y totalmente en desacuerdo (SD), cuyos ítems se estructuran en:

Resolución de problemas: 12, 24, 38, 50, 60.

Comunicación: 3, 14, 18, 43, 52, 59.

Funciones: 4, 10, 15, 23, 34, 40, 45, 53.

Capacidad de respuesta afectiva: 9, 19, 28, 39, 49, 57.

Participación afectiva: 5, 13, 25, 33, 37, 42, 54.

Control de comportamiento: 7, 17, 20, 27, 32, 44, 47, 48, 55.

Funcionamiento general: 1, 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56.

Tabla 5. Medias, desviaciones estándar y coeficientes de correlación test-retest del dispositivo de evaluación familiar (FAD).

1. Es difícil planear actividades en la familia, porque no nos entendemos bien	GF
2. Resolvemos casi todos los problemas cotidianos del hogar	PS
3. Cuando alguien está molesto, los demás saben por qué	CM
4. Cuando se le pide a uno que haga algo, se requiere comprobar que lo haya hecho	RL
5. Si alguien tiene problemas, los demás se involucran demasiado	AI
6. En tiempos de crisis podemos contar con el apoyo de los demás	GF
7. No sabemos qué hacer cuando surge una emergencia	BC
8. A veces se nos acaban las cosas que necesitamos	RL

9. Somos reacios a demostrar el afecto que sentimos los unos por los otros	AR
10. Nos aseguramos de que los integrantes del grupo familiar cumplen con sus responsabilidades familiares.	RL
11. No podemos hablar entre nosotros de la tristeza que sentimos	GF
12. Normalmente actuamos según las decisiones que hemos tomado respecto a los problemas emergentes	PS
13. Los demás se interesan por ti solamente cuando es importante para ellos	AI
14. No se puede saber cómo se siente un individuo según lo que dice	CM
15. Las tareas del grupo familiar no están lo suficientemente repartidas	RL
16. Cada uno es aceptado por lo que es	GF
17. Es fácil no hacer lo que se debe y salir impune	BC
18. La gente dice las cosas abiertamente, sin rodeos	CM
19. Algunos de nosotros no somos muy emotivos en nuestras respuestas	AR
20. Sabemos lo que hay que hacer en caso de una emergencia	BC
21. Evitamos hablar de nuestros temores y preocupaciones	GF
22. Nos es difícil hablar entre nosotros de sentimientos de afecto	CM
23. Nos cuesta trabajo realizar nuestros pagos	RL
24. Después de tratar de resolver un problema, por lo general nuestra familia discute si la solución fue buena o no	PS
25. Somos demasiado egocéntricos	AI
26. Podemos expresar nuestros sentimientos los unos hacia los otros	GF
27. No tenemos claro que se espera en cuanto al aseo personal	BC
28. No mostramos el amor que sentimos los unos por los otros	AR
29. Hablamos con los individuos de nuestra familia de forma directa, sin interrutinarios	CM
30. Cada uno de nosotros tiene unos deberes y responsabilidades específicos	RL
31. Hay muchos malos sentimientos en la familia	GF
32. Sabemos que está bien o mal en cuanto a pegar a los demás	BC
33. Solamente nos interesamos por los demás cuando se trata de algo que nos interesa personalmente	AI
34. Tenemos poco tiempo para dedicar a intereses individuales	RL
35. Muchas veces no decimos lo que queremos decir	CM
36. Sentimos que somos aceptados por lo que somos	GF
37. Mostramos interés por los otros cuando nos es ventajoso personalmente	AI
38. Resolvemos casi todos los problemas emocionales emergentes	PS
39. El afecto es secundario con relación a otras cosas en nuestra familia	AR
40. Hablamos en relación con quien ha de hacer las tareas del grupo familiar	RL
41. El tomar decisiones es un problema para nuestra familia	GF
42. En nuestra familia los unos se interesan por los otros solo cuando les es ventajoso	AI
43. Somos francos los unos con los otros	CM

44. No nos comportamos según lo establecido	BC
45. Si se le pide a alguien que haga algo, hay que recordárselo	RL
46. Somos capaces de decidir cómo resolver los problemas	GF
47. Si no hacemos lo que debemos, no sabemos qué puede pasar	BC
48. En nuestra familia cualquier cosa se permite	BC
49. Expresamos afecto	AR
50. Nos enfrentamos a los problemas que se vinculan con nuestros sentimientos	PS
51. No nos llevamos bien	GF
52. No nos hablamos cuando estamos enfadados	CM
52. Por lo general estamos descontentos con las tareas de la casa que se nos han dado	RL
54. Aunque tenemos buenas intenciones, nos entrometemos demasiado en la vida de los demás	AI
55. Sabemos que está bien o mal con respecto a las situaciones peligrosas	BC
56. Nos hablamos en confianza	GF
57. Lloramos abiertamente	AR
58. No tenemos acceso a un medio de transporte adecuado	RL
59. Cuando no nos gusta lo que alguien ha hecho, se lo decimos	CM
60. Tratamos de pensar en diferentes formas	PS

PS problem solving, CM communication, RL roles, AR affective responsiveness, AI affective involvement, BC behavioral control, GF general functioning.

Fuente: Kabacoff, et al, (1990). Instrumento FAD, adaptación en español compuesta por 60 ítems.

2.12.5 Medida de Evaluación del grupo familiar (FAM)

Es una herramienta que permite determinar el logro exitoso de una variedad de tareas básicas, de desarrollo y de crisis (realización de tareas). Cada una de estas plantea demandas que la familia debe organizarse y que deben ser cumplidas a través del proceso de realización de tareas que la familia logra, o no logra, dentro de los objetivos centrales de su vida.

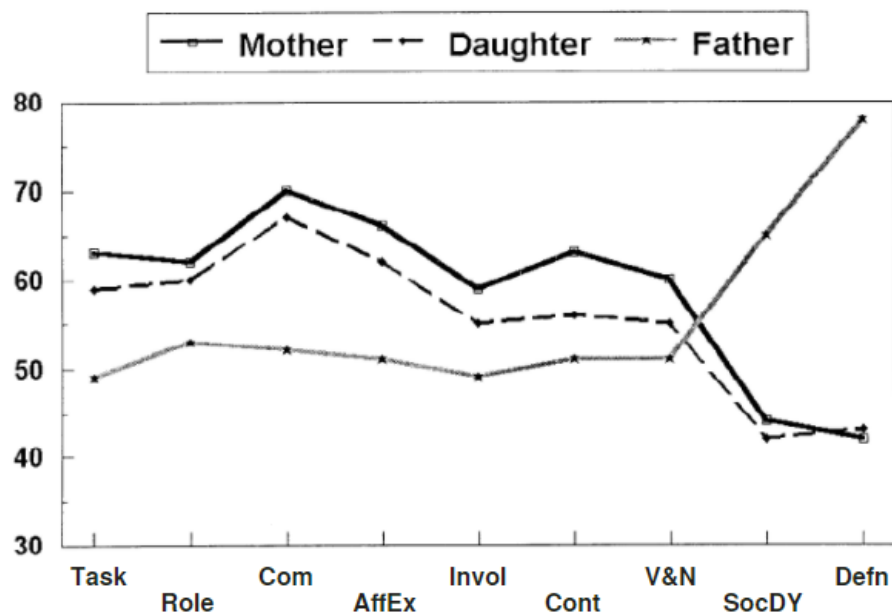
Estos toman en cuenta el desarrollo continuo de todos los integrantes del grupo familiar, proveer una seguridad razonable, garantizar la cohesión suficiente para mantener a la familia como una unidad y funcionar eficazmente como parte de la sociedad (Skinner, et al, 2000). El proceso mediante el cual se realizan las tareas toma en cuenta:

- Identificación de tareas o problemas.
- Exploración de soluciones alternativas.
- Implementación de enfoques seleccionados.
- Evaluación de efectos.

La Medida de Evaluación del grupo familiar (FAM) se desarrolló de acuerdo con un paradigma de validación de constructo (Jackson, 1974; Skinner, 1981). Esta estrategia implicó una interacción activa entre la especificación del modelo teórico del funcionamiento familiar y la construcción de un instrumento para medir conceptos del modelo.

El FAM puede proveer un adjunto a la valoración, señalando las lagunas en la evaluación, que luego pueden ser exploradas clínicamente, identificando áreas de confusión, como cuando diferentes familias entienden el mismo fenómeno de distinta manera, proveyendo una validación independiente y objetiva de la evaluación clínica, al resaltar su interés en las diferencias en la percepción, aumentando así la conciencia de los miembros de que entienden a su familia de forma diferente.

Figura 2. Escala FAM.



Fuente: Holden & Jackson, Item subtlety and face validity in personality assessment, 1979.

El FAM puede generar una imagen inusualmente rica de las relaciones de una pareja si, además de que los socios usan la escala diádica para describir su relación mutuamente, además, completan: (1) escalas propias, que demuestran cómo ven o no ven su parte en el problema de la pareja; y (2) escalas diádicas que describen sus relaciones con los niños que creen que tienen problemas emocionales o de conducta. Una valoración sobre cómo cada padre ve la relación con el niño, y qué tan bien se lleva el padre con el niño en comparación con la pareja, a menudo ilustra la triangulación tan frecuente en las familias de padres en conflicto encubierto.

El coeficiente alfa provee una medida de la coherencia con la que los individuos responden a los elementos de la misma subescala. Los valores alfa entre 0.60 y 0.80 por lo general se consideran satisfactorios, y los valores superiores a 0.80 suelen ser considerados excelentes. Debido a que la confiabilidad de una medida está influenciada por el número de ítems, se debe esperar alguna reducción en la confiabilidad para las subescalas mucho más breves. Las confiabilidades de la mayoría de las subescalas son bastante respetables, aunque algunas subescalas de la escala de autoevaluación son bajas (Skinner et al., 2000).

No hay forma absoluta de saber que una escala mide realmente un constructo, por cuanto este nunca puede ser medido de forma perfecta. Como no se puede evaluar de forma directa, se debe inferir la validez. Decir que una escala, o un instrumento, es válido se basa en el peso de la evidencia acumulada de una variedad de fuentes utilizando diversas metodologías.

Sin embargo, las propiedades de medición de FAM son bastante respetables, dada la complejidad inherente y los desafíos en la evaluación familiar. Las estimaciones de confiabilidad son muy buenas en la mayoría de los contextos. La validez del FAM está respaldada por investigaciones realizadas en una variedad de ambientes clínicos y no clínicos. Esta evidencia empírica, reforzada por las experiencias de médicos e investigadores en diversos países, sugiere que FAM cumple su propósito al proveer una rica fuente de información en relación con el funcionamiento familiar.

Por lo tanto, el FAM tiene como objetivo proveer una definición de trabajo de constructos en el modelo de proceso. El FAM consta de cuatro componentes de autoinforme según Skinner, et al, (2000):

- **Escala general (cincuenta ítems, nueve subescalas):** Se centra en la familia desde una perspectiva de sistemas. Esta escala provee una calificación general del funcionamiento familiar, siete medidas que se vinculan con el modelo de proceso y dos subescalas de estilo de respuesta (deseabilidad social y defensividad).

- **Escala de relaciones diádicas (cuarenta y dos ítems, siete subescalas):** Se centra en las relaciones entre diversos pares (díadas) en la familia. Por cada díada, se provee una calificación general de funcionamiento junto con una evaluación para cada constructo del modelo de proceso.

- **Escala de autoevaluación (cuarenta y dos ítems, siete subescalas):** Se enfoca en la percepción del individuo de su propio funcionamiento en la familia. Se provee un índice general junto con siete medidas que se vinculan con el modelo de proceso.
- **FAM breves (catorce ítems):** Cada versión del FAM (general, diádica, propia) tiene su correspondiente versión corta de catorce ítems, índice general de funcionamiento familiar en situaciones en las que el tiempo disponible es limitado y para la detección preliminar.

Uno de los aspectos más útiles de FAM es que al combinar sus tres escalas una obtiene un perfil del grupo familiar y el nivel de funcionamiento familiar. Cada uno de esta captura un aspecto diferente y cada relación diádica se describe por los participantes en la díada. El FAM completa: auto escalas, que demuestran cómo ven, o no ven, sus problemas de pareja y escalas diádicas que describen sus relaciones con los niños que creen que tienen emociones o problemas de conducta. Cuando se evalúa cómo cada padre ve la relación con el niño y qué tan bien se lleva el padre con el niño en comparación con la pareja, se tiene la triangulación en la familia (Skinner et al., 2000).

2.12.6 Escala de Clima Social Familiar (FES)

Esta herramienta permite evaluar y describir las relaciones interindividuales entre los integrantes del grupo familiar, así como los aspectos más importantes del desarrollo y su estructura básica (Vargas & Jael, 2009). La escala consiste en 90 elementos agrupados en 10 subescalas, definiendo tres dimensiones, según Fernández y Sierra (1984):

- **Desarrollo:** Evalúa la importancia de determinados procesos que posibilitan el desarrollo personal en la familia que pueden ser facilitados o dificultados por la convivencia rutinaria.
- **Estabilidad:** Contiene información en relación con la estructura y organización del grupo familiar, así como el nivel y tipo de control que los integrantes del grupo familiar normalmente ejercen en relación con los demás.
- **Relaciones:** Es una medida que evalúa el nivel de comunicación y libertad de expresión en la familia, así como el nivel de interacción conflictiva entre los integrantes. En la mayoría de estudios solo se analizan este aspecto, por cuanto el conocimiento de las relaciones familiares y la forma en que interactúan mutuamente era mejor que controlar y monitorear el comportamiento.

Esta dimensión tiene tres subescalas que fueron calificadas y analizadas: cohesión (CO), se trata del grado donde los integrantes del grupo familiar se mezclan, ayudan y apoyan; Expresividad (EX): este es el grado donde los integrantes del grupo familiar son libres de actuar y se les anima a actuar con libertad y expresar sus sentimientos de forma directa. Conflicto (CT): este es el grado en que la ira, la agresión y el conflicto se expresan libre y abiertamente entre los integrantes del grupo familiar (Fernández Ballesteros y Sierra 1984).

Por otra parte, la escala de Clima Social Familiar (FES) mide: cohesión (CO), identificando el grado donde los integrantes del grupo familiar están involucrados y se apoyan mutuamente. Expresividad (EX), explora el grado donde se permite y anima a los integrantes del grupo familiar a actuar con libertad, y a expresar de forma directa sus sentimientos. Conflicto (CT), grado donde se expresan libre y abiertamente la cólera, la agresividad y conflicto entre los integrantes del grupo familiar. Estas tres áreas hablan de la dimensión relaciones que mide el grado de comunicación y libre expresión dentro del grupo familiar y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza (Jimenez et al., 1999).

Por otro lado, los cinco dominios hablan de una dimensión de desarrollo que evalúa la importancia de ciertos procesos de desarrollo personal en la familia que pueden o no ser facilitados por la convivencia, por ejemplo: la autonomía (AU), la medida en que los integrantes del grupo familiar son tomadores de decisiones independientes, que actúan (AC) según el grado en que las actividades (tal como en el colegio o el trabajo) se enmarcan en una estructura orientada a la acción o competición. Intelectual – cultural (IC) grado de interés en las actividades de tipo político, intelectuales, culturales y sociales. Social – recreativo (SR), grado de participación en diversas actividades de esparcimiento y moralidad -religiosidad (MR), importancia que se le da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.

Por último, evalúa la organización (OR), importancia que se le da en el hogar a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades del grupo familiar, y control (CN), grado donde la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos.

En cuanto al análisis factorial desarrollado en la adaptación española, se pueden determinar los siguientes parámetros: Factor 1: Se puede definir como: las relaciones internas requeridas para un buen clima familiar; intervienen las subescalas cohesión, expresividad, ausencia de conflicto, organización, moralidad y acción, Factor 2: indica la estabilidad del grupo familiar y resalta su interés en la implicación de la organización; control, acción, moralidad y la leve

severidad de la inexistencia del conflicto. Factor 3: Esta parece ser una dimensión de las relaciones externas que apunta a unidades ajenas a la misma familia, como la intelectual-cultural y la socio-recreativa.

La fiabilidad general de la escala es de alrededor de 0,69. La consistencia dimensional interna es pobre, pero satisfactoria para una escala donde se incluyen distintos elementos. Por otro lado, el indicador test-retest fluctúa entre 0,31 y 0,80, mientras que el alfa de Cronbach da un factor de 0,782. Esto indica una fiabilidad aceptable del instrumento.

El parámetro relacional evalúa el grado de comunicación y libre autoexpresión en la familia y el grado de interacción conflictiva que las caracteriza; consta de tres subescalas: cohesión ($r = 0,79$), expresividad ($r = 0,64$) y conflicto ($r = 0,63$). La dimensión de desarrollo examina la importancia de ciertos procesos de desarrollo personal en la familia, a los que la vida familiar puede aportar o no. Esta área comprende 5 subescalas: autonomía ($r = 0,40$), productividad ($r = 0,44$), interés intelectual y cultural ($r = 0,60$), participación en actividades sociales y de ocio ($r = 0,44$) y moralidad-religión ($r = 0,41$).

La dimensión de estabilidad provee información en relación con la estructura y organización del grupo familiar y el grado de control que normalmente ejercen los integrantes del grupo familiar; consta de las subescalas “Organización” ($r = 0,78$) y “Control” ($r = 0,61$). El valor r entre paréntesis que aparece después de cada medición y subescala corresponde a los factores de confiabilidad 20 determinados mediante el método de Couder-Richardson (Rodríguez & López, 2015).

2.12.7. Índice de funcionamiento familiar (FFI)

La escala consta de 15 elementos para medir las interacciones familiares en las siguientes áreas: satisfacción en el matrimonio, frecuencia de separación, comunicación, resolución de problemas, felicidad e intimidad (Liangtie & Wang, 2015).

La funcionalidad familiar se definió como un conjunto de atributos que permiten caracterizar a la familia como un sistema, describiendo los patrones que resultan del funcionamiento, los valores o el comportamiento del sistema familiar. El funcionamiento del grupo familiar se analiza frecuentemente en relación con la base de tipologías familiares, que utilizan pequeñas dimensiones para distinguir sistemas familiares que tienen un funcionamiento de forma diferente, tanto interna como externamente (Universidad de Valencia, 2014).

Tipo I fortalecimiento de familias (con un alto nivel de recursos familiares): Estos grupos familiares tienen un funcionamiento familiar y social muy satisfactorio (Cadena, 2015).

Tipo II y Tipo III familias con Empoderamiento Parcial (Promedio por Recurso Familiar): Estos grupos familiares se caracterizan por poca flexibilidad y lazos familiares, aunque la comunicación entre sus integrantes es positiva y sin problemas serios (Tipo II) o adecuada flexibilidad y conexión emocional, pero con comunicación familiar problemática (tipo III) (Cadena, 2015).

Tipo II y Tipo III familias con empoderamiento parcial (Promedio por Recurso Familiar): Estos grupos familiares se caracterizan por una escasa flexibilidad y vínculos familiares, aunque la comunicación entre sus integrantes es positiva y sin mayores problemas (Tipo II) ni una adecuada flexibilidad y conexión emocional, pero con una comunicación familiar problemática (tipo III) (Cadena, 2015).

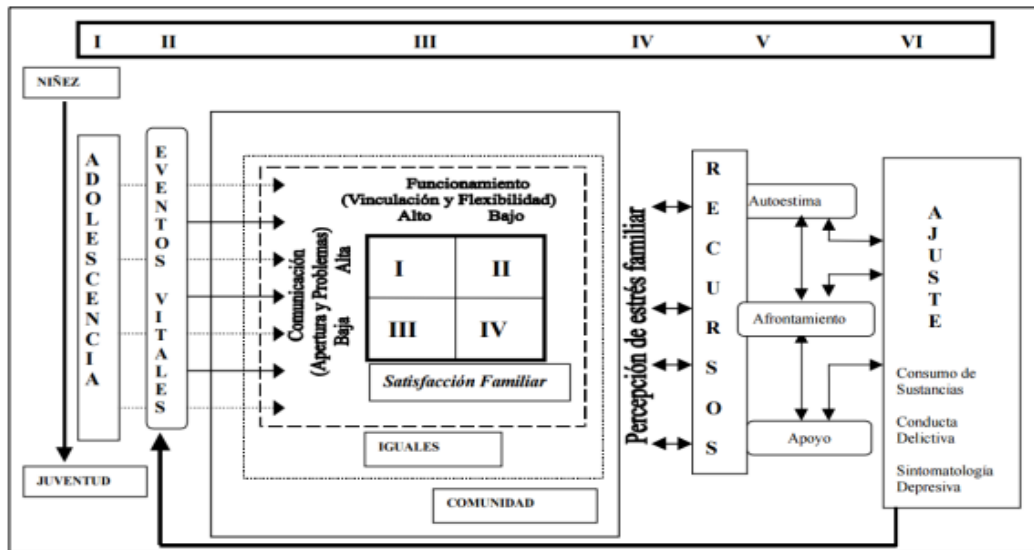
Tipo IV: Familias Obstructoras (bajas en recursos familiares): Estos grupos familiares se caracterizan por tener lazos familiares deficientes e inflexibilidad, así como una comunicación problemática.

La funcionalidad familiar es más que un factor importante a nivel nuclear. Afecta al nivel social y aumenta los niveles de delincuencia, violencia y drogadicción, por cuanto los valores adquiridos mediante la unión familiar no se han consolidado. El adolescente es el que más sufre por su vulnerabilidad emocional y su caótica realidad de la juventud (Cadena, 2015).

La confiabilidad y validez de FFI era aceptable en la mayoría de los casos. Las correlaciones entre las dimensiones derivadas del análisis factorial y las puntuaciones totales variaron de .07 a .96 para los padres y de .21 a .95 para las madres (Pless y Satterwhite 1973). Utilizando una parte del grupo original (n = 30) de familias con niños con enfermedades crónicas, se encontró que la confiabilidad test-retest a 5 años era de .83.

Las correlaciones entre los puntajes de FFI para los nuevos inscritos en las agencias de asesoramiento familiar y las calificaciones de los trabajadores sociales en relación con el funcionamiento familiar fueron de .48 para las madres y de .35 para los padres. La correlación entre las calificaciones de los consejeros para profesionales y las calificaciones FFI de los padres fue de .39 (Massé, 2009).

Figura 3. Funcionamiento Familiar.



Fuente: Liangtie & Wang, (2015). Tipo I, II, III y IV.

2.12.8. Test de funcionamiento familiar FF-SIL

Se trata de una herramienta que permite cuantificar la funcionalidad familiar, midiendo las variables de cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, emocionalidad, roles y adaptabilidad.

- **Funcionamiento del grupo familiar:** la dinámica sistemática de las relaciones emergentes por medio de cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad.
- **Cohesión:** la unidad física y emocional en la familia en distintas situaciones y a la hora de tomar decisiones en relación con las tareas rutinarias.
- **Armonía:** la correspondencia de los intereses y necesidades individuales con los del grupo familiar, en un equilibrio emocional positivo.
- **Comunicación:** los integrantes del grupo familiar pueden comunicar sus experiencias de forma clara y directa.
- **Permeabilidad:** la capacidad de una familia para ofrecer y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

- **Afectividad:** la capacidad de los integrantes del grupo familiar para experimentar y demostrar sentimientos y emociones positivas.
- **Roles:** cada integrante del grupo familiar cumple las responsabilidades y funciones consensuadas al interior del núcleo familiar.
- **Adaptabilidad:** habilidad del grupo familiar para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

Para comprender la aplicación de la herramienta, la metodología de la propuesta debe dividirse en 2 aspectos: 1) Prueba funcional del grupo familiar FF-SIL. Consta de diversas situaciones que pueden o no darse en la familia, sumando 14 elementos, 2 de los cuales corresponden a cada una de las 7 variables medidas por el dispositivo.

Tabla 6. Elementos del FF-SIL.

N.º de situaciones	Variables que mide
1 y 8	Cohesión
2 y 13	Armonía
5 y 11	Comunicación
7 y 12	Permeabilidad
4 y 14	Afectividad
3 y 9	Roles
6 y 10	Adaptabilidad

Fuente: Huerta-González, J. (2005).

La aplicación del test en familias según el criterio del médico familiar: se asienta en elementos objetivos y evidentes del parentesco de sus integrantes, consiste en aplicar la herramienta a un miembro del grupo familiar, preferiblemente al jefe del núcleo o a un integrante que tenga un afecto cercano o consanguinidad que presente desequilibrios en la dinámica de las relaciones en el grupo familiar.

Luego de utilizar la herramienta y conocer el grado de disfunción, el profesional comienza a analizar cuantitativamente cada una de las 7 variables medidas por la prueba para determinar cuáles de ellas están influenciadas por el grupo y cuáles permiten determinar el factor asociado a diferenciar con "Alteraciones de procesos familiares".

El usuario responde a cada situación con una (x) en la escala de los valores de calidad según su percepción como familiar. Al final, los puntos que corresponden a la escala de categorías que describe el funcionamiento del grupo familiar se resumen a continuación:

De 70 a 57 ptos. Familia funcional.

De 56 a 43 ptos. Familia moderadamente funcional.

De 42 a 28 ptos. Familia disfuncional.

De 27 a 14 ptos. Familia severamente disfuncional.

La confiabilidad temporal tiene un valor de 0.93, el análisis de la consistencia interna es alto (= 0.85), lo que habla de homogeneidad dentro del elemento con independencia de la multidimensionalidad del instrumento. El análisis de componentes principales provee los valores propios y las variaciones de los componentes restantes.

La vigencia del FF - SIL y su consistencia interna, especialmente el análisis de su estructura factorial, muestra una aceptable agrupación de elementos en relación al diseño a medir, consecuencia que aporta a una mayor coherencia y sistematización de los conceptos propuestos por algunos autores durante un período de tiempo. El segundo elemento interesante es la agrupación de objetos en torno a un factor teóricamente distinguible que se relaciona con la percepción de la función familiar (Cassinda-Vissupe et al., 2016).

En resumen, se puede decir que el FF-SIL tiene suficientes propiedades psicométricas para evaluar la función familiar. Esto permite su uso en el campo del diagnóstico psicológico del contexto importante del grupo familiar.

Tabla 7. Test de funcionamiento familiar FF-SIL.

Situaciones	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
Se toman decisiones para cosas importantes del grupo familiar					
En mi casa predomina la armonía					
En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					

Situaciones	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones distintas.					
Cuando alguien del grupo familiar tiene un problema los demás ayudan.					
Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
Podemos conversar diversos temas sin temor.					
Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar auxilio en otros individuos.					
Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

Fuente: Ortega-Veitía, Teresa, et al., (1999).

2.12.9 Cuestionario de Estabilidad Familiar (FSQ)

El FSQ se construyó para evaluar y medir la estabilidad familiar. La versión final del cuestionario consistió en 56 ítems puntuados usando una escala Likert de 4 puntos de la siguiente forma: completamente de acuerdo = 1, de acuerdo = 2, en desacuerdo = 3 y completamente en desacuerdo = 4 (Pourmovahed et al., 2018).

Al principio, los resultados del CFA en 70 ítems del FSQ no pudieron confirmar (RMSEA = 0.06, Chi-cuadrado / gl = 2.06, CFI = 0.91, GFI = 0.72) pero el FSQ con 56 preguntas, indicó que tiene una validez suficientemente alta y confiabilidad para medir la estabilidad familiar (RMSEA = 0.04, Chi-cuadrado / gl = 2.17, CFI = 0.95, GFI = 0.96) con un índice de ajuste aceptable. Tiene un nivel de confianza de 0,95 y ofrece prioridad de factores familiares 0,55 y error de medición de 0,065.

Este cuestionario incluyó diez categorías: comunicación (9 ítems), resolución de problemas (5 ítems), control conductual (5 ítems), capacidad de respuesta afectiva (5 ítems), roles (6 ítems), participación afectiva (6 ítems), creencias religiosas (4 ítems) elementos), función general (7 elementos), medios (4 ítems) y supersticiones (5 ítems). Una puntuación alta en cada componente o en todo el cuestionario indicó una estabilidad familiar inapropiada; por tanto, los ítems que indicaban una estabilidad familiar inapropiada se puntuaron de forma inversa (2, 5, 7, 8, 12, 14, 20, 24, 25, 27, 28, 30-35, 37-43, 45, 46, 48, 59, 60–62, 64–67).

Tabla 8. Cuestionario de evaluación de Estabilidad Familiar (FSQ) en español.

Subescalas	Preguntas
Función general	<p>Los integrantes de nuestra familia son abiertos y honestos mutuamente.</p> <p>Los integrantes de nuestra familia no se entienden.</p> <p>En nuestra familia, algunos integrantes renuncian a sus propios deseos para hacer avanzar a otros integrantes del grupo familiar.</p> <p>En nuestra familia rara vez se tienen en cuenta las opiniones de los niños</p> <p>Si un integrante del grupo familiar se enferma físicamente, otros lo ayudarán.</p> <p>Si un integrante del grupo familiar padece una enfermedad mental, los demás no le prestarán atención.</p> <p>Los integrantes de nuestra familia no son tolerantes con los problemas de los demás</p>
Resolución de problemas	<p>Por lo general, utilizamos todos los medios posibles para resolver los problemas familiares.</p> <p>Si no encontramos una solución a los problemas del grupo familiar, aceptamos la realidad y siga adelante.</p>

Subescalas	Preguntas
	<p>Al resolver problemas familiares, por lo general algunos integrantes tratan de imponer sus propios puntos de vista otros integrantes del grupo familiar.</p> <p>Al resolver nuestros problemas familiares, el padre suele tomar la decisión final</p> <p>Al tomar decisiones familiares, los integrantes de nuestra familia se respetan mutuamente.</p>
Comunicación	<p>Nuestra familia habla sinceramente de sus verdaderos sentimientos</p> <p>Si no nos gusta el comportamiento de un integrante del grupo familiar, lo ignoramos.</p> <p>Hablamos entre nosotros para resolver desacuerdos y malentendidos.</p> <p>Nos esforzamos por descubrir por qué otro integrante del grupo familiar está molesto.</p> <p>Los integrantes de nuestra familia no se guardan ningún secreto entre ellos.</p> <p>De vez en cuando, hay una pelea física en nuestra familia.</p> <p>Cuando hay un desacuerdo en nuestra familia, podemos esperar abuso verbal.</p> <p>En nuestra familia, los niños se respetan mutuamente y a sus padres.</p> <p>Los integrantes de nuestra familia esperan mucho unos de otros.</p>
Participación afectiva	<p>Nuestra familia está muy ocupada, física y mentalmente; de ahí las expectativas de otra familia los integrantes no se tienen en cuenta.</p> <p>En nuestra familia, cooperamos entre nosotros solo cuando es en nuestro mejor interés.</p> <p>En nuestra familia, los niños y su madre siempre se unen contra el padre.</p> <p>Rara vez dedicamos tiempo a otros integrantes del grupo familiar.</p> <p>En nuestra familia, los niños son independientes y egocéntricos.</p> <p>En nuestra familia, los niños no prestan atención a los deseos de los padres.</p>
Capacidad de respuesta afectiva	<p>Los integrantes de nuestra familia no pueden expresar su afecto entre ellos.</p> <p>Es difícil para los integrantes de nuestra familia estar lejos del grupo familiar.</p> <p>En nuestra familia, no se presta atención a los sentimientos y emociones de los niños.</p> <p>Después de una enfermedad física prolongada de un familiar, nos cansamos de cuidar él o ella.</p> <p>Después de una enfermedad mental prolongada de un familiar, nos cansamos de cuidarlo o ella.</p>
Roles	<p>Los integrantes de nuestra familia no cumplen con sus funciones.</p> <p>En nuestra familia, las mujeres asumen la mayor parte de las responsabilidades.</p>

Subescalas	Preguntas
	<p>Cuando se trata de las tareas del hogar, los integrantes de nuestra familia no cooperan.</p> <p>Las responsabilidades en nuestra familia no se distribuyen adecuadamente entre los integrantes.</p> <p>Cuando un integrante del grupo familiar necesita hacer algo, se le debe recordar muchas veces.</p> <p>No estamos satisfechos con la división de responsabilidades en nuestra familia.</p>
Control de comportamiento	<p>Hay ciertas reglas en nuestra familia que deben continuarse.</p> <p>En nuestra familia, las idas y venidas están bajo control.</p> <p>Tenemos reglas para el uso de medios sociales y masivos como redes virtuales, satélites, servicios, entre otros aspectos.</p> <p>Si uno de los integrantes de nuestra familia llega tarde a casa, será responsable.</p> <p>A la hora de vestirse, nuestra familia tiene ciertas reglas.</p>
Creencias religiosas	<p>Las creencias religiosas juegan un papel importante en la reducción de las tensiones entre nuestra familia.</p> <p>Las creencias religiosas juegan un papel en el mantenimiento de la estabilidad de nuestra familia.</p> <p>Debido a nuestras creencias religiosas, no nos criticamos unos a otros.</p> <p>Debido a nuestras creencias religiosas, cuando nos molesta otro integrante del grupo familiar.</p>
Medios de comunicación	<p>En nuestra familia, la presencia de servicios satelitales y redes sociales (Telegram, WhatsApp, entre otras herramientas digitales) generó sospechas y desconfianza entre los familiares.</p> <p>Las redes virtuales y los servicios satelitales han causado malos sentimientos y divisiones dentro del grupo familiar.</p> <p>En nuestra familia, la presencia de servicios satelitales y redes virtuales (Telegramas, WhatsApp, entre otros aspectos.) ha llevado a los niños a oponerse a sus padres.</p> <p>Algunos programas de radio y televisión tienen un efecto negativo e involuntario en el comportamiento de los integrantes de nuestra familia.</p>
Supersticiones	<p>Los integrantes de nuestra familia a veces están dispuestos a pagar a un psíquico o un brujo en lugar de buscar a un especialista.</p> <p>A veces acudimos a un psíquico o un brujo para resolver nuestros problemas.</p> <p>Los integrantes de nuestra familia creen que algunos psíquicos pueden inducir afecto o causar desacuerdo y separación.</p> <p>En nuestra familia, se considera inapropiado que las mujeres trabajen fuera de casa.</p> <p>No recurrimos a la superstición para escapar de las adversidades de la vida.</p>

Subescalas	Preguntas

Fuente: Pourmovahed et al., (2018)

Es beneficioso en el cribado de la estabilidad familiar entre las parejas y la terapia familiar en ambientes de consulta, especialmente para resolver problemas familiares. Además, es útil y aplicable en centros de investigación. El uso de grupos de expertos como especialistas, estadísticos y metodólogos en el estudio fue un punto fuerte.

No obstante, FSQ se basa en el autoinforme y, por lo tanto, no detecta procesos implícitos, así como la falta de control total en relación con las variables de confusión como la personalidad de los individuos. Las variables socioeconómicas y culturales pueden resultar una limitación en estudios.

2.12.10. Cuestionario de Salud Familiar (FHQ)

El cuestionario fue desarrollado por los autores como una herramienta de detección para identificar familias que tienen perfiles de riesgo psicosocial que guardan relación con problemas de conducta infantil en el ámbito de la atención primaria. Explora 10 indicadores formativos que se han identificado como causalmente vinculados a resultados de comportamiento infantil adversos (Nasir et al., 2019).

Estos indicadores se basan en una extensa revisión de la bibliografía consultada en relación con este tema. Estos indicadores consideran un historial de adversidad infantil en los padres, escaso apoyo social, una estructura familiar frágil, problemas de salud mental y abuso de sustancias de los padres, inestabilidad geográfica, violencia doméstica, pobreza, así como conflictos y estrés de los padres. La bibliografía consultada relevante indica que estos factores capturan los factores más estrechamente relacionados con las experiencias adversas de la niñez.

El instrumento fue traducido al español por un integrante bilingüe y bicultural (estadounidense / hispano) de la oficina de servicios de interpretación de la institución. Para abordar cuestiones de contenido y equivalencia semántica, así como los aspectos culturales y conceptuales de la traducción del instrumento, el cuestionario fue revisado de forma independiente por 3 intérpretes bilingües capacitados adicionales. Se hicieron diversos otros ajustes a los cuestionarios que se asientan en sus aportes.

Está compuesta por respuestas dicotómicas o de diferencial semántico, del tipo Sí/No. Las respuestas se calificaron como 0 o 1, donde 0 indica la presencia de un factor de riesgo. Una puntuación de 10 significa que no hay factores de riesgo y, cuanto más baja es la puntuación, más factores de riesgo existen.

El FSQ consta de cuatro subescalas, todas las cuales mostraron una adecuada confiabilidad de (a) presión académica ($\alpha = .75$ madre de Cronbach, $\alpha = .71$ padre), (b) estímulo y apoyo para el aprendizaje ($\alpha = .65$ madre, $\alpha = .83$ padre), (c) gestión activa del ambiente de aprendizaje ($\alpha = .82$ madre, $\alpha = .89$ padre) y (d) participación en la tarea ($\alpha = .60$ madre, $\alpha = .77$ padre).

Tabla 9. Cuestionario de Salud del grupo familiar (FHQ).

FHQ 1	¿Tuviste una infancia feliz?	Si	No
FHQ 2	¿Ha vivido en el mismo lugar durante más de 2 años		
FHQ 3	¿Tiene amigos y familiares que se preocupan por usted?		
FHQ 4	¿Su hijo vive con ambos padres biológicos?		
FHQ 5	¿Tiene una buena relación con su pareja o cónyuge?		
FHQ 6	¿Alguna vez le han diagnosticado un problema de salud mental?		
FHQ 7	¿Tiene antecedentes de consumo de sustancias (drogas, alcohol)?		
FHQ 8	¿Tiene dificultades financieras (problemas de dinero)?		
FHQ 9	¿Ha experimentado violencia doméstica?		
FHQ 10	¿Siempre te sientes estresado?		

Fuente: Nasir et al., (2019).

El FHQ es una herramienta de detección rápida y fácil de usar que puede ser útil para identificar familias con mayor riesgo psicosocial de resultados adversos en los niños. La identificación de las familias que enfrentan mayor riesgo de disfunción familiar que conduzca a un mayor riesgo psicosocial entre los niños podría ayudar a asignar recursos para una mayor evaluación e intervención.

2.12.11. Escala de Efectividad del Funcionamiento Familiar (ASF -E-20)

Friedemann (1991) desarrolló la escala ASF-E-20 para medir cómo está organizada la familia, para funcionar como un sistema y para responder de forma efectiva a las necesidades de cada integrante individual y del ambiente.

La estabilidad familiar se refiere a la estructura, organización y tradiciones familiares que se transmiten de generación en generación y aportan a la singularidad y desarrollo de valores, actitudes y creencias. El crecimiento implica la fuerte integración de los valores centrales y las prioridades del subsistema personal, que guían, pero al mismo tiempo fomentan el libre albedrío para redefinir los valores y reordenar las prioridades. El control tiene como objetivo reducir colectivamente las amenazas al medio ambiente canalizando la energía que estas amenazas generan para fortalecer el sistema y lograr la autoconfianza y autonomía de los integrantes (Hayton et al., 2004).

Asimismo, cada meta tiene dos dimensiones: la coherencia, que se refiere a la armonía de las relaciones que fomenta la unidad familiar, y la individuación, diseñada como un proceso interactivo que involucra el cumplimiento de roles y responsabilidades que guardan relación con el aprendizaje para los demás y que son beneficiosos para nosotros (Friedemann, 1991).

La escala fue traducida al español por la Facultad de Idiomas de la Universidad Nacional de Columbia. Su confiabilidad en la escala de Cronbach es 0.60-0.84, consta de 20 preguntas con tres posibles respuestas en una escala de 1, 2 y 3 puntos, donde 20 puntos constituyen la suma más baja posible y 60 la suma máxima. Los puntos de 20 a 50 corresponden a baja funcionalidad familiar. De 51 a 55 puntos, se obtiene una funcionalidad media, y de 56 a 60 puntos, se tiene un nivel alto (Valle, 2015).

En cuanto a la fiabilidad, la correlación entre los criterios diagnósticos de los médicos generales y los resultados de las pruebas se comprueba mediante el cálculo del coeficiente kappa, que arroja un efecto de 0,88, lo que expresa una fuerte concordancia.

Tabla 10. Escala de Efectividad del Funcionamiento Familiar (ASF -E-20).

Ítem	
1. Familia feliz	
2. Acuerdo	
3. Ayuda	

Ítem	
4. Cambio de barrio	
5. Orgullo	
6. Entendimiento	
7. Participación	
8. Favor	
9. Problema	
10. Trabajo	
11. Decisiones	
12. Resolución de problemas	
13. Comprensión	
14. Estar mejor	
15. Opinar	
16. Preocupación	
17. Consultar decisiones	
18. Andar por su lado	
19. Fechas especiales	
20. Libertad	

Fuente: Friedemann, (1991).

Mantener el sistema necesita estrategias que promueven un sentido de seguridad y autonomía en la familia y, finalmente, cambiar el sistema amerita incorporar nuevos conocimientos que tomen en cuenta distintos comportamientos individuales, familiares y ambientales. Estas dimensiones permiten que cada integrante se sienta satisfecho con su grupo familiar y afronte la ansiedad que le generan las exigencias del contexto.

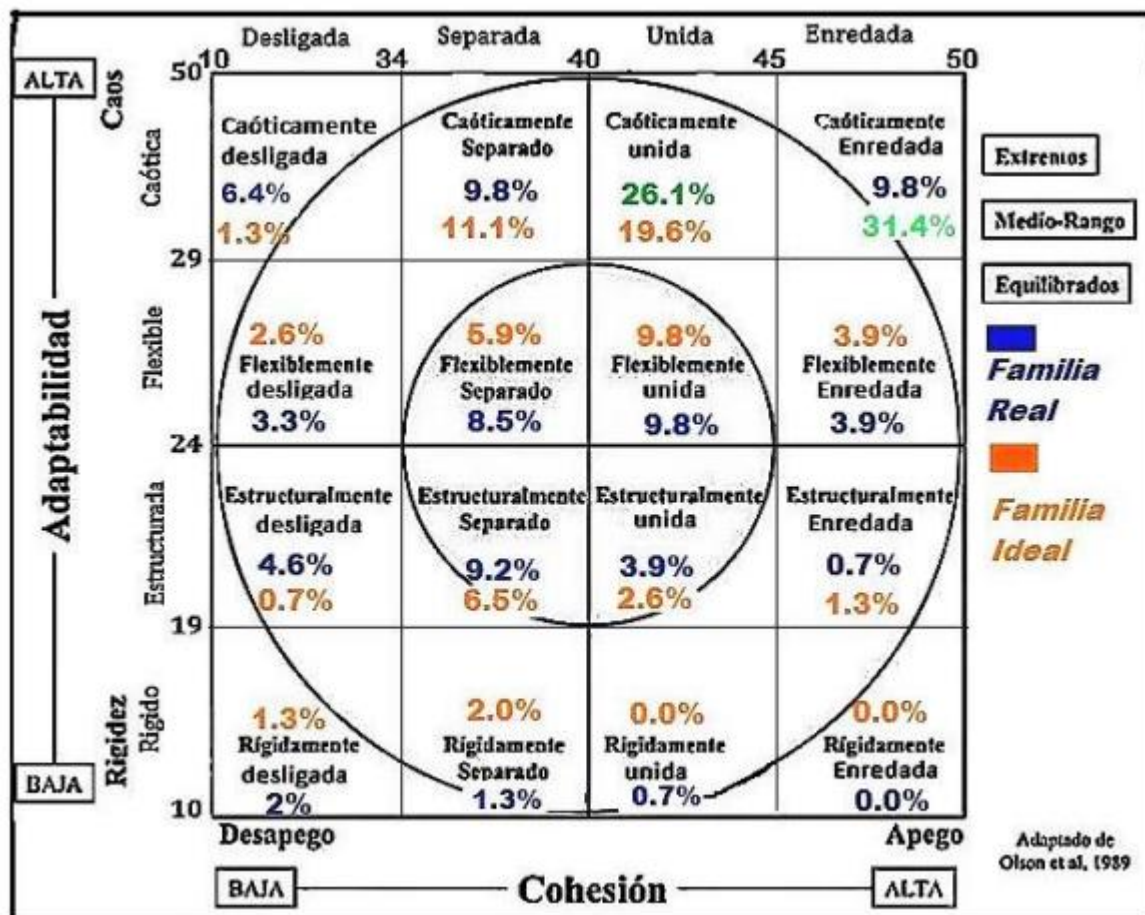
No obstante, se requiere conocer el comportamiento psicométrico de la escala (consistencia interna y estructura factorial) en distintas poblaciones, por cuanto estas propiedades varían en función de la población estudiada. Un buen desempeño de escala en un grupo de población no asegura el mismo comportamiento en otro grupo con diferentes características sociales y

culturales, necesitándose estudios de validación en distintos contextos para lograr un comportamiento comparable y aceptable (Gómez-Bustamante et al., 2013).

2.13. Herramientas usadas para la evaluación del funcionamiento familiar en Ecuador

Un estudio realizado por Sigüenza (2015) de la Universidad de Cuenca utilizó el modelo Circumplejo de Olson y Faces III, cuya finalidad fue determinar la función familiar en 153 padres de familias. Dentro de los resultados obtenidos se evidencio que, el 52,3% de las familias poseían alta adaptabilidad, lo que significa una tipología familiar caótica, y una cohesión media del 40,5%, que se considera familias unidas. Las familias disfuncionales, localizadas en los extremos del modelo de Olson, constituyen el 30,7% del total de los evaluados y funcional (compartida, más unificada) se encuentra en la parte central del modelo, alcanzó el 69,3%. Esto significa que en la adaptabilidad real hay más familias funcionales que disfuncionales.

Figura 4. Tipología familiar en el Modelo Circumplejo de Olson.



Fuente: Sigüenza, (2015) aplicación Modelo Circumplejo de Olson en base a los resultados del FACES III.

Medina (2019), realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la satisfacción familiar en estudiantes de bachillerato, dicho estudio fue aplicado a 120 adolescentes de edades comprendidas entre 16 a 19 años, bajo las herramientas de: Test de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL) y la Escala de Satisfacción Familiar por adjetivos (ESFA). Los datos obtenidos muestran que la mayor parte de la población estudiada forma parte de una familia moderadamente funcional con una satisfacción familiar muy alta de 21.7%, alta 24.2% y moderada de 16.7%, es decir que la percepción de los adolescentes es muy buena en relación a la dinámica que existe en sus hogares.

Capítulo III

3.1. Universo y muestra

Esta revisión narrativa excluye la participación de sujetos de investigación.

3.2. Criterios de inclusión y exclusión

El estudio está que se asienta en una revisión narrativa y, por ende, destaca el método bibliográfico, para la selección de criterios de inclusión y exclusión se toman en cuenta los siguientes aspectos.

3.2.1. Criterios de inclusión

Para ser incluidos en el presente estudio, se determinaron los temas directamente relacionados con el objetivo de investigación. Por ello, se utilizaron términos clave MeSH de búsqueda como: “Family Practice”, “physicians”, “family”, “Primary Health Care”, “Psychometric” y “Factorial analysis”. Además, el uso de palabras clave tales como: “Atención primaria en salud”; “Evaluación de Servicios de Salud”; “Estrategia de Salud Familiar”, “Disfunción Familiar”, “Funcionalidad familiar”, APGAR-familiar, Apoyo familiar”, “Conflicto familiar”, “intervención”, “Satisfacción familiar”; Security in the Family System (SIFS); Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES); Instrumento de validación de FACES III; Family Assessment Device (FAD); Medida de Evaluación del grupo familiar (FAM); Escala de Clima Social Familiar (FES); Índice de funcionamiento familiar (FFI); Test de funcionamiento familiar FF-SIL; Cuestionario de Estabilidad Familiar (FSQ); Cuestionario de Salud Familiar (FHQ); Escala de Efectividad del Funcionamiento Familiar (ASF -E-20); Modelo Circunflejo de Olson. Esto derivó en los siguientes filtros:

- Últimos 5 años, pero incluyendo estudios producidos en años anteriores, en caso de considerarse de gran importancia.
- Idioma: inglés-español.
- Buscadores: mediante Pubmed, Cochrane Librery, Scielo, Medline consensos de expertos, recomendaciones de países mediante revistas, libros y artículos científicos.

3.2.2. Criterios de exclusión

Se excluyen investigaciones con evidencia científica no relacionada al presente estudio. Además, se excluyen investigaciones sin soporte científico, o avalado por universidades.

3.3. Tipo de estudio

El diseño del estudio es una revisión narrativa, el cual se define como un estudio bibliográfico donde se recopila, analiza, sintetiza y discute la información existente en relación con un tema determinado, que incluya un examen crítico en relación con los conocimientos existentes en la bibliografía consultada (Vázquez & Salanova, 2016).

3.4 Procedimiento de recolección de información

3.4.1 Términos búsqueda MESH

Constituye la herramienta lingüística por excelencia para realizar búsquedas bibliográficas de alta calidad en Pubmed (Fernández-Altuna et al., 2016). Para los términos de búsqueda, se utilizaron las palabras clave: “Family Practice”, “physicians”, “family”, “Primary Health Care”, “Psychometric” “Factorial analysis”.

3.4.2. Palabras clave

Para la búsqueda específica de las bases de datos de Scielo, Medigraphic y Elsevier se utilizó palabras clave como: “APS”; “Evaluación de Servicios de Salud”; “Estrategia de Salud Familiar”, “Disfunción Familiar”, “Funcionalidad familiar”, APGAR-familiar, Apoyo familiar”, “Conflicto familiar”, “intervención” y “Satisfacción familiar”.

3.4.3 Búsqueda amplia bibliografía consultada

En la búsqueda ampliada, se recurrió a otras fuentes de bases de datos: Scielo, Medigraphic, Pubmed, Elsevier e investigaciones de distintas universidades. Esto enlazó con diferentes publicaciones de revistas científicas, libros, revistas electrónicas y artículos científicos, todo en base al tema en estudio.

3.4.4 Análisis crítico

El análisis crítico toma en cuenta: inferencias, razonamientos, comparaciones, argumentaciones, deducciones, críticas, estimaciones, y explicaciones. Es por ello que, para este apartado se realizará un análisis comparativo para conocer las herramientas claves para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar en APS.

3.4.5 Selección de evidencia

Se establece los criterios inclusión y los criterios de exclusión para definir los estudios a evaluar por su relevancia con el tema.

3.4.6 Sistematización

Para esta fase del estudio se categorizarán las variables de la investigación que permita conocer las herramientas claves para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar en APS.

Tabla 11. Operacionalización de las variables fase descriptiva.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Tipo de variable	Método estadístico
Funcionalidad familiar	Es una dinámica interactiva y sistémica de relaciones entre integrantes del grupo familiar que mide el grado de satisfacción con las funciones básicas del sistema familiar. (R Celsi & Olson, 1988)	Cohesión Armonía Comunicación Permeabilidad	Unión familiar Toma de decisiones Intereses y necesidades individuales Equilibrio emocional Cumple responsabilidades	Cualitativa nominal	Frecuencia Porcentaje
Estructura familiar	Esto se debe al orden y forma de vida, costumbres, tradiciones, relaciones con otras familias y con la sociedad en su conjunto	Monoparentales Nucleares Compleja Binuclear	Tipo de familia	Cualitativa Ordinal	Frecuencia Porcentaje
			Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Frecuencia porcentaje
			Edad	Cuantitativa discreta	Frecuencia Proporciones porcentaje

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Tipo de variable	Método estadístico
	(CEUPE, 2020).		Nº de hijos	Cuantitativa discreta	Frecuencia Porcentaje
			Estado civil	Cualitativa nominal	Porcentaje Frecuencia
APS	Estrategia de coordinación intersectorial que ofrece una atención integral en la promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes. (OPS, 2008)	Accesibilidad Equidad Eficiencia Calidad Integralidad	Facilidad de acceso	Cualitativa ordinal	Frecuencia Porcentaje
			Atención recibida	Cualitativa ordinal	Frecuencia Porcentaje Escala

Elaboración: Autora.

3.5. Plan de análisis de datos

Se hizo un análisis comparativo que determine herramientas claves para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar en APS. Por tanto, se utilizó la herramienta STROBE.

3.5.1 STROBE

Consiste en una lista de elementos a considerar al difundir información en relación con estudios realizados utilizando los tres marcos principales para la epidemiología analítica observacional: estudios de cohortes, estudios de casos y controles y estudios cruzados (Cartes-Velasquez & Moraga, 2016).

Tabla 12. Declaración STROBE.

	Punto	Recomendación
Título y resumen	1	(a) Indique, en el título o en el resumen, el diseño del estudio con un término habitual. (b) Proporcione en el resumen una sinopsis informativa y equilibrada de lo que se ha hecho y lo que se ha encontrado.
Introducción Contextos/ fundamentos	2	Explique las razones y el fundamento científicos de la investigación.
Objetivos	3	Indique los objetivos específicos, incluida cualquier hipótesis preespecificada.
Métodos Diseño del estudio	4	Presente al principio del documento los elementos clave del diseño del estudio.
Contexto	5	Describa el marco, los lugares y las fechas relevantes, incluido los períodos de reclutamiento, exposición, seguimiento y recogida de datos. (a) Estudios de cohortes: proporcione los criterios de elegibilidad, así como las fuentes y el método de los participantes.
Participantes	6	Especifique los métodos de seguimiento. -Estudios de casos y controles: proporcione los criterios de elegibilidad, así como las fuentes y el proceso diagnóstico de los casos y el de selección de los controles. Proporcione las razones para la elección de casos y controles. -Estudios transversales: proporcione los criterios de elegibilidad y las fuentes y métodos de selección de los participantes. (b) Estudios de cohortes: en los estudios apareados, proporcione los criterios para la formación de parejas y el número de participantes con sin exposición. -Estudios de casos y controles. En los estudios apareados, proporcione los criterios para la formación de las parejas y el número de controles por cada caso.
Variables	7	Defina de forma precisa todas las variables, de respuesta, exposiciones, predictoras, confundidoras y modificadoras del efecto. Si procede proporcione los criterios diagnósticos.
Fuentes de datos / medidas	8	Para cada variable de interés: provee las fuentes de datos y los detalles de los métodos de valoración (medida). Si hubiera más de un grupo, especifique la comparabilidad de los procesos de medida.
Sesgos	9	Especifique todas las medidas adoptadas para afrontar fuentes potenciales de sesgo.
Tamaño muestral	10	Explique cómo se determinó el tamaño muestral.
Variables cuantitativas	11	Explique cómo se trataron las variables cuantitativas en el análisis.

	Punto	Recomendación
Métodos estadísticos	12	<p>(a) Especifique todos los métodos estadísticos, incluidos los empleados para controlar los factores de confusión.</p> <p>(b) Especifique todos los métodos utilizados para analizar subgrupos e interacciones.</p> <p>(c) Explique el tratamiento de los datos ausentes (missing data)</p> <p>(d) Estudio de cohortes: si procede, explique cómo se afrontan las pérdidas en el seguimiento. Estudios de casos y controles: si procede, explique cómo se afrontan las pérdidas en el seguimiento. Estudios transversales: si procede, especifique cómo se tiene en cuenta en el análisis la estrategia de muestreo</p> <p>(e) Describa los análisis de sensibilidad.</p>
Resultados Participantes	13	<p>(a) Describa el número de participantes en cada fase del estudio: por ejemplo: cifras de los participantes potencialmente elegibles, los analizados para ser incluidos, los confirmados elegibles, los incluidos en el estudio, los que tuvieron un seguimiento completo y los analizados.</p> <p>(b) Describa las razones de la pérdida de participantes en cada fase.</p> <p>(c) Considere el uso de un diagrama de flujo.</p>
Datos descriptivos	14	<p>(a) Describa las características de los participantes en el estudio (p. ej. demográficas, clínicas, sociales) y la información en relación con las exposiciones y los posibles factores de confusión.</p> <p>(b) Indique el número de participantes con datos ausentes en cada variable de interés.</p> <p>(c) Estudios de cohortes: resuma el período de seguimiento (p. ej. promedio y total).</p>
Datos de las variables de resultado	15	<p>Estudios de cohortes; describa el número de eventos consecuencia, o bien proporcione medias resumen a lo largo del tiempo.</p> <p>Estudios de casos y controles: describa el número de participantes en cada categoría de exposición, o bien proporciones medias resumen de exposición.</p> <p>Estudios transversales: describa el número de eventos consecuencia, o bien proporciones medidas resumen.</p>

	Punto	Recomendación
Resultados principales	16	(a) Proporciones estimaciones no ajustadas y, si procede, ajustadas por factores de confusión, así como su precisión (p. ej. Intervalos de confianza del 95%). Especifique los factores de confusión por los que se ajusta y las razones para incluirlos. (b) Si categoriza variables continuas, describa los límites de los intervalos. (c) Si fuera pertinente, valore acompañar las estimaciones del riesgo relativo con estimaciones del riesgo absoluto para un período de tiempo relevante.
Otros análisis	17	Describa otros análisis efectuados (de subgrupos, interacciones o sensibilidad).
Discusión Resultados clave	18	Resuma los resultados principales de los objetivos del estudio.
Limitaciones	19	Discuta las limitaciones del estudio, teniendo en cuenta posibles fuentes de sesgo o de imprecisión. Razone tanto en relación con la dirección como en relación con la magnitud de cualquier posible sesgo.
Interpretación	20	Proporcione una interpretación global prudente de los resultados considerando objetivos, limitaciones, multiplicidad de análisis, resultados de estudios similares y otras pruebas empíricas relevantes.
Generabilidad	21	Discuta la posibilidad de generalizar los resultados (validez externa).
Otra información Financiación	22	Especifique la financiación el papel de los patrocinadores del estudio y, si procede, del estudio previo donde basa el presente artículo.

Fuente: Erik, et al., (2008). Lista de puntos fundamentales que deben describirse en la publicación de los estudios observacionales.

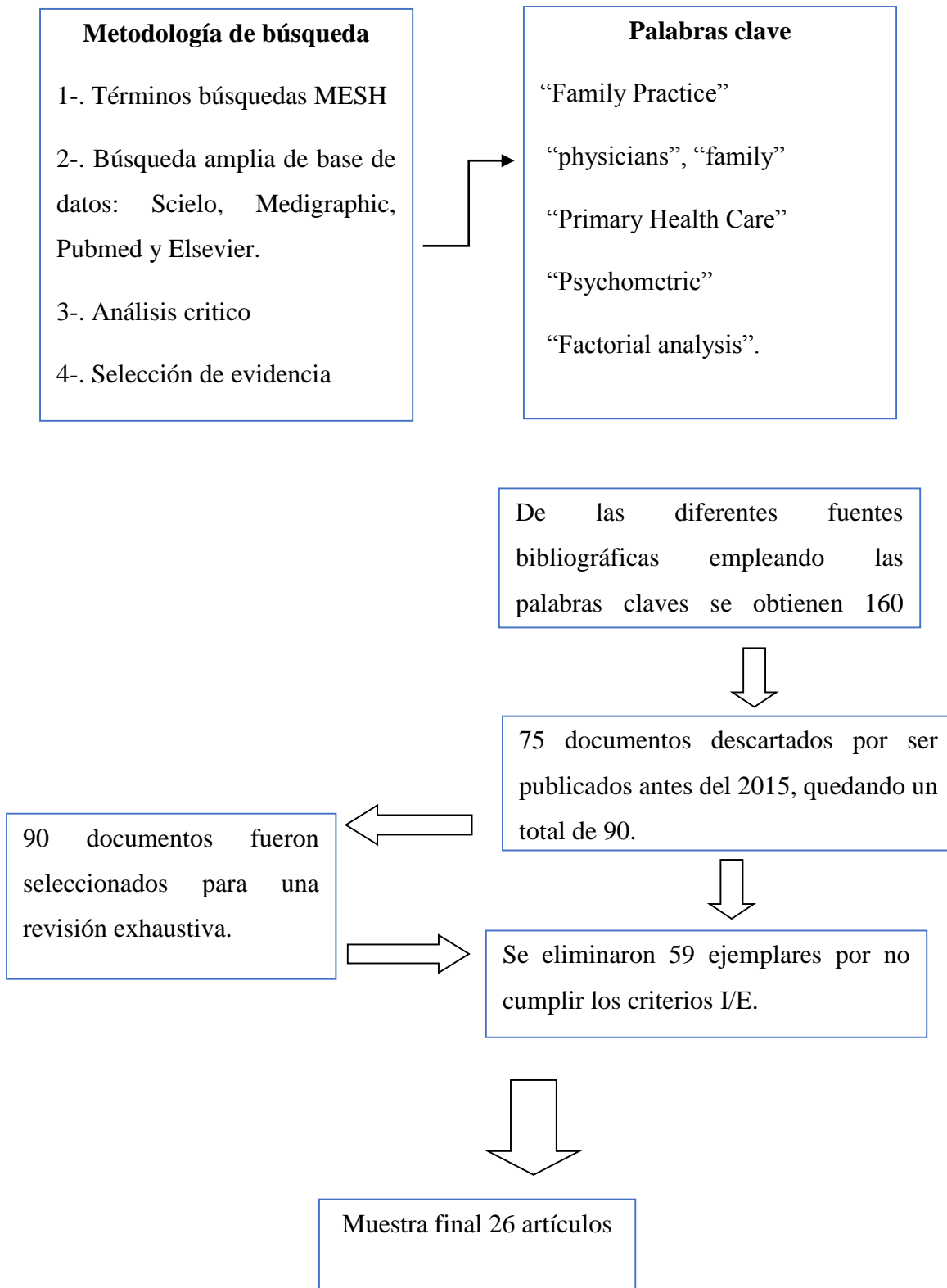
Capítulo IV

4.1 Resultados

Se recopilaron 160 publicaciones, de las cuales 75 fueron descartadas por haberse realizado antes de 2015, quedando 90 para ser cuidadosamente seleccionadas.

En el transcurso de la tramitación se puntuó el título, resumen, metodología, resultados, conclusiones y recomendaciones, que indicaron que algunos documentos no cumplían con los criterios de selección y sus temas no correspondían al estudio, excluyéndose 64 estudios. De los estudios consultados, 26 publicaciones cumplieron con los estándares de investigación requeridos, por lo que se realizó una selección final que sirvió de base para esta revisión descriptiva.

Figura 5. *Flujograma de selección de documentos.*



Elaboración: Autora.

De los 26 artículos seleccionados en el estudio, 14 hacen una comparación exclusiva en relación con valor agregado de cada uno de los instrumentos de evaluación de estructura y funcionalidad familiar en la APS y las características generales de los diversos instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar.

Pourmovahed et al., (2018) en su investigación cuyo objetivo consistió en diseñar y validar el Cuestionario de Estabilidad Familiar (FSQ) en parejas casadas, se construyó en relación con la base de una investigación cualitativa mediante entrevistas por terapeutas familiares, psiquiatras y parejas en 10 dimensiones (áreas). El FSQ con 56 preguntas indicó que tenía suficiente validez y confiabilidad para medir la estabilidad familiar (RMSEA = 0.04, CFI = 0.95, GFI = 0.96) con un índice de ajuste aceptable. Se observó una correlación positiva significativa entre FSQ y FAD ($r = 0.45$, $p < 0.001$), indicando que FSQ tiene validez convergente.

En ese mismo sentido, Villarreal-Zegarra & Paz-Jesús (2017) en su estudio cuyo objetivo se enfocó en analizar si existen diferencias significativas entre cohesión familiar y adaptabilidad, en función del tipo de composición familiar (nuclear, extensa, incompleta y no nuclear). Este estudio empírico no experimental utilizó una estrategia asociativa transversal selectiva, no probabilística. Se examinaron 428 adolescentes, seres humanos y mujeres, de 14 a 18 años, estudiantes de la Escuela Nacional del Callao. Para evaluar la composición del grupo familiar se utilizó la escala de cohesión y adaptación familiar de Olson (FACES III) y un cuestionario especial. Los resultados muestran diferencias significativas entre adolescentes de familias nucleares y no nucleares, se encontró que existen diferencias significativas entre las estimaciones de cohesión entre adolescentes de familias no nucleares ($n = 36$, 8,4%) y familias extensas ($n = 166$, 38,8%), y entre familias no nucleares ($n = 36$, 8, cuatro%). y nuclear ($n = 170$, 39,7%).

Los autores Nasir et al., (2019) desarrollaron el cuestionario de Salud del grupo familiar (FHQ) con el propósito de evaluar los perfiles de riesgo psicosocial de las familias en el ámbito de la atención primaria. El cuestionario incluyó 10 indicadores formativos que se demostró que influyen en la salud conductual de los niños con la finalidad de establecer una correlación entre los factores de riesgo familiares en el FHQ y la salud del comportamiento infantil. Además, examinar las propiedades del cuestionario como herramienta de detección para su uso en atención primaria. Las familias de 313 de niños de 4 a 6 años que se presentaron para exámenes de niño sano en dos clínicas de atención primaria completaron tanto el FHQ como la Lista de

verificación de síntomas pediátricos 17 (PSC-17), un instrumento de detección validado para problemas de conducta pediátricos, entre los resultados se logró evidenciar que el FHQ se correlacionó positivamente ($p < .05$).

En un estudio realizado por los autores Barreto-Zorza & Velásquez-Gutiérrez, (2016) cuyo objetivo estuvo en describir los efectos de un programa de salud primaria (APS) en relación con la funcionalidad familiar desde la perspectiva de la madre y los escolares en Guapi Cauca, por medio de un estudio cuasi -experimental, sin control, que involucró a familias extendidas pobres utilizando la Escala de Efectividad del Funcionamiento Familiar (ASF). Los resultados encontrados permitieron evidenciar que, tanto los niños como sus madres entienden la baja funcionalidad del grupo familiar.

El programa de salud primaria tuvo un impacto estadísticamente significativo en la percepción de los escolares en relación con la funcionalidad general del grupo familiar y los objetivos del sistema familiar: estabilidad, control, espiritualidad y crecimiento, lo que contribuyó a mejorar la comunicación, la transferencia cultural, las vacaciones especiales y la reunificación familiar con expresión de amor, afecto, felicidad, aumento de la autoestima, seguridad personal y familiar, participación, sentido de responsabilidad por uno mismo y proyección hacia el futuro y el futuro de sus familias.

Los autores Andrade et al., (2015) realizaron un estudio empírico-analítico transversal, cuyo objetivo fue determinar el tipo de funcionalidad familiar presente en las familias de desplazados que se asentaron en el departamento del Quindío entre 2009 y 2013. Los autores utilizaron APGAR sociodemográficos y familiares para recopilar información. Entre los resultados más resaltantes, el 62,5% de las familias tiene algún tipo de disfunción familiar que se agrava cuando el jefe de familia es una mujer, soltera y separada, o cuando el motivo de la mudanza es riesgo de muerte y daño psicológico. Las disfunciones familiares surgen como consecuencia del conflicto armado y como reacción a la dinámica del ambiente actual de reubicación.

Bazo-Álvarez et al., (2016) realizaron un estudio con la finalidad de evaluar las propiedades psicométricas de FACES-III en la población de estudiantes adolescentes peruanos mediante un estudio psicométrico transversal dirigido a 910 estudiantes adolescentes de ambos sexos, de 11 a 18 años, utilizando como instrumento el FACES-III de Olson. Entre los hallazgos más relevantes se evidenció que, la escala de cohesión real muestra una fiabilidad moderadamente alta ($\Omega = 0,85$), al igual que la escala de flexibilidad real ($\Omega = 0,74$). Para la escala de cohesión

ideal, la fiabilidad es elevada ($\Omega = 0,89$), así como para la escala de flexibilidad ideal ($\Omega = 0,86$).

Por otra parte, se consultó la investigación de López-Larrosa et al., (2016). El objetivo de este estudio fue validar el sistema SIFS en adolescentes y jóvenes con su familia. Los autores analizaron las propiedades psicométricas del Security in the Family System ((SIFS) (Forman & Davies, 2005), que mide la percepción de seguridad o amenaza que experimentan los niños con respecto al sistema familiar.

La muestra estuvo formada por 845 adolescentes y adultos jóvenes españoles, de los cuales 180 estaban institucionalizados (edad media 15,67 años) y 665 vivían con sus familias (edad media 14,9 años). Los resultados mostraron que la herramienta de evaluación de la seguridad familiar en muestras de adolescentes y jóvenes españoles institucionalizados y no institucionalizados es adecuada para determinar los tres parámetros predichos por el modelo (seguridad, preocupación y desapego) con buena consistencia interna y valoraciones comparable.

En un estudio aplicado por Esteves- Villanueva, (2020) de carácter descriptivo y correlacional cuyo objetivo consistió identificar la relación entre las habilidades sociales de los adolescentes y la funcionalidad familiar, dirigido a una población de 726 individuos y una muestra de 251 estudiantes de primer a quinto grado de secundaria, utilizando una muestra aleatoria estratificada.

La herramienta utilizada fue una prueba estructurada de habilidades sociales de la Consejería de Salud y Familia APGAR que evalúa cinco funciones principales: adaptación, participación, gradiente de recursos individuales, apego y recursos. Los resultados demuestran la existencia de una correlación positiva entre las habilidades sociales y la funcionalidad familiar. En resumen, la asertividad es la habilidad más desarrollada frente a la comunicación, donde las dificultades son evidentes. Por otro lado, la autoestima y la toma de decisiones son habilidades intermedias.

Por su parte, Albino et al., (2015) cuyo objetivo principal fue evaluar las características de la APS en términos de acceso, longitudinal, integridad, coordinación, orientación familiar y comunitaria en la estrategia de salud del grupo familiar, que realiza un análisis tripartito y una comparación de las perspectivas de los actores sociales mediante un diseño cuantitativo transversal y utilizando la herramienta de evaluación de la APS para entrevistar a 527 usuarios

adultos, 34 profesionales de la salud y 330 niños menores de dos años responsable de entrevistas con 33 equipos de salud familiar en 11 comunidades.

Entre los resultados encontrados, se halló que los tres grupos calificaron la disponibilidad del primer contacto con puntuaciones bajas. El resto de atributos fueron muy apreciados por los profesionales. Los usuarios dieron calificaciones bajas para los siguientes rasgos: orientación comunitaria; consejería familiar; servicios integrales prestados; servicios integrales disponibles. La calidad de las acciones del autor, referidas por los profesionales de la estrategia de salud del grupo familiar, no es percibida ni apreciada por los usuarios, o sea, las acciones y servicios pueden desarrollarse de forma insuficiente para reflejarse en la experiencia del usuario.

En otro sentido, Shimizu & Ramos, (2019) en su estudio que se asienta en la evaluación de la calidad de la Estrategia de Salud del grupo familiar (ESF) en el programa nacional de mejoramiento del acceso y calidad de la APS en el Distrito Federal (DF) desde el enfoque del usuario. Entre los resultados encontrados, las dimensiones mejor valoradas fueron la prestación de servicios, las competencias profesionales, la calidad de la relación ocupación-usuario y la continuidad asistencial, mientras que el enfoque familiar, el enfoque comunitario y el acceso fueron inferiores. Se encontró que el acceso a la FHS estaba comprometido y no se establecía como una puerta de entrada al sistema de salud de FD.

En cambio, Castilla-Cabello et al., (2015) elaboraron un estudio donde se analiza la confiabilidad y estructura factorial de la escala familiar APGAR, donde participaron 228 escolares peruanos de la capital Lima, hombres y mujeres de 12 a 18 años ($M = 14.34$). Según los resultados encontrados, los datos corresponden a una estructura de un factor. En términos de confiabilidad, el alfa de Cronbach se considera adecuado ($\alpha = 0,729$). De forma similar, estimar el sesgo comparando los coeficientes alfa no necesita sesgo. En términos generales, la escala familiar APGAR tiene características psicométricas apropiadas para permitir una mayor investigación y aplicación de validación en diversas áreas de trabajo teóricas y aplicadas.

Por su parte, Saavedra González et al., (2015) desarrollaron un estudio enfocado en la determinación de la relación entre depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores del departamento de medicina familiar (UMF) Tamaulipas, México, mediante un estudio exploratorio, observacional, prospectivo, cruzado y descriptivo en 220 pacientes ≥ 60 años que participaron en una consulta en 2013. Entre los resultados obtenidos, se encontró significación estadística entre familia nuclear y funcionalidad familiar ($p = 0,01$). La funcionalidad familiar

no guarda relación con el grado de depresión. No obstante, se ha documentado que el núcleo familiar es un factor protector en la disfunción familiar. Sería requerido realizar un estudio de casos y controles para conocer más en relación con las diversas variables que afectan la funcionalidad familiar.

Finalmente, Troncoso-Pantoja & Soto-López, (2018) realizaron un estudio que busca vincular la funcionalidad familiar con la autoestima y el bienestar psicosocial de los individuos mayores de la comunidad de Uechuraba, Santiago, Chile, el año 2016, utilizando un enfoque descriptivo transversal para 60 voluntarios mayores, que sí cumplían con los criterios de selección. Para la recogida de información se utilizó la Escala de Familia de Apgar, la Escala de Whoqol-Bref y la EFAM (Prueba funcional de ancianos).

Entre los resultados encontrados, más del 70% de los participantes tenían familias altamente funcionales y solo el 3% formaba parte de familias con disfunción severa. El 45% formaba parte del grupo de riesgo, que dependía de sí mismo, y el 16,7%, el riesgo de adicción. No se encontró relación entre la funcionalidad familiar y la salud física. Se evidenció la existencia de un vínculo entre la funcionalidad familiar, la salud mental y las relaciones interindividuales.

CONCLUSIONES:

Los instrumentos de evaluación de la familia nos permiten identificar en qué medida se cumplen sus funciones básicas y cuál es el rol que puede estar jugando la familia en el proceso salud-enfermedad, además nos ofrecen una visión gráfica de la familia, facilita la comprensión de sus relaciones, y ayudan al profesional de la salud y a la familia a ver un "panorama mayor" desde el punto de vista histórico como del actual en relación con el funcionamiento y la estructura familiar.

Los instrumentos de evaluación familiar surgen de la necesidad de diversos profesionales como genetistas, trabajadores sociales y terapeutas familiares, con la finalidad de contar con elementos que puedan explicar la relación entre un problema de salud y la respuesta de la familia.

Los instrumentos de evaluación a la familia permiten al profesional de salud tener una visión integral de su salud, así como identificar la dinámica que puede tener la familia frente al proceso de salud enfermedad, estableciendo factores de riesgo así como fuentes de apoyo para el paciente.

RECOMENDACIONES:

Los instrumentos de valoración familiar especialmente el familiograma que se caracteriza por brindar una gran ayuda visual para tener "un vistazo" de todas las características de la familia, debe ser forzosamente empleado utilizando las habilidades de la entrevista familiar para profundizar en los datos que se quiera obtener.

Todo especialista en medicina familiar debe realizar un APGAR familiar de preferencia en la segunda consulta médica en los casos problema.

Utilizar estos instrumentos en el contexto espacio-temporal referido, pueda llevar a la generación de múltiples evaluaciones de las distintas dimensiones que los instrumentos plantean, y contribuir a que dejen de ser solo un elemento de diagnóstico psicosocial y puedan hacer aportes reales en otras etapas de la intervención. Y que, de esta manera, en suma, contribuya indirectamente a la solución de casos de familias con problemas de funcionalidad y estructura a través del apoyo psicológico y psico-social.

BIBLIOGRAFÍA

- Ackerman, N. (1958). The psychodynamics of family life. *International Journal of Social Psychiatry. Basic Books*, 379.
- Acosta, F., & Acosta Díaz, F. (2003). La familia en los estudios de población en América Latina: estado del conocimiento y necesidades de investigación. *Papeles de Población*, 9(37), 8–50.
- Albino, S., Baitelo, T., & Fracolli, L. (2015). Evaluación de la Atención Primaria a la Salud: la visión de usuarios y profesionales acerca de la Estrategia de Salud del grupo familiar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23(5), 979–987. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690107i>
- Andrade, J., Bedoya, L., & Escobar, M. (2015). Funcionamiento Familiar en Familias Desplazadas, Asentadas en el Departamento del Quindío en el Periodo 2009-2013. *Revista de Psicología GEPU, ISSN*, 6(1).
- Armas, N., & Díaz, L. (2007). Entre voces y silencios, las familias por dentro. In *Ediciones América Ecuador*.
- Barreto-Zorza, Y. M., & Velásquez-Gutiérrez, V. F. (2016). Funcionalidad familiar una percepción de madres e hijos escolares: Programa de atención primaria, Guapi-Cauca. *MedUNAB*, 18(3), 166–173. <https://doi.org/10.29375/01237047.2363>
- Barroilhet, S., Cano-Prous, A., Cervera-Enguix, S., Forjaz, M. J., & Guillén-Grima, F. (2009). A Spanish version of the Family Assessment Device. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(12), 1051–1065. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0022-8>
- Bazo-Álvarez, J. C., Bazo-Alvarez, O. A., Aguila, J., Peralta, F., Mormontoy, W., & Bennett, I. M. (2016). Psychometric properties of the third version of family adaptability and cohesion evaluation scales (faces-III): A study of Peruvian adolescents. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(3), 462–470. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2299>
- Belen, M. (2015). Efectividad de la funcionalidad familiar en niños y niñas escolares del barrio atucucho en la ciudad de Quito, mayo 2014. *Pontificia Universidad Católica Del Ecuador*.

- Burch, T., Lira, L., & Lopes, V. (1978). La Familia como Unidad de Estudio Demografico. *Population and Development Review*, 4(3), 532. <https://doi.org/10.2307/1972879>
- Cabello, C., Rodríguez, C., León, V., Barboza, P., & Valles, D. E. L. A. C. (2015). CONFIRMATORY FACTORIAL ANALYSIS OF THE SCALE OF PERCEPTION OF SMILKSTEIN's FAMILIAR FUNCTIONING IN PERUVIAN TEENAGERS. *Salud y Sociedad*, 6(2), 140–153.
- Cadena, J. (2015). Influencia de los factores de riesgo familiares en la gravedad del consumo de drogas en los adolescentes de la Comunidad Terapéutica Luis Amigó. In *Universidad Central del Ecuador*.
- Cartes-Velasquez, R., & Moraga, J. (2016). Pautas de chequeo, parte III: STROBE y ARRIVE. *Revista Chilena de Cirugia*, 68(5), 394–399. <https://doi.org/10.1016/j.rchic.2015.12.003>
- Cassinda-Vissupe, M., Angulo-Gallo, L., & Guerra-Morales, V. (2016). Estructura factorial, confiabilidad y validez de la prueba de percepción del funcionamiento familiar en adultos angolanos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(4).
- Castilla-Cabello, H., Caycho-Rodríguez, T., & Ventura-León, J. L. (2015). Análisis factorial confirmatorio de la escala de percepción del funcionamiento familiar de Smilkstein en adolescentes peruanos. *Salud & Sociedad*, 6(2), 140–153.
- Celsi, R., & Olson, J. (1988). The Role of Involvement in Attention and Comprehension Processes. *Journal of Consumer Research*, 15(2), 210.
- Celsi, Richard, & Olson, J. (1998). The Role of Involvement in Attention and Comprehension Processes. *Journal of Consumer*, 15(210–224).
- CEPAL. (2015). La evolución de las estructuras familiares en América Latina. *Comision Economica Para America Latina y El Caribe*.
- CEUPE. (2020). *La Familia: Estructura y Funciones*.
- Cibanal Juan, L., & Martínez Riera, J. R. (2014). Familia y ciclo vital. *Manual Práctico de Enfermería Comunitaria*, 293–300.

- Compañ, V., Feixas, G., Muñoz, D., & Montesano, A. (2012). El Genograma en terapia familiar sistémica . In *Universitat de Barcelona. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics* (p. 6).
- Condori-Mamani, D. (2018). *Familia Unipersonal*.
- Espinal, I., Gimeno, A., & González, F. (2019). Enfoque Sistémico en los Estudios En relación con la Familia. *Universidad Autónoma de Santo Domingo*.
- Estela-Raffino, M. (2021). *Empresa familiar*.
- Esteves- Villanueva, R. (2020). *Social Skills in adolescents and Family Functionality Habilidades Sociales en adolescentes y Funcionalidad Familiar*. 11(1), 16–27.
- Fernández-Altuna, M. de los Á., Martínez del Prado, A., Arriarán Rodríguez, E., Gutiérrez Rayón, D., Toriz Castillo, H. A., & Lifshitz Guinzberg, A. (2016). Uso de los MeSH: una guía práctica. *Investigación En Educación Médica*, 5(20), 220–229. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.02.004>
- Fernandez, A., Fernández, A., Núñez, A., & López, T. (2019). La visita integral a la familia. Guía metodológica para su ejecución. *MediSur*, 17(5), 664–669.
- Fonseca, J. (2008). Atención Primaria Principios, organización y Métodos en Medicina de Familia (Martin Zurro 2014). *Elsevier*, 7.
- Forman, E., & Davies, P. (2005). Assessing children's appraisals of security in the family system: the development of the Security in the Family System (SIFS) scales. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(8), 900–916.
- Friedemann, M. (1991). An instrument to evaluate effectiveness in family functioning. *West J Nurs Res*., 13(2), 220–236.
- Geroy Fernández, A., Fernández Vidal, A. T., Núñez Herrera, A. de la C., & López Otero, T. (2019). La visita integral a la familia. Guía metodológica para su ejecución TT - The integral visit to the family. Methodological guide for its execution. *MediSur*, 17(5), 664–669.

- Gómez-Bustamante, E., Castillo-Ávila, I., & Díaz-Montes, C. (2013). Validez y confiabilidad de la versión en español de la escala de evaluación de la funcionalidad familiar (ASF-E-20). *Av.Enferm*, 31(2), 21–29.
- Gómez-Clavelina, F., Irigoyen-Coria, A., & Ponce-Rosas, E. (1999). Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. In *Arch Med Fam* (Vol. 1, Issue 2, pp. 45–57).
- Goodyear-Smith, F., Bazemore, N., Coffman, M., & Fortier, R. (2019). *Primary Care Research Priorities in Low- and Middle- Income Countries*. 31–35.
- Gutiérrez, R., Ordóñez, Y., & Gómez, C. (2019). Medicina Familiar Para La Identidad Profesional Del Médico Familiar Analysis of Elements of Content in Family Medicine for. *Educación Médica Continua*, 25(1), 58–67.
- Hayton, J., Allen, D., & Scarpello, V. (2004). Factor Retention Decisions in Exploratory Factor Analysis: a Tutorial on Parallel Analysis. *SAGE*, 1.
- Huerta-González, J. (2005). Medicina familiar.La familia en el procesosalud enfermedad. *Alfil*, 1.
- Iglesias, J. (1998). Las familias monoparentales es España problemas de definición y alcance. In *Editorial Tecnos*.
- IIN. (2014). Concepto de familia. *Instituto Interamericano Del Niño*, 1–23.
- INEC. (2016). Compendio Estadístico. *Instituto Nacional de Estadística y Censos*.
- Intriago-Delgado, A. (2020). Influencia de la desintegración familiar en el desarrollo escolar de los estudiantes de bachillerato. *Tejedora*, 3(5), 23–29.
- Jimenez, A., Ferro, J., & Gomez, R. (1999). Evaluacion del clima familiar en una muestra de adolescentes. *Rev. de Psicol. Gral y Aplic*, 52(4), 453–462.
- Liangtie, D., & Wang, L. (2015). Review of Family Functioning. *Journal of Social Sciences*, 3(4), 431–439.
- López-Larrosa, S., Mendiri-Ruiz-de-Alda, P., & Sánchez Souto, V. (2016). Validación de la escala Seguridad en el Sistema Familiar (SIFS) en dos muestras españolas de adolescentes

- y jóvenes residentes con su familia e institucionalizados. *Universitas Psychologica*, 15(2), 361. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy15-2.vessf>
- Luengo, T., & Román, J. (2006). Estructura familiar y satisfacción parental. *Universidad de Valladolid*, 455.
- Luna, M. (2008). Familia: Introducción al estudio de sus elementos. In *ETM*.
- Martín Cala, Tamayo- Megret, M. (2013). Funciones básicas del grupo familiar. Reflexiones para la orientación psicológica educativa. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. *Artículo Científico*, 13(44), 60–71.
- Martínez-Licon, J., Infante Blanco, A., & Medina Ortiz, L. (2016). Ejes de racionalidad en torno a la familia y los modelos parentales: una construcción cualitativa de las teorías en relación con la familia. *En-Claves Del Pensamiento*, 10(20), 115–134.
- Massé, C. (2009). Assessing the Measures of the Dynamics Within Families with Children: Final Report. *SRDC/SRSA*.
- Medina, G. (2019). Funcionabilidad familiar y satisfacción familiar en adolescentes de tercer año de bachillerato de la Unidad Educativa Santa Rosa. In *Pontificia Universidad Católica del Ecuador*.
- Mejía, L., & López, L. (2010). La familia y la cultura: una conexión innovadora para el cuidado de la salud. *Index de Enfermería*, 19(2).
- Montoya-Zuluaga, D., Castaño-Hincapié, N., & Moreno- Carmona, N. (2016). Enfrentando la ausencia de los padres: recursos psicosociales y construcción de bienestar. *Rev.Colomb.Cienc.Soc*, 7(1), 181–200.
- Muñoz, M., Gómez, P., & Santamaría, C. (2008). Pensamientos y sentimientos reportados por los niños ante la separación de sus padres. *Universitas Psychologica*, 7(2), 347–356.
- Nasir, A., Zimmer, A., Taylor, D., & Santo, J. (2019). Psychosocial assessment of the family in the clinical setting. *BMC Psychology*, 7(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0277-5>

- OCDE. (2020). La tasa de divorcios en la OCDE. *Organización Para La Cooperación y El Desarrollo Económicos*.
- Olaya, N. Z. (2013). *Causas de la desintegración familiar y sus consecuencias en rendimiento escolar*. 87.
- Oliva, E., & Villa, V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario del grupo familiar en la globalización. *Justicia Juris*, 10(1), 11. <https://doi.org/10.15665/rj.v10i1.295>
- Olmos, M. (2017). La familia monoparental y los hábitos de estudio de los estudiantes de quinto año de educación básica de la Unidad Educativa Provincia De Cotopaxi Del Cantón Pujilí. *Universidad Tecnica de Ambato*.
- Olson y martinez pampliga, A. (1985). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 317–338.
- OMS. (2003). LA FAMILIA Y LA SALUD. *ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD*.
- OPS. (1992). APS, principios y métodos. *Organizacion Panamericana de La Salud*, 2.
- OPS. (2008). Sistemas de salud que se asientan en la APS: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. *Organizacion Panamericana de La Salud*, 1.
- OPS. (2020). Atención primaria en salud. *Organizacion Panamericana de La Salud*.
- Ordóñez Azuara, Y., Gutiérrez Herrera, R. F., Méndez Espinoza, E., Alvarez Villalobos, N. A., Lopez Mata, D., & de la Cruz de la Cruz, C. (2020). Association of family typology and dysfunction in families with adolescents from a Mexican population. *Atencion Primaria*, 52(10), 680–689. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.011>
- Ortega-Veitia, T., Cuesta-Freijomil, D., & Días-Returneta, C. (1999). Propuesta de un instrumento para la aplicacion del proceso de atencion de enfermeria en familias disfuncionales. *Rev Cubana Enfermer*, 15(3), 164–168.
- Pellerone, M., Ramaci, T., Parrello, S., Guariglia, P., & Giaimo, F. (2017). Psychometric properties and validation of the Italian version of the family assessment measure third edition – short version – in a nonclinical sample. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 69–77. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S128313>

- Pérez-Martín, M., Delgado-Cruz, A., & Naranjo-Ferregu, J. (2012). Medio familiar de los adultos mayores. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar Del Río*, 16(1).
- Pesse-Sorensen, K., Fuentes-García, A., & Ilabaca, J. (2019). Estructura y funciones de la APS según el Primary Care Assessment Tool para prestadores en la comuna de Conchalí - Santiago de Chile. *Revista Médica de Chile*, 147(3), 305–313. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872019000300305>
- Ponnet, L., Willems, S., Vyncke, V., Bousquat, A. E. M., Viana, A. L. d. Á., Mello, G. A., & Demarzo, M. (2019). Evaluation of the quality of Primary Health Care services for children: reflections on the feasibility of using the Brazilian version of the Primary Care Assessment Tool as a routine assessment tool. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*, 17(1), eAO4333. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2019AO4333
- Pourmovahed, Z., Zareei Mahmoodabadi, H., Yassini Ardekani, S. M., Fallahzadeh, H., Tavangar, H., & Mazloomi Mahmoodabad, S. S. (2018). Validation of the Family Stability Questionnaire in married couples: a confirmatory factor analysis. *Electronic Physician*, 10(8), 7185–7195. <https://doi.org/10.19082/7185>
- Ramos, Y., & González, M. (2017). Un acercamiento a la función educativa del grupo familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(1), 100–114.
- Real, M. (2016). Modelo Biomédico y Modelo Biopsicosocial. *Universidad Nacional Autonoma de Mexico*.
- Rodríguez-Suárez, J., Fajardo-Dolci, G., & Higuera-Ramírez, F. (2006). Enseñanza del modelo biopsicosocial de la Medicina Familiar. *Rev Hosp Gral Dr. M Gea González*, 7(3), 132–140.
- Rodríguez, M., & López, B. (2015). Instrumentos de medida en terapia familiar y de pareja, utilizacion de escalas. *EVNTF*.
- Rolim, L. B., Monteiro, J. G., Meyer, A. P. G. F. V., Nuto, S. de A. S., Araújo, M. F. M. de, & Freitas, R. W. J. F. (2019). Evaluation of Primary Health Care attributes of Fortaleza city, Ceará State, Brazil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(1), 19–26. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0033>

- Román Lopez, C., Angulo Valenzuela, R., Figueroa Hernández, G., & Hernandez Godínez, M. (2015). El médico familiar y sus herramientas. *Revista Médica MD*, 6(4).
- Saavedra González, A., Rangel Torres, S., García de León, Á., Duarte Ortuño, A., Bello Hernández, Y., & Infante Sandoval, A. (2015). Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Atención Familiar; Vol 23, No 1*, 23(1), 24–28.
- SCDE. (2021). El rol del grupo familiar en la Regulación Emocional. *Sociedad Chilena de Desarrollo Emocional*.
- Schmidt, V., Barreyro, J., & Maglio, A. (2010). Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología*, 3(2).
- Shimizu, H. E., & Ramos, M. C. (2019). Evaluation of quality of the family health strategy in the Federal District. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 367–374. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0130>
- Silva, S. A., Baitelo, T. C., & Fracolli, L. A. (2015). Primary health care evaluation: The view of clients and professionals about the Family Health Strategy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(5), 979–987. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0489.2639>
- Skinner, H., Steinhauer, P., & Sitarenios, G. (2000). Family Assessment Measure (FAM) and Process Model of Family Functioning. *The Association for Family Therapy 2000*, 22(2), 190–210.
- Soriola, E. (2017). Meaning and functions of family and its importance as a social institution. *Your Article Library*.
- Suarez-Cuba, M. (2010). El genograma: herramienta para el estudio y abordaje del grupo familiar. *Revista Médica La Paz*, 16(1).
- Suarez-Cuba, M., & Alcalá-Espinoza, M. (2014). APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*, 20(1).
- Suarez, M., & Alcalá, M. (2014). Apgar Familiar: Una Herramienta Para Detectar Disfunción Familiar. *Revista Médica La Paz*, 20(1), 53–57.

- Tamez-Valdez, B. M., & Ribeiro-Ferreira, M. (2016). El divorcio, indicador de transformación social y familiar con impacto diferencial entre los sexos: estudio realizado en Nuevo León. *Papeles de Población*, 22(90), 229–262. <https://doi.org/10.22185/24487147.2016.90.040>
- Troncoso-Pantoja, C., & Soto-López, N. (2018). Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adultos mayores Family functionality, autonomy and psychosocial welfare in the elderly. *Horizonte Médico*, 18, 23–28.
- Ullmann, H., Valera, C., & Rico, M. (2014). La evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990-2010. Los retos de la pobreza, la vulnerabilidad y el cuidado. *Serie Políticas Sociales*, 1(193), 63.
- Valdez, L. (2020). Características del grupo familiar Multinuclear. *Aula Virtual Primaria*.
- Valle, R. (2015). Nivel de funcionalidad de familias con niños de 3 a 6 años, habitantes de una localidad de Bogotá, 2013. *Rev. Colomb. Enferm.*, 11(10), 73–81.
- Vargas-Murga, H. (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Revista Medica Herediana*, 25(2).
- Vázquez, C., & Salanova, M. (2016). ¿Revisión sistemática, revisión narrativa o metaanálisis? *Papeles Del Psicologo*, 37(3), 239. <https://doi.org/10.2307/j.ctvt6rm2x.33>
- Vera, F. (2018). Puntos clave en relación con el APGAR familiar. *Medicina Clínica y Social*, 2(2), 99–101.
- Villarreal-Zegarra, D., & Paz-Jesús, A. (2017). Cohesión, adaptabilidad y composición familiar en adolescentes del Callao, Perú. *Propósitos y Representaciones*, 5(2), 21–42. <https://doi.org/10.20511/pyr2017.v5n2.158>
- Wang, S.-Y., Zang, X.-Y., Liu, J.-D., Cheng, M., Shi, Y.-X., & Zhao, Y. (2015). Indicators and correlates of psychological disturbance in Chinese patients receiving maintenance hemodialysis: a cross-sectional study. *Int Urol Nephrol*, 47(4), 679–689.
- Zicavo, N., Palma, C., & Garrido, G. (2012). Adaptación y validación del Faces-20-ESP: reconociendo el funcionamiento familiar en Chillán, Chile. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(1), 219–234.

Anexos

Anexo 1. Base de datos de los artículos encontrados.

No.	Variables de filiación					Variables de calidad							
	Autor y año	Título	Objetivo	Tipo de estudio	DOI	Resultados	Conclusiones	Periodo	Lugar	Población	Técnica/instrumentos	Financiamiento	Base de datos
1	(Geroy Fernández et al., 2019)	La visita integral a la familia. Guía metodológica para su ejecución	Proponer una guía metodológica para la visita integral a la familia por los integrantes del equipo básico de salud.	Transversal-descriptivo	http://orcid.org/0000-0247-1959-55	La guía aporta todos los pasos a continuar en la visita integral a la familia, dentro de los que se destacan: características, estado de salud, condiciones materiales, higiénico-sanitarias y epidemiológicas, familiograma, funcionamiento familiar, entre otros aspectos.	La guía metodológica contribuyo con el cumplimentando los objetivos que se proponen en el Programa del Médico y Enfermera del grupo familiar.	2018-2019	Cuba	n/a	Se aplicó la técnica de grupo nominal	No reporta	Scielo
2	(Gutiérrez et al., 2019)	Análisis en relación con	Analizar los elementos de	Artículo de	http://www	La especialidad en medicina familiar aporta a la salud	El contenido de Medicina	2018-2019	México	n/a	Análisis herme	No reporta	Scielo

		elementos de contenido en medicina familiar para la identidad profesional del médico familiar	contenido de la medicina familiar que contribuya a la construcción de identidad profesional de los médicos familiares	revisión	w.s cie lo. org .bo /sc iel o.p hp ?sc rip t=s ci_ artt ext &p id= S1 72 6- 89 58 20 19 00 01 00 00 9	familiar, por cuanto, a través del método médico-científico con enfoque biopsicosocial	Familiar, establece un lenguaje común y único entre estos especialistas, que conlleva a mejorar a su identidad profesional.				néutico		
3	(López-Larrosa et al., 2016)	Validación de la escala Seguridad en el	Analizar las propiedades psicométricas	Transversal-analítica	doi : 10.1114/4/J	Los resultados indicaron que el instrumento es adecuado para evaluar la seguridad en el	SIFS, se encuadra entre los escasos instrumentos	2015-2016	España	845 adolescentes y jóvenes	- Security in the Family System	No tuvo financiación por	Scielo

		Sistema Familiar (SIFS) en dos muestras españolas de adolescentes y jóvenes residentes con su familia e institucionalizados	as de la escala de Seguridad en el Sistema Familiar (SIFS) (Forman & Davies, 2005) que mide la percepción de seguridad o amenaza que tienen los hijos acerca del sistema familiar		av eri an a.u ps y1 5- 2.v ess f	sistema familiar en muestras de adolescentes y jóvenes españoles institucionalizados y no institucionalizados	de evaluación de los procesos familiares para su uso en investigación y como instrumento de screening para identificar tanto población adolescente emocionalmente segura como insegura.				Scale (SIFS) (Forman & Davies, 2005). Cuestionario	parte de ninguna entidad	
4	(Martínez-Licona et al., 2016)	Ejes de racionalidad en torno a la familia y los modelos parentales: una construcción cualitativa	Determinar escenarios y niveles socioeconómicos en relación con nociones y concepciones en relación con la familia y su	Tran svers al	htt p:// w w .s cie lo. org .m x/p df/ en cla	El estudio del pensamiento de padres encuentra relación con las acciones que estos realizan como parte de sus tareas de crianza, aunque no en todas las ocasiones estas	Este trabajo ha puesto de manifiesto la existencia de distintas tendencias de pensamiento en lo que respecta a la familia y su vinculación	2015- 2016	Méxi co	1000 familias procedentes de 180 colonias	Cuestionario de Modelos Parentales Entrevista semiestructurada	No reportada	Scielo

		va de las teorías en relación con la familia	relación con las pautas de crianza, los vínculos de apego y patrones de éxito promovidos en el mismo núcleo familiar		v/v 10 n2 0/1 87 0- 87 9X - en cla v- 10- 20- 00 11 5.p df	unidireccional o causal	con hábitos o pautas culturales de los padres en lo que respecta a la crianza de sus hijos.							
5	(Tamez-Valdez & Ribeiro-Ferreira, 2016)	El divorcio, indicador de transformación social y familiar con impacto diferencial entre los sexos:	Determinar los principales efectos observados y su impacto diferencial en seres humanos y mujeres	Transversal	http://dx.doi.org/10.22185/2014.147.2015.016.9	El divorcio constituye un fenómeno social y demográfico que da cuenta, de forma especial, de las transiciones familiares.	El análisis del divorcio permite tener un reflejo de las transformaciones que se observan en las parejas, que repercute en una total descomposición familiar.	2015-2016	México	779 participantes, 457 mujeres y 322 seres humanos	Teoría de la estructuración y praxis social de Giddens	No reportado	Scielo	

		estudio realizado en Nuevo León			0.040								
6	(Esteves-Villanueva, 2020)	Habilidades Sociales en adolescentes y Funcionalidad Familiar	Identificar la relación entre habilidades sociales en adolescentes y funcionalidad familiar.	Transversal-descriptivo	<p>Los resultados de la investigación patentizan que existe correlación positiva entre las variables (habilidades sociales y funcionamiento familiar), por lo que se indica que el tipo de disfunción familiar es uno de los factores que determinan el nivel de habilidades sociales en los adolescentes.</p> <p>Http://dx.doi.org/10.3595/26-1478.11.1392</p>	<p>Las habilidades sociales en los adolescentes son relativamente básicas y con déficit, respecto a la funcionalidad familiar, se precisa que más de la mitad presenta algún tipo de disfuncionalidad familiar. Esto significa que dichos estudiantes necesitan de un mayor incremento y reforzamiento</p>	2019-2020	Perú	251 estudiantes de primero a quinto año de secundaria	Encuesta Instrumento el cuestionario Test estructurado de habilidades sociales del (MINS A, 2005)	No reporta	Scielo	

							to de estas habilidades.							
7	(Silva et al., 2015)	Evaluación de la APS: la visión de clientes y profesionales en relación con la Estrategia de Salud del grupo familiar	Evaluar los atributos de la APS en cuanto al acceso; longitudinalidad; exhaustividad; coordinación; la orientación familiar y comunitaria en la Estrategia Salud del grupo familiar, triangulando y comparando las opiniones de los actores involucrados en el proceso de atención.	Transversal	doi : 10.1590/0104-6904-892639.	Los tres grupos evaluaron el acceso al primer contacto - accesibilidad con puntuaciones bajas. los profesionales evaluaron con alta puntuación los demás atributos. los clientes asignaron evaluaciones de puntaje bajo para los atributos: consejería comunitaria; consejería familiar; integralidad - servicios prestados; exhaustividad - servicios disponibles	la calidad del desempeño auto informado por los profesionales de la Estrategia Salud del grupo familiar no es percibida ni valorada por los clientes, y las acciones y servicios pueden haber sido desarrollados inapropiada o insuficientemente para ser aprendidos por la experiencia	2015	Brasil	527 clientes adultos, 34 profesionales de la salud y 330 padres de niños hasta dos años,	La entrevista. Consentimiento Informado Cuestionario, Herramienta de Evaluación de la Atención Primaria - PCATool	No reportada	PubMed	

							de los clientes.							
8	(Albino et al., 2015)	Evaluating child care in the Family Health Strategy	Evaluar la atención de la salud que brinda la Estrategia Salud del grupo familiar a los niños menores de dos años.	Transversal	https://doi.org/10.1590/0034-7167.20160107i	La evaluación fue positiva para los atributos longitudinalidad y coordinación, y negativa para acceso, integralidad, orientación familiar y orientación comunitaria.	Existen discrepancias entre las necesidades de salud de los niños y lo que ofrece el servicio; barreras organizativas de acceso; ausencia de contrarreferencia; predominio de prácticas curativas y preventivas individuales y de larga data; verticalización en la organización de acciones; y falta de buena comunicaci	2015-2016	Brasil	586 adultos	La entrevista Herramienta de Evaluación de Atención Primaria - Versión Infantil (PCA Tool),	No Reporta	Pub med	

							ón entre profesional es y usuarios.							
9	(Shimizu & Ramos, 2019)	Evaluación de la calidad de la estrategia de salud del grupo familiar en el Distrito Federal	Evaluar la calidad de la Estrategia de Salud del grupo familiar (ESF) en el Programa Nacional de Mejoramiento del Acceso y la Calidad de la Atención Primaria en el Distrito Federal (DF) desde la perspectiva de los usuarios.	Transversal-descriptivo	DOI: 10.1590/1515-3471.67-2018-0130	La prestación de servicios, la calificación de los profesionales, la calidad de la relación profesional-usuario y la continuidad de la atención fueron las dimensiones mejor evaluadas, mientras que el enfoque familiar, el enfoque comunitario y el acceso fueron los peores. se encontró comprometido el acceso a la FHS, además de no establecerse como puerta de entrada al	Cuando pueden acceder al sistema local, los usuarios de FD disfrutaban de diversos servicios, pero el acceso sigue siendo una barrera, principalmente, porque el propio sistema no está preparado para satisfacer las necesidades / preferencias de los usuarios. Las dimensiones	2018-2019	Brasil	382 usuarios	Cuestionario La herramienta de evaluación de la atención primaria (PCA Tool)	No reporta		

						sistema de salud de FD.	s de enfoque familiar y orientación comunitaria son precarias, lo que revela la necesidad de reflexionar en relación con el modelo de atención adoptado en el Distrito Federal.						
10	(Goodyear-Smith et al., 2019)	Primary Care Research Priorities in Low- and Middle-Income Countries	Identificar y priorizar las necesidades de nuevas evidencias de investigación para la APS (APS) en países de ingresos bajos y medianos	Transversal-Analítico	10.1370/afm.2329.	Se identificaron 744 brechas de conocimiento críticas para mejorar la organización de la APS y 479; surgieron cuatro áreas prioritarias: transición efectiva de los servicios primarios y secundarios, integración horizontal	Este enfoque novedoso hacia las necesidades de la APS en los PIBM, informado por académicos y profesionales locales, creó una lista amplia y priorizada	2018-2019	Brasil	141 participantes inscritos	La encuesta. Panel Delphi modificado	No reportada	Pub med

						dentro de un equipo multidisciplinario y derivación intersectorial, para el financiamiento.	de brechas de conocimiento críticas en la organización y financiamiento de la APS. Resultó en preguntas de investigación, ofreciendo una guía valiosa a los partidarios globales de la evaluación e implementación de la atención primaria							
11	(Rolim et al., 2019)	Evaluación of Primary Health Care attributes of Fortaleza	Evaluar los atributos de la APS de la ciudad de Fortaleza, estado de Ceará.	Transversal	10.15.90 / 34-71.67-	Entre los ocho atributos evaluados, el acceso de primer contacto y la coordinación - sistema de	La Atención Primaria recibió bajo puntaje, demostrando la necesidad	2018-2019	Brasil	451 profesionales.	La Encuesta, herramienta PCATool	No Reporto	Pub med	

		a city, Ceará State, Brazil			20 18- 00 33.	información, fueron los que obtuvieron menor y mayor puntaje (2,98) y (7,82), respectivament e. la escala general, calculada mediante un promedio de los atributos, fue de 6,34.	de solicitar mecanismos para impulsar los atributos bajos que obtuvieron scores.							
12	(Shimizu & Ramos, 2019)	Evaluati on of quality of the family health strategy in the Federal District	Comprende r las percepcion es de los médicos de familia en relación con las estrategias de Manitoba para la renovación o reforma de la atención primaria (PCR)	Coho rte	htt ps: //p ub me d.n cbi .nl m. nih .go v/3 15 15 32 7/	Muchos médicos dudaban en participar en iniciativas de PCR, percibiendo riesgos claros, pero beneficios incierto para pacientes y proveedores. las barreras adicionales para la participación toma en cuentaron preocupaciones en relación con la idoneidad y	Aunque algunas de las barreras observadas pueden desaparecer con el tiempo, concentrar los esfuerzos de PCR en las realidades cotidianas de la práctica del médico de familia podría ser la mejor	2018- 2019	Canadá	Un total de 60 médicos de familia	Entrevistas semiestructuradas y grupos focales	No reporto	Pub med	

						la importancia de la comunicación	forma de construir un sistema de atención primaria que funcione para pacientes y proveedores							
13	(Pesse-Sorensen et al., 2019)	Estructura y funciones de la Atención Primaria de Salud según el Primary Care Assessment Tool para prestadores en la comuna de Conchalí - Santiago de Chile	Analizar, desde la perspectiva del prestador, la estructura y funcionamiento de los centros de salud, para determinar el cumplimiento de las funciones centrales de la APS	Transversal-descriptivo	http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98720190300305	El 51% de los respondieron el cuestionario en línea los datos muestran un buen desempeño del sistema: los puntajes generales y específicos del dominio están cerca de tres para un puntaje máximo de cuatro. el centrado en la familia obtuvo la puntuación más alta, mientras que la competencia cultural obtuvo la más baja	Se recomienda reforzar las habilidades interculturales y un abordaje más amplio de los problemas psicosociales para fortalecer la implementación del nuevo modelo de salud.	2018-2019	Chile	Instrumento PCAT-Prestadores	109 participantes entre profesionales médicos y técnicos	No reporto	Scielo	

14	(Ponnet et al., 2019)	Evaluati on of the quality of Primary Health Care services for children : reflectio ns on the feasibilit y of using the Brazilia n version of the Primary Care Assessm ent Tool as a routine assessm ent tool	Evaluar la calidad de los servicios de APS brindados a los niños y la viabilidad de utilizar la versión brasileña de la Herramient a de Evaluación de Atención Primaria (PCAT-Brasil) como una herramient a de evaluación de calidad de rutina.	Tran svers al	10.31744 / ein ste in_ jou rna l / 2019 A O4 333.	Los profesionales de la salud solo calificaron el atributo de "accesibilidad al primer contacto" como satisfactorio y consideraron que todos los demás atributos de la APS necesitaban mejora	El uso del PCAT-Brasil como una herramienta de evaluación y planificación de rutina parecía no ser factible en el ambiente dado debido a los altos costos, la falta de personal capacitado y la enorme carga de trabajo	2018-2019	Brasi l	La entre vista Herr amie nta de evalu ación PCA T- Brasi l	Siete profesi onales de la salud y 502 cuidad ores de niños	No reporto	Pub med
15	(Cabello et al., 2015)	Confirm atory factorial analysis of the	Analizar la confiabilidad y estructura factorial de	Expe rime nta l	htt ps://w w.r	La escala total presenta una elevada consistencia interna	Los resultados indican que la Escala	2015-2016.	Chile	Escal a APG AR	228 estudia ntes	No reporto	Pub med

		scale of perception of smiling in's familiar functioning in peruvian teenagers	la escala APGAR-familiar		edaly c.org/pdf/4397/439742867003.pdf	mediante el coeficiente de Cronbach ($\alpha = .729$), con un intervalo de confianza que varía de .669 a .781. en suma, se afirma que la escala Apgar familiar presenta una alta confiabilidad, de acuerdo al procedimiento utilizado	APGAR-familiar, permiten contar con un instrumento válido y confiable para una medición rápida de la percepción del funcionamiento familiar en, que sirva para la aplicación de programas de intervención de promoción del buen funcionamiento familiar en esta población en particular.			familiar			
--	--	--	--------------------------	--	---------------------------------------	---	--	--	--	----------	--	--	--

16	(Saavedra González et al., 2015)	Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México	Determinar la asociación entre depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de la unidad de medicina familiar (Tranversal-descriptivo	https://www.medigraphic.com/pdf/s/atefam/af-2016/af161f.pdf	se correlacionó la estructura familiar con la funcionalidad (Apgar) y la depresión (yesavage): se encontró significancia estadística entre familia nuclear y funcionalidad familiar	La funcionalidad familiar no guarda relación con el grado de depresión, pero se documentó que la familia nuclear es un factor protector para la disfuncionalidad familiar.	2015-2016	México	Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y Test Apgar familiar	220 pacientes	No reporto	Medigraphic
17	(Wang et al., 2015)	Indicators and correlates of psychological disturbance in Chinese patients receiving	Evaluar el trastorno mental en pacientes en hemodiálisis y estudiar los indicadores y correlatos de los trastornos	Tranversal	10.10.07/s11255-015-0910-7	Los pacientes con mejor cohesión familiar mostraron un mayor nivel de bienestar psicosocial sin importar su situación económica	Se debe prestar más atención a la evaluación y el manejo de los trastornos psicológicos y al desarrollo del sistema	2015-2016	China	Depresión (HADS) Pittsburgh (PSQI) Índice APGAR	187 pacientes ambulatorios	No reporto	Pubmed

		mainten ance hemodia lysis: a cross- sectiona l study	psicológico s entre los pacientes que reciben MHD				de apoyo médico / social / familiar para los pacientes			Fami liar (PA GAR) Cues tiona rio			
18	(Pourmo vahed et al., 2018)	Validati on of the Family Stability Questio naire in married couples: a confirm atory factor analysis	Diseñar y validar el Cuestionari o de Estabilidad Familiar (FSQ) en parejas casadas.	Estu dio de coho rte	10. 19 08 2 / 71 85.	Al principio, los resultados del CFA en 70 ítems del FSQ no pudieron confirmar, pero el FSQ con 56 preguntas indicó que tenía suficiente validez y confiabilidad para medir la estabilidad familiar. se observó una correlación positiva significativa entre FSQ y FAD	FSQ, como cuestionario multidimen sional, es un instrumento útil y confiable para evaluar la estabilidad familiar	2017- 2018	Irán	Instru men to FSQ Entre vista Disp ositiv o de Eval uació n Fami liar (FA D)	270 seres human os y mujere s (135 parejas)	No reporto	Pub med
19	(Villarrea l-Zegarra & Paz- Jesús, 2017)	Cohesión, adaptabi lidad y composi ción	Analizar si existen diferencias significativ as entre la cohesión y	Tran svers al	htt p:// dx. doi .or g/1	existen diferencias significativas en la cercanía emocional de los	Existen diferencias significativ as entre la vinculación emocional	2016- 2017	Perú	(FA CES III) y un cuest ionar	428 adoles centes varone s y	No reporto	Scie lo

		familiar en adolescentes del Callao, Perú	adaptabilidad familiar según el tipo de composición familiar (nuclear, extensa, monoparental y anuclear)		0.20511/2017. v5 n2. 158	adolescentes pertenecientes a familias nucleares y a nucleares, así como de adolescentes pertenecientes a familias extensas y a nucleares	entre los integrantes del grupo familiar (cohesión) percibida por los adolescentes entre familias nucleares y nucleares; el FACES III presenta inadecuadas propiedades psicométricas.			io ad hoc	mujeres		
20	(Nasir et al., 2019)	Psychosocial assessment of the family in the clinical setting	Determina de forma destacada la adaptación psicosocial y la salud mental del niño	Transversal	10.11.86 / s40359-018-0277-5.	Encontramos que el FHQ se correlacionó positiva y de forma significativa con la puntuación del PSC	El FHQ puede ser una valiosa herramienta de detección para identificar familias con perfiles de riesgo psicosocial que guardan relación con un mayor riesgo de	2018-2019	EE.UU	Consentimiento informado cuestionarios FHQ y PSC	300 sujetos	No reporto	Pub med

							problemas de conducta infantil.						
21	(Barreto-Zorza & Velásquez-Gutiérrez, 2016)	Funcionalidad familiar una percepción de madres e hijos escolares: Programa de atención primaria, Guapi-Cauca	Describir el efecto de un programa de Atención Primaria en Salud (APS) en la funcionalidad familiar desde la percepción de madres e hijos escolares	Experimental	https://doi.org/10.2937/12047.2363	Tanto niños como madres entienden baja funcionalidad familiar. el programa de atención primaria logró efectos estadísticamente significativos en la percepción de los hijos escolares en relación con la funcionalidad familiar general y en las metas del sistema familia	El programa de APS consiguió efectos estadísticamente significativos en relación con la percepción de la funcionalidad familiar en los hijos escolares y no en las madres que en condiciones precarias propician la disfuncionalidad familiar.	2015-2016	Colombia	Cuestionario Encuesta	50 familias extensas afrocolombianas),	No reporto	Metodológico
22	(Andrade et al., 2015)	Funcionamiento Familiar en Familias	Encontrar el tipo de funcionalidad familiar presente en	Transversal	n/a	El 62,5% de familias presenta algún tipo de disfuncionalidad	La disfuncionalidad familiar emerge de	2013-2015	Colombia	Ficha de caracterización	200 individuos víctimas de	No reporto	Scielo

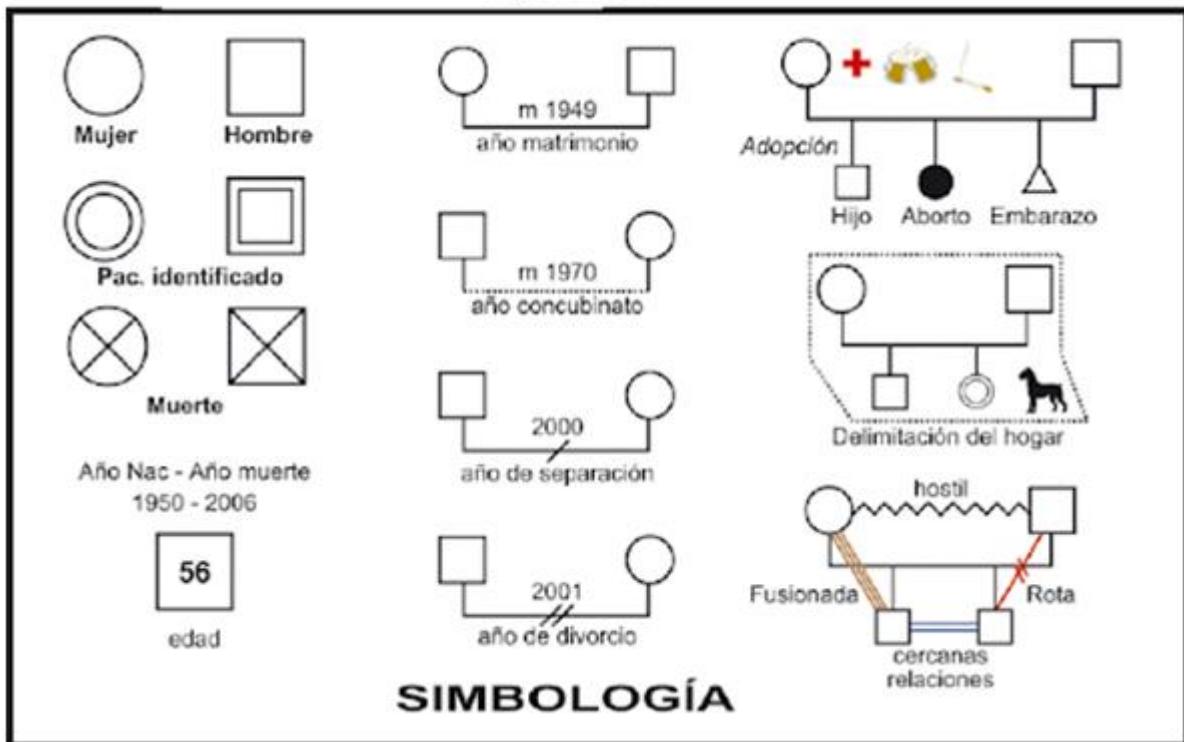
		Desplazadas, Asentadas en el Departamento del Quindío en el Periodo 2009-2013	familias desplazadas			d familiar, que se incrementa si la jefatura del hogar es femenina, en individuos solteras (sin pareja) y separadas, y cuando los motivos para desplazarse son la amenaza de muerte y el maltrato psicológico	las secuelas del conflicto armado y como respuesta ante las dinámicas del ambiente actual de reasentamiento.			socio demográfica y el APGAR familiar	desplazamiento forzado		
23	(Pellerone et al., 2017)	Psychometric properties and validation of the Italian version of the family assessment measure third edition – short version – in a	Evaluar las propiedades psicométricas de la versión italiana de la Medida de Evaluación Familiar Tercera Edición - Versión Corta (Breve FAM-III).	Transversal-descriptiva	10.2147 / PRB M. S128313	El análisis general de los ítems muestra buenos índices de confiabilidad con coeficientes α de cronbach iguales a 0.96. el breve fam-iii tiene una consistencia interna satisfactoria, con un α de cronbach igual a 0.90 para la	El Brief FAM-III puede ser una medida psicométricamente confiable y válida para la evaluación de las fortalezas y debilidades del grupo familiar.	2016-2015	Italia	Medida de Evaluación Familiar Tercera Edición - Versión Corta (Breve FAM-II)	484 sujeto	No reporto	Pub med

		nonclinical sample				escala general, 0.94 para la escala de relaciones diádicas y 0.88 para la escala de autoevaluación.							
24	(Bazo-Álvarez et al., 2016)	Psychometric properties of the third version of family adaptability and cohesion scales (faces-III): A study of Peruvian adolescents	Evaluar las propiedades psicométricas del FACES-III en una población de estudiantes adolescentes peruanos.	Transversal-psicométrico	https://doi.org/10.17843/rpmesp.16.333.2919	La escala cohesión-real tiene confiabilidad moderadamente alta ($\Omega=0,85$) mientras que la escala flexibilidad-real tiene confiabilidad moderada ($\Omega=0,74$). Para la escala cohesión-ideal la confiabilidad es moderadamente alta ($\Omega=0,89$), lo mismo que para la escala de flexibilidad-ideal ($\Omega=0,86$)	El FACES-III tiene confiabilidad y validez suficientes como para ser utilizado en población adolescente peruana con fines de evaluación grupal o individual.	2015-2016	Perú	FACES-III de Olson.	910 estudiantes	No reportado	SciELO

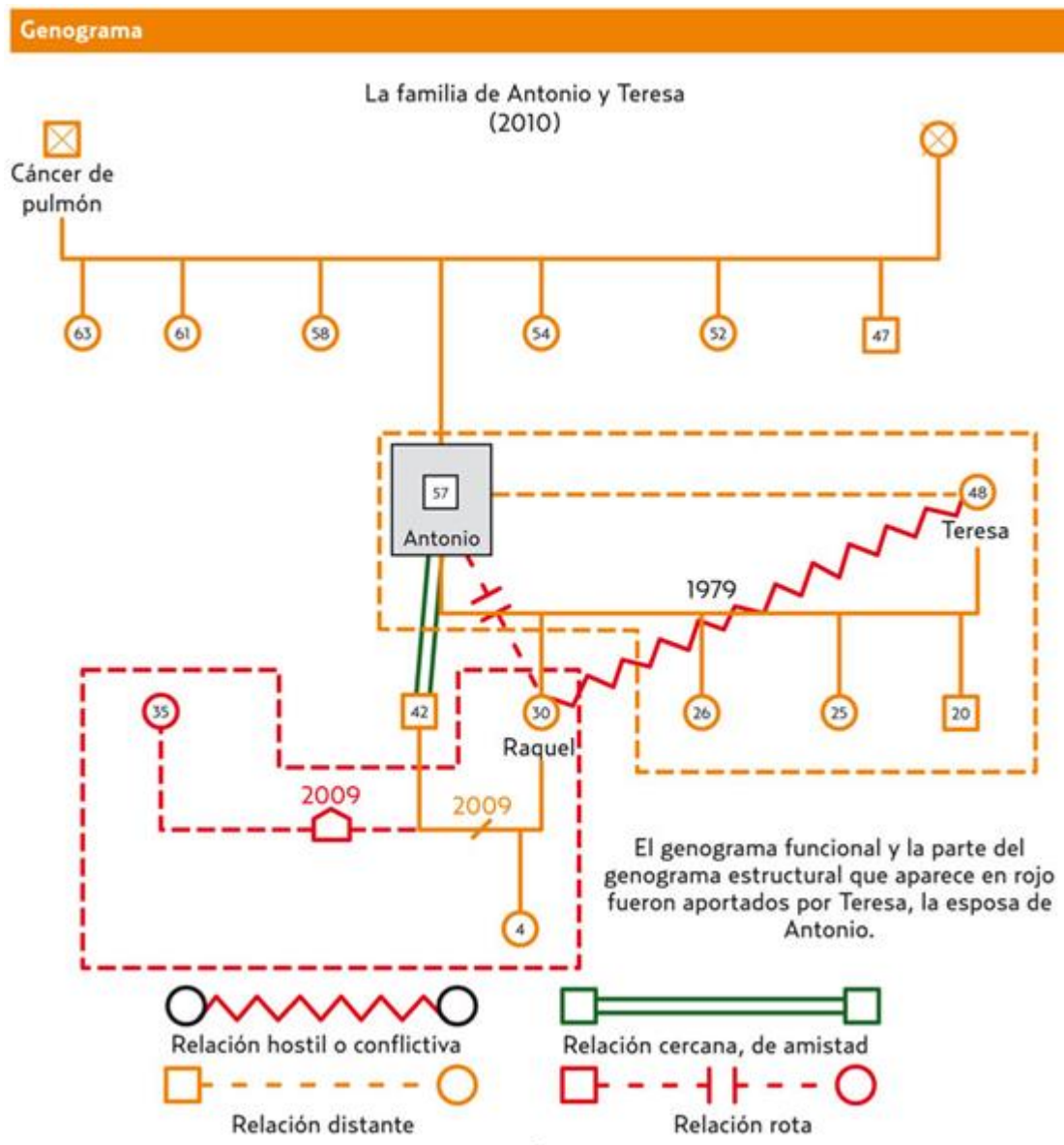
25	(Ordóñez Azuara et al., 2020)	Association of family typology and dysfunction in families with adolescents from a Mexican population	Determinar la asociación entre tipología y disfuncionalidad familiar en familias mexicanas con adolescentes	Transversal	10.10.16/j.aprim.2020.02.011	Los tipos de familias están que guardan relación con la funcionalidad familiar por parentesco, presencia física en el hogar y el nivel de pobreza familiar.	Se concluye que los tipos de familia con adolescentes asociadas como factores de riesgo para disfuncionalidad son las monoparentales, de núcleo no integrado y con pobreza familiar alta, y se consideran como factores de protección para disfuncionalidad los tipos de familia nuclear simple y con núcleo integrado	2019-2020	México	Entrevistas estructuradas y cuestionarios autoaplicables Método APGAR familiar.	437 familias	No reporto	Elsevier
26	(Troncoso-Pantoja & Soto-López, 2018)	Funcionalidad familiar, autovalencia y	Relacionar la funcionalidad familiar con la	Transversal-descrip	http://dx.doi.org	Más del 70 % de los participantes presentaron familias muy	Existe relación entre funcionalidad familiar y nivel de		Chile	Apgar Familiar, Escal	60 adultos	No reporto	Scielo

		<p>bienestar psicosocial de adultos mayores Family functionality, autonomy and psychosocial welfare in the elderly</p>	<p>autovalencia y el bienestar psicosocial de individuos mayores pertenecientes a la comuna de Huechurabata, Santiago, Chile, durante el año 2016.</p>	<p>iptivo</p>	<p>g/10.242/65/horizmezmed.2018.v.18n1.04</p>	<p>funcionales y sólo el 3 % pertenecieron a familias con graves disfunciones. 45 % fueron autovalentes con riesgo y 16.7 % presentaron riesgo de dependencia. No se encontró relación entre funcionalidad familiar y salud física; sí se presenta asociación entre funcionalidad familiar, salud psicológica.</p>	<p>autovalencia, salud psicológica, relaciones interindividuales y ambiente, debido a que aquellos que pertenecen a familias con una mejor dinámica interna, disfrutaban de una mejor calidad de vida</p>			<p>a de Whoqol-Bref y EFA M (</p>			
--	--	--	--	---------------	---	--	---	--	--	-----------------------------------	--	--	--

Anexo 2. Familiograma estructural

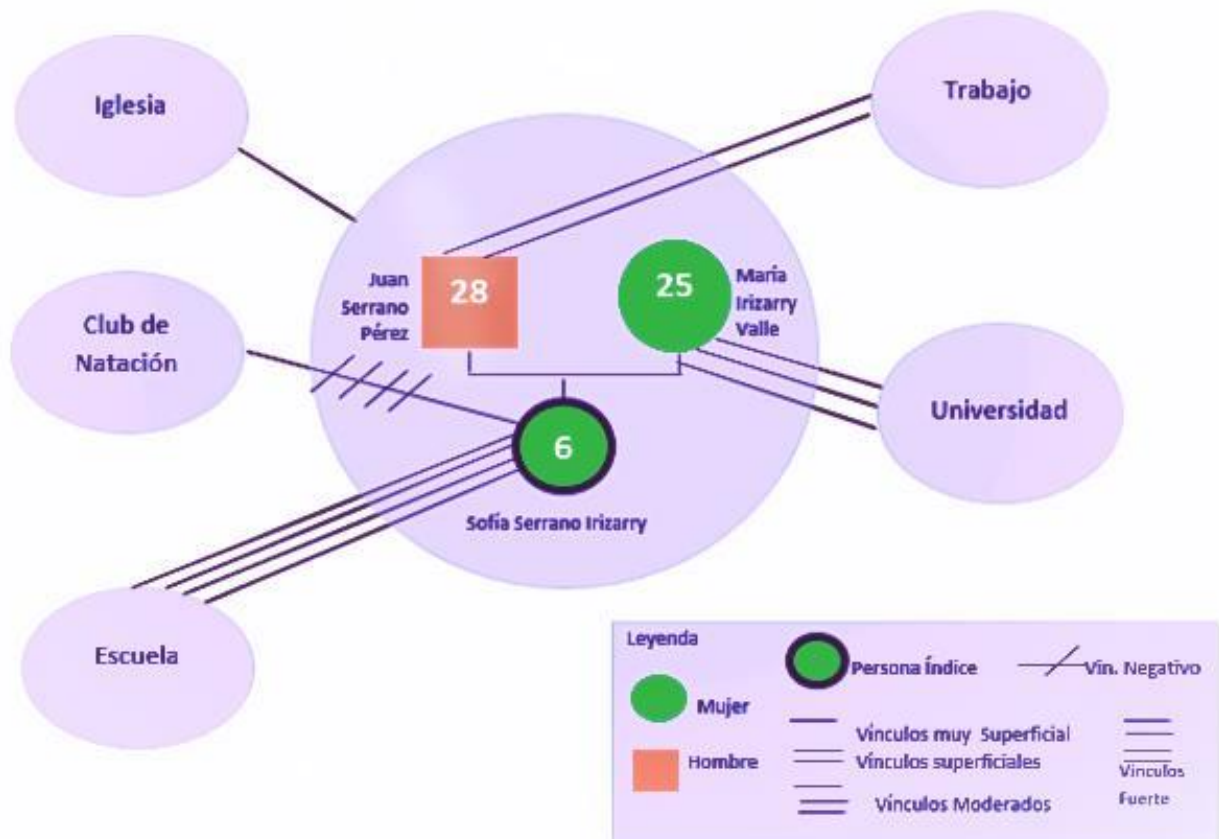


Anexo 3. Familiograma funcional.



Fuente: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1635

Anexo 4. Ecomapa familiar



Anexo 5. Instrumento de evaluación de apoyo social

Autores	Instrumentos	Variables	Dimensiones	Fiabilidad
Sarason et al. (1983)	SSQ: SSQ-N SSQ-sN=602 estudiantes	Sit. de apoyo: Individuos apoyo Satisfacción	1 recibido 2 disponible 3 descr./eval. 4 NSE 5 NSE	Test-retest : (SSQ-N= .90) (SSQ-S= .83) C. Interna: (SSQ-N= .97) (sSQ-S= .94) A.Factorial1 (SSQ-N= 82%) (SSQ-S= .72%)
Fernández del Valle y Bravo (2000)	Cuestionario de Apoyo Social (adolescentes)	Estructura red Proveedores Familia Amigos Profesorado Tipos Apoyo: Confianza Ayuda Pérdida	1 recibido 2 disponible 3 descrito 4 fam., Amigos Profesional	Descriptivo Media Frecuencia. Apoyo
Vaux et al. (1986) Vaux (1987)	SS-A NI= 517 estudiantes N2= 462 población general	Apoyo total (AT) Apoyo fam. (AF) Apoyo amigo. (AA)	1 recibido 2 disponible 3 descr./eval. 4 Fam./amig	C. Interna: N1 (R= 30-.94) N2 (R= 30-.90) Factorial: (NI/N2) F: Amor Respeto Integración

Fuente: <file:///C:/Users/Julenny/Downloads/61777-Text%20de%20l'article-96516-1-10-20071128.pdf>