



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA.
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “DR. IGNACIO CHÁVEZ”
DEL ISSSTE, EN EL DISTRITO FEDERAL

**CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS DEL TURNO
VESPERTINO DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
“DR. IGNACIO CHÁVEZ” ISSSTE SEGÚN EL
GENOGRAMA Y APGAR FAMILIAR.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DR. MOISÉS MENDOZA SANTANA

MÉXICO, D.F. 2011

No de Registro: 192.2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS DEL TURNO
VESPertino DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
“DR. IGNACIO CHÁVEZ” ISSSTE SEGÚN EL
GENOGRAMA Y APGAR FAMILIAR.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DR. MOISÉS MENDOZA SANTANA**

AUTORIZACIONES:

DRA. CATALINA MONROY CABALLERO
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN LA C.M.F. “DR. IGNACIO CHÁVEZ”
DEL ISSSTE.
ASESORA DE TESIS

M.C. ALBERTO GONZÁLEZ PEDRAZA AVILÉS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA UNAM.
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

MÉXICO, D.F.

2011

**CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS DEL TURNO
VESPERTINO DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
“DR. IGNACIO CHÁVEZ” ISSSTE SEGÚN EL
GENOGRAMA Y APGAR FAMILIAR.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DR. MOISÉS MENDOZA SANTANA**

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

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

**CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS DEL TURNO
VESPERTINO DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
“DR. IGNACIO CHÁVEZ” ISSSTE SEGÚN EL
GENOGRAMA Y APGAR FAMILIAR.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DR. MOISÉS MENDOZA SANTANA**

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

DR. DAVID ESCOBEDO HERRERA
DIRECTOR DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “DR. IGNACIO
CHAVÉZ”

DR. JESÚS LUNA ÁVILA
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DE LA
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “DR. IGNACIO CHAVÉZ”

MÉXICO, D.F.

2011

**CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS DEL TURNO
VESPERTINO DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
“DR. IGNACIO CHÁVEZ” ISSSTE SEGÚN EL
GENOGRAMA Y APGAR FAMILIAR.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DR. MOISÉS MENDOZA SANTANA**

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

**LIC. GABRIELA SANDOVAL MIRANDA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN DEL
ISSSTE.**

MEXICO, D.F.

2011

CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS DEL TURNO VESPERTINO DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “DR. IGNACIO CHÁVEZ” ISSSTE SEGÚN EL GENOGRAMA Y APGAR FAMILIAR.

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar las características de las Familias del CMF “Dr. Ignacio Chávez” del turno vespertino según el Genograma y Apgar familiar.

DISEÑO: Estudio descriptivo, observacional, prospectivo.

MATERIAL Y MÉTODOS: De enero a abril de 2011, se elaboraron los Genogramas y se aplicó el cuestionario Apgar familiar, en las salas de espera en el turno vespertino, para identificar las características de las familias. Se realizó muestreo no probabilístico por conveniencia y cálculo de tamaño de muestra para estudios descriptivos. Se realizó estadística descriptiva a través de la tabla de frecuencias, así como de medidas de tendencia central y de dispersión.

RESULTADOS: Se elaboraron 384 Genogramas; Se clasifico a las familias según el Consenso de Medicina Familiar: Con base en el parentesco y sin parentesco, predominó la familia nuclear simple con 31.8%. Para presencia física y convivencia la más frecuente fue el núcleo integrado con 49.7%. En cuanto a la tipología familiar las que predominaron fueron: según el desarrollo, la familia moderna con 66%, según la integración, la integrada con 54.9%, según su ocupación, la obrera con 71.1%. El ciclo de vida familiar según Geyman, la etapa que predomino fue la de retiro y muerte 31.2% de igual forma el ciclo de vida según la OMS modificado. En las familias especiales predominó la familia de dos con 21.9%. La dislocación familiar más frecuente fue la monoparental por fallecimiento con 14.6%. Detección de conflicto por subsistemas, el más frecuente fue la pareja-parental con 11.2%. Las crisis no normativas fue por enfermedades crónicas con 14.8% y la violencia familiar predominó la psicológica con 6%. Los Factores de riesgo más frecuentes para las enfermedades mentales fue la ansiedad (15.6%), en enfermedades crónicas degenerativas fue la hipertensión arterial (73.2%), en adicciones, el tabaquismo (56.2%) y de otros factores de riesgo la separación predominó con 23.2%. En Factores de repetición predominaron de igual forma ansiedad, la hipertensión arterial, el tabaquismo y la separación. En cuanto al Apgar familiar la alta satisfacción de la funcionalidad fue la más frecuente con 77.9%.

CONCLUSIONES: Se logró conocer las características de las familias de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” mediante la realización del Genograma, proporcionando información que facilita desarrollar las actividades propias del Médico Familiar como son: dar una atención con calidad y calidez con un enfoque de riesgo de una manera integral y continúa.

PALABRAS CLAVE: Genograma; Apgar familiar; Tipología familiar; Dislocación familiar; Factor de repetición; Funcionalidad familiar; Turno vespertino; Crisis familiar.

CHARACTERISTICS OF THE FAMILIES IN THE EVENING SHIFT OF THE FAMILY MEDICAL CLINIC "DR. IGNACIO CHÁVEZ" ISSSTE ACCORDING TO THE GENOGRAM AND FAMILY APGAR

SUMMARY

OBJECTIVE: To identify the characteristics of the families of the FMC "Dr. Ignacio Chávez" in the evening shift according to the Genogram and family Apgar.

DESING: Descriptive, observational and prospective study.

MATERIAL AND METHODS: From January to April, 2011, the Genograms were elaborated and the questionnaire family Apgar was applied, in the waiting rooms in the evening shift, to identify the characteristics of the families. Non-probability sampling was done for convenience and calculation of size of sample for descriptive studies. Descriptive statistics was realized through the table of frequencies, as well as measures of central tendency and dispersion.

RESULTS: 384 Genograms were elaborated; families were classified according to the Consensus of Familiar Medicine: based on kinship and unrelated, simple nuclear family predominated with 31.8%. The physical presence and the most frequent coexistence was the core integrated with 49.7%. As for the family type that predominated, depending on its development, it was the modern family with 66%. According to the integration, the family incorporated prevails with 54.9%, and as for the occupation, working class predominated with 71.1%. As regards to the familiar life cycle according to Geyman, the retirement and death were predominant stages with 31.2% in the same way the life cycle did too, according to the WHO. As for the special families the predominant ones were the families of two with 21.9%. Dislocation Family was the most common in single parent with 14.6% because of death. Detection of conflict for subsystems, the most frequent was the parental couple with 11.2 %. The non-normative crisis was due to chronic diseases with 14.8% and the predominant psychological violence at 6%. The most common risk factors for mental illness was anxiety (15.6%), chronic degenerative diseases was hypertension (73.2%), tobacco addiction (56.2%) and other risk factors predominated with 23.2% separation. As regards the Factors of repetition, anxiety, hypertension, smoking and separation predominated in the same way. As for the family Apgar the high satisfaction of the functionality was the most frequent with 77.9 %.

CONCLUSIONS: It was achieved to know the characteristics of the families of the Clinic of Family Medicine "Dr. Ignacio Chávez", by performing the genogram, providing information that facilitates the activities of the Family Physician, such as: giving quality care and warmth with a focus on risk in an integral and continuous way.

KEY WORDS: Genogram; family Apgar; Typology family; Dislocation family; Factor of repetition; Functionality family; evening Shift; Crisis family.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios Todo Poderoso

Por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi vida y lograr otra meta más en mi vida profesional, sin ti no hubiera podido hacer nada. Todo esto es para tu Honra y Gloria.

Gracias a mis Padres Moisés e Isabel

Por su amor, comprensión, apoyo y su guía para la realización de mis sueños. Gracias por guiarme sobre el camino de la educación. Soy afortunado por contar con ustedes, son un gran ejemplo.

Gracias a mis abuelos Elisa, Rubén, Balbina, Luciano.

Por encomendarme siempre con Dios para que saliera adelante. Yo se que sus oraciones fueron escuchadas, quien es y siempre serán mi gran ejemplo de vida y amor...

Gracias a mis hermanos Eduardo, Cesar, Edgar, Elizabeth.

Por su cariño, sugerencias y opiniones. Además de ser unos grandes amigos y compartir este mismo sueño. Siempre los llevo conmigo.

Gracias a mi sobrina Devany.

Por ser mi inspiración.

Gracias a mis Asesores (Dra. Catalina Monroy, MC. Alberto González).
Por permitirme ser parte de este trabajo. Sus consejos, profesionalismo, paciencia y opiniones sirvieron para que este trabajo se realizara y me sienta satisfecho en mi participación dentro del proyecto de investigación.

Gracias a cada uno de mis Maestros (Dra. Catalina Monroy, Dr. Eduardo de la Cruz, Dr. Miguel A. Hernández, Dr. Jesús Luna, Dr. Enrique J. Yáñez).
Que participaron en mi desarrollo profesional durante la especialidad, sin su ayuda y conocimientos no estaría en donde me encuentro ahora.

Gracias a todos mis amigos (Susana, Gabriela, Maricruz, Edmundo, Violeta, Saret, Ruth, Ma. De Jesús, Javier, Patricia, Adriana, Ricardo).
Que estuvieron conmigo y compartimos tantas aventuras, experiencias, desveladas y triunfos y hasta enojos, que nos sirvieron para crecer.

Gracias a todos mis familiares y hermanos en la fe.
Por sus oraciones y consejos, mil gracias.

Mención Especial

A la Universidad Nacional Autónoma de México, al Departamento de Medicina Familiar y al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, pero muy particularmente a la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” y a todo el personal que labora en dicha clínica: Personal Médico, Paramédico y Directivo, por la gran enseñanza y compromiso que me han heredado.

México, Pumas, Universidad.

¡¡¡¡¡ Goya, Goya, Cachun Cachun rara, Cachun Cachun rara, Goya
Universidad!!!!!!

*SEÑOR, tú eres mi Dios; te exaltaré y alabaré tu nombre
porque has hecho maravillas.*

¡Sí, éste es nuestro Dios; en él confiamos, y él nos salvó;

¡Éste es el SEÑOR, en él hemos confiado;

regocijémonos y alegrémonos en su salvación!

Isaías 25:1, 9

ÍNDICE

Tema	Página	
1	Marco teórico.	1
1.1	Definición de Familia.	1
1.2	Definición de Genograma.	3
1.3	Antecedentes históricos.	4
1.4	Uso por profesionales.	6
1.5	Utilidad de Genogramas en Medicina.	6
1.6	Ventajas de Genograma.	9
1.7	Construcción de Genogramas.	12
1.8	Clasificación de los Genogramas.	15
1.9	Aplicaciones del Genograma en Medicina Familiar.	15
1.10	Construcción de una relación médico-paciente a través del Genograma.	16
1.11	Control médico y medicina preventiva a través del Genograma.	17
1.12	Quien diseña el Genograma.	18
1.13	Cuándo debe emplearse el Genograma.	19
1.14	Cómo interpretar el Genograma.	19
1.15	Información que aporta el Genograma.	19
1.15.1	Estructura Familiar.	19
1.15.2	Clasificación de las Familias.	21
1.16	Clasificación de las Familias según el Consenso Académico en Medicina Familiar.	22
1.16.1	Clasificación de las Familias con base en el parentesco.	22
1.16.2	Clasificación de las Familias con base en la presencia física y convivencia.	23
1.16.3	Clasificación de las Familias con base en su nivel económico.	24
1.16.4	Nuevos estilos de vida personal-familiar originados por cambios sociales.	25
1.17	Repetición de patrones familiares a lo largo de generaciones.	26
1.18	El ciclo de vida Familiar.	26
1.19	Ciclo Vital Familiar y sus dislocaciones.	28
1.20	Acontecimientos vitales y recursos familiares.	31
1.21	Patrones de relación familiar.	32
1.22	El modelo sistemático de atención médica familiar (MOSAMEF).	33
1.23	Apgar Familiar.	35
1.24	Familia como sistema.	38
1.25	Clínica de Medicina Familiar Dr. “Ignacio Chávez”	39
1.25.1	Historia de Clínica de Medicina Familiar.	39
1.25.2	Demografía.	41
1.25.3	Morbilidad.	42
2	Planteamiento del problema.	43

3	Justificación.	45
4	Objetivos.	46
4.1	Objetivo general.	46
4.2	Objetivos específicos.	46
5	Hipótesis.	46
6	Metodología.	46
6.1	Tipo de estudio.	46
6.2	Diseño de investigación.	47
6.3	Población, lugar y tiempo.	48
6.4	Cálculo de tamaño de muestra.	48
6.5	Criterios de selección.	49
6.5.1	Criterios de inclusión.	49
6.5.2	Criterios de exclusión.	49
6.5.3	Criterios de eliminación.	49
6.6	Descripción de variables y unidades de medida de estudio.	50
6.7	Definición del plan y procesamiento y presentación de la información.	53
6.8	Recursos.	54
6.8.1	Recursos humanos.	54
6.8.2	Recursos físicos.	54
6.8.3	Recursos financieros.	54
6.9	Consideraciones éticas.	54
7	Resultados.	57
8	Tablas.	60
9	Discusión.	76
10	Conclusiones.	82
11	Cronograma.	85
12	Bibliografía.	86
13	Anexos.	92
13.1	Consentimiento informado de participación voluntaria.	92
13.2	Hoja para realizar Genograma.	93
13.3	Apgar familiar.	94
13.4.	Hoja de recolección de datos.	95

1. Marco teórico:

1.1 Definición de Familia:

La palabra familia proviene de la raíz “*famulus*” que significa sirviente o esclavo doméstico.

La familia es el nombre con que se ha designado una organización social tan antigua como la propia humanidad y que, simultáneamente con una evolución histórica, ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época. No obstante que la agrupación de los seres humanos con fines de convivencia y de reproducción son antiguas como la especie, no es hasta 1861 cuando Bachoffen inicia el estudio científico de la familia y, con ello, un intento de aclarar la historia, definirla y tipificarla a través del tiempo. ¹

Es la familia la que en condiciones ordinarias tiene la función más importante en la formación de la identidad. En efecto, es en la familia donde transcurren los primeros años de vida del individuo, y en ella recibe la información y los estímulos más determinantes para su estructuración biológica y psicológica, así como su socialización. En el desarrollo del proceso de identidad son muy importantes para el individuo las figuras de la madre y del padre, por que se identifica parcial o totalmente con ellas. ¹

Dado que es la familia el objeto de estudio de los Genogramas es conveniente definirla. La OMS señala que por familia se entiende a "el grupo de personas del hogar que tienen cierto parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos. El grado utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no pueden definirse con precisión en escala mundial" ^{1,2,3,4,5}

El Consenso Canadiense la refiere como "esposo y su esposa con o sin hijos o padre o madre, con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo". El Consenso Americano de

Bureau: "un grupo de dos o más personas que viven juntas y relacionadas unas con otras por lazos consanguíneos, de matrimonio o adopción y que ejercen interacción recíproca porque saben que existen los demás y saben que existen ellos y se consideran unidad" ^{3,5,6}

El diccionario de la Lengua Española señala que por familia se debe entender "al grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Número de criados de uno, aunque no vivan dentro de su casa. Conjunto de ascendentes, descendentes, colaterales y afines a un linaje". Minuchin y Fishman (1992) definen a la familia como "un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de relación". Santacruz Varela propone un concepto básico que ayuda a los médicos familiares en su labor: "grupo social primario formado por individuos unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que, en general, comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar su salud individual y familiar" ^{1,2,7}.

El estudiar a la familia, como grupo de diagnóstico, obedece básicamente al reconocimiento de su importancia en la estructuración biopsicosocial de sus integrantes y a la necesidad de emprender estrategias de intervención a nivel educativo preventivo, terapéutico y de asistencia social, por lo que se vuelve imprescindible la exploración sistemática de sus características socio económicas, culturales e ideológicas, de su composición, de las relaciones interpersonales que se establecen hacia el interior o exterior de la misma y de la forma como inciden todos estos factores sobre el proceso salud enfermedad de cada uno de los individuos que la forman y su repercusión en la comunidad.

La calidad de la familia como recurso de apoyo para la salud resalta su dimensión psicosocial, el manejo de pacientes con enfermedades crónicas, la existencia de problemas de tipo emocional o de conflictos interpersonales o bien, las crisis familiares por enfermedades o con la muerte, son condiciones en las que se impone una evaluación familiar, ya que en estos casos son necesarias la participación y cooperación de todos los integrantes de la familia. La actividad del grupo familiar es determinante en la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el tratamiento de las mismas.

La familia es un sistema abierto en constante interacción con los entornos históricos, social, económica y cultural; no es una unidad homogénea en su conformación, lo cual indica que no todas están integradas de igual manera.

Por tanto, hay una gran variedad de ellas; la prevalencia de los distintos tipos de familia, sus características sociodemográficas y las formas de organización hogareña familiar varían con el tiempo y según las transformaciones económicas, demográficas y culturales del contexto social.

Para estudiar a la familia implica hacer e identificar con qué elementos está integrada. Se requiere ubicar el grado de desarrollo alcanzado por la familia dentro de su contexto económico, valorar el contexto demográfico de la familia, identificar su comportamiento antropológico y encontrar la calidad y cantidad de sus interacciones en relación con la satisfacción de las necesidades de sus miembros⁶.

Membrillo Apolinar⁶ menciona que sin conocer el “Armazón” o “Genograma” del grupo familiar no es posible investigar cada uno de los puntos ya mencionados, con lo cual seremos incapaces de entender la salud o la enfermedad de la familia y de cada uno de sus miembros.

1.2 Definición de Genograma

El Genograma es un instrumento de gran ayuda para el médico de familia, ya que integra la información familiar del paciente y ofrece una mejor atención,^{8,9}

Es la representación gráfica de las principales características e inter relaciones de un grupo familiar a lo largo del tiempo, se considera un sistema de registro y un instrumento clínico versátil.^{8, 10-13}

Se ha considerado así mismo que el Genograma es un instrumento imprescindible para trabajar en atención primaria^{14,15} puesto que con su uso se puede establecer una mejor

relación con el paciente y la familia, permite detectar problemas de salud o familiares ⁸ y sobre todo facilita el descubrimiento de problemas psicosociales ^{15,16} A pesar de estos beneficios, algunos autores ^{17,18} critican que se generalice su uso aduciendo que todavía no se ha demostrado científicamente su utilidad. Precisamente, con el objetivo de evaluarlo, se han analizado las aportaciones que ofrece el Genograma en distintas investigaciones.

Es también conocido con el nombre de árbol familiar, familiograma, árbol genealógico, pedegree humano o Genograma, ^{19,20} representado como formato para dibujar la estructura familiar, la cual registra datos de los miembros de una familia y sus diferentes relaciones de por lo menos 3 generaciones, en él presenta información en forma gráfica, de tal manera, que muestra una rica fuente de hipótesis sobre cómo un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar. ^{21,22}

Según la definición propuesta por McGoldrick y Gerson “Es un formato para dibujar un árbol familiar que registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones durante por lo menos tres generaciones. Estos representan la información en forma gráfica de manera tal que proporciona una rápida información de complejas normas familiares y una rica fuente de hipótesis sobre como un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y la evolución tanto del problema como del contexto a través del tiempo”
21

Según Fleitas el genograma 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.²³

1.3 Antecedentes históricos:

En la década de los sesenta del siglo pasado empieza a utilizarse un nuevo instrumento, el árbol familiar o Genograma, con el objeto de evaluar aspectos relacionados con enfermedades infecciosas, para conocer los miembros de la familia infectados y poder generar actividades terapéuticas y de prevención.

El Genograma fue desarrollado inicialmente por Murray Bowen y ampliado por Guerin y Pendergast en 1976 y por Watchel en 1982. En 1978 Rakel dio a conocer una simbología para la construcción de Genogramas en el ámbito de la medicina familiar en Estados Unidos de Norteamérica. En ese mismo año Datz introduce el Genograma en México como instrumento de investigación familiar. En 1980, Jolly presentó una propuesta de unificación de los símbolos con el propósito de capacitar a médicos residentes para el uso de lo que él llamó un esquema básico. En 1985, un grupo de médicos y terapeutas familiares de la Task Force of the North American Primary Care Research presidido por McGoldrick, uniformó los elementos para la construcción de Genogramas. En 1994 Waters, publicó los símbolos usados por trabajadores sociales y médicos familiares de Canadá. Badía publicó en 1995 los símbolos y criterios de uso común entre los médicos familiares de España. Ese mismo año, la National Society of Genetic Counselors dio a conocer sus recomendaciones para estandarizar el uso de los símbolos en la construcción de Genogramas. En México, en 1999 se publica la propuesta de clasificación y unificación de criterios para la construcción de Genogramas aplicables en medicina familiar, por un Comité Académico para la Revisión del Genograma (CARG) integrado por profesores del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México y miembros del Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar ^{11,19,20}.

Por otro lado, en el campo de la salud mental, algunos clínicos comenzaron a prestar más atención a las relaciones interpersonales de los pacientes que a sus condicionantes intra psíquicos, tanto a la hora de explicar trastornos de la conducta como para plantear intervenciones terapéuticas. Los terapeutas familiares (McGoldrick ²⁴ Gerin ²⁵ Pendagast y Sherman ²⁶) al aceptar la teoría de sistemas comenzaron a dar prioridad al estudio de la dinámica familiar para generar hipótesis en múltiples problemas psiquiátricos; desde ese momento comienzan a construirse Genogramas, para utilizarlos no sólo como instrumento de registro sino como un elemento esencial en el diagnóstico de las disfunciones familiares. Posteriormente, la necesidad creciente de establecer nuevos modelos de registros en atención primaria, junto con las insuficiencias mostradas por algunos de ellos, como ocurrió con la hoja de problemas, propicio el uso del Genograma, que se constituyó en un excelente sistema de registro, capaz de sintetizar en una sola hoja, noticias sobre la familia, acerca

del nivel sociocultural, la situación laboral y de los factores medioambientales y permitió además realizar atención familiar (Rakel ²⁷, Medalie ²⁸) 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 sólo encontramos información sobre aspectos demográficos, tipología 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.

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. Pero el Genograma 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.

1.4 Uso por profesionales:

El Genograma ha sido visto como una herramienta útil tanto para médicos familiares como para terapeutas familiares, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y en general para los interesados en el estudio de la familia como genetistas, historiadores, psichistoriadores, genealogistas, antropólogos, biógrafos, etcétera, quienes lo han adaptado a sus necesidades y perspectivas ^{7, 11,19,21,20,29}.

1.5 Utilidad de los Genogramas en medicina:

Los Genogramas presentan la información en forma gráfica de tal manera que proporciona una rápida información de complejas normas familiares y una rica fuente de hipótesis de la forma sobre como un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y la evolución tanto del problema como del contexto a través del tiempo.

El Genograma es un instrumento clínico versátil y práctico que puede ayudar a los médicos familiares a integrar información de la familia del paciente dentro del proceso de aclaración del problema médico para una mejor atención del propio paciente. También es una

herramienta para la recopilación, registro y muestra de la información familiar en el cuidado orientado de la familia. El Genograma ha sido comparado con otros instrumentos de evaluación de la familia, Grant et.al. Sugieren que el Genograma fue el único predictor de la utilización de servicios en la práctica de la medicina familiar, aunque la funcionalidad familiar, los eventos de vida y el apoyo social no fueron determinantes importantes de la utilización de servicios ^{8,10,17,21,30,31}.

Con este instrumento se representa información en forma de diagrama de flujo que permite identificar procesos biológicos, emocionales y sociales de una familia a través de diversas generaciones. Los Genogramas han sido comparados con los instrumentos médicos más tradicionales, tales como los rayos X y los electrocardiogramas, que facilitan la generación de hipótesis, los diagnósticos diferenciales y finalmente un plan de manejo para el paciente; facilita el abordaje sistémico familiar en la atención al paciente y proporciona una visión rápida e integrada de los problemas biomédicos y psicosociales. También ayuda a establecer relaciones con los pacientes y empatizar con ellos; es útil para evaluar el lugar que ocupan las familias en su ciclo vital, proporcionando una imagen trigeracional de la familia y de su tránsito a través del ciclo de vida, revela patrones de enfermedad importantes y problemas psicosociales y es particularmente útil en la detección de problemas emocionales.

La información que se registra en el Genograma ayuda al médico familiar para generar hipótesis acerca de los riesgos del paciente en relación con las enfermedades familiares o los generadores de estrés, tales como Diabetes, Hipertensión Arterial, Enfermedades Cardíacas Coronarias, abuso de sustancias y depresión. Una historia familiar con estos problemas muchas veces permite a un médico familiar generar rápidamente hipótesis acerca de la queja con que se presenta un paciente y entonces desarrollar preguntas que ayudan a llegar a un diagnóstico y plan de manejo. ^{8,17,31,32,33}

Dentro de los aspectos para los que podrían ser útiles los Genogramas están:

Aspectos biopsicosociales: ansiedad, depresión o ataques de pánico. Abuso de sustancias. Múltiples quejas somáticas o vagas. Falta de cooperación. Aspectos psicosociales: historia

de abuso físico, sexual o emocional. Problemas de comportamiento en la infancia. Transición difícil del ciclo de vida. Aspectos de la relación médico paciente: paciente enojado o demandante. Paciente que desagrada al médico.

Frecuentemente los pacientes demandantes, difíciles y enojados, así como los pacientes cuyos médicos les parecen antipáticos, responden bien si los involucramos en la elaboración del Genograma. El proceso les permite a los pacientes y a los médicos escapar de lo que sienten como una relación improductiva. Los pacientes interpretan el proceso del Genograma como un acto de estar siendo escuchados y ser importantes como personas. El proceso permite al médico conocer más en relación de las experiencias de la vida de los pacientes y como resultado, ser más comprensivos con sus necesidades y comportamientos. La empatía puede ser a su vez aprovechada para facilitar una relación médico paciente más efectiva y satisfactoria para ambos. La estimulación de una relación armónica a menudo se refleja en un paciente más abierto y cooperador, aceptando las referencias médicas y no médicas. Al completarse, un Genograma también comunica un mensaje al paciente de que un médico familiar está interesado en dirigirse a problemas familiares y psicosociales como parte de atención de salud actual. Muchos pacientes y médicos consideran al Genograma como una vía no amenazante para averiguar acerca de aspectos potencialmente delicados, tales como abuso sexual y alcoholismo. Hacer el Genograma con pacientes que somatizan es la clave para identificar una posible historia de abuso sexual y ayudar para trabajar con esto; pueden evidenciarse con quejas vagas en etapas del ciclo de vida estresantes que evocan el evento traumático en forma inconciente. El Genograma brinda importantes claves que el médico puede identificar como parte del problema ahorrando tiempo en vez de gastarlo en una larga lista de síntomas. Esto es particularmente cierto para problemas familiares que se presentan de formas difusas como la depresión y los trastornos de ansiedad donde el Genograma identifica más pacientes y miembros de familia con problemas emocionales que las historias familiares de rutina.^{11,17,31,33,34}

El impacto visual de los Genogramas puede ser de utilidad para los pacientes y los médicos en determinar si los problemas presentes están relacionados con aspectos familiares o psicosociales. Los médicos familiares pueden observar rápidamente la problemática y

comprender como la información familiar podría influir en las quejas actuales de los pacientes. Por otra parte estos últimos están contrariados por repetirse pautas en sus familias, tales como alcoholismo y problemas cardiacos. Esta información puede influenciar la conciencia del paciente y fomentar una sensación de urgencia para atenderse y tomar decisiones encaminadas a cumplir con los regímenes médicos sugeridos.

1.6 Ventajas de los Genogramas

1. Presentación de un registro médico sistemático.
2. Lectura facilitada.
3. Formato gráfico.
4. Identifica pautas generacionales, biomédicas y psicosociales.
5. Evalúa relaciones entre el entorno familiar y la enfermedad.
6. Establece una relación armónica.
7. Vía no amenazante para obtener información emocionalmente cargada.
8. Demuestra interés en el paciente y otros familiares.
9. Reestructura los problemas presentes en los pacientes.
10. Manejo médico y medicina preventiva.
11. Permite hacer evidentes los obstáculos para la cooperación.
12. Identifica eventos de la vida que podrían afectar el diagnóstico y tratamiento.
13. Identifica las características según su demografía, integración, ocupación y desarrollo
14. Identifica pautas de enfermedad, facilita la educación del paciente.
15. Detecta la etapa del ciclo de vida que cursa la familia.
16. Identifica los factores de riesgo, factores de repetición y conflictos de pareja
17. Evalúa la dinámica familiar.
18. Representa la estructura funcional de la familia.
19. Favorece la elaboración de hipótesis terapéuticas.^{5,12,17,31,33,35}

Al estudiar la extensión del contexto familiar actual, el clínico puede evaluar la relación de los actores inmediatos entre sí en el drama familiar, así como su relación con el sistema mayor y evaluar la fuerza y vulnerabilidad de la familia con respecto a la situación global.

Como consecuencia de ello, en el Genograma se incluye a todo el elenco de actores (miembros nucleares y anexos de la familia así como miembros que no pertenecen a la misma pero que vivieron con ellos o tuvieron un papel importante en la vida familiar) y un resumen de la situación familiar actual, incluyendo problemas y hechos relevantes. Luego se pueden señalar la conducta y los problemas actuales de los miembros de la familia sobre el Genograma desde múltiples perspectivas.

Minuchin explica que la familia está conformada por varios subsistemas u holones, esto significa que se es un todo y una parte al mismo tiempo, con lo que se considera entonces que la familia es un todo y a la vez un sistema que es parte de otro mayor; existen varios holones que forman parte de la estructura familiar: holón individual, conyugal, parental, fraterno. La persona índice o identificada con el problema, puede ser considerada dentro del contexto de varios subsistemas tales como hermanos, triángulos, relaciones recíprocas complementarias y simétricas o en relación con los metasistemas como la comunidad, las instituciones sociales y el contexto sociocultural más amplio ³⁶

La familia es el sistema primario y más poderoso al que pertenece una persona. El funcionamiento físico, social y emocional de los miembros de una familia es profundamente dependiente, con cambios en una parte del sistema que repercuten en otras partes del mismo. Además de las interacciones, las relaciones familiares tienden a ser altamente recíprocas, pautadas y reiterativas. Son estas pautas redundantes las que nos permiten realizar predicciones tentativas a partir de los Genogramas.

Una suposición básica es que los problemas y síntomas reflejan la adaptación de un sistema a su contexto total en un momento determinado. Los esfuerzos de adaptación por parte de los miembros del sistema reflejan muchos niveles del mismo, desde el biológico, el intrapsíquico hasta el interpersonal, es decir, familia nuclear y anexa, comunidad, cultura y más allá. Las familias se repiten a sí mismas, lo que sucede en una generación menudo se repetirá en la siguiente, es decir, las mismas cuestiones tienden a aparecer de generación en generación, a pesar de que la conducta actual pueda tomar una variedad de formas. En el

Genograma, se buscan pautas de funcionamiento, relaciones y estructuras que continúan o se alteran de una generación a otra.

Al estudiar el sistema familiar desde el punto de vista histórico y evaluar previas transiciones de ciclos vitales, se pueden situar las cuestiones actuales en el contexto de las normas evolutivas de la familia. Es por eso que en general, el Genograma incluye por lo menos a tres generaciones de familiares así como a sucesos nodales y críticos en la historia de la familia, en particular los relacionados con el ciclo vital. Cuando se interroga a la familia sobre la situación actual con respecto a los temas, mitos, reglas y cuestiones con cargas emocionales de generaciones previas, se hacen evidentes pautas reiterativas. En el Genograma se pueden ver con claridad las pautas de enfermedades previas y cambios tempranos en las relaciones de la familia originados a través de los cambios en la estructura familiar y otros cambios críticos de la vida, proporcionando así una rica fuente de hipótesis sobre qué es lo que lleva al cambio a una determinada familia.

Carter (1978) menciona que el flujo de ansiedad en un sistema familiar se da tanto en la dimensión vertical como en la horizontal. El flujo "vertical" deriva de pautas de relación y funcionamiento que se transmiten históricamente de una generación a otra, en especial a través del proceso del triángulo emocional. El flujo de ansiedad "horizontal" surge de las tensiones actuales que pesan sobre toda la familia a medida que avanza a través del tiempo, soportando los cambios inevitables, las desgracias y las transiciones en el ciclo de vida familiar. Con la tensión suficiente en este eje vertical se pueden crear nuevos problemas de modo tal que hasta una pequeña tensión emocional puede tener serias repercusiones en el sistema. El Genograma ayuda al médico a rastrear el flujo de ansiedad a través de las generaciones y del contexto familiar actual. La familia sintomática queda detenida en el tiempo sin poder resolver su crisis reorganizándose y siguiendo adelante. La historia y las pautas de relación que revela la evaluación de un Genograma proporcionan claves importantes sobre la naturaleza de esta crisis. Tal como lo ha señalado Bowen, las relaciones entre dos personas tienden a ser inestables. Bajo tensión, dos personas tienden a atraer a una tercera, estabilizando el sistema al formar una coalición, las dos uniéndose con relación a la tercera. Por lo tanto, la unidad básica de un sistema emocional tiende a ser un

triángulo. Los Genogramas pueden ayudar al médico a identificar los triángulos clave en un sistema familiar, a detectar cómo las pautas triangulares se repiten de una generación a la siguiente y a diseñar estrategias para cambiarlas. Los miembros de un sistema conforman un todo funcional. Es decir que las conductas de los miembros de una familia son complementarias o recíprocas. Esto nos conduce a esperar una cierta concordancia o equilibrio interdependiente en las familias que implica dar y recibir, acción y reacción. Es por ello que una falta en una parte de la familia puede complementarse con un exceso en otra parte de la misma. El Genograma ayuda al médico a identificar los contrastes e idiosincrasias en familias que son del tipo de equilibrio complementario o recíproco²¹

1.7 Construcción de los Genogramas:

Crear un Genograma supone tres niveles:

- 1.-Trazado de la estructura familiar.
- 2.-Registro de la información sobre la familia.
- 3.-Delineado de las relaciones familiares.

La columna vertebral de un Genograma es una descripción gráfica de cómo diferentes miembros de la familia están biológica y legalmente ligados entre sí de una generación a otra. Este trazado es la construcción de figuras que representan personas y líneas que describen sus relaciones. Como sucede con cualquier mapa, esta representación sólo tendrá significado si los símbolos están definidos para aquellos que tratan de leer el Genograma.

En 1999 Gómez-Clavelina y cols, después de comparar diversas recomendaciones, presentan una propuesta para la construcción de Genogramas.

Criterios generales.

Para la construcción del Genograma conviene considerar como eje a la pareja que integra a los miembros del hogar en estudio, situando las figuras que los representan en distintos niveles con el siguiente orden de lectura:

Primer nivel, los padres de la pareja, tanto paternos como maternos.

Segundo nivel, los hermanos de la pareja.

Tercer nivel, la pareja que integra los miembros del hogar en estudio.

Cuarto nivel, los hijos de la pareja.

Esta organización del Genograma permite la identificación de tres generaciones, quedando a libre criterio la inclusión de otras. En todos los casos, se colocarán a la izquierda el padre y a la derecha la madre; los hijos se ubicarán de izquierda a derecha según su edad, de mayor a menor. La línea del vínculo que une a los integrantes de la pareja del hogar en estudio deberá prolongarse hacia abajo desde el lugar que ocupan entre sus hermanos.

Los símbolos que representan las uniones conyugales previas o relaciones extramatrimoniales, se colocarán del lado correspondiente a la persona que se refieran, se indicarán según su sexo, en el mismo nivel y línea de vínculo ascendente que une a la pareja actual, utilizando la simbología indicada para el divorcio, separación o unión libre. Se anotarán los años en que acontecieron estos eventos siguiendo un orden cronológico ^{11,37} Se dibujarán las figuras conservando una proporción semejante, con excepción del símbolo que representa el aborto y la familia que habita la casa. La edad de cada persona se anotará en el interior de la figura. El nombre, la escolaridad y ocupación se consignarán por fuera de la figura, de preferencia en la parte inferior. Se encerrarán dentro de una misma línea los miembros que viven bajo el mismo techo.

Es necesario señalar los ángulos superior o inferior de la hoja en la que se dibujó el Genograma los elementos que permitan su identificación: nombre de la familia, número de folio o expediente, fecha en que fue elaborado y la persona que lo diseñó.

No se considera necesario el empleo de símbolos para cada entidad nosológica por lo que se recomienda escribir el nombre del problema de salud a un lado de la figura que represente a la persona afectada, con lo cual se limita la saturación de figuras que propiciaría dificultades en la elaboración y lectura del Genograma. Los fallecimientos se representan al cruzar la figura, anotando la causa y fecha de la muerte. Mullins y Seely

además hacen hincapié en interrogar intencionalmente sobre enfermedades de carácter hereditario, problemas de reproducción, adicciones entre otros datos ^{10, 38}

A continuación se muestra la simbología propuesta por el Comité Académico de Revisión de Genogramas (CARG). ¹¹

CUADRO 1. SIMBOLOGIA DEL GENOGRAMA DE ACUERDO AL CARG

Sexo (<i>Hombre / Mujer / Indefinido</i>)	
Adopción*	
Matrimonio*	
Vínculo ascendente*	
Vínculo descendente*	
Personas que habitan la casa*	
Unión libre*	
Gemelos heterocigotos*	
Gemelos homocigotos*	
Divorcio*	
Separación*	
Matrimonio consanguíneo**	
Descendencia desconocida**	
Matrimonio sin embarazos ni hijos**	
Vive lejos del hogar (escuela, cárcel, etc.)**	

Relaciones interpersonales afectivas

Relaciones conflictivas*	
Relaciones cerradas*	
Relaciones distantes*	
Relaciones dominantes*	
Disfunción en el matrimonio**	
Disfunción en el matrimonio y amante **	

Asociación con salud-enfermedad

Aborto* <i>espontáneo / inducido</i>	
Muerte*	
Embarazo*	
Paciente identificado*	
Óbito**	

*Propuesta por 4 de sus autores
 **Propuesta por 3 de sus autores
 Gómez-Chacón, FJ, Irigoyen-Cocía A, Pozzo-Roca E, Terán Trillo M, Fernández Ortega MA, Yáñez-Piñero EG. Análisis cooperativo de seis recomendaciones sugeridas para el diseño de genogramas. Arch. Med. Fam. 1999; 1 (1):13-20.

1.8 Clasificación de los Genogramas.

El CARG clasificó los símbolos y características para la construcción de Genogramas en tres categorías: básicos como aquellos que representan la estructura familiar y los vínculos inter generacionales; los específicos son los que señalan elementos generales de carácter social, así como eventos significativos que ocurren durante la existencia de la familia y los complementarios que se refieren al señalamiento de las relaciones afectivas intrafamiliares

29

1.9 Aplicaciones del Genograma en la práctica familiar.

La familia puede ser fuente de tensión y también de apoyo en tiempos de enfermedad clínica. El Genograma, como instrumento principal para describir familias y su funcionamiento, es un instrumento crucial en el cuidado de la salud de la familia.

Los médicos de familia y otro personal al cuidado de la salud con un compromiso para continuar un cuidado comprensivo asumen la responsabilidad de tratar a los individuos no en forma aislada sino en el contexto de sus familias. Además, cada vez hay mayor evidencia de la relación entre el nivel de funcionamiento de la familia y el bienestar emocional y físico de cada miembro de ella. La enfermedad de un miembro de la familia interrumpe el funcionamiento de la misma; por otra parte, la dinámica familiar puede tener un papel en el desarrollo de una enfermedad en sus miembros. Por ejemplo, se ha relacionado las tensiones de la familia con la aparición de una variedad de enfermedades respiratorias en los niños. Además, se ha demostrado la importancia del apoyo familiar para contrarrestar dichas tensiones, el rol del funcionamiento familiar y la respuesta clínica a los regímenes de tratamiento. Por lo tanto tiene sentido que los guardianes de la salud reúnan información relevante al entendimiento de los problemas médicos en su contexto familiar sistemático. Sin embargo, lamentablemente, la mayoría de los médicos no prestan atención sistemática a las pautas familiares por que no tienen como explorarlas y porque no les han enseñado a utilizar la información sobre la familia en el tiempo limitado que tiene disponible. Tal vez, el Genograma es la herramienta más útil desde el punto de vista clínico para evaluar estas conexiones entre la familia y la enfermedad. Es a la vez eficaz y

económico ya que le permite al médico reunir con rapidez información relevante sobre la familia y registrar dicha información en forma clara y de fácil lectura. La mayor ventaja del Genograma es su formato gráfico. Cuando hay un Genograma en la historia clínica, el médico puede obtener con un rápido vistazo un cuadro inmediato de la familia y de la situación médica sin tener que leer abundantes notas. En el Genograma se puede señalar información médica crítica y el problema médico actual puede verse de inmediato dentro de un contexto familiar más amplio y su contexto histórico. Por lo tanto, el Genograma en sí realza la perspectiva sistemática de la enfermedad ²¹

1.10 Construcción de una relación Médico-Paciente a través del Genograma.

El proceso de reunir información sobre la familia con el Genograma puede contribuir a establecer una relación entre el médico y el paciente; les permite escapar de lo que pudieran sentir como una relación improductiva. Roges y Durkin (1984) descubrieron que la mayoría de los pacientes, después de dedicar 20 minutos a la entrevista del Genograma, sentían que dicha entrevista podía mejorar su atención médica y su comunicación con los médicos. En un mundo médico complejo, tecnológico y de rápido crecimiento, los pacientes suelen quejarse de médicos especialistas impersonales que solo muestran interés en sus trastornos y no en ellos como personas. La entrevista para la construcción de Genogramas demuestra un interés en el bienestar de cada miembro de la familia. Esto puede tener particular importancia dado que el acatamiento médico suele estar relacionado con la confianza y la fe que la familia tiene en el médico y otro personal.

Mullins y Seely proponen que la entrevista debe iniciar con información estándar como nombres, fechas, enfermedades. Es esencial una atmósfera de verdad y aceptación antes de obtener más material personal. El acercamiento genuino y sin prejuicios produce un grado de apertura aún cuando el entrevistador no ha sido conocido previamente. Debe haber un acuerdo de protección a la privacidad. Hay que indicar a la familia que todas las familias tienen problemas, relaciones difíciles, secretos y esto puede permitir que se examinen temas previamente reprimidos o ignorados y obtener un nuevo conocimiento de su historia familiar y de ellos mismos y sus síntomas ^{19,38,39}

1.11 Control Médico y Medicina preventiva a través del Genograma:

El riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que ocurra un daño a la salud. Los factores de riesgo son características o circunstancias detectables en individuos o grupos, asociadas con una probabilidad mayor de experimentar una enfermedad o accidente. Estos factores son la característica cualitativa y/o cuantitativa del agente, huésped y ambiente dentro del concepto ecológico de la enfermedad. Estos factores pueden ser biológicos, ambientales, socioculturales, económicos, o estar relacionados con el estilo de vida o con los servicios de salud. El médico familiar entiende la organización de su práctica profesional no solo en términos de un conjunto de individuos, sino en términos de una población en riesgo ²

Los médicos de familia pueden y a veces utilizan su conocimiento en las relaciones y pautas de la familia del paciente para desarrollar un diagnóstico y planes terapéuticos. La información que aparece en el Genograma puede utilizarse en forma directa en la planificación del tratamiento o como una base de referencia.

Una evaluación en el funcionamiento familiar es relevante en el tratamiento médico porque:

- 1) el médico puede "anticipar una conducta enferma y en algunos casos tomar medidas preventivas".
- 2) dicha evaluación puede ser benéfica para anticipar el cumplimiento.
- 3) documentar los sucesos de la vida puede señalar las tensiones que podrían afectar el tratamiento.
- 4) los problemas psico-sociales críticos pueden necesitar una intervención activa y/o referencia externa.

En particular en las zonas problemáticas del paciente tales como la somatización, alta utilización, quejas múltiples y dolor crónico la evaluación del funcionamiento y del apoyo social en general, será más provechosa. El Genograma como instrumento de evaluación

puede ser útil a todas las funciones antes mencionadas. Las indicaciones que aparezcan en el Genograma sobre enfermedades previas o pautas sintomáticas pueden conducir a una temprana detección de un problema y a un tratamiento preventivo de los familiares que corran riesgo. Las pautas vinculares en el Genograma pueden sugerir la posibilidad de que la familia cumpla con una recomendación del tratamiento e indicar que apoyos sociales estarán disponibles para manejar una enfermedad. El Genograma muestra los sucesos críticos que pueden estar presionando a un paciente, ya sea en el presente como en el pasado. Dichos sucesos sugieren una reorganización de la familia para adaptarse al cambio, en particular cuando comprenden transiciones en el ciclo de vida o cambios de roles. Y por último, el Genograma es un registro importante del funcionamiento psico-social de la familia que puede indicar cuándo es necesaria una intervención. La información recabada al construir un Genograma puede ser más sensitiva y menos específica que la entrevista de consulta para detectar personas con riesgo de depresión y ansiedad, ya que los criterios diagnósticos probablemente no son usados en una historia clínica. Los pacientes que tienen un reporte positivo de depresión y/o ansiedad en un familiar deben ser tratados con confidencialidad y la información plasmada en el Genograma. Por otra parte los pacientes con antecedentes negativos a depresión y ansiedad deben ser tratados con cautela ya que el Genograma tiene baja sensibilidad en los miembros de esta familia. Se encuentra que tienen mayor riesgo de depresión y ansiedad las personas solteras, divorciados o separadas. El Genograma puede incluir intencionalmente información sobre enfermedades de origen o predisposición hereditaria como neoplasias, enfermedades inmunológicas, reumatológicas, neurológicas, etc. ^{21,33,38}

1.12 Quién diseña el Genograma.

Los Genogramas, dentro del contexto médico, pueden obtenerse de diferentes formas. Los pacientes pueden completar un formulario antes de su primera visita por un técnico, enfermera, estudiante de medicina, los cuales puede tomar el Genograma antes de que el paciente vea al médico por primera vez. Dichos Genogramas se pueden realizar en 15 a 20 minutos, o bien el médico puede tomar el Genograma, ya sea durante la primera entrevista o como parte de la entrevista para la historia clínica completa del paciente. Sin embargo en la práctica debido a las limitaciones del tiempo, el médico solo puede recoger una

información muy básica durante la primera entrevista, los detalles podrán ir agregándose a medida que se desarrolla su relación con el paciente. ^{4,21.}

1.13 Cuándo debe emplearse el Genograma.

Se utiliza para evaluar el papel de la familia en la práctica clínica, como sistema de registro y como método para establecer una correcta comunicación entre el médico y el paciente. Deberá utilizarse siempre que la situación clínica sugiera una crisis o disfunción familiar. En estos casos actúa como instrumento diagnóstico que permite al médico contrastar hipótesis relacionadas con la contribución del sistema familiar al problema detectado. Igualmente está indicado su empleo en familias con pacientes crónicos, graves o terminales que requieren un apoyo específico. Mullins y Seely en un centro de Alabama aplican el Genograma como rutina a todos sus pacientes dejando la evaluación con el estudio de salud familiar para casos especiales ^{4,38}

1.14 Cómo interpretar el Genograma.

La interpretación del Genograma está limitada por la calidad de su construcción, está claro que no se puede leer aquello que no está representado. También depende de la experiencia que posea el que lo analiza, se comprende que cuanto más se utilice este instrumento, se está en mejores condiciones para interpretarlo correctamente.

Se puede interpretar en las siguientes áreas: estructura familiar, ciclo de vida familiar, repetición de patrones familiares a lo largo del tiempo, acontecimientos vitales y recursos familiares, patrones relacionales familiares, datos demográficos, problemas sociales y de salud ^{4,33}

1.15 Información que aporta el Genograma.

1.15.1 Estructura familiar:

Existen diferentes clasificaciones, una de las más comunes es la descrita por Irigoyen: familia nuclear formada por padre, madre e hijos. Familia extensa, formada por padre, madre, hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos de adopción o de

afinidad. Familia extensa compuesta, además de los que incluyen a la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como es el caso de amigos o compadres.

Sin embargo existen familias con cambios que no pueden incluirse en esta clasificación por lo que existe una propuesta por Monroy, Boschetti e Irigoyen quienes las clasifican en familia construida, cuando no hay experiencia de haber vivido en pareja y reconstruida cuando se tiene el antecedente de que alguno de los cónyuges tuvo la experiencia de haber formado previamente un sistema conyugal, ambas pueden ser nucleares, extensas y compuestas. La familia nuclear está formada por padres e hijos con todas sus variantes. Los padres sin hijos, uno de los padres, un hijo y los hermanos. La familia extensa está formada por algún miembro de la familia nuclear más otro familiar consanguíneo; cuando se clasifique el origen generacional se tendrían tres tipos: binuclear cuando hay dos familias nucleares de dos generaciones. Polinuclear: cuando hay más de dos familias de dos generaciones. De dos, cuando son dos familiares consanguíneos. Existen algunos tipos especiales de familia con características muy peculiares en su dinámica familiar: Familia acordeón que tiene la particularidad de que alguno de los padres se va por temporadas largas y cuando regresa ocasiona una dinámica en la cual la familia se adapta a largos periodos de ausencia y pocos de convivencia. Familia con soporte: cuando un hijo asume funciones parentales. Familia con fantasma: aquella en la que falta por muerte o separación física alguno de sus miembros y la familia no se puede adaptar a esta pérdida y sigue funcionando como si el familiar ausente continuara viviendo realmente con la familia. Estos tipos especiales no se identifican con facilidad en un Genograma a menos que se busque información directamente relacionada con estas dinámicas y se describan en el formato.

^{39,40} Actualmente se ha descrito otro tipo de familia especial, la familia nini o con nini que son aquellas que cuentan con uno o más miembros de la familia en edad de estudiar y o trabajar y que no lo hacen por más de un año. El concepto no ha sido del todo definido, pueden ser cuestiones sociales, culturales, familiares, del entorno, todo puede influir. Según el rector de la UNAM la cifra asciende a más de 7.5 millones de jóvenes en México, no estudian ni trabajan (22% de la población de entre 12 y 29 años, de los cuales más de 6 millones son mujeres) ⁴¹

1.15.2 Clasificaciones de las familias.

Las familias pueden clasificarse de diferente manera dependiendo del aspecto que se esté estudiando, por tal motivo existe un sin número de tipos de familias por lo que es importante tener claro los conceptos que definen a estas familias. El Dr. Arnulfo Irigoyen las divide las siguientes formas: Según el desarrollo; a) Moderna: Se refiere a la familia en la que la madre trabaja en iguales condiciones que el padre o aquella sin figura paterna donde la madre trabaja para sostener la Familia, b) Tradicional: Es aquella en la que el padre es el único proveedor de sustento para la familia y la madre se dedica al hogar y a los hijos, c) Arcaica o primitiva: Su prototipo es la familia campesina que se sostiene con los productos de la tierra que trabaja. Según su Demografía; a) Rural: Habita en el campo y no cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (agua potable, luz eléctrica, drenaje, etc.), <2500 habitantes, b) Suburbana: Tiene las características del medio rural pero está ubicada dentro de medio urbano, c) Urbana: Se encuentra en una población grande y cuenta con todos los servicios, intra como extradomiciliarios, >2500 habitantes. Según su Integración; a) Integrada: Ambos conyugues viven en la misma casa y cumplen con sus funciones, b) Semi-integrada: Ambos conyugues viven en la misma casa pero no cumplen adecuadamente sus funciones, c) Desintegrada: Es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono. Por su composición; a) Nuclear: Es aquella familia constituida exclusivamente por el padre, madre con o sin hijos, b) Extensa o extendida: Es aquella constituida por cónyuges e hijos que viven junto a otros familiares consanguíneos, por adopción o afinidad. (Abuelos, tíos, primos o sobrinos), c) Extensa compuesta: Está constituida por padre, madre los hijos algún pariente consanguíneo y además conviven con otros sin nexo legal (amigos, compadres, etc.), d) Seminuclear: (Monoparental) solo cuenta con padre o madre y los hijos. Por su ocupación; a) Familia campesina: este tipo considera básicamente la actividad que desarrollan como principal actividad productiva, el cultivo de la tierra, lo cual también le determina una clasificación rural. b) Familia obrera: tiene como característica principal el tener un empleo de base y una remuneración, se habla de obreros con 3 a 4 salarios mínimos. c) Familia profesional: Son aquellas en las existe al menos un elemento con estudio superior en técnico o licenciatura.³⁹

1.16 Clasificación de las Familias según el Consenso Académico en Medicina Familiar.

La primera Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativa y de salud (PRCAMF), es el resultado del esfuerzo por los organismos colegiados de mayor prestigio académico en el ámbito de la Medicina Familiar en México, tales como el Consenso Mexicano de Certificación de Medicina Familiar, Academia Mexicana de Profesores de Medicina Familiar, Colegio Mexicano de Medicina Familiar, Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México y la Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar. Estas cinco organizaciones se dieron a la tarea de convocar a profesores, investigadores y líderes de la Medicina Familiar Mexicana, representantes de diferentes instituciones educativas y de salud para realizar un esfuerzo inédito de disciplina en alcanzar un consenso académico de conceptos y elementos básicos para el estudio y la práctica de la Medicina Familiar.

Con el propósito de facilitar la clasificación de las familias se identificaron cinco ejes fundamentales:

- Parentesco
- Presencia física en el hogar o convivencia
- Medios de subsistencia
- Nivel económico
- Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios sociales.

1.16.1 Clasificación de las Familias con base en el Parentesco

El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta (cuadro 2). La trascendencia de esta clasificación se identifica fundamentalmente, en la necesidad del médico familiar de identificar características de los integrantes de las familias, que influyan en el proceso salud-enfermedad y cuya importancia se relacione con las consecuencias propias del parentesco.⁴²

Cuadro 2. Con base en el parentesco

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

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

La presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia cuya importancia para la práctica de la Medicina Familiar se identifica con los riesgos de enfermedades infecciosas y transmisibles. La presencia física también está vinculada con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias.⁴² (cuadro 3)

Cuadro 3. Con base en la presencia Física y convivencia.

Presencia física en el hogar	Características
Núcleo integrado.	Presencia de ambos padres en el hogar.
Núcleo no integrado.	No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar.
Extensa ascendente.	Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres.
Extensa descendente.	Padres que viven en la casa de alguno de los hijos.
Extensa colateral.	Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etcétera)

1.16.3 Clasificación de las Familias con base en su nivel económico.

El nivel económico de las familias influye poderosamente sobre diversos elementos vinculados con la salud. Se han identificado enfermedades fuertemente relacionadas con la pobreza y se ha señalado la importancia de evaluar el peso de este fenómeno económico-social sobre la salud individual y familiar. Es difícil clasificar de una sola manera a las familias con una perspectiva económica, ya que se reúnen diversos indicadores tanto del bienestar como de la pobreza que interactúan, dependen e influyen sobre otros factores.

Estudios recientes coinciden en que el ingreso económico familiar no es el único, pero sí uno de los factores más importantes, y por lo tanto no representa en su totalidad las dimensiones que integran el fenómeno riqueza pobreza en el escenario familiar.

La clasificación de las familias desde el punto de vista económico debe tomar en cuenta los diversos elementos que interactúan en esta perspectiva. Por su importancia y efectos sobre la salud-enfermedad, la pobreza es el indicador que el médico familiar debe evaluar, para lograrlo deberá tomar en cuenta los elementos que integren una visión multifactorial de este fenómeno.

Con base en el estudio realizado por el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza creado por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) en 2001, y publicado por Cortés y Hernández- Laos, se sugiere utilizar diversos indicadores monetarios y no monetarios para medir la pobreza en el nivel familiar.⁴²

1.16.4 Nuevos estilos de vida Personal-Familiar originados por cambios sociales.

Se deben tomar en consideración los cambios que se han presentado en las sociedades modernas y que han representado diversas formas en que tienden a conformarse otros estilos de convivencia y que repercuten en la salud individual y familiar.⁴² (Cuadro 4).

Cuadro 4. Nuevos estilos de vida Personal-Familiar originados por cambios sociales.

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

1.17 Repetición de patrones familiares a lo largo de generaciones:

Cuando el médico estudia el Genograma deberá descubrir pautas que se repitan a través de generaciones. Su conocimiento tiene importancia ya que permitirá ayudar a las familias a evitar las repeticiones presentes y futuras de las pautas que tengan un carácter negativo. La repetición de patrones a lo largo de generaciones puede estar en relación con la estructura, la morbilidad o el funcionamiento familiar. El funcionamiento y los hábitos de los miembros de una familia pueden reproducirse a través de generaciones. Esta transmisión puede ser lineal o discontinua. Se deben estudiar las pautas repetitivas en caso de alcoholismo, suicidio, violencia, incesto, no solo por que se pueden poner en marcha acciones para interrumpir estas pautas, sino también para poder explicar una actitud de rechazo ante determinadas tendencias en un intento de eliminarlas en el futuro ⁴

1.18 El ciclo de vida familiar (CVF):

Existen diferentes ciclos de vida por los que cursa el individuo, éste vive su propio ciclo de vida como persona y puede crear nuevos. Si se une en pareja iniciará el ciclo de la pareja y si crea una familia iniciará el ciclo de vida familiar. La distribución de las familias según la fase del ciclo vital en que se encuentran es de suma utilidad para el médico de familia, ya que le permitirá comprender mejor los cambios emocionales, conductuales y de interacción que se producen en cada una de ellas. Como las fases por las que atraviesa la familia están bien definidas y son predecibles, se puede establecer un asesoramiento anticipado que permite eliminar o reducir los factores de riesgo que surgen en las transiciones del ciclo de vida.

Se considera que la clasificación del ciclo vital es una aportación fundamental en el estudio de la dinámica familiar, ya que es conocida la influencia que tienen las adaptaciones de la familia en las transiciones del ciclo en el desencadenamiento de problemas psicosociales o en la presentación de crisis de desarrollo ⁴³. Pero también tiene importancia el conocimiento del CVF en otras circunstancias como, por ejemplo, en el abordaje de patologías crónicas, en el estudio del maltrato y en la de prevención de la violencia familiar.⁴⁴

Una de las propuestas para dividir las etapas es el de Geyman que consta de 5 fases: Fase de matrimonio que se inicia con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo con la llegada del primer hijo. La fase de expansión es el momento en que se incorporan nuevos miembros a la familia, los hijos. La fase de dispersión se identifica por que todos los hijos van a la escuela y ni uno sólo se encuentra trabajando. La fase de independencia ocurre cuando los hijos forman sus propias familias y, finalmente la fase de retiro y muerte ocurre con la incapacidad para trabajar o la muerte de uno de los miembros de la pareja. Sin embargo existen otras clasificaciones que también son útiles, a continuación se exponen las diferentes clasificaciones y sus equivalentes.^{3,5,19,37,39,45.} (cuadro 5).

Cuadro 5. Ciclos de vida de la familia según diferentes autores.^{2,4,19,39.}

Geyman	Duval	OMS modificado	Huerta	Estrada
Matrimonio	1. Comienzo de la familia. (nido sin usar)	I Formación	Constitutiva	Desprendimiento Encuentro
Expansión	2. Familia con hijos (0-30 meses)	Ila. Extensión	Procreativa	Hijos
Dispersión	3. Hijos preescolares 4. Hijos escolares 5. Hijos adolescentes	IIb. Extensión III Final de la extensión	Dispersión	Hijos adolescentes
Independencia	6. Desprendimiento 7. Padres solos	IV. Contracción	Dispersión	Reencuentro
Retiro y muerte	8. Padres ancianos	V Final de la contracción VI Disolución	Final	Vejez

1.19 Ciclo Vital Familiar y sus dislocaciones.

La familia tiene una historia natural que la hace caminar por sucesivas etapas, durante las cuales sus miembros experimentan cambios y adoptan comportamientos que son previsibles por atenerse a normas conductuales y sociales preestablecidas. Estas etapas conforman el denominado ciclo vital de la familia (CVF), que se ha concebido como la secuencia de estadios que atraviesa la familia desde su establecimiento hasta su disolución.

En cada fase del ciclo vital la familia tiene que cambiar para adaptarse a las modificaciones estructurales, funcionales y de roles a que da lugar cada etapa. En las familias se va a generar un juego entre mantener el anterior status, esto es, mantener la homeostasis o transformarse para capacitarse y responder a las nuevas demandas; es más en cada transición de una etapa a otra, cuando ya se adivina la necesidad de la transformación, algún miembro de la familia puede enfermar, de ahí que Haley⁴⁶ escribiera que "el síntoma es una señal de que la familia se enfrenta a dificultades para superar una etapa del ciclo vital".

Las familias que tienen dificultades de adaptación en las transiciones de las etapas del ciclo pueden entrar en crisis, a las que Pittman^{43,47} denominó crisis de desarrollo, que son universales y previsibles, y generan alteraciones en la función familiar y problemas de salud en algunos de sus miembros.

Como ya se había mencionado el Genograma es un instrumento clínico práctico que facilita el abordaje sistémico familiar en la atención al paciente y proporciona una visión rápida e integrada de los problemas biomédicos y psicosociales.^{4,48}

Así mismo es un instrumento útil para evaluar el lugar que ocupan las familias en su ciclo vital, proporcionando de un vistazo una imagen trigeracional de la familia y de su tránsito a lo largo del ciclo.⁴⁹

De la Revilla, Fleitas y Prados intentaron mediante una investigación en 499 Genogramas conocer si la lectura del Genograma permite identificar las etapas del CVF, así como

evaluar la utilidad del Genograma para conocer las interacciones familiares y para descubrir las dislocaciones del CVF.⁵⁰

En esta investigación se apreció que el mayor número de familias estaban en los estadios IV, II-B Y II-A del modelo de la OMS modificado por De la Revilla.⁵⁰

La distribución de las familias según la fase del ciclo vital en que se encuentran es de suma utilidad para el médico de familia, ya que le permitirá comprender mejor los cambios emocionales, conductuales y de interacción que se producen en cada una de ellas.⁴ Como además las fases por las que atraviesan las familias están bien definidas y son predecibles, se puede establecer un asesoramiento anticipado que permite eliminar o reducir los factores de riesgo que surgen en las transiciones del ciclo vital. Precisamente, este conocimiento nos ha permitido marcar estrategias de intervención en familias situadas en la etapa de plataforma de colocación y de extensión con adolescentes.

En un 43% de los Genogramas el estudio del mapa relacional nos ha aportado datos de interés para conocer mejor los problemas en las etapas del ciclo.

Es a nuestro juicio un porcentaje lo suficientemente elevado como para tenerlo en cuenta a la hora de establecer determinadas actividades de abordaje familiar. Los conflictos observados con más frecuencia son los inter generacionales, haciendo realidad lo señalado por Bergman de que al estudiar las disfunciones familiares siempre debemos de investigar las interacciones con las familias de origen y con los hijos.

En cuanto a la aportación de las relaciones familiares, son los triángulos inter generacionales entre miembros de los holones parenteral y fraternal el tipo de interacción encontrado con más frecuencia, seguido de los conflictos de pareja.

Por otra parte entendemos por dislocación de las etapas del CVF todas aquellas situaciones que bloquean o interrumpen el discurrir natural del ciclo, hacen que pase abruptamente de una etapa a otra más distante, por ejemplo de la II a la IV, o que dan lugar a que en la

misma coexistan distintas etapas del ciclo, encontraron que en el 16,6% de los Genogramas estudiados había dislocaciones en el ciclo vital. Analizaron las causas de las alternancias y apreciaron que unas pueden surgir en cualquier estadio del ciclo, como ocurre con la monoparentalidad, mientras que en otras son propias y exclusivas de cada etapa como sucede con no tener hijos en la etapa I o el retraso en el abandono del hogar por parte de los hijos en la etapa IV.⁵⁰

La causa más frecuente de dislocación en esta investigación en orden cronológico fue:⁵⁰

1. La Familia monoparental.
 - a) Fallecimiento
 - b) Divorcio
 - c) Separación
 - d) Abandono
 - e) Madre soltera
2. Las Familias reconstruidas.
3. Retraso del abandono del hogar de los hijos.
4. No tener hijos.

El conocimiento de estas disrupciones tiene gran importancia, porque las mismas llevan aparejadas importantes cambios en la dinámica familiar y pueden contribuir a la presentación de disfunciones familiares.

En el estudio la causa más frecuente de disrupciones por monoparentalidad está motivada por la suma de separación y divorcio (51%), seguida del fallecimiento (45%). Este dato es relevante, ya que, según Goldenberg y Goldenberg⁵¹, el riesgo de desestabilización en la familia parece que es mayor cuando la monoparentalidad se debe a la separación o divorcio. Esta crisis afecta más a la mujer que al varón, especialmente cuando su rol principal se centraba en el de cuidado de la familia o cuando contempla cómo salen al mismo tiempo del hogar el marido y los hijos. Los cambios estructurales y funcionales que

conlleva la monoparentalidad afectan de forma importante a la dinámica familiar; así se aprecia que los hijos de estas familias son más agresivos y tienen más trastornos de la conducta y que la madre custodio tiene más riesgo de enfermar, más baja autoestima y más problemas psicosociales.

La segunda causa de dislocación del ciclo vital en la investigación es la familia reconstituida, presente en el 14% de los Genogramas. Lo observaron en todas las etapas del ciclo salvo en la I y la V. Como apuntan McGoldrick y Carter ⁵², los problemas con que se enfrentan los miembros de la familia reconstituida dependerán de la etapa del ciclo en que se encuentren.

Por último, en lo que respecta a las disrupciones que afectan exclusivamente a una etapa del ciclo vital, se destaca la relacionada con el retraso del abandono del hogar por los hijos que se observa en la etapa IV y que ha estado presente en un 10% de los Genogramas estudiados. El incumplimiento de la función de lanzadera o plataforma de colocación que se le atribuye a esta etapa tiene distintos motivos económicos, sociales y culturales, y afectan de distinta forma a los padres; así para unos la permanencia de los hijos en la casa lo consideran un fracaso y una carga difícil de soportar; para otros, en cambio, es un alivio e incluso un motivo de satisfacción al permitirles continuar con su rol de cuidadores.⁵⁰

1.20 Acontecimientos vitales y recursos familiares:

El Genograma que registra fechas críticas, sucesos de la vida impactantes y recurrencia de acontecimientos estresantes, es un instrumento válido para el médico, en especial con los acontecimientos relacionados con pérdidas, las que deben analizarse atendiendo a la tipología familiar y las edades de los miembros en el momento de la pérdida. Los acontecimientos relacionados con el matrimonio o el embarazo, al obligar a una readaptación de papeles y funciones, producen con frecuencia crisis familiares. Ante estas crisis ponemos en marcha una serie de mecanismos defensivos, de adaptación, una serie de instrumentos económicos, afectivos, de conducta, etc., que se denominan recursos, estos pueden ser personales, familiares o externos. Las redes de apoyo están constituidas por miembros de la familia extensa, amigos y vecinos que proporcionan ayuda solidaria,

además de las agencias sociales de los sectores público y privado. El estudio del Genograma nos puede indicar los recursos cualitativos, es decir, el número de personas y su relación de parentesco, a quien nos podemos dirigir en momentos de crisis. También indicará los recursos cuantitativos (apoyo social) el tipo de recurso que demandamos (confidencial, económico, afectivo, etc.) ^{4,47}

1.21 Patrones de relación familiar:

La familia desempeña parte de sus funciones a través de los subsistemas, estos pueden formarse por género, intereses o generaciones. El estudio de las relaciones permite conocer e investigar los subsistemas en donde se pueden encontrar diferentes formas de relación como las alianzas que es la asociación abierta o encubierta entre dos o más integrantes de la familia, las alianzas más funcionales son aquellas que incluyen a miembros de la misma generación. En casos donde las alianzas son rígidamente persistentes o si se dan entre miembros de diferentes generaciones con el objeto de perjudicar a un tercero se establece una asociación disfuncional llamada coalición. Otro tipo de alianza disfuncional es la triangulación donde cada uno de los progenitores busca la alianza del niño y lucha por ella. La coalición estable consiste en la alianza del hijo con uno de los padres. Está la desviación de ataque en donde el hijo se convierte en el chivo expiatorio por un conflicto conyugal no resuelto que se desvía en forma de agresiones al hijo. En la desviación de apoyo, los padres tratan de minimizar su pobre relación de pareja y dedican sus esfuerzos a cuidar en exceso del hijo. Tienen menos trascendencia las relaciones con personas del entorno familiar o del trabajo. Aunque si estas son muy absorbentes pueden crear tensiones y crisis en el subsistema familiar. Aunque también estas relaciones pueden ser positivas y servir de apoyo o recurso ante un evento estresante ^{4,37,47}

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

Es un modelo de la práctica familiar, Diseñado por un grupo de investigadores del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México, Fue dado a conocer desde 1995 en la tercera edición del libro Fundamentos de Medicina Familiar.

El MOSAMEF es una herramienta utilizada por el Médico Familiar capacitado en beneficio de las familias a través de la aplicación de sus conocimientos.

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

El Dr. Francisco Javier Gómez Clavelina y cols, proponen por primera vez el modelo sistemático de la atención médica familiar (MOSAMEF) como una estrategia para llevar a cabo la práctica de la medicina de primer contacto, optimizar la prestación de servicios médicos, satisfacer las demandas de los usuarios y disminuir los costos de la atención medica ^{40,53}

Este modelo ha sido el producto del análisis de un grupo de profesores de la especialidad de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M que con renovado interés han elaborado una posible estrategia para iniciar acciones que definan el trabajo Medico Familiar y que favorezcan un conocimiento lógico, analítico y critico de las familias, el cual redundara en un adecuado estudio de las características de la población a su cuidado, definiendo los campos de acción propios de la Medicina Familiar y primordialmente al desarrollo de líneas de investigación en esta disciplina. ⁵³

El MOSAMEF se origina a partir de 3 preguntas

1. ¿Cómo llevar a la práctica los principios esenciales de la Medicina Familia?
2. ¿Cómo identificar las necesidades de atención, a la salud en las Familias?
3. ¿Cómo verificar que la atención médica familiar produce un impacto favorable en la salud de las familias? ⁵³

El modelo de atención primaria a la salud consiste en anticiparse al daño y actuar sobre los factores de riesgo, a que está sujeto una población específica mediante la identificación de dichos factores a que está expuesto cada miembro de la población tratando de cancelar, modificar y atenuar esos factores ⁵⁴

Este modelo consta de diversos elementos para su realización, dentro de estos esta el Censo poblacional, estudio sistemático poblacional, análisis de demanda de consulta.

Pasos a seguir en este modelo:

1. Identificar si la población asignada está sectorizada, la respuestas es sí identificar el número de expedientes de los derechohabientes asignados, clasificar por edad, sexo, conforme a los grupos etarios (quinquenios), clasificar todos los expedientes por núcleos familiares. Con estos datos formular por técnica de paloteo y elaborar gráficos constituyendo la pirámide poblacional.
2. Estudio sistemático familiar: reproducir las células de identificación familiar cuantas sean necesarias para coincidir con el número de grupos familiares asignados. Elaborar los cuadros gráficos correspondientes a cada rubro mencionado en la cedula de identificación utilizando números absolutos, porcentajes promedios y desviación estándar, esto es importante para el diseño de estrategias de prevención y de control en las familias a cargo.
3. Para la tercera fase apoyarse del reporte diario de actividades del médico durante un año anterior a la fecha actual llenando el formato de motivos de consulta, si son de primera vez o subsecuentes, clasificando por grupos de edad. Elaborar las gráficas correspondientes a cada motivo de consulta y con números absolutos y porcentajes.
4. Analizando los resultados identificaremos las características demográficas de una determinada población adscrita, con especial atención a los grupos de mayor riesgo:

población infantil, mujeres de edad fértil, ancianos. A sí mismo describir la estructura familiar, ciclo de vida familiar, desarrollo, factores de riesgo. En una última fase se identificara los principales motivos de consulta demográficos y económicos y con esto elaborar estrategias para prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.⁵⁴

1.23 APGAR FAMILIAR.

Se han propuesto diversos enfoques para explorar y caracterizar la función familiar con fines de investigación.^{55,56}

Al mismo tiempo, se han establecido diversos conceptos de familia, la importancia de su estructura y dinámica, función familiar, disfunción familiar, funcionalidad familiar y modelos que permiten su estudio.⁵⁷

Innumerables han sido los esfuerzos para evaluar el funcionamiento familiar y de pareja desde los albores de la terapia familiar. Existen diversos modelos de terapia familiar y cada uno cuenta con su manera de ver la funcionalidad familiar, de evaluar la disfunción o los síntomas, establecer sus metas terapéuticas y grupos de profesionales que han contribuido a la construcción de los modelos, así como de los instrumentos que pueden aplicarse en cada uno.

En la actualidad contamos en nuestro medio con instrumentos de medición de la dinámica familiar, la función familiar y las funciones conyugales, mismas que han sido mejorados a través de su historia y avaladas actualmente para su utilización, como es el caso del instrumento para evaluar la funcionalidad y disfuncionalidad familiar el APGAR familiar utilizado por Smilkstein en 1978, otro instrumento para evaluar el subsistema conyugal aplicado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desde hace 10 años para aplicación única y exclusivamente a la pareja. Por otro lado el instrumento FACES III aplicado con éxito en Europa como en México diseñado por Olson y cuyas siglas en español significan *Escalas Evaluativas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar*, validado y aplicado en el 2003 en México por Gómez Clavelina e Irigoyen. Sin embargo en recientes

publicaciones se hace mención a que se tienen ya un periodo de validación a otros instrumentos europeos que quizá mejoren el grado de confiabilidad de los resultados, como son el FACES IV y el instrumento ENRICH, que tiene como objetivo medir específicamente la comunicación de la familia.⁵⁸⁻⁶¹

El uso del APGAR familiar o FAPGAR se remonta a 1978 cuando Smilkstein publicó la primera versión de este instrumento. Su propósito fue diseñar un instrumento breve de tamizaje para uso diario en el consultorio del médico de familia, "para obtener una revisión rápida de los componentes del funcionamiento familiar".⁶²

Con base en la propuesta metodológica para el análisis de instrumentos de medición en socio medicina, se efectuó una revisión por parte de clavelina y cols del APGAR familiar.⁶³

Los resultados del análisis de los elementos, les permitieron asegurar que el APGAR familiar fue elaborado para medir la función familiar, sin embargo las preguntas están dirigidas para medir cualitativamente la satisfacción de un miembro de una familia en cuanto a cinco elementos que constituyen la función familiar, debido a que Smilkstein tenía el concepto de que la función familiar era el cuidado y el apoyo que un individuo recibe de su propia familia.

La escala de calificación de APGAR familiar que propuso Smilkstein establece dos posibilidades: la funcionalidad y la disfuncionalidad familiar. No obstante, en las dimensiones que integran los cinco conceptos que originaron el mismo número de reactivos en el test, no se identifica la posibilidad de medir con el APGAR la disfunción familiar.

Esta incongruencia entre contenido de los constructos y sus reactivos, objetivo del instrumento y escala de calificación, obliga a considerar que el APGAR familiar realmente no mide la función familiar como lo propuso su autor.

Con el propósito de probar la nueva propuesta de escala de calificación del APGAR familiar, se efectuó un trabajo de investigación en una población abierta de pacientes

adscritos a la consulta médica familiar de un centro de salud de la Ciudad de México para probar la nueva escala de calificación. ⁶⁴ (cuadro 6).

Cuadro 6. APGAR familiar

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

La modificación de la interpretación del APGAR familiar se presenta en la cuadro 7. Se establecieron los puntajes de calificación APGAR con base en el grado de satisfacción de los miembros de la familia, en cada uno de los componentes básicos de la función familiar, considerando los niveles de 0-3 como baja satisfacción de la función familiar, de 4-6 como media satisfacción de la función familiar y de 7-10 como alta satisfacción de la función familiar. Esta escala de puntajes se mantuvo siguiendo la propuesta original de Smilkstein.

Cuadro 7. Propuesta de escala de calificación del Apgar familiar

Satisfacción de la función familiar	Ordinal
Baja	0-3
Media	4-6
Alta	7-10

Identificaron que las cinco variables del instrumento evalúan un solo constructo que en este caso es la percepción del funcionamiento familiar mediante la exploración de su satisfacción de las relaciones que tiene con sus familiares.

Con el estudio de Clavelina y cols aprobaron una nueva escala de calificación del APGAR familiar, en un esfuerzo por hacer congruentes el constructo, el formato y significado de los reactivos y la escala de evaluación final. De esta manera, se identificó que el constructo

inicial manifestado por el autor de este instrumento fue la satisfacción que percibe un individuo en relación con el cumplimiento de su función de la familia.⁶³

1.24 Familia como sistema.

Los miembros de la familia, padres, hermanos e hijos son elementos del sistemas que se interrelacionan entre sí. Cada uno de ellos asume el papel que le corresponde, realiza sus funciones, se comunica, acepta normas y reglas y facilita el contacto con su entorno. El sistema familiar desempeña sus funciones a través de subsistemas, éstos pueden formarse por intereses, funciones, sexo o generaciones. Si bien son tres los subsistemas que tienen una significación especial: conyugal, paternal y fraterno. Los subsistemas familiares son reagrupamientos de miembros de la familia, según criterios de vinculación específica de la que se derivan relaciones particulares.⁴

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

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

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

Frente a comportamientos conflictivos de algún miembro de la familia o ante estímulo externos que tengan un efecto desestabilizador, se ponen en juego la retroalimentación (feedbacks) negativa que salvaguardan la homeostasia familiar, el sistema familiar debe de adecuarse a las nuevas necesidades de sus miembros a cambios que condiciona su ciclo de

vida o a demandas de su entorno, tiene que facilitarlos para mantener su estabilidad dando la retroalimentación (feedbacks) positiva ante comportamientos nuevos que ponen en cuestión las normas y reglas habituales.

El conflicto entre normas sociales y reglas intrafamiliares no siempre se resuelve satisfactoriamente, ya que exige un proceso de negocios en el que intervienen elementos de poder. Así podemos encontrar familias con sistemas reguladores esclerosados, incapaces de modificar sus reglas de acuerdo con los cambios externos. La comunicación transporta las reglas que prescriben y limitan los comportamientos individuales en el seno familiar. La comunicación también establece como deben ser expresados, recibidos e interpretados los sentimientos y emociones de sus miembros.⁴

1.25 Clínica de Medicina Familiar Dr “Ignacio Chávez”.

1.25.1 Historia de Clínica de Medicina Familiar

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

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

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

La Unidad de Medicina Familiar atiende principalmente padecimientos de alta frecuencia, baja complejidad y con poca tecnología, pretende resolver el 80% de los casos, el 15% en el 2º nivel y el 5% de los padecimientos en el 3er nivel de atención.

En 1980 en forma conjunta con las autoridades del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México diseñan un curso sobre Didáctica que se imparte a los Médicos de la Clínica con el fin de prepararlos y escoger algunos de ellos para que fungieran como tutores de la Residencia de Medicina Familiar estructurándose bajo el convenio ISSSTE-UNAM.

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

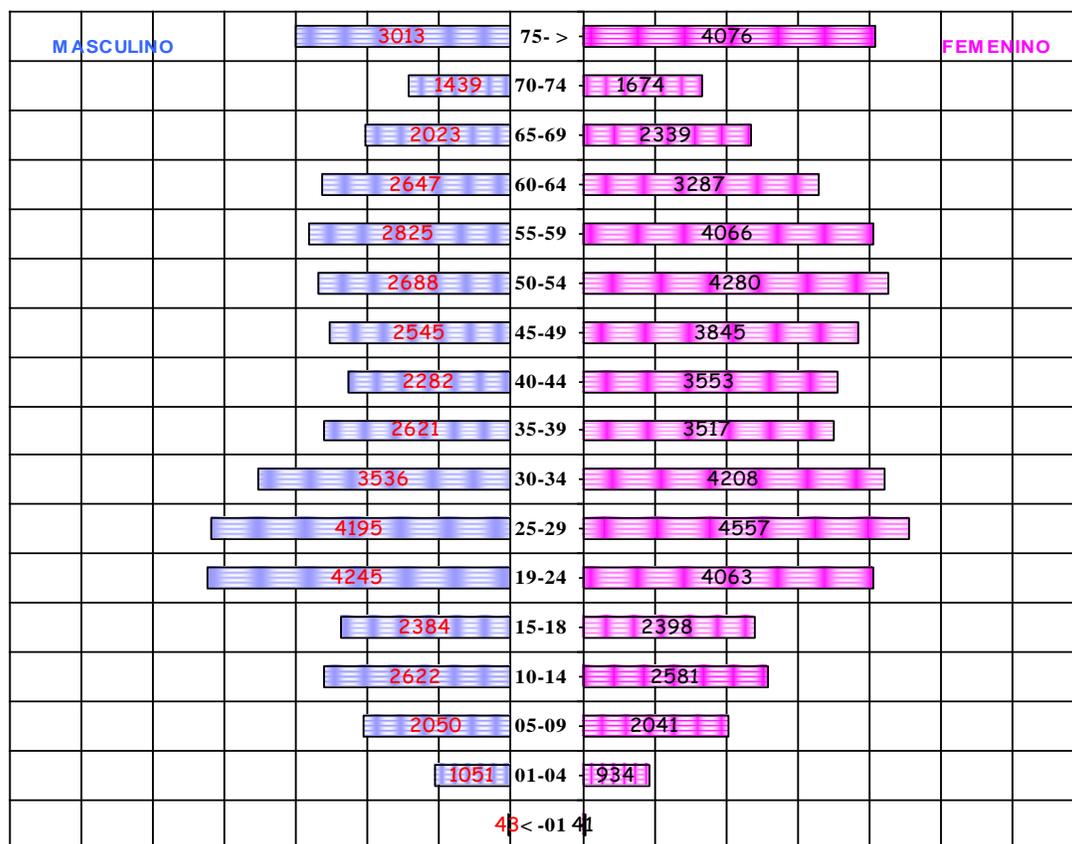
1.25.2 DEMOGRAFIA.

CUADRO 8. POBLACIÓN DERECHOHABIENTE DE LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS.

POBLACION	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Amparada y/o asignada	138.400	140.894	143.959	143.000	149.399	140.444
Registrada	77.861	83.216	88.961	89.428	91710	93.669
Usuaría	70.075	74.030	77.861	83.400	86.400	82,409

Fuente: Subdirección de Afiliación y Vigencia

CUADRO 9. PIRÁMIDE POBLACIONAL JUNIO 2010



1.25.3 MORBILIDAD

CUADRO 10. PRIMERAS CAUSAS DE DEMANDA DE CONSULTA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION.

	Nombre de la Enfermedad	C.I.E.	No. de Casos	%
1	Infecciones Respiratorias Agudas	J06	16553	48.5
2	Hipertensión Arterial	I10	5772	16.9
3	Caries	K02	2592	7.6
4	Diabetes Mellitus	E119	2347	6.8
5	Gastroenteritis	A09	2021	5.9
6	Infección de Vías Urinarias	N390	1415	4.1
7	Lumbalgia	M54	1011	2.9
8	Control de Embarazo	Z34	958	2.8
9	Esguinces	S934	920	2.6
10	Menopausia	N95	516	1.5
	TOTAL		34105	100

Fuente: Informe diario de labores del Médico

2. Planteamiento del problema.

La familia como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad se convierte en un medio que puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso salud-enfermedad. Las funciones económica, biológica, educativa y de satisfacción de necesidades afectivas y espirituales que desempeña el grupo familiar son de marcada importancia; ya que a través de ellas se desarrollan valores, creencias, conocimientos, criterios, juicios, que determinan la salud de los individuos y del colectivo de sus integrantes.

También la enfermedad de uno de sus miembros afecta la dinámica de este grupo familiar. Preparar a los miembros para enfrentar cambios que son producidos tanto desde el exterior como desde el interior y que pueden conllevar a modificaciones funcionales y estructurales. Si queremos conocer acerca de un país o de una sociedad, debemos estudiar cómo vive y actúa la familia, si queremos prever el futuro de una sociedad podemos saber bastante de ella observando las familias, si queremos reflexionar sobre la identidad personal, por qué somos de una forma y no de otra, por qué actuamos de esta manera, por qué nos orientamos en determinado sentido, gran parte de esta respuesta está en la historia familiar de cada uno. La familia como agrupación social constituye el medio ambiente donde crecen y se desarrollan la casi totalidad de nuestros pacientes, y donde se va a gestar la salud o enfermedad, ya sean problemas biológicos y/o psicosociales.

Como ya se menciona, el Genograma es un instrumento versátil de gran ayuda para los profesionales que estudian la familia, ya que ofrece una valiosa oportunidad en obtener más fácilmente información sobre la historia familiar clínica, psicológica y social del paciente, dando además una comprensión amplia de la problemática del mismo y proporcionando una descripción inmediata del contexto en el cual ocurre.

Es importante mencionar que el Genograma ha sido utilizado en investigación en medicina familiar con diferentes objetivos por ejemplo la Dra. Navarro y cols ⁶⁵ evalúan el proceso de elaboración de Genogramas por residentes de medicina familiar y en el 2004 describieron las características sociodemográficas de las familias de la CMF Dr “Ignacio

Chávez” con base en la información contenida en los Genogramas y encontró que las familias más frecuentes eran la construida nuclear, integrada, moderna, obrera y en cuanto a la etapa del ciclo vital familiar la fase de dispersión fue la más frecuente. El Genograma ha sido utilizado también para identificar el ciclo de vida familiar y sus dislocaciones como lo hizo el Dr. De la Revilla y cols ⁵⁰, de igual manera se utilizó en la detección de los factores de riesgo del embarazo en adolescentes por García Cervantes N ⁶⁶ y en la identificación de factores de riesgo de complicaciones en pacientes obesos por Dr. Valdivieso Sánchez A. ⁶⁷, también para identificar factores de riesgo de obesidad en niños por Alvarado López MC. ⁶⁸ sin embargo pensamos que el Genograma en una primera entrevista nos puede dar más información.

Se ha obtenido también información sobre la salud de las personas (lo que nos acerca a la situación de la salud familiar) a través de la encuesta nacional de salud y nutrición del derecho habiente del ISSSTE 2007 (ENSADER) ⁶⁹ a través de esta conocemos las características sociodemográficas determinando en buena medida el patrón de morbi-mortalidad y la población que predomina en los derechohabientes.

Uno de los objetivos principales del médico familiar es conocer las características de su población adscrita para poder identificar y cuantificar los problemas y las necesidades de su población y de esta forma prevenir un deterioro importante de la misma, otorgar una atención médica integral, adecuada, precisa y en forma oportuna que repercuta en una mejor calidad de vida de los pacientes.

Por lo tanto surge la pregunta ¿Cuáles serán las características de las familias de la Clínica de Medicina Familiar Dr. “Ignacio Chávez” del turno vespertino según el Genograma y el Apgar Familiar?

3. Justificación.

El impacto del conocimiento de las familias con las que trabajamos se ve reflejado en los recursos para la salud que utilizamos, ya que si no conocemos a la gente y a las familias con la que nos enfrentamos día a día no podemos establecer políticas y programas eficientes de prevención, función principal de la medicina familiar, recordando que los otros dos ejes de acción son la atención integral y continua al individuo y su familia; considerando la realidad de las instituciones de salud en lo referente a sus recursos, debemos de ser capaces de actuar con eficacia y eficiencia potenciando los recursos con los que contamos.

El Genograma es un instrumento útil que nos permite conocer la clasificación socio-demográfica de las familias, identificar la etapa del ciclo de vida familiar y sus dislocaciones, la detección de factores de riesgo y repetición bio-psico-sociales a través de las generaciones, conflictos y tipos de relaciones intrafamiliares y ser así, de ayuda para la prevención, diagnóstico, tratamiento y/o canalización a otro nivel del individuo y sus familias en caso necesario, además de que permite mejorar la calidad de la atención médica al facilitar la buena relación médico-paciente.

El Apgar familiar actualmente es reconocido como un cuestionario que proporciona información sobre la satisfacción familiar percibida por uno de sus miembros y nos proporciona información útil que nos acerca a entender la dinámica familiar, de ahí la importancia de estudiar las características de las familias de la Clínica de Medicina familiar Dr. “Ignacio Chávez” ya que esto es factible y trascenderá en un mejor conocimiento de estas familias lo que permitirá incidir con mayor eficacia en los 3 ejes de acción de la medicina familiar.

4 Objetivos

4.1 Objetivo General

Identificar las características de las Familias del CMF Dr. “Ignacio Chávez” del turno vespertino según el Genograma y Apgar familiar.

4.2 Objetivos Específicos

Identificar en las Familias del turno vespertino de la C.M.F. Dr. “Ignacio Chávez” en relación a:

- a) La composición familiar según el Consenso de Medicina Familiar
- b) Dislocaciones del ciclo familiar
- c) Las características según su integración, ocupación y desarrollo de acuerdo Irigoyen.
- d) La etapa del ciclo vital familiar en que se encuentra según Geyman y la OMS modificado.
- e) Los factores de riesgo (enfermedades crónico degenerativas) enfermedades mentales, familias especiales, toxicomanías, violencia familiar y patrones de repetición.
- f) El grado de satisfacción familiar mediante el Apgar familiar.
- g) Los conflictos en el subsistema conyugal, fraterno y parenteral
- h) De crisis no normativas.

5. Hipótesis

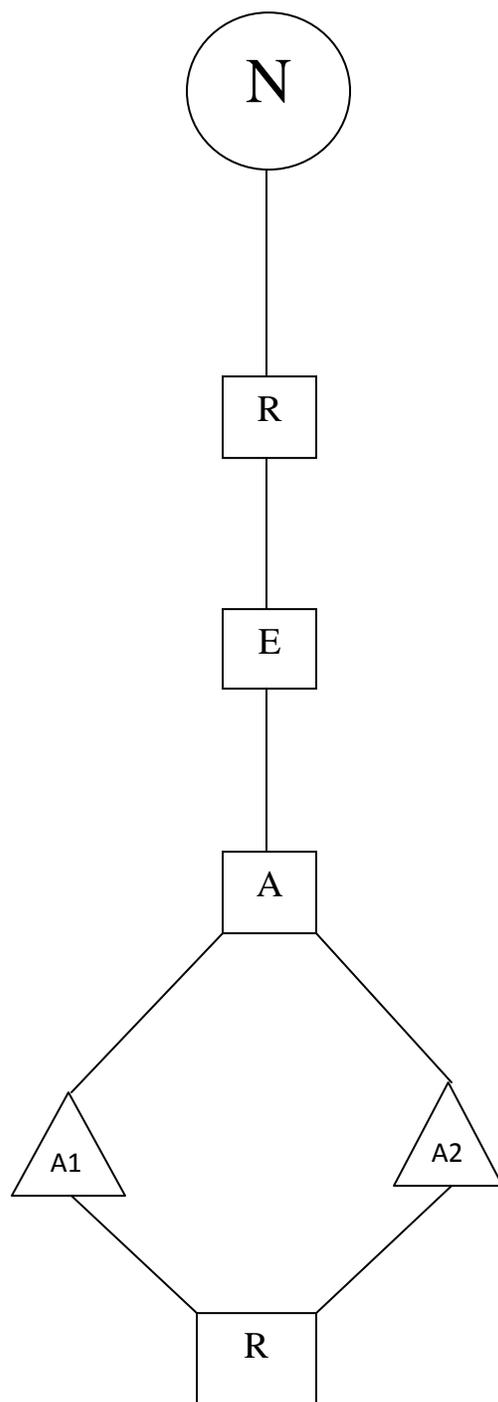
Por ser un estudio de tipo transversal no es necesario plantear hipótesis.

6. Metodología

6.1 Tipo de estudio:

- Observacional
- Descriptivo
- Prospectivo

6.2 Diseño de investigación estudio:



N= Pacientes.

R= Residente.

E= Elaboración de Genogramas
y cuestionario de Apgar
familiar
n=384

A= Análisis de los genogramas
y Apgar familiar

A1= Análisis estructural de los
Genogramas y apgar familiar

A2= Interpretación de los
Genogramas y de apgar familiar

R= Resultados

6.3 Población, lugar y tiempo.

Derechohabientes en activo de la CM Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, Subdelegación Zona Sur.

6.4 Cálculo del tamaño de la muestra

La fórmula para calcular el tamaño de la muestra cuando no se conoce con precisión el tamaño de la población o es superior a 10,000 elementos.

$$n = z^2pq/E^2$$

n = tamaño de la muestra

Z= es el nivel de confianza

P y q = variabilidad del fenómeno

E = es la precisión o error

Se considera un nivel de confianza de 95%, un porcentaje de error del 5% y la máxima variabilidad por no existir antecedentes y no poderse aplicar una prueba previa.

El valor de Z con un nivel de confianza del 95% = 1.96

Sustituyendo en la fórmula:

$$n = (1.962)(0.5)(0.5)/ 0.05^2$$

$$n = (3.8416)(0.25)/0.0025$$

$$n = 384.16$$

El número de muestra es de 384 familias.

6.5 Criterios de selección

6.5.1 Criterios de inclusión:

- Familias de Pacientes derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez".
- Miembros de familias que acepten contestar las preguntas necesarias mediante la firma de un consentimiento informado para la elaboración del Genograma.
- Miembros de familias informantes mayores de 18 años del turno vespertino.

6.5.2 Criterios de exclusión

- Miembro de la familia imposibilitado con alguna limitación física o mental que no le permita contestar las preguntas para la realización del Genograma y para el Apgar familiar.

6.5.3 Criterios de eliminación

- Familias cuyos cuestionarios del Apgar familiar estén incompletos.
- Familias cuyos Genogramas estén incompletos
- Pacientes que decidan retirarse voluntariamente del estudio.

6.6 Descripción de variables y unidades de medida del estudio

NOMBRE COMPLETO DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES QUE TOMA LA VARIABLE
Clasificación de las familias con base en el parentesco y sin parentesco (Consenso de Medicina Familiar).	CUALITATIVA	NOMINAL	0.No clasificable 1. Nuclear 2.Nuclear simple 3.Nuclear numerosa 4.Reconstruida (binuclear) 5.Monoparental 6. Monoparental extendida 7.Monoparental extendida Compuesta 8. Extensa 9. Extensa compuesta 10. No parental 11.Monoparental extendida sin parentesco 12. Grupos familiares de familias.
Clasificación de las familias con base en la presencia física y convivencia.	CUALITATIVA	NOMINAL	0. No clasificable 1. Núcleo integrado 2. Núcleo no integrado 3. Extensa ascendente 4. Extensa descendente 5. Extensa colateral
Nuevos estilos de vida Personal – Familiar originados por cambios sociales.	CUALITATIVA	NOMINAL	0. Sin nuevos estilos de vida 1. Persona que vive sola con inicio de ciclo de vida 2. Persona que vive sola sin inicio de ciclo de vida 3. Matrimonios o parejas homosexuales 4. Matrimonio o parejas homosexuales con hijos adoptivos 5. Familia grupal 6. Familia comunal 7. Poligamia

Dislocaciones del ciclo familiar	CUALITATIVA	NOMINAL	<ul style="list-style-type: none"> 0. Sin dislocaciones 1. Monoparental por fallecimiento 2. Monoparental por Divorcio 3. Monoparental por Separación 4. Monoparental por Abandono 5. Monoparental por Madre soltera 6. Familias reconstruidas 7. Retraso abandono del hogar por los hijos 8. No tener hijos 9. Otras causas
Crisis no normativas	CUALITATIVA	NOMINAL	<ul style="list-style-type: none"> 1. Divorcio= a) si b) no 2. Separación= a) si b) no 3. Problemas legales= a) si b) no 4. Enfermedades crónicas a) si b) no 5. Muerte= a) si b) no 6. Embarazo no planeado= a) si b) no 7. Pérdida del empleo= a) si b) no 8. Pérdida afectiva= a) si b) no
Enfermedades mentales y adicciones (factores de riesgo y patrón de repetición)	CUALITATIVA	NOMINAL	<ul style="list-style-type: none"> 1. Depresión= a) si b) no 2. Esquizofrenia= a) si b) no 3. Ansiedad= a) si b) no 4. Otras enfermedades mentales= a) si b) no 5. Tabaquismo= a) si b) no 6. Alcoholismo= a) si b) no 7. Otras toxicomanías= a) si b) no

<p>Factores de Riesgo Enfermedades crónico-degenerativas</p> <p>(factor de riesgo y patrón de repetición)</p>	<p>CUALITATIVA</p>	<p>NOMINAL</p>	<p>1.Cáncer= a) si b) no 2.Diabetes mellitus= a) si b) no 3.Hipertensión arterial= a) si b) no 4.Dislipidemia= a) si b) no 5.Migraña= a) si b) no 6.Obesidad= a) si b) no 7.Enfermedades congénitas= a) si b) no 8.Enfermedad acido péptica= a) si b) no 9.Enfermedades cardiacas= a) si b) no 10.Neurodermatitis= a) si b) no 11.Asma= a) si b) no 12.Evento vascular cerebral= a) si b) no 13.Enfermedad obstructiva crónica= a) si b) no 14.Otras= a) si b) no</p>
<p>Familia especiales</p>	<p>CUALITATIVA</p>	<p>NOMINAL</p>	<p>0. No familia especial 1. Familia acordeón 2. Familia de dos 3. Familia ninis</p>
<p>Violencia Familiar</p> <p>(factor de riesgo y patrón de repetición)</p>	<p>CUALITATIVA</p>	<p>NOMINAL</p>	<p>1. Sin factor de riesgo y patrón de repetición= a) si b) no 2. sexual= a) si b) no 3. física= a) si b) no 4. Psicológica= a) si b) no</p>
<p>Otras factores de riesgo y patrones de repetición</p>	<p>CUALITATIVA</p>	<p>NOMINAL</p>	<p>1.Homosexualidad= a) si b) no 2.Madre adolescente= a) si b) no 3. Madre añosa= a) si b) no 4.Madre soltera= a) si b) no 5. Divorcio= a) si b) no 6. Separación= a) si b) no</p>
<p>Tipología de familia según el desarrollo</p>	<p>CUALITATIVA</p>	<p>NOMINAL</p>	<p>1. Moderna 2.Tradicional</p>
<p>Tipología de familia según su ocupación</p>	<p>CUALITATIVA</p>	<p>NOMINAL</p>	<p>1.Campesina 2.Obrera 3.Profesional 4.Comerciante</p>

Tipología de familia según su integración	CUALITATIVA	NOMINAL	1. Integrada 2.Desintegrada
Etapa del ciclo de vida de la familia (Geyman)	CUALITATIVA	ORDINAL	0.Sin ciclo de vida 1. Matrimonio 2.Expansión 3.Dispersión 4.Independencia 5.Retiro y muerte
Etapa del ciclo de vida de la familia (OMS modificado)	CUALITATIVA	ORDINAL	0. sin ciclo de vida 1. Formación 2. IIa Extensión 3. IIb Extensión 4. III Final de la Extensión 5. IV Contracción 6. V Final de la Contracción 7. VI Disolución
Conflicto por subsistema	CUALITATIVA	NOMINAL	0. Sin conflicto 1.Hijos (pareja-parental) 2.Conyugal (padre-madre) 3.Fraterno (hermanos)
Apgar familiar	CUALITATIVA	ORDINAL	1.Baja 2.Media 3.Alta

6.7 Definición del plan y procesamiento y presentación de la información (análisis estadístico).

Se realizó estadística descriptiva a través de la tabla de frecuencias, así como de medidas de tendencia central como media y mediana y medidas de dispersión como la desviación estándar. Para la captura, codificación y análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SSPS versión 16.

6.8 Recursos.

6.8.1 Recursos humanos.

Un Médico Residente de la Especialidad de Medicina Familiar.

6.8.2 Recursos físicos.

Salas de espera y consultorios de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” del I.S.S.S.T.E.

6.8.3 Recursos financieros.

Financiado por el propio investigador.

Copias fotostáticas de los cuestionarios aplicados, hoja de autorización, pluma, lápiz, hojas de recolección de datos y computadora portátil.

6.9 Consideraciones Éticas.

Esta investigación se apega íntegramente a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada en la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada en la 52ª Asamblea General, Tokio, Japón, 2004 y Seúl Corea, 2008. A sí como al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, México.

Con base al Reglamento de la Ley General de Salud en su artículo 17, fracción I, que a la letra dice:

1. Investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectiva y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se les identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Por lo anterior ésta investigación se clasifica como No 1; investigación sin riesgo.

En la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial en junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial en Tokio, Japón, en octubre de 1975, en la 35ª Asamblea Médica Mundial en Venecia Italia en octubre de 1983, en la 41ª A.M.M. Hong Kong, septiembre de 1989, 48ª Asamblea General de Sudáfrica, octubre de 1996, la 52ª Asamblea General, en Edimburgo, octubre del 2000, y en Washington en 2002 y sus posteriores notas de aclaración incluyendo Seúl Corea, 2008. La declaración de Helsinki establece los principios éticos que sirven para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos.

El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas; los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

Velar solícitamente y ante todo por la salud del paciente.

El médico debe actuar solamente en el interés del paciente.

El progreso de la medicina tiene que recurrir muchas veces a la experimentación en seres humanos.

La investigación médica debe ser por el bienestar de los seres humanos.

El propósito principal es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos y comprender la etiología y patogénesis de las enfermedades.

La investigación médica debe estar sujeta a normas éticas para promover el respeto a todos los seres humanos y proteger la salud así como sus derechos individuales.

Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos.

Principios básicos para toda investigación médica.

Es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

Debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados.

Debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica.

Prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar al medio ambiente.

Debe formularse claramente un protocolo experimental.

Debe fundamentarse en las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación.

La investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas.

La investigación médica debe ser llevada a cabo solo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente.

Todo proyecto debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo.

Los médicos deben abstenerse de efectuar proyectos de investigación a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados.

La investigación sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo.

La investigación solo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que se realiza podrá beneficiarse de los resultados.

Los individuos deben ser voluntarios e informados.

Debe respetarse el derecho de los participantes a proteger a su integridad resguardando la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información y reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental así como su personalidad.

El individuo debe recibir información adecuada acerca de los objetivos y métodos de la investigación.

7. RESULTADOS.

El número total de Genogramas realizados fue 384 según el cálculo del tamaño de la muestra.

En relación a la clasificación de la Familias según el Consenso de Medicina Familiar se obtuvieron los siguientes resultados: Según el parentesco el tipo de familia más común fue Nuclear Simple con 122 Familias (31.8 %) seguido de Familia Extensa con 54 Familias (14.1%), siguiendo esta clasificación se obtuvieron 23 Familias no clasificables con el 6.0 %.

En relación a presencia física y convivencia las Familias con núcleo integrado presentaron la mayor frecuencia con 191, (49.7 %) y con respecto a nuevos estilos de vida solo el 6.3% de la Familias presentaron que la persona vive sola. El total de los resultados de la Clasificación del Consenso está en la tabla 1.

Con respecto a la Tipología Familiar (Tabla 2) con base a su Desarrollo la Familia Moderna fue la más frecuente con 66.9%; con base a su Integración, la Familia Integrada fue la más frecuente con el 54.9% y la familia desintegrada con 45.1% y con base a su ocupación la Familia obrera fue la más frecuente con 71.1% de las familias.

En cuanto al Ciclo de vida Familiar según Geyman la más frecuente fue la etapa en Retiro y Muerte con 120 familias (31.2%) seguido de la etapa de dispersión con 103 Familias (26.8%) y en relación al ciclo de vida familiar según la OMS modificada son la de Final de la Contracción V y la de Contracción IV con 31.2% y 24.0% respectivamente, las de mayor frecuencia, los resultados en la tabla 3.

Sobre la frecuencia de las Familias Especiales se reveló que la familia de dos fue la más frecuente con el 21.9% de las Familias estudiadas seguido de la familia acordeón con 20 (5.2%), resultados en la tabla 4.

De las dislocaciones del ciclo familiar encontradas las de mayor frecuencia fueron la monoparental por fallecimiento con 56 familias (14.6%) seguida de la monoparental por separación con el 12.5% y la monoparental por divorcio con el 7.8%, los resultados en la tabla 5.

A sí mismo, el conflicto por subsistemas (tabla 6) la más frecuente fue el de hijos (Pareja-Parental) con 43 familias (11.2%) y con 33 familias fue en el sistema conyugal (Padre-Madre) con el 8.6%.

En relación a las crisis no normativas la de mayor frecuencia fue la relacionada con enfermedades crónicas presentado en 57 familias (14.8%) mientras las de menor frecuencia fueron las relacionadas con embarazo no planeado con 6 Familias (1.6%) seguido de problemas legales con 7 Familias (1.8%) esto se reporta en la tabla 7.

Por otro lado con respecto a la frecuencia de factores de riesgo se tuvieron los siguientes resultados:

Para enfermedades mentales la de mayor frecuencia correspondió a la Ansiedad presente en 60 familias (15.6%) seguido por Depresión con 15.6% y para las Adicciones, el Tabaquismo estuvo presente en 216 Familias (56.2%) resultados en la tabla 8.

Con relación a Factores de riesgo pero asociados a enfermedades crónicas las de mayor frecuencia fueron la Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus con 73.2% y 66.7% respectivamente, un dato a considerar, fueron 100 familias (26.0%) que reportaron al Cáncer como factor de riesgo, estos resultados se reportan en la tabla 9.

Se identificó la frecuencia de la violencia familiar como factor de riesgo (tabla 10), teniendo que la violencia psicológica como la más frecuente con el 6% seguida de la violencia física con el 1.8%.

Así mismo se identificó la frecuencia de otros factores de riesgo reportándose que la separación fue la más frecuente con el 23.2% seguido del divorcio y familias con madre soltera en 68 familias (17.7%) y 33 familias (8.6%) respectivamente (Ver tabla 11).

Los patrones de repetición más importantes que se presentaron fueron:

En cuanto a las enfermedades mentales fue la ansiedad con el 2.1%, en adicciones la más frecuente fue tabaquismo en 87 familias (22.7%). Ver tabla 12.

En enfermedades Crónico-degenerativas (Tabla 13) las más frecuentes fueron la Hipertensión Arterial en 65 familias (16.9%) la Diabetes Mellitus y la obesidad en 63 familias (16.4%) y 24 familias (6.2%) respectivamente.

Referente a la violencia familiar solo se presentó un caso de patrón de repetición de tipo psicológico (tabla 14).

Los resultados obtenidos de patrones de repetición de otros factores de riesgo los más frecuentes fueron: la separación en 8 familias (2.1%) y divorcio en 6 familias (1.6%). Ver tabla 15.

Por último se evaluó el Apgar familiar, en donde el grado de satisfacción de la función familiar más frecuente fue alta en 299 familias (77.9%) seguida de la satisfacción media en 73 familias con el 19.0% de todas las familias, los resultados en la tabla 16.

8. TABLAS

**TABLA 1. CLASIFICACION DE LA FAMILIA SEGUN EL CONSENSO DE
MEDICINA FAMILIAR.**

Clasificación de familias con base en el parentesco y sin parentesco.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>No clasificable con base al parentesco</u>	<u>25</u>	<u>6.0</u>	<u>6.0</u>
<u>Nuclear</u>	<u>25</u>	<u>6.5</u>	<u>12.5</u>
<u>Nuclear simple</u>	<u>122</u>	<u>31.8</u>	<u>44.3</u>
<u>Nuclear numerosa</u>	<u>3</u>	<u>.8</u>	<u>45.1</u>
<u>Reconstruida binuclear</u>	<u>9</u>	<u>2.1</u>	<u>47.1</u>
<u>Monoparental</u>	<u>53</u>	<u>13.8</u>	<u>60.9</u>
<u>Monoparental extendida</u>	<u>45</u>	<u>11.7</u>	<u>72.7</u>
<u>Monoparental extendida compuesta</u>	<u>30</u>	<u>7.8</u>	<u>80.5</u>
<u>Extensa</u>	<u>52</u>	<u>14.1</u>	<u>94.5</u>
<u>Extensa compuesta</u>	<u>8</u>	<u>2.1</u>	<u>96.6</u>
<u>No parental</u>	<u>10</u>	<u>2.9</u>	<u>99.5</u>
<u>Monoparental extendida sin parentesco</u>	<u>1</u>	<u>.3</u>	<u>99.7</u>
<u>Grupos similares y familias</u>	<u>1</u>	<u>.3</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	
Clasificación de las Familias con base en la presencia física y convivencia.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>No clasificable con base en la presencia física y convivencia</u>	<u>8</u>	<u>2.1</u>	<u>2.1</u>
<u>Núcleo integrado</u>	<u>191</u>	<u>49.7</u>	<u>51.8</u>
<u>Núcleo no integrado</u>	<u>152</u>	<u>39.6</u>	<u>91.4</u>
<u>Extensa ascendente</u>	<u>30</u>	<u>7.8</u>	<u>99.2</u>
<u>Extensa descendente</u>	<u>1</u>	<u>.3</u>	<u>99.5</u>
<u>Extensa colateral</u>	<u>2</u>	<u>.5</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	

Nuevos estilos de vida personal-familiar originados por cambios sociales.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>Sin nuevos estilos de vida familiar</u>	<u>359</u>	<u>93.8</u>	<u>93.8</u>
<u>Persona que vive sola con inicio de ciclo de vida familiar</u>	<u>21</u>	<u>5.5</u>	<u>99.2</u>
<u>Persona que vive sola sin inicio de ciclo de vida familiar</u>	<u>4</u>	<u>.8</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	

TABLA 2. TIPOLOGIA FAMILIAR.

Tipología Familiar con base a su Desarrollo.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>Moderna</u>	<u>257</u>	<u>66.9</u>	<u>66.9</u>
<u>Tradicional</u>	<u>127</u>	<u>33.1</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	
Tipología Familiar con base a su Integración.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>Integrada</u>	<u>211</u>	<u>54.9</u>	<u>54.9</u>
<u>Desintegrada</u>	<u>173</u>	<u>45.1</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	
Tipología Familiar con base a su Ocupación.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>Campesina</u>	<u>1</u>	<u>.3</u>	<u>.3</u>
<u>Obrera</u>	<u>273</u>	<u>71.1</u>	<u>71.4</u>
<u>Profesional</u>	<u>92</u>	<u>24.0</u>	<u>95.3</u>
<u>Comerciante</u>	<u>18</u>	<u>4.7</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	

TABLA 3. CICLO DE VIDA FAMILIAR GEYMAN Y OMS MODIFICADO.

Ciclo de vida familiar según Geyman.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>Sin ciclo de vida familiar</u>	4	1.6	1.6
<u>Matrimonio</u>	26	6.2	7.8
<u>Expansión</u>	39	10.2	18.0
<u>Dispersión</u>	103	26.8	44.8
<u>Independencia</u>	92	24.0	68.8
<u>Retiro y muerte</u>	120	31.2	100.0
<u>Total</u>	384	100.0	

Ciclo de vida Familiar según OMS Modificado.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>Sin ciclo de vida familiar</u>	4	1.6	1.6
<u>Fomacion I</u>	26	6.2	7.8
<u>Extension Ila</u>	39	10.2	18.0
<u>Extensión IIb</u>	53	13.8	31.8
<u>Final de la extensión III</u>	50	13.0	44.8
<u>Contracción IV</u>	92	24.0	68.8
<u>Final de la contracción V</u>	120	31.2	100.0
<u>Total</u>	384	100.0	

TABLA 4. FRECUENCIA DE FACTORES DE RIESGO FAMILIAS ESPECIALES.

Familias especiales.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>No Familia Especial</u>	270	70.3	70.3
<u>Familia de dos</u>	84	21.9	92.2
<u>Familia Acordeón</u>	20	5.2	97.4
<u>Familia Ninis</u>	10	2.6	100.0
<u>Total</u>	384	100.0	

TABLA 5. DISLOCACIONES.

Dislocaciones del Ciclo Familiar			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>Sin dislocaciones</u>	<u>185</u>	<u>48.2</u>	<u>48.2</u>
<u>Monoparental por fallecimiento</u>	<u>56</u>	<u>14.6</u>	<u>62.8</u>
<u>Monoparental por divorcio</u>	<u>30</u>	<u>7.8</u>	<u>70.6</u>
<u>Monoparental por separación</u>	<u>48</u>	<u>12.5</u>	<u>83.1</u>
<u>Monoparental por abandono</u>	<u>1</u>	<u>.3</u>	<u>83.3</u>
<u>Monoparental por madre soltera</u>	<u>2</u>	<u>.5</u>	<u>83.9</u>
<u>Familias reconstruidas</u>	<u>9</u>	<u>2.3</u>	<u>86.2</u>
<u>Retraso abandono del hogar por los hijos</u>	<u>28</u>	<u>7.3</u>	<u>93.5</u>
<u>No tener hijos</u>	<u>16</u>	<u>4.2</u>	<u>97.7</u>
<u>Otras causas</u>	<u>9</u>	<u>2.3</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	

TABLA 6. CONFLICTO POR SUBSISTEMAS.

Conflicto por Subsistema.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>Sin conflicto</u>	<u>282</u>	<u>73.4</u>	<u>73.4</u>
<u>Hijos (pareja-parental)</u>	<u>43</u>	<u>11.2</u>	<u>84.6</u>
<u>Conyugal(padre- Madre)</u>	<u>33</u>	<u>8.6</u>	<u>93.2</u>
<u>Fraterno (hermanos)</u>	<u>26</u>	<u>6.8</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	

TABLA7. CRISIS NO NORMATIVAS.

Crisis no normativas Divorcio.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>Si</u>	<u>26</u>	<u>6.8</u>	<u>6.8</u>
<u>No</u>	<u>358</u>	<u>93.2</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	

Crisis no normativas Separación.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>Si</u>	<u>40</u>	<u>10.4</u>	<u>10.4</u>
<u>No</u>	<u>344</u>	<u>89.6</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	

Crisis no normativas Problemas Legales.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>Si</u>	<u>7</u>	<u>1.8</u>	<u>1.8</u>
<u>No</u>	<u>377</u>	<u>98.2</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	

Crisis no normativas Enfermedades Crónicas.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>Si</u>	<u>57</u>	<u>14.8</u>	<u>14.8</u>
<u>No</u>	<u>327</u>	<u>85.2</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	

Crisis no normativas Muerte.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>Si</u>	<u>51</u>	<u>13.3</u>	<u>13.3</u>
<u>No</u>	<u>333</u>	<u>86.7</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	

Crisis no normativas Embarazo no Planeado.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
Si	6	1.6	1.6
No	378	98.4	100.0
Total	384	100.0	

Crisis no normativas Pérdida del Empleo.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
Si	8	2.1	2.1
No	376	97.9	100.0
Total	384	100.0	

Crisis no normativas Perdidas Afectivas.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
Si	14	3.6	3.6
No	370	96.4	100.0
Total	384	100.0	

TABLA 8. FRECUENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES MENTALES Y ADICCIONES

Factor de riesgo de Depresión.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
Si	56	14.6	14.6
No	328	85.4	100.0
Total	384	100.0	

Factor de riesgo Esquizofrenia.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
Si	11	2.9	2.9
No	373	97.1	100.0
Total	384	100.0	

Factor de riesgo Ansiedad.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>Si</u>	<u>60</u>	<u>15.6</u>	<u>15.6</u>
<u>No</u>	<u>324</u>	<u>84.4</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	
Factor de riesgo otras Enfermedades Mentales.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>Si</u>	<u>14</u>	<u>3.6</u>	<u>3.6</u>
<u>No</u>	<u>370</u>	<u>96.4</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	
Factor de riesgo Tabaquismo.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>Si</u>	<u>216</u>	<u>56.2</u>	<u>56.2</u>
<u>No</u>	<u>168</u>	<u>43.8</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	
Factor de riesgo Alcoholismo.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>Si</u>	<u>99</u>	<u>25.8</u>	<u>25.8</u>
<u>No</u>	<u>285</u>	<u>74.2</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	
Factor de riesgo otras Toxicomanías.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>Si</u>	<u>18</u>	<u>4.7</u>	<u>4.7</u>
<u>No</u>	<u>366</u>	<u>95.3</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	

TABLA 9. FRECUENCIA DE FACTORES DE RIESGO ENFERMEDADES CRONICODEGENERATIVAS.

Factor de riesgo de Cáncer.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
Si	100	26.0	26.0
No	284	74.0	100.0
Total	384	100.0	
Factor de riesgo Diabetes Mellitus.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
Si	256	66.7	66.7
No	128	34.3	100.0
Total	384	100.0	
Factor de riesgo Hipertensión Arterial.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
Si	281	73.2	73.2
No	103	26.8	100.0
Total	384	100.0	
Factor de riesgo Dislipidemia.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
Si	85	22.1	22.1
No	299	77.9	100.0
Total	384	100.0	
Factor de riesgo Migraña.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
Si	22	5.7	5.7
No	362	94.3	100.0
Total	384	100.0	

Factor de riesgo Obesidad.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>Si</u>	<u>138</u>	<u>35.9</u>	<u>35.9</u>
<u>No</u>	<u>246</u>	<u>64.1</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	
Factor de riesgo Enfermedad Congénita.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>Si</u>	<u>25</u>	<u>6.5</u>	<u>6.5</u>
<u>No</u>	<u>359</u>	<u>93.5</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	
Factor de riesgo Enfermedad Acido Péptica.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>Si</u>	<u>108</u>	<u>28.1</u>	<u>28.1</u>
<u>No</u>	<u>276</u>	<u>71.9</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	
Factor de riesgo Enfermedad Cardiaca.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>Si</u>	<u>118</u>	<u>30.7</u>	<u>30.7</u>
<u>No</u>	<u>266</u>	<u>69.3</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	
Factor de riesgo Neurodermatitis.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>Si</u>	<u>21</u>	<u>5.5</u>	<u>5.5</u>
<u>No</u>	<u>363</u>	<u>94.5</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	
Factor de riesgo Asma.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>Si</u>	<u>27</u>	<u>7.0</u>	<u>7.0</u>
<u>No</u>	<u>357</u>	<u>93.0</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	

Factor de riesgo Evento Vascular Cerebral.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>Si</u>	<u>39</u>	<u>10.2</u>	<u>10.2</u>
<u>No</u>	<u>345</u>	<u>89.8</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	

Factor de riesgo Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>Si</u>	<u>40</u>	<u>10.4</u>	<u>10.4</u>
<u>No</u>	<u>344</u>	<u>89.6</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	

Factor de riesgo otras Enfermedades.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>Si</u>	<u>148</u>	<u>38.5</u>	<u>38.5</u>
<u>No</u>	<u>236</u>	<u>61.5</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	

TABLA 10. FRECUENCIA DE VIOLENCIA FAMILIAR.

Factor de riesgo Violencia Familiar.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>Sin factor de riesgo de violencia</u>	<u>354</u>	<u>92.2</u>	<u>92.2</u>
<u>Física</u>	<u>7</u>	<u>1.8</u>	<u>94.0</u>
<u>Psicológica</u>	<u>23</u>	<u>6.0</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	

TABLA 11. FRECUENCIA DE OTROS FACTORES DE RIESGO.

Factor de riesgo Homosexualidad.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
Si	6	1.6	1.6
No	378	98.4	100.0
Total	384	100.0	
Factor de riesgo Madre Adolescente.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
Si	17	4.4	4.4
No	367	95.6	100.0
Total	384	100.0	
Factor de riesgo Madre Añosa.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
Si	8	2.1	2.1
No	376	97.9	100.0
Total	384	100.0	
Factor de riesgo Madre Soltera.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
Si	33	8.6	8.6
No	351	91.4	100.0
Total	384	100.0	
Factor de riesgo Divorcio.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
Si	68	17.7	17.7
No	316	82.3	100.0
Total	384	100.0	
Factor de riesgo Separación.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
Si	89	23.2	23.2
No	295	76.8	100.0
Total	384	100.0	

TABLA 12. PATRONES DE REPETICION ENFERMEDADES MENTALES Y ADICCIONES.

Patrón de repetición Depresión.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
<u>Si</u>	<u>5</u>	<u>1.3</u>	<u>1.3</u>
<u>No</u>	<u>379</u>	<u>98.7</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	
Patrón de repetición Ansiedad.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
<u>Si</u>	<u>8</u>	<u>2.1</u>	<u>2.1</u>
<u>No</u>	<u>376</u>	<u>97.9</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	
Patrón de repetición otras Enfermedades Mentales.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
<u>Si</u>	<u>7</u>	<u>1.8</u>	<u>1.8</u>
<u>No</u>	<u>377</u>	<u>98.2</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	
Patrón de repetición Tabaquismo.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
<u>Si</u>	<u>87</u>	<u>22.7</u>	<u>22.7</u>
<u>No</u>	<u>297</u>	<u>77.3</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	
Patrón de repetición Alcoholismo.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
<u>Si</u>	<u>23</u>	<u>6.0</u>	<u>6.0</u>
<u>No</u>	<u>361</u>	<u>94.0</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	
Patrón de repetición otras Toxicomanías.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
<u>Si</u>	<u>1</u>	<u>.3</u>	<u>.3</u>
<u>No</u>	<u>383</u>	<u>99.7</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	

TABLA 13. PATRON DE REPETICION DE ENFERMEDADES CRONICODEGENERATIVAS.

Patrón de repetición Cáncer.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
Si	9	2.3	2.3
No	375	97.7	100.0
Total	384	100.0	
Patrón de repetición Diabetes Mellitus.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
Si	63	16.4	16.4
No	321	83.6	100.0
Total	384	100.0	
Patrón de repetición Hipertensión Arterial.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
Si	65	16.9	16.9
No	319	83.1	100.0
Total	384	100.0	
Patrón de repetición Dislipidemia.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
Si	10	2.6	2.6
No	374	97.4	100.0
Total	384	100.0	
Patrón de repetición Migraña.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
Si	1	.3	.3
No	383	99.7	100.0
Total	384	100.0	
Patrón de repetición Obesidad.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
Si	24	6.2	6.2
No	360	93.8	100.0
Total	384	100.0	

Patrón de repetición Enfermedad Congénita.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
Si	1	.3	.3
No	383	99.7	100.0
Total	384	100.0	
Patrón de repetición Enfermedad Acido Péptica.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
Si	15	3.9	3.9
No	369	96.1	100.0
Total	384	100.0	
Patrón de repetición Enfermedad Cardiaca.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
Si	8	2.1	2.1
No	376	97.9	100.0
Total	384	100.0	
Patrón de repetición Neurodermatitis.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
Si	3	.8	.8
No	381	99.2	100.0
Total	384	100.0	
Patrón de repetición de Asma.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
Si	3	.8	.8
No	381	99.2	100.0
Total	384	100.0	
Patrón de repetición Evento Vascular Cerebral.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
Si	1	.3	.3
No	383	99.7	100.0
Total	384	100.0	

Patrón de repetición Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
Si	3	.8	.8
No	381	99.2	100.0
Total	384	100.0	

Patrón de repetición otras Enfermedades.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
Si	11	2.9	2.9
No	373	97.1	100.0
Total	384	100.0	

TABLA 14. PATRON DE REPETICION VIOLENCIA FAMILIAR.

Patrón de repetición Violencia Familiar.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
Sin patrón de repetición	383	99.7	99.7
Psicológica	1	.3	100.0
Total	384	100.0	

TABLA 15. PATRON DE REPETICION OTROS FACTORES DE RIESGO.

Patrón de repetición Homosexualidad.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
No	384	100.0	100.0

Patrón de repetición Madre Adolescente.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
No	384	100.0	100.0

Patrón de repetición Madre Añosa.			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Acumulación de porcentaje
No	384	100.0	100.0

Patrón de repetición Madre Soltera.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>Si</u>	<u>2</u>	<u>.5</u>	<u>.5</u>
<u>No</u>	<u>382</u>	<u>99.5</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	

Patrón de repetición Divorcio.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>Si</u>	<u>6</u>	<u>1.6</u>	<u>1.6</u>
<u>No</u>	<u>378</u>	<u>98.4</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	

Patrón de repetición Separación.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>Si</u>	<u>8</u>	<u>2.1</u>	<u>2.1</u>
<u>No</u>	<u>376</u>	<u>97.9</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	

TABLA 16. APGAR FAMILIAR.

Apgar Familiar.			
<u>Variable</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulación de porcentaje</u>
<u>Baja</u>	<u>12</u>	<u>3.1</u>	<u>3.1</u>
<u>Media</u>	<u>73</u>	<u>19.0</u>	<u>22.1</u>
<u>Alta</u>	<u>299</u>	<u>77.9</u>	<u>100.0</u>
<u>Total</u>	<u>384</u>	<u>100.0</u>	

9. DISCUSIÓN

La familia es dinámica, cambia y evoluciona según las transformaciones que surgen en los individuos que la integran. Los cambios individuales son acordes con la sociedad a la que pertenecen; por tanto, las modificaciones que surgen de la sociedad inciden en la organización familiar y viceversa.

Las diferencias entre familias de una sociedad se explican al considerar que hay varios hechos macroestructurales e históricos que dan lugar a una diversidad amplia de tipo de familias.⁶

Es posible encontrar diversas clasificaciones de la familia, las cuales principalmente se fundamentan en el tipo de cultura, número de sus componentes, dinámica familiar, y de algunos otros elementos que pueden ser susceptibles de tomar en cuenta para su clasificación. Mediante el Genograma se logró saber las características de las familias fue un instrumento imprescindible para este estudio, 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. Permite, en fin, recoger, registrar y exponer información familiar en la práctica de la atención orientada a la familia.

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, tipología 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.

Con base a la clasificación de la familias según el consenso de la medicina familiar y en relación del parentesco la familia nuclear simple sigue siendo la de mayor prevalencia esto a pesar de los cambios sociales, económicos y culturales presentes en las últimas décadas, en el estudio de Navarro GA y Cols ⁶⁵ en 2004 pero utilizando otra clasificación, la familia

construida nuclear fue la de mayor prevalencia con 51.1% seguida de la construida extensa con 11.4 %. Llama la atención que con ambas clasificaciones las familias no clasificables o no valorables fue el mismo del 6%.

Es importante mencionar que en los nuevos estilos de vida personal- familiar originado por cambios sociales se hizo una división de las personas que viven solas con inicio de ciclo de vida y sin inicio de ciclo de vida, sin embargo para efectos de los resultados de este trabajo no fue concluyente.

Con relación a la tipología familiar, y no obstante el referir que en función a su integración la nuclear simple sigue siendo la más común, al referirnos a los aspectos del desarrollo al parecer los aspectos económicos y culturales como la equidad de género han favorecido la aparición de las familias modernas, esto se evidencia ya que según lo reportado por Navarro GA y cols ⁶⁵ el porcentaje de familias modernas paso de 57% a 66.6% en un periodo de 6 años. Tomando en cuenta que la familia tiene la necesidad de proporcionar educación a sus integrantes y que en este estudio predomino la familiar de tipo nuclear simple y se observo que la mayor parte de la población de acuerdo a su ocupación que atiende esta Clínica de Medicina Familiar es la obrera, moderna e integrada, sin alcanzar un grado de licenciatura o profesional, situación que es importante porque representa que estamos ante una población con mínima escolaridad, pensamos que posterior a la realización del Genograma se pudiera impulsar a las familias a la educación de los hijos para alcanzar niveles de escolaridad superior.

Con relación al ciclo de vida familiar según Geyman y OMS modificado, observamos que predominan las familias cuyos miembros son adultos mayores, jubiladas, en estado de viudez o abandono. En el estudio de Navarro GA cols ⁶⁵ en que realizan la Clasificación del ciclo según Geyman se obtuvieron la dispersión con 34.4% e independencia 22.2% como las de mayor prevalencia, lo que evidencia clara diferencia con lo aquí reportado, esto muy probablemente por los cambios en la pirámide poblacional que se han dado y probablemente también debido a que este estudio fue con la población que asiste en la tarde

mientras que al parecer el estudio de Navarro referido se hizo con población que asiste en la mañana.

Lo anterior concuerda con los resultados de factores de riesgo de familias especiales, donde se obtuvo casi el 21.9% de familias de dos, y con la encuesta nacional de salud y nutrición del derecho habiente del ISSSTE 2007 (ENSADER) ⁶⁹ es importante mencionar que esta encuesta fue nacional, en la que se menciona que los citados derecho habientes conforman familias pequeñas ya que más del 60% son hogares con 1 y dos miembros y un promedio de 2.3.

En cuanto a las dislocaciones y tomando en consideración que el 45% son familias desintegradas la principal causa de esta situación es el fallecimiento, lo que nos permite coincidir con la clasificación del ciclo de vida familia según Geyman.

Al hacer el análisis de los conflictos por subsistema, encontramos un porcentaje bajo en los subsistemas familiares, lo que se confirma con el mismo bajo porcentaje de crisis no normativas presentes en la población de estudio como el 6.8% referido para el divorcio el 10.4% por separación, y problemas legales con 1.8%. Esto muy probable por que en una primera entrevista no se puede obtener una medición confiable.

Sin embargo la enfermedad y la muerte como generadoras de crisis no normativas y como otros factores de riesgo es la separación las que predominaron en los miembros de la Clínica de Medicina Familiar Dr. “Ignacio Chávez” es un tema difícil de abordar se debe considerar que la responsabilidad del médico familiar en el trato diario de estos pacientes, es precisamente mediante la realización del Genograma el percibir de inmediato cuando una familia está en crisis ante la presencia de una enfermedad terminal, crónico degenerativa o muerte, además en los problemas conyugales.

La importancia de esta percepción hará que el médico familiar ponga en juego sus conocimientos en este tema y brinde a la familia toda la ayuda profesional que requiere en esta etapa para superar la crisis que genera el impacto de saber que padece una enfermedad

crónica o muerte de un miembro familiar o de lo contrario poder derivarlo a tiempo a terapia familiar

En relación a la frecuencia de factores riesgo de enfermedades mentales y adicciones se tuvieron porcentajes de alrededor del 15% para la depresión y ansiedad, los trastornos de mayor prevalencia, dato que concuerda con el 15.7% reportado para estos trastornos en la ENSADER 2007 ⁶⁹ sin embargo con relación a las adicciones, los porcentajes aquí reportados son más altos 56.2% para tabaquismo y 2.8% para alcoholismo que los reportados con la encuesta ya referida en la que se reporta 20.2% tasa global para el consumo del alcohol y 23.5% para tabaquismo, la diferencia puede deberse que en el presente estudio se tomó en cuenta a cualquier integrante de la familia mediante el Genograma y en el ENSADER ⁶⁹ se tomaron solo a la persona encuestada.

Se describe adecuadamente mediante el Genograma la presencia del tabaquismo presente en la población de la clínica. Las características de prevalencia no son lejanas a las ya descritas en otros estudios a la población mexicana. Los médicos familiares debemos promover en forma rutinaria el abandono del consumo del tabaco, aproximándonos al tema con interrogatorios intencionados. De la misma manera se deben utilizar todas las herramientas disponibles por el equipo multidisciplinario de salud. Especial énfasis debemos otorgar a la información y concientización de la población adolescente en lo que respecta al daño y consecuencias del consumo del tabaco. En cuanto a los fumadores activos, su localización servirá para incluirlos en grupos de autoayuda comunitarios y en casos severos ser canalizados a servicios de apoyo como psicología y clínicas de tabaquismo. En la C.M.F. Dr. “Ignacio Chávez” existe una clínica del tabaco sin embargo requiere de mayor difusión ya que son pocos pacientes los que acuden.

En cuanto a la frecuencia de los factores de riesgo de las enfermedades crónico-degenerativas, las cuatro de mayor prevalencia fueron Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Obesidad y Cáncer mientras que la ENSADER 2007 reporta en orden descendente a la Gastritis o Úlcera Gástrica, Colitis, Hipertensión Arterial y Sobrepeso u Obesidad como las de mayor prevalencia, sin dejar de mencionar que los resultados

obtenidos en este trabajo son más altos, un dato a considerar es el 26% encontrado del Cáncer como factor de riesgo resultado similar al 28.4% referido en la ENSADER 2007,⁶⁹ información que junto con algunas aquí presentadas, nos permite reconocer la importancia de la realización de encuestas como la ya referida, de Genogramas bien estructurados para detectar casos ocultos o diagnosticados pero no controlados y seguir fomentando actividades de promoción a para la salud, sensibilizar, educar y organizar al equipo de salud para el desarrollo de programas para la prevención en la Clínica de Medicina Familiar con la finalidad de mejorar hábitos alimentarios adecuados, actividad física esto es de vital importancia tanto a los adultos mayores como en la población en general.

En relación a la frecuencia de la violencia familiar, el 92.2% de las familias estudiadas no presentaron violencia familiar y sólo el 7.8% presentaron algún tipo, siendo la más frecuente la violencia psicológica. Según datos del Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM),⁷⁰ a diferencia de hace tres años, cuando 52 % de las mujeres mayores de 15 años padecía algún tipo de violencia intrafamiliar golpes, amenazas y relaciones sexuales forzadas, el problema ahora está presente en siete de cada 10 de los 23.7 millones de hogares que el INEGI⁶⁹ reporta en unión conyugal. El primer estudio sobre la violencia doméstica realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁷¹ pone de manifiesto que la ejercida por la pareja es la forma de violencia más común en la vida de las mujeres, sin embargo en el presente estudio fue bajo el porcentaje, tal vez es importante mencionar que en una sola entrevista es difícil validar esta situación.

De acuerdo con el INEGI⁷², la tasa de matrimonios disminuyó en México en 1.5 %, en tanto que los divorcios aumentaron 3.2 % en 2006 respecto al año previo. En México, durante 2006, se registraron 586 mil 978 matrimonios, cifra menor en 1.5 % a los de 2005, cuando sumaron 595 mil 713. En cuanto a los divorcios, se realizaron 72 mil 396 en 2006 y 70 mil 184 en 2005, con un aumento de 3.2 %. En los últimos diez años se ha presentado un aumento de las separaciones y divorcios entre la población del Distrito Federal. La separación de hecho sigue siendo la forma preferente de disolución conyugal en México.

En el presente estudio hablando de la frecuencia de otros factores de riesgo el divorcio ocupó el 17.7% sin embargo la separación fue el más frecuente con 23.2%, esto concuerda

con el ENSAR (encuesta nacional de salud reproductiva) 2003,⁷³ que refiere un 83.5% de los matrimonios o uniones conyugales de las mujeres entrevistadas y que terminaron en una disolución correspondían a separaciones.

En relación a patrones de repetición de enfermedades Crónico-degenerativas, se tuvieron a la Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Obesidad y Cáncer como las mayor prevalencia, datos que concuerdan de buena manera con lo reportado en el ENSADER 2007, en las que se refieren como los antecedentes heredo familiares como de mayor frecuencia a la Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Sobrepeso y Obesidad, infarto y Cáncer.

Por otro lado se utilizó la escala de Apgar. Con el propósito de probar una nueva escala de calificación para el Apgar familiar por Gómez Clavelina y cols⁶³, se efectuó un trabajo de investigación en una población abierta de pacientes adscritos a la consulta Médica Familiar de un Centro de salud en el sur de la Ciudad de México, en donde predominó la alta satisfacción de la función familiar en un total de 78%, dato que concuerda con este estudio donde se obtuvo un 77.9% de alta satisfacción de la función familiar.

10. CONCLUSIONES

La clasificación de las Familias del turno vespertino de la Clínica de Medicina Familiar Dr. “Ignacio Chávez” según el Consenso de Medicina Familiar fueron: Con base en el parentesco y sin parentesco, predominó la Familia nuclear simple. En presencia física y convivencia fue el núcleo integrado. En cuanto a su tipología: Según el desarrollo predominó la Familia moderna, según su integración la más común fue la Familia integrada, por su ocupación fue la Familia obrera. Ciclo de Vida Familiar según Geyman; la etapa que predominó es la de retiro y muerte, de igual forma el ciclo de vida según la OMS modificado fue el final de la contracción. De las familias especiales predominó la familia de dos. La dislocación familiar más frecuente fue la monoparental por fallecimiento. Detección de conflicto por subsistemas, el más común fue la pareja-parental. Crisis no normativas fue por enfermedades crónicas y de la violencia familiar predominó la psicológica. Dentro de los factores de riesgo y patrones de repetición las más frecuentes fueron: para las enfermedades mentales fue la ansiedad, como Enfermedades Crónicas degenerativas fue la Hipertensión Arterial, adicciones el Tabaquismo y de otros factores de riesgo fue la separación. En cuanto al Apgar Familiar la alta satisfacción de la funcionalidad familiar fue la más frecuente.

El Genograma proporciona información que facilita desarrollar las actividades propias del Médico Familiar como son dar una atención con calidad y calidez con un enfoque de riesgo de una manera integral y continua.

Se recomienda que los médicos familiares elaboren Genogramas a todos los pacientes o familias que acudan a consulta y sobre todo a los que cursen con problemas clínicos significativos, de ese modo se podrían determinar si los problemas médicos presentes están relacionados con aspectos familiares o psicosociales a sí mismo buscando factores de riesgo, patrones de repetición o pautas de relación, de equilibrio y desequilibrio familiar, buscando los factores que hacen difícil la transición de una etapa a otra en el ciclo vital.

Es importante que el Médico de Medicina Familiar este en capacitación constante para unificar criterios, interpretar de manera adecuada y así hacer conciencia sobre la

importancia de los datos que se recaban y la necesidad de aplicar esta herramienta en forma rutinaria para conocer a las familias que atiende la unidad.

Otra de las situaciones que se debe mencionar es que el interrogar al paciente en la sala de espera atenta a su privacidad. A través del Genograma se puede obtener información con una carga emocional muy fuerte como en el caso de adicciones, conflictos, violencia familiar, trastornos emocionales, entre otros eventos críticos, por lo que se requiere de un espacio físico que proporcione el ambiente necesario para establecer una relación de confianza entre el médico y el paciente y que este último pueda expresar sus sentimientos con la seguridad de que serán manejados con discreción, a sí mismo se confirma que en la elaboración del Genograma contribuye una buena relación médico-paciente-familia.

Por lo tanto se propone que el Médico Familiar solicite al paciente que acuda a su consultorio en una siguiente ocasión exclusivamente para la construcción del Genograma o bien que exista en la clínica un área destinada sólo para aplicar este instrumento con personal capacitado y que el paciente pueda acudir mientras espera la hora de su cita.

El Genograma puede servir a otros profesionales de la Clínica para detectar necesidades de la población que atiende cada servicio, planear estrategias de trabajo e identificar en cuales se requiere hacer labor de equipo.

Como no es posible hacer Genogramas en el poco tiempo de la consulta se deberá contar con recursos adecuados en cuanto al número de pacientes, tiempo y espacio para facilitar la práctica Médica de la Medicina centrada a la Familia con turnos bien programados que satisfaga las necesidades de los pacientes.

Es conveniente que la labor del Médico Familiar mediante la descripción del Genograma establezca acciones preventivas como son los programas dirigidos a los pacientes y estrategias para disminuir las enfermedades crónico-degenerativas como las reportadas en este estudio, mediante la búsqueda de marcadores tempranos o factores de riesgo

cardiovascular como el sedentarismo, tabaquismo, circunferencia de cintura, índice de masa corporal, hiperglucemia y antecedentes familiares.

Predominaron las familias de dos y el ciclo de vida en retiro y muerte, ante la búsqueda de redes de apoyo, la propagación de la esperanza de vida y del aumento de las enfermedades crónico degenerativas así como enfermedades mentales como la depresión en esta etapa de la vida, el médico familiar requiere tener apoyo de las instituciones para la actualización en temas relacionados en Geriatria y Gerontología, ya que en el turno vespertino son atendidos por este grupo de médicos especialistas en medicina familiar, de otra manera se propone que se amplíe el servicio de Gerontología en el turno vespertino y ser mas integral con atención continua y con un enfoque preventivo.

El Apgar familiar fue es un instrumento útil que nos facilita conocer un aspecto de la dinámica familiar que es la satisfacción de la funcionalidad familiar percibida por un miembro de la familia.

11. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	2009		2010			2011					
	MAY- NOV	DIC	ENE- FEB	MAR- NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN											
METODOLOGÍA											
COLECCIÓN INCOMPLETA DE LA INFORMACIÓN											
COLECCIÓN COMPLETA DE LA INFORMACIÓN											
CAPTURA Y REVISIÓN PRELIMINAR DE LOS RESULTADOS											
ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO E INFERENCIAL											
DISCUSIÓN											
CONCLUSIONES											
INFORME FINAL											

12. BIBLIOGRAFIA

1. Santacruz VJ: La familia como unidad de análisis, Rev Med IMSS 1983; 21 (4): 348-347.
2. Huerta G. Estudio de la salud familiar. En Farfán S, Meneses G, Domínguez O, Huerta G Dir. Programa de Actualización Continua en Medicina Familiar Vol. 1, México: Intersistemas editores, 1999, p5-68.
3. Garza EF. Trabajo con familias. México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 1997.
4. De La Revilla L. Conceptos e instrumentos de la Atención familiar. Barcelona, España: Editorial Doyma; 1994.
5. Irigoyen CA. Fundamentos de medicina familiar. 7 ed. México: Editorial Medicina familiar Mexicana; 2000.
6. Membrillo Luna A, Fernández Ortega M. Quiroz Pérez J.M. Rodríguez López J.L. Familia: Introducción al estudio de sus elementos. Ed. Tex. Mex. 2008:23-103.
7. Velasco ML, Julián SJF. Mapas familiares: su empleo en el diagnóstico y formación de hipótesis terapéuticas. En: Velasco ML, Julián SJF. Manejo del enfermo crónico y su familia. México: Editorial El Manual Moderno; 2001: 23-36.
8. Waters I, Watson W, Wetzel W. Genograms. Practical tools for family physicians. Can Fam Physician 1994; 40: 282-287.
9. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A. Familiogramas instrumentos útiles para los médicos familiares. Fundamentos de Medicina familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana. 4a edición. México, 1996: 143-149.
10. Shore WB, Wilkie HA, Croughan-Minihane M. Family of origin genograms: evaluation of a teaching program for medical students. Fam Med 1994; 26: 238-243.
11. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas E, Terán-Trillo M, Fernández-Ortega MA, Yáñez-Puig EJ. Análisis comparativo de seis recomendaciones internacionales para el diseño de genogramas en medicina familiar. Arch Med Fam 1999; 1(1): 13-20.

12. De la Revilla AL, Fleitas CL. Instrumentos para el abordaje familiar. Atención longitudinal: el ciclo vital familiar. En: Martín ZA, Cano PJF. Compendio de Atención Primaria. Madrid España. Ediciones Harcourt; 2000: 38-45.
13. Irigoyen-Coria A, Morales-López H, Hernández-Torres I, Mazón-Ramírez J, Fernández-Ortega MA, Mozqueda-Pérez G. Análisis estructural de 306 estudios de salud familiar. Arch Med Fam 2002; 4(1): 22-26.
14. Tomson PR. Genograms in general practice. J R Soc Med 1985; 78 (Supl): 34-39.
15. Crouch MA, Roberts L. The family in medical practice: a family systems primer. Nueva York: Springer-Verlag, 1987.
16. McGoldrick M. Genograms in family assessment. Nueva York: Norton, 1985.
17. Rogers JC, Rohrbaugh M, McGoldrick M. Can experts predict health risk from family genograms? Fam Med 1992; 24(3): 209-215.
18. M, Rogers J, McGoldrick M. How do experts read family genograms? Fam Systems Med 1992; 10: 79-89.
19. Irigoyen CA. Diagnóstico familiar. 6° ed. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana; 2000.
20. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam 1999; 1(2): 45-57.
21. McGoldrick M, Gerson R. Genogramas en la evaluación familiar. Barcelona. Editorial Gedisa, 2000.
22. Loissi C; Hatira P; Mystakidou K. The use of genogram in palliative care. Palliat Med 1997; 11(6): 455-61.
23. 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.
24. McGoldrick Orfanidis M. Problems with family genograms Am J Fam Therapy, 1980; 7:74-76.
25. Guerin PJ. Family therapy, Nueva York, Gardner Press, 1976.
26. Pendagast EG, Sherman CO. A guide to the genogram. The Family, 1977; 5: 3-14
27. Rakel RE. Principles of family medicine, Filadelfia, Saunders, 1977

28. Medalie JH. Family medicine: Principles and applications, Baltimore, Williams y Wilkins, 1978
29. Fernández Ortega MA, Irigoyen Coria A, Gómez Clavelina FJ, Ponce Rosas ER, Terán Trillo M, Mazón Ramírez JJ, Yañez Puig EJ, Diseño y aplicación de un instrumento para la evaluación de genogramas. Arch Med Fam 1999; 1(1): 5-12.
30. Greenwald JL, Grant WD, Kamps CA, Haas- Cunninghams. The genogram scale as a predictor of high utilization in a family practice. Fam Syst y Health 1998; 16: 375-392.
31. Berolzheimer N, Thower SM, Koch-Hattem A. Working with families. En Sloane PD, Slatt LM. Curtis P, Directores. Essentials of Family Medicine, 2 ed. USA: William and Wilkins; 1993.p. 19-29.
32. Medalie JH. Historia clínica familiar, base de datos, árbol familiar y diagnóstico. En: Medalie JH. Medicina familiar. Principios y práctica. México: Editorial Limusa; 1987: 393-401
33. Rogers JC. Can Physicians use family genogram information to identify patients at risk of anxiety or depression? Arc h Fam Med 1994; 3: 1093-1098.
34. Bykowski M. Genogram traces sexual abuse in somatizers. Fam Practice News 1999; 29 (17):34
35. Duarte E. Historia clínica orientada al problema. En: Rubinstein R. Medicina familiar y práctica ambulatoria. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2001: 97-103.
36. Montalvo RJ, Soria TMR. Estructura familiar y problemas psicológicos UNAM Iztacala, 1(2):32-36
37. Revilla L, Fleitas L, Prados MA, Ríos A, Marcos B, Bailón E. El genograma en la Evaluación del ciclo familiar natural y de sus dislocaciones. Aten Primaria 1998;21:219-224.
38. Mullins HC, Christie- Selly. Working with the family in primary care. A Systems approach to heath and illness. USA Praeger ed; 1984. p. 179-191.
39. Irigoyen CA. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar, 2ª. Ed. México Editorial Medicina Familiar Mexicana, 2004.

40. Monroy-Caballero C, Boschetti-Fentanes B, Irigoyen-Coria A. Propuesta de una clasificación de la familia con base a su composición Arch Med Fam 2002; 4 (1): 42-44.
41. Blanco J. Ninis. Enero 2010. <http://www.jornada.unam.mx/2010/01/05/opinion>.
42. 1er Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e instituciones Educativas y de Salud. Elementos esenciales de la Medicina Familiar Conceptos básicos para el estudio de las familias código de Bioética en Medicina Familiar, editorial medicina familiar mexicana. Primera edición. Octubre 2005. pp 7-15.
43. Pittman FS. Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situación de crisis. Barcelona: Paidós, 1990.
44. Elliot BA, Prevention of violence. Prim Care 1993; 20: 375-389.
45. Attie T. La pareja en crisis. Como superar sus conflictos en distintas etapas de la vida Mexico: La prensa médica Mexicana; 1991
46. Haley J. Terapia no convencional. Buenos Aires: Amorrortu, 1989.
47. Saucedo GJM. Psicología de la vida en familia: una versión estructural. Rev Med IMSS 1991; 29(1) 61-67.
48. Jolly W, Fromm J, Rosen MG. The genogram. J Fam Practice 1980; 10: 251-255.
49. McGoldrick M, Gerson R. Genograms and family life cycle. En: Carter B, McGoldrick M. The changing family life cycle. A framework for family therapy. Boston: Allyn and Bacon, 1989.
50. De La Revilla L, Fleitas L, Prados M.A. El Genograma en la evaluación del ciclo vital familiar natural y de sus dislocaciones. Aten Primaria. 1998;21(4):81-89.
51. Goldenberg H, Goldenberg I. Counseling today families. Belmont: Wadsworth, 1994.
52. McGoldrick M, Carter B. Forming a remarried family. En: Carter B, McGoldrick M, eds. The Changing family life cycle. A Framework for family therapy. Boston: Allyn and Bacon, 1989.
53. Irigoyen CA, Gómez CFJ, Noriega GR, Hernández TI, Arteaga AG, Granel GE, Castro CJ, Modelo Sistemático de Atención Familiar Modelo Sistemático. Ed Med Fac. México 2000.

54. Irigoyen C, Morales L, MOSAMEF bases conceptuales- Editorial Medicina Familiar, Mexicana México. 2000 pp 116-164.
55. Jacob T, Tennenbaum DL. Family assessment and diagnosis in child psychopathology. New York, NY. Guilford Press, 1988, pp 196-231.
56. Walsh F. Conceptualization of normal family processes. Chapter 1. En: Walsh F. Normal Family processes. The Guilford Press. New York/ London 1993. pp 7-69.
57. Gómez-Clavelina FJ, Terán-Trillo M y cols, Familias, conceptos, funciones y clasificaciones, perspectiva operativa para la práctica de la Medicina Familiar. Academia Mexicana de profesores de Medicina Familiar A.C. Editorial GOSA, México, 2003
58. Louro Bernal I. La Familia en la determinación de la salud, Rev. Cubana Salud Pública 2003; 29(1): 48-51.
59. Gómez- Clavelina FJ, Ponce- Rosas ER, Irigoyen-Coria A. FACES III: Alcances y limitaciones. Aten. Fam. 2005; 12(1):10-11.
60. Monroy- Caballero C. Bosquetti-Fentanes B, Irigoyen- Coria A. El estrés ¿Un problema en la práctica del médico familiar? Arch.Med.Fam. 2001; 3(4):91-93.
61. Méndez- Espinosa E, Ramírez- Lumbreras C, Riquelme- Heras H, Crisis familiares accidentales y enfermedad psicósomática. Arch. Med. Fam. 2001; 3(4): 105-108.
62. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam prac 1978; 6(6) 1231-1239.
63. Gómez Clavelina FJ, Ponce Rosas ER. Una nueva propuesta para la interpretación de Apgar familiar. Aten. Fam.2010; 17(4):102-106.
64. Torres FM. Evaluación de una nueva escala de calificación para el Apgar Familiar en pacientes adscritos en la consulta externa del Centro de salud "Dr José Castro Villagrana". Trabajo de investigación para obtener el grado de Especialista en Medicina Familiar, Mexico, UNAM, 2005.
65. Navarro GA, Ponce RER, Monroy CC, Trujillo BE, Irigoyen CA, Gómez CF. Estrategias para la elaboración de Genogramas por residentes de medicina familiar. Arch.Med.Fam. 2004; 6(3): 78-83.

66. García Cervantes N. Detección de los factores de riesgo de embarazo en adolescentes mediante el Genograma. Trabajo de investigación para obtener el grado de Especialista en Medicina Familiar, México, UNAM, 2006.
67. Valdivieso Sánchez A. Identificación de los factores de riesgo de complicaciones en los pacientes obesos en el uso del Familiograma en los usuarios del consultorio No. 2 de la unidad de Medicina familiar del ISSSTE de Cd Ixtepec. Trabajo de investigación para obtener el grado de Especialista en Medicina Familiar, México, UNAM, 2009.
68. Alvarado López MC. Uso del Familiograma para la identificar factores de riesgo de obesidad en niños de 5-14 años de la CMF Texcoco ISSSTE. Trabajo de investigación para obtener el grado de Especialista en Medicina Familiar, México, UNAM, 2010.
69. Encuesta nacional de salud y nutrición del derechohabiente del ISSSTE 2007 (ENSADER 2007) <http://www.serviprevencia.org/IMG/pdf/comunicación>.
70. Gómez Salgado A. Violencia intrafamiliar, primera causa de muerte de mujeres en México. Milenio Semanal, México. 2010.
71. OMS: Estudio pionero sobre la violencia familiar. Noviembre 2005. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/.../index.html>
72. INEGI: Disminuyen matrimonios y aumentan divorcios en México. Febrero 2008. <http://www.inegi.org.mx>
73. Ojeda N, González Fagoaga E. Divorcio y separación conyugal en México en los albores del siglo XXI. Rev. Mex. de Sociología. 2008; 70 (1): 111-145.

13. ANEXOS

13.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA.

Consentimiento para participar en el trabajo: elaboración de Genogramas.

Yo _____ declaro libre y voluntariamente en uso adecuado de mis facultades mentales ACEPTO participar en el estudio de investigación, CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS DEL TURNO VESPERTINO DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “DR. IGNACIO CHÁVEZ” ISSSTE SEGÚN EL GENOGRAMA y APGAR FAMILIAR, cuyo objetivo consiste en conocer las características de las familias y su satisfacción familiar de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” del I.S.S.S.T.E

El investigador principal tiene la autorización para realizarla en esta Unidad Médica, la información que usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónima y será obtenida de manera voluntaria.

Si usted siente que alguna de las preguntas o más le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla (s) respetando sus pensamientos y decisión. También si usted se siente en algún momento herido(a), lastimado(a) o agredido(a) en su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a usted, terminando así con su valiosa colaboración.

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

El cuestionario tiene varias preguntas y se contesta en aproximadamente 20 minutos. No existen respuestas buenas ni malas, únicamente le pido que sus respuestas sean honestas y sinceras.

¿Acepta usted contestarla? Si _____ No _____

He explicado al Sr(a)._____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a el.

FIRMA DEL INVESTIGACIÓN

FECHA

13.2 HOJA PARA REALIZAR GENOGRAMA

ANEXO 2

Ficha de identificación

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

13.3 APGAR FAMILIAR

ANEXO 3

Apgar familiar.

Clasificación: casi siempre 2, algunas veces 1, casi nunca 0.

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

Escala de calificación.

Satisfacción de la función familiar.

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

13.4 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- A) CLASIFICACION CON PARENTESCO Y SIN PARENTESCO
0. NO CLASIFICABLE
1. NUCLEAR
2. NUCLEAR SIMPLE
3. NUCLEAR NUMEROSA
4. RECONSTRUIDA (BINUCLEAR)
5. MONOPARENTAL
6. MONOPARENTAL EXTENDIDA
7. MONOPARENTAL EXTENDIDA COMPUESTA
8. EXTENSA
9. EXTENSA COMPUESTA
10. NO PARENTAL
11. MONOPARENTAL EXTENDIDA SIN PARENTESCO
12. GRUPOS SIMILARES DE FAMILIAS
- B) CLASIFICACION DE FAMILIAS CON BASE EN LA PRESENCIA FISICA Y CONVIVENCIA
0. NO CLASIFICABLE
1. NUCLEO INTEGRADO
2. NUCLEO NO INTEGRADO
3. EXTENSA ASCENDENTE
4. EXTENSA DESCENDENTE
5. EXTENSA COLATERAL
- C) NUEVOS ESTILOS DE VIDA PERSONAL-FAMILIAR ORIGINADOS POR CAMBIOS SOCIALES
0. SIN NUEVOS ESTILOS
1. PERSONA QUE VIVE SOLA CON INICIO DE CICLO DE VIDA
2. PERSONA QUE VIVE SOLA SIN INICIO DE CICLO DE VIDA
3. MATRIMONIOS O PAREJAS DE HOMOSEXUALES
4. MATRIMONIOS OPAREJAS DE HOMOSEXUALES CON HIJOS ADOPTIVOS
5. FAMILIA GRUPAL
6. FAMILIA COMUNAL
7. POLIGAMIA
- D) DISLOCACIONES DEL CICLO FAMILIAR
0. SIN DISLOCACIONES
1. MONOPARENTAL POR FALLECIMIENTO
2. MONOPARENTAL POR DIVORCIO
3. MONOPARENTAL POR SEPARACION
4. MONOPARENTAL POR ABANDONO
5. MONOPARENTAL POR MADRE SOLTERA
6. FAMILIAS RECONSTRUIDAS
7. RETRASO ABANDONO DEL HOGAR POR LOS HIJOS
8. NO TENER HIJOS
9. OTRAS CAUSAS
- E) CRISIS NO NORMATIVAS DIVORCIO
1. SI
2. NO
- F) CRISIS NO NORMATIVAS SEPARACION
1. SI
2. NO
- G) CRISIS NO NORMATIVAS PROBLEMAS LEGALES
1. SI
2. NO
- H) CRISIS NO NORMATIVAS ENFERMEDADES CRONICAS
1. SI
2. NO
- I) CRISIS NO NORMATIVAS MUERTE
1. SI
2. NO
- J) CRISIS NO NORMATIVAS EMBARAZO NO PLANEADO
1. SI
2. NO
- K) CRISIS NO NORMATIVAS PERDIDA DEL EMPLEO
1. SI
2. NO
- L) CRISIS NO NORMATIVAS PERDIDA AFECTIVA
1. SI
2. NO
- M) FACTORES DE RIESGO DEPRESION
1. SI
2. NO
- N) PATRON DE REPETICION DEPRESION
1. SI
2. NO
- O) FACTOR DE RIESGO ESQUIZOFRENIA
1. SI
2. NO
- P) PATRON DE REPETICION ESQUIZOFRENIA
1. SI
2. NO
- Q) FACTOR DE RIESGO ANSIEDAD
1. SI
2. NO
- R) PATRON DE REPETICION ANSIEDAD
1. SI
2. NO
- S) FACTOR DE RIESGO OTRAS ENFERMEDADES MENTALES
1. SI
2. NO
- T) PATRON DE REPETICION OTRAS ENFERMEDADES MENTALES
1. SI
2. NO
- U) FACTOR DE RIESGO TABAQUISMO
1. SI
2. NO
- Ñ) PATRON DE REPETICION TABAQUISMO
1. SI
2. NO

- V) FACTOR DE RIESGO ALCOHOLISMO
1. SI
 2. NO
- W) PATRON DE REPETICION ALCOHOLISMO
1. SI
 2. NO
- X) FACTOR DE RIESGO TOXICOMANIAS
1. SI
 2. NO
- Y) PATRON DE REPETICION TOXICOMANIAS
1. SI
 2. NO
- Z) FACTOR DE RIESGO VIOLENCIA FAMILIAR
1. SIN FACTOR DE RIESGO DE VIOLENCIA
 2. SEXUAL
 3. FISICA
 4. PSICOLOGICA
- AA) PATRON DE REPETICION VIOLENCIA FAMILIAR
1. SIN PATRON DE REPETICION
 2. SEXUAL
 3. FISICA
 4. PSICOLOGICA
- BB) FAMILIAS ESPECIALES
0. NO FAMILIA ESPECIAL
 1. FAMILIA DE DOS
 2. FAMILIA ACORDEON
 3. FAMILIA NINIS
- CC) TIPOLOGIA EN BASE A SU DESARROLLO
1. MODERNA
 2. TRADICIONAL
- DD) TIPOLOGIA EN BASE A SU INTEGRACION
1. INTEGRADA
 2. DESINTEGRADA
- EE) TIPOLOGIA EN BASE A SU OCUPACION
1. CAMPESINA
 2. OBRERA
 3. PROFESIONAL
 4. COMERCIANTE
- FF) CICLO DE VIDA GEYMAN
0. SIN CICLO DE VIDA
 1. MATRIMONIO
 2. EXPANSION
 3. DISPERSION
 4. INDEPENDENCIA
 5. RETIRO Y MUERTE
- GG) CICLO DE VIDA OMS
0. SIN CICLO DE VIDA
 1. FORMACION I
 2. EXTENSION IIa
 3. EXTENSION IIb
 4. FINAL DE EXTENSION III
 5. CONTRACCIÓN IV
 6. FINAL DE LA CONTRACCIÓN V
 7. DISOLUCION VI
- HH) PATRON DE REPETICION CANCER
1. SI
 2. NO
- II) FACTOR DE RIESGO CANCER
1. SI
 2. NO
- JJ) PATRON DE REPETICION DIABETES MELLITUS
1. SI
 2. NO
- KK) FACTOR DE RIESGO DIABETES MELLITUS
1. SI
 2. NO
- LL) PATRON DE REPETICION HIPERTENSION ARTERIAL
1. SI
 2. NO
- MM) FACTOR DE RIESGO HIPERTENSION ARTERIAL
1. SI
 2. NO
- NN) PATRON DE REPETICION DISLIPIDEMIA
1. SI
 2. NO
- OO) FACTOR DE RIESGO DISLIPIDEMIA
1. SI
 2. NO
- PP) PATRON DE REPETICION MIGRAÑA
1. SI
 2. NO
- QQ) FACTOR DE RIESGO MIGRAÑA
1. SI
 2. NO
- RR) PATRON DE REPETICION OBESIDAD
1. SI
 2. NO
- SS) FACTOR DE RIESGO OBESIDAD
1. SI
 2. NO
- TT) PATRON DE REPETICION ENFERMEDAD CONGENITAS
1. SI
 2. NO
- UU) FACTOR DE RIESGO ENFERMEDAD CONGENITA
1. SI
 2. NO
- ÑÑ) PATRON DE REPETICION ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA
1. SI
 2. NO
- VV) FACTOR DE RIESGO ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA
1. SI
 2. NO
- WW) PATRON DE REPETICION ENFERMEDAD CARDIACA
1. SI
 2. NO
- XX) FACTOR DE RIESGO ENFERMEDAD CARDIACA
1. SI
 2. NO
- YY) PATRON DE REPETICION NEURODERMATITIS
1. SI
 2. NO
- ZZ) FACTOR DE RIESGO NEURODERMATITIS
1. SI
 2. NO

- AAA) PATRON DE REPETICION ASMA
 1. SI
 2. NO
- BBB) FACTOR DE RIESGO ASMA
 1. SI
 2. NO
- CCC) PATRON DE REPETICION EVC
 1. SI
 2. NO
- DDD) FACTOR DE RIESGO EVC
 1. SI
 2. NO
- EEE) PATRON DE REPETICION EPOC
 1. SI
 2. NO
- FFF) FACTOR DE RIESGO EPOC
 1. SI
 2. NO
- GGG) PATRON DE REPETICION OTRAS
 1. SI
 2. NO
- HHH) FACTOR DE RIESGO OTRAS
 1. SI
 2. NO
- III) PATRON DE REPETICION HOMOSEXUALIDAD
 1. SI
 2. NO
- JJJ) FACTOR DE RIESGO HOMOSEXUALIDAD
 1. SI
 2. NO
- KKK) PATRON DE REPETICION MADRE ADOLESCENTE
 1. SI
 2. NO
- LLL) FACTOR DE RIESGO MADRE ADOLESCENTE
 1. SI
 2. NO

- MMM) PATRON DE REPETICION MADRE AÑOSA
 1. SI
 2. NO
- NNN) FACTOR DE RIESGO MADRE AÑOSA
 1. SI
 2. NO
- OOO) PATRON DE REPETICION MADRE SOLTERA
 1. SI
 2. NO
- PPP) FACTOR DE RIESGO MADRE SOLTERA
 1. SI
 2. NO
- QQQ) PATRON DE REPETICION DIVORCIO
 1. SI
 2. NO
- RRR) FACTOR DE RIESGO DIVORCIO
 1. SI
 2. NO
- SSS) PATRON DE REPETICION SEPARACION
 1. SI
 2. NO
- MMM) FACTOR DE RIESGO SEPARACION
 1. SI
 2. NO
- NNN) PATRON DE REPETICION NOMBRE
 1. SI
 2. NO
- ÑÑÑ) CONFLICTO POR SUBSISTEMAS
 0. SIN CONFLICTO
 1. HIJOS (PAREJA-PARENTAL)
 2. CONYUGAL (PADRE-MADRE)
 3. FRATERO (HERMANOS)
- OOO) APGAR
 1. BAJA
 2. MEDIA
 3. ALTA

