



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 24
"DR. JESÚS FÉLIX OYERVIDES PINALES"
NUEVA ROSITA, COAHUILA

RELACIÓN MEDICO PACIENTE EN LA ELABORACIÓN
DEL FAMILIOGRAMA

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. REYNALDO RÍOS VALDEZ

NUEVA ROSITA, COAHUILA

Agosto del 2005



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.



RELACIÓN MEDICO PACIENTE EN LA ELABORACIÓN
DEL FAMILIOGRAMA

PRESENTA:

DR. REYNALDO RIOS VALDEZ

AUTORIZACIONES:

DRA. MARICELA ESCOBEDO SUQUET

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 24

DR. JESÚS FÉLIX OYERVIDES PINALES"
NUEVA ROSITA, COAHUILA

DRA MARICELA ESCOBEDO SUQUET

ASESOR MOTODOLOGIA DE TESIS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES

DR. JUAN JAIME RUIZ DE LOS SANTOS

ASESOR DEL TEMA DE TESIS
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES

DR. CARLOS SANCHEZ ARENAS

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN MÉDICA

NUEVA ROSITA, COAHUILA

2005



RELACIÓN MEDICO PACIENTE EN LA ELABORACIÓN DEL FAMILIOGRAMA

PRESENTA:

DR. REYNALDO RIOS VALDEZ

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

DR, FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



RELACIÓN MEDICO PACIENTE EN LA ELABORACIÓN DEL FAMILIOGRAMA

INDICE	PÁGINAS
1.-Marco teórico.	7
2.-Justificación	18
3.-Planteamiento del problema.	18
4.-Hipótesis	18
4.1.-Hipótesis positiva.	18
4.2.-Hipótesis negativa	18
5.-Objetivos	18
5.1.-Objetivo General	18
5.2.- Objetivos Específicos	19
6.-Metodología	19
6.1-Diseño de estudio.	19
6.2.-Características del estudio.	19
6.3-Ubicación espacio temporal.	19
6.4.-Muestreo.	19
6.4.1.-Definición y selección de la unidad de población.	19
6.4.1.1.- Población elegible.	19
6.4.1.2.-población en estudio.	20
6.4.2.- Criterios de selección de muestra.	20
6.4.2.1.-Criterios de inclusión.	20
6.4.2.2.-Criterios de exclusión.	20
6.4.3.- Diseño y tipo de muestra.	20
6.4.3.1.-Tamaño de la muestra.	20
7.-Definición de las variables y escalas de medición.-	21
8.-Métodos de recolección de datos.	21
8.1.-técnicas y procedimientos .	21
8.2.-análisis de datos.	22
9.-Estrategias de trabajo.	22
9.1.-Recursos humanos.	22
9.2.-Recursos materiales.-	22

9.3.-Recursos financieros.	22
9.4.-Cronograma de actividades.	23
9.4.1 Grafica de gantt.	23
10.-Consideraciones éticas (Bioética).	24
11.-Resultados	24
11.1 Análisis de los resultados	25
12.-Tablas (cuadros) y graficas	26
13 Discusión	28
14.-Conclusiones	30
.15.- Formato de captura de datos.	31
16.-Referencias bibliográficas	32

1.- MARCO TEORICO

La familia ha sido motivo de estudio de las mas diversas disciplinas; sin embargo, hasta épocas recientes la medicina se ha propuesto estudiarla sistemáticamente y científicamente, lo que se debe en gran parte al enfoque ecológico con el que se ha visto al proceso salud-enfermedad,^{1,3} en el que el individuo deja de ser analizado como un ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo.^{1,5}

Factores de vulnerabilidad familiar.

1, tipo de enfermedad de que se trate.

2. estructura y dinámica familiar.

a. Grado de permeabilidad de los límites, (hace referencia a la realidad de los límites tanto en el sistema familiar como en el social. La responsabilidad no esta delimitada y se pasa a otro miembro).

b. Estilo de respuesta de la familia. (Familia que se vuelca con el enfermo, genera dependencia del enfermo, además de bloquear las relaciones. No se proporciona apoyo emocional).

3. Factores de tensión existentes en la vida familiar, (Momento en la cual se presenta la enfermedad, pueden ser factores de tensión internos o externos)

4. Capacidad de la familia para hacer frente a la situación (depende la estructura de la dinámica familiar, reorganización en momentos similares de crisis, capacidad de familia, para expresar sentimientos y pensamientos,

6. Redes sociales.^{6, 7}

Momento deontológico. Un segundo paso en el razonamiento ético es el llamado momento deontológico. Es decir, pensar si existen principios básicos y amplios en ética medica a los que estemos obligados a respetar.^{2, 8}

La respuesta es si. Desde Beauchamp y Childress, se utilizan en medicina clinica cuatro principios básicos que si bien tienen aspectos criticables son muy

operativos, estos dos autores se dieron cuenta de que los problemas éticos de la práctica clínica se pueden agrupar en torno a estos cuatro principios que se escriben a continuación.^{2,8,9.}

1.-Principio de no maleficencia. Es la reformulación del antiguo “primero no dañar. En un sentido más fuerte podríamos decir, quizás, que en medicina es mucho más importante no hacer mal que hacer bien. Siempre hay que minimizar los riesgos. Es preciso destacar que ser fiel a este principio implica brindar a los pacientes una medicina de gran calidad y, ya se dijo, adecuada a los tiempos en que vivimos. Es probable que, la medicina basada en la evidencia intente ser una buena opción de la que debemos aspirar.

2.-Principio de justicia. Se refiere a la imparcialidad en la distribución o, dicho de otro modo, todos los que son iguales deben ser tratados de la misma manera. Los criterios de justicia en salud deben ser el resorte de las organizaciones supraindividuales o institucionales. Deben ser claros, públicos y transparentes, para que dentro de un determinado sistema de salud, el médico pueda tomar decisiones como tal y no como juez.

3.-Principios de autonomía. Es la capacidad que tienen los sujetos de tomar decisiones con conocimiento y sin coacción. En un sentido más amplio, es la capacidad de auto legislar y de gestionar por sí mismos sus ideales del bien. La relación médico paciente ahora no es como era antes. Ya no se considera bueno al paciente, “paciente sumiso”, en la situación actual, el sujeto es más activo más participativo y más autónomo, lo que enriquece y agrega calidad a la relación clínica. Este principio se operativiza con el consentimiento informado.

4.-Principio de beneficencia. El concepto de la beneficencia en medicina también ha cambiado, si antes se le consideraba como caridad, ahora adopta un sentido más importante de obligación de maximizar los beneficios, con un límite impuesto por la propia autonomía del sujeto, el que decide hasta donde algo es beneficioso para él, es el mismo paciente. La medicina arrastra problemas importantes generados por un concepto mal entendido de beneficencia en el contexto de un paciente con autonomía reducida, lo que ha llevado a abusos denominados paternalistas,^{6,7}

El genograma es un instrumento imprescindible para el médico de familia, ya que permite conocer datos de la familia de forma visible, adquiriendo información de sus miembros y sus relaciones a lo largo de varias generaciones.^{11, 12}

Se ha definido el genograma como la representación gráfica del desarrollo familiar a lo largo del tiempo o como la herramienta capaz de incorporar categorías de información al proceso de resolución de problemas. Igualmente lo podemos considerar como un excelente sistema de registro donde no solo encontramos información sobre aspectos demográficos, topología estructural, estadios del ciclo vital, acontecimientos vitales, etc, sino que, también nos da noticias sobre otros miembros de la familia que no acuden a la consulta y sobre todo nos permite relacionar al paciente con su familia.^{15,16} El genograma puede ayudar a los componentes de la familia a verse como parte de un todo y a reconocer que la familia en su conjunto participa activamente en el proceso salud enfermedad de cada uno de sus miembros, adquiere su máxima importancia cuando se le utiliza como herramienta para detectar problemas emocionales "ocultos" o problemas psicosociales que de otra manera podrían pasar desapercibidos. ^{12,13.}

Según la definición propuesta por Fleitas, ¹² sirve para "recoger, registrar, relacionar y exponer categorías de información del sistema familiar en un momento determinado de su evolución y utilizarlas para la resolución de problemas clínicos"

Desde 1994 en que McGoldrick y Gerson ¹³ usaron el genograma para el estudio de las familias se ha mantenido el criterio de utilizar siempre los mismos símbolos y procedimientos ya que es la única forma de permitir su lectura con independencia de quienes sean los que lo realizan ^{12,13}

El médico cuando construye el genograma se encuentra con un dibujo que modifica la relación tradicional con su paciente ya que tiene frente a sí, una gran cantidad de información que hace referencia tanto al enfermo como a su familia.

Así con su lectura podemos conocer el tipo de hogar ,las etapas de desarrollo y los eventos estresantes recientes la obligación de incluir en el genograma al menos tres generaciones nos facilita tener información sobre creencias, mitos y experiencias transgeneracionales sobre la salud y la enfermedad y de determinadas pautas repetitivas sobre aspectos estructurales ,hábitos y conductas,¹²..

Otra característica del genograma es que permite al medico manejar información sobre personas que no conoce personalmente o que acuden poco a la consulta ,posibilitando la detección de casos que requieren intervenciones sanitarias, la recaptación para programas de salud o la posible implicación de familiares en el cuidado del enfermo .¹²

Durante la entrevista el medico tiene una visión distinta de la realidad, ya no se centra en el paciente identificado sino que se ocupa de todos los miembros de la familia, esta nueva visión sistémica estimula al clínico a realizar nuevas preguntas para conocer elementos ocultos sobre roles y funciones y para comprender las pautas relacionales, las alianzas o coaliciones el genograma es un nexo de unión entre el medico, el paciente y la familia, facilitando y estimulando su colaboración, ¹³

Como y cuando utilizar el genograma .se ha discutido mucho acerca de cual es el valor del genograma para recabar información y resolver problemas y de que manera puede utilizarse esta herramienta en la consulta diaria, para algunos como Like y col.¹⁸ se trata de un simple test diagnostico, que solo debería utilizarse cuando la situación clinica lo requiera.

El genograma es probablemente el instrumento clave para empezar a orientar el estilo de practica de un medico de atención primaria hacia la atención familiar. En la práctica es un medio insustituible para facilitar una serie de tareas que muchas veces queda relegada en la actividad cotidiana porque no se dispone de recursos para integrarlas en el acto clínico.¹²

Como sistema de registro es quizá la utilidad mas aceptada del genograma presenta la ventaja de incluir en un solo formato datos procedentes de las

esferas biológica, psicológica, y social, una necesidad reconocida como consustancial a la integridad que caracteriza a la atención primaria.

El carácter de registro integral que tiene el genograma lo hace especialmente útil para los equipos multidisciplinarios, como lo son los equipos de atención primaria, ya que puede ser construido y modificado por el médico.

El genograma es una modalidad gráfica de registro de elementos clínicos personales y familiares que permiten al médico obtener datos relevantes y tener una visión de conjunto con un simple vistazo, igual que en una gráfica de temperatura o de tensión arterial, sin necesidad de buscar y comparar cada uno de los datos., 13, 14,

Esto tiene un gran valor en consultas con gran presión asistencial y poco tiempo para cada paciente, en las que se acentúa la función de la historia clínica como recordatorio frente a sus otras aplicaciones.

Facilitador de la relación con el paciente. La realización de un genograma supone siempre un cambio cualitativo en la relación con el paciente .esta relación, como cualquier otra esta limitada por una serie de condicionamientos externos impuestos por el modelo cultural predominante, ideas, creencias, y experiencias anteriores, tanto del paciente como del médico, que limitan la posibilidad de expresión de ambos y restringen el contenido de los intercambios que pueden tener lugar entre ellos .la relación del ,paciente con su médico es a la vez la relación de la persona abstracta con la medicina abstracta ,un juego entre dos roles.^{11,12}

Saltar desde la esfera individual hacia interpretaciones de los síntomas y los problemas desde una perspectiva relacional no es fácil, pero puede suponer la ruptura de un círculo vicioso e iniciar un abordaje diferente.

Muchas veces el médico comprende repentinamente algunas de las situaciones que se han producido anteriormente, aunque no se relaciones

directamente con el motivo de consulta. la gran ventaja reside en que usando el genograma, esa información se obtiene mas rápidamente y de forma mas estructurada. es mas fácil abordar una cuestión delicada cuando la atención de ambos esta centrada en una tarea concreta, cuando el hecho doloroso se convierte en una pieza mas de un rompecabezas en el que pierde parte de la carga emocional que tendría si surgiera en una entrevista clinica normal .13

Detector de problemas ocultos, el genograma puede usarse como sistema de screening en todos los pacientes con independencia del problema que motive sus consultas. Se piensa que al realizar el genograma en todas las personas que vienen a la consulta por primera vez podría servir para identificar factores de riesgo biológicos o psicosociales de procesos que se manifestarían posteriormente y tambien para detectar problemas emocionales ocultos de esta forma se podría contribuir a la prevención tanto primaria como secundaria permitiendo el asesoramiento anticipatorio ante la aparición de problemas psicosociales.13

La relación medico paciente.

Lo que verdaderamente identifica al hombre y al propio tiempo lo diferencia del resto de los seres biológicos es precisamente su condición de ser social, es decir, la capacidad de relacionarse con otros hombres en el propio proceso de creación de bienes materiales y espirituales .este tipo de relación enfrenta al hombre a relaciones diversas que le crea la necesidad de adoptar las conductas que se consideran las mas apropiadas o mas dignas de ser cumplidas según el consenso general del colectivo social al que pertenece.14

Desde que el hombre primitivo sintió por primera vez los sufrimientos de una enfermedad, recurrió a un semejante en busca de ayuda, este entonces trata de ofrecérsela según sus posibilidades. Con el tiempo surgiría alguien que, por vocación, características personales o designación del colectivo, se especializo en materia de salud y comenzó a aumentar su arsenal terapéutico.

Durante sus interacciones con los otros seres humanos el hombre establece diferentes tipos de relaciones , algunas de carácter superficiales y otras de carácter mas complejo, donde al menos uno de los participantes debe saber ponerse en el lugar del otro, sentir hasta cierto punto como el o ella, y disponerse a ayudarlo en cualquier dificultad.¹⁵

La relación medico-paciente es un fenómeno bastante complicado, y se basa en una multitud de diversos componentes de carácter económico, profesional, jurídico, psicológico, moral, ético, y estético.

La génesis de la capacidad para una actitud ética personal y profesional data desde los albores de la humanidad, y presupone responsabilidades que elegimos adoptar en relación con otros, y de este modo se establece una situación paralela entre el analista y el paciente , y aunque ellos no son pareja iguales estan en una situación de mutualidad, subjetividad compartida e influencia reciproca .

La medicina ha sido enfocada desde un especial tipo de relación humana; en la naturaleza del encuentro entre el medico y el paciente .han sido reveladas diferentes conceptualizaciones de empatia y dentro de ellas, la empatia como trato humano y la profesional son las que mas se ponen de manifiesto en la relación medico paciente. A través de los años los médicos han tratado de descubrir mayor éxito y respuesta empática en los pacientes llamados “difíciles’ como medio de comprender el misterio y la complejidad de las relaciones humanas ^{15,16}

Definición operativa de la relación medico paciente es una relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud. Se trata de una relación donde se presta un servicio de alta significación por ser la salud uno de los mas preciadas aspiraciones del ser humano, y a diferencia de las relaciones interpersonales condicionales, la situación profesional mas frecuente es la entrega total, sin aspirar a reciprocidad alguna es los aspectos señalados.

La relación medico-paciente, piedra angular de la gestión medica asistencial, paso así por diferentes etapas históricas que podemos dominar; de compañía, mágica, mística, clerical, profesional, tecnicista e integral. En esta última el hombre es valorado a la luz de la ecología de la salud como ente biopsicosocial, por la interacción dialéctica sujeto-medio. La práctica medica, desde sus orígenes ha estado estrechamente vinculada a la comunicación interpersonal y al desarrollo de las habilidades clínicas. Dado su carácter de relación social la relación medico-paciente lleva la impronta del contexto social donde se desarrolla.^{14,15}

Las relaciones medico-paciente son una parte integral principal de la ética medica en general y de la deontología en particular. Ello explica el carácter específico del oficio del medico, al que el enfermo le confía voluntariamente, con esperanza, su salud y su vida; le confía todo, incluso lo mas intimo. Esta confianza sin limites del enfermo al medico le exige a este ultimo tener altas cualidades morales. El paciente no es solo un objeto de influencia profesional, sino tambien, y en primer lugar, un sujeto racional, es una personalidad. El no es indiferente a los problemas de su propio bienestar físico y psíquico, y quiere comprender la esencia de los procesos fisiológicos y patológicos que transcurren en su organismo.^{15, 16}

A la luz de las relaciones entre el medico y el paciente, el medico debe no solo perfeccionar constantemente su calificación, maestría, habilidades y el arte medico, sino tambien respetar al paciente y su derecho a la confidencialidad. El valor de la actividad del medico consiste no solo en su honradez, sino en de disposición a entregarse completamente al servicio de los hombres, a la sociedad en el sentido de responsabilidad del ciudadano. Solo poseyendo estas cualidades el medico puede a plenitud velar por la salud del enfermo, puede consolarlo, y usar métodos acertados de tratamiento.

El medico por tanto debe ser consciente de que su relación profesional interpersonal debe estar caracterizada por;

1. el respeto que inspira su investidura técnica es una profesión de alto prestigio social
2. la expectativa por parte de la población de que manifieste un comportamiento adecuado con su alta responsabilidad.
3. su condición de piedra angular en prestación de un servicio de gran significación humana como es promover o restablecer la salud.
4. demandar una constante disposición a la relación de ayuda sin aspiración de reciprocidad.
5. requerir del facultativo el planeamiento cuidadoso de cada una de sus acciones para evitar errores de altas potencialidades iatrogénicas.

El profesional de salud de hoy no puede dejar de reconocer que proceso salud-enfermedad se produce en una cultura determinada el respeto al ser social es el fundamento de las relaciones humanas, y constituye un deber moral de cada hombre. El gran protagonismo de los profesionales de la salud especialmente los médicos de familia esta dado por dos cuestiones fundamentales: el sistema nacional de salud confía en ellos, pues son guardianes de la salud de la población; y a su vez esta población tiene grandes expectativas en sus médicos porque la salud se le ha reconocido como un derecho y por lo tanto, los profesionales y trabajadores del sector son los encargados de posibilitarle la materialización de ese derecho reconocido.^{14,15}

La relación medico-paciente hay mas de dos personas involucradas. La relación medico-paciente es multilateral mas que lateral. Aunque la mayor parte de las consultas transcurren sobre la base de uno a uno, el sistema terapéutico opera

sustentando en por lo menos tres miembros. El paciente, un miembro del sistema de soporte familiar o social y el medico.

La relación medico-familia .la calidad de la relación entre el medico y la familia del paciente puede tener una influencia crucial en la cooperación que se produce entre el medico y el paciente. El ejemplo mas claro es el triangulo terapéutico entre el medico, el niño como paciente y sus padres.

El soporte familiar del paciente. Los médicos que no toman en cuenta el papel terapéutico de la familia desconocen a sus asistentes de tiempo completo, ya que mientras los encuentros de los pacientes con sus médicos son episódicos, los tratamientos médicos se llevan a cabo en casa en el ambiente familiar, la literatura ilustra en forma abundante y concluyente el pronostico adverso de las patologías crónicas y psicosociales cuando el sistema familiar no interviene .el soporte del medico de la relación medico-paciente-familia . El medico puede estimular o minar la relación entre el paciente y su familia. Como un tercero significativo en las relaciones familiares, tiene un efecto para bien o para mal en el sistema familiar. Pero esto genera una ironía, ya que si el medico no esta advertido de que participa en un triangulo, un relación entre el medico y el paciente muy intensa y positiva puede servir para debilitar las relaciones familiares. 14,15

El soporte de la familia de la relación medico-paciente. De igual manera, la familia puede sostener o minar la relación medico-paciente. Con el objetivo de proteger los intereses de sus miembros, las familias evalúan la competencia y el prestigio de sus médicos. El modelo triangular sugiere que el soporte familiar del rol del medico es un elemento importante en la continuación de una relación medico-paciente constructiva y de confianza.

Como se aprende la relación medico-paciente-familia. El aprendizaje de esta área de la medicina requiere poner en juego partes del psiquismo del medico que en el modelo tradicional no se rescatan como importantes (el medico esta afuera del fenómeno) Implica el aprendizaje de conocimientos (los modelos

teóricos ,el lenguaje técnico), habilidades (reconocer en que categoría se desarrolla la mayor dificultad en la entrevista , como interrogar desde este modelo o como se produce el razonamiento medico), destrezas` (uso del lenguaje corporal) y actitudes (la necesidad de querer tratar los problemas de los pacientes desde los biopsicosocial , evaluar la aproximación colaboradora al trabajo en equipo).

Para el aprendizaje de este modelo, se precisan algunas condiciones:

Ambiente con recursos adecuados. Se refiere al numero de pacientes, al tiempo y al espacio .el sistema de salud debe de estar organizado para facilitar una practica de la medicina centrada en el paciente (por ejemplo historia clinica orientada al problema, turnos programados cada quince o veinte minutos reconocimiento académico y económico de los profesores).

Modelos de función. Los profesores o supervisores deben ser un modelo a imitar por los estudiantes. En ellos, deben reflejarse en lo que se pretende llegar a ser, esta es una de las condiciones mas importantes para el aprendizaje de las actitudes.

Actividades que aumenten el conocimiento del self del medico. (Contra transferencia) incluyen diferentes vías cada uno debe elegir la que sea mas efectiva.

Presentacion de casos clínicos y discusión en grupos para tratar de identificar los aspectos personales del medico que lo"traban"en la resolución de los problemas. 16

Vídeo filmación de entrevistas y análisis posterior,"solo o en grupo".

Supervisión en directo o diferida de las entrevistas por un supervisor experimentado que ofrezca feedback adecuado de las conductas observadas.

Cursos estructurados de enseñanza de relación medico-paciente-familia con una base teórica y demostración de conductas a través de actuaciones.

El aprendizaje es continuo, como la medicina. Uno debería poder aprender con cada paciente con el objetivo de ser mas flexible, o sea, tener mayor numero de recursos para tratar a los pacientes y para disminuir el estrés profesional al mínimo .observar entrevistas propias (por ejemplo a través de video filmaciones) produce un sistema de garantía de calidad sobre la propia practica.^{15, 16}

2.-JUSTIFICACIÓN DE ESTUDIO.

En la relación medico- paciente –familia se debe diseñar campana de información, educación especifica y difusión en la realización del familiograma para mejorar la calidad de comunicación, confianza, cambios de conducta y actitudes del paciente y su familia ante el medico de atención primaria.

Los beneficios que se esperan es que practicando en forma continua este estudio de familiograma se mejora la capacidad de comunicación y disminuye la mala impresión que se tiene del medico de atención primaria

3.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Mejorara la relación medico-paciente en la elaboración del familiograma?

4.-HIPOTESIS

4.1.-HIPOTESIS POSITIVA.

En la utilización y la formación del familiograma mejora la relación medico-paciente.

4.2.-HIPOTESIS NEGATIVA.

No mejora la relación medico-paciente en la no elaboración del familiograma

5.-OBJETIVOS

5.1.-OBJETIVO GENERAL.

Describir los medios y los factores que se tienen para mejorar la relación medico-paciente en la elaboración del familiograma a pacientes atendidos en primer nivel.

5.2.-OBJETIVOS ESPECIFICOS.-

- 1.-Fomentar la relación medico paciente al utilizar el familiograma.
- 2.-Describir los usos del familiograma y su aplicación.
- 3.-Encontrar con el uso del familiograma las terapéuticas adecuadas y necesarias en torno a la familia.
- 4.-Identificar las disfunciones y crisis familiares con el uso del familiograma.

6.-METODOLOGIA

6.1-Diseño de estudio.

Se realiza un diseño de estudio descriptivo, prospectivo y transversal

6.2.-CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO

- Por el propósito de estudio. Observación
- Por el objetivo del estudio. Descriptivo
- Por la captura de la información. Prospectivo
- Por la temporalidad. Prospectivo.
- Por la medición. Transversal
- Por la ubicación. Unicentrico

6.3.-UBICACIÓN ESPACIO TIEMPO

Pacientes que soliciten atención médica en servicio de consulta externa medico familiar, turno matutino en Instituto Mexicano del Seguro Social De Hospital de Zona de Nueva Rosita Coahuila,

6.4.-MUESTREO

6.4.1.-DEFINICIÓN Y SELECCIÓN DE UNIDADES DE MEDICION

El universo serán los pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, de Nueva Rosita Coahuila

6.4.1.1.-POBLACIÓN ELEGIBLE.

Derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.

6.4.1.2.-POBLACIÓN EN ESTUDIO.

Paciente que soliciten atención médica en Consulta externa, turno matutino del consultorio 11, del hospital de zona con medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social de Nueva Rosita Coahuila.

6.4.2.-CRITERIOS DE SELECCIÓN DE MUESTRA.

6.4.2.1.-CRITERIOS DE INCLUSION.

Familias que acepten voluntariamente la participación hasta finalizar su estudio.
Familias que pertenezcan y permanezcan en el consultorio 11 A durante el periodo de la investigación

6.4.2.2.-CRITERIOS DE EXCLUSION.

Familias que no deseen participar en la elaboración e integración de su familiograma o genograma.
Familias que soliciten cambios de consultorio o de unidad de adscripción

6.4.3.-DISEÑO DE ESTUDIO..

Se realiza un estudio descriptivo y transversal.

6.4.3.1.- TAMAÑO DE LA MUESTRA.

El total de pacientes atendidos entre los meses de febrero a octubre del presente año, en consultorio 11 del turno matutino de la consulta externa de medicina familiar , en Hospital de Zona de Nueva Rosita Coahuila de Instituto Mexicano del Seguro Social.

7.-DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN.

variable	tipo	Escala de	medición
Factores médicos			
Atención médica y la realización de familiograma	cualitativa	nominal	si, no. Medico familiar.
Tiempo en la realización del familograma	cualitativa	nominal	Más de 20 min. 30 o más de 40 min.
Por indicación médica	cualitativa	nominal	Si, no, control..

Factores que condicionan en el paciente

Tiempo de espera para la atención médica	cualitativa	nominal	Más de 20 minutos. o mas de 30 min.
No acudir en horario establecido	cualitativa	nominal	Si, no, laboral, o tener cita de control
Sobre demanda de consulta con medico familiar	Cualitativa	nominal	Si, no, numero de consultorio

8.- METODO DE RECOLECCION DE DATOS

Se realizan encuestas a familias que acudieron a solicitar atención médica en el servicio de medicina familiar, en el turno matutino,

8.1.- TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS.

Se incluyen familias que soliciten atención médica del turno matutino de lunes a viernes entre los meses de febrero a octubre 2006. Se les realiza una encuesta de 16 preguntas con duración de 3 a 6 minutos.

8.2.-ANALISIS DE DATOS.

Diseño estadístico: Estadística descriptiva y transversal,
En la presentación de datos y encuestas se utilizarán gráficas.

9.-ESTRATEGIAS DE TRABAJO.

9.1.-RECURSOS HUMANOS.

Asesor metodológico, Dra. Maricela Escobedo Suquet.
Asesor del tema de tesis. Dr. Juan Jaime Ruiz de los Santos
Investigador.-Dr.-Reynaldo Ríos Valdez.

9.2.-RECURSOS MATERIALES.

Computadora con impresora.
Disketts para acopio de información.
Encuestas en hojas de papel, lápices.
Libros y revistas como fuente de información

9.3.-RECURSOS FINANCIEROS.

Serán por cuenta del investigador.

10.- CONSIDERACIONES ETICAS. . (Bioética).

Se respetará el anonimato de cada uno de los pacientes, previa autorización de las personas que aceptaron participar, el manejo de la información será en forma confidencial. El estudio no tiene riesgos ni consecuencias para el individuo o su familia por lo cual no requiere consentimiento informado

11.-RESULTADOS.

EL presente estudio fue realizado en consultorio medico de medicina familiar , en la unidad de Hospital General de Zona con Medicina Familiar numero 24 de Nueva Rosita Coahuila, tomando como muestra a familias derechohabientes que se prestaron al estudio voluntariamente a petición del medico familiar, siendo un total de 62 familias 11.2% de las 562 familias que actualmente conforma el consultorio 11 matutino de dicha unidad a los que se les inicio el estudio, o elaboración de familiograma como complemento del estudio de familia, de los cuales cumplieron con los criterios de inclusión.

La satisfacción de las familias en la elaboración del familiograma fue de un 77.4%, participo un 87.1% del sexo femenino, el tiempo en su elaboración un 53% de familias le pareció mucho y un 32% le pareció poco, dentro de las explicaciones que se le proporciono por el medico sobre la importancia en la elaboración del familiograma 45% lo considero como muchas y 41 % fueron suficientes, considerando su atención con una mejoría de 70.9% como buena y un 25% muy buena (se anexan graficas)

11.1 ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

La cultura de demanda de prestación de los servicios de salud de nuestro medio está teñida plenamente por la participación de la mujer. Usualmente es ella la que, como una extensión de su rol de madre-esposa, cuidadora del bienestar de los integrantes de la familia y además “conocedora” de todo lo que se vive en el sistema, acude mas periódicamente a solicitar la dotación del tratamiento medicamentoso para el suegro, abuelo y ni que decir del esposo, hijo, etc., que por el suyo propio, ya que es la “ultima en enfermarse”. La recolección de datos para la elaboración del genograma en un 87.1% fue tomada de la mujer en el periodo que marca la tesis. Solo un 12.9% fueron hombres.

La satisfacción del paciente al aportar su información fue de un 77.4%, de manera indirecta se entiende como la mejora la relación médico paciente. El desconcierto del paciente ante la nueva manera de obtener datos de la familia cuando la usanza era el de “...vengo solo por el medicamento...” les llevó a experimentar insatisfacción (14%) en un primer momento. Posteriormente, en citas subsecuentes, algunas de esas familias han expresado su agradecimiento y satisfacción; se encuentra documentado para fines de estudios posteriores a fin da valorar en forma mas plena los resultados de esta estrategia.

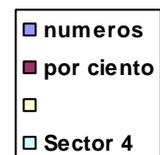
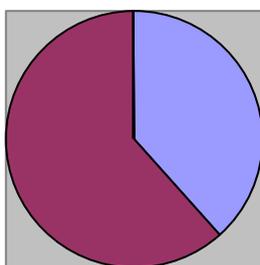
El 63% de los encuestados dijeron que se utilizó mucho tiempo, esto es debido a que en todos los casos se utilizó al inicio de la elaboración el mismo tiempo que en que el paciente acudió a solicitar su atención, dejándose para un segundo tiempo, mediante cita, la culminación del mismo. Un 32% opinaron que el tiempo fue poco y muy poco el 9%.

El 46% de los pacientes opinó que recibió muchas explicaciones y el 41% dijo de fueron bastantes explicaciones. Ambos términos, para fines de la presente tesis representan una misma cosa, solo que fue necesario aplicarlo de esa manera en atención a los diferentes concepciones de los encuestados, en total representan el 87%. Este indicador nos mide también la satisfacción del encuestado.

12.- TABLAS, CUADROS Y GRAFICAS

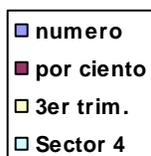
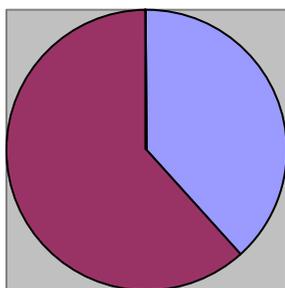
Satisfacción del paciente en la elaboración del familiograma

Indicadores	números	Por ciento
satisfecho	48	77.4
No satisfecho	14	22.6
total	62	100.00



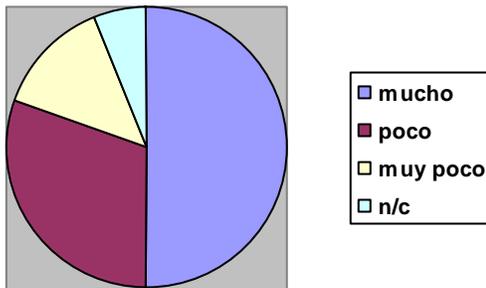
Estudios realizados por sexo

sexo	numero	Por ciento
masculino	8	12.9
femenino	54	87.1
total	62	100



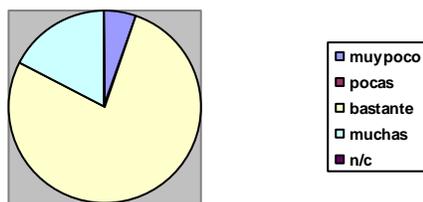
Tiempo que paso en la elaboración del familiograma, ¿le ha parecido?

Tiempo	números	Por ciento
Mucho	33	63
poco	20	32
Muy poco	6	09
No contesto	3	04
total	62	100



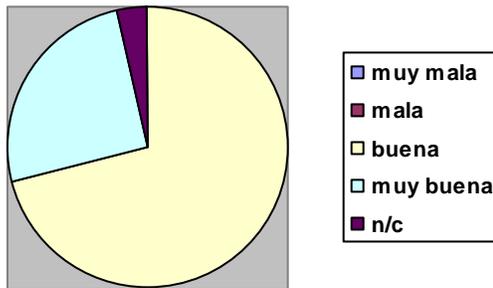
Las explicaciones que le dio su medico de lo que iba hacer o preguntar, ¿le han parecido?

explicaciones	numero	Por ciento
Muy poca	0	0
pocas	6	9.6
bastantes	26	41
Muchas	28	46
total	62	100



¿Como piensa que le han atendido en la elaboración de su familiograma?

Forma de atención	numero	
Muy mala	0	0
mala	0	0
buena	44	70.9
Muy buena	16	26.8
n/c	2	3.3
total	62	100



13.-DISCUSION.

De acuerdo a los resultados obtenidos por medio de las encuestas se demostró de manera significativa que la elaboración del familiograma para mejorar la relación medico-paciente-familia, en consulta externa turno matutino del consultorio 11 A , del Hospital General de Zona con Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social Numero 24 de Nueva Rosita Coahuila , se pone en evidencia al detectar un 77,4 % de satisfacción del paciente y su familia al aportar información para la elaboración de su familiograma, apreciándose un 87,1 % de participación por parte de la mujer (esposa o madre).

Con esto se corrobora lo descrito en la literatura médica con relación a la elaboración del familiograma como complemento de un estudio de familia y la relación medico –paciente- familia, considerándose como un instrumento útil en

la cual el médico con sus habilidades, conocimiento, y actitudes, lograra una relación constructiva y de confianza con el paciente y su familia.

El familiograma, fue considerado como útil desde 1994 por Mc. Goldrick y Gerson para el estudio de familia, mediante símbolos y procedimientos únicos y permanentes. Like y colaboradores, opinaron que se trataba solamente de un test diagnostico que solo debe utilizarse cuando la situación clinica o problema lo requiera, y es así que durante la entrevista el medico tiene una visión distinta de la realidad, ya no se centra en el paciente identificado sino que se ocupa de todos los miembros de la familia.

El presente estudio demostró que el familograma es una herramienta útil no solo para la recolección de datos o antecedentes hereditarios, familiares o personales del paciente para ser utilizados en momentos de crisis familiares donde el médico ha de adoptar decisiones curativas, sino que fue causa de bienestar familiar manifestado por la abierta satisfacción del paciente al aportar los datos y obtener del médico una mas amplia información de los aconteceres de su familia.

Nuestra institución, dentro de su programa operativo, como instrumento principal a nivel nacional de la seguridad social, no solo por la cobertura de derechohabientes sino por la tecnología de punta y personal profesional con que cuenta, requiere la implementación de una estrategia operativa como lo es el Familiograma a fin de garantizar no solo el aspecto técnico de la atención sino el principal que es el humano, con calidad y ética, justicia y equidad que son los valores que se postulan en su estructura política.

Por otra parte, el quehacer del especialista en medicina requiere de reconocimiento como tal. Es el paciente el que le da vida a ese reconocimiento que el médico necesita en su quehacer cotidiano, el ser protagonista de la satisfacción de sus pacientes mediante una atención de enfoque holístico es en gran manera un buen inicio la elaboración del genograma para gestarlo. Bastará solamente especial cuidado la corrección de aspectos en los cuales la encuesta marca poca satisfacción, como es el caso de tiempo que se utilizó para su elaboración.

.14.-CONCLUSIONES

En este estudio se ha demostrado los cambios en el papel del médico en su relación con su paciente (familia) mediante la elaboración del genograma a quien actualmente se le está capacitando para resolver problemas de naturaleza no solo médicas sino también para identificar factores de riesgo psicosociales y familiares, detectando problemas emocionales ocultos y poder contribuir a la prevención tanto primaria como secundaria permitiendo el asesoramiento anticipatorio ante la aparición del problema psicosociales o familiares.

En la elaboración del familiograma.

1.- Se apreció que mediante la practica y entrenamiento se puede lograr una buena comunicación entre medico – paciente y familia.

2.-Se considera un instrumento indispensable ya que nos permite comprender e identificar la existencia de alguna alteración o armonía en la funcionalidad individual o familiar.

3.- Se logro la satisfacción en un alto porcentaje de familias entrevistadas ya que no se le había prestado la suficiente atención a sus problemas existentes en el núcleo familiar.

4.-En la elaboración de un familiograma se encontraron problemas ocultos como son la falta de comunicación intrafamiliar, emocionales económicos, sociales, culturales y hábitos que perjudican al núcleo familiar.

5.-Se presto mayor interés a los datos recavados sobre la problemática que afecta a la familia para proporcionar un diagnostico oportuno y tratamiento adecuado.

6.- se mejoró la comunicación y la confianza del medico hacia la familia para poder orientar o canalizar según a la especialidad que amerite cada paciente o familia tratada.

7.- Se deberá contar con recursos adecuados en cuanto al número de paciente, tiempo y espacio para facilitar la práctica de la medicina centrada a la familia con turnos programados de 15 a 20 minutos

15.-. Formato de captura de datos (hoja de registro).

1. Nombre. _____
2. Numero de afiliación _____
3. Edad _____ 4. Sexo _____ 6. escolaridad _____
6. UMF de adscripción _____ Turno _____ Consultorio _____
7. Día y hora que se le da la atención _____
- 8, Estado civil. _____
- 9, ocupación, _____
10. Numero de hijos y otros familiares dependiente _____
11. motivo por la que acudió al servicio de medicina familiar. _____

12. ¿Antes había solicitado atención médica en este servicio?
Si _____. No _____
13. ¿ le habían realizado antes un familiograma en este servicio ?.
Si _____ No _____
14. ¿quedo satisfecho con esta atención?
Si _____ No _____
15. En caso de que faltara algun dato para complementar su familiograma.
Acudiría si se le llamara?.
Si _____ No _____
16. ¿ que calificación otorgaría a la calidad de su atención en este servicio ,
En escala del 1 al 10.

16.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Ackerman.NW: diagnostico y tratamiento de las relaciones familiares. Buenos Aires, Horme. 1982.
- 2.-.-Sepúveda B. Soberón G. Soni. J: Ética y medicina. Gac Med Méx. 1984. 120: 269-280.
- 3.-.- Álvarez- Manilla JM. Atención primaria a la salud. Salud Pública Méx. 1988. 30, 678-682.
- 4.-.- Laguna J et al: El proceso de integración de los servicios de salud. Gac Med Méx. 1983, 119: 219-226
- 5.-Cordera PA. Evaluación de la calidad de la atención medica. Directivo medico 1998, volumen 6 (4) 26-31.
- 6.- García GA. Calidad de la atención medica en medicina familiar. Rev. Medica IMSS 1996, volumen 33 (4). 406-408.
- 7.-Jiménez CL. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. Rev. Cubana de salud publica. 1996. Vol. 22 (1)116.
- 8.- Venegas M. Aspecto humano-social para la calidad. Antología de comportamiento organizacional en servicios de salud. BUAP-MASS 2002, 16-19.
- 9.- Gómez CF.-Diagnostico de salud familiar .En Fundamentos de Medicina Familiar 7ª edición. México: Medicina Familiar Mexicana 2000 Pág.14.
- 10.- Arnulfo Irigoyen Coria, Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar 1ª edición, Medicina Familiar Mexicana 2002.
- 11-Chávez A. Instrumentos de abordaje para el estudio integral de la salud familiar. Rev. Méx. MED FAM 1989; 3: 47-67.
- 12.- Fleitas L. El genograma para evaluar a las familias. En: Revilla L, de la, Manual de Atención Familiar. Bases para la práctica familiar en la consulta. I. Ganada. Fundación para el estudio de la Atención a la familia, 1999.
- 13.- McGoldrick JC; Gerson R. Genogramas en la evaluación familiar. Buenos Aires, Gedisa, 1987.
- 14.- Revilla L del la. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona, Doyma, 1994
- 15.- Lain Entralgo P. Relación médico – enfermo. Madrid: Edit Revista de Occidente; 1966.

16 –Cueli: J. Aspectos psicológicos de la relación medico-paciente En Instituto Mexicano del Seguro Social: Manual didáctico para pasantes de medicina en servicio social. México. IMSS, 1983; 13,29.