



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA
CLINICA MEDICINA FAMILIAR "DR. IGNACIO CHAVEZ", MEXICO D.F

**CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS DEL TURNO MATUTINO
DE LA CLÍNICA "DR. IGNACIO CHÁVEZ" MEDIANTE EL
GENOGRAMA Y APGAR FAMILIAR.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. GABRIELA PEÑA TRINIDAD

MEXICO D, F. 2011

No. De Registro: 191.2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS DEL TURNO MATUTINO
DE LA CLÍNICA “DR. IGNACIO CHÁVEZ” MEDIANTE EL
GENOGRAMA Y APGAR FAMILIAR.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. GABRIELA PEÑA TRINIDAD

AUTORIZACIONES:

DRA. CATALINA MONROY CABALLERO.

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN LA CMF
“DR. IGNACIO CHAVEZ”
ISSSTE
ASESORA DE TESIS

MC. BIOLOGO ALBERTO GONZÁLEZ PEDRAZA AVILÉS.

PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS

**CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS DEL TURNO MATUTINO
DE LA CLÍNICA “DR. IGNACIO CHÁVEZ” MEDIANTE EL
GENOGRAMA Y APGAR FAMILIAR**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. GABRIELA PEÑA TRINIDAD

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

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS DEL TURNO MATUTINO
DE LA CLÍNICA “DR. IGNACIO CHÁVEZ” MEDIANTE EL
GENOGRAMA Y APGAR FAMILIAR**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. GABRIELA PEÑA TRINIDAD

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

DR. DAVID ESCOBEDO HERRERA
DIRECTOR
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
“DR. IGNACIO CHAVEZ”
I.S.S.S.T.E

DR. JESÚS LUNA ÁVILA
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
“DR. IGNACIO CHAVEZ”
I.S.S.S.T.E

AGRADECIMIENTO

Gracias a mis padres **Luvia y Sotero** por su cariño, comprensión y apoyo sin condiciones, gracias por guiarme sobre el camino de la educación y a mis hermanos **Luvia, Gustavo, Maricela, Mónica, Guillermo** y de igual manera a mis sobrinos *Guadalupe, Karen, Victoria, Iván, Jonathan, Fernanda, Ramsés, Juan Pablo, Danna, Valeria y Jimena* por su apoyo incondicional en todo momento.

De igual manera a mis compañeros y amigos. **Adriana, Ricardo, Moisés, Maricruz, Campuzano, Susana, Saret y Violeta.**

Gracias a mis asesores de tesis, **Dra. Catalina Monroy y MC. Biólogo Alberto González** por su paciencia y su apoyo. A todos mis profesores, **Dr. Eduardo de la Cruz, Dr. Miguel Hernández y Dr. Yáñez Puig.**

Debo un especial reconocimiento a la **Universidad Nacional Autónoma de México**, por todas las facilidades otorgadas para mi aprendizaje y desarrollo profesional y al **Hospital Adolfo López Mateos**, por darme la oportunidad de seguir formándome como profesionistas.

A Todos ellos que contribuyeron a que fuera mejor médico, profesionista y ser humano mil gracias.

RESUMEN.

Objetivos: Identificar las características de las familias del turno matutino de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez mediante el genograma y Apgar familiar.

Material y métodos: Estudio trasversal, prospectivo y descriptivo.

Con base a cálculo de tamaño de muestra para estudios observacionales, se incluyeron 384 familias. De febrero 2011 a abril 2011 se realizó genogramas y Apgar familiar para identificar las características de las familias.

Resultados: En la clasificación de las familias según el Consenso de Medicina Familiar, la de mayor frecuencia fue la nuclear simple, 125 (32.6%); En base en su desarrollo, la familia moderna fue la más común con 295 (76.8%), en términos de ocupación, la familia obrera fue la que predominó con 234 (69.9%); En el Ciclo de Vida Familiar (CVF) de Geyman, la etapa de dispersión con 154 (40.1%); lo que corresponde en la clasificación del CVF de la OMS modificada; a la etapa final de la extensión 130(33.9%); Con respecto a las dislocaciones del CVF predominaron las monoparentales por divorcio 61(15.9%); Las crisis no normativas la que prevaleció fue la asociada a enfermedades crónico degenerativas en 133 familias (34.6%); en cuanto a los factores de riesgo para enfermedades mentales, la que predominó correspondió la depresión en 61 familias (15.9%), para adicciones el tabaquismo estuvo presente en 141 familias (36.7%); otro factor de riesgo frecuente asociado a enfermedades crónicas fue la Hipertensión Arterial Sistémica (60.9%).

Con respecto a presencia de violencia en la familia, de mayor frecuencia fue la psicológica (9.9%); en relación a otros factores riesgo fue el divorcio (24.5%); en la Los resultados obtenidos del Apgar Familiar mostraron una alta satisfacción familiar 305 (79%).

Conclusiones: Se cumplieron los objetivos planteados, conocer las Características de las familias y demostrar que el genograma aporta mucha información útil; así como los factores de riesgo a que están expuestas para permitir a los médicos familiares realizar esfuerzos en la detección oportuna de las enfermedades biopsicosociales , para poder proporcionar una mejor atención integral junto con el equipo de salud que permita llevar a cabo acciones necesarias y lograr un estado lo más completo de bienestar posible.

Palabras clave: Características de Familias, Genogramas, Apgar familiar, Ciclo Vital Familiar, Dislocaciones.

ABSTRACT:

Objective: To identify the characteristics of families in the morning shift of the Family Medicine Clinic Dr. Ignacio Chavez based on genograms and family apgar.

Material and methods: Transversal, prospective and descriptive study Based on calculation of sample size for observational studies, 384 families were included. From February 2011 to April 2011 it was realized family apgar and genograms to identify characteristics of families.

Results: The classification of families according to the consensus of family medicine, the most frequency was the simple nuclear, 125 (32.6%); In relation to typology based on its development, the modern family was the most frequent with 295 (76.8%); in terms of occupation, working family was the most frequency 234 (69.9%); In Geyman life cycle, the most frequent was obtain in the stage of dispersion, 154 (40.1%); OMS in relation to family type most often are end-stage extension and contraction III IV 130, (33.9%); and 98, (25.5%); As for the dislocations of family life cycle were the most frequent single parents for divorce 61, (15.9%); The not normative crisis is most often associates to degenerative chronically diseases in 133 families (34.6%); With regard to factors of risk for mental illnesses, most frequency corresponded to depression, 61 families (15.9%); and addiction the smoking present in 141 families (36.7%); With relation to factors of risk but associated with chronic diseases, that of frequency was the arterial systemic hypertension, 234 (60.9%); With regard to the presence of violence, in the family, that of most frequent, was the psychological 38, (9.9%); The higher frequency of risk factors was the divorce (24.5%); in family satisfaction was obtained as high satisfaction results 305 (79%).

Conclusions: the raised aims were fulfilled, on having demonstrated that the genogram contributes a lot of useful information to know the characteristics of the families; as well as the factors of risk to which they are exposed to allow to the familiar doctors to realize efforts in the opportune detection of the diseases, to be able to provide a better integral attention together with the equipment of health to carry out necessary actions and manage a condition the most complete of possible well-being.

Key words: Family characteristics, Genograms. Apgar families, Family life cycle, Dislocations.

Índice

1	.. Marco teórico.....	1
1.1	Introducción.....	1
1.1.1.	Familia.....	3
1.1.2.	Definición familia.....	4
1.1.3.	Antecedentes de los genogramas.....	6
1.1.4.	Definición de genogramas.....	6
1.1.5.	Formatos de genogramas.....	7
1.1.6.	Ventajas de los genogramas.....	10
1.1.7.	Desventajas de las genogramas.....	11
1.1.8.	Símbolos utilizados para estructura familiar.....	12
1.1.9.	Estructura familiar.....	16
1.1.9.1.	Familias especiales.....	22
1.1.10.	Ciclo vital familiar	25
1.1.11.	Dislocaciones familiares.....	28
1.1.12.	Crisis no normativas.....	29
1.1.13.	Factores de riesgo.....	31
1.1.14.	Apgar familiar.....	32
1.1.15.	El Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF).....	35
1.1.16.	Familia como sistema.....	36
1.1.17.	Historia Clínica Dr. Ignacio Chávez.....	38
1.2.	Planteamiento del problema.....	40
1.3.	Justificación.....	43
1.4.	Objetivos.....	43
1.4.1	Objetivo general.....	43
1.4.2	Objetivos Específicos.....	43
1.5.	Hipótesis.....	44
2.	Metodología.....	44
2.1	Tipo estudio o investigación.....	44
2.2	Diseño de investigación.....	44
2.3	Población lugar y tiempo.....	44
2.4	Tipo y Tamaño de la muestra.....	44

2.4.1	Criterios de inclusión.....	45
2.4.2	Criterios de exclusión.....	46
2.4.3	Criterios de eliminación.....	46
2.5	Cédulas de recolección de datos.....	46
2.6	Variables de estudio.....	47
3.0	Organización de la investigación.....	50
3.1	Cronograma.....	50
3.2	Análisis estadístico.....	50
3.3	Recursos.....	51
3.3.1	Recursos financieros.....	51
3.3.2	Recursos humanos.....	51
3.3.3	Recursos físicos.....	51
3.4	Aspectos o consideraciones éticas	
3.4.1	Declaración de Helsinki.....	51
3.4.2	Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación.....	53
3.4.3	Consentimiento informado.....	53
4.	Resultados.....	54
5.	Discusión.....	77
6.	Conclusiones.....	80
7.	Bibliografía.....	82
8.	Anexos.....	85

1. MARCO TEORICO

1.1 INTRODUCCION.

La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud enfermedad.

La familia puede definirse según los sociólogos como un grupo social primario de la sociedad de la cual forma parte y a la que pertenece el individuo, dotando a este de características materiales, genéticas, educativas y afectivas. Según los demógrafos la familia puede definirse por el grado de parentesco dado por el matrimonio consanguíneo o adopción; entonces todas las personas que viven bajo el mismo hogar constituyen una familia.

En la práctica de la medicina familiar para llevarse a cabo, se hace uso de diversos modelos e instrumentos que permiten un diagnóstico estructural y funcional de los grupos familiares, así el médico familiar, junto con el personal de salud pueden definir intervenciones tanto en el ámbito individual como familiar, actividad que le confiere su papel de orientador familiar.

Los diagnósticos de salud familiar planes de manejo e intervenciones en el ámbito familiar son apoyados por el uso de herramienta como el genograma.

El genograma es un instrumento de uso cotidiano en la práctica de distintos profesionales quienes lo han adaptado a sus necesidades y perspectivas, la enseñanza y el aprendizaje de su construcción. Así como de su lectura y análisis se han considerado de gran importancia en la medicina familiar. Es unas destrezas que todo médico familiar debe demostrar para obtener su certificación como especialista.

1.1.1. La familia

La familia como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad se convierte en un medio que puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso salud-enfermedad.

Las funciones económica, biológica, educativa y de satisfacción de necesidades afectivas y espirituales que desempeña el grupo familiar son de marcada importancia; ya que a través de ellas se desarrollan valores, creencias, conocimientos, criterios, juicios, que determinan la salud de los individuos y del colectivo de sus integrantes. También la enfermedad de uno de sus miembros afecta la dinámica de este grupo familiar. Otra importante labor que lleva a cabo este grupo primario es preparar a los miembros para enfrentar cambios que son producidos tanto desde el exterior como desde el interior y que pueden conllevar a modificaciones funcionales y estructurales.¹

Si queremos conocer acerca de un país o de una sociedad, debemos estudiar cómo vive y actúa la familia, si queremos prever el futuro de una sociedad podemos saber bastante de ella observando las familias, si queremos reflexionar sobre la identidad personal, por qué somos de una forma y no de otra, por qué actuamos de esta manera, por qué nos orientamos en determinado sentido, gran parte de esta respuesta está en la historia familiar de cada uno. La familia como agrupación social constituye el medio ambiente donde crecen y se desarrollan la casi totalidad de nuestros pacientes, y donde se va a gestar la salud o enfermedad, ya sean problemas biológicos y/o psicosociales.¹

1.1.2 Definiciones de familia

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) “la familia se entiende a los miembros del hogar emparentados entre si hasta un grado determinado por sangre. Adopción y matrimonio.”²

Para el Consenso Americano la familia se define como a un grupo de personas (dos o más) que residen en la misma vivienda, y están vinculados por lazos de parentesco o con sanguíneos.”²

El Consenso de Medicina Familiar define a la familia como a un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad.”²

La familia para los **sociólogos es** un grupo social primario de la sociedad de la cual forma parte y a la que pertenece el individuo, dotando a este de características materiales, genéticas, educativas y afectivas.”²

Según **los demógrafos** la familia puede definirse por el grado de parentesco dado por el matrimonio o adopción; entonces todas las personas que viven bajo el mismo hogar constituyen una familia.”²

Se ha utilizado en Medicina familiar *diferentes herramientas* para conocer las *características de la familia*, entre ellas están, el MOSAMEF, la entrevista clínica, genograma, formatos impresos encaminados a obtener diversa información como características de la dinámica familiar, estado de salud y enfermedad de los miembros que conforman las familias, Elegimos el genograma y el apgar familiar para obtener la información sobre algunas características de las familias.

1.1.3 Antecedentes históricos de los genogramas.

Originalmente usado por los genetistas en el estudio de enfermedades de transmisión hereditaria fue hasta los años 70 del siglo pasado que los terapeutas familiares lo utilizaron; En 1978. Rakel dio a conocer una simbología para la construcción de genogramas en el ámbito de la Medicina Familiar en Estados Unidos de Norteamérica, en 1980, Jolly presentó una propuesta de unificación de los símbolos con el propósito de capacitar a médicos residentes para el uso de lo que él llamó un esquema básico.³

En 1985, un grupo de médicos y terapeutas familiares de la Task Force of the North American Primary Care Research presidido por McGoldrick. Uniformaron los elementos para la construcción de genogramas. En 1994 Weters, publicó los símbolos utilizados por trabajadores sociales y médicos familiares de Canadá. Badía publicó en 1995 los símbolos y criterios de uso común entre médicos familiares de España. En eses mismo año, la National Society of Genetic Counselors dio a conocer sus recomendaciones para estandarizar el uso de los símbolos en la construcción de genogramas.³

En México, el genograma también es reconocido como un instrumento de registro que los especialistas en Medicina Familiar aprenden a utilizar durante su formación académica, considerándose imprescindible para su desempeño profesional.

El Comité de Académico para revisión del genograma (**CARG**) 1999. Clasificó los símbolos y características para construcción de genogramas en tres categorías, básicos, específicos y complementarios. Se definieron los básicos como los que representan la estructura familiar y los vínculos intergeneracionales; los específicos son señalan elementos generales de carácter social, y complementario se refiere al señalamiento de las relaciones afectivas intrafamiliares.⁴

1.1.4 Definición de genogramas.

Se ha definido el genograma como la representación gráfica de las principales características e interrelaciones de un grupo familiar.⁴

Es un diagrama de flujo que permite identificar procesos biológicos, emocionales y sociales de una familia a través de diversas generaciones, se considera que el genograma es un instrumento indispensable para práctica de la medicina familiar, debido a que favorece una relación mejor con el paciente, ayuda a estratificar riesgos de ansiedad y depresión en la familia. ⁴

1.1.5 Distintos formatos de genogramas.

El genograma puede construirse sobre cualquier soporte, siempre que contemos con un espacio suficiente para representar al menos tres generaciones.

Formato habitual.

El soporte más sencillo y útil para dibujar genogramas es un simple folio, ya que además de permitir su construcción sin limitaciones, podemos escribir en los márgenes o al dorso las notas aclaratorias que consideremos oportunas, puede guardarse en el lugar más idóneo dentro de la historia familiar y, sobre todo, permite realizar en hojas sucesivas nuevos genogramas que describan la evolución de la familia a lo largo del tiempo.⁵

Formato esquemático

Se caracteriza por que tiene impreso los símbolos del género y las líneas del matrimonio correspondientes a dos generaciones. Este formato facilita la realización del genograma, ordenando la representación gráfica de los restantes miembros de la familia no representados. Es sobre todo útil para personas que se inician en el manejo de ésta herramienta.⁵

Genograma auto administrado

El genograma auto-administrado de Rogers y Cohn consta de varias partes, la primera contiene información general acerca del modelo, la segunda es la hoja matriz donde está dibujado el “esqueleto” del árbol familiar con tres generaciones y puede incluso ser completado por varios miembros de la familia, pues este tiende a recoger y fijar más información.^{5,6}

Genograma informatizado

El genograma generado por ordenador es el soporte ideal para el futuro, ya que posibilitará una lectura más rápida, facilitará su interpretación, permitiendo que aparezca en la pantalla la sucesión cronológica de las vicisitudes de la familia que se dibujan en el genograma a lo largo del tiempo.⁵

En Andalucía, España la aplicación informática DIRAYA del Servicio Andaluz de Salud pretende integrar toda la información sanitaria de cada usuario en una Historia Digital de Salud Única. Aunque esta información este dispersa en distintos Centros Sanitarios (Hospitales o Centros de Salud), la aplicación DIRAYA permite recopilar toda la información y ponerla a disposición del profesional o centro sanitario donde el usuario autorice ser atendido.

La aplicación DIRAYA hace posible trabajar con información social, laboral y familiar a través de la opción Grupo Familiar, facilitando el manejo de datos a médicos, enfermeros y trabajadores sociales. En el apartado Atención Familiar es posible construir un genograma, y en su elaboración se pueden integrar automáticamente datos de filiación de sus miembros, problemas de salud, elementos estructurales, del ciclo vital familiar, acontecimientos vitales estresantes, red social y relaciones familiares.

Tipos de genogramas.

I. El genograma estructural.

Representa la anatomía familiar, sus miembros, edades, enfermedades o factores de riesgo, situación laboral, los vivos y los fallecidos, incluso el cuidador principal.

Se registran los integrantes de la familiares de tres generaciones. A los hombres se lo grafica con un cuadrado y ocupan el lugar de la izquierda, y a las mujeres con un círculo y ocupan el lugar de la derecha. La edad se registra dentro de la figura (círculo o cuadrado) y las fechas de defunción se colocan encima del símbolo correspondiente, a la persona que se realiza el genograma se lo marca con un doble trazo. Las muertes se grafican con una cruz dentro del símbolo correspondiente. El aborto espontáneo se representa con un punto grueso y una pequeña cruz para los abortos provocados. Para los embarazos en curso se emplea un triángulo.

Los hijos se sitúan en la banda inferior por constituir otra generación. Se los ordena de mayor a menor de izquierda a derecha. Las relaciones matrimoniales se representan con una línea corrida y las uniones estables con línea discontinuada. Las fechas (de unión / disolución) sobre dicha línea. Para graficar el divorcio se tacha la línea de unión con dos trazos verticales, y en la separación no legal con una línea.⁶

II. El genograma funcional.

La información obtenida, nos aporta la visión dinámica, que indica las interacciones entre los miembros de la familia.

El genograma funcional constituye el componente subjetivo en el familiograma, por lo que puede ser diferente según se le realice a distintos miembros de la misma familia.

Su análisis puede explicar aspectos de la dinámica familiar que puedan estar generando o agravando los problemas del paciente. Facilita la identificación de personas significativas en el hogar a fin de identificar recursos familiares.⁶

Siguiendo la propuesta de McGoldrick y Gerson, utilizamos cuatro trazos diferentes según el tipo de relación: doble línea en las uniones estrechas entre dos personas, línea quebrada para las relaciones conflictivas, línea discontinua en las relaciones distantes, una línea interrumpida por dos trazos perpendiculares cuando están emocionalmente separados, cuando la relación es tan estrecha que casi están fusionados se grafica con tres líneas en vez de dos, y en las relaciones estrechas pero a su vez conflictivas se superpone una línea quebrada a la relación estrecha.

1.1.6. Ventajas de los genogramas.

El genograma es un instrumento clínico práctico que favorece el abordaje a los sistemas familiares para la atención del paciente. La información registrada en el, ayuda al médico familiar a generar hipótesis acerca de los factores riesgos.⁷

1. Presentación de un registro médico sistemático.
2. Formato gráfico de lectura fácil.
3. Logra identificar pautas generacionales, biomédicas y psicosociales.
4. Permite evaluar relaciones entre el entorno familiar y la enfermedad.
5. Reestructura los problemas presentes en los pacientes.

6. Auxilia en el manejo médico y en el campo de la medicina preventiva.
7. Permite hacer evidentes los obstáculos para la cooperación.
8. Identifica eventos de la vida que podrían afectar el diagnóstico y tratamiento.
9. Pone en evidencia pautas de enfermedad.
10. Facilita la educación del paciente.
11. Detecta la etapa del ciclo de vida que cursa la familia.
12. Favorece la elaboración de hipótesis terapéuticas.
13. El proceso de su elaboración permite establecer una relación médico-paciente armónica.
14. Es una vía no amenazante para obtener información emocionalmente importante.
15. Su elaboración demuestra interés por el paciente y otros familiares.
16. Representa la estructura funcional de la familia.^{7, 15}

1.1.7 Desventajas de los genogramas.

La preocupación principal expresada por los médicos familiares se refiere al tiempo que se requiere para completar un genograma, algunos médicos considera imprácticos a los genogramas en la consulta diaria con demanda, puesto que incrementa el tiempo destinado a la sección de la historia familiar.

Esta información obtenida de entrevista a médicos familiares en un centro de salud de la ciudad de México, nos revela la siguiente información.

1. No siempre se cuenta con tiempo necesario en la consulta.
2. Es de difícil manejo desde la tercera generación.
3. No hay papelería específica para su realización
4. En ocasiones está muy saturada de información.^{7, 15}

1.1.8 Símbolos utilizados para la estructura familiar según el CARG

Los símbolos de los genogramas han sido estandarizados, permitiendo a los médicos elaborar una descripción de la estructura familiar rápidamente y ver como ésta afecta la capacidad de un paciente para enfrentar una enfermedad u otras tensiones significativas en la vida.

Lo principal de un genograma es la descripción gráfica de como los diferentes miembros de la familia están biológica y legalmente relacionados entre otros de una generación a la siguiente. Cada miembro de la familia se representa como un cuadrado o círculo dependiendo de su género. ^{8,3}



Mujer

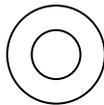


Hombre

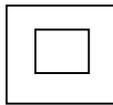
La persona clave (o paciente identificado) alrededor de quien se construye el

Genograma se identifica con una línea doble:

Sujeto principal



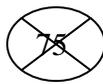
Mujer



Hombre

Para una persona muerta, una X se pone dentro del círculo, usualmente indicando la edad al fallecer. Las fechas de nacimiento y muerte se indican la izquierda y la derecha sobre la figura. En genogramas extendidos, que alcanzan más de tres generaciones, los símbolos en el pasado distante usualmente no llevan una cruz, dado que está presumiblemente muerto.^{8, 3, 25}

Fallecimiento



Mujer

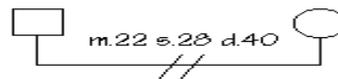
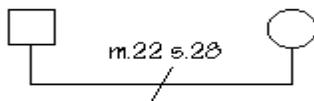
Hombre

Matrimonios

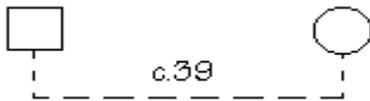
Los símbolos que representan miembros de la familia están conectados por líneas que representan sus relaciones biológicas y legales. Dos personas que están casadas están conectadas por una línea que baja y cruza, con el esposo a la izquierda y la esposa a la derecha. Una letra "M" seguida por una fecha indica cuando la pareja se casó. Cuando no hay posibilidades de confundirse de siglo, se indica sólo los dos últimos dígitos del año.^{8,3}



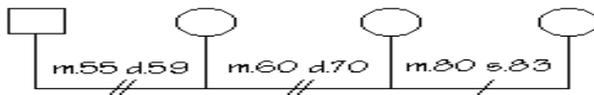
La línea que los une también es el lugar donde las separaciones y divorcios se indican, las líneas oblicuas significan una interrupción en el matrimonio: 1 diagonal para separación y 2 para un divorcio.



Las parejas no casadas se señalan igual que las casadas, pero con una línea de segmentos. La fecha importante aquí es cuando se conocieron o empezaron a vivir juntos.^{8, 3, 25}

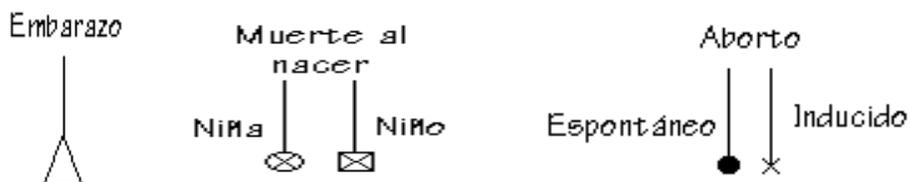


Los matrimonios múltiples agregan complejidad que es difícil de representar, la regla es que: cuando sea factible los matrimonios se indican de izquierda a derecha, con el más reciente al final.

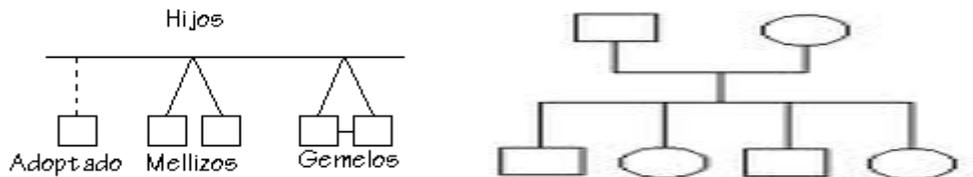


Hijos

Símbolos para: embarazos, pérdidas, abortos y muertes al nacer.



Si una pareja tiene hijos, ellos cuelgan de la línea que conecta la pareja; los hijos se dibujan de izquierda a derecha, comenzando con el más grande.^{8, 3}



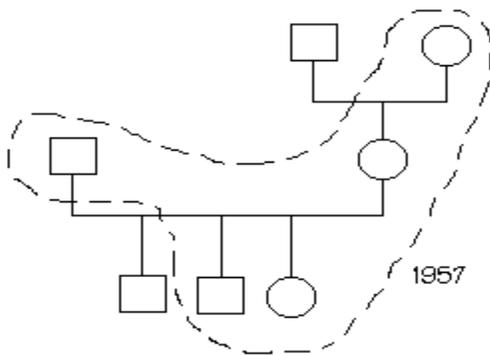
Relaciones en la familia

Claramente, una cronología familiar puede variar en detalle dependiendo del alcance y profundidad de la información disponible. El nivel de relaciones en la familia es el elemento más inferencial de un genograma: esto involucra delinear las relaciones entre miembros de la familia. Tales caracterizaciones se basan en informes de los miembros de la familia y observación directa.^{8, 3, 25}



Relaciones habitacionales

Una familia viviendo en un mismo lugar se señala con una línea punteada alrededor de los integrantes que comparten habitación; alrededor de dicha línea puede ir indicado el período en el cual la familia está junta. ^{8, 3, 25}



1.1.9 Estructura familiar.

La estructura familiar no es un fenómeno estático, sino un proceso dinámico que cambia, tanto en relación con el momento histórico que se estudia, como con la etapa del ciclo de vida en que se encuentran o con determinados acontecimientos importantes a los que se sometida. ^{9, 2}

Las familias pueden clasificarse de diferente manera dependiendo del aspecto que se esté estudiando, por tal motivo existe un sin número de tipos de familias por lo que es importante tener claro los conceptos que definen a estas familias. En el libro de fundamentos de Medicina Familiar el Dr. Arnulfo Irigoyen las divide según:

Desarrollo

Como ha evolucionado la familia básicamente, en la situación socioeconómica.

Moderna: Esta representa a las familias de clase alta. Se refiere a la familia en la que la madre trabaja en iguales condiciones que el padre o aquella sin figura paterna donde la madre trabaja para sostener la familia.

Tradicional: Es la más representativa de las familias de clase media, es aquella en la que el padre es el único proveedor de sustento para la familia y la madre se dedica al hogar y a los hijos.

Arcaica o primitiva: Este tipo de familias se encuentran dispersos en todo el territorio nacional y con una menor oportunidad. Su prototipo es la familia campesina que se sostiene con los productos de la tierra que trabajan.^{9, 2}

Demografía

Las poblaciones urbanas están en las grandes capitales con un número población mayor 2 500 habitantes. Las poblaciones rurales tienen menos de 2 500 habitantes.

Rural: Las poblaciones rurales presentan características que pueden ser o encajar en las familiar primitivas. Habita en el campo y no cuenta con todos los servicios intradomiciliarios como son: (agua potable, luz eléctrica y drenaje, etc.).

Suburbana: Tiene las características del medio rural pero está ubicada dentro de medio urbano.

Urbana: se encuentra en una población grande y cuenta con todos, los servicios intradomiciliarios e intradomiciliarios.^{9, 2}

Integración

Integrada: ambos cónyuges viven en la misma casa y cumplen con sus funciones respectivas.

Semi-integrada: ambos cónyuges viven en la misma casa pero no cumplen adecuadamente sus funciones.

Desintegrada: los conyuges se encuentran separados.^{9,2}

Composición

De acuerdo a sus características de sus integrantes y si hay consanguinidad o no podemos clasificar a la familia.

Nuclear: Es aquella familia constituida exclusivamente por el padre, madre con y sin hijos.

Extensa o extendida: Es aquella constituida por cónyuges e hijos que viven junto a otros familiares consanguíneos, por adopción o afinidad. (Abuelos, tíos, primos o sobrinos).

Extensa compuesta: Está constituida por padre, madre los hijos algún pariente consanguíneo y además conviven con otros sin nexo legal (amigos, compadres, etc.).^{9,2}

Familia campesina: Este tipo considera básicamente la actividad que desarrollan como principal actividad productiva, el cultivo de la tierra, lo cual también le determina una clasificación rural.

Familia obrera: Tiene como característica principal el tener un empleo de base y una remuneración, se habla de obreros con 3 a 4 salarios mínimos.

Familia comerciante: Actividad socioeconómica que consiste en el intercambio de algunos materiales en el mercado de compra y venta de bienes y servicios, sea para su uso, para su venta.

Familia profesional: Son aquellas en las que existe al menos un elemento con estudio superior en técnico o licenciatura.^{9, 2}

Otra clasificación de la estructura familiar: Con base en el consenso de medicina familiar

Según el consenso la clasifica. Con base en el parentesco.

El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de efectividad análoga a esta. La trascendencia de esta clasificación se identifica fundamentalmente, en la necesidad del médico familiar de identificar características de los integrantes de las familias. Que influyen en el proceso salud enfermedad y cuya importancia se relaciona con las consecuencias propias de parentesco.¹⁰

Tabla 1 Clasificación parentesco consenso.

CON PARENTESCO	CARACTERÍSTICAS
Nuclear.	Hombre y mujer sin hijos.
Nuclear simple.	Padre y madre con 1 a 3 hijos.
Nuclear numerosa.	Padre y madre con 4 hijos o más.
Reconstruida (binuclear)	Padre y madre en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior.
Monoparental	Padre o madre con hijos.
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco.
Monoparental extendida compuesta.	Padre o madre con hijos, más otras personas con o sin parentesco.
Extensa	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco.
Extensa compuesta.	Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.
No parental.	Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera).
SIN PARENTESCO	CARACTERÍSTICAS.
Monoparental extendida sin parentesco	Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco.
Grupos similares a familias	Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia, personas que viven en hospicios o asilos, etcétera.

Fuente: 5^a. Coloquio Nacional y 3^a Internacional de profesores investigación de medicina familiar.

Clasificación de las familias con base en la presencia física y convivencia.

La presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia cuya importancia para la práctica de la Medicina Familiar se identifica con los riesgos de enfermedades infecciosas y transmisibles.

La presencia física también está vinculada con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias.¹⁰

Tabla 2. Clasificación de las familias con base en la presencia física y convivencia.

PRESENCIA FÍSICA EN EL HOGAR.	CARACTERÍSTICAS
Núcleo integrado.	Presencia de ambos padres en el hogar.
Núcleo no integrado	No hay presencia física de algún de los padre en el hogar.
Extensa ascendentes.	Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres.
Extensa descendente	Padres que viven en la casa de alguno de los hijos.
Extensa colateral.	Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos etcétera.)

Fuente: 5ª. Coloquio Nacional y 3 Internacional de profesores investigación de medicina familiar.

Nuevos estilos de vida personal familiar originados por cambios sociales.

Se deben tomar en consideración los cambios que se han presentado en las sociedades modernas y que han representado diversas formas en que tienden a conformarse otros estilos de convivencia y que repercuten en la salud individual y familiar.¹⁰

Tabla: 3 Nuevos estilos vida familiar originado por cambios sociales.

Tipo	Características
Personas que viven solos.	Sin familiar algunos, independientemente de su estado civil o etapa de ciclo vital.
Matrimonios o parejas de homosexuales.	Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal sin hijos.
Matrimonio o parejas de homosexuales con hijos adoptivos.	Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos.
Familias grupales.	Unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo.
Familia comunal.	Conjunto de parejas monógamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente, compartiendo todo, excepto las relaciones sexuales.
Poligamia.	Incluye la poliandria y la poliginia.

Fuente: 5ª. Coloquio Nacional y 3 Internacional de profesores investigación de medicina familiar.

1.1.9.1. Familias especiales.

Existen diversas clasificaciones de la familia desde el punto de vista de su composición. El Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) afirma que la mayoría de la población mexicana habita en una vivienda y pertenece a un grupo al cual se encuentra ligado por lazos de parentesco y por compartir una serie de arreglos que le permiten resolver sus necesidades esenciales. A este grupo de personas que viven en la misma vivienda y comparten los gastos para comer se le denomina hogar.¹¹

Hay algunos **tipos especiales de familia** que presenta algunas características muy particulares según Monroy CC y cols basados en.¹¹ Minuchin y que si las identificamos al observar el genogramas es posible elaborar hipótesis acerca de dinámica familiar, estas familias pueden ser:

Familia acordeón: Pueden ser nuclear, extensa o compuesta, tiene la particularidad de que alguno de los padres se va por temporadas largas, generalmente se asocian al trabajo, el problema se presenta cuando el ausente permanece con la familia, ya que hecha a andar mecanismos de adaptación de la familia.¹¹

Familia de dos o pas de deux: Cualquier familia que cuente es su estructura solamente con dos personas. Generalmente es una relación muy simbiótica, que llega a ser asfixiante y de mucha dependencia por que la separación se dificultad de manera importante.¹¹

Familia con soporte: Cuando un hijo asume funciones parentales, se le separa subsistema de los hermanos que suelen no reconocerlo, por otro lado no pertenece al subsistema conyugal, no vive el rol que le corresponde, y sobre carga responsabilidades y vive insatisfactoriamente su clico vital que le corresponde.¹¹

Familia con un fantasma: Es aquella en la falta por muerte o separación física alguno de sus miembros y la familia no se puede adaptar a esta pérdida y sigue funcionando como si el familiar ausente continuara viviendo realmente con la familia.¹¹

Existe otro tipo de *familia especial* que es objeto de atención principalmente para los *sociólogos y economistas* es aquella que cuenta con un “**Ninis**”

El concepto de ninis nació en España y resto de países Europeos en donde era más atractivo para ellos dejar los estudios para acceder a toda una gama de artículos de consumo, sin embargo, hubo despidos masivos que la crisis económica de 2008 generó, muchos de estos jóvenes se fueron al desempleo. En México estos jóvenes que dejaron de estudiar para incorporarse al mundo laboral, lo hicieron por necesidad económica y no por acceder a los artículos de consumo.^{12, 26}

El término “ninis” hace referencia a los jóvenes que ni estudian ni trabajan. Aunque sin una definición formal, los ninis ya son causa de polémica y discusiones en México, pues sin importar cómo llegaron a esta situación todos ellos tienen algo en común: su vida carece de oportunidades de desarrollo.

Se desata la polémica Sin definir con exactitud cuándo surgió el concepto de ninis, según los datos publicados en la red, se entiende que son los jóvenes que por la falta de oportunidades educativas, laborales y sociales, no estudian ni trabajan. Su sustento lo obtienen de los padres de familia, los cónyuges o la delincuencia.^{12, 26}

Primero se decía que los ninis eran chavos flojos o hasta criminales, pero a través de las investigaciones, se ha encontrado que la mayoría de los ninis son producto de una angustia o frustración generada por la falta de oportunidades y los bajos salarios, que les dan la idea de que nunca podrán conseguir, por lo menos, lo mismo que sus padres.^{12, 26}

- I. En México hay 34.7 millones de jóvenes, según la Encuesta Nacional de Población y Censo de 2005.

- II. La Encuesta Nacional de la juventud en México 2005, encontró como resultado que hay 7.5 millones de jóvenes de entre 12 y 29 años que no estudian ni trabajan,
- III. En el 2009 la Encuesta Nacional de Ocupación y empleo reporto que hay 5.8 millones de jóvenes de entre 14 y 29 años no estudian ni trabajan.

Es necesario trabajar en la mejora de condiciones laborales que actualmente tiene los trabajadores para que de esta manera los jóvenes vean en la educación una vía para acceder al trabajo y vean en el trabajo un camino para alcanzar sus metas a realizar.^{12, 26}

1.1.10. Ciclo Vital Familiar (CVF).

Es una serie de etapas dinámicas que ocurren en los sistemas familiares en un tiempo determinado y que establecen una organización específica y jerárquica durante la evolución del grupo familiar.

El ciclo evolutivo de la familia tiene como característica involucrar acciones que permiten a la pareja un desarrollo, por lo que el equilibrio es la clave para alcanzar dicho fin. Kovacs 1982 propone algunos elementos aplicables al ciclo evolutivo de la familia que enfocan al desarrollo marital durante las etapas del ciclo por las que atraviesan y las cuales incluyen: 1. El ciclo lleva un progreso ordenado y predecible en el tiempo, 2. Las crisis o periodos de transición son consideradas como oportunidades de cambio de sistema, 3. Es dinámico y tiene eventos que pueden ser paradójicos, (autonomía/pertenencia separación/conexión). 4. Es continuo en el tiempo pero capaz de ser interrumpido por muerte o divorcio de sus elementos, 5. Provee la capacidad para desarrollar óptimamente tareas impuesta en cada etapa del ciclo.^{13, 2, 9}

Si bien la edad es importante cada vez se piensa menos en que las etapas están amarradas a los años que haya vivido una persona. Es decir por el hecho de tener una determinada edad, una persona no debe obligatoriamente tener todas y cada una de las características enunciadas en la teoría o modelos para la fase que están viviendo.^{13, 9}

Describiremos fundamentalmente la clasificación de **Geyman** conformada por las siguientes etapas:

Fase de matrimonio: Podemos considerar como punto de partida la decisión de realizar la unión, ya sea legal, religiosa o unión libre termina cuando nace el primer hijo. Se puede dividir tres etapas de acoplamiento, negociación y desarrollo de la sexualidad.^{13, 2, 9}

Fase expansión: Inicia con la llegada del primer hijo y termina con el nacimiento del último hijo. Esta fase se caracteriza, primero por el tiempo que tiene la pareja unión, los hijos deseados y planeados y si el momento de la llegada de estos fue elegida entre ambos.

Fase de dispersión: Inicia con ingreso de los hijos a la escuela y termina cuando el primer hijo se va a vivir fuera. Esta fase se caracteriza por proceso de socialización, además de ayudar a los hijos a tener su propia autonomía, cubriendo sus necesidades.^{13, 2, 9}

Fase de independencia: Es cuando se dispersa la familia. Por la salida de los hijos, ya sea por estudio a otras localidades por matrimonio u otro lugar de residencia. Esta fase presenta tres características principales: la partida de los hijos, el matrimonio de los hijos y la soledad de la pareja, lo cual puede marcar, el nivel de adaptación de familia, o la presencia y evidencia de disfunciones familiares.

Fase de retiro y muerte: Esta fase se inicia con la salida del último hijo del hogar familiar o bien con la muerte de alguno de los padres, esta etapa es la que se conoce también como nido vacío. En esta fase se encuentra presente el enfrentamiento a los cambios propios de la edad, la aparición de las enfermedades, principalmente de tipo crónica.

Existen diferentes autores que proponen diversas etapas y nombres a las fases por las que atraviesan el ciclo de vida familiar, a continuación se presenta en un cuadro sinóptico de los 3 principales autores.^{13, 1,}

Tabla. 4. Ciclo Vital Familiar.

GEYMAN	DUVALL	OMS MODIFICADA
Matrimonio	I. Pareja sin hijos.	I. Formación.
Expansión	II. Nace primer hijo.	IIa. Extensión. Nacimiento primer hijo.
Dispersión	II. Hijos preescolares III. Hijos escolares. IV. Hijos adolescentes.	IIb. Extensión. III. Final extensión Nacimiento último hijo.
Independencia	V. Desprendimiento. (Se va el primer hijo Hasta el último).	IV. Contracción. El primer hijo abandona hogar. V. final de la contracción. El último hijo abandona hogar.
Retiro y muerte	VI. Padres solos. VII. Padres ancianos Desde jubilación hasta el fallecimiento de ambos.	VI. Disolución. Muerte de ambos conyugues.

Fuente: De la Revilla La Atención familiar. Barcelona España 1994.⁷

1.1.11. Ciclo Vital Familiar y sus dislocaciones.

La familia tiene varias etapas durante las cual sufren cambios, estas etapas conforman el denominado ciclo vital de la familia, en cada fase tiene que cambiar para adaptarse a modificaciones estructurales, funcionales y de roles a que da lugar cada etapa.

Las familias que tiene dificultades de adaptación en las transiciones de las etapas del ciclo pueden entrar en crisis, que se denominan de desarrollo, que son universales y previsibles y generan alteraciones en la función familiar y problemas de salud en algunos de sus miembros, el genograma es un instrumento clínico práctico que facilita el abordaje sistémico familiar en la atención al paciente y proporciona una visión rápida e integrada de los problemas biomédicos y psicosociales.¹⁴

Se considera que la clasificación del ciclo vital es una aportación fundamental en el estudio de la dinámica familiar ya que es conocida la influencia que tiene las adaptaciones de la familia en las transiciones del Ciclo en el desencadenamiento de problemas psicosociales o en la presentación de crisis de desarrollo.¹⁴

No siempre el ciclo vital familiar sigue la secuencia, sino que en ocasiones por motivos demográficos, socioeconómicos o intrafamiliares, el ciclo se interrumpe, modifica o altera, es decir, se origina una dislocación del ciclo vital. El conocimiento de estas disrupciones tiene gran importancia, porque las mismas llevan a importantes alteraciones de la dinámica familiar o disfunción familiar.¹⁴

Tabla 5. Causas de las dislocaciones del Ciclo Vital Familiar.

Familias monoparentales	66%
Por fallecimiento.	45%
Divorcio	32%
Separación	19%
Abandono	2%
Madre soltera	2%
Familias reconstruidas	14%
Retraso abandono del hogar por los hijos.	10%
No tener hijos	6%
Otras causas	4%

Fuente: De la Revilla. Atención Primaria. El genograma en la evolución del ciclo vital familiar y sus dislocaciones. Granada. 1998.

1.1.12. Crisis no normativas.

Definición

Una crisis es un estado temporal de trastorno de desorganización; se caracteriza sobre todo por una incapacidad para manejar situaciones particulares, el individuo utiliza métodos acostumbrados para la solución de problemas dado el potencial para obtener resultados radicalmente positivo o negativo.

Las crisis dentro de la familia pueden ser **normativas** y no normativas; las primeras se definen como situaciones planeadas, esperadas o que forman parte de la evolución de la vida familiar, también llamadas evolutivas, del desarrollo o esperadas.^{15, 9, 25}

Las crisis **no normativas** son aquellas experiencias adversas o inesperadas, también conocidas como paranormativas, accidentes o no esperadas. Los cambios o transformaciones que experimentan la familia en cualquiera de sus etapas de desarrollo, que no están relacionadas con los periodos del ciclo vital.^{15, 9}

Ortiz T. Plantea los eventos que desencadenan estas crisis son:

1. Eventos de desmembramiento: son aquellos eventos vitales familiares, que constituyen separación de algún miembro y provoca crisis por esta pérdida familiar (hospitalización, separaciones, divorcios, muerte).¹⁵

2. Eventos de incremento: son aquellos, que provocan crisis por incremento a causa de miembros en la familia (adopción, llegadas de familiares).¹⁵

3. Eventos de desmoralización: son los que ocasionan crisis, que rompen con las normas y valores familiares (alcoholismo, infidelidad, farmacodependencia, delincuencia o encarcelamiento).¹⁵

4. Eventos de desorganización: son aquellos hechos que obstaculizan la dinámica familiar, y que por su naturaleza y repercusión facilitan las crisis familiares por desorganización (pareja infértil, divorcio, accidente, enfermedades psiquiatría, graves y retraso mental).¹⁵

Minuchin, estima que las crisis dan las posibilidades para que la familia cambie de manera positiva, aunque también lo puede hacer para lo negativo. Esto depende del estado de salud de las familias, ya que estas crisis obligan a los integrantes de la familia, a hacer uso de todos los recursos.^{15, 9, 25}

1.1.13. Factores de riesgo.

Es una característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos asociado con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud. El término factor de riesgo fue utilizado por primera vez por el Dr. Thomas R. Dawber en 1961 cuando lo atribuyó a la cardiopatía isquémica a situaciones como el tabaquismo, la presión arterial y la aterosclerosis.

Los modos y estilos de vida son influidos y a la vez influyen en la actividad del hombre como ser social, por lo tanto los modos y los estilos de vida desarrollados por la sociedad y los individuos, influirán positivamente o negativamente como elementos benefactores o perjudiciales (de riesgo). La salud es dependiente de los hábitos y costumbres que a diario se practican y del resultado de acciones y los esfuerzos que también durante la vida realizan para mejorarla.¹⁶

Por otra parte, las malas condiciones de vida, las condiciones nocivas de trabajo, el alto grado de urbanización, la falta de servicio de salud pública adecuado, así como el hábito de fumar, los malos hábitos alimentarios, el consumo nocivo de alcohol, el sedentarismo, el bajo nivel escolar, rechazo a medidas sanitarias preventivas y el aislamiento de amigos y familiares, representa “**factores de riesgo**” que actuando continua y gradualmente, influirán negativamente en el proceso Salud Enfermedad. Los factores genéticos dominan la susceptibilidad individual a la enfermedad, pero el ambiente y el estilo de vida, dominan la incidencia y la prevalencia.¹⁶

Los factores riesgo son características o circunstancias detectables en individuos o grupos, asociados a una probabilidad mayor de experimentar un daño a la salud. Los factores de riesgo se dividen en:

Modificables

Estilos de vida: (alimentación, actividad física, recreación ingestión de alcohol, hábito tabáquico y hábitos higiénicos).

Ambientales: (calidad de agua, disposición de excretas, disposición de basura, contaminación del aire, fauna nociva y ruido).

Socioculturales: (educación, religión, organización social y tradiciones).^{16, 25}

No modificables:

Sexo, herencia y grupos étnicos. El médico familiar debe identificar tempranamente, los factores de riesgo en el núcleo familiar que le permita prevenir o controlar las enfermedades que causen daño.^{16, 25}

1.1.14. Apgar familiar.

Existen varios estudios sobre el funcionamiento familiar incluyendo modelos teóricos mediante los cuales se han estudiado a las familias; sin embargo, al existir una gran diversidad de enfoques, técnicas de intervención y modelos de funcionamiento familiar, haremos mención de algunos de los principales instrumentos que se utilizan con mayor frecuencia en el ámbito del médico familiar: Clasificación triaxial de la familia, escala de eventos críticos, FACES, modelo de McMaster, evaluación de Virginia Satir por mencionar algunos en esta investigación nos enfocaremos al Apgar familiar.¹⁷

El uso del Apgar familiar se remonta a 1978 cuando Smilkstein publicó la primera versión de este instrumento. Su propósito fue diseñar un instrumento breve de tamizaje para el uso diario en el consultorio familiar.

La escala de calificación de Apgar Familiar que propuso Smilkstein estableció dos posibilidades: funcionalidad familiar y disfuncionalidad familiar, el contenido de los constructos y sus reactivos, objetivo del instrumento y escala de calificaciones, obliga a considerar que el apgar familiar realmente no mide la función familiar como lo propuso el autor además debido a que éste se ha empleado en el ámbito de medicina familiar y a que el análisis de su diseño, objetivos, confiabilidad y validez no son consistentes, es indispensable es esclarecer la congruencia de todos estos elementos y contribuir a tener un instrumento confiable y con la validez suficiente para que el profesional de la salud lo pueda utilizar y valorar tanto en el trabajo clínico como en la investigación.¹⁷

Actualmente existe una nueva propuesta para la interpretación del Apgar Familiar elaborada por Dres. Gómez Clavelina F, Ponce Rosas, E. elaborado en el 2010. Modificando la interpretación se estableció por porcentaje, bajo el grado de satisfacción de los miembros de la familia, considerando niveles de 0-3 como baja satisfacción de funcionalidad familiar de 4-6 como media satisfacción función familiar y de 7-10 como alta satisfacción función familiar.¹⁷

Esta escala de puntajes se mantuvo siguiendo la propuesta original de Smilkstein.¹⁷

Tabla 6: Escala de Calificación del APGAR Familia

	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
¿Estas satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene problema?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tiene en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasa juntos?			
¿Siente que su familia le quiere?			

Fuente: Bellón SJA, Delgado S.A. validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar Familiar Atención Primaria 1996:18(6):289-296.

Satisfacción de la funcionalidad familiar.

Puntaje casi siempre..... 2 puntos

A veces..... 1 punto

Casi nunca..... 0 puntos

CALIFICACION

De 7 a 10 puntos..... Alta.

De 4 a 6 puntos..... media

De 0 a 3 puntos..... Baja.¹⁷

1.1.14 El Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF).

Es un modelo de la práctica familiar, diseñado por un grupo de investigadores del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México, El MOSAMEF es una herramienta utilizada por el Médico Familiar capacitado en beneficio de las familias a través de la aplicación de sus conocimientos.¹⁸

En la medida que el médico familiar conozca con detalle las características biopsicosociales de las familias que atiende por medio de la pirámide poblacional y los motivos de demanda de los servicios, iniciara acciones concretas, realizara programas de actividades de los fenómeno de salud, la detección temprana y tratamiento oportuno, así como un seguimiento y coordinación de los recursos con que cuenta la comunidad para el cuidado de salud.

El Dr. Francisco Javier Gómez Clavelina y cols. Proponen por primera vez el modelo sistemático de la atención médica familiar (MOSAMEF) como una estrategia para llevar a cabo la práctica de la medicina de primer contacto, optimizar la prestación de servicios médicos, satisfacer las demandas de los usuarios y disminuir los costos de la atención médica.¹⁸

Este modelo ha sido el producto del análisis de un grupo de profesores de la especialidad de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M que con renovado interés han elaborado una posible estrategia para iniciar acciones que definan el trabajo del Médico Familiar y que favorezcan un conocimiento lógico, analítico y crítico de las familias, el cual redundara en un adecuado estudio de las características de la población a su cuidado definiendo los campos de acción propios de la Medicina Familiar y primordialmente al desarrollo de líneas de investigación en esta disciplina.¹⁸

El MOSAMEF se origina a partir de 3 preguntas

1. ¿Cómo llevar a la práctica los principios esenciales de la Medicina Familia?
2. ¿Cómo identificar las necesidades de atención, a la salud en las Familias?
3. ¿Cómo verificar que la atención médica familiar produce un impacto favorable en la salud de las familias?

El modelo de atención primaria a la salud consiste en anticiparse al daño y actuar sobre los factores de riesgo, a que está sujeto una población específica mediante la identificación de dichos factores a que está expuesto cada miembro de la población tratando de cancelar, modificar y atenuar esos factores.¹⁸

1.1.16. Familia como sistema.

Los miembros de la familia, padres, hermanos e hijos son elementos del sistemas que se interrelacionan entre sí. Cada uno de ellos asume el papel que le corresponde, realiza sus funciones, se comunica, acepta normas y reglas y facilita el contacto con su entorno.

El sistema familiar desempeña sus funciones a través de subsistemas, éstos pueden formarse por intereses, funciones, sexo o generaciones. Si bien son tres los subsistemas que tienen una significación especial: conyugal, paternal y fraterno. Los subsistemas familiares son reagrupamientos de miembros de la familia, según criterios de vinculación específica de la que se derivan relaciones particulares.^{19, 5}

El subsistema conyugal: Lo constituye cuando dos adultos de diferente sexo se unen para construir una familia, se crean nuevas normas y reglas, de marcar límites con otros subsistemas y el entorno, y poner en marcha las funciones del grupo familiar.

El subsistema parental: Se constituye para cumplir la función de crianza y socialización de los hijos. Suele estar constituido por la madre y/o padre, pero también pueden formar parte de él otros miembros de la familia, abuelos, tíos, hermanos.

El subsistema filial o subsistema fraterno: Formado por los hermanos permite que los que los niños se apoyen mutuamente y aprender pautas de comportamiento frente a los restantes miembros de familia y el entorno extra familiar.^{19, 5}

Frente a comportamientos conflictivos de algún miembro de la familia o ante estímulo externos que tengan un efecto desestabilizador, se ponen en juego feedbacks negativos que salvaguardan la homeostasia familiar, el sistema familiar debe de adecuarse a las nuevas necesidades de sus miembros a cambios que condiciona su ciclo de vida o a demandas de su entorno, tiene que facilitarlos para mantener su estabilidad dando el feedbacks positivos ante comportamientos nuevos que ponen en cuestión las normas y reglas habituales.^{19,5}

El conflicto entre normas sociales y reglas intrafamiliares no siempre se resuelve satisfactoriamente, ya que exige un proceso de negociaciones en el que intervienen elementos de poder. Así podemos encontrar familias con sistemas reguladores esclerosados, incapaces de modificar sus reglas de acuerdo con los cambios externos. La comunicación transporta las reglas que prescriben y limitan los comportamientos individuales en el seno familiar. La comunicación también establece como deben ser expresados, recibidos e interpretados los sentimientos y emociones de sus miembros.¹⁹

1.1.17 El diagnóstico de salud de la clínica Dr. Ignacio Chávez.

IDENTIFICACION DE LA UNIDAD.

Nombre	CMF “Dr. Ignacio Chávez”
Tipo de Unidad	1er. Nivel de Atención
Zona Regional	Delegación Regional Zona Sur
Localidad: D,F.	México D.F:
Dirección: ORIENTAL No. 10	Delegación: Coyoacán
Teléfonos: 56843354	C.P. 04800

HISTORIA DE LA UNIDAD PRIMER NIVEL DE ATENCION

DR. Ignacio Chávez

Inicia labores el 10 de Septiembre 1979 siendo inaugurada oficialmente el 1 de Octubre del mismo año. La Unidad depende directamente de la Delegación Regional Zona Sur. El 2º nivel lo representa la Clínica de Especialidades Churubusco y el 3er Nivel el Hospital Dr. Darío Fernández.

Lleva el nombre del Cardiólogo Mexicano Dr. Ignacio Chávez y fue construida por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), para brindar atención médica a los servidores públicos y sus familiares, de la recién creada Unidad Habitacional Alianza Popular Revolucionaria (A. P. R.) la cual contaba con 6,000 derechohabientes.

En 1987 las Clínicas sufren una reestructuración centrando su atención en la Medicina Familiar. Su objetivo principal es dar atención médica general a los derechohabientes del Instituto a través de la medicina familiar.

La Unidad de Medicina Familiar atiende principalmente padecimientos de alta frecuencia, baja complejidad y con poca tecnología, pretende resolver el 80% de los casos, el 15% en el 2° nivel y el 5% de los padecimientos en el 3er nivel de atención. En 1980 en forma conjunta con las autoridades del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México diseñan un curso sobre Didáctica que se imparte a los Médicos de la Clínica con el fin de prepararlos y escoger algunos de ellos para que fungieran como tutores de la Residencia de Medicina Familiar estructurándose bajo el *convenio ISSSTE-UNAM*.

En marzo de 1980 se reciben los primeros 30 alumnos de la Residencia. Siendo hasta la fecha sede en esta especialidad, la cual ofrece continuidad a los usuarios que atiende en sus aspectos bio-psico-sociales.

1.2 Planteamiento del problema.

La visión del médico familiar está orientada a la atención primaria e incluye el aspecto integral, continuo y con enfoque riesgo del individuo y su familia. La experiencia clínica apoya que las familias influyen en la salud de todos y cada uno de sus miembros y a su vez se ven influenciados por ellas, por lo tanto es deber del médico familiar tener conocimiento del tipo de familias con las que se enfrenta día a día. En la CMF Dr. Ignacio Chávez no se encontraron estudios previos sobre las características de las familias según genogramas y Apgar familiar.

La familia se ha constituido en un valioso objeto de estudio, representa una gran riqueza para la observación y comprensión de los fenómenos sociales, económicos, demográficos y culturales por todo esto es importante saber sobre las características de las familias en las Unidades de Medicina Familiar por los cambios que se producen desde el exterior o interior de sus núcleos familiares ya que pueden relacionarse con modificaciones funcionales y estructurales; esta información se pueden conocer a través del genograma, MOSAMEF, y otros cuestionarios encaminados a estudiar diversos aspectos de las familias.

En nuestro país la Dra. Navarro y cols. En un estudio sobre la estrategias de elaboración de genogramas evaluó las dificultades para elaboración de genogramas y además de realizar la descripción de algunas características de las familias, obteniendo como resultado, que según la estructura: predominaron las familias nucleares, por su integración las familias integradas, con base al desarrollo las modernas, por ocupación las obreras, en cuanto al ciclo vital familiar, la etapa que predominó fue dispersión.

En otro estudio realizado en trabajadores del Instituto Seguridad Social para Trabajadores del Estado, ISSSTE, 2007 ENSADER, a nivel Nacional e individual sin la utilización del genograma por medio de encuestas se obtuvo, informaciones sobre principales enfermedades que fueron motivo de consulta, predominando gastritis crónica, seguida enfermedad ácido péptica, obesidad, DM 2, e Hipertensión arterial, también se encontró que los factores de riesgo para tabaquismo y alcoholismo siguen predominando, así como el aumento de cáncer.

A nivel internacional. En Nueva York EEU 1999, M.Daly, Farmers y cols realizaron un estudio exploratorio en las relaciones familiares y asesoramiento de factores riesgo de cáncer y dinámica familiar mediante el genograma. Se estudiaron a 38 mujeres. Este fue realizado en el centro de evaluación de riesgos EEU. Obteniendo información valiosa con enfoque riesgo. La familia ante problemas de salud como el cáncer estrecha más sus relaciones, información obtenida en este estudio. El genograma puede ofrecer una orientación importante en las intervenciones dirigidas a la familia.

La CMF Dr. Ignacio Chávez ISSSTE atiende a 82409 usuarios, si consideramos que cada uno de ellos pertenece a una familia y que es ésta no sólo la unidad de estudio del médico familiar, sino también la base de nuestra sociedad.

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las características de las familias del turno matutino adscritas a la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez”, mediante el genograma y Apgar familiar?

1.3. Justificación.

Conocer las características de las Familias de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, no solamente es útil sino indispensable para poder planear y organizar acciones eficaces encaminadas a la solución de los problemas de salud biopsico-sociales más frecuentes que aquejan a la derechohabiente de esta unidad.

El genograma como instrumento para conocer las características de las familias permite al médico familiar intervenir eficazmente en los tres ejes de acción de la medicina familiar ya que nos proporciona información sobre los aspectos socio demográficos de la familia, el ciclo vida familiar y sus dislocaciones, así como la detección de factores de riesgo y de repetición bio-psico-sociales.

El Apgar familiar actualmente es reconocido como uno de los instrumentos creados para facilitarnos información sobre la satisfacción familiar percibida por un miembro de la familia a la que se le aplica, información que nos acerca a conocer la dinámica familiar.

Conocer las características de las familias de la clínica Dr. Ignacio Chávez según el genograma y Apgar familiar es factible de realizarse por su bajo costo y empleo de recursos; su trascendencia implica el que facilita conocer mejor a la población atendida y esto permitirá planear más eficazmente acciones encaminadas a la prevención diagnóstico y tratamiento.

1.4 Objetivos.

1.4.1 Objetivo General.

Identificar las características de las Familias del turno matutino, de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez mediante el genograma y Apgar familiar.

1.4.2 Objetivos Específicos.

- a) Determinar Según el Consenso de Medicina Familiar las Características de las Familias con base a su composición.
- b) Identificar las características por su demografía, integración, ocupación y desarrollo según Irigoyen.
- c) Determinar la etapa en que se encuentran en su Ciclo Vital Familiar mediante el Genograma según Geyman, y OMS modificado.
- d) Identificar dislocaciones en la familia.
- e) Identificar a factores de riesgo, de enfermedades crónico degenerativas, enfermedades mentales. y patrones de repetición. mediante el Genograma.
- f) Determinar los conflictos de subsistemas, conyugal, fraterno y parental.
- g) Identificar las Crisis no normativas.
- h) Identificar el grado de satisfacción familiar mediante el apgar familiar.

1.5 Hipótesis

Por tratarse de un estudio transversal, la presente investigación no requiere de hipótesis.

2.0 Metodología.

2.1 Tipo estudio.

Estudio trasversal prospectivo y descriptivo.

2.2 Población, lugar y tiempo.

Este estudio se realizó en la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE en el turno matutino, que se localiza en la calle; Oriental No. 10, esquina Tepetlapa Delegación: Coyoacán C.P. 04800. Sub Delegación Regional Zona Sur del ISSSTE

2.3 Tipo y tamaño de la muestra.

El muestreo por conveniencia con base en el siguiente cálculo:

- La fórmula para calcular el tamaño de la muestra cuando no se conoce con precisión el tamaño de la población o es superior a 10,000 elementos.
- $n = z^2pq/E^2$
- n = tamaño de la muestra
- Z = es el nivel de confianza

- P y q = variabilidad del fenómeno
- E = es la precisión o error
- Se considera un nivel de confianza de 95%, un porcentaje de error del 5% y la máxima variabilidad por no existir antecedentes y no poderse aplicar una prueba previa.
- El valor de Z con un nivel de confianza del 95% = 1.96
- Sustituyendo en la fórmula:
- $n = (1.962)(0.5)(0.5)/ 0.052$
- $n = (3.8416)(0.25)/0.0025$
- $n = 384.16$

El número de muestra fue de 384 familias.

2.4 Criterios de selección

2.4.1. Criterio inclusión:

Un miembro de la familia con las siguientes características:

1. Que sean derechohabientes.
2. De 18 años de edad en adelante.

3. Ambos sexos
4. Que deseen participar en el estudio. Mediante la firma de un consentimiento informado.

2.4.2 Criterios exclusión:

1. Miembro de la familia imposibilitado con alguna limitación física o mental que no le permita contestar el cuestionario.

2.4.3. Criterio de eliminación:

1. Cuestionarios del Apgar familiar incompletos.
2. Genogramas incompletos.

2.5 Cédula de recolección de datos.

Información en anexo 1.

Validez apgar familiar.

El análisis de varianza y las fuentes de variación evaluadas a partir de las variables del APGAR familiar mostraron diferentes significativos ($p < 0.001$) entre las mediciones de la población, indicado diferencias importantes en las respuestas de los cinco variables. La consistencia interna de los instrumentos fue buena, con un alfa Cronbach de 0.770.

2.6 Variables.

Tabla. 7. Variables tipo y escala de medición.

<p>Clasificación familia con base parentesco (consenso de medicina familiar)</p>	<p>Con parentesco 0. no clasificable. 1. nuclear. 2. nuclear simple. 3. nuclear numerosa. 4. reconstruida binuclear. 5. monoparental. 6. monoparental extendida. 7. monoparental extendida compuesta. 8. No parental. Sin parentesco. 1. Monoparental extendida sin parentesco. 2. Grupo similares y familiares.</p>	<p>Cualitativa nominal.</p>
<p>Clasificación de las familias con base en la presencia física y convivencia.</p>	<p>Núcleo integrado. Núcleo no integrado Extensa ascendente. Extensa descendente Extensa colateral.</p>	<p>Nominal.</p>
<p>Nuevos estilos de vida personal. Familia originados por cambios sociales</p>	<p>Personas que viven solas. Matrimonios o parejas de homosexuales. Matrimonio o parejas de homosexuales con hijos adoptivos. Familia grupal. Familia comunal. Poligamia.</p>	<p>Nominal.</p>
<p>Tipología en base a su ocupación.</p>	<p>1. Campesina. 2. Obrera. 3. Profesional. 4. Comerciante.</p>	<p>Cualitativa nominal.</p>
<p>Tipología en base a su desarrollo.</p>	<p>1. Moderna. 2. Tradicional.</p>	<p>Cualitativa nominal.</p>

Tipología en base a su integración.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Integrada. 2. Desintegrada. 	Cualitativa nominal.
Etapa CVF ciclo de vida familiar Geyman.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Matrimonio. 2. Expansión 3. Dispersión. 4. Independencia. 5. Retiro y muerte. 	Cualitativa nominal.
Etapa CVF según OMS modificado.	<ol style="list-style-type: none"> I. Formación. IIa. Extensión IIb. Extensión III. Final de la Extensión IV. Contracción. V. Final de la contracción. VI. Disolución. 	Cualitativa nominal.
Familias especiales.	<ol style="list-style-type: none"> 0. No familia especial. 1. Familia de dos. 2. Familia acordeón. 3. Familia con ninis. 	Cualitativa nominal.
Dislocaciones del ciclo CVF.	<p>Por fallecimiento Divorcio Separación. Abandono. Madre soltera. Retraso abandono del hogar por los hijos. No tener hijos. Otras causas.</p>	Cualitativa nominal. <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí. 2. No
Conflicto por subsistemas	<ol style="list-style-type: none"> 0. Sin conflicto. 1. Hijos (pareja-parental). 2. Conyugal (padre-madre). 3. Fraternal (hermanos). 	Cualitativa nominal. <ol style="list-style-type: none"> 1. sí. 2. no.
Crisis no normativas.	<p>Separación. Problemas legales. Enfermedades crónicas. Muerte. Embarazo no planeado. Pérdida del empleo. Pérdida afectiva. Divorcio.</p>	Cualitativa nominal. <ol style="list-style-type: none"> 1. sí. 2. no.

<p>Trastornos mentales y adicciones Factores riesgo y patrones de repetición.</p>	<p>Depresión Esquizofrenia Ansiedad Otros trastornos mentales. Tabaquismo. Alcoholismo. Drogas.</p>	<p>Cualitativa nominal. 1. sí. 2.No.</p>
<p>Patologías. Factores de riesgo y patrón de repetición.</p>	<p>DM HAS DM + HAS. Enfermedades oncológicas. Enfermedades neurológicas. Enfermedades respiratorias. Enfermedades mentales. Enfermedades cardiológicas. Dislipidemia. Obesidad Enfermedades congénitas. Asma. Otras enfermedades. .</p>	<p>Cualitativa nominal.</p>
<p>Factores de riesgo y repetición para violencia familiar.</p>	<p>0. Sin factor. 1. Sexual. 2. Física. 3. Psicológica.</p>	<p>Cualitativa nominal. 1. Sí. 2. No.</p>
<p>Factores de riesgo y patrones de repetición de Otras enfermedades</p>	<p>Homosexualidad. Madre adolescente. Madre añosas Madre soltera. Divorcio Separación.</p>	<p>Cualitativa nominal. 1. Sí. 2. No.</p>
<p>Apgar familiar.</p>	<p>Baja 0-3. Satisfacción. Media 4-6. Satisfacción. Alta 7-10. Satisfacción familiar.</p>	<p>Cualitativa nominal. 1. Sí. 2. No.</p>

3.0 Organización de la investigación.

3.1 Cronograma.

Actividades	Julio /diciembre 2010	Enero/febrero 2011	Marzo/abril 2011	Mayo/junio 2011
Búsqueda de La información	xxx			
Marco teórico	xxx	xxx		
Recolección de Datos			xxx	
Análisis de Resultados				xxx
Integración del Reporte				xxx
Entrega del Trabajo final.				xxx

3.2 Análisis estadísticos.

De acuerdo a las variables descritas, se utilizó un proceso estadístico descriptivo para el manejo de la información obtenida a través medidas tendencia central (media, mediana y moda) y tablas de frecuencia, se recabó la información en programa SSPS 15.

3.3 Recursos

3.3.1 Humanos

El médico residente. Dra. Peña Trinidad Gabriela,
Asesores
Dra. Monroy Caballero Catalina,
M.C. Biólogo González Pedraza Avilés Alberto.

3.3.2. Físicos.

Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez ISSSTE.

3.3.3. Financieros.

La compra de todo el material estuvo a cargo del investigador.

3.4 Aspectos éticos.

3.4.1 Declaración de Helsinki.

Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos

- Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, Junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, Octubre 1975.
- 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia Octubre 1983.
- 41ª Asamblea Médica Mundial Hong Kong, Septiembre 1989
- 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996 y la
- 52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia Octubre 2000,
- Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002.

- Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004.
- 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008.²⁰

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.²⁰

Principios básicos.

El principio básico es el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación. El deber del investigador es solamente hacia el paciente o el voluntario, y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación, el bienestar del sujeto debe ser siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad, y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones. Se reconoce que cuando el participante en la investigación es incompetente, física o mentalmente incapaz de consentir, o es un menor entonces el permiso debe darlo un sustituto que vele por el mejor interés del individuo. En este caso su consentimiento es muy importante.²⁰

Principios operacionales.

La investigación se debe basar en un conocimiento cuidadoso del campo científico, una cuidadosa evaluación de los riesgos y beneficios, la probabilidad razonable de

un beneficio en la población estudiada y que sea conducida y manejada por investigadores expertos usando protocolos aprobados, sujeta a una revisión ética independiente y una supervisión de un comité correctamente convocado. El protocolo deberá contemplar temas éticos e indicar su relación con la Declaración. Las investigaciones experimentales deberán compararse siempre en términos de los mejores métodos, pero bajo ciertas circunstancias un placebo o un grupo de control deberá ser utilizado. El interés del sujeto después de que el estudio finaliza debería ser parte de un debido asesoramiento ético, así como asegurarle el acceso al mejor cuidado probado.²⁰

3.4.2 Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, vigente en nuestro país, el presente estudio se apega al título segundo capítulo 1, artículo 17, donde se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia tardía del estudio. Se considera esta investigación en categoría II “investigación mínimo riesgo”.²⁰

3.4.3. Consentimiento informado.

De acuerdo al Reglamento ya referido, con base en sus artículos 20 a 26, se solicitó consentimiento informado por escrito a todos los participantes de la investigación, remarcando la confidencialidad de la información obtenida.

Se describe en anexo 2.

4. Resultados

Se realizó este estudio en la clínica Dr. Ignacio Chávez del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en los diferentes consultorios del turno matutino, en la ciudad de México, Distrito Federal, se aplicaron un número total de 384 genogramas según cálculo del tamaño de la muestra.

En relación a la clasificación de las familias según el consenso de medicina familiar, se observaron los siguientes resultados con base al parentesco, el tipo familiar más común fue el nuclear simple, 125 (32.6%): seguida del monoparental con 55 familias (14.3%). Según esta clasificación se encontró a 15 (3.9%) familias como no clasificables. En relación a presencia física y convivencia, las familias con núcleo integrado presentaron la mayor frecuencia con 249 (64.8%): con respecto a nuevos estilos vida se detectó, 15 familias (5.5%) presentaron nuevos estilos de vida; el total de los resultados de la clasificación según el consenso se presentan en la tabla 1.

En relación a tipología con base a su desarrollo, la familia moderna fue la más frecuente con 295 (76.8%), con base a su ocupación la obrera es la más común, 234 (69.9%) y con base a la integración en 139 (36.2%) se obtuvieron familias desintegradas. Resultados tabla 2.

En cuanto al Ciclo de Vida Familiar, según Geyman, se obtuvo la mayor frecuencia en la etapa de dispersión, con 154 (40.1%) seguida de la independencia en 109 (28.4%) lo que corresponde a la clasificación de OMS modificado la etapa final extensión III y contracción IV 130(33.9%) y 98(25.5%) resultados en la tabla 3.

En relación a las familias especiales se encontró con mayor frecuencia las familia no especiales con 343 (89.3%) y de las especiales las que predominaron fue familias acordeón 2 (0.59%), resultado en tabla 4.

Con respecto a las dislocaciones del ciclo vital de la familiar las de mayor frecuencia fueron las monoparentales por divorcio 61(15.9%) y monoparental por fallecimiento 53 (13.8%) mientras que la monoparental por abandono fue la de menor frecuencia 3 familias (0.8%). Resultados en Tabla 5.

Con respecto a los conflictos por subsistemas en 103 familias (27%) se presentaron algún tipo de conflicto. La más común fue conyugal (padre-madre); 48 familias (12.5%). Resultado tabla 6.

La crisis no normativa de mayor frecuencia se asocia a enfermedades crónico degenerativas presentándose en 133 familias (34.6%), mientras que las de menor frecuencia fueron las relacionadas con problemas legales; 5 familias (1.3%) y los embarazos no deseados, 3 familias con (0.8%). Estos resultados se presentan en la tabla 7.

Con respecto a la frecuencia de factores de riesgo de enfermedades mentales y adicciones, se obtuvieron siguientes resultados: para las enfermedades mentales, la mayor frecuencia correspondió a depresión presentando en 61 familias (15.9%), y para adicciones el tabaquismo presenta 141 familias (36.7%) resultados tabla 8.

Con relación a factores de riesgo pero asociado a enfermedades crónicas, la de mayor frecuencia en las familias fue la hipertensión arterial sistémica 234 (60.9%) y Diabetes mellitus tipo 2 con 221 (57.6%). Un dato a considerar son las 138 (35.9%) familias que presentaron al cáncer como factor de riesgo. Resultados tabla 9.

También con relación a factores de riesgo pero asociado a enfermedades crónicas, las enfermedades cardiacas tiene la mayor frecuencia con 93 familias (24.2%) y con menor frecuencia se presentó la neurodermatitis con 1 familia (0.3%) resultados en tabla 9 A.

Con respecto a presencia de violencia en la familia, se obtuvo que 331 familias no sufren de violencia familiar, 38 (9.9%) sufre de violencia psicológica y sólo 5 familias sufren violencia sexual (1.3%). Resultados en tabla 10.

La mayor frecuencia para otros factores riesgo fue para divorcio con una resultado de 94 familias (24.5%) un dato importante es la presencia de homosexualidad con 37 familias (9.6%). Resultado tabla 11

En relación a los patrones de repetición se obtuvieron los siguientes resultados: para enfermedades mentales, la mayor frecuencia corresponde a depresión presente en 23 familias (6.0%), y para adicciones, el tabaquismo presente en 63 familias (16.4%) resultados tabla 12.

Con relación a patrones repetición pero asociado a enfermedades crónicas, la de mayor frecuencia en las familias fue la Diabetes mellitus tipo 2, 99 (25.8%) y la Hipertensión arterial sistémica con 85 (22.1%). Un dato importante es que en la migraña y en enfermedades congénitas no hubo repetición. Resultados tabla 13.

Con relación a patrones repetición pero asociado a otras enfermedades crónicas, las enfermedades cardiacas tienen la mayor frecuencia con 14 familias (3.6%) y sin presencia de enfermedades de repetición se presentó la neurodermatitis con 0 familias, resultados tabla 13 A.

En cuanto a patrones de repetición para violencia familiar la mayor frecuencia se presentó en la psicológica con 33 familias (8.6%) y la de menor frecuencia fue la física y sexual con 12 familias (3.1%) resultados tabla 14.

La mayor frecuencia en otros patrones de repetición fue para divorcio con un resultado de 21 familias (5.5%), un dato importante fue la presencia de homosexualidad con disminución en repetición sólo con 4 familias (1.0%). Resultados en tabla 15.

Con respecto al grado de satisfacción familiar se obtuvieron como resultados alta satisfacción en 305 (79%), media en 64 familias (16.7%) y con menor frecuencia la baja con 15 familias (3.9%). Resultado tabla 16.

TABLA 1. Clasificación de familias con base en el parentesco.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos No clasificable	15	3.9	3.9
Nuclear	42	10.9	14.8
nuclear simple	125	32.6	47.4
nuclear numerosa	5	1.3	48.7
reconstruida binuclear	34	8.9	57.6
Monoparental	55	14.3	71.9
monoparental extendida	52	13.5	85.4
monoparental extendida compuesta	2	.5	85.9
Extensa	43	11.2	97.1
No parental	6	1.6	98.7
grupos similares y familias	5	1.3	100.0
Total	384	100.0	

Clasificación de las familias con base en la presencia física y convivencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos núcleo integrado	249	64.8	64.8
núcleo no integrado	126	32.8	97.7
extensa ascendente	2	.5	98.2
extensa descendente	1	.3	98.4
extensa colateral	6	1.6	100.0
Total	384	100.0	

Nuevos estilos de vida personal-familiar originados por cambios sociales.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos sin nuevos estilos	369	96.0	96.0
persona que vive sola con inicio de CVF	12	3.2	99.2
persona que vive sola sin inicio de CVF	3	.8	100.0
Total	384	100.0	

Fuente: Obtenida del genograma realizado en consultorios clínica Dr. Ignacio Chávez 2011.

TABLA 2. Tipología familiar en base a su desarrollo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	moderna	295	76.8	76.8
	tradicional	89	23.2	100.0
	Total	384	100.0	

Tipología familiar con base a su ocupación.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Obrera	234	60.9	60.9
	Profesional	134	34.9	95.8
	Comerciante	16	4.2	100.0
	Total	384	100.0	

Tipología familiar con base a su integración.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Integrada	245	63.8	63.8
	Desintegrada	139	36.2	100.0
	Total	384	100.0	

Fuente: Obtenida del genograma realizado en consultorios clínica Dr. Ignacio Chávez 2011.

TABLA 3. Ciclo de Vida según Geyman.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos sin ciclo de vida	15	3.9	3.9
Matrimonio	25	6.5	10.4
Expansión	29	7.6	18.0
Dispersión	154	40.1	58.1
Independencia	109	28.4	86.5
retiro y muerte	52	13.5	100.0
Total	384	100.0	

Ciclo de Vida según la OMS modificado.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos sin ciclo de vida	15	3.9	3.9
formación I	25	6.5	10.4
extensión IIa	14	3.6	14.1
extensión IIb	42	10.9	25.0
final de la extensión III	130	33.9	58.9
contracción IV	98	25.5	84.4
Final de la contracción V	13	3.4	87.8
disolución VI	47	12.2	100.0
Total	384	100.0	

Fuente: Obtenida del genograma realizado en consultorios clínica Dr. Ignacio Chávez 2011.

TABLA 4. Familias especiales.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos no familia especial	343	89.3	89.3
familia de dos	32	8.3	97.7
familia acordeón	2	.5	98.2
Familia con ninis	7	1.8	100.0
Total	384	100.0	

Fuente: Obtenida del genograma realizado en consultorios clínica Dr. Ignacio Chávez 2011.

TABLA 5. Dislocaciones del ciclo familiar.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos			
sin dislocaciones	144	37.5	37.5
monoparental por fallecimiento	53	13.8	51.3
monoparental por divorcio	61	15.9	67.2
monoparental por separación	14	3.6	70.8
monoparental por abandono	3	.8	71.6
monoparental por madre soltera	16	4.2	75.8
familias reconstruidas	27	7.0	82.8
retraso abandono del hogar por los hijos	28	7.3	90.1
no tener hijos	11	2.9	93.0
otras causas	27	7.0	100.0
Total	384	100.0	

Fuente: Obtenida del genograma realizado en consultorios clínica Dr. Ignacio Chávez 2011.

TABLA 6. Conflicto por subsistema

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos sin conflicto	281	73.2	73.2
hijos (pareja-parental)	40	10.4	83.6
conyugal(padre- Madre)	48	12.5	96.1
fraterno (hermanos)	15	3.9	100.0
Total	384	100.0	

Fuente: Obtenida del genograma realizado en consultorios clínica Dr. Ignacio Chávez 2011.

TABLA 7. Crisis no normativas.

Crisis no normativas separación.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	14	3.6	3.6
	no	370	96.4	100.0
	Total	384	100.0	

Crisis no normativas problemas legales.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	5	1.3	1.3
	no	379	98.7	100.0
	Total	384	100.0	

Crisis no normativas enfermedades crónicas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	133	34.6	34.6
	no	251	65.4	100.0
	Total	384	100.0	

Crisis no normativas muerte.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	51	13.3	13.3
	no	333	86.7	100.0
	Total	384	100.0	

Crisis no normativas embarazo no planeado.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	3	.8	.8
	no	381	99.2	100.0
	Total	384	100.0	

Crisis no normativas pérdida del empleo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	11	2.9	2.9
	no	373	97.1	100.0
	Total	384	100.0	

Crisis no normativas perdidas afectivas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	15	3.9	3.9
	no	369	96.1	100.0
	Total	384	100.0	

Crisis no normativas divorcio.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	72	18.8	18.8
	no	312	81.3	100.0
	Total	384	100.0	

Fuente: Obtenida del genograma realizado en consultorios clínica Dr. Ignacio Chávez 2011.

TABLA 8. Frecuencia factores riesgo para trastornos mentales y Adicciones.

Factor de riesgo depresión.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	61	15.9	15.9
	no	323	84.1	100.0
	Total	384	100.0	

Factor de riesgo esquizofrenia.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	12	3.1	3.1
	no	372	96.9	100.0
	Total	384	100.0	

Factor de riesgo ansiedad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	21	5.5	5.5
	no	363	94.5	100.0
	Total	384	100.0	

Factores de riesgo otras trastornos mentales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	19	4.9	4.9
	no	365	95.1	100.0
	Total	384	100.0	

Factor de riesgo tabaquismo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	141	36.7	36.7
	no	243	63.3	100.0
	Total	384	100.0	

Factor de riesgo alcoholismo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	106	27.6	27.6
	no	278	72.4	100.0
	Total	384	100.0	

Factor de riesgo adicciones.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	16	4.2	4.2
	no	368	95.8	100.0
	Total	384	100.0	

Fuente: Obtenida del genograma realizado en consultorios clínica Dr. Ignacio Chávez 2011.

TABLA 9. Factores de riesgos para enfermedades crónicas.

Factor de riesgo cáncer.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	138	35.9	35.9
	no	246	64.1	100.0
	Total	384	100.0	

Factor de riesgo diabetes mellitus.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	221	57.6	57.6
	no	163	42.4	100.0
	Total	384	100.0	

Factor de riesgo hipertensión arterial.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	234	60.9	60.9
	no	150	39.1	100.0
	Total	384	100.0	

Factor de riesgo dislipidemia.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	68	17.7	17.7
	no	316	82.3	100.0
	Total	384	100.0	

Factor de riesgo migraña

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	10	2.6	2.6
	no	374	97.4	100.0
	Total	384	100.0	

Factor de riesgo obesidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	154	40.1	40.1
	no	230	59.9	100.0
	Total	384	100.0	

Factor de riesgo enfermedad congénita

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	3	.8	.8
	no	381	99.2	100.0
	Total	384	100.0	

Fuente: Obtenida del genograma realizado en consultorios clínica Dr. Ignacio Chávez 2011.

TABLA 9 A. Factores de riesgo para enfermedades crónicas. (2 parte)
Factor de riesgo enfermedad ácido péptica.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	24	6.3	6.3
	no	360	93.8	100.0
	Total	384	100.0	

Factor de riesgo enfermedad cardiaca

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	93	24.2	24.2	24.2
	No	291	75.8	75.8	100.0
	Total	384	100.0	100.0	

Factor de riesgo neurodermatitis.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	1	.3	.3
	no	383	99.7	100.0
	Total	384	100.0	

Factor de riesgo asma.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	29	7.6	7.6
	No	355	92.4	100.0
	Total	384	100.0	

Factor de riesgo evento vascular cerebral

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	36	9.4	9.4
	No	348	90.6	100.0
	Total	384	100.0	

Factor de riesgo enfermedad pulmonar obstructiva crónica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	23	6.0	6.0
	No	361	94.0	100.0
	Total	384	100.0	

Factor de riesgo otras.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	73	19.0	19.0
	No	311	81.0	100.0
	Total	384	100.0	

Fuente: Obtenida del genograma realizado en consultorios clínica Dr. Ignacio Chávez 2011.

TABLA 10. Factor de riesgo violencia familiar.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos sin factor	331	86.2	86.2
Sexual	5	1.3	87.5
Física	10	2.6	90.1
Psicológica	38	9.9	100.0
Total	384	100.0	

Fuente: Obtenida del genograma realizado en consultorios clínica Dr. Ignacio Chávez 2011

TABLA 11. Factor riesgo de otras enfermedades.**Factor de riesgo homosexualidad**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	37	9.6	9.6
	no	347	90.4	100.0
	Total	384	100.0	

Factor de riesgo madre adolescente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	38	9.9	9.9
	no	346	90.1	100.0
	Total	384	100.0	

Factor de riesgo madre añosa

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	9	2.3	2.3
	no	375	97.7	100.0
	Total	384	100.0	

Factor de riesgo madre soltera

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	51	13.3	13.3
	no	333	86.7	100.0
	Total	384	100.0	

Factor de riesgo divorcio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	94	24.5	24.5
	no	290	75.5	100.0
	Total	384	100.0	

Factor de riesgo separación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	57	14.8	14.8
	no	327	85.2	100.0
	Total	384	100.0	

Fuente: Obtenida del genograma realizado en consultorios clínica Dr. Ignacio Chávez 2011.

TABLA 12. Patrón de repetición para trastornos mentales y adicciones.

Patrón de repetición depresión.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	23	6.0	6.0
	no	361	94.0	100.0
	Total	384	100.0	

Patrón de repetición esquizofrenia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	2	.5	.5
	no	382	99.5	100.0
	Total	384	100.0	

Patrón de repetición ansiedad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	8	2.1	2.1
	no	376	97.9	100.0
	Total	384	100.0	

Patrones de repetición otras enfermedades mentales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	6	1.6	1.6
	no	378	98.4	100.0
	Total	384	100.0	

Patrón de repetición tabaquismo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	63	16.4	16.4
	no	321	83.6	100.0
	Total	384	100.0	

Patrón de repetición alcoholismo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	48	12.5	12.5
	no	336	87.5	100.0
	Total	384	100.0	

Patrón de repetición toxicomanías

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	11	2.9	2.9
	no	373	97.1	100.0
	Total	384	100.0	

Fuente: Obtenida del genograma realizado en consultorios clínica Dr. Ignacio Chávez 2011.

TABLA 13. Patrón de repetición para enfermedades crónicas.
Patrón de repetición cáncer.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	39	10.2	10.2
	no	345	89.8	100.0
	Total	384	100.0	

Patrón de repetición diabetes mellitus.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	99	25.8	25.8
	no	285	74.2	100.0
	Total	384	100.0	

Patrón de repetición hipertensión arterial.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	85	22.1	22.1
	no	299	77.9	100.0
	Total	384	100.0	

Patrón de repetición dislipidemia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	10	2.6	2.6
	no	374	97.4	100.0
	Total	384	100.0	

Patrón de repetición migraña

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	no	384	100.0	100.0

Patrón de repetición obesidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	50	13.0	13.0
	no	334	87.0	100.0
	Total	384	100.0	

Patrón de repetición enfermedad congénita

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	no	384	100.0	100.0

Fuente: Obtenida del genograma realizado en consultorios clínica Dr. Ignacio Chávez 2011.

TABLA 13 A. Patrones de repetición para enfermedades crónicas.

Patrón de repetición enfermedad ácido péptica.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	3	.8	.8
	no	381	99.2	100.0
	Total	384	100.0	

Patrón de repetición enfermedad cardiaca

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	14	3.6	3.6
	no	370	96.4	100.0
	Total	384	100.0	

Patrón de repetición neurodermatitis

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	no	384	100.0	100.0

Patrón de repetición asma

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	6	1.6	1.6
	no	378	98.4	100.0
	Total	384	100.0	

Patrón de repetición evento vascular cerebral

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	2	.5	.5
	no	382	99.5	100.0
	Total	384	100.0	

Patrón de repetición enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	2	.5	.5
	no	382	99.5	100.0
	Total	384	100.0	

Patrón de repetición otras

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	11	2.9	2.9
	no	373	97.1	100.0
	Total	384	100.0	

Fuente: Obtenida del genograma realizado en consultorios clínica Dr. Ignacio Chávez 2011.

TABLA 14. Patrón de repetición violencia familiar.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos sin Patrón repetición	339	88.3	88.3
Sexual	3	.8	89.1
Física	9	2.3	91.4
Psicológica	33	8.6	100.0
Total	384	100.0	

Fuente: Obtenida del genograma realizado en consultorios clínica Dr. Ignacio Chávez 2011.

TABLA 15. Patrón repetición de otras enfermedades.**Patrón de repetición homosexualidad.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	4	1.0	1.0
	No	380	99.0	100.0
	Total	384	100.0	

Patrón de repetición madre adolescente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	15	3.9	3.9
	no	369	96.1	100.0
	Total	384	100.0	

Patrón de repetición madre añosa

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	1	.3	.3
	no	383	99.7	100.0
	Total	384	100.0	

Patrón de repetición madre soltera

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	4	1.0	1.0
	no	380	99.0	100.0
	Total	384	100.0	

Patrón de repetición divorcio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	21	5.5	5.5
	no	363	94.5	100.0
	Total	384	100.0	

Patrón de repetición separación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	si	11	2.9	2.9
	no	373	97.1	100.0
	Total	384	100.0	

Fuente: Obtenida del genograma realizado en consultorios clínica Dr. Ignacio Chávez 2011.

TABLA 16. Resultados del Apgar familiar.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos			
Baja	15	3.9	3.9
Media	64	16.7	20.6
Alta	305	79.4	100.0
Total	384	100.0	

Fuente: Obtenida del genograma realizado en consultorios clínica Dr. Ignacio Chávez 2011.

5. Discusión

En relación a las características de las familias:

La estructura que predominó fue nuclear simple lo que coincide con lo descrito por Dra. Navarro G A y col.²¹ Es importante mencionar que en el estudio se clasificó a las familias con base en el Consenso de Medicina Familiar, siendo la familia nuclear todavía la de mayor prevalencia, esto a pesar de los cambios sociales, culturales y económicos presentes en la actualidad. Debido a los cambios en los nuevos estilos de vida, se hizo un apartado, porque no se encontró donde clasificar a las familias, de personas sin inicio de ciclo de vida y con inicio de ciclo de vida que viven solas, en cuanto a familias con hijos con niñas se esperaba encontrar más elevada la frecuencia, en la encuesta de INEGI en México 2009, se encontró 5.8 millones de jóvenes 14 y 19 que no estudian ni trabajan.¹²

Coincidimos con el estudio de Navarro de 2004.²¹ en relación con la tipología familiar, al referirnos a los aspectos de desarrollo, donde predominaron las familias modernas, al parecer los aspectos económicos y culturales como la equidad de género, han favorecido la aparición de familias modernas. Según la ocupación obrera, en relación a su integración las familias integradas predominaron.

En relación al Ciclo de Vida familiar según Geyman, predominaron la etapa de Dispersión (40.1%), resultado similar al estudio de Navarro y cols.²¹ (34.5%). Según el CVF de la OMS modificada final de la extensión III obtuvo el mayor porcentaje.

Las dislocaciones, del ciclo familiar el (62.5%) presentó algún tipo de dislocación siendo la más frecuente la monoparental por divorcio, mientras que el Dr. De la Revilla.¹⁴ encontró (45.0%) Al fallecimiento como la causa principal.

Al hacer el análisis por conflicto por sub sistemas se obtuvo un resultado (Conyugal) padre-madre (12.5%), esto se relaciona con el primer lugar que obtuvimos como resultados en las dislocaciones monoparental por divorcio con (15.9 %).

En relación a las crisis no normativas, en este presente trabajo se observó que las familias que mayor frecuentemente presentaron crisis no normativas, la causa principal fue por enfermedades crónicas degenerativas (34.6%). Posiblemente esto relacionado con el incremento de la esperanza de vida que aumenta el riesgo de la presencia en la familia de este tipo de enfermedades.

En lo referente a factores de riesgo de trastornos mentales y adicciones, se obtuvieron, (15.9%) depresión y (5.5%) por ansiedad, datos que concuerdan con el (15.7%) en general reportado en la Encuesta de Salud y Nutrición del derechohabiente del ISSSTE 2007 (ENSADER).²² Con respecto a las adicciones, el (36.7%) encontrado para tabaquismo y (27.6%) para alcoholismo resultaron superiores al (23.5 %) y (20.2%) respectivamente reportado en la ENSADER 2007.²²

Con respecto a la frecuencia de factores de riesgo y enfermedades crónico degenerativas las cuatro que obtuvieron la mayor frecuencia fueron HAS, DM Tipo 2, Obesidad y cáncer, mientras que la ENSADER 2007 reporta en orden descendente, gastritis y ulcera gástrica, colitis, HAS, sobrepeso y obesidad como las de mayor prevalencia en trabajadores activos,²² Un dato a considerar es el (35.9%) encontrado como factor de riesgo a cáncer, resultado similar al (28.4%) referido en ENSADER 2007. La Información obtenida, nos permite reconocer la importancia de la realización de encuestas como la ya referida y de genogramas bien estructurados para detectar casos ocultos o diagnosticados de éste padecimiento. (Es importante mencionar que esta encuesta ENSADER fue a nivel nacional).²²

En relación con violencia familiar, se encontró en un estudio de Espinoza G y cols.²³ en Colima, México 2006, con una población de 5,484 estudiantes, que se presentó violencia física en 243 mujeres y en 168 hombres, para un total de 411(7.5%), violencia verbal o psicológica en 577 mujeres y 328 hombres, 905 (16.5%) en total, violencia sexual en 47 mujeres y en 13 hombres, total 60(1.1%). En nuestro estudio se presentó una frecuencia de violencia psicológica en 38 familias (9.9%), violencia física en 10 familias (2.6%), y violencia sexual en 5 familias (1.3 %), los resultados son similares en ambos estudios.

En otros patrones de repetición predominaron, el divorcio con 21 familias (5.5%) y madres adolescentes en 15 familias (3.9%), en un estudio realizado por Carreón J. y cols,²⁴ en el estado de Veracruz en el 2001, con 396 mujeres adolescentes, los factores que predominaron son nivel socioeconómico bajo, hacinamiento y nivel escolar bajo.

Para el Apgar familiar, cabe mencionar que en estudios realizados por Gómez Clavelina y cols,¹⁷ el grado de satisfacción familiar en pacientes con una población de la ciudad México en 2010, y con 1,321 personas, de entre 15 y 95 años, se obtuvo un alto grado de satisfacción familiar en 1,034 (78.3%), mediana satisfacción de función familiar en 220 (16.7%) y baja satisfacción en 67 (5.1%). En nuestro estudio de las 384 familias, el alto grado de satisfacción se presentó en 305 familias (79.4%), el mediano en 64 familias (16.7%), y el menor grado de satisfacción en 15 familias (3.9%), evidenciándose la similitud en los resultados.

6. Conclusiones.

En el presente estudio, se cumplieron los objetivos planteados, al identificar características de las familias según información que nos proporciona el genograma; así como los factores de riesgo a que están expuestas para permitir a los médicos familiares realizar esfuerzos en la detección oportuna de las enfermedades, y así proporcionar una mejor atención integral junto con el equipo de salud para llevar a cabo acciones necesarias y lograr un estado lo más completo de bienestar posible.

A pesar de los cambios sociales presentes en las últimas décadas, y con base en los pocos estudios referidos con anterioridad, se concluye que con relación a la estructura familiar de la familia mexicana o al menos la representada en este estudio, dichos cambios han surtido muy poco efecto.

Se pueden hacer varias recomendaciones generales:

Sensibilizar al personal médico en la utilización del genograma, porque resulta un arma muy útil para obtener información muy valiosa sobre las familias.

Tener un espacio físico adecuada para realización de genogramas.

Hacer más difusión sobre los programas de adicciones que existen en la clínica.

Sería importante que los pacientes de la clínica tuvieran un mismo médico, para un mejor seguimiento e integración y prevención.

Este estudio sirve como un antecedente para la realización de nuevos estudios más amplios sobre las familias que conforman, la derecho habiencia del ISSSTE, no sólo en la clínica base de este trabajo, si no en todas las clínicas del primer nivel y en especial aquellas que son sede de la residencia de la especialidad de medicina familiar y que permitan realizar intervenciones oportunas del médico familiar e incidir sobre factores de riesgo, realizando educación para la salud en la población.

7. BIBLIOGRAFIA.

1. Suárez M. El médico familiar y la atención a la familia. Rev. Papeña de Med Fam 2006; 3(4):95-100.
2. Irigoyen CA. Nuevos Fundamentos de medicina familiar. 3ra. Edición Editorial Medicina Familiar Mexicana. México 2006. p 31-39, 43-54.
3. Gómez CA, Ponce RE. Análisis comparativo de seis recomendaciones internacionales para el diseño de genogramas en Medicina familiar. Arch Med Fam. 1999; 1(1):13-20.
4. Fernández OM, Irigoyen CA. Diseño y aplicación de un instrumento para la evaluación de genogramas. Arch Med Fam 1999; 1(1):5-12.
5. De la Revilla L. Conceptos Instrumentos de la Atención Familiar. Editorial Doyma Barcelona España. 1994. Págs. 180.
6. Yurss AI. Instrumentos de abordaje familiar. Anales Sis San Navarra 2001; 24(supl.2):73-82.
7. Rosas P, González SC. Utilización del genogramas en un centro de salud de ciudad de México. Arch Med Fam 2002; 4(3):99-103.
8. Alegre P. Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR Familiar. RAMPA, 2006. 1(1):48-57.
9. Membrillo LA y cols. FAMILIA introducción al estudio sus elementos. Ed. 1ª. Reimpresión. Editorial Textos Mexicanos. México 2008. Págs. 270.
10. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos medicina familiar. 2005 Vol.7 supl. 1 pp. 15-19.

11. Monroy CC. y cols. Propuesta de una clasificación de la familia en base en su composición. Arch Med Fam. 2002; Vol. 4(1):42-44.
12. <http://www.informador.com.mx/>.Universitarios ninis bajo la lupa. 2011
13. León AR, Chávez AV. Medicina familiar. Ed 1ª. Editorial Corinter México 2008. Págs. 624.
14. De la Revilla LF, y cols. El genograma en la evaluación del ciclo vital familiar natural y de sus dislocaciones. Aten Primaria. 1998; 21:219-224.
15. Idarmis GB. Las crisis familiares. Rev Cubana Med Gen Integr 2000; 16(3):280-86
16. Justo SD. Factores de riesgo en el Proceso Salud Enfermedad. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15(4):453-60.
17. Gómez C F. Ponce R E. Una nueva propuesta para la interpretación del Apgar Familiar. Aten Fam 2010; 17(4):102-106.
18. Irigoyen CA. Nuevos fundamentos de medicina familiar. Tercera edición. Editorial medicina familiar. 2002. Pág. 215.
19. Gonzales GJ. La familia como sistema. Rev Paceaña Med Fam. 2007; 4(6): 111-114.
20. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Gac Med Mex. 137 (4), 2001. p 387-390.
21. Navarro GA, Ponce RE y cols. Estrategias para la elaboración de genogramas por residentes de medicina familiar. Arch Med Fam. 2004. 6(9):78-83.
22. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del derechohabiente del ISSSTE. (ENSADER). 2007. <http://www.serv.presencia.org./img/pdf.comunicacion>.

23. Espinoza GF. y cols. Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. Salud Pública de México. Vol. 52, no. 3, mayo-junio de 2010.

24. Carreón VJ, y cols. Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. Arch Med Fam. Vol. 6 núm. 3 sept/dic. 2004. págs. 70-73.

25. Huerta JL. La familia en el proceso salud enfermedad. Editorial ALFIL. 1ª edición. México, 2005 págs. 240.

26. <http://www.infador.com.mx/Jalisco/2010/los-problemas-de-la-generación-ninis>.

8. ANEXO 1 Cédula de recolección de datos.



Ficha de identificación.

Nombre:	Colonia:
Fecha de elaboración y no. de familia:	Edad:
Teléfono:	No. de expediente o RFC:
Turno:	Religión:

Enfermedades mentales

Depresión	
Esquizofrenia	
Ansiedad	
Adicciones (Tabaquismo, Alcoholismo, Toxicomanías)	
Violencia familiar (sexual, física, psicológica)	

Patrones de repetición

Homosexualidad	
Madre adolescente.	
Madre añosa	
Madre soltera	
Divorcio.	
Separación.	

Apgar familiar.

		Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
Adaptación	¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia?			
Compañerismo	¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
Crecimiento	¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
Afecto	¿Siente que su familia le quiere?			
Acuerdos	¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			

Escala de calificación.

Satisfacción de la función familiar.

Baja	0-3
Media	4-6
Alta	7-10

ANEXO. 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION.

Consentimiento para participar en la realización del Genograma y Apgar familiar.

La presente realización del genograma familiar y Apgar tiene como finalidad, saber sobre Características de las familias del turno matutino de la clínica Dr. Ignacio Chávez.

El responsable de esta investigación tiene autorización para realizar la en esta unidad médica, la información que usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónimo y será obtenida de manera voluntaria.

La información que se obtendrá será utilizada para fines de investigación que permita obtener información útil para mejorar la atención médica integral de población que asiste y utiliza los servicios que proporciona esta unidad médica.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre el posible riesgo, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio:

Nombre y firma del paciente.

Nombre y firma del investigador.