



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO**

---

---

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 28 "GABRIEL MANCERA"

**"DIFERENCIAS EN EL NIVEL DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU INFLUENCIA SOBRE EL DESEMPEÑO LABORAL ENTRE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA DE FAMILIA Y MÉDICOS GENERALES ADSCRITOS AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 "GABRIEL MANCERA"**

**PROTOCOLO DE  
INVESTIGACIÓN  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A :  
NAZARIO URIEL ARELLANO ROMERO**

Asesora: Dra. María del Carmen Rojas Sosa

No DE REGISTRO: R-2014-3701-16

México, Distrito Federal. 2014





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## ÍNDICE

---

---

<b>RESUMEN</b>	4
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	5
<b>2. MARCO TEÓRICO</b>	7
2.1. La familia	7
2.2. Funcionalidad familiar	8
2.3. Dinámica familiar	10
2.4. Funcionalidad familiar y el médico	15
2.5. Instrumentos de evaluación de funcionalidad familiar	17
2.5.1.FACES III	17
2.5.2.APGAR Familiar	19
2.6. Desempeño laboral	20
<b>3. JUSTIFICACIÓN</b>	21
<b>4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	23
<b>5. HIPÓTESIS</b>	24
5.1. Alterna	
5.2. Nula	
<b>6. OBJETIVOS</b>	25
6.1. General	
6.2. Particular	
<b>7. MATERIALES Y MÉTODOS</b>	26
7.1. Tipo de estudio, población, lugar y tiempo	26
7.2. Tipo de muestreo y tamaño de la muestra	26
7.3. Criterios de selección	27
7.3.1. Criterios de inclusión	
7.3.2. Criterios de exclusión	
7.3.3. Criterios de eliminación	
7.4. Variables de estudio	29
7.4.1. Variables dependientes	
7.4.2. Variables independientes	
7.5. Definición de variables	29
7.5.1. Definición conceptual	
7.5.2. Definición operacional	
7.6. Instrumentos de medición	33
7.7. Exposición de recursos y costos	36
7.8. Método de recolección de datos	36
7.9. Aspectos éticos	37

<b>8. RESULTADOS</b>	38
<b>9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO</b>	
<b>10. DISCUSIÓN</b>	66
<b>11. CONCLUSIONES</b>	70
<b>12. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b>	71
<b>13. LITERATURA CITADA</b>	72
<b>14. ANEXOS</b>	74
Diseño de investigación	
Carta de consentimiento informado	
Instrumentos de medición	

## RESUMEN

---

---

### DIFERENCIAS EN EL NIVEL DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU INFLUENCIA SOBRE EL DESEMPEÑO LABORAL ENTRE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA DE FAMILIA Y MÉDICOS GENERALES ADSCRITOS AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 “GABRIEL MANCERA” FAMILIAR No. 28 “GABRIEL MANCERA”

Arellano Romero Nazario Uriel,<sup>1</sup> Rojas Sosa María del Carmen.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Consulta externa de Medicina Familiar, UMF No. 28 “Gabriel Mancera”; <sup>2</sup> Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud, HGZ 1-A. Delegación sur, D.F., IMSS.

**ANTECEDENTES.** El médico familiar, al pertenecer al primer nivel de atención, recibe al paciente cuando este presenta las manifestaciones iniciales de la enfermedad, algunas de ellas potencialmente discapacitantes o incluso mortales. Este especialista debe encontrarse en condiciones físicas y emocionales óptimas que le permitan desempeñar su trabajo de la mejor forma posible, para que al hacerlo, garantice un adecuado y oportuno diagnóstico previniendo así el curso de la historia natural de la enfermedad, prevenir actitudes y factores de riesgo para el desarrollo de futuras patologías en la población vulnerable.

**OBJETIVO.** Determinar si existe diferencia entre la funcionalidad familiar evaluada entre médicos familiares y generales adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” durante el período comprendido entre Octubre 2013 y Enero de 2014 y evaluar si existe una influencia de ésta, sobre el desempeño laboral percibido por el paciente, a cargo del médico evaluado.

**MATERIALES Y MÉTODOS.** Estudio: transversal, analítico. Sujetos: médicos familiares y no familiares. Lugar: UMF No. 28 “Gabriel Mancera”. Procedimientos: 1. **Historia clínica;** 2. **Evaluación de la funcionalidad familiar y del desempeño laboral** con escala APGAR familiar y FACES III, así como encuesta respectivamente; 3. **Procesamiento de información:** registro de variables en hoja de recolección de datos en Excel. Análisis Estadístico: U-Mann Whitney, Spearman, phi y regresión logística ( $p < 0.05$ )

**Palabras clave:** Funcionalidad familiar, cohesión familiar, adaptabilidad familiar, médico familiar, médico no familiar, desempeño laboral.

## 1. INTRODUCCIÓN

---

---

La familia es considerada como uno de los más importantes sistemas que favorecen la salud y facilitan el mejoramiento de la calidad de vida de los individuos. Es un sistema social abierto, en constante interacción con el medio natural, cultural y social, que conforma un microgrupo, en el cual existen dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de alta relevancia en la determinación del estado de salud o enfermedad de sus componentes.(1) La función familiar se define a través de las tareas que le corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo y el cumplimiento de esta función permite la interacción con otros sistemas sociales y, como consecuencia, de su propia naturaleza multidimensional.(2)

Al igual que la familia, el trabajo es una esfera fundamental en el desarrollo del ser humano; ambas se caracterizan por ser interdependientes y complementarias entre sí. La influencia de cada una de ellas no se puede estudiar de forma aislada ya que ambos influyen sobre el otro. Idealmente debe existir un equilibrio entre trabajo y familia, es decir, que se lograra un compromiso total en el desempeño de cada papel con una actitud de dedicación para responder de manera óptima en cada uno de ellas lo cual traería beneficios para la calidad de vida de las personas, ya que se estarían evitando las consecuencias del conflicto de roles, como lo son: aumento de niveles de estrés laboral, tensión psicológica, mayor deterioro de salud y un mal desempeño en la función parental.(3)

Tiene gran importancia el apoyo que recibe el trabajador por parte de su familia, ya que tanto hombres como mujeres deben lidiar con complicaciones en el trabajo, con altos niveles de estrés, jornadas laborales extensas y en ocasiones con ambientes laborales poco favorables. Es en estas situaciones en que el individuo busca apoyo, refugio y comprensión, principalmente en el seno de su familia, esperando a su vez que frente a la presencia de estas, los miembros de su familia logren implementar estrategias de apoyo efectivas.(3)

Por otro lado, el médico familiar, al pertenecer al primer nivel de atención, recibe al paciente cuando este presenta las manifestaciones iniciales de la enfermedad, algunas de ellas potencialmente discapacitantes o incluso mortales. Este especialista debe encontrarse en condiciones físicas y emocionales óptimas que le permitan; no sólo desempeñar su trabajo de la mejor forma posible, para que al hacerlo garantice un adecuado y oportuno diagnóstico previniendo así el curso de la historia natural de la enfermedad, prevenir actitudes y factores de riesgo para el desarrollo de futuras patologías en la población vulnerable; sino también, condicionen un buen

funcionamiento familiar propio que sustente el apoyo afectivo, de cuidado, social y económico que le permita ejercer su profesión en mejores condiciones en comparación con la de profesionales de otras especialidades médicas.(3)

La evaluación de la función familiar tiene en medicina familiar características específicas que la diferencian de la que puede realizarse por otras disciplinas científicas, ya que tiene el propósito fundamental de comprender en forma integral y continuo el contexto en que se producen los problemas de cada paciente y permite reorientar su tratamiento hacia soluciones distintas a las que se ofrecen tradicionalmente, aportando elementos a la visión biopsicosocial que caracteriza la atención en medicina familiar.(2)

## 2. MARCO TEÓRICO

---

---

### 2.1. LA FAMILIA

El término familia procede del latín *famīlia*, "grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens", a su vez derivado de *famŭlus*, "siervo, esclavo", que a su vez deriva del osco *famel*. El término abrió su campo semántico para incluir también a la esposa e hijos del *pater familias*, a quien legalmente pertenecían, hasta que acabó reemplazando a *gens*. Tradicionalmente se ha vinculado la palabra *famŭlus*, y sus términos asociados, a la raíz *fames* (hambre), de forma que la voz se refiere, al conjunto de personas que se alimentan juntas en la misma casa y a los que un *pater familias* tiene la obligación de alimentar. (4)

La Organización Mundial de la Salud define a la familia como los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.(4)

Distintos autores han tratado de definir a la familia a lo largo del tiempo, contemplando distintas acepciones pero entre ellos destaca el Dr. Santacruz quien en 1983 define a la familia como “*un grupo social primario formado por individuos unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o de matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que en general comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar su salud individual y familiar*” considerando a ésta como parte del proceso salud enfermedad.(4)

En el año 2005, el Consenso Mexicano de Medicina Familiar, definió a la familia como el “*grupo social organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa. Es la unidad de análisis de la medicina familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad*”. En esta definición engloba lo postulado por Santacruz pero a su vez describe sutilmente las llamadas funciones familiares o funciones de la familia (4).



## 2.2. FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Según Smilkstein en 1978, la familia funcional es aquella que tiene la capacidad de utilizar los recursos intra y extrafamiliares en la resolución de problemas, así como la participación en compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembros de la familia logrando la maduración emocional y física en la autorrealización de los miembros a través del soporte y guía mutua, mostrando amor y atención entre los integrantes del grupo familiar con un compromiso de dedicación, espacio y tiempo a los mismos. (5)

La estructura familiar se define como la forma que tiene la familia de organizar la manera de interactuar de sus miembros de acuerdo con las demandas funcionales que tenga y a las pautas repetitivas de interacción. Ante los cambios de ciclo vital, o ante los sucesos estresantes que ocurren a lo largo de la vida, las familias se modifican y los enfrentan de acuerdo con diferentes estilos de funcionamiento familiar. (6)

Diversos modelos de evaluación hacen hincapié en dos términos: adaptación y cohesión. (4) Baldwin plantea, en su modelo McMaster, que la función primordial de la familia es conservar el equilibrio de sus miembros adaptándose a las diversas etapas y enfrentando los problemas para lograr soluciones efectivas. Minuchin basa su modelo estructural en la idea de que la familia es un sistema que opera por medio de pautas transaccionales como son la forma, el cuándo y con quién relacionarse, centrándose en las expectativas de los diversos miembros de la familia de acuerdo con el grado de cohesión que guardan entre sí. (4)

La cohesión se define como la distancia y proximidad que existe entre los miembros de una familia y comprende dos aspectos que son: el lazo emocional que tienen los miembros de la familia entre sí y el grado de autonomía de cada miembro de la familia. En el modelo circunflejo de evaluación familiar desarrollado por Olson, Rusell y Sprenkle se hace una clasificación de acuerdo con el grado de cohesión de la siguiente manera (6):

- Aglutinada. Se refiere a un apego excesivo, debido a que existe mucha proximidad entre los miembros de la familia y por lo tanto manejan una muy alta cohesión.
- Relacionada. Se refiere a que existe una proximidad en un nivel alto o moderado entre los miembros de la familia, por lo que el tipo de cohesión es moderada o alta.

- Semi-relacionada. Donde el nivel de proximidad es moderado o bajo entre los miembros de la familia, por lo que la cohesión se clasifica como moderada o baja.
- No relacionada. Se refiere a que existe una escasa proximidad que se puede traducir como un desapego entre los miembros de la familia, por lo que manifiestan un nivel de cohesión muy baja o nula.

De estos cuatro niveles de cohesión, el relacionado y el semirelacionado se consideran facilitadores del funcionamiento familiar debido a que las familias logran tener una experiencia equilibrada entre independencia y unión. Las familias que manejan dichos niveles de cercanía son capaces de equilibrar la autonomía personal con la proximidad y conexión entre sus miembros, mientras que las familias en las que la cohesión es no relacionado o aglutinada tienden a ser más disfuncionales. (6)

Las familias que tienen una cohesión aglutinada se caracterizan por un exceso de identificación de los miembros con la familia, así como por la generación de un gran sentimiento de lealtad que produce, en los miembros de la misma, problemas para lograr una individuación, dificultándoseles el desarrollar una identidad personal propia. Por su parte, las familias que tienen una cohesión no relacionada tienden a mostrar un bajo nivel de compromiso y apego entre sus miembros donde cada quien desarrolla sus propios planes, sin tomar en cuenta a los demás miembros de la familia. (6)

El modelo circunflejo hace alusión a otras dos categorías útiles para evaluar el funcionamiento familiar: la adaptabilidad y la comunicación. La adaptabilidad se define como: la habilidad del sistema para cambiar su estructura de poder, la dinámica entre los roles y las reglas de las relaciones familiares en respuesta a estresores evolutivos y situacionales. (4) Al igual que en la cohesión, el modelo arriba mencionado enuncia cuatro niveles de adaptabilidad: rígida (muy baja adaptabilidad), estructurada (baja a moderada adaptabilidad), flexible (moderada a alta adaptabilidad) y caótica (muy alta adaptabilidad). (6)

La comunicación familiar es interpretada como un elemento modificable, en función de la posición de las familias a lo largo de las otras dos dimensiones (cohesión y adaptabilidad); es decir que, al cambiar los estilos y estrategias de comunicación de una familia, probablemente cambiará el tipo de cohesión y adaptabilidad al que pertenecen. (7)

La universalidad de la familia tradicional es explicada por las funciones importantes que desempeña, sin las cuales la sociedad no hubiera podido subsistir. En

efecto, la familia desempeñó todas o la mayoría de las funciones esenciales para la vida en la sociedad. Según Donini (2005) estas funciones esenciales son: (5)

- La reproducción biológica, que aseguraba la continuidad de la sociedad.
- La asignación de “Status” o posición social del niño desde su nacimiento.
- La crianza, manutención y desarrollo físico del niño.
- La socialización y preparación del niño para desempeñarse en la sociedad.
- La provisión del control sexual.

### **2.3. DINÁMICA FAMILIAR**

Es el conjunto de pautas transaccionales que establece de que manera, cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo al ciclo vital por el que esté atravesando dicha familia.(4) Es la totalidad de fuerzas tanto positivas como negativas, determinantes del buen o mal funcionamiento de éste sistema y al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar. (8)

Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le son encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo.(8) Es aquella en que los hijos no presentan trastornos graves de conducta y donde la pareja no está en lucha constante; no obstante lo cual presenta aspectos de ambivalencia, sentimientos negativos e insatisfacciones de un miembro respecto al otro. Por lo tanto, la dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos, comportamiento y expectativas entre cada miembro de la familia, que le permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde además el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.(9)

La manera en que el sistema familiar considera la amplia gama de los sentimientos humanos es de importancia básica para su propio bienestar, por ello, explora como son los patrones familiares referentes a la expresión emotiva y al

compromiso familiar y cuáles son los sentimientos expresados en la familia, permite conocer el grado de satisfacción que resulta de vivir dentro del grupo familiar. (8)

La funcionalidad familiar es dinámica, ya que las familias no son estáticas y por lapsos o circunstancias pueden caer en crisis, y en ese momento ser disfuncionales en mayor o menor grado, y recuperarse posteriormente. Sin embargo algunas familias ante un problema no consiguen su homeostasis y la disfunción se vuelve irreparable o llegan a la desintegración, no obstante el mayor porcentaje de familias recuperan su funcionalidad sin ayuda técnica específica.(8)

Los incidentes afectan a los miembros de una familia en forma distinta en diferentes momentos, por eso, la homeostasis familiar puede funcionar adecuadamente para ellos durante algunos periodos de la vida familiar y no durante otros. El mantenimiento de éste equilibrio es un requisito indispensable para que la familia cumpla con sus funciones eficazmente.(10)

Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal, que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez. Para determinar el grado de funcionalidad de una familia, Virginia Satir emplea los siguientes criterios: (10)

- Comunicación. En una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara, directa, específica y congruente; características opuestas en una disfuncional.
- Individualidad. La autonomía de los miembros de la familia funcional es respetada y las diferencias individuales no sólo se toleran, sino que se estimula para favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.
- Toma de decisiones: La búsqueda de la solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha por su poder. En las familias disfuncionales importa más quien va a “salirse con la suya” y consecuentemente los problemas tienden a perpetuarse porque nadie quiere perder.
- Reacción a los eventos críticos: Una familia funcional es lo suficientemente flexible para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que puede conservar la homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas. En cambio, en una disfuncional, la rigidez y la

resistencia al cambio favorecen la aparición de psicopatología cuando las crisis amenazan romper el equilibrio.

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Gran parte de los trastornos psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar.(10)

- Eventos críticos familiares. El médico que brinda atención a sus pacientes en el contexto de la familia, debe comprender el impacto de que las crisis ocasionan en el estado funcional de la misma. Este conocimiento facilitará el diagnóstico y manejo de la disfunción familiar.

Como sistema sociocultural abierto, la familia enfrenta constantemente situaciones críticas inducidas por cambios biopsicosociales en uno o varios de sus miembros y a través de los diversos estímulos provenientes del medio en que está incluida. (10)

Una crisis; es cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de una familia, que ocasiona cambios en la funcionalidad de sus miembros y conduce a un estado de alteración y que requiere una respuesta adaptativa de la misma. Los eventos críticos incrementan la tensión dentro del grupo familiar y cuando no son manejadas adecuadamente pueden conducir al deterioro de la salud familiar.(9)

La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación consigo mismos y con las estructuras sociales, condición compleja porque requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, aspectos económicos, sexuales, religiosos. El sano funcionamiento de la familia requiere que estas crisis sean reconocidas y validadas por ella misma como problemas potenciales, a fin de poder ser resueltas favorablemente. (10)

Ante la presencia de eventos críticos, al estudiar una familia se debe explorar cuidadosamente la forma en que el grupo los identifica y aborda, así como el nivel de conflicto alcanzado, los cambios posteriores ante tales situaciones, y el grado de compromiso, solidaridad y apoyo entre la pareja y/o el resto de la familia. Tanto la vulnerabilidad familiar como la capacidad regenerativa del sistema, que se expresada como la disponibilidad de recursos que éste puede poner en juego, se ven afectadas por la concurrencia de éstos factores estresantes.(10)

La familia funcional no difiere de la disfuncional por la ausencia de problemas, lo que las hace diferentes es el manejo que hacen de sus conflictos, no la ausencia o presencia de ellos. La principal característica que debe tener una familia funcional es

que promueva un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio (10).

La funcionalidad o disfuncionalidad de la familia no depende de la ausencia de problemas dentro de ésta sino, por el contrario, de la respuesta que muestra frente a los problemas; de la manera como se adapta a las circunstancias cambiantes de modo que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento de cada miembro (11).

Las familias funcionales son aquellas familias en las que sus miembros se autorealizan, se desarrollan, viven, aman manifiestan sus logros y fracasos, aprenden a buscar y a aceptar la felicidad. En este tipo de familias sus integrantes se muestran seguros de sus identidades, es decir aceptan su relación y pertenencia a un determinado grupo familiar, tienen una alta autoestima y son capaces de comunicar sus sentimientos, tanto positivos como negativos dentro de un parámetro ecológico ( sin hacerse daño y dañar a los demás) y de respeto. Las familias funcionales piensan y actúan considerando el “*nosotros*” pero respetando el “*tú*” y el “*yo*”. Y las modalidades de comunicación en las familias funcionales son honestas, respetuosas, oportunas, claras, francas y sinceras y ayudará a resolver las situaciones problemáticas sin generar disfuncionalidad (5).

Al respecto se señala la presencia de una comunicación positiva padres-hijos no solo constituye un recurso adicional al sistema familiar sino que es uno de los principales distintivos de la familia ajustada. En este sentido se ha comprobado la relación entre niveles máximos de funcionamiento familiar y niveles adecuados de comunicación familiar; además de comprobar que la presencia de una comunicación positiva se relaciona con la satisfacción del funcionamiento familiar (5).

Es importante recordar, que cualquier conflicto trae en sí mismo un efecto disparador, es decir, si no se ventila en tiempo y forma, tenderá crecer, a salirse del control, a generar factores de disfuncionalidad. Por tanto la creación de una familia feliz, equilibrada y por ello funcional, depende de la comunicación intrafamiliar (5).

Respetar el derecho que cada miembro tiene de sentir; tratar de convencer, nunca de vencer, es crear un ambiente en el que cada elemento familiar se desarrolle de manera segura, integral, positiva. Los hijos creados en estos ambientes familiares funcionales, generalmente desarrollan actitudes optimistas que los preparan para enfrentar la vida, les facilitan que crean en sí mismos; los capacitan tanto para asumir el éxito de manera modesta, como para enfrentar el temporal fracaso. Los preparan para aprender de los fracasos; para tratar de hacer, no para demostrar que no se puede;

para buscar soluciones, no culpables; para asumir con responsabilidad y dignidad su rol en la sociedad (5).

Alcaina caracteriza a la familia disfuncional como la que ante situaciones que generan estrés responde aumentando la rigidez de sus pautas transaccionales y de sus límites, carece de motivación y ofrece resistencia o elude toda posibilidad de cambio. La familia disfuncional, agrega, se diferencia de la funcional por la utilización de patrones de interacción recurrentes que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación y la resolución de conflictos (5).

Al definir a la familia como un sistema en donde los problemas de uno de los miembros afecta a todos. Alcaina nos plantea las posibles consecuencias de los hijos viviendo en familias disfuncionales y dice: Existen datos que indican que este tipo de familia se ve imposibilitada para llevar a término de un modo adecuado las funciones familiares, afectándose áreas como la educación y el desarrollo afectivo y relacional. En concreto, la afectación de la función de culturización-socialización repercute negativamente en la consecución de objetivos lúdicos, de aprendizaje y estimulación. Ello deriva generalmente de la falta de implicación parental, debido a desinterés o ausencia física de uno o ambos padres por motivos laborales o separación, produciéndose un efecto circular en niños y adolescentes, capaz de originar una falta de motivación en la escolarización. Estas actitudes podrían transmitirse a las siguientes generaciones, dando lugar a deficiencias culturizadoras que sitúan a estas familias en desventaja en una sociedad competitiva (5).

La familia puede volverse nociva, cuando sin saberlo o involuntariamente no cumple con su función, creando así relaciones tensas entre sus integrantes. Este clima adverso para la buena convivencia del niño y posterior adolescente dentro de un determinado tipo de familias es totalmente nocivo y se agrava aún más cuando ya sea por razones de alcohol, drogas prostitución y abuso físico entre los padres y/o hermanos son para el niño una fuente de profundas perturbaciones (5).

Bajo este contexto, las posibilidades de concentrarse en los estudios, pensar en el desarrollo y crecimiento personal y la adquisición de valores es mínima para el niño o joven que integra este tipo de familias, ya que la energía vital se encuentra concentrada en un permanente estado de defensa, lo que imposibilita al individuo y lo sume en la apatía y la inacción. Algunas situaciones familiares son claramente desfavorables y riesgosas para la socialización de los niños y adolescentes; la violencia doméstica, la falta de recursos materiales y económicos para asegurar el sustento diario, la ausencia de lazos estables y solidarios con los otros (5).

## 2.4. FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL MÉDICO

El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad en sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional. Se ha considerado a la familia como un sistema funcional cuando es capaz de cumplir con sus funciones, enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital individual y familiar y la crisis por la que pueda atravesar.(12)

La población en general ve al médico como un profesional con grandes fortalezas frente a las enfermedades, a los problemas socioeconómicos y psicoafectivos. El ideal sería que este profesional contara en primera instancia con una familia sana, que le proporcione comodidad, amor y afecto, como elementos de soporte sólidos que le faciliten brindar una atención al individuo, familia y comunidad de mejor calidad, pero a su vez cumplir con las exigencias propias de los estudios de cuarto nivel y de esta manera finalizar la especialidad con el más alto índice académico.(8)

Una relación médico-paciente positiva es un elemento crítico en la práctica médica y en el arte de curar. La relación médico-paciente se ha tensado porque el diagnóstico rápido, basado en la tecnología de la medicina moderna, se ha incrementado; esto ha dado lugar a una percepción general de que los médicos se han “desligado” de la atención al paciente.(13)

La práctica médica que se encuentra íntimamente ligada a la relación médico-paciente, al contacto directo con las personas, obliga a los profesionales a desarrollar habilidades que incluyen las de tipo social. Estas habilidades representan un conjunto de comportamientos emitidos por un individuo en un contexto interpersonal, en el que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación y en el que respeta estas mismas conductas en los demás; además, generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación con el propósito de minimizar la probabilidad de futuros problemas.(13)

El concepto de *empatía* se ha definido como la habilidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, combinada con la capacidad de comunicar este entendimiento al paciente. No obstante, la empatía se ha asociado en forma teórica o empírica con una serie de atributos, como el respeto, el comportamiento pro-social, el razonamiento moral, las actitudes positivas hacia la gente de edad avanzada, la ausencia de demandas o litigios por mala práctica, la habilidad para recopilar la historia clínica y ejecutar el examen físico, la satisfacción del paciente, la satisfacción del médico, la mejor relación terapéutica y los buenos resultados clínicos. (13)



Con respecto a la funcionalidad familiar se puede decir, de manera general, según los resultados de estudios y encuestas mexicanas y latinoamericanas, de cada diez médicos, cuatro cursan con buena funcionalidad, cuatro con disfunción leve y dos con disfunción entre moderada y severa. Este fenómeno pudiera relacionarse con las exigencias permanentes de los postgrados, además de la capacidad de articular un mecanismo para enfrentar las situaciones de estrés cuyo objetivo es restablecer el equilibrio para lograr volver a la salud y así poder cumplir con el rol de médico residente. (14)

Algunas familias permiten que sus miembros se ayuden emocionalmente y físicamente unos a otros, mientras se aferran a un grado adecuado de autonomía o separación. Lograr el balance entre la "*familia y uno mismo*" es un desafío continuo para todas las familias. Al investigar la cohesión en médicos residentes de distintas especialidades con alto rendimiento académico, se ha observado que más de la mitad se encuentra en niveles centrales (semirelacionado y relacionados), lo que permite suponer la existencia de apoyo físico y emocional entre sus miembros, permitiendo algún grado de autonomía entre los mismos. Es de hacer notar que la cuarta parte se encuentra aglutinada reflejando sobreprotección y reacción emocional marcada hacia el dolor del otro.(14)

En lo que se refiere al estrés producido por las personas, se ha encontrado que dos terceras partes de los residentes niegan la existencia del mismo. Los docentes ocuparon el primer lugar como personas causantes de estrés, seguido por los esposos o compañeros.(15) El estrés ocurre cuando hay eventos o situaciones que perjudican los recursos internos y externos de la familia y por ende los estresores también tienen su origen en lo interno y externo.(14)

En diversos estudios se ha identificado que los estudiantes irregulares de la carrera de médico cirujano, tienden a presentar mayor disfuncionalidad familiar.(16) Existe una relación inversamente proporcional entre depresión y funcionalidad familiar en los estudiantes de la carrera de medicina.(17)

La regulación de la emoción se define como la capacidad de responder a las demandas del medio ambiente con la gama de emociones que resulte socialmente tolerable y suficientemente flexible para permitir reacciones espontáneas, así como la capacidad para retrasar reacciones según lo requerido por la situación.(17)

No es un secreto que un gran porcentaje de los médicos especialistas son solteros o viven en unión libre, por tal motivo cabe destacar algunas bibliografías que han estudiado la dinámica y funcionalidad familiar en relación con el estado civil de

médicos mujeres, encontrando que la disfunción familiar se distribuye con un mayor porcentaje para las médicas solteras o en unión libre, que para las casadas.(18)

## **2.5. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

Diversas escuelas de terapia familiar han planteado reiteradamente la necesidad de instrumentos adecuados que permitan estudiar y valorar el funcionamiento familiar. Han transcurrido más de tres décadas desde que empezaran a surgir a finales de los años setenta los diversos modelos de evaluación familiar en el panorama internacional y esto ha dado como fruto ciertos instrumentos aplicables en otros contextos culturales.(19)

Desde la aparición del FACES, otros instrumentos fueron desarrollándose. Algunos de ellos permiten abordar variables vinculadas con el funcionamiento familiar (comunicación, satisfacción, recursos, estrés, etcétera); así, el FAP (*Family Assessment Package*) constituye uno de los últimos desarrollos. Otros instrumentos permitieron adoptar una nueva perspectiva de evaluación, tal y como ocurre en relación con la escala CRS (*Clinical Rating Scale*). (20)

### **2.5.1. FACES**

Uno de los modelos con mayor relevancia actualmente en la comprensión de los sistemas familiares es el modelo circunflejo, desarrollado por Olson, Sprenkle y Russell (1979), intentando estructurar el confuso panorama conceptual del momento. Teniendo como respaldo teórico este modelo, se desarrolló el FACES (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*) en 1980. Desde entonces han surgido cuatro versiones diferentes, algunas de las cuáles han sido traducidas al español y empleadas en diversas investigaciones.(21)

El modelo circunflejo inicialmente constaba únicamente de dos dimensiones, cohesión y adaptabilidad, aunque posteriormente Olson, Russell y Sprenkle (1983) incorporaron una tercera dimensión, la comunicación, como una dimensión facilitadora. La cohesión es el vínculo emocional que los miembros del sistema familiar tienen entre sí y la adaptabilidad sería la habilidad de dicho sistema para cambiar. Cada una de estas dimensiones está compuesta por diferentes variables que contribuyen a su

comprensión. Los conceptos vinculados con la cohesión serían: lazos familiares, implicación familiar, coaliciones padres-hijos, fronteras internas y externas. Los conceptos específicos vinculados con la adaptabilidad son: liderazgo, disciplina, negociación, roles y reglas. Inicialmente, en las primeras versiones del modelo también se incluyeron en esta dimensión la asertividad, el control o el feedback. (21)

Tanto la cohesión como la adaptabilidad son curvilíneas, esto implica que ambos extremos de las dimensiones son disfuncionales, siendo los niveles moderados los relacionados con un buen funcionamiento familiar. Es por ello que cada una de las dimensiones está dividida en 4 niveles. En el caso de la cohesión: familias aglutinadas (cohesión muy alta), familias relacionadas (cohesión moderada-alta), familias semirelacionadas (cohesión moderada-baja) y familias no relacionadas (cohesión baja). La adaptabilidad, por su parte, constituye los siguientes tipos de familias: familias rígidas (adaptabilidad muy baja), familias estructuradas (adaptabilidad moderada-baja), familias flexibles (adaptabilidad moderada-alta) y familias caóticas (adaptabilidad alta). La comunicación es una dimensión facilitadora, cuya relación con el funcionamiento familiar es lineal; es decir, a mejor comunicación familiar mejor funcionamiento familiar. Entre los conceptos considerados se encuentran: empatía y escucha activa por parte del receptor, habilidades del emisor, libertad de expresión, claridad de expresión, continuidad y respeto y consideración.(21)

Una vez construido el modelo, los autores desarrollaron el FACES, un instrumento dirigido a analizar las dos dimensiones iniciales, cohesión y adaptabilidad. La primera versión de este instrumento surgiría en 1980 y constaba de 111 ítems. Posteriormente se desarrollarían otras tres versiones tratando de superar, cada una de ellas, las limitaciones de las anteriores. La segunda versión, FACES II, apareció en 1982 y la tercera versión, FACES III en 1985, de 30 y 20 ítems, respectivamente. Por lo tanto, a lo largo de todo este tiempo, los autores trataron de desarrollar un instrumento adecuadamente válido para el estudio del funcionamiento familiar. No obstante, operacionaliza de forma lineal el modelo por lo que es aplicable únicamente a población no clínica. Debido a ello, los autores han tratado de desarrollar una cuarta versión, FACES IV, cuyo objetivo es ser aplicable a población clínica, en la cual los niveles extremos de las dos dimensiones serían disfuncionales. Sería por lo tanto un instrumento que reflejaría el funcionamiento curvilíneo de ambas dimensiones.(21)

## 2.5.2. APGAR FAMILIAR

Diseñado por el doctor Smilkstein en 1978, es un instrumento ágil para detectar el grado de funcionalidad de la familia, basado en un cuestionario de cinco preguntas. Para mayor facilidad se utilizan las letras APGAR, con el fin de recordar cada una de las funciones que se van a medir. El APGAR, no sólo sirve para detectar la disfuncionalidad familiar sino que guía al profesional de la salud a explorar aquellas áreas que la persona ha señalado como problemáticas.(20)

- Adaptación. Es la utilización de los recursos intra y extra familiares, para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un cambio o período de crisis.
- Participación. Es la participación como socio, en cuanto se refiere a compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembro de la familia. Define el grado de poder y participación de cada uno de los miembros de la familia.
- Ganancia (Crecimiento). Es el logro en la maduración emocional y física y en la autorrealización de los miembros de la familia a través de soporte y fuerza mutua.
- Afecto. Es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia.
- Recursos. Es el compromiso o determinación de dedicar (tiempo, espacio, dinero) a los demás miembros de la familia.

El APGAR familiar puede utilizarse periódicamente para detectar un problema específico de disfunción familiar. Puede incluirse en la evaluación inicial y también a través del tiempo, sobre todo cuando se hace necesario involucrar a la familia en el manejo del paciente. El resultado puede ser diferente para cada miembro de la familia, ya que la percepción individual o la situación de cada uno pueden variar.(20)

## 2.6 DESEMPEÑO LABORAL

El Instituto Mexicano del Seguro Social usa como estandarte el lema de “*Otorgar servicios de salud con profesionalismo, calidad y calidez a nuestros derechohabientes*”, y dichos sustantivos (profesionalismo, calidad y calidez) podrían aparecer en cualquier definición simplista de un Buen Desempeño Laboral.

El Desempeño Laboral se puede definir, según Bohórquez, como el nivel de ejecución alcanzado por el trabajador en el logro de las metas dentro de la organización en un tiempo determinado (citado en Araujo y Guerra, 2007). Además, otra definición interesante es la que usa Chiavenato, ya que expone que el desempeño es eficacia del personal que trabaja dentro de las organizaciones, la cual es necesaria para la organización, funcionando el individuo con una gran labor y satisfacción laboral (citado en Araujo y Guerra, 2007) En este sentido, el desempeño laboral de las personas va a depender de su comportamiento y también de los resultados obtenidos. También otro aporte importante en la conceptualización del desempeño laboral es dada por Stoner, quien afirma que el desempeño laboral es la manera como los miembros de la organización trabajan eficazmente, para alcanzar metas comunes, sujeto a las reglas básicas establecidas con anterioridad (citado en Araujo y Guerra, 2007). Así, se puede notar que esta definición plantea que el Desempeño Laboral está referido a la manera en la que los empleados realizan de una forma eficiente sus funciones en la empresa, con el fin de alcanzar las metas propuestas.

Sin embargo, otro concepto fundamental y que va más acorde con esta investigación es la que utilizan Milkovich y Boudreau, pues mencionan al desempeño laboral como algo ligado a las características de cada persona, entre las cuales se pueden mencionar: las cualidades, necesidades y habilidades de cada individuo, que interactúan entre sí, con la naturaleza del trabajo y con la organización en general, siendo el desempeño laboral el resultado de la interacción entre todas estas variables (citado en Queipo y Useche, 2002).

Así pues, tomando en cuenta esta última perspectiva, en este trabajo de investigación se decide buscar la percepción del paciente y que este defina, a través de su experiencia durante la consulta institucional, si los médicos encargados de la consulta externa de Medicina Familiar tienen o no un buen desempeño Laboral.

Todo lo anterior con el objetivo primordial de refrendar el compromiso con la sociedad y el derechohabiente.

### 3. JUSTIFICACIÓN

---

---

El Instituto Mexicano del Seguro Social es la institución de seguridad social más importante del país y representa un pilar fundamental del bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana. A diciembre de 2011, atendió a una población derechohabiente de 54, 906, 396 mexicanos a través de las actividades que desempeñaron 353, 231 trabajadores de la Dirección de Prestaciones Médicas (81.86% del total de trabajadores adscritos al instituto), y otorgando 470, 814 consultas médicas diarias en promedio.

De acuerdo a la distribución de plazas por área de servicio, la Dirección de Prestaciones Médicas contiene 84, 522 médicos familiares, no familiares y generales adscritos; de los cuales, 5, 663 pertenecen a la zona Sur del Distrito Federal (Organización operativa en 35 delegaciones, conforme al Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social publicado en el Diario Oficial de la Federación en 2006) y 111 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” para 2013, que dan servicio de primer contacto en consulta externa, urgencias, radiología, estomatología, medicina preventiva, sexualidad y de trabajo, principalmente.

Como mecanismo de acción preventivo, el Instituto ha desarrollado modelos para la atención integral a la salud como son PrevenIMSS, DiabetIMSS y Atención Hospitalaria en Domicilio, entre otros; que establecen acciones de prevención, curación y rehabilitación, encaminadas a mejorar la salud de sus derechohabientes. Sin embargo, el instituto no cuenta con programas operativos que orienten sobre los procesos psicológicos, biológicos y sociales individuales de los médicos adscritos para garantizar su óptimo desempeño en la actividad diaria y de esta forma ejerzan adecuadamente los modelos de atención integral, preventiva y oportuna a sus derechohabientes.

Entre otras, una de las cartas de presentación del IMSS ante la sociedad mexicana es el otorgar servicios de salud con profesionalismo, calidad y calidez a sus derechohabientes. Por lo que es obligación del instituto velar porque dicho compromiso sea real y no sólo un eslogan publicitario

Por lo anterior, es de suma importancia realizar líneas de investigación que exploren los aspectos no institucionales de los médicos adscritos a la plantilla para establecer, como en el presente estudio, la funcionalidad familiar de ellos como un recurso de bienestar humano y constituya de esta manera, el pilar de atención médica óptima, basado en el trato otorgado a los derechohabientes y no sólo el aspecto

operativo direccionado hacia ellos, y por lo tanto un buen desempeño laboral percibido por el paciente.

#### 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

---

---

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal, el paterno-filial y el fraternal. Toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: la Composición, el Desarrollo, la Demografía, la Ocupación y la Integración, pero hay otras características que son indispensables conocer ya que según Virginia Satir son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar. Lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga a conocer la Jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar, los Límites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y la Comunicación que no es más que la forma en que la familia se expresa entre sí.

La importancia de conocer todas estas características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad. La evaluación de la funcionalidad familiar en medicina de familia, presenta características específicas que la diferencian de la que puede realizarse por otras disciplinas, permitiéndole al especialista un mayor desempeño que garantice un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la enfermedad, desde los preceptos de integralidad, continuidad y de enfoque de riesgos, en suma a la aptitud inherente de mantener buen funcionamiento familiar propio que sustente su apoyo como recurso de bienestar humano, permitiéndole ejercer su profesión adecuadamente.

Por tal motivo, el presente estudio plantea conocer si:

¿Existen diferencia entre en el nivel de funcionalidad familiar del especialista en medicina de familia y el médico general adscrito al servicio de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”?

Así mismo es de vital importancia conocer si el paciente percibe que su médico de primer contacto está cumpliendo con el compromiso del IMSS de garantizar una atención digna y competente.



## 5. HIPÓTESIS

---

---

### 5.1. ALTERNA

Existen diferencias en el nivel de funcionalidad familiar en médicos familiares en comparación de la encontrada en médicos generales adscritos al servicio de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”.

Existirá una mejor calificación en el desempeño laboral subjetivo, en aquellos médicos que cuenten con mayor grado de funcionalidad familiar.

### 5.2. NULA

No existe diferencia entre el nivel de funcionalidad familiar registrada entre médicos familiares y no familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”.

No existe diferencia entre el desempeño laboral percibido y el grado de funcionalidad familiar registrada entre médicos familiares y no familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”.

## 6. OBJETIVOS

---

---

### 6.1. GENERAL

- Determinar la diferencia entre el nivel de funcionalidad familiar entre médicos familiares y médicos generales adscritos al servicio de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera.
- Recolectar la opinión de la población derechohabiente para verificar que el médico de primer contacto sea un profesional que esté brindando una consulta de calidad.
- Buscar diferencias y/o asociaciones entre el grado de funcionalidad familiar en el médico y el desempeño laboral percibido por el paciente a su cargo.

## 7. MATERIALES Y MÉTODOS

---

---

### 7.1. TIPO DE ESTUDIO, POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Se realizará un estudio transversal, descriptivo, observacional y comparativo entre médicos familiares y no familiares adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”, durante el período comprendido entre Enero a Marzo 2014.

### 7.2. TIPO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizará un muestreo no probabilístico de criterio.

Se establecerá el tamaño de la muestra para formar 2 grupos: médicos generales y médicos familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”; mediante la fórmula para establecer diferencias de proporciones, con un valor de  $\alpha=0.05$  y considerando una probabilidad de  $p=0.5$  .\*

$$n = \frac{Nz^2 p.q}{d^2 (N-1) + z^2 p.q}$$

**n** = Muestra

**N** = 20 \*\*

**z** = 1.96

**d** = 0.05

**p** = 0.5

**q** = 0.5 (1-P)

**Tamaño de muestra:** “18” médicos familiares

**Tamaño de muestra:** “18” médicos generales

\* No se encontraron en la literatura artículos que cuantifiquen la relación o la influencia de la funcionalidad familiar con o sobre el hecho de que un médico general tenga una especialidad

\*\* Corresponde al número total de médicos generales existentes en la UMF N°28, y se utiliza como población dado que los médicos con especialidad en Medicina familiar duplican a los primeros.

### **7.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **7.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Médicos familiares y generales adscritos a la unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” del Instituto Mexicano del Seguro Social, independientemente que laboren en turno matutino, vespertino o nocturno.
- Médicos familiares que demuestren ser especialistas en Medicina Familiar de acuerdo a Cédula profesional o Título emitido por alguna institución educativa que lo avale.
- Médicos generales que cuenten con el grado de Médico Cirujano, Médico Cirujano y Partero o su equivalente, de acuerdo a Cédula profesional o Título emitido por alguna institución educativa que lo avale.
- Médicos que acepten participar mediante la firma de la carta de consentimiento informado.
- Pacientes a cargo de los médicos seleccionados para participar en el estudio, que sepan leer y escribir y que acepten participar en la encuesta

#### **7.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Médicos suplentes, en período vacacional o con licencia durante el período de muestreo.
- Que cuenten con diagnóstico conocido de enfermedad psicológica o psiquiátrica y/o bajo tratamiento antidepresivo, ansiolítico
- Médicos con alguna enfermedad crónico-degenerativa diagnosticada al momento del muestreo.
- Instrumentos de medición incompletos, ilegibles o con llenado alterado.
- Pacientes que se encuentren bajo tratamiento antidepresivo, ansiolítico o para alguna enfermedad neuro-psiquiátrica diagnosticada al momento de la aplicación de la encuesta.

### **7.3.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- No se requieren por ser un estudio transversal.

## **7.4. VARIABLES DE ESTUDIO**

### **7.4.1. VARIABLES DEPENDIENTES**

- Funcionalidad familiar.
- Cohesión familiar.
- Adaptabilidad familiar.

### **7.4.2. VARIABLES INDEPENDIENTES**

- Médico familiar.
- Médico general.
- Desempeño laboral.

## **7.5. DEFINICIÓN DE VARIABLES**

### **7.5.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL**

- Funcionalidad familiar: Capacidad de la familia para cumplir con las tareas de socialización, cuidado, afecto de sus integrantes, así como la adaptabilidad a situaciones de cambio y cohesión entre sus integrantes de acuerdo con la etapa de ciclo vital en que se encuentre y en relación con demandas que recibe de su ambiente.
- Cohesión familiar: Distancia y proximidad que existe entre los miembros de una familia y comprende el lazo emocional que tienen sus miembros entre sí y el grado de autonomía de cada uno de ellos.
- Adaptabilidad familiar: Habilidad del sistema para cambiar su estructura de poder, la dinámica entre los roles y las reglas de las relaciones familiares en respuesta a estresores evolutivos y situacionales.
- Médico Familiar: Profesional capacitado para brindar atención médica primaria; continua, integral, con enfoque de riesgo y analizando las ciencias biológicas, clínicas, sociales y psicológicas del individuo y su familia.

- Médico General: Profesional capacitado en mantener y recuperar la salud humana mediante el estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión del paciente y que carece de adiestramiento especializado en cualquier rama de la medicina.
- Desempeño Laboral: Nivel de eficacia y eficiencia que alcanza el empleado en el cumplimiento de sus labores.

## 7.5.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL

VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	VALOR ASIGNADO
<b>Funcionalidad familiar</b>	Cualitativa ordinal	<b>APGAR Familiar</b>	<p>18 – 20 Buena función familiar</p> <p>14 – 17 Disfunción familiar leve</p> <p>10 – 13 Disfunción familiar moderada</p> <p>0 – 9 Disfunción familiar severa</p>
<b>Funcionalidad familiar</b>	<b>Cohesión</b> Cualitativa ordinal	<b>FACES III</b>	<p>10 - 34 No relacionada</p> <p>35 – 40 Semirelacionada</p> <p>41- 45 Relacionada</p> <p>46 – 50 Aglutinada</p>
<b>Funcionalidad familiar</b>	<b>Adaptabilidad</b> Cualitativa ordinal		<p>10 – 19 Rígida</p> <p>20 – 24 Estructurada</p> <p>25 – 28 Flexible</p> <p>29 – 50 Caótica</p>
<b>Médico familiar</b>	Cualitativa Nominal		Médico familiar



<b>Médico no familiar</b>	Cualitativa Nominal		Médico no familiar
<b>Desempeño Laboral Percibido</b>	Cualitativa Nominal		Bueno Regular Malo

## 7.6. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

El APGAR familiar fue desarrollado por Smilkenstein (1978) para su uso en personas de distinto nivel socioeconómico y en diversos contextos socioculturales. Es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes de la función familiar y nos habla sobre el grado de satisfacción que perciben los miembros de una familia en el cumplimiento de la función familiar.

Se trata de una escala que puede ser autoadministrada o heteroadministrada a personas mayores de 15 años y que consta de 5 ítems con respuestas tipo Likert de: nunca (0 puntos), casi nunca (1 punto), algunas veces (2 puntos), casi siempre (3 puntos) y siempre (4 puntos). Se obtendrá un puntaje total con punto de corte: 0-9 disfunción familiar severa, 10-13 disfunción familiar moderada, 14-17 disfunción familiar leve y 18-20 normofuncional.

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					

Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como: rabia, tristeza y amor					
Me satisface como compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa y/o el dinero					
<b>PARA SER LLENADO SÓLO POR EL INVESTIGADOR:</b>					
Puntaje total:					

El FACES III, desarrollado por Olson, Portner y Lavee (1985) es un instrumento dirigido a analizar las dos dimensiones iniciales en las que se basa la funcionalidad familiar, cohesión y adaptabilidad, tomando en cuenta que parten de un modelo curvilíneo, lo que implica que ambos extremos de las dimensiones son disfuncionales, siendo los niveles moderados los relacionados con un buen funcionamiento familiar. Es por ello que cada una de las dimensiones está dividida en 4 niveles, explorados en 20 ítems autoadministrados o heteroadministrados, de los cuales, las interrogantes pares pertenecen a la relación con cohesión y las impares a la adaptabilidad con respuestas tipo likert de: (1) nunca, (2) casi nunca, (3) algunas veces, (4) casi siempre y (5) siempre.

Se obtendrá un puntaje total por grupo de dimensión evaluada con los puntos adelante comentados, para obtener una clasificación final de la familia evaluada desde la perspectiva de uno de sus miembros, siendo esta última clasificación la que se empleará en el contraste estadístico de ambos grupos de estudio:

DIMENSIÓN				
	Cohesión		Adaptabilidad	
		<i>Punto de corte</i>		<i>Punto de corte</i>
<b>Nivel</b>	No relacionada	10 – 34	Rígida	10 – 19
	Semirelacionada	35 – 40	Estructurada	20 – 24
	Relacionada	41 – 45	Flexible	25 – 28
	Aglutinada	46 – 50	Caótica	29 – 50

COHESIÓN					
ADAPTABILIDAD		No relacionada	Semirelacionada	Relacionada	Aglutinada
	<b>Caótica</b>	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo
	<b>Flexible</b>	Rango medio	Balanceada	Balanceada	Rango medio
	<b>Estructurada</b>	Rango medio	Balanceada	Balanceada	Rango medio
	<b>Rígida</b>	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo

Debido a que el desempeño será subjetivo y evaluado por el paciente, no se empleará algún instrumento validado para efectos de este trabajo, y sólo se empleará una encuesta donde se califique el desempeño como “Bueno”, “Regular” o “Malo”.

	BUENO	REGULAR	MALO
<b>Usted califica el desempeño de su médico familiar como:</b>			

## **7.7. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se repartirá a los participantes, que cumplan criterios de inclusión, un cuadernillo que incluirá: 1) Consentimiento bajo información que asegurará la confidencialidad, privacidad y anonimato de las respuestas y ofrecerá la posibilidad de no completar la escala en cualquier momento si así lo desearse; 2) Sección para datos sociodemográficos (sexo, edad, estado civil, tiempo de egreso de educación profesional o de especialidad, tiempo de antigüedad, nivel de satisfacción salarial, actividades extrainstitucionales e ingresos económicos mensuales); y, 3) Instrumentos de medición APGAR familiar y FACES III con las instrucciones para su llenado. El cuestionario será anónimo y los participantes invertirán 10 minutos aproximadamente para concluir el cuadernillo.

Posterior a la recolección de datos se realizará un análisis estadístico de los mismos e interpretación subsecuente.

## **7.8. EXPOSICIÓN DE RECURSOS Y COSTOS**

- Humanos. Un residente de segundo año de medicina familiar.
- Materiales. Cuadernillo de trabajo. Lápices del Número 2. Una computadora personal para la captura de datos y análisis estadístico de los mismos. La unidad de medicina familiar número 28 cuenta con los recursos de infraestructura esenciales para la realización de este protocolo de investigación.
- Económicos. El financiamiento de este protocolo correrá a cargo íntegramente por el médico residente investigador. No se cuenta con subsidios o patrocinios de ninguna índole.

## **7.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Para las variables sociodemográficas se utilizará estadística descriptiva con tablas, gráficas y porcentajes; para las cuantitativas, de acuerdo a su distribución, medidas de tendencia central y su correspondiente de dispersión. El análisis inferencial se realizará con coeficiente de correlación de Spearman y Phi, considerando el resultado de las

escalas. Si se establece la correlación se realizará análisis de regresión logística con las variables asociadas, para medir la protección o riesgo. Se considerará como significativo todo valor de  $p < 0.05$ .

## **7.10. ASPECTOS ÉTICOS**

La presente investigación se apegará a las Disposiciones Generales del Reglamento de la Ley General de Salud (1987) en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1983.

De acuerdo al Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13, en esta investigación prevalecerá el criterio al respeto de la dignidad humana y protección de los derechos y el bienestar de las participantes.

Con el fin de cumplir con lo que establece el Artículo 21, Fracción I, IV, VI, se explicará en forma clara y completa de la justificación y objetivos de la investigación, los beneficios que pudiera obtenerse y la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración en cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación de los participantes.

## 8. RESULTADOS

### 8.1 FUNCIONALIDAD FAMILIAR

#### 8.1.1 APGAR

Corresponde	Médicos Generales	Hombres	Mujer	Médicos Familiares	Hombres	Mujeres
Buena Función Familiar	4	1	3	6	2	4
Disfunción Familiar Leve	5	2	3	9	4	5
Disfunción Familiar Moderada	8	5	3	3	2	1
Disfunción Familiar Severa	1	0	1	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>10</b>

Tabla 1

### 8.1.2. FACES III

<b>Corresponde</b>	<b>Médicos Generales</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujer</b>	<b>Médicos Familiares</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujer</b>
Familia No Relacionada	3	3	0	2	2	0
Familia Semi-Relacionada	7	3	4	7	2	5
Familia Relacionada	5	1	4	8	4	4
Familia Aglutinada	3	1	2	1	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>10</b>
<b>Corresponde</b>	<b>Médicos Generales</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujer</b>	<b>Médicos Familiares</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujer</b>
Familia Rígida	3	2	1	1	1	0
Familia Estructurada	4	1	3	9	6	3
Familia Flexible	9	5	4	6	1	5
Familia Caótica	2	0	2	2	0	2
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>10</b>

Tabla 2



## 8.2. DESEMPEÑO LABORAL PERCIBIDO POR PACIENTE MÉDICOS GENERALES

### 8.2.1. APGAR - MÉDICOS GENERALES

PUNTAJE	CORRESPONDE	DESEMPEÑO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
18-20	Buena Función Familiar	ALTO	16	44	60
		REGULAR		20	20
		MALO			
14-17	Disfunción Familiar Leve	ALTO		40	40
		REGULAR	43	17	60
		MALO			
10-13	Disfunción Familiar Moderada	ALTO		20	20
		REGULAR	37	23	60
		MALO	64	16	80
0-9	Disfunción Familiar Severa	ALTO			
		REGULAR			
		MALO		20	20
<b>TOTAL</b>			<b>160</b>	<b>200</b>	<b>360</b>

Tabla 3

## 8.2.2 F A C E S III – MÉDICOS GENERALES

PUNTAJE	CORRESPONDE	DESEMPEÑO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
10-34	Familia No Relacionada	ALTO			
		REGULAR	40		40
		MALO	20		20
35-40	Familia Semi-Relacionada	ALTO		40	40
		REGULAR	40	40	80
		MALO	20		20
41-45	Familia Relacionada	ALTO	16	64	80
		REGULAR		20	20
		MALO			
46-50	Familia Aglutinada	ALTO			
		REGULAR			
		MALO	24	36	60
<b>TOTAL</b>			<b>160</b>	<b>200</b>	<b>360</b>

PUNTAJE	CORRESPONDE	DESEMPEÑO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
10-19	Familia Rígida	ALTO			
		REGULAR			
		MALO	44	16	60
20-24	Familia Estructurada	ALTO	16	24	40
		REGULAR		40	40
		MALO			
25-28	Familia Flexible	ALTO		80	80
		REGULAR	80		80
		MALO	20		20
29-50	Familia Caótica	ALTO			
		REGULAR		20	20
		MALO		20	20
<b>TOTAL</b>		<b>18</b>	<b>160</b>	<b>200</b>	<b>360</b>

Tabla 4

### 8.3. DESEMPEÑO LABORAL PERCIBIDO POR PACIENTE MÉDICOS FAMILIARES

#### 8.3.1. APGAR - MEDICOS FAMILIARES

PUNTAJE	CORRESPONDE	DESEMPEÑO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
18-20	Buena Función Familiar	<b>ALTO</b>	38	82	<b>120</b>
		<b>REGULAR</b>			
		<b>MALO</b>			
14-17	Disfunción Familiar Leve	<b>ALTO</b>	62	58	<b>120</b>
		<b>REGULAR</b>	20	40	<b>60</b>
		<b>MALO</b>			
10-13	Disfunción Familiar Moderada	<b>ALTO</b>			
		<b>REGULAR</b>	20		<b>20</b>
		<b>MALO</b>	20	20	<b>40</b>
0-9	Disfunción Familiar Severa	<b>ALTO</b>			
		<b>REGULAR</b>			
		<b>MALO</b>			
<b>TOTAL</b>			<b>160</b>	<b>200</b>	<b>360</b>

Tabla 5

### 8.3.2 F A C E S III – MÉDICOS FAMILIARES

PUNTAJE	CORRESPONDE	DESEMPEÑO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
10-34	Familia No Relacionada	<b>ALTO</b>			
		<b>REGULAR</b>	20		<b>20</b>
		<b>MALO</b>	20		<b>20</b>
35-40	Familia Semi-Relacionada	<b>ALTO</b>	42	58	<b>100</b>
		<b>REGULAR</b>		40	<b>40</b>
		<b>MALO</b>			
41-45	Familia Relacionada	<b>ALTO</b>	58	82	<b>140</b>
		<b>REGULAR</b>	20		<b>20</b>
		<b>MALO</b>			
46-50	Familia Aglutinada	<b>ALTO</b>			
		<b>REGULAR</b>			
		<b>MALO</b>		20	<b>20</b>
<b>TOTAL</b>			<b>160</b>	<b>200</b>	<b>360</b>

PUNTAJE	CORRESPONDE	DESEMPEÑO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
10-19	Familia Rígida	<b>ALTO</b>			
		<b>REGULAR</b>			
		<b>MALO</b>	20		<b>20</b>
20-24	Familia Estructurada	<b>ALTO</b>	84	56	<b>140</b>
		<b>REGULAR</b>	40	20	<b>60</b>
		<b>MALO</b>			
25-28	Familia Flexible	<b>ALTO</b>	16	84	<b>100</b>
		<b>REGULAR</b>		20	<b>20</b>
		<b>MALO</b>			
29-50	Familia Caótica	<b>ALTO</b>			
		<b>REGULAR</b>			
		<b>MALO</b>		20	<b>20</b>
<b>TOTAL</b>			<b>160</b>	<b>200</b>	<b>360</b>

Tabla 6

#### 8.4. DESEMPEÑO LABORAL PERCIBIDO POR PACIENTE MÉDICOS GENERALES (PORCENTAJE)

##### 8.4.1 APGAR – MÉDICOS GENERALES

	DESEMPEÑO	% HOMBRES	% MUJERES	% TOTAL
Buena Función Familiar	<b>BUENO</b>	10%	22%	<b>16.6%</b>
	<b>REGULAR</b>		10%	<b>5.5%</b>
	<b>MALO</b>			
Disfunción Familiar Leve	<b>BUENO</b>		20%	<b>11.1%</b>
	<b>REGULAR</b>	26.8%	8.5%	<b>16.6%</b>
	<b>MALO</b>			
Disfunción Familiar Moderada	<b>BUENO</b>		10%	<b>5.5%</b>
	<b>REGULAR</b>	23.1%	11.5%	<b>16.6%</b>
	<b>MALO</b>	40%	8%	<b>22.2%</b>
Disfunción Familiar Severa	<b>BUENO</b>			
	<b>REGULAR</b>			
	<b>MALO</b>		10%	<b>5.5%</b>
<b>TOTAL</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tabla 7

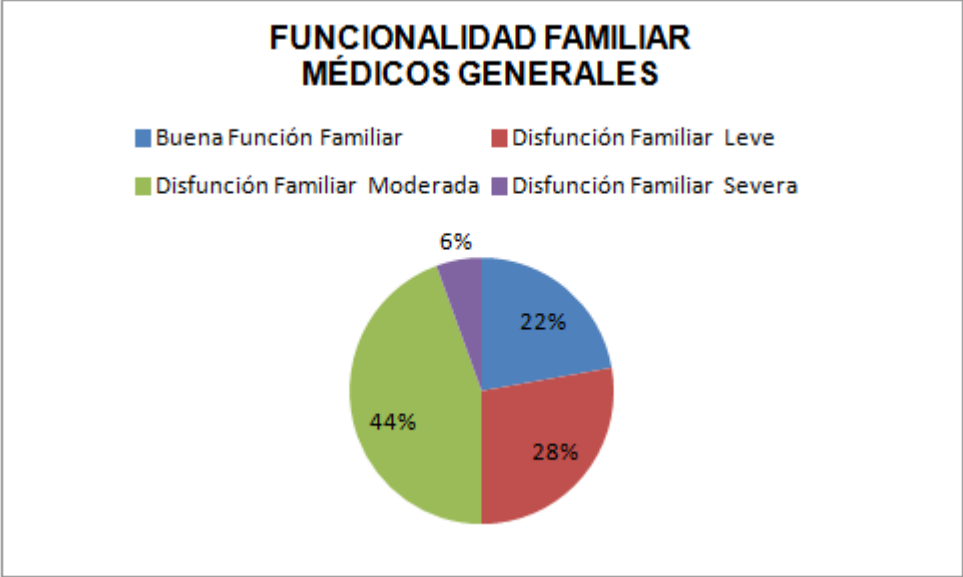


Fig. 1.1

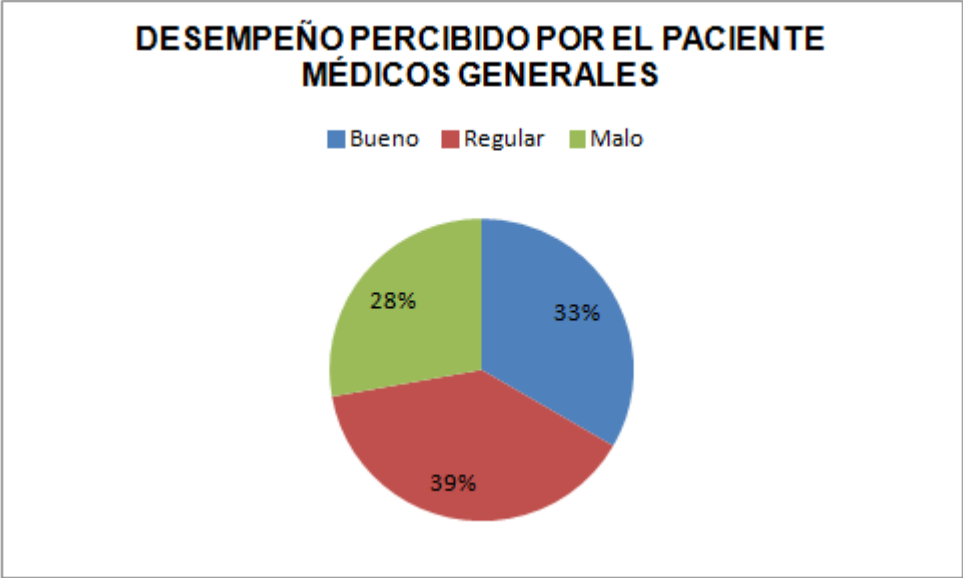


Fig. 1.2

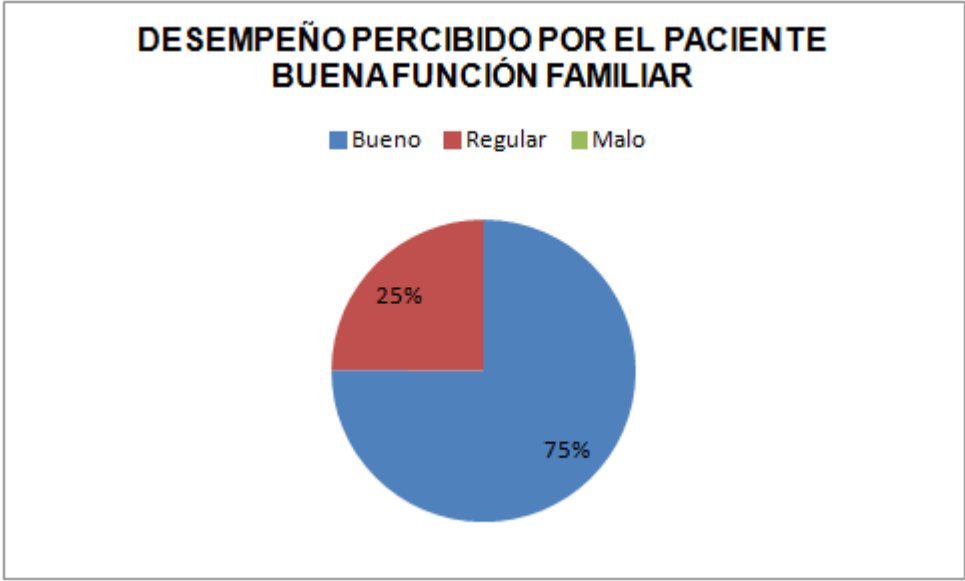


Fig. 1.2.1

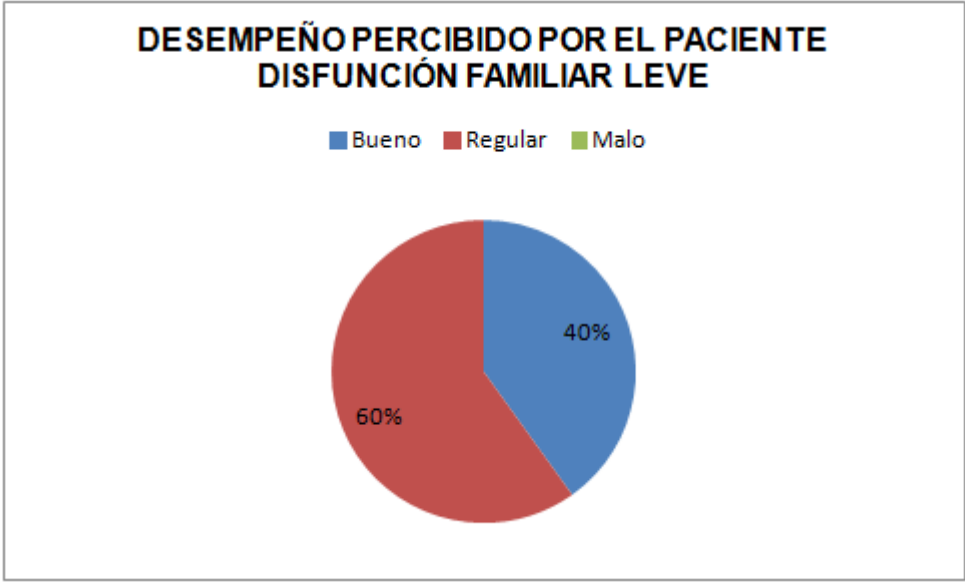


Fig. 1.2.2

**DESEMPEÑO PERCIBIDO POR EL PACIENTE  
DISFUNCIÓN FAMILIAR MODERADA**

■ Bueno ■ Regular ■ Malo

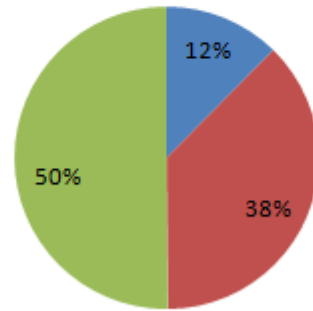


Fig. 1.2.3

**DESEMPEÑO PERCIBIDO POR EL PACIENTE  
DISFUNCIÓN FAMILIAR SEVERA**

■ Bueno ■ Regular ■ Malo

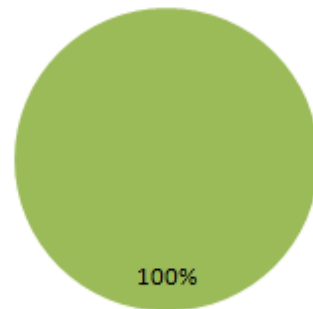


Fig. 1.2.4



### DESEMPEÑO PERCIBIDO POR EL PACIENTE M. GENERALES - HOMBRES

■ Bueno ■ Regular ■ Malo

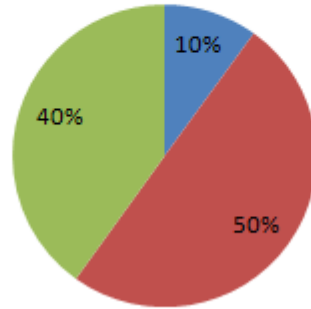


Fig. 1.2.5

### DESEMPEÑO PERCIBIDO POR EL PACIENTE M. GENERALES - MUJERES

■ Bueno ■ Regular ■ Malo

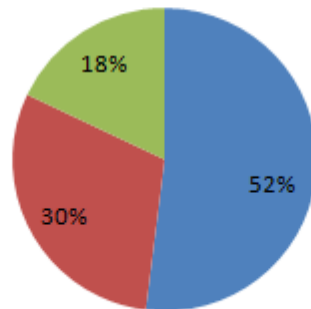


Fig. 1.2.6

#### 8.4. DESEMPEÑO LABORAL PERCIBIDO POR PACIENTE (PORCENTAJE)

##### 8.4.2 APGAR – MÉDICOS FAMILIARES

	DESEMPEÑO	% HOMBRES	% MUJERES	% TOTAL
Buena Función Familiar	<b>BUENO</b>	23.7%	41%	<b>33.3%</b>
	<b>REGULAR</b>			
	<b>MALO</b>			
Disfunción Familiar Leve	<b>BUENO</b>	38.7%	29%	<b>33.3%</b>
	<b>REGULAR</b>	12.5%	20%	<b>16.6%</b>
	<b>MALO</b>			
Disfunción Familiar Moderada	<b>BUENO</b>			
	<b>REGULAR</b>	12.5%		<b>5.5%</b>
	<b>MALO</b>	12.5%	10%	<b>11.1%</b>
Disfunción Familiar Severa	<b>BUENO</b>			
	<b>REGULAR</b>			
	<b>MALO</b>			
<b>TOTAL</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tabla 8

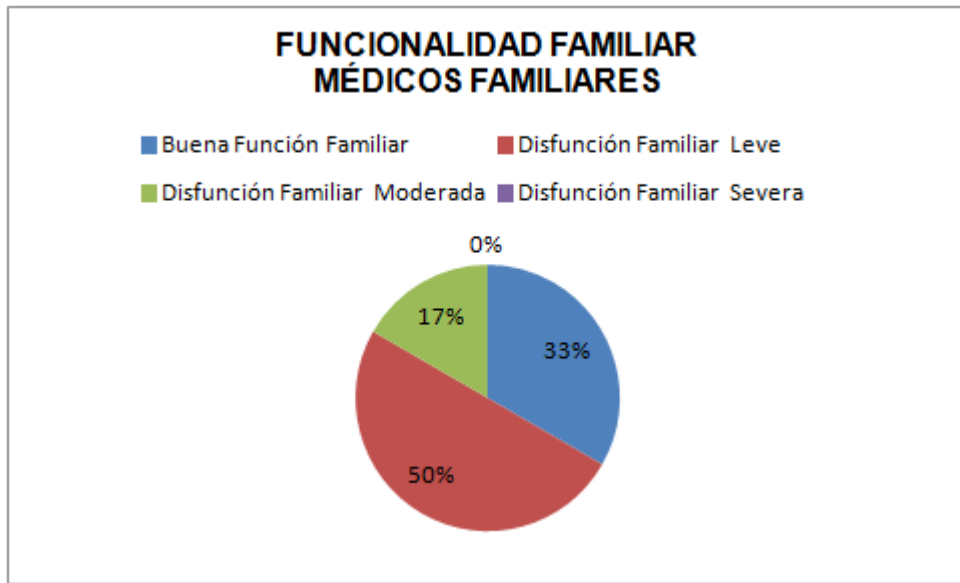


Fig. 2.1

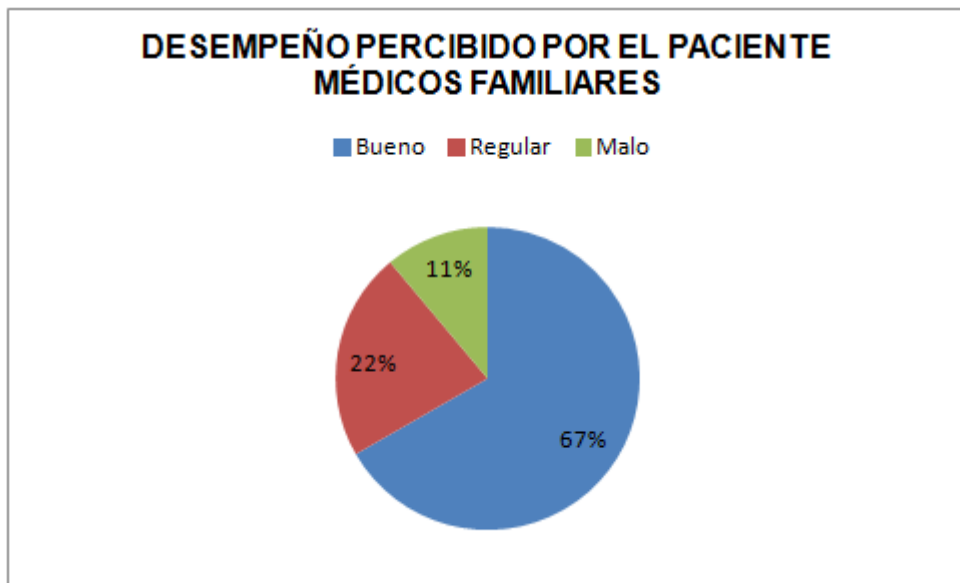


Fig. 2.2



Fig. 2.2.1

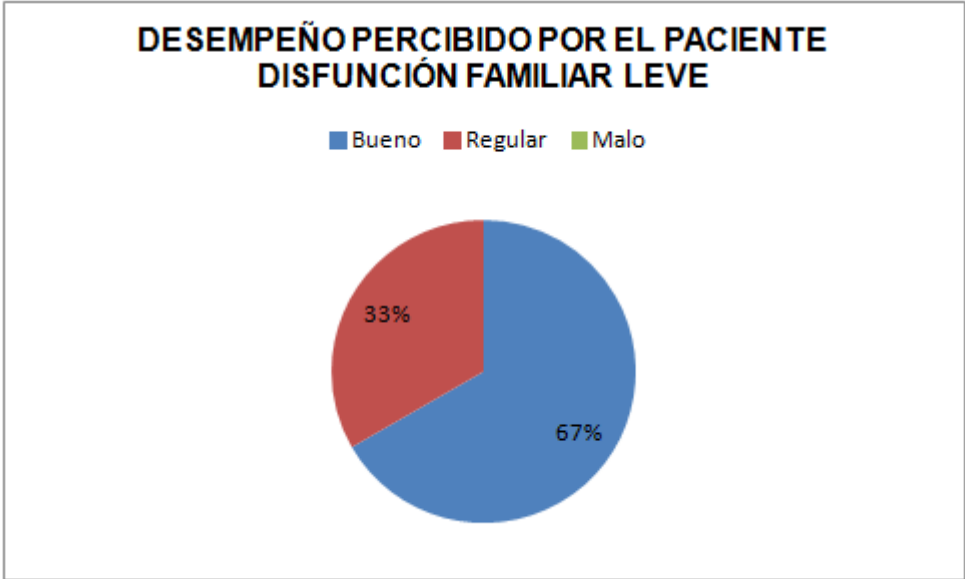


Fig. 2.2.2

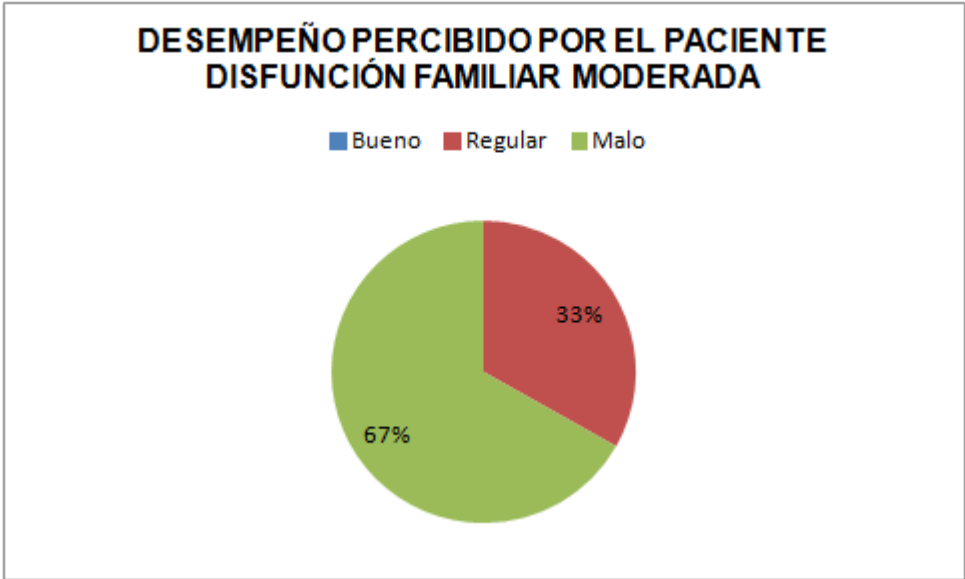


Fig. 2.2.3

**DESEMPEÑO PERCIBIDO POR EL PACIENTE  
M. FAMILIARES - HOMBRES**

■ Bueno ■ Regular ■ Malo

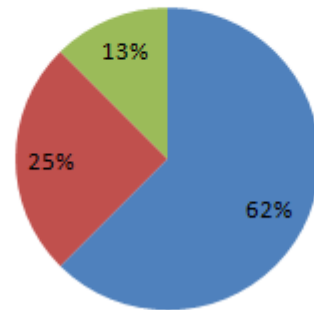


Fig. 2.2.4

**DESEMPEÑO PERCIBIDO POR EL PACIENTE  
M. FAMILIARES - MUJERES**

■ Bueno ■ Regular ■ Malo

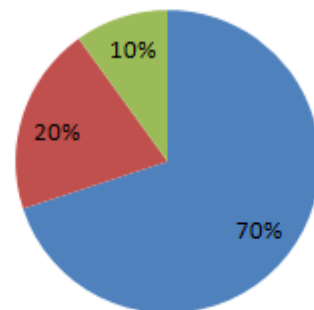


Fig. 2.2.5

## 8.4. DESEMPEÑO LABORAL PERCIBIDO POR PACIENTE (PORCENTAJE)

### 8.4.3 FACES III – MÉDICOS GENERALES

PUNTAJE	CORRESPONDE	DESEMPEÑO	% HOMBRES	% MUJERES	% TOTAL
10-34	Familia No Relacionada	<b>BUENO</b>			
		<b>REGULAR</b>	25%		<b>11.1%</b>
		<b>MALO</b>	12.5%		<b>5.5%</b>
35-40	Familia Semi Relacionada	<b>BUENO</b>		20%	<b>11.1%</b>
		<b>REGULAR</b>	25%	20%	<b>22.2%</b>
		<b>MALO</b>	12.5%		<b>5.5%</b>
41-45	Familia Relacionada	<b>BUENO</b>	10%	32%	<b>22.2%</b>
		<b>REGULAR</b>		10%	<b>5.5%</b>
		<b>MALO</b>			
46-50	Familia Aglutinada	<b>BUENO</b>			
		<b>REGULAR</b>			
		<b>MALO</b>	15%	18%	<b>16.6%</b>
<b>TOTAL</b>			<b>100%</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

PUNTAJE	CORRESPONDE	DESEMPEÑO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
10-19	Familia Rígida	<b>BUENO</b>			
		<b>REGULAR</b>			
		<b>MALO</b>	27.5%	8%	<b>16.6%</b>
20-24	Familia Estructurada	<b>BUENO</b>	10%	12%	<b>11.1%</b>
		<b>REGULAR</b>		20%	<b>11.1%</b>
		<b>MALO</b>			
25-28	Familia Flexible	<b>BUENO</b>		40%	<b>22.2%</b>
		<b>REGULAR</b>	50%		<b>22.2%</b>
		<b>MALO</b>	12.5%		<b>5.5%</b>
29-50	Familia Caótica	<b>BUENO</b>			
		<b>REGULAR</b>		10%	<b>5.5%</b>
		<b>MALO</b>		10%	<b>5.5%</b>
<b>TOTAL</b>			<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tabla 9

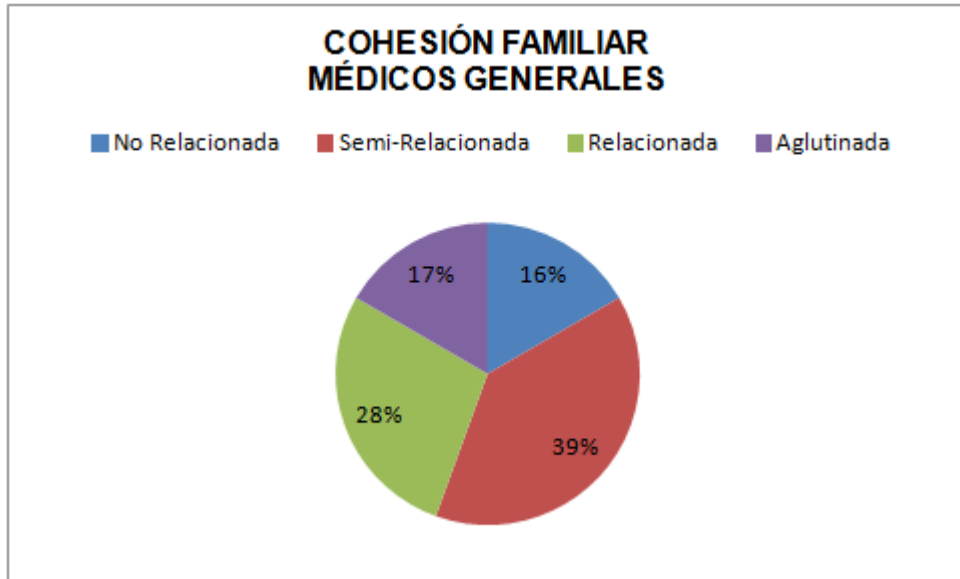


Fig. 3.1

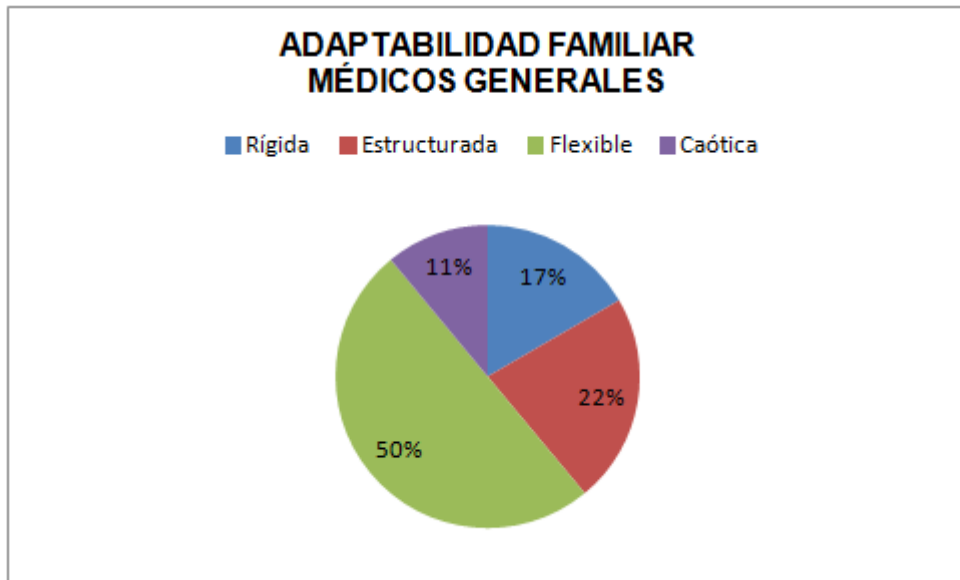


Fig. 3.2



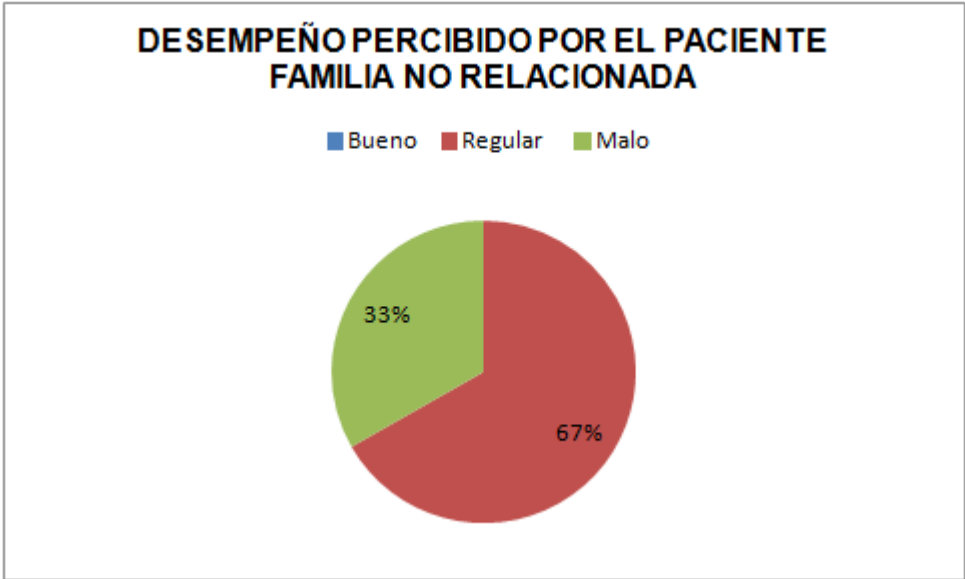


Fig. 3.1.1

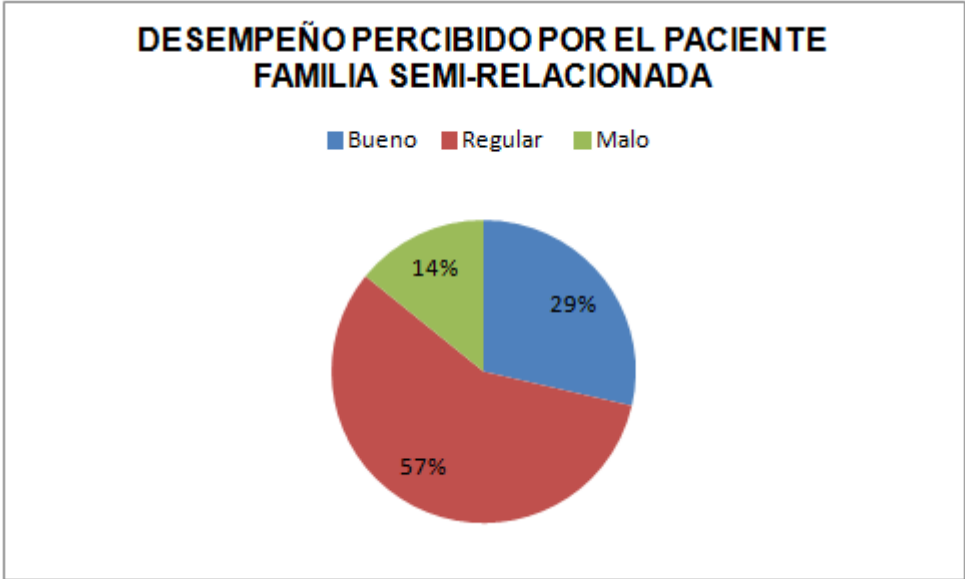


Fig. 3.1.2

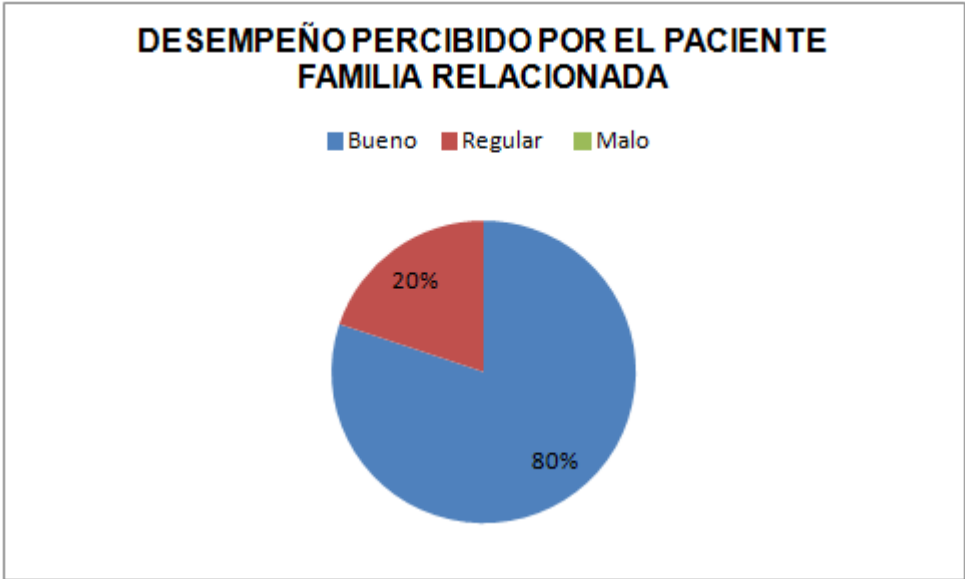


Fig. 3.1.3

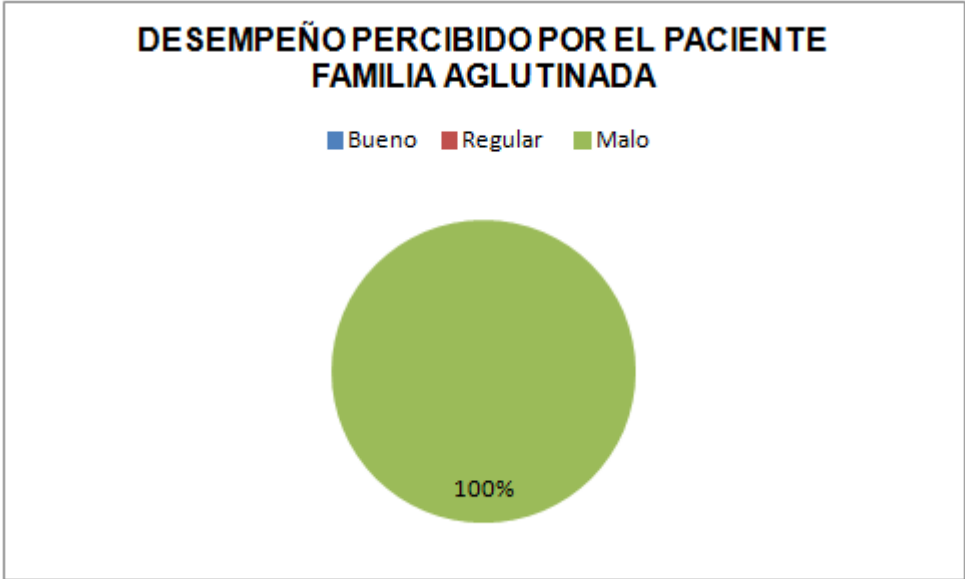


Fig. 3.1.4

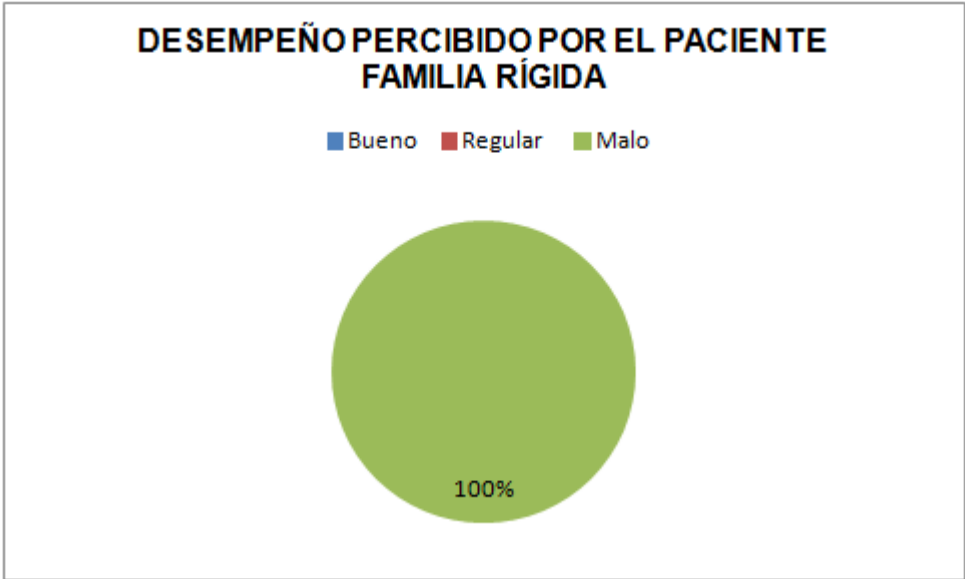


Fig. 3.2.1

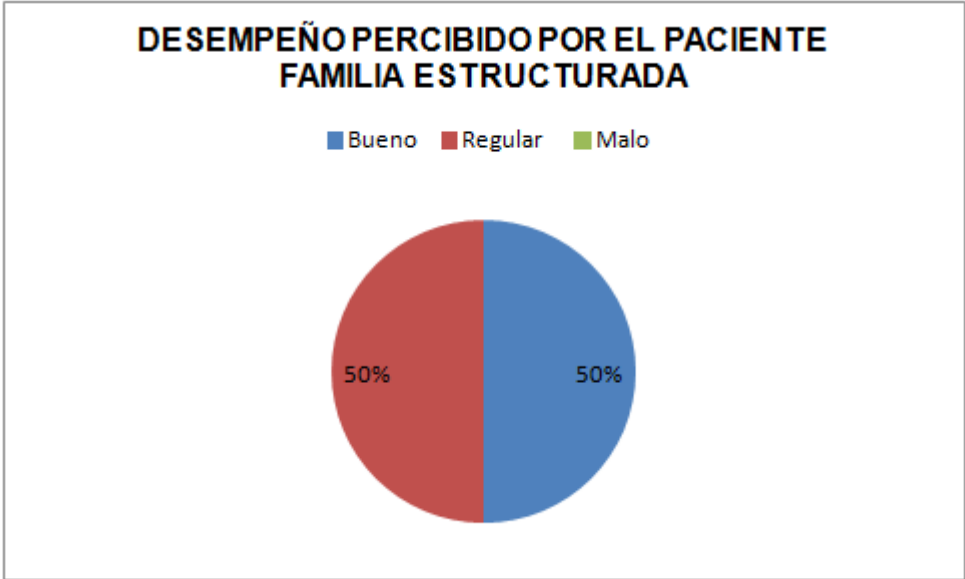


Fig. 3.2.2

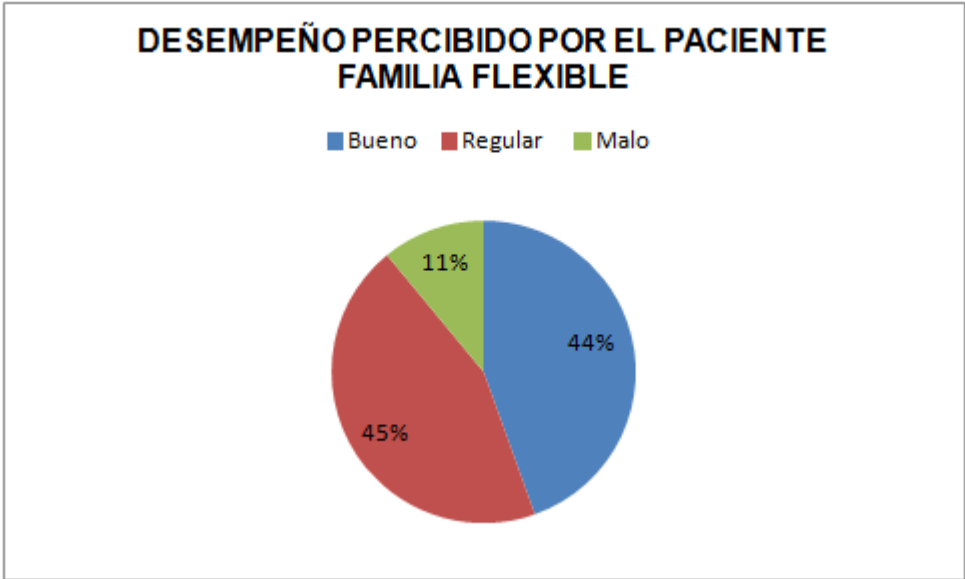


Fig. 3.2.3

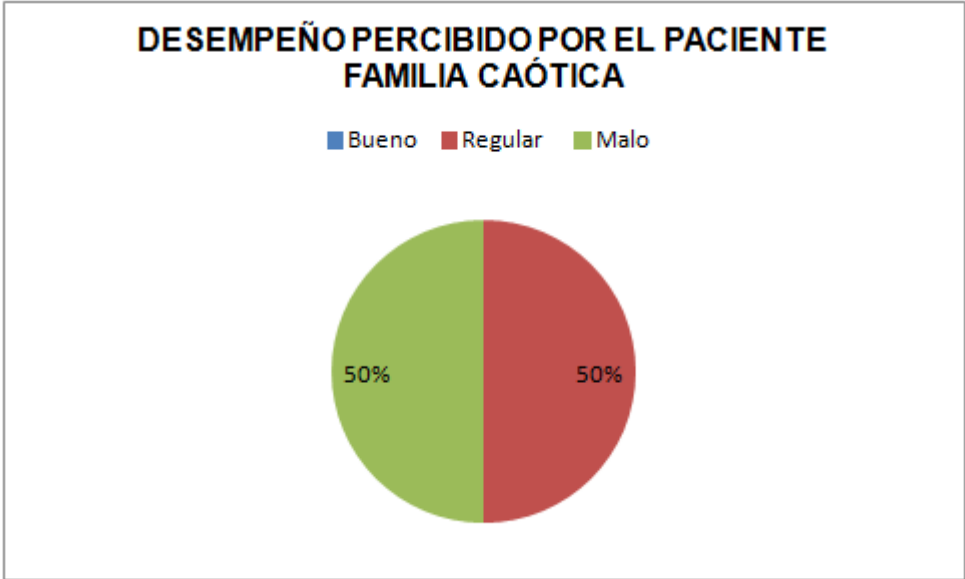


Fig. 3.2.4

#### 8.4.4 FACES III – MÉDICOS FAMILIARES

PUNTAJE	CORRESPONDE	DESEMPEÑO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
10-34	Familia No Relacionada	<b>BUENO</b>			
		<b>REGULAR</b>	12.5%		<b>5.5%</b>
		<b>MALO</b>	12.5%		<b>5.5%</b>
35-40	Familia Semi-Relacionada	<b>BUENO</b>	26.25%	29%	<b>27.7%</b>
		<b>REGULAR</b>		20%	<b>11.1%</b>
		<b>MALO</b>			
41-45	Familia Relacionada	<b>BUENO</b>	36.25%	41%	<b>38.8%</b>
		<b>REGULAR</b>	12.5%		<b>5.5%</b>
		<b>MALO</b>			
46-50	Familia Aglutinada	<b>BUENO</b>			
		<b>REGULAR</b>			
		<b>MALO</b>		10%	<b>5.5%</b>
<b>TOTAL</b>			<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

PUNTAJE	CORRESPONDE	DESEMPEÑO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
10-19	Familia Rígida	<b>BUENO</b>			
		<b>REGULAR</b>			
		<b>MALO</b>	12.5%		<b>5.5%</b>
20-24	Familia Estructurada	<b>BUENO</b>	52.5%	28%	<b>38.8%</b>
		<b>REGULAR</b>	25%	10%	<b>16.6%</b>
		<b>MALO</b>			
25-28	Familia Flexible	<b>BUENO</b>	10%	42%	<b>27.7%</b>
		<b>REGULAR</b>		10%	<b>5.5%</b>
		<b>MALO</b>			
29-50	Familia Caótica	<b>BUENO</b>			
		<b>REGULAR</b>			
		<b>MALO</b>		10%	<b>5.5%</b>
<b>TOTAL</b>			<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tabla 10

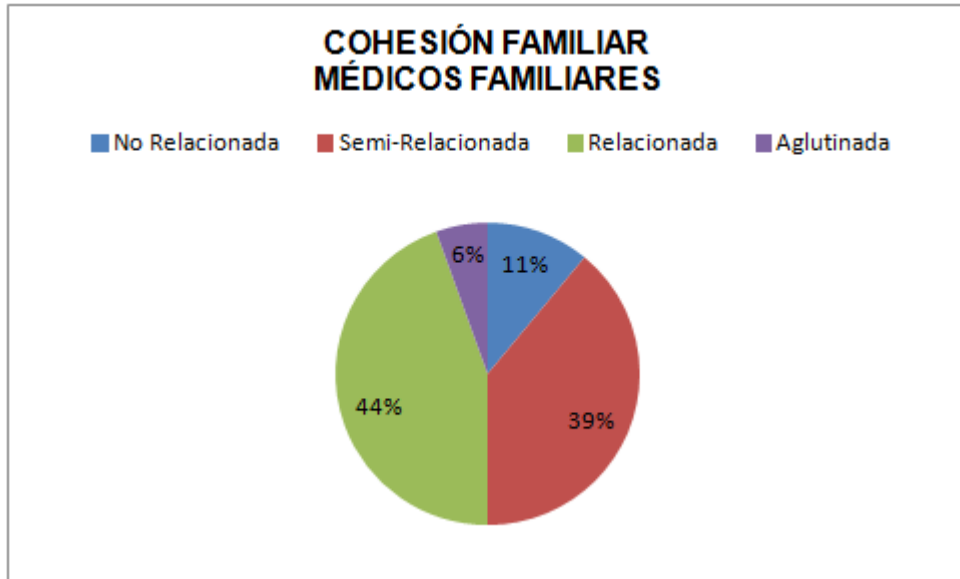


Fig. 4.1

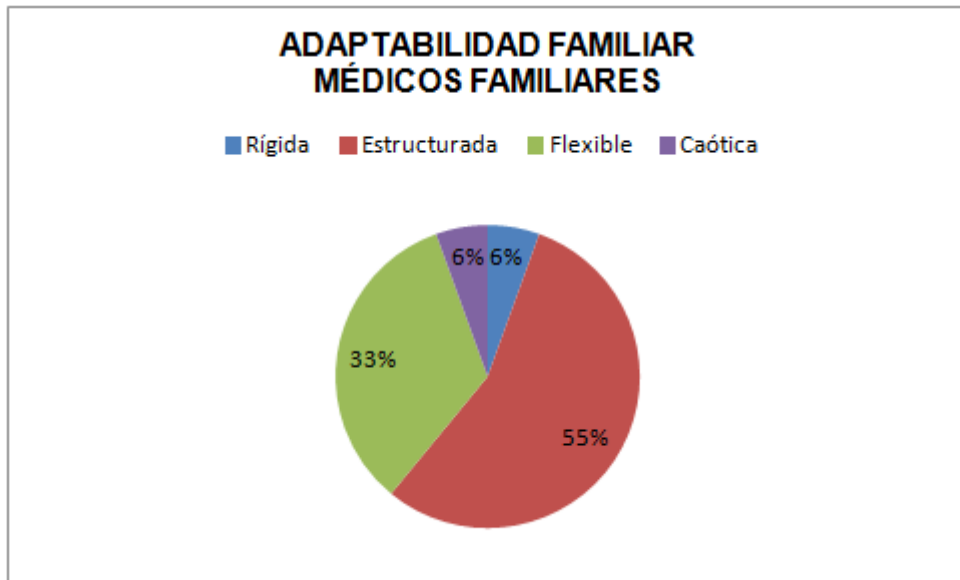


Fig. 4.2

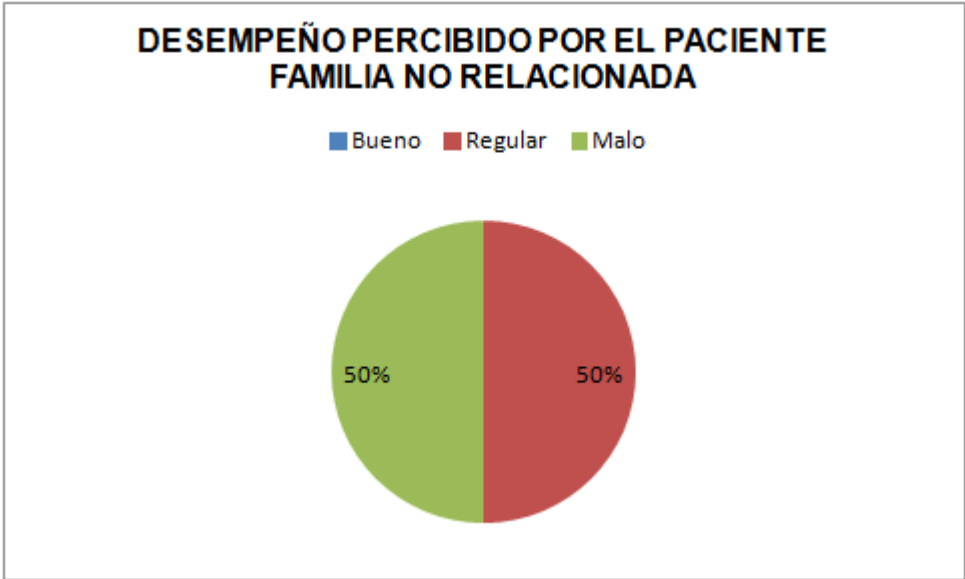


Fig. 4.1.1

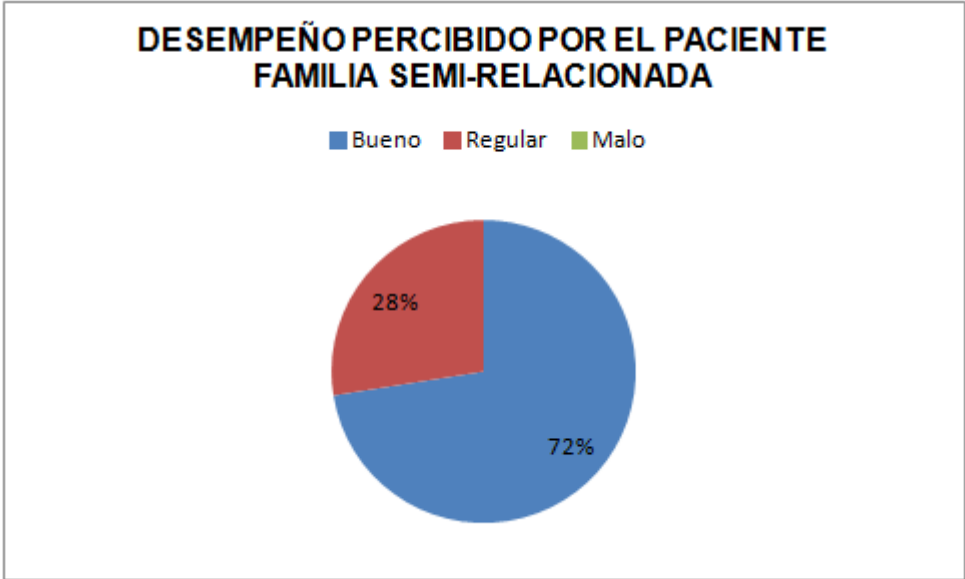


Fig. 4.1.2

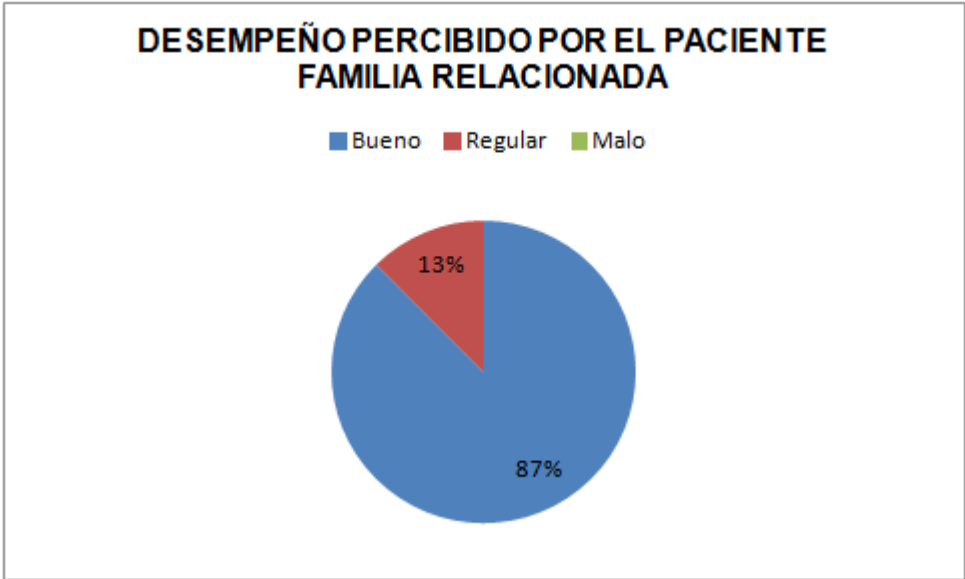


Fig. 4.1.3

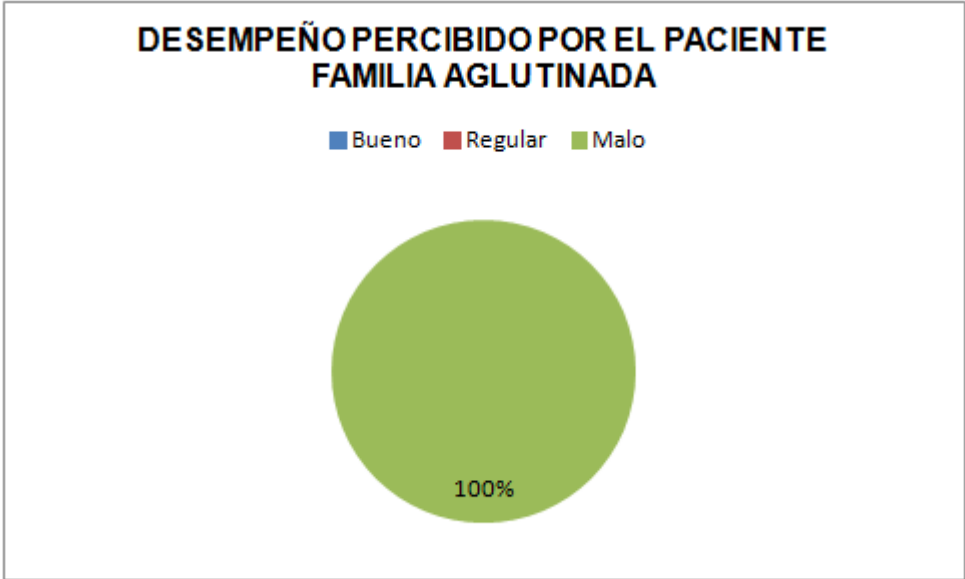


Fig. 4.1.4



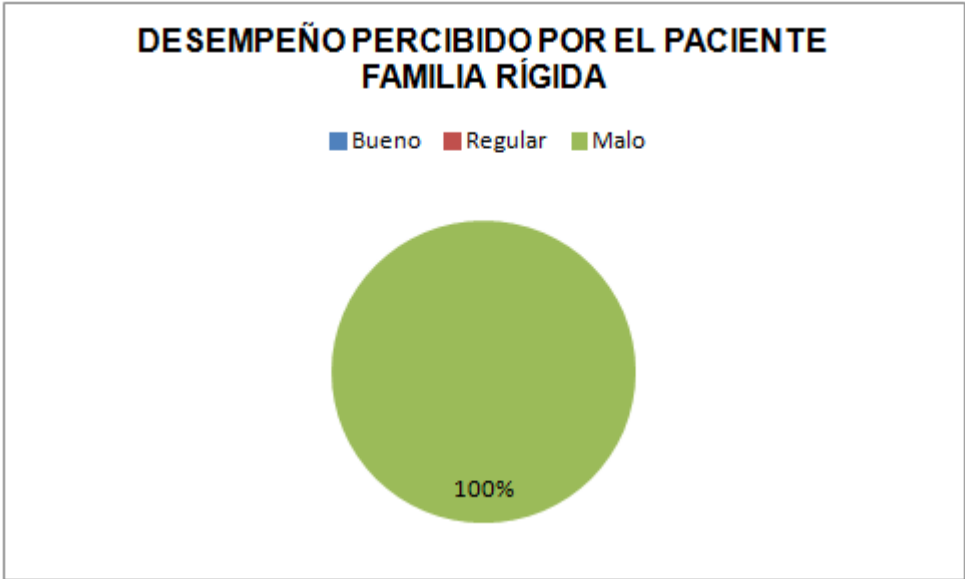


Fig. 4.2.1

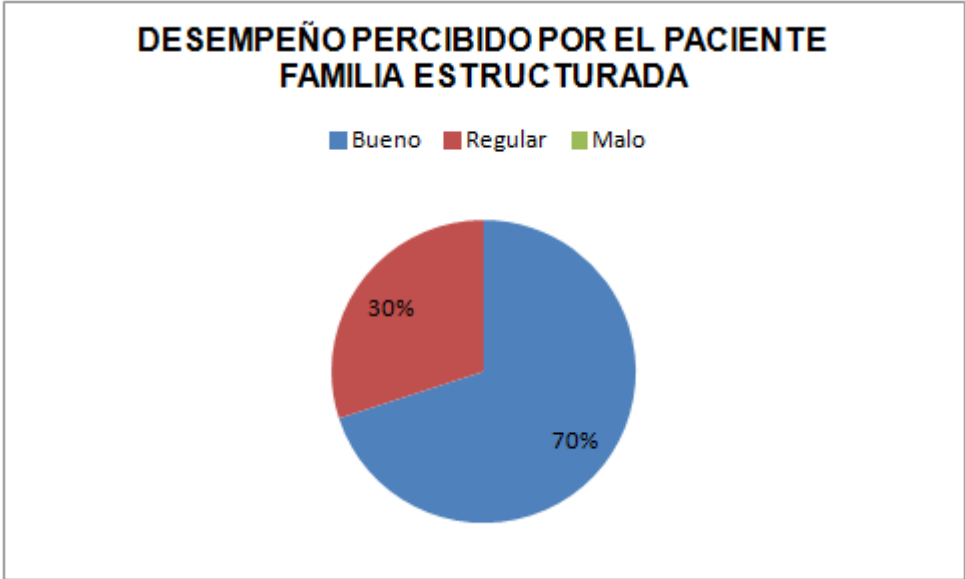


Fig. 4.2.2

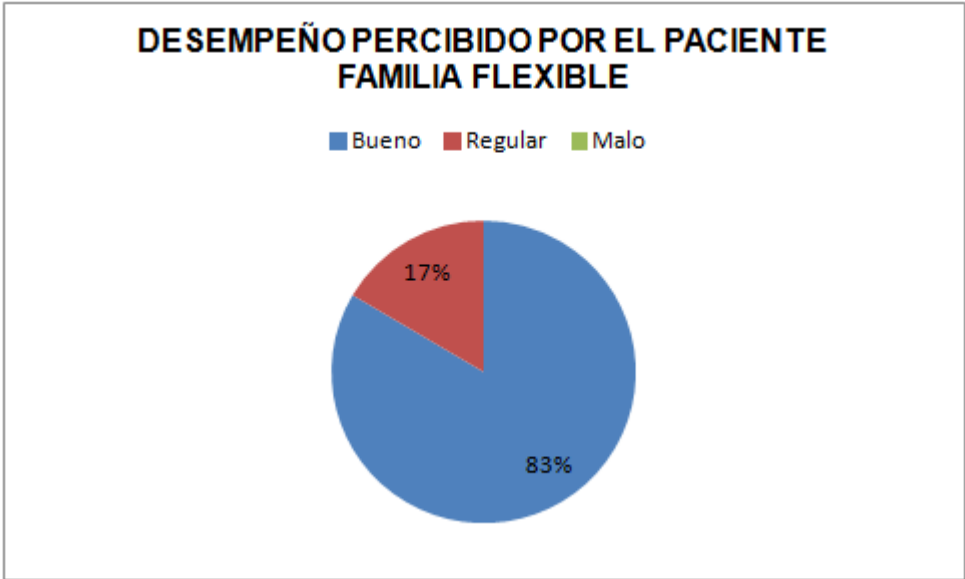


Fig. 4.2.3

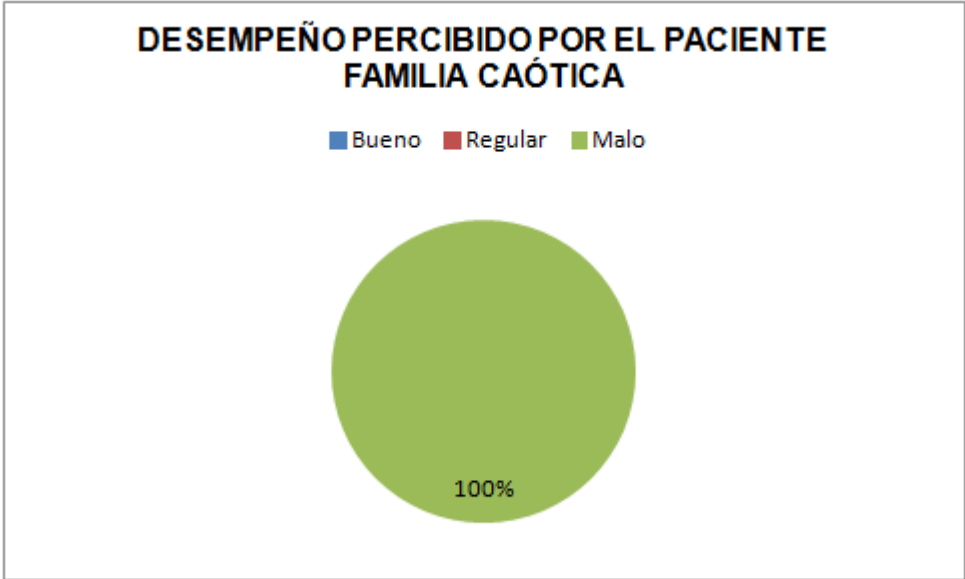


Fig. 4.2.4

## 12. DISCUSIÓN

---

---

El presente protocolo de investigación, arrojó como resultados que el grupo formado por médicos familiares tuvo una mejor función familiar, en comparación a los médicos generales.

Usando el instrumento conocido como APGAR Familiar; el 22% de los médicos generales evaluados resultaron con una Buena Función Familiar, mientras que un porcentaje de 33% correspondió al grupo de médicos familiares.

La media de ambos grupos estudiados fue la categoría correspondiente a Disfunción Familiar Leve. Pero existe un mayor porcentaje para los médicos familiares quienes ocuparon el 50%, contra un 44% de los médicos generales.

Fue en el rango de Disfunción Familiar Moderada donde se invirtieron los valores. Los médicos generales tuvieron un 28%, mientras que los médicos especialistas en familia alcanzaron un 17%. Es aquí donde empezamos a ver diferencias importantes, pues encontramos que el número de médicos generales casi duplica al de médicos familiares con Disfunción Familiar Moderada.

Quizá uno de los resultados principales lo hallamos en la categoría de Disfunción Familiar Severa, pues en este rubro los médicos generales tuvieron un 6% que, si bien es poco, supera evidentemente a la nula representación de elementos del grupo de médicos familiares.

Como ya se mencionó, en el presente estudio se evaluó la función familiar apoyándonos en un instrumento que valorara dos de las características principales de las familias: Cohesión y Adaptabilidad. Los resultados del FACES III muestran que en relación a la Cohesión, los médicos familiares tuvieron un porcentaje del 11% contra un 16% de los médicos generales en la categoría de Familia No Relacionada.

Llama la atención que se registró el mismo porcentaje de médicos generales y familiares con Familias Semi-Relacionadas, ambos grupos con un 39%. Esto es importante pues pertenecer a esta categoría, permite tener una de las características que poseen las familias balanceadas y que hablan de una función familiar saludable; luego entonces podríamos pensar que no hay diferencias notables entre un grupo y otro. Pero cuando valoramos la categoría Familia Relacionada, apreciamos que los médicos familiares superan a los médicos generales con resultados del 44% y 28% respectivamente.

Son estas últimas dos categorías las que indican pertenecer a una familia saludable o balanceada. Ambos grupos se distribuyen de forma indistinta en Familia Semi-Relacionada, pero es notable la diferencia en la categoría de Familia Relacionada, siendo los médicos familiares quienes resultan mejor evaluados.

Por último, la cohesión extrema forma Familias Aglutinadas, y podemos observar que hay más médicos generales que viven en este tipo de familias.

Ahora bien, la segunda cualidad que evalúa el FACES III, es la Adaptabilidad. Los resultados muestran que los médicos generales tienen más Familias Rígidas que los médicos familiares. Y en específico, este resultado llama mucho la atención, pues los médicos generales prácticamente triplican en porcentaje a los médicos familiares,

con un 17% y 6% respectivamente. Aquí es notable que la mayoría de los hogares “rígidos” son médicos de sexo masculino los evaluados.

En la segunda categoría de la Adaptabilidad, los médicos familiares superan a los generales con un 55%, contra un 22% respectivamente. Mientras eso sucede con las Familias Estructuradas, en el tercer rubro, las Familias Flexibles son mayores en el grupo de médicos generales con un 50%, mientras que los médicos familiares aportan un 33% de su grupo. Y esto nuevamente apreciamos que tiene cierta influencia con el sexo del médico evaluado, pues los hogares “flexibles” predominantemente tienen médicas mujeres en ellos.

Nuevamente son los médicos generales los peor evaluados en la última categoría, duplican prácticamente a los médicos familiares viviendo en Familias Caóticas caracterizadas por tener límites difusos y no tener suficientes recursos para adaptarse y resolver crisis familiares.

Al cruzar los resultados de la función familiar con el desempeño laboral de los médicos que participaron en este protocolo, podemos encontrar que en términos generales los pacientes perciben un mejor desempeño laboral por parte de los médicos familiares.

De forma global los médicos generales fueron evaluados por sus pacientes con un Buen Desempeño en el 33%, Regular Desempeño 39% y Mal Desempeño 28%.

Mientras tanto los médicos familiares fueron calificados de la siguiente manera: Buen Desempeño 67%, Desempeño Regular 22% y Desempeño Malo 11%.

Apoyados en el APGAR Familiar, los médicos generales con Buena Función Familiar, fueron evaluados con un Buen Desempeño 75%, Regular 25% y ninguno con Mal Desempeño. Mientras tanto, todos los médicos familiares con Buena Función Familiar obtuvieron todos, una calificación de Buen Desempeño.

En relación a la Disfunción Familiar Leve, los médicos generales tuvieron calificaciones de Buen Desempeño 75% y Regular 25%. El grupo de médicos familiares resultó con Buen Desempeño 67% y Desempeño Regular 33%. En ningún grupo hubo representación de un Mal Desempeño.

Al hablar de Disfunción Familiar Moderada, los médicos generales tuvieron un Buen Desempeño en el 12%, Regular 38% y Malo 50%. Los médicos familiares tuvieron calificaciones sólo de Regular y Mal Desempeño en un 33% y 67% respectivamente.

Y en el extremo de la disfunción, la Disfunción Familiar Severa todos los médicos generales presentaron un Mal Desempeño, mientras que no hubo representantes del grupo de Médicos Familiares con Disfunción Familiar Severa.

Tomando en cuenta la aplicación del FACES III, se obtuvieron calificaciones en el Desempeño Laboral percibido por el paciente como sigue:

En relación a la Cohesión, los médicos generales de Familias No Relacionadas tuvieron un Buen Desempeño nulo, Regular Desempeño 67% y Mal Desempeño 33%. Los médicos familiares con este mismo grado de cohesión tuvieron un Regular Desempeño y Mal Desempeño por igual, ambos con el 50%.

Los médicos generales con Familias Semi-Relacionadas tuvieron un Buen Desempeño en el 29% de los casos, Regular en 57% y Malo en el 14%. A su vez los médicos familiares con este mismo tipo de familias tuvieron calificaciones de Desempeño Bueno 72%, Desempeño Regular 28% y Desempeño Malo 0%.

Al evaluar a los médicos con Familias Relacionadas, los médicos generales obtuvieron puntajes de Buen Desempeño 80%, Regular 20% y no tuvieron calificaciones negativas; lo mismo con los médicos familiares, ninguno con Mal Desempeño, Regular 13% y Bueno 87%.

Por último, tanto los médicos generales como familiares con Familias Aglutinadas solo obtuvieron calificaciones negativas con un 100% de Mal Desempeño.

En relación a la otra cualidad valorada por el FACES III, la Adaptabilidad, los médicos generales y familiares con Familias Rígidas compartieron un 100% de Mal Desempeño percibido por sus pacientes.

Al hablar de médicos con Familias Estructuradas, los especialistas en Familia fueron calificados con un Buen Desempeño 70% y Regular Desempeño 30%. Los médicos generales obtuvieron puntajes idénticos entre sí con un Buen Desempeño y Regular Desempeño del 50% en ese sub-grupo.

Los médicos generales con Familias Flexibles recibieron calificaciones de Buen Desempeño en un 44%, Desempeño Regular 45% y Desempeño Malo 11% de esta categoría. Así mismo los médicos familiares recibieron calificaciones de Buen Desempeño 83%, Desempeño Regular 17% y un porcentaje nulo para el Mal Desempeño.

No hubo calificaciones favorables para los médicos familiares de Familias Caóticas, tuvieron un 100% de Desempeño Malo. Para los médicos generales la distribución fue de Regular Desempeño 50% y Malo también 50%.

Al traducir todas estas cifras a ejemplos prácticos y útiles para la institución en la que fue realizado este estudio, podemos de forma simplista que los médicos familiares tienen mejores y más elementos para considerar que viven dentro de una familia sana, en comparación con los médicos generales.

Así mismo, los médicos que son miembros de familias más funcionales, fueron quienes tuvieron mejores evaluaciones en relación a su desempeño. Y a la inversa, quienes forman parte de familias menos sanas o disfuncionales, son quienes tienen un desempeño laboral percibido por el paciente por debajo de lo esperado.

En un sistema de salud público que muchas veces es rebasado por la demanda del paciente, como lo es el nuestro, resulta de vital importancia conocer elementos que favorezcan la buena atención al paciente; no sólo para mejorar la imagen pública de las instituciones, sino para fortalecer la relación médico-paciente y a su vez mejorar la calidad de la atención médica, previniendo así la aparición de enfermedades en población susceptible y retrasar la historia natural de la enfermedad de patologías ya establecidas, principalmente enfermedades crónicas.

Si bien es cierto que la población y muestra de este protocolo es muy limitada, y que se deben tomar en cuenta muchos factores socio-demográficos, personales, culturales e intelectuales de la díada médico-paciente. Este protocolo de investigación, de forma somera, nos confirma la importancia de la salud familiar ya no sólo para el restablecimiento integral del paciente, sino para una mejor atención en el médico a cargo de atender al menos el 80% de los padecimientos de nuestra población: el médico de primer contacto.

### 13. CONCLUSIONES

---

---

- Existen diferencias entre el nivel de Funcionalidad Familiar entre los médicos generales y los médicos especialistas en familia adscritos al servicio de consulta externa de la UMF No. 28 “Gabriel Mancera”.
- Los médicos especialistas en Familia que participaron en este protocolo de investigación, presentaron mejor funcionalidad familiar en comparación con los médicos generales, empleando los instrumentos APGAR Familiar y FACES III.
- Los médicos (familiares o generales) quienes viven en familias funcionales, sanas o balanceadas, de forma global tienen un mejor desempeño laboral percibido por el paciente que aquellos médicos quienes forman parte de familias disfuncionales.
- Se requieren más investigaciones para fundamentar de forma sólida y contundente que los médicos especialistas en Familia adquieren, en su formación, cualidades y aptitudes que les permiten tener una mejor funcionalidad familiar en sus hogares.
- De igual forma se requieren más investigaciones para demostrar que una mejor función familiar en el personal de salud, favorece una mejor atención al paciente que acude a éste.

## 14. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	FECHA															
	Ene 2013	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Ene	Feb	Mar	Abr 2014	
Elección del tema de investigación Carátula Título del proyecto	X															
Marco teórico Bibliografía		X	X													
Planteamiento del problema Justificación				X												
Instrumentos de medición					X											
Objetivos Hipótesis						X										
Tipo de estudio, población, lugar y tiempo Diseño de investigación							X	X								
Muestra: Criterios de selección									X	X						
Variables: Definición conceptual y operacional Elección estadística										X	X					
Consideraciones éticas y anexos											X	X				
Registro de protocolo												X				
Recolección de datos													X	X	X	
Análisis de resultados Conclusiones															X	



## 15. REFERENCIAS

---

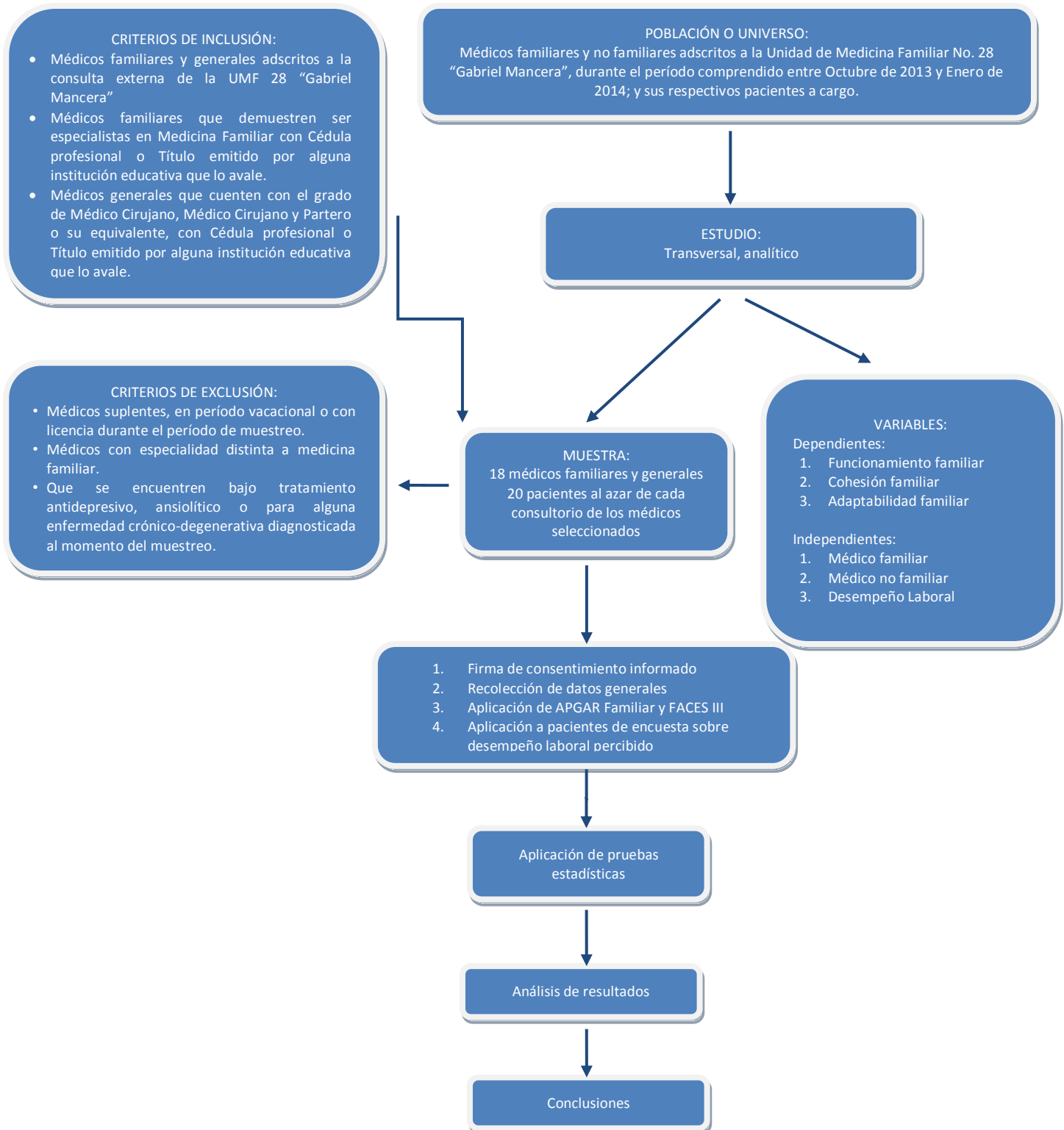
---

1. Torres L, Rodríguez N. Rendimiento académico y contexto familiar en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología* 2006; 11 (2): 255-270.
2. Martínez A, Sanz M, Cosgaya L. El papel de las relaciones familiares en el rendimiento académico y bienestar psicológico de los adolescentes. *Psicoteca* 2006. Disponible en: <http://psicoteca.blogspot.com>. Fecha de revisión: "X".
3. Riquelme, O.; Rojas, H. y Jiménez, F. Equilibrio trabajo-familia, apoyo familiar, autoeficacia parental y funcionamiento familiar percibidos por funcionarios públicos de Chile. Trabajo que forma parte del programa de investigación "Calidad de Vida y Ambientes Saludables" (DPI, Universidad de Talca, 2007).
4. López J, Barrera V, Cortés S, Metz G, Jaime L. Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. *Salud Mental* 2011; 34: 111-120.
5. Gómez, C. y Pnce, R. A New Proposal of an Intepretation Scale for Family APGAR (spanish version). *Aten Fam* 2010;17(4):102-106.
6. Mendoza, S. *et al.* Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. *Archivos en Medicina Familiar* 2006;8(127-32).
7. Rodríguez, M.; Peña, J. y Torío, S. Corresponsabilidad familiar: negociación e intercambio en la división del trabajo doméstico. *Revista de sociología* 2010;95(1):95-117.
8. Debeljuh, P. y Jáuregui, K. Trabajo y Familia. Hacia una cultura familiar amigable en el contexto latinoamericano. *Esan-cuadernos de difusión* 2004;16:91-102. Recuperado de <http://www.esan.edu.pe/paginas/pdf/jauregui.pdf>. Fecha de revisión: "X".
9. Ardila, S. El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica. Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2009; 38(1):114-125.
10. Pons, A. y Flores, M. Abordaje integral de la salud familiar. En: Anzures, C.; Chávez, A.; García, P. y Pons, A. *Medicina Familiar*. Corinter México 2008:145-171.
11. Gómez, C. y Ponce, R. Propuesta metodológica para el análisis de instrumentos en sociomedicina. Departamento de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM 2010.
12. Anónimo. Family APGAR. Disponible en: <http://www.iprc.unc.edu/longscan/pages/measures/Baseline/Family%20apgar.pdf>. 2010. Fecha de revisión: "X".
13. González, C.; Mejía, M.; Angulo, L. y Dávila, M. Funcionalidad familiar, estrato socioeconómico y red de apoyo social de los residentes de postgrado de la

- facultad de medicina de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.  
Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes 2003;12(1-4).
14. Sandoval, M.; Reducindo, V. e Islas, García. Funcionamiento familiar y empatía en los médicos residentes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2011;16(4):221-228.
  15. Monroy, C. e Irigoyen, C. La formación de médicos familiares en el I.S.S.S.T.E., México: 25 años de evolución. *Arch Med Fam* 2005;7:31-34.
  16. León, A.; Rodríguez, C.; Ferrel, F. y Ceballos, G. Asertividad y autoestima en estudiantes de primer semestre de la Facultad de Ciencias de la Salud de una universidad pública de la ciudad de Santa Marta (Colombia). *Psicología desde el Caribe* 2009;24:91-105.
  17. Hojat, M.; Mangione, S.; Nasca, T.; Gonnella, J. y Magee, M. Empathy scores in medical school and ratings of empathic behavior in residency training 3 years later. *J Soc Psychol* 2005;145:663-672.
  18. Martínez, A. Funcionalidad familiar asociada al estado civil. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana* 2008; 8(1).
  19. Medellín, F.; Rivera, H.; López, P.; Kanán, C. y Rodríguez, O. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud Mental* 2012;35:147-154.
  20. Palomino, Y. y Suárez, M. Instrumentos de atención a la familia: El Familiograma y el APGAR familiar. *Rampa* 2006;1(1):48-57.
  21. Martínez, A.; Iraurgi, L.; Gladíndez, E. y Sanz, M. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): Desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *J Clinical Health Psychology* 2005;6(2):317-338.

## 16.ANEXOS

### ANEXO 1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN



## ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN 3 SUROESTE  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28  
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo:

---

reconozco que me han proporcionado información amplia y precisa sobre el estudio de investigación titulado: **DIFERENCIAS EN EL NIVEL DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU INFLUENCIA SOBRE EL DESEMPEÑO LABORAL ENTRE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA DE FAMILIA Y MÉDICOS GENERALES ADSCRITOS AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 “GABRIEL MANCERA”** que entiendo y declaro lo siguiente:

1. Que se me informó antes de contestar el cuadernillo de medición que me proporcionaron, que estaba realizando un estudio a los médicos especialistas en familia y médicos generales adscritos a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”, que se me aplicarán dos instrumentos de evaluación de funcionalidad familiar y proporcionaré datos acerca de mi edad y estado civil; y,
2. Que la información que se obtenga de mis cuestionarios será utilizada siempre con fines académicos y de manera confidencial salvaguardando mi identidad

Por lo anterior, es mi decisión libre, consciente e informada, contestar el cuadernillo de medición y que los resultados de la investigación puedan ser publicados en revistas de divulgación científica.

Firmo ese **CONSENTIMIENTO** por mi libre voluntad, en presencia de un testigo y sin haber estado sujeto (a) a ningún tipo de presión o coerción.

**Lugar**

**y**

**fecha:**

**Aceptante:**

---

Nombre y firma

Matricula

**Testigo:**

**Médico que tomó el consentimiento**

---

Nombre y firma

Dr. Nazario Uriel Arellano Romero Residente de Medicina Familiar.  
bjuriel@hotmail.com

### ANEXO 3. CUADERNILLO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN 3 SUROESTE  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28**

**INSTRUCCIONES.** Contestar brevemente cada uno de los puntos, en caso necesario, escoja la respuesta que más se asemeje a su situación actual y/o especifique respuesta de ser necesario.

Número de consultorio:

---

---

Turno donde se desempeña:

---

Edad:

---

Sexo:

---

Estado civil:

---

### FACES III

**INSTRUCCIONES.** Familia la definiremos como el(los) individuo(s) con quien(es) usted usualmente vive. Si usted vive sólo, su familia consiste en la(s) persona(s) con quien(es) usted tiene ahora el lazo emocional más fuerte. Marque con una cruz sólo una opción de respuesta, la que más se parezca a sus sentimientos acerca de cada uno de los enunciados citados a continuación

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si					
En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolverlos problemas					
Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
Los hijos pueden opinar en cuanto a la disciplina					
Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos					
Cualquier miembro de la familia puede tomar autoridad					
Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con personas ajenas a nuestra familia					
Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas					
Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación a los castigos					
Nos sentimos muy unidos					
En nuestra familia los hijos toman las decisiones					
Cuando se toma una decisión importante , toda la familia esta presente					
En nuestra familia las reglas cambian					

Con facilidad podemos planear actividades en familia					
Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
Consultamos unos con otros para tomar decisiones					
En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad					
La unión familiar es muy importante					
Es difícil decir quien hace las labores del hogar					
<b>PARA SER LLENADO SÓLO POR EL INVESTIGADOR:</b>					
Puntaje total para cohesión:					
Puntaje total para adaptabilidad:					



## APGAR FAMILIAR

**INSTRUCCIONES.** Familia la definiremos como el(los) individuo(s) con quien(es) usted usualmente vive. Si usted vive sólo, su familia consiste en la(s) persona(s) con quien(es) usted tiene ahora el lazo emocional más fuerte. Marque con una cruz sólo una opción de respuesta, la que más se parezca a sus sentimientos acerca de cada uno de los enunciados citados a continuación

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como: rabia, tristeza y amor					
Me satisface como compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa y/o el dinero					
<b>PARA SER LLENADO SÓLO POR EL INVESTIGADOR:</b>					
Puntaje total:					

## ANEXO 4. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA EL PACIENTE



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN 3 SUROESTE  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28**

La presente encuesta tiene como objetivo evaluar el desempeño laboral de los médicos adscritos a la Consulta Externa de esta Unidad de Medicina Familiar.

**INSTRUCCIONES.** Llene de forma clara los rubros correspondientes indicando el número de consultorio en el que recibe atención médica y el turno asignado. Marque con una cruz **sólo una opción de respuesta**, la que más se parezca a su percepción y sentimientos acerca del enunciado citado.

Número de Consultorio: \_\_\_\_\_

Turno: \_\_\_\_\_

	BUENO	REGULAR	MALO
<b>Usted califica el desempeño de su médico familiar como:</b>			

Gracias por su participación.