



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE**

---

---

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

**INTERVENCIÓN DEL MÉDICO EN  
FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL CONTROL DE  
ENFERMEDADES CRÓNICAS**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE LA ESPECIALIDAD**

**EN:**

**MEDICINA FAMILIAR**

**QUE PRESENTA:**

**DRA. MARÍA IVETTE CHÁVEZ ESCAMILLA**

**ASESORES:**

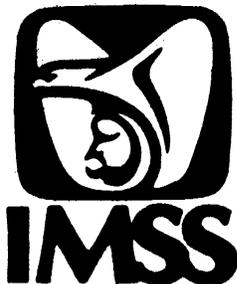
**DR. EDUARDO GONZÁLEZ MONTOYA**

**DRA. LAURA ZUÑIGA CARUZO**

**DR. FERNANDO CRUZ CASTILLO**

**REVISORA:**

**DRA. MARÍA TERESA GÓMEZ GONZÁLEZ**



**MÉXICO, D.F.**

**2008**

**AGOSTO**



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.

**DR. MIGUEL SILVA BERMÚDEZ**  
**DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL ZONA 8 UMF**

**DRA. MARTHA BEATRIZ ALTAMIRANO GARCÍA**  
**JEFA DE ENSEÑANZA**

**DR. EDUARDO GONZÁLEZ MONTOYA**  
**ASESOR**

**DRA. LAURA ZUÑIGA CARUZO**  
**ASESOR**

**DR. FERNANDO CRUZ CASTILLO**  
**ASESOR**

**AGRADECIMIENTOS**

**A MIS PADRES; *GONZALO Y MARY***

**Gracias porque tengo un logro más en mi vida profesional, sin su ayuda no podría culminarlo.**

**A MIS HERMANOS; *GONZALO Y PACO***

**Gracias por su apoyo en toda la realización de mi especialidad.**

**A MI NOVIO; *ERICK MONTAÑO***

**Gracias por tu cariño y comprensión que me has brindado, por estar siempre conmigo en todo momento para la realización de mi especialidad.**

**A MIS SUEGROS; *PEDRO Y OFELIA***

**Gracias por su cariño y apoyo.**

**A MIS TÍOS:**

**Gracias por ayudarme a realizar mi especialidad.**

**A MIS ASESORES;**

***DR. EDUARDO MONTOYA, DRA. LAURA ZUÑIGA Y DR. FERNANDO CRUZ.***

**Gracias por su orientación, enseñanza, apoyo durante todo mi trayecto de formación como especialista y la realización de la tesis.**

**A MI REVISORA DE TESIS; *DRA. MA. TERESA GÓMEZ GONZÁLEZ.***

**Gracias por la enseñanza, por estar conmigo a lo largo de la realización de la tesis, sin su ayuda no hubiera podido realizar el presente trabajo.**

***DRA. MA. LUISA VELASCO***

**Gracias por su enseñanza, por ser mi inspiración para seguir adelante.**

***DRA. MERCEDES RODRÍGUEZ ARROYO***

**Gracias por otorgarme las herramientas necesarias para la elaboración de esta tesis.**

## ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
ANTECEDENTES.....	5
MARCO TEÓRICO.....	6
Historia de la Medicina Familiar.....	6
Perfil del Medico Familiar.....	7
Funcionalidad Familiar.....	7
Instrumentos Funcionalidad Familiar.....	13
Funcionalidad Familiar y Control de enfermedades Crónicas.....	17
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
OBJETIVOS.....	23
HIPÓTESIS.....	23
JUSTIFICACIÓN.....	24
MATERIAL Y MÉTODOS.....	25
Variables.....	25
Criterios de Inclusión y Exclusión.....	25
Proceso de captación de la información.....	25
RESULTADOS.....	26
Análisis de Resultados.....	41
DISCUSIÓN.....	45
CONCLUSIÓN.....	49
ANEXOS.....	51
BIBLIOGRAFÍA.....	54

## **RESUMEN**

Actualmente los casos de enfermedades crónicas, son la primera causa de mortalidad en nuestro país. Se han realizado estudios acerca de la fisiopatología, medicamentos de las enfermedades crónicas, así como el surgimiento del síndrome cardiometabólico, y no han disminuido los casos. Hay investigaciones hechas por terapeutas como Saucedo que han estudiado a la familia con el enfermo crónico y existe una relación directamente proporcional entre la comprensión de la estructura, funcionalidad de una familia, con la eficacia de las medidas preventivas, terapéuticas que efectúe el médico familiar, lo cual es condición esencial para la orientación y poder tener un mejor control de las enfermedades crónicas. Por lo que surge la pregunta de investigación:

Si ¿El médico considera que hay relación en la intervención de funcionalidad familiar y el control de las enfermedades crónicas?

El objetivo es demostrar que el médico familiar considera que hay relación en la intervención de funcionalidad familiar y el control de las enfermedades crónicas.

La hipótesis es: si el médico considera que hay relación en funcionalidad familiar se obtiene un control en las enfermedades crónicas.

El modelo es un diseño estadístico no experimental, transversal, de tipo correlacional, se realizó en el HGZ/UMF8 con la participación de 30 médicos familiares, se les aplicó un cuestionario para medir la relación de la intervención del médico en funcionalidad familiar y control de las enfermedades crónicas. Se concluyó que el médico no considera relación en la intervención de funcionalidad familiar y el control de las enfermedades crónicas

***Palabras clave: Intervención, Funcionalidad Familiar, Enfermedades crónicas.***

## **ABSTRACT**

Actual cases of chronic diseases are the leading cause of death in our country. Studies have been conducted about the pathophysiology, medications chronic diseases, as well as the emergence of the syndrome cardiometabolic, and the cases have not diminished. There investigation by therapists as Saucedo who have studied the family with chronically ill and exists one relation directly proportional between structure comprehension and family's functionality with efficacy, as a preventive and therapeutic measure that the family's doctor executes. This essential condition helps to have a better control of chronic diseases. The question es: Does the doctor consider the relation between family's functionality and the control of chronic diseases?

The objective is to demonstrate that the family's doctor considers that there is a relation between family functionality and chronic diseases.

The hypothesis is if the doctor considers the intervention in family functionality, it will have a better control of chronics diseases.

The model we realized is a statistical design, not experimental, transversal, of correlational type. We did it in HGZ/UMF8 with the participation of 30 family doctors, we applied the questionnaire and measured the relation between the family's doctor intervention in the family's functionality and the control of chronic diseases. The conclusion is that the doctor doesn't consider the relation between the intervention in family's functionality and the control in chronic diseases. This could be a lack of time in external consult, strategies or knowledge in manipulating the family's dynamic.

***Key words: Intervention, Family Functionality, chronic diseases.***

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas en todo el mundo causaron aproximadamente un 60% del total de 56,5 millones de defunciones notificadas y un 46% de morbilidad. La mitad del total de muertes por enfermedades crónicas son atribuibles a las enfermedades cardiovasculares; la obesidad y la diabetes, en la actualidad aparecen en etapas más tempranas de la vida (1).

En cinco de las seis regiones de la OMS, las defunciones causadas por las enfermedades crónicas dominan las estadísticas de mortalidad (1).(2)

En el 2020 las enfermedades crónicas representarán casi las tres cuartas partes del total de defunciones, el 71% de las defunciones por cardiopatía isquémica, el 75% de las defunciones por accidentes cerebrovasculares y el 70% de las defunciones por diabetes ocurrirán en los países en desarrollo. El número de personas con diabetes en el mundo en desarrollo se multiplicará por más de 2,5 y pasará de 84 millones a 228 millones en el año 2025(2).

En México, desde 1940 la diabetes ya se encontraba dentro de las primeras 20 causas de mortalidad, con una tasa de 4.2 por 100 000 habitantes, en 1970, ocupó el 15º lugar como causa de muerte. Diez años después ocupó el noveno lugar y para 1990 alcanzó el cuarto lugar como causa de mortalidad general. A partir del 2000, la diabetes es la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres (después de la cardiopatía isquémica). La tasa de mortalidad por DM aumentó desde el año 2000 al 2003, en las mujeres, la tasa se incrementó 17.1%

(de 51.2 a 61.8 por 100 000 habitantes), en los hombres el ascenso fue de 22.2% (de 42.2 a 51.6 por 100 000 habitantes). En el 2003, la diabetes representó 12.6% de todas las muertes ocurridas en el país y la edad promedio al morir fue de 66 años. Actualmente representa la primera causa de morbilidad y mortalidad (3).

En México, se han realizado estudios en torno a la estructura familiar de los pacientes diabéticos y su relación con la enfermedad. El diagnóstico de diabetes en un hijo provoca un clima de drama, abatimiento, de rechazo y agresividad, que puede generar en los padres reacciones emocionales intensas, incluyendo ansiedad, depresión y culpa, llevando a una importante disfunción familiar. Por lo que el médico familiar es el profesional de la salud capacitado para responsabilizarse de la atención médica primaria, continua e integral del individuo y de su familia (4).

Los problemas de funcionamiento familiar pueden influir tanto en la aparición, como en la descompensación de las enfermedades crónicas.

Actualmente por la importancia epidemiológica de enfermedades crónicas y su control, se investigó acerca si el médico considera que hay relación en la intervención familiar y el control de enfermedades crónicas (Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial y obesidad). Se aplicó un cuestionario a médicos familiares para medir si considera el medico relación en la intervención de funcionalidad familiar y control de enfermedades crónicas.

## **ANTECEDENTES**

Minuchin menciona que en la evaluación del funcionamiento familiar es importante definir conceptos de organización tales como: roles, jerarquía y demarcación de los Límites, adaptabilidad como: flexibilidad, versus rigidez, cohesión como: proximidad versus distancia y estilos de comunicación porque han demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad. Una enfermedad crónica puede intensificar y prolongar estas transiciones normales (5).

Sauceda nos dice que existe una relación directamente proporcional entre la comprensión de la estructura y funcionalidad de una familia con la eficacia de las medidas preventivas y terapéuticas que efectúe el médico familiar, lo cual es condición esencial para la orientación y poder tener un mejor control de las enfermedades (6).

## MARCO TEÓRICO

### Historia de la medicina familiar

La especialidad de medicina familiar en México se creó en 1979, por necesidad de cambiar el primer nivel de asistencia sanitaria. Se necesitaban profesionales que estudiaran a la familia desde una visión integral, haciendo prevención proponiendo modificación de estilos de vida y modificando factores de riesgo con el medio familiar así como la intervención en la comunidad. (8).

La medicina familiar es la disciplina que capacita al médico para brindar atención médica primaria, continua e integral al individuo y su familia. Es una especialidad médica que comprende actividades que se fundamentan en tres ejes:

Continuidad: Integra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que permite el seguimiento del proceso salud-enfermedad de los individuos (8).

Acción anticipatorio: Es enfoque de riesgo, identifica las características del individuo o del medio que le rodea produzcan una enfermedad. Brinda la oportunidad de planear estrategias más adecuadas para el manejo de enfermedades (8).

Estudio de Familia: Permite el conocimiento del entorno biopsicosocial en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo y nos permite analizar a la familia como parte del proceso salud-enfermedad (8).

### Perfil del médico familiar

El Médico familiar actúa como vía de entrada a la familia, la atención integral que otorga es continúa, lo cual hace la diferencia de otros especialistas. Reconoce la necesidad de compartir el estudio de la enfermedad con otros especialistas, trabajadores de la salud, efectúa medidas preventivas y educación para la salud (8).

Analiza actitudes, valores, sentimientos, niveles de interrelación del individuo y su familia. El modelo biológico fragmenta al paciente, excluye otras perspectivas integradoras y frecuentemente carece de elementos para explicar lo que sucede (8).

El paciente es un todo, donde los límites entre lo orgánico, lo psíquico y lo social se difuminan, se entrelazan y son manejados por el médico familiar como líder del equipo de salud (8).

#### Funcionalidad familiar

La familia ejerce función mediadora de los procesos sociales en los individuos. Es el elemento de la estructura social responsable de la reproducción y desarrollo del ser humano. En ella se produce la transmisión de la experiencia histórico-social de la humanidad por vivencias de cada familia. Cumple funciones de gran importancia para el desarrollo biológico, psicológico, social, formación de personalidad, en la educación de los valores éticos morales (9).

En todo lo relacionado con la conservación y protección de la salud, la familia cumple roles esenciales, de gran trascendencia. El cuidado de sus integrantes, la administración de los recursos económicos para el hogar, la organización de servicios domésticos (9).

El hogar es el espacio vital donde se forma, se recupera y se desarrolla el individuo en su interrelación con la sociedad a través de todas las etapas de la vida (9).

La satisfacción de las necesidades afectivas que ocurre a escala familiar permite el desarrollo de la confianza básica, la seguridad, la autoestima que requieren los individuos para la vida, además que constituye la base de apoyo y la estabilidad psicológica (10).

En el seno de la familia se forman patrones y hábitos relacionados con el comportamiento implicado en la salud, procesos que actúan como desencadenantes de la enfermedad y se desarrollan recursos de apoyo (10).

El rol de brindar atención influye en las posteriores conductas de salud de los hijos, por el valor aprendido de salud (10).

Expertos de la OMS en 1978 utilizaron el concepto funcionamiento efectivo de la familia para expresar su influencia determinante en la salud familiar, sin expresar el significado del concepto. Actualmente la funcionalidad familiar es el

cumplimiento de roles, jerarquías, límites y funciones, está basado en la base del desarrollo físico, intelectual, psicológico y espiritual de cada uno de sus miembros, constituye el clima propicio para el equilibrio psíquico, expresión amorosa, confianza, seguridad y estabilidad futura (10).

El funcionamiento familiar constituye la síntesis de las relaciones familiares como un todo interactivo, grupal y sistémico en determinado contexto histórico social y el bienestar subjetivo de sus integrantes (10).

En la literatura actual no hay criterios para definir funcionamiento familiar, sin embargo se considera procesos relacionales como son la afectividad, la comunicación, la armonía, la cohesión, los roles, la adaptabilidad y la permeabilidad.

La familia funcional cumple con la misión social sin afectar el proceso interno de interacción, la calidad de las relaciones internas, el desarrollo individual según los requerimientos de cada etapa (11).

Estas familias son capaces de abandonar las conductas que les han resultado ineficaces y formularse nuevas estrategias, tienen un desempeño alto en la resolución de problemas con eficacia (11).

La teoría de enfoque sistémico es “Todo sistema vivo es un sistema abierto, entidad que tiene un conjunto de reglas, que intercambia información y energía con el mundo exterior”

Para entender el proceso de Salud- Enfermedad, necesitamos reconocer que todo individuo, familia y comunidad, tendrán interacciones bio-psico-sociales.

Este concepto va más allá del estado físico de sus integrantes, incluyendo también el ambiente para su adecuado desarrollo (11).

La salud de familia, depende de la interacción entre factores personales (psicológicos, biológicos y sociales), factores propios del grupo familiar, sociológicos, modo de vida de la comunidad y de la sociedad (11).

El concepto de ecosistema, de Bronfenbrenner, en 1979, postula que “la conducta individual puede explicar mejor al comprender el contexto ambiental en el que se presenta, en este sentido el ambiente humano es en extremo complejo pues se incluyen dimensiones físicas, estructuras sociales, económicas y políticas (12).

Las familias disfuncionales son incapaces de enfrentar las crisis, expresar con libertad los sentimientos negativos, no identifican los problemas, no se comunican con claridad, utilizan dobles mensajes, entorpecen el desarrollo individual y existe confusión de roles. Repiten las conductas ineficaces, culpando a otros con reacciones emocionales excesivas o simplemente negando la existencia del

problema. Las soluciones que adoptan pasan a ser el verdadero problema. Se observa en ellas conflictos de roles, alteración de la organización jerárquica, no disponen de capacidad para negociar sus discrepancias y se muestran intolerantes ante las opiniones de los otros. De igual forma se culpabilizan por sus fracasos y se reprimen la expresión de las emociones (13).

La salud familiar ha sido evaluada por diferentes autores, para ello diferentes categorías en cada uno de los métodos aplicados, como el modelo McMaster, el modelo circumplejo de Olson, el Modelo de Minuchin, el método utilizado por Patricia Ares, y la prueba de Funcionamiento Familiar, de Díaz, De la Cuesta y Louro(14)

La evaluación de la funcionalidad familiar, requiere el empleo de instrumentos que pueden ser observacionales o de auto aplicación:

- Los métodos observacionales proveen una visión externa del fenómeno, y requiere de la participación de terapeutas cuya experiencia les permita valorar los patrones de interacción familiar. Los procedimientos para la aplicación de estos métodos son la entrevista, las escalas de evaluación clínica y los esquemas de codificación (14).
- Los instrumentos de autoaplicación proporcionan una perspectiva interna de la funcionalidad a través de cuestionarios estandarizados. De esta forma se obtiene información individual de cada uno de los integrantes de una

familia, incluyendo percepciones sobre sí mismo, de los demás miembros de la familia, roles, actitudes, valores, etc. (14).

Los instrumentos de atención a la familia, nos permiten identificar en que medida ésta cumpliendo con sus funciones básicas, y cual es el rol que puede estar jugando en el proceso salud-enfermedad (14).

Existen un conjunto de escalas, formatos y cuestionarios simplificados, los cuales son denominados Instrumentos de Atención Integral a la Familia, pues ofrecen una visión gráfica de la familia, facilitando la comprensión de sus relaciones y ayudan al profesional de la salud y a la familia a ver un «panorama mayor», tanto desde el punto de vista histórico como del actual. Los instrumentos de atención a la familia surgen de la necesidad de otros profesionales como los trabajadores sociales, genetistas, terapeutas familiares, etc. de contar con elementos que puedan ser usados rutinariamente. Estos instrumentos, alcanzaron su mayor difusión en el contexto de la medicina familiar, siendo rutinariamente utilizados en muchos países por los médicos familiares y sus equipos, en las múltiples atenciones a la población (14).

#### Instrumentos funcionalidad familiar

Los instrumentos de atención a la familia permiten desarrollar al profesional de la salud una visión integrada de los puntos fuertes y débiles de la familia en su

situación actual, así como del modo en que su desarrollo histórico puede estar influyendo en las interacciones actuales. En este proceso de “desarrollar una hipótesis”, los resultados arrojados por los instrumentos de atención a la familia permitirán tanto su formulación inicial como, una vez construida, aportar elementos que permitirán desechar o reforzar las hipótesis buscando la comprensión del entorno que permita encontrar el mejor modo de ayudar a la familia(14).

La evaluación de la funcionalidad familiar ha sido objeto de diversos enfoques según los énfasis que se han hecho para su observación: Tipología familiar de Cantor y Lehr (1975) que distingue familias patológicas y no patológicas, niveles de funcionamiento de Beavers (1977) que discrimina estilo de familia y adaptabilidad; modelo McMaster (1978) que diferencia dimensiones como solución de problemas, comunicación, roles, involucramiento afectivo y control conductual (14).

El Modelo Circumplejo de Sistemas Maritales y Familiares creado por Olson, Russell y Sprenkle en la Universidad de Minnesota, 1979 incluye tres categorías para la evaluación del funcionamiento familiar: cohesión, adaptabilidad y comunicación. Las Escalas de Adaptabilidad y Cohesión Familiar del Modelo Circunflejo, conocidas como FACES II y III (Olson, Portner, Lavee, 1985) para la familia real e ideal provee criterios diagnósticos de funcionamiento familiar (15).

Smilkstein en la Universidad de Washington en 1978 creó una prueba para evaluar funcionamiento de la familia, denominada APGAR familiar. El acrónimo hace

referencia a cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad, cooperación, gradiente de desarrollo, afectividad y capacidad resolutoria (16).

El APGAR familiar se validó en Chile, determinándose su sensibilidad, especificidad y capacidad discriminatoria para adolescentes, también en España obtuvo buenos indicadores de confiabilidad y se reporta en investigaciones de alcoholismo, violencia doméstica en embarazadas, así como en familias monoparentales, aunque su uso fue cuestionado por baja concurrencia con el diagnóstico médico(16).

El Genograma Familiar es uno de los métodos más utilizados en la práctica clínica, se fundamenta en la historia de la descendencia consanguínea de la familia y en particular la que comparte el hogar. Propone la identificación de la estructura familiar mediante el uso de símbolos que representan en un gráfico los vínculos consanguíneos, relacionales entre familiares a través de las generaciones. Los datos del gráfico sugieren la interpretación acerca de la vida familiar actual en una dimensión histórica (16)

En México se conoce la escala de evaluación de funcionamiento familiar de Joaquina Palomar, que consta de diez factores entre los cuales se describe la comunicación, la cohesión, las relaciones de pareja, la falta de apoyo, los roles el trabajo doméstico, las reglas, la organización, la autoridad, el tiempo que comparte la familia, la violencia y el apoyo(17).

En Estados Unidos, un grupo de expertos elaboró criterios diagnósticos de la disfunción familiar para su inclusión en la revisión de la versión IV del Manual Diagnóstico y Estadístico de Desordenes Mentales. Se plantean los criterios destrezas en resolver problemas, organización, clima emocional y se recogen en una escala de evaluación global de funcionamiento relacional denominada GARF que provee un diagnóstico de funcionamiento familiar, visto en un continuo que fluctúa entre un funcionamiento competente a otro disfuncional en dependencia de la frecuencia de presentación de esos criterios en la familia, constituyéndose el GARF en una herramienta válida en población norteamericana para tal propósito(18).

Los problemas de funcionamiento familiar pueden influir tanto en la aparición, como en la descompensación de las enfermedades crónicas, en la mayoría de las enfermedades psiquiátricas y en las conductas de riesgo de salud.

La relación del funcionamiento familiar puede ser factor predisponente en la producción, curso de diversas enfermedades y problemas de salud en sus integrantes (19).

La aparición de una enfermedad crónica en uno de los miembros de la familia propicia la inclusión del equipo médico y del sistema hospitalario en el sistema familiar. La familia colabora en el período de la rehabilitación y en la adaptación a las secuelas que dejó la enfermedad de alguno de sus miembros, también la ayuda instrumental y emocional que necesita el enfermo, la adecuación del hogar,

de la economía, la redistribución de roles, la colaboración en la reinserción a la sociedad. (19).

El individuo necesita y anhela el apoyo familiar y la ausencia de éste, le genera frustración y soledad. No siempre la familia es fuente de apoyo y amortiguadora de estrés, a menudo la vivencia de problemas familiares precipita reacciones o respuestas de estrés entre las cuales se encuentra el descontrol de la enfermedad crónica o su aparición (19).

Las relaciones familiares disfuncionales interfieren en el cumplimiento de medidas terapéuticas, preventivas indicadas y provocan sobreutilización de los servicios de salud (19).

Las enfermedades o los problemas de salud en algún integrante son procesos también de gran significado en la familia y en la vida personal.

En tanto se concibe la enfermedad como un proceso de deterioro que daña el funcionamiento biológico, psicológico, social de una persona y que puede conducir a la muerte, supone una situación de crisis, un acontecimiento estresante que produce un impacto en la vida del sujeto, una ruptura de su comportamiento y modo de vida habitual. No solo produce estrés en la persona que la padece sino también tiene efectos estresantes, en mayor o menor cuantía en los familiares del enfermo. Es también una crisis que puede durar períodos largos y conducir a cambios permanentes en pacientes y sus familiares (19).

En este sentido los procesos críticos que devienen de la situación de salud y enfermedad de los integrantes de la familia adquieren un significado especial para la misma y afectan de modo particular sus integrantes. Se reporta como una de las crisis más agudas de las familias como son: las provocadas por el alcoholismo, la discapacidad, la dependencia a sustancias, trastornos psiquiátricos, enfermedades como el cáncer, el VIH - SIDA y las enfermedades crónicas en general que su descompensación o deterioro comportan peligro inminente para la vida (19).

#### Funcionalidad familiar y control de enfermedades crónicas

México inició hace poco más de medio siglo su propio proceso de transición Epidemiológica, demográfica que actualmente se encuentra en una fase de rápido cambio en sus perfiles de salud. La característica general de este proceso consiste en la disminución de los padecimientos propios del subdesarrollo y el incremento de las enfermedades que prevalecen en los países industrializados. En consecuencia, durante los últimos años se han observado en México un incremento en la frecuencia de padecimientos crónicodegenerativos, como la enfermedad isquemia del corazón, enfermedad cerebral vascular, diabetes mellitus e hipertensión.

Por lo tanto, el perfil epidemiológico de la población se ha visto modificado, hasta el grado de que, actualmente, de las diez principales causas de mortalidad general publicadas, nueve son crónicas y sólo una es infecciosa (20).

Los indígenas, los estratos socio-económicos bajos en México tienen mayor porcentaje de desmedro, anemia, así como de diabetes e hipertensión no diagnosticada, en comparación con el resto de los habitantes del país. Esto sugiere que la doble carga de la enfermedad (deficiencias y enfermedades crónicas) afecta de forma más aguda a quienes menos recursos tienen (21).

La hipertensión arterial esencial es un padecimiento frecuente y constituye uno de los principales problemas de salud pública. En la población urbana de México su prevalencia se estima en 25% y en la población rural varía de 13% al 21%

El control adecuado de las cifras de presión arterial en los pacientes con hipertensión aumenta su esperanza y calidad de vida, uno de los problemas inherentes a su tratamiento es que, la elevación de la presión arterial no produce de manera habitual manifestaciones clínicas relevantes, por lo que el paciente puede tener la falsa impresión de que su enfermedad se encuentra controlada. De esta manera, el fracaso de la terapia antihipertensiva es común y se relaciona sobre todo con la falta de apego al tratamiento. Se realizó un estudio para comprobar si el apego al tratamiento tiene relación con el apoyo familiar y se encontró que el manejo de la hipertensión arterial incluye medidas de tratamiento farmacológico, ejercicio y dieta, por lo que su control adecuado depende del apego que se logre a las diferentes acciones prescritas. Sin embargo, ya que se requiere la adopción permanente de estas acciones el entorno familiar se puede modificar desfavorablemente, de manera que el apego al tratamiento se vincula de forma directa con el apoyo que los familiares que otorgan al enfermo.

El estudio concluye que el enfermo que acude a consulta con descontrol de la presión arterial deberían considerarse los aspectos relacionados con el entorno familiar, ya que los mismos, al ejercer una influencia significativa sobre el apego al tratamiento podrían ser una de las causas de la falla terapéutica (22).

Por la importancia epidemiológica que representan las enfermedades crónicas se realizó un estudio en México donde analiza el control del paciente DM2 y la relación familiar, se encontró que la familia influye en el individuo a través de sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto. La enfermedad en el ser humano además del componente patológico consta de uno ecológico en el que la familia constituye el contexto social más significativo duradero.

En otro estudio, se realizó seguimiento a pacientes que tenían red social familiar adecuada y no adecuada, en relación con su glucosa y apego al tratamiento. Se obtuvo que los pacientes mejor controlados en glucosa y apego al tratamiento fueron los que tenían redes familiares adecuadas y los pacientes diabéticos descontrolados no tienen redes de apoyo (23).

El INEGI ha reportado que las causas de mortalidad, endocrinas, nutricionales y metabólicas han ido aumentando:

2000	Total	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	59,803
2000	Total	Enfermedades del sistema circulatorio	97,655
2001	Total	Tumores (neoplasias)	59,011
2001	Total	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	63,013
2001	Total	Enfermedades del sistema circulatorio	99,71
2002	Total	Tumores (neoplasias)	61,417

2002	Total	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	68,387
2002	Total	Enfermedades del sistema circulatorio	104,357
2003	Total	Tumores (neoplasias)	63,067
2003	Total	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	73,101
2003	Total	Enfermedades del sistema circulatorio	107,909
2004	Total	Tumores (neoplasias)	64,336
2004	Total	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	75,444
2004	Total	Enfermedades del sistema circulatorio	107,752
2005	Total	Tumores (neoplasias)	66,464
2005	Total	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	81,134
2005	Total	Enfermedades del sistema circulatorio	112,025
2006	Total	Tumores (neoplasias)	67,274
2006	Total	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	81,955
2006	Total	Enfermedades del sistema circulatorio	111,999

Existe diferencia de causas de mortalidad entre los estados que conforman a la república Mexicana, sería de gran interés investigar las causas epidemiológicas de cada uno para determinar el perfil de mortalidad de enfermedades crónicas.

Causas de mortalidad, endocrinas, nutricionales y metabólicas según el INEGI en el 2006:

Aguascalientes	41	Querétaro	48
Baja California Norte	68	Quintana Roo	18
Baja California Sur	13	San Luís Potosí	85
Campeche	25	Sinaloa	82
Coahuila	66	Sonora	86
Colima	22	Tabasco	93
Chiapas	271	Tamaulipas	84

Chihuahua	103	Tampico	39
Distrito Federal	360	Tlaxcala	446
Durango	47	Veracruz	91
Guanajuato	175	Yucatán	446
Guerrero	139	Zacatecas	69
Hidalgo	116		
Jalisco	237		
Estado de México	241		
Michoacán	192		
Morelos	87		
Nayarit	53		
Nuevo León	79		
Oaxaca	305		
Puebla	307		

En la actualidad se está estudiando una nueva definición como es el síndrome cardiometabólico, en 1939 se postuló que la DM2 no solo era por deficiencia de insulina, sino también insensibilidad a esta hormona. Posteriormente Defrozo y Raven demostraron la resistencia a la insulina, a su vez producía DM2 en combinación con enfermedad-cardiovascular-ateroesclerosa. Se asoció a trastornos de la regulación glucémica, lipídica y tensión arterial, creando el concepto síndrome X. En el 2002 se propuso que no era sencillo diagnosticar la resistencia a la insulina, por lo que llamaron síndrome metabólico que es hipertrigliceridemia, hipocolesterolemia HDL, hiperglucemia, hipertensión arterial y obesidad, lo anterior para facilidad de detección de riesgo a la DM al detectar un paciente con estas características.

Pero estos elementos no sustituyen a la escala de riesgo cardiovascular como la de Framingham, que al unirlos forman el síndrome cardiometabólico (25).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Si ¿El médico considera relación, en la intervención de funcionalidad familiar y el control de las enfermedades crónicas?

## **OBJETIVO**

Demostrar que el médico familiar considera que hay una relación en funcionalidad familiar y el control de las enfermedades crónicas.

## **HIPÓTESIS**

El médico al considerar la intervención en funcionalidad familiar, se obtiene un control en las enfermedades crónicas.

## **JUSTIFICACIÓN**

La práctica habitual del médico familiar, así como las características de su entrenamiento durante la residencia, el cambio que pueda producir en su papel como orientador de la familia es de primer orden. Por lo tanto al ser el responsable de la atención a las familias con patología, de índole biológica, psicológica o social en una interrelación dinámica, constante permite cumplir con la premisa de atención integral del individuo y a su familia.

En México no hay estudios acerca de que si el médico considera que hay relación en funcionalidad familiar y el control de enfermedades crónicas, es importante epidemiológicamente porque las enfermedades crónicas se consideran la primera causa de morbilidad, mortalidad en México y se debe dar una atención médica de calidad que según la OMS la define “como el logro de un alto nivel de excelencia profesional, satisfacción del paciente, la existencia de mínimos riesgos y el uso eficiente de los recursos” (7).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó en el Hospital General de Zona /UMF 8 del IMSS. El diseño estadístico es no experimental, transversal de tipo correlacional con 30 médicos familiares adscritos a consulta externa, turno matutino y vespertino, del consultorio 1 al 16 en donde se aplicó un cuestionario de tipo Likert\*\* para medir la relación de la intervención del médico y el control de las enfermedades crónicas.

### Variables

#### Criterios de exclusión:

Médicos no adscritos a consultorio de consulta externa, médicos cubre vacaciones y los que se encuentran en la jefatura de departamento clínico.

#### Proceso de captación de la información:

Se realizaron definiciones operacionales, indicadores de cada variable, construcción del instrumento, prueba piloto, confiabilidad inicial, revisión del instrumento, construcción definitiva, autorización para aplicación del instrumento, confiabilidad final, validez final y análisis de resultados.

---

\*\* Escala utilizada en estudios no experimentales correlacionales, para medir actitudes con un fin determinado.

## RESULTADOS

### RESULTADOS DEL CUESTIONARIO APLICADO A 30 MÉDICOS FAMILIARES.

1..¿En una familia funcional, se cumplen roles, jerarquías, límites y funciones?

OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA RESPUESTA MÉDICOS FAMILIARES	PORCENTAJE EN BASE AL TOTAL RESPUESTAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES
NUNCA	6	20
A VECES	9	30
SIEMPRE	15	50
TOTAL	30	100

2..¿Para realizar el diagnóstico familiar, se debe saber el ciclo evolutivo?

OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA RESPUESTA MEDICOS FAMILIARES	PORCENTAJE EN BASE AL TOTAL RESPUESTAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES
NUNCA	3	10
A VECES	9	30
SIEMPRE	18	60
TOTAL	30	100

3..¿Conocer los instrumentos de funcionalidad y la aplicación, nos ayuda en la intervención familiar?

OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA RESPUESTA MÉDICOS FAMILIARES	PORCENTAJE EN BASE AL TOTAL RESPUESTAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES
NUNCA	3	10
A VECES	14	46.7
SIEMPRE	13	43.3
TOTAL	30	100

4..¿El último año, consideró importante recibir curso de dinámica familiar?

OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA RESPUESTA MÉDICOS FAMILIARES	PORCENTAJE EN BASE AL TOTAL RESPUESTAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES
NUNCA	0	0
A VECES	3	10
SIEMPRE	27	90
TOTAL	30	100

5..¿La dinámica familiar, es factor de riesgo de enfermedades crónicas?

OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA RESPUESTA MÉDICOS FAMILIARES	PORCENTAJE EN BASE AL TOTAL RESPUESTAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES
NUNCA	6	20
A VECES	5	16.7
SIEMPRE	19	63.3
TOTAL	30	100

6..¿Considera suficiente el tiempo de consulta externa para explorar la funcionalidad familiar?

OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA RESPUESTA MÉDICOS FAMILIARES	PORCENTAJE EN BASE AL TOTAL RESPUESTAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES
NUNCA	20	66.7
A VECES	8	26.7
SIEMPRE	2	6.7
TOTAL	30	100

7..¿El síntoma del paciente con enfermedad crónica, significa que es portador de la problemática familiar?

OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA RESPUESTA MÉDICOS FAMILIARES	PORCENTAJE EN BASE AL TOTAL RESPUESTAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES
NUNCA	0	0
A VECES	21	70
SIEMPRE	9	30
TOTAL	30	100

8..¿Saber las expectativas de la familia hacia el paciente, nos ayuda a controlar la enfermedad?

OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA RESPUESTA MÉDICOS FAMILIARES	PORCENTAJE EN BASE AL TOTAL RESPUESTAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES
NUNCA	1	3.3
A VECES	26	86.7
SIEMPRE	3	10
TOTAL	30	100

9..¿Identificar las redes de apoyo del paciente, nos auxilia a controlar la enfermedad crónica?

OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA RESPUESTA MÉDICOS FAMILIARES	PORCENTAJE EN BASE AL TOTAL RESPUESTAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES
NUNCA	0	0
A VECES	22	73.3
SIEMPRE	8	26.7
TOTAL	30	100

10..¿Es importante realizar el familiograma en pacientes con enfermedad crónica?

OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA RESPUESTA MÉDICOS FAMILIARES	PORCENTAJE EN BASE AL TOTAL RESPUESTAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES
NUNCA	0	0
A VECES	4	13.3
SIEMPRE	26	86.7
TOTAL	30	100

11..¿Explorar las pautas de conducta en la familia, controla la enfermedad crónica?

OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA RESPUESTA MÉDICOS FAMILIARES	PORCENTAJE EN BASE AL TOTAL RESPUESTAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES
NUNCA	0	0
A VECES	26	86.7
SIEMPRE	4	13.3
TOTAL	30	100

12..¿Los médicos familiares deben orientar en la funcionalidad familiar?

OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA RESPUESTA MÉDICOS FAMILIARES	PORCENTAJE EN BASE AL TOTAL RESPUESTAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES
NUNCA	1	3.3
A VECES	9	30
SIEMPRE	20	66.7
TOTAL	30	100

13..¿La intervención familiar depende de la edad del paciente con enfermedad crónica?

OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA RESPUESTA MÉDICOS FAMILIARES	PORCENTAJE EN BASE AL TOTAL RESPUESTAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES
NUNCA	9	30
A VECES	9	30
SIEMPRE	12	40
TOTAL	30	100

14..¿La injerencia del equipo de salud(estomatología,nutrición, trabajo social, psicología, medicina preventiva)controla la enfermedad crónica?

OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA RESPUESTA MÉDICOS FAMILIARES	PORCENTAJE EN BASE AL TOTAL RESPUESTAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES
NUNCA	0	0
A VECES	16	53.3
SIEMPRE	14	46.7
TOTAL	30	100

15..¿Mediar los estresores familiares disminuyen complicaciones de enfermedades crónicas?

OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA RESPUESTA MÉDICOS FAMILIARES	PORCENTAJE EN BASE AL TOTAL RESPUESTAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES
NUNCA	3	10
A VECES	11	36.7
SIEMPRE	16	53.3
TOTAL	30	100

16..¿El control de la enfermedad crónica está relacionada con la escolaridad del paciente?

OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA RESPUESTA MÉDICOS FAMILIARES	PORCENTAJE EN BASE AL TOTAL RESPUESTAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES
NUNCA	8	26.7
A VECES	13	43.3
SIEMPRE	9	30
TOTAL	30	100

17..¿Orientar a la familia acerca de la enfermedad crónica controla el padecimiento?

OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA RESPUESTA MÉDICOS FAMILIARES	PORCENTAJE EN BASE AL TOTAL RESPUESTAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES
NUNCA	3	10
A VECES	10	33.3
SIEMPRE	17	56.7
TOTAL	30	100

18..¿Intervenir en autoestima del paciente controla la enfermedad crónica?

OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA RESPUESTA MEDICOS FAMILIARES	PORCENTAJE EN BASE AL TOTAL RESPUESTAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES
NUNCA	0	0
A VECES	21	70
SIEMPRE	9	30
TOTAL	30	100

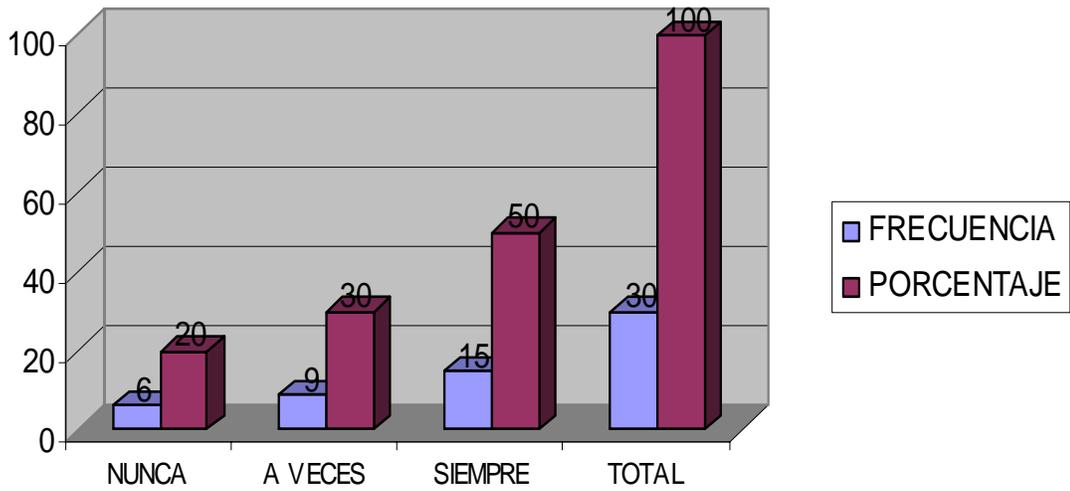
19..¿Considera que tiene relación la intervención en funcionalidad familiar y control de la enfermedad?

OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA RESPUESTA MÉDICOS FAMILIARES	PORCENTAJE EN BASE AL TOTAL RESPUESTAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES
NUNCA	0	20
A VECES	9	30
SIEMPRE	21	50
TOTAL	30	100

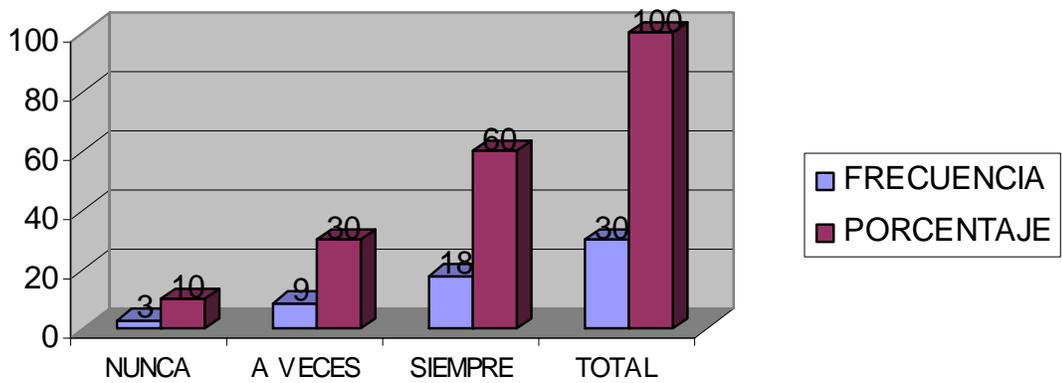
20..¿Controlar la enfermedad crónica en la familia disfuncional es más importante el medicamento, dieta y ejercicio que la intervención?

OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA RESPUESTA MÉDICOS FAMILIARES	PORCENTAJE EN BASE AL TOTAL RESPUESTAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES
NUNCA	15	0
A VECES	9	30
SIEMPRE	6	70
TOTAL	30	100

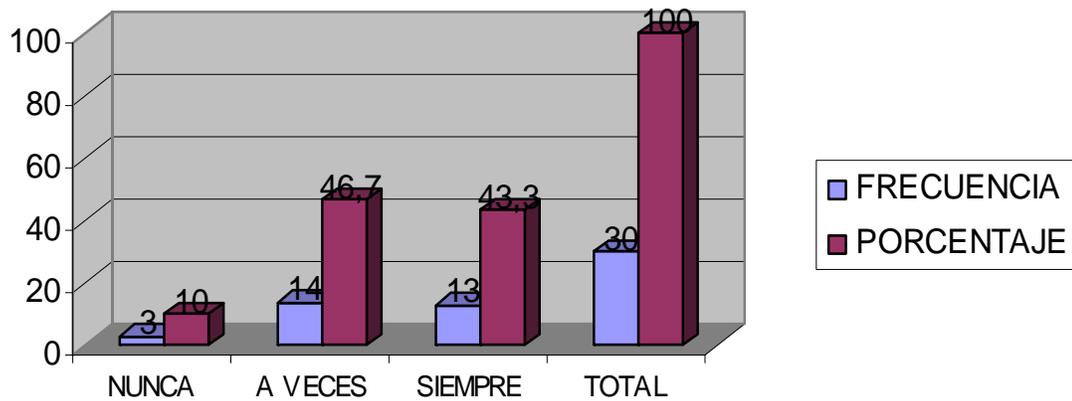
**¿EN UNA FAMILIA FUNCIONAL, SE CUMPLEN  
ROLES, JERARQUÍAS, LÍMITES Y FUNCIONES?**



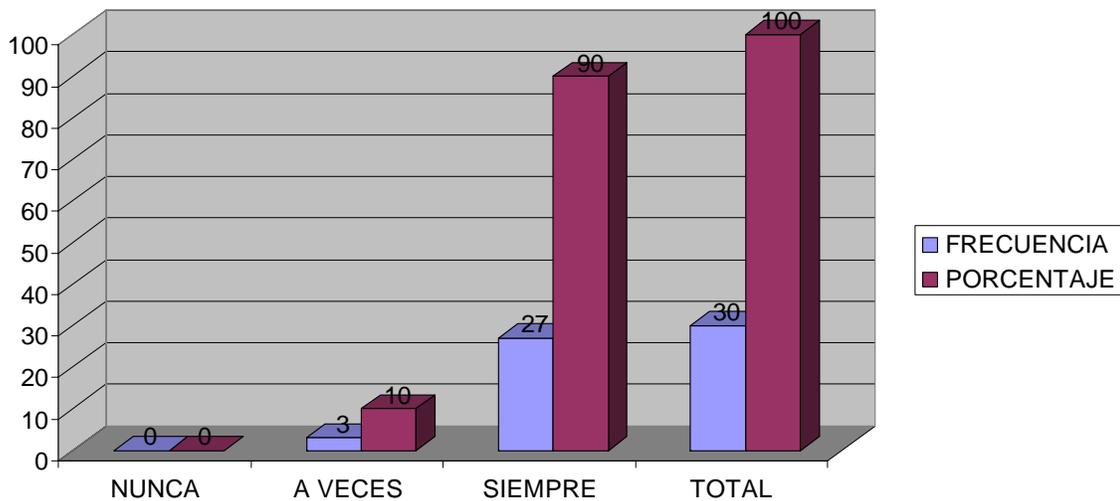
**¿PARA REALIZAR EL DIAGNÓSTICO FAMILIAR, SE DEBE  
SABER EL CICLO EVOLUTIVO?**



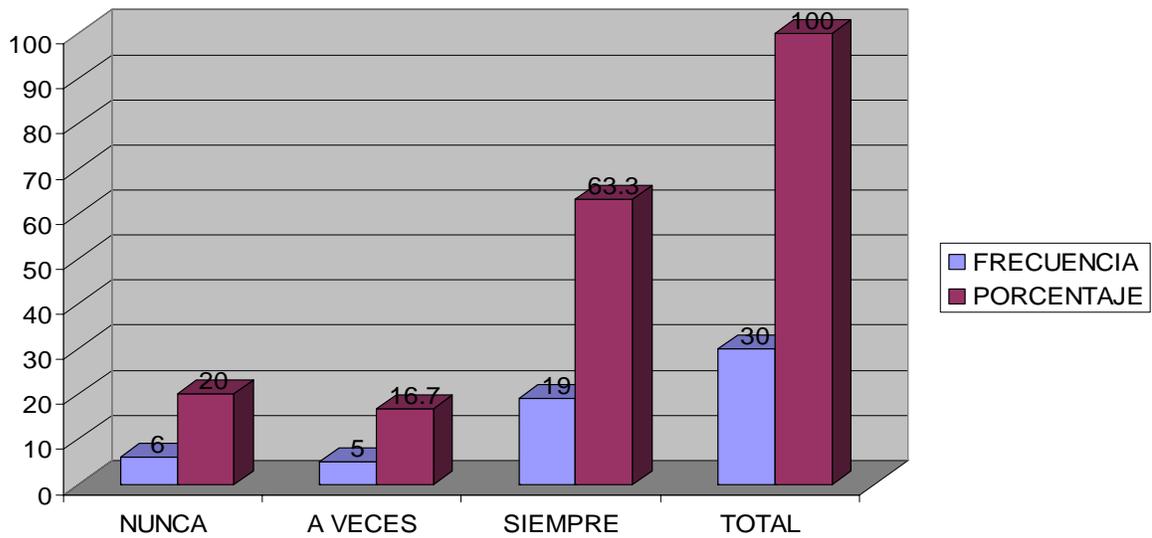
**¿CONOCER LOS INSTRUMENTOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA APLICACIÓN, NOS AYUDA EN LA INTERVENCIÓN FAMILIAR?**



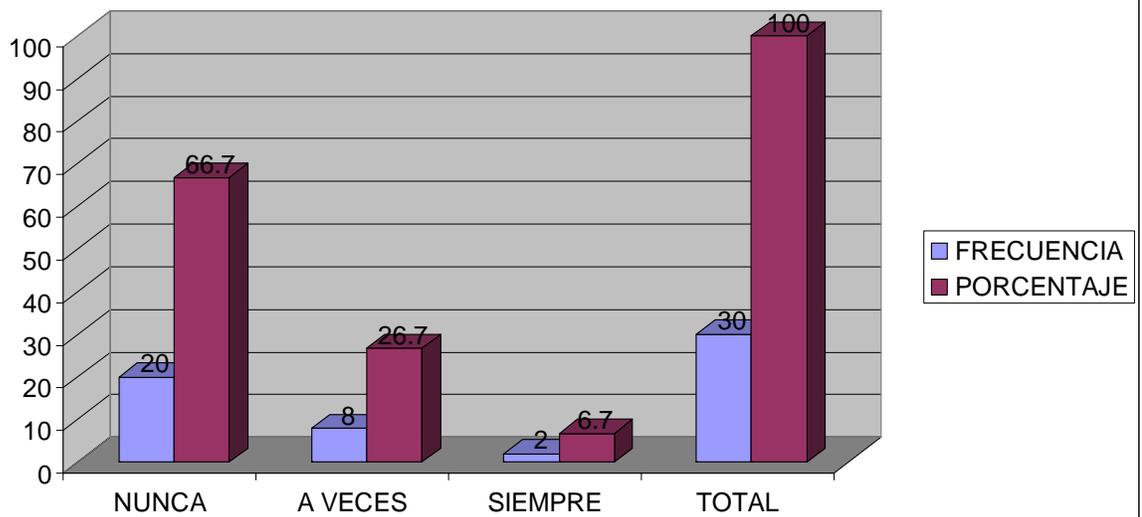
**¿EL ÚLTIMO AÑO CONSIDERÓ IMPORTANTE RECIBIR CURSO DE DINÁMICA FAMILIAR?**



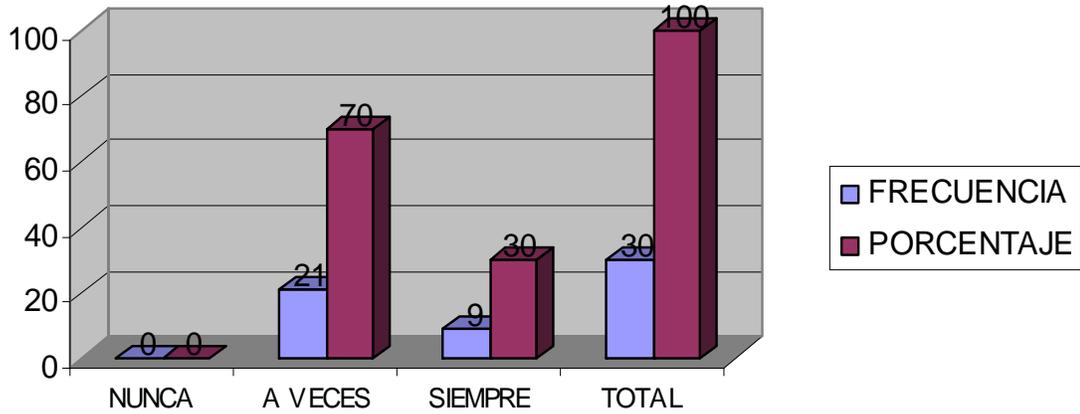
### ¿LA DINÁMICA FAMILIAR ES FACTOR DE RIESGO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS?



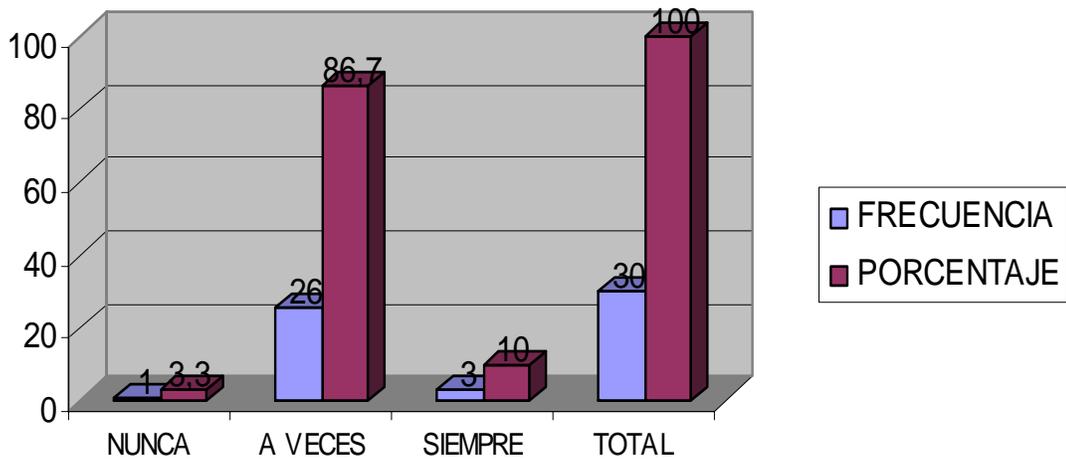
### ¿CONSIDERA SUFICIENTE EL TIEMPO DE CONSULTA EXTERNA PARA EXPLORAR LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR?



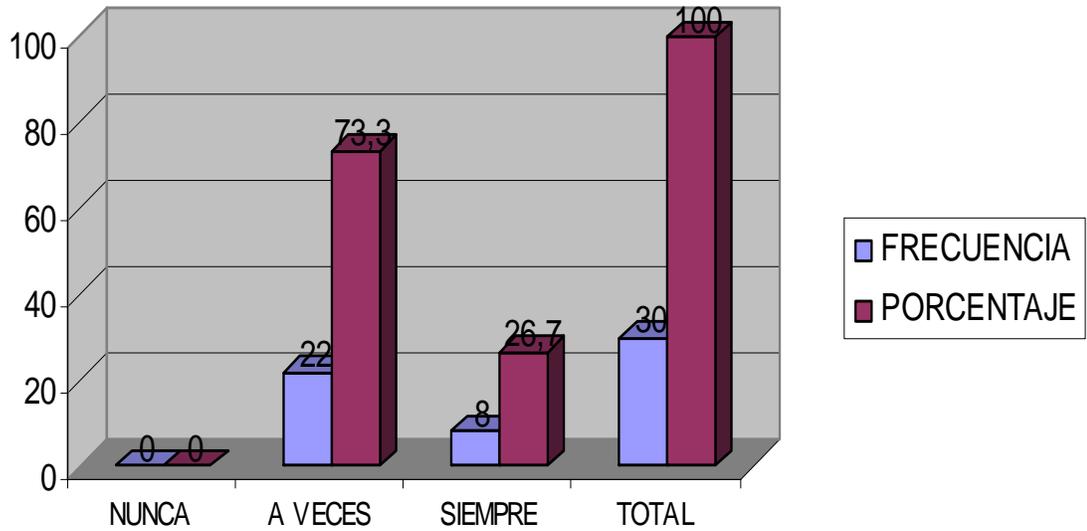
**¿EL SÍNTOMA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRÓNICA, SIGNIFICA QUE ES PORTADOR DE LA PROBLEMÁTICA FAMILIAR?**



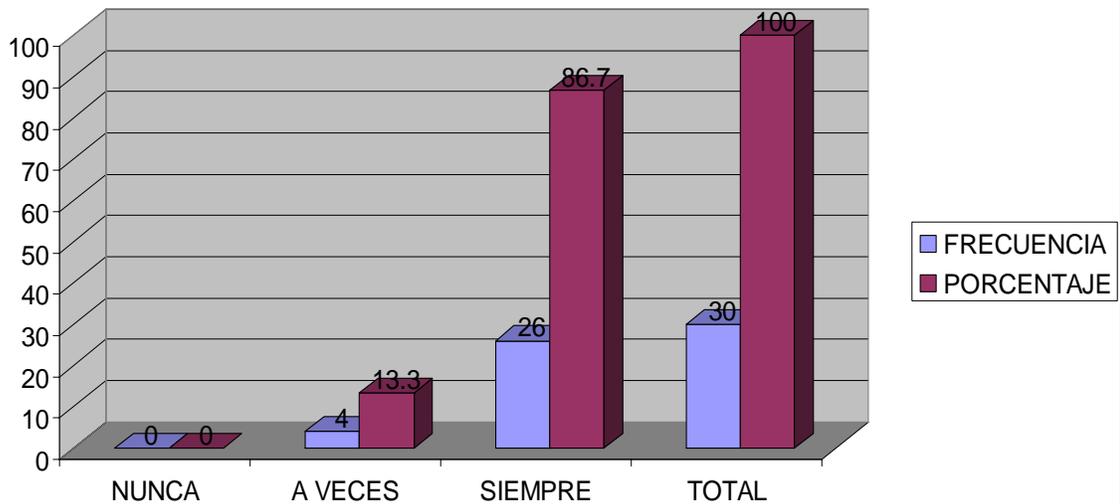
**¿SABER LAS EXPECTATIVAS DE LA FAMILIA HACIA EL PACIENTE, NOS AYUDA A CONTROLAR LA ENFERMEDAD CRÓNICA?**



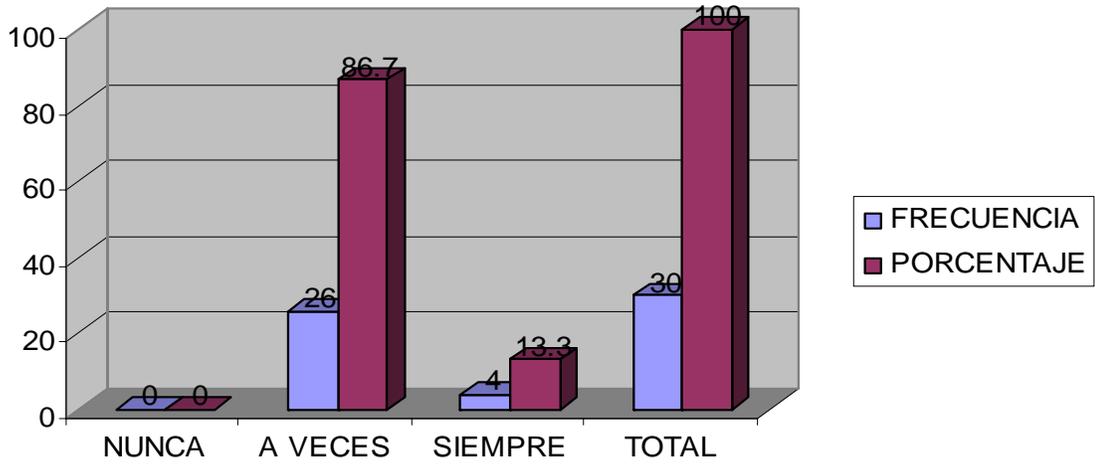
**¿IDENTIFICAR LAS REDES DE APOYO DEL PACIENTE, NOS AUXILIA A CONTROLAR LA ENFERMEDAD CRÓNICA?**



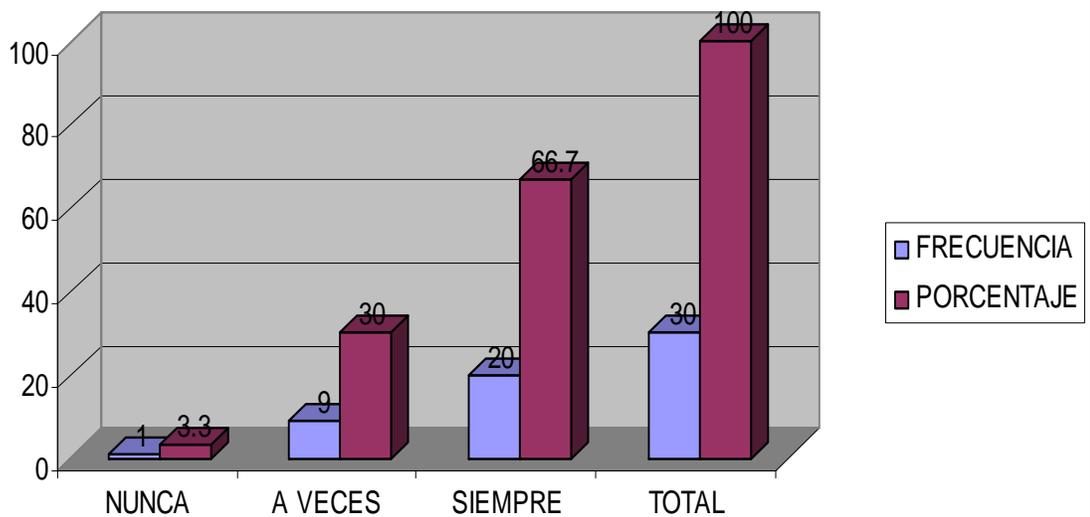
**¿ES IMPORTANTE REALIZAR EL FAMILIOGRAMA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA?**



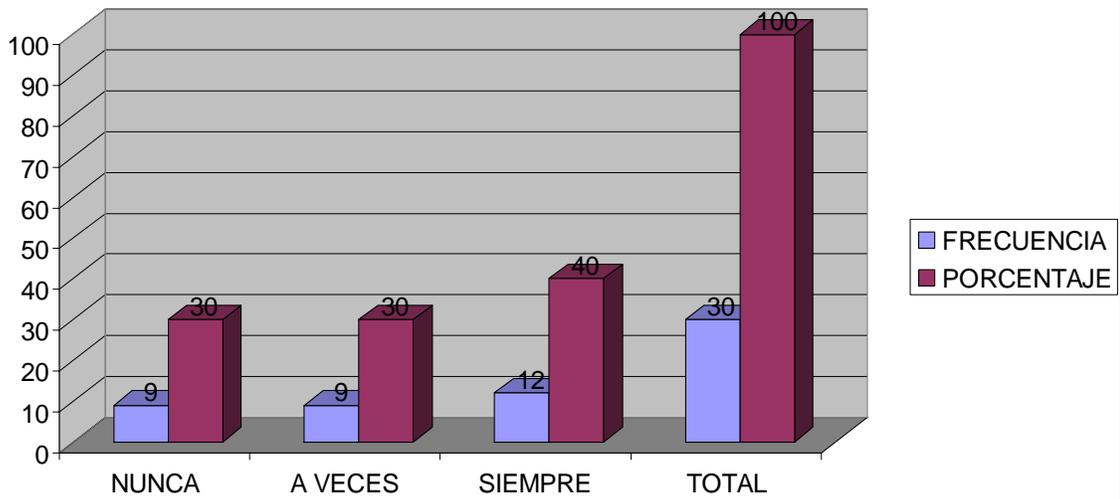
### ¿EXPLORAR LAS PAUTAS DE CONDUCTA EN LA FAMILIA, CONTROLA LA ENFERMEDAD CRÓNICA?



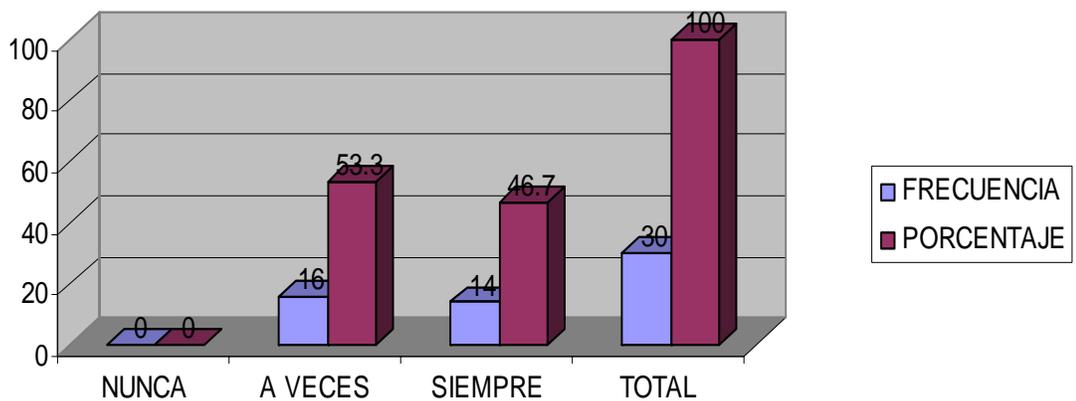
### ¿LOS MÉDICOS FAMILIARES DEBEN ORIENTAR EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR?



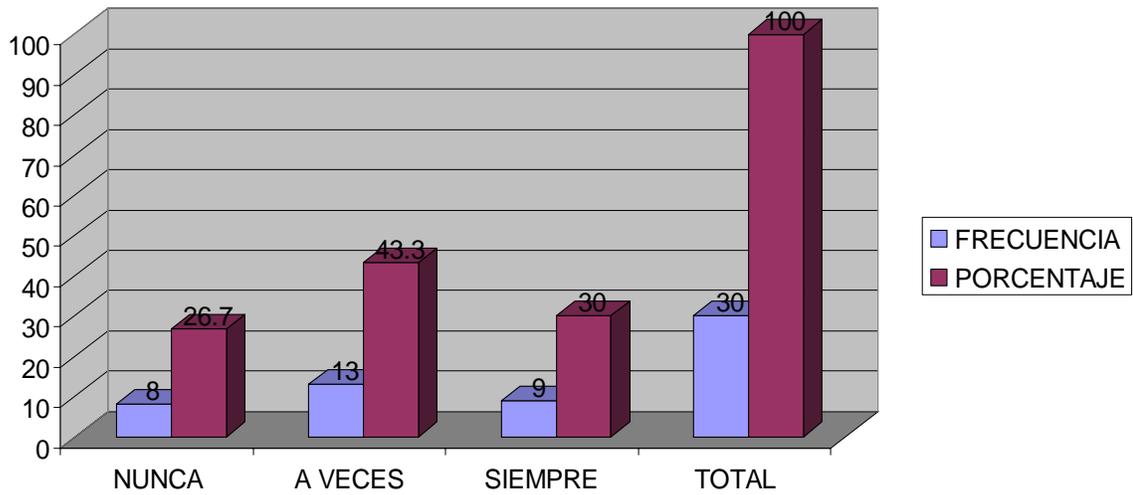
**¿LA INTERVENCIÓN FAMILIAR DEPENDE DE LA EDAD DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRÓNICA?**



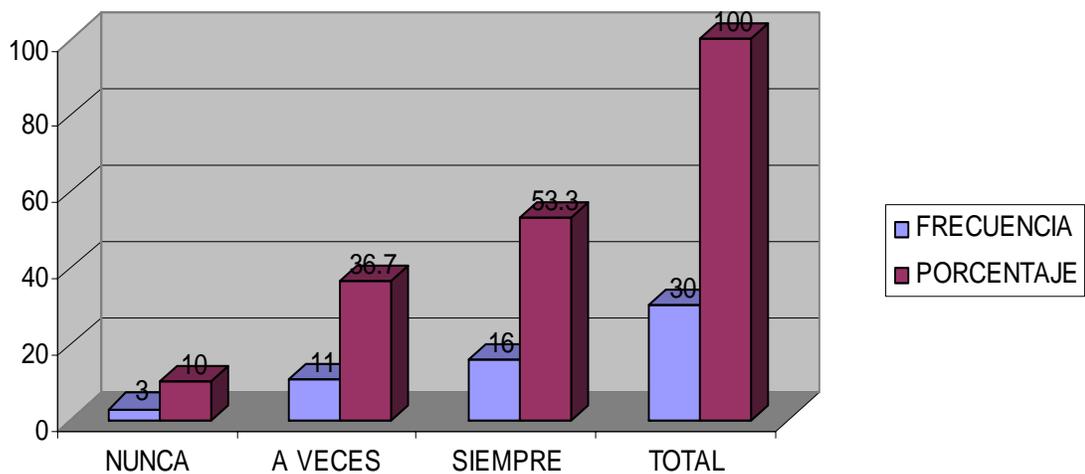
**¿LA INJERENCIA DEL EQUIPO DE SALUD (ESTOMATOLOGÍA, NUTRICIÓN, TRABAJO SOCIAL, PSICOLOGÍA, MEDICINA PREVENTIVA) CONTROLA LA ENFERMEDAD CRÓNICA?**



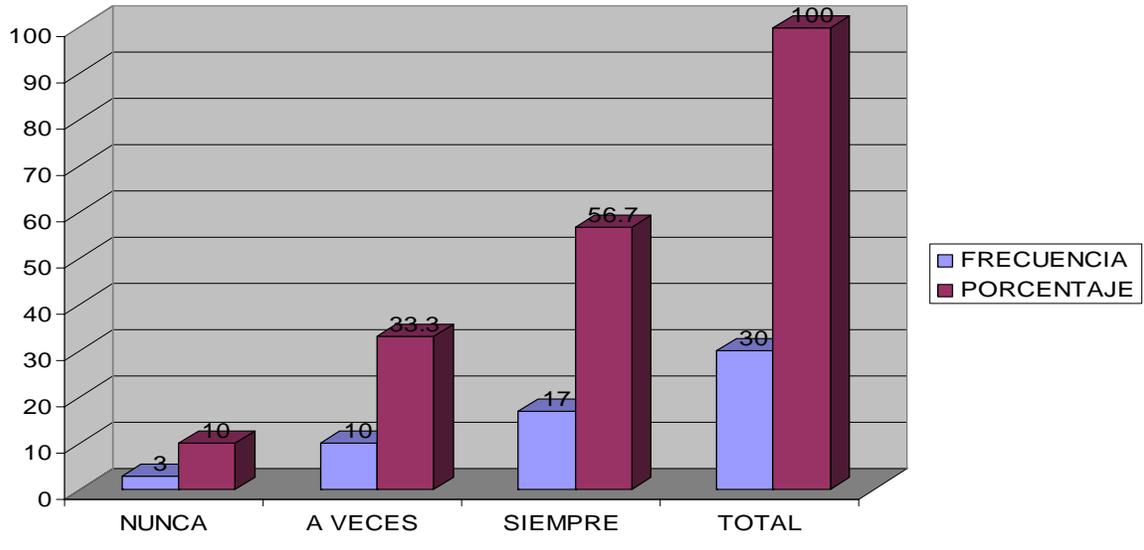
### ¿EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA ESTÁ RELACIONADA CON LA ESCOLARIDAD DEL PACIENTE?



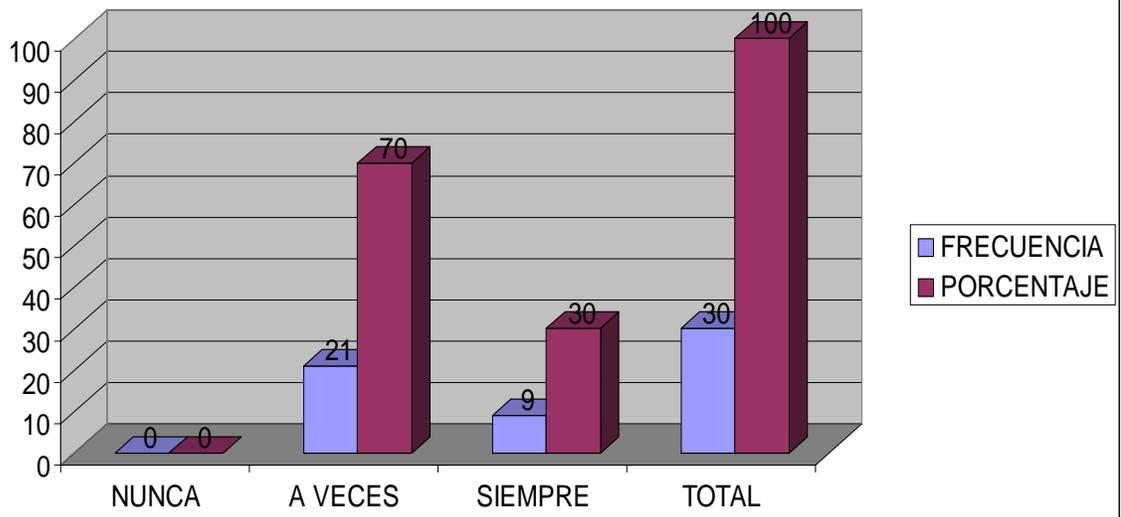
### ¿MEDIAR LOS ESTRESORES FAMILIARES, DISMINUYEN COMPLICACIONES DE ENFERMEDADES CRÓNICAS?



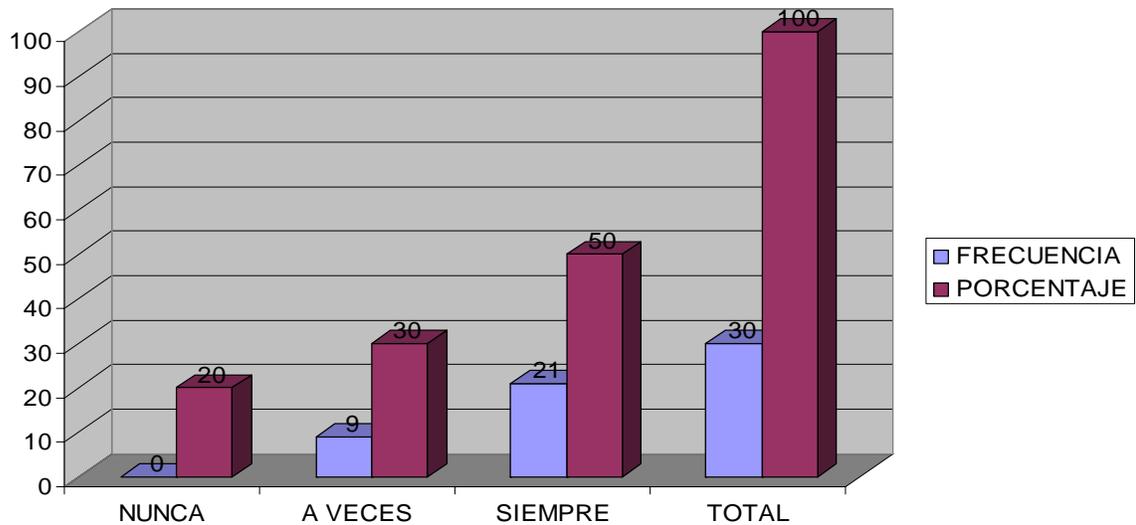
### ¿ORIENTAR A LA FAMILIAR ACERCA DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA CONTROLA EL PADECIMIENTO?



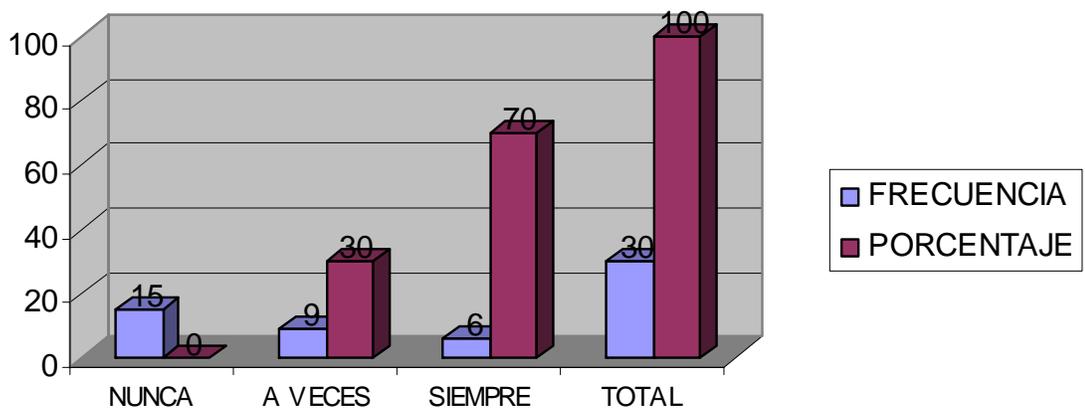
### ¿INTERVENIR EN EL AUTOESTIMA DEL PACIENTE CONTROLA LA ENFERMEDAD CRÓNICA?



**¿CONSIDERA QUE TIENE RELACIÓN LA INTERVENCIÓN EN  
FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONTROL DE LA  
ENFERMEDAD?**



**¿CONTROLAR LA ENFERMEDAD CRÓNICA EN LA FAMILIA  
DISFUNCIONAL, ES MÁS IMPORTANTE EL MEDICAMENTO,  
DIETA Y EJERCICIO, QUE LA INTERVENCIÓN?**



## ANÁLISIS DE RESULTADOS

De 30 médicos familiares de acuerdo con los resultados obtenidos, el 15% respondió que en la funcionalidad familiar se cumplen roles, jerarquías y límites. Por lo que el médico considera, una familia funcional puede carecer de estos elementos y ser otras las características de una familia funcional.

El 60% de médicos refieren que para hacer el diagnóstico familiar, es importante explorar el ciclo evolutivo de la familia, ya que las crisis familiares se relacionan con las diferentes etapas de la familia que según Huerta son: Constitutiva, Procreativa, Dispersión y Final.

Conocer los instrumentos de funcionalidad familiar y aplicación, para poder intervenir, el resultado obtenido fue el 43% de los médicos ya que no son elementales y puede ser limitante que no se tenga conocimiento de dichos instrumentos.

El 90% de los médicos están muy interesados en recibir curso de actualización en dinámica familiar, porque el 63.3% piensa que la dinámica familiar puede ser factor de riesgo para enfermedades crónicas.

Se debe tener en cuenta que el médico delibera que no hay suficiente tiempo de consulta externa, para la exploración de dinámica familiar y este puede ser otro limitante para poder tener un mejor control en las enfermedades crónicas.

La presentación de un síntoma en el paciente con enfermedad crónica, el 70% de médicos refiere que a veces es portador de la problemática familiar, los síntomas pueden ser por otras causas propias de la enfermedad.

El 96.7% de los médicos contestaron que, conocer las expectativas de la familia hacia el paciente es importante, pero no fundamental para controlar la enfermedad crónica, hay otros factores de adaptabilidad, redes de apoyo fuera de la familia o que la orientación de la enfermedad al paciente es suficiente.

El Identificar las redes de apoyo del paciente, el 73.3% de los médicos dicen que no es importante para controlar la enfermedad.

Realizar el familiograma en pacientes con enfermedad crónica, el 86.7% coincidieron en la importancia de obtenerlo, es el instrumento más empleado por todos los médicos familiares.

El 86.7% de los médicos familiares dicen, que a veces explorar las pautas de conducta en la familia controla la enfermedad crónica, por lo que la pauta del paciente es suficiente.

El 33% de los médicos contestaron que no se debe orientar en funcionalidad familiar, tal vez por los limitantes del tiempo de consulta externa, por falta de estrategias o conocimiento de orientación en dinámica familiar.

El 60% de médicos creen que la intervención familiar no depende de la edad del paciente.

El 53.3% de los médicos familiares, dicen que la injerencia del equipo de salud (estomatología, nutrición, trabajo social, psicología, medicina preventiva) no controla la enfermedad crónica, por lo que no emplea acción integral hacia el paciente.

El 43.3% de médicos encuentra que no tiene relación la escolaridad del paciente con el control de la enfermedad crónica.

El 53.3% concluyen que los estresores familiares se relacionan con las complicaciones de las enfermedades crónicas y un 46.7% que no hay dicha relación.

Orientar a la familia acerca de la enfermedad crónica el 56.7% no lo relaciona con el control de la enfermedad, puede que solo reflexione en el aspecto biológico del paciente, los medicamentos, dieta y ejercicio.

El intervenir en autoestima del paciente el 70% no discurre que sea siempre importante para controlar la enfermedad crónica, nos indica que solo influye el aspecto biológico.

El 50% menciona que tiene relación la intervención del médico en funcionalidad familiar y el control de las enfermedades crónicas.

El 70% de los médicos dice, que en una familia disfuncional para poder controlar la enfermedad crónica, lo más importante son los medicamentos, dieta y ejercicio no la intervención que se realice.

## DISCUSIÓN

Existen múltiples artículos donde consideran como factor de riesgo, la dinámica familiar para enfermedades crónicas, no existen artículos si el médico considera que hay relación en la intervención en funcionalidad familiar y control de las enfermedades crónicas.

Cuando en una familia hay un paciente con diagnóstico de enfermedad crónica reacciona según las etapas de negación, ira, pacto, depresión y resignación.

Para comprender el impacto que tiene el diagnóstico de una enfermedad crónica en una familia se han desarrollado varios modelos, que tratan de explicar los efectos del padecimiento sobre el grupo familiar de una manera sistémica.

El tipo psicosocial de la enfermedad puede variar en términos de su inicio (Agudo o gradual), curso, pronóstico, así como el grado de incapacidad que puede originar en el paciente, de manera que en el proceso de la enfermedad crónica se pueden plantear puntos críticos y transiciones que requieren posibles cambios en la organización familiar.

Las variables claves del sistema familiar son algunas características de la vida familiar como sería su historia transgeracional de enfermedades, su nivel de desarrollo, su sistema de creencias, su grado de cohesión, adaptabilidad y

comunicación y el grado de escolaridad. La familia cambia su organización tratando de establecer estrategias para responder a sucesos estresantes.

El enfermo crónico como su familia necesitan darle sentido a la enfermedad, porque es parte de un individuo. Las familias que tengan un mejor sostén emocional y material tienen mayor oportunidad de alcanzar una adaptación efectiva a la enfermedad; las que viven relativamente aisladas de la sociedad, son estructuralmente inflexibles, pueden tener mayor dificultad para adaptarse. Por lo que la familia resulta crucial en la determinación del curso de la enfermedad y contribuye para el mejoramiento o exacerbación de los síntomas.

El individuo, la familia y el personal al cuidado de la salud enfrentan una serie de tareas adaptativas en relación con la enfermedad.

En cada fase del padecimiento, todos necesitan cumplir con tareas especiales y requerirán de diferentes estrategias para su más adecuado enfrentamiento y asimilación.

Por lo que el médico familiar tiene una tarea especial que cumplir.

El objetivo de esta investigación es, Si el médico familiar considera que hay relación en la intervención de funcionalidad y control de las enfermedades crónicas, de acuerdo con el análisis de resultados, el grupo de médicos encuestado no lo consideró importante, sin embargo se debe explorar las pautas

de conducta de la familia, el empleo de instrumentos para evaluación funcionalidad familiar, conocer las expectativas de los familiares hacia el paciente, las redes de apoyo.

Se enfatiza el papel importante del médico familiar ante la sociedad de aplicar medicina integral, porque la injerencia del equipo de salud (estomatología, nutrición, trabajo social, psicología, medicina preventiva) nos ayuda a controlar y a prevenir la enfermedad crónica en la familia.

Orientar a la familia acerca de la enfermedad crónica, promueve el control y prevención de enfermedades crónicas.

Lo más importante en el control del padecimiento es la intervención en funcionalidad familiar promoviendo los cambios de estilo de vida.

Resulta interesante realizar una investigación de los limitantes para que el médico familiar pueda explorar funcionalidad familiar, aplicar el modelo biopsicosocial y tener un mejor control de enfermedades crónicas, ya que se reportó que un 90% de médicos familiares están muy interesados en recibir un curso de dinámica familiar para poder ayudar a los pacientes, lo anterior nos dice, que los limitantes son estrategias de cada médico para optimización de los recursos con los que cuenta, la falta de conocimiento sobre dinámica familiar.

Se tendrán muchos artículos y teorías sobre las enfermedades y funcionalidad familiar que demuestren en familias funcionales se tenga mayor control de

enfermedades. Sin embargo en la práctica diaria de consulta externa de medicina familiar no se lleva a cabo, los médicos no consideran que hay relación de la intervención en funcionalidad y control de las enfermedades, se podría proponer una investigación experimental con médicos familiares ampliamente capacitados en dinámica familiar y otro grupo no capacitados, valorar de cada uno, un grupo de pacientes con enfermedades crónicas, demostrando si hay mayor, igual o menor control en las enfermedades crónicas.

## **CONCLUSIÓN**

El médico familiar no considera que hay relación en la intervención en funcionalidad y control de las enfermedades crónicas. Existen limitantes para explorar la funcionalidad familiar, como falta de estrategias y motivación en la intervención, conocimiento sobre orientación en dinámica familiar.

Por lo que no se lleva acabo en consulta externa diaria y las enfermedades crónicas a través de los años son un problema cada vez más grave de salud pública porque no hay buen control ni intervención en los cambios de estilo de vida.

El médico familiar debe conocer y actualizarse en la dinámica familiar, instrumentos que le apoyen en la intervención, saber las expectativas familiares al paciente, identificar sus redes de apoyo, explorar las pautas de conducta en la familia, aplicar la medicina integral refiriendo al paciente a todo el equipo de salud, orientar a la familia acerca del padecimiento, cambio de estilo de vida y tener estrategias para adaptarlas al tiempo en consulta externa.

## PROPUESTAS

- \* Sensibilizar al médico para actualizarse en la Orientación e intervención de dinámica familiar, al detectar la organización familiar, por medio de instrumentos o familiograma, le ayudarán a tener presente las áreas que debe cuidar durante el transcurso de la enfermedad, a fin de evitar patrones rígidos o disfuncionales de adaptación.
  
- \* La salud física del individuo está inmersa en un sistema más amplio que es la familia, está a su vez en una sociedad, todos los sistemas interactúan para el bienestar del paciente, por lo que se deberían realizar talleres de comunicación al equipo de salud para plantear estrategias y controlar las enfermedades crónicas.
  
- \* Se debería informar a la Dirección General de IMSS, para que en el expediente electrónico de medicina familiar se incluyan los instrumentos aplicables con facilidad como el familiograma, un rubro donde se pueda realizar un estudio de salud familiar.
  
- \* Realizar y diseñar cursos de estrategias de organización en intervención dinámica familiar de acuerdo el tiempo de consulta externa.

## ANEXOS

### INTERVENCIÓN DEL MÉDICO EN FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

El objetivo de realizar la investigación es para obtener la tesis como especialista en medicina familiar.

#### INTRODUCCIÓN

Minuchin menciona que en la evaluación del funcionamiento familiar es importante definir conceptos de organización: roles, jerarquía y demarcación de los límites, adaptabilidad como: flexibilidad versus rigidez, cohesión como: proximidad versus distancia y estilos de comunicación porque han demostrado ser elementos fundamentales para la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad. Una enfermedad crónica puede intensificar y prolongar estas transiciones normales.

Sauceda nos dice que existe una relación directamente proporcional entre la comprensión de la estructura y funcionalidad de una familia con la eficacia de las medidas preventivas y terapéuticas que efectúe el médico familiar, lo cual es condición esencial para la orientación y poder tener un mejor control de las enfermedades.

En México no hay estudios acerca de la relación que existe entre la intervención del médico en funcionalidad familiar y el control de enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión.

Es muy importante su participación para que el presente estudio tenga validez y confiabilidad

#### INSTRUCCIONES

A Continuación considere la respuesta a cada pregunta y tache la opción elegida. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

#### EJEMPLO

Es importante estudiar la teoría general de sistemas en una familia?

NUNCA

A VECES

SIEMPRE

1.- En una **familia funcional**, se cumplen roles, jerarquías, límites, y funciones?

NUNCA

A VECES

SIEMPRE

2.- Para **realizar** el diagnostico familiar, se debe saber el ciclo evolutivo?

NUNCA

A VECES

SIEMPRE

3.- **Conocer** los instrumentos de funcionalidad familiar y la aplicación, nos ayuda en la intervención familiar?

NUNCA                      A VECES                      SIEMPRE

4.- El último año consideró importante **recibir** curso de dinámica familiar?

NUNCA                      A VECES                      SIEMPRE

5.- La dinámica familiar es **factor** de riesgo de enfermedades crónicas?

NUNCA                      A VECES                      SIEMPRE

6.- **Considera** suficiente el tiempo de consulta externa para explorar funcionalidad familiar?

NUNCA                      A VECES                      SIEMPRE

7.- El síntoma del paciente con enfermedad crónica, significa que es **portador** de la problemática familiar?

NUNCA                      A VECES                      SIEMPRE

8.- **Saber** las expectativas de la familia hacia el paciente, nos ayuda a controlar la enfermedad?

NUNCA                      A VECES                      SIEMPRE

9.- **Identificar** las redes de apoyo del paciente, nos auxilia a controlar la enfermedad crónica?

NUNCA                      A VECES                      SIEMPRE

10.- Es importante **realizar** el familiograma en pacientes con enfermedad crónica?

NUNCA                      A VECES                      SIEMPRE

11.- **Explorar** las pautas de conducta en la familia controla la enfermedad crónica?

NUNCA                      A VECES                      SIEMPRE

12.- Los médicos familiares deben **orientar** en la funcionalidad familiar?

NUNCA

A VECES

SIEMPRE

13.- La **intervención** familiar depende de la edad del paciente con enfermedad crónica?

NUNCA

A VECES

SIEMPRE

14.- La **injerencia** del equipo de salud (estomatología, nutrición, trabajo social, psicología, medicina preventiva) controla la enfermedad crónica?

NUNCA

A VECES

SIEMPRE

15.- **Mediar** los estresores familiares disminuyen complicaciones de enfermedades crónicas?

NUNCA

A VECES

SIEMPRE

16.- El control de la enfermedad crónica está **relacionada** con la escolaridad del paciente?

NUNCA

A VECES

SIEMPRE

17.- **Orientar** a la familia acerca de la enfermedad crónica controla el padecimiento?

NUNCA

A VECES

SIEMPRE

18.- **Intervenir** en autoestima del paciente controla la enfermedad crónica?

NUNCA

A VECES

SIEMPRE

19.- Considera que tiene **relación** la intervención en funcionalidad familiar y control de la enfermedad?

NUNCA

A VECES

SIEMPRE

20.- **Controlar** la enfermedad crónica en familia disfuncional, es más importante el medicamento, dieta y ejercicio, que la intervención?

NUNCA

A VECES

SIEMPRE

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ruy López Ridaura, *El peso de la enfermedad crónica en México. Retos y desafíos ante la creciente epidemia*, Salud Pública, 2007, vol. 49 p.p.282
2. OMS, *Dieta, Nutrición y Prevención de enfermedades Crónicas*, Informe de una consulta mixta, OMS/FAO 2003
3. Hernández Mariano, *Diabetes Mellitus en adultos mexicanos, Resultados de la encuesta Nacional de salud*, Salud Pública, 2007, Vol. 49 (3) p.p.1-10
4. Unidad de investigación epidemiológica y en servicios de salud IMSS, *La estructura Familiar y su relación con el control glucémico en pacientes DM2 2006*.
5. Méndez Espinosa, Barón Garza Fabiola, *Funcionalidad Familiar y Enfermedad Crónica infantil*, Tesis 2006,p.p.5-8 Univ. de Nuevo León.
6. Valdés Figueroa, Aldrete Rodríguez, *Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II*, Salud Publica, 1993, vol.35 p.p.464-470
7. Hernández Blanca, Peña Ricardo, Carro Azures, *Satisfacción de usuarios en unidad de medicina familiar*, Rev. Med. IMSS, 2002 vol. 40 (5) p.p. 373-378
8. Navarro Robles, *La Salud en México, Testimonios 1998, Las especialidades médicas en México*, Edit. Fondo cultura económica, 1998 vol. 2 p.p.239-252
9. Patricia Herrera Santi, *La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud*, apuntes de clase impartida por la maestra Rocío Luna
10. Huerta Martínez, Valadéz Rivas, *Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de medicina familiar del ISSTE en la Ciudad de México*, Apuntes de clases impartida por la Dra. Rocío Luna
11. Madrid García, Guillermina Landeros, Pérez Erick, *Funcionalidad familiar y capacidad Física de los adultos mayores en una comunidad rural*, Rev. enferm IMSS, 2007 vol 15(1)p.p.21-26
12. Bener Platone Ma. Luisa, *Condiciones Familiares y maltrato infantil, Pensamiento psicológico*, 2007 vol. 3 p.p. 47-58
13. Nuño Licona Miguel, Ayala Balcazar Angélica, *Estudio sobre el nivel de funcionalidad en un grupo de familias que tienen un hijo con parálisis Cerebral Infantil*, Rev. Mex. Med Física y rehabilitación,2005, vol 17 (3) p.p. 71-76
14. Rojas Ardila, Roa Angel, *Evaluación Psicosocial de las familias por el equipo de salud*. URL: [www.elmedicodefamilia.com](http://www.elmedicodefamilia.com)
15. Solís Huerta, Sainz Vázquez, *Análisis de la Dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria*, Archiv. Med Fam, 2006, vol. 8 (1) p.p.27-32
16. Suárez Palomino, *Instrumentos de Atención a la Familia: El familiograma y el APGAR*, RAMPA, 2006, VOL 1 (1) p.p.48-57

17. Palomar Joaquina, *Relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en familias con un miembro alcohólico*, Salud Mental 1999, vol.22(6)p.p.13-21
18. DSMIV URL: [www.dsmiv.com](http://www.dsmiv.com)
19. Velasco Ma. Luisa, Sinibaldi Julián, *Manejo del enfermo crónico y su familia*, Manual Moderno, 2001, p.p. 1-106
20. XII Congreso de investigación en Salud Pública, Salud Pública de México, vol.49, p.p. E23-E24
21. Simón Barquera, *Análisis crítico de la evolución de la mala nutrición durante las últimas décadas en México*, XII Congreso de investigación en Salud Pública de México, vol. 49, p.p. E273-275
22. Florentina Marín-Reyes, M.C.Martha Rodríguez-Morán, M.C., *Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial*, Salud Pública de México, vol.43, no.4, julio-agosto de 2001 p.p. 336-339
23. Valadez Isabel, Aldrete María, *Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II*, Salud Publica de México, vol. 35, (5), 1993, p.p.464-470
24. URL: [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)
25. Morales Villegas Enrique, *Síndrome X vs Síndrome Metabólico: entendiendo sus coincidencias y sus diferencias hacia una "nueva cardiología"*, Archivos de cardiología de México, vol. 76 (4), 2006,p.p. 173-178