



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Secretaría de Servicios Escolares

Unidad de Servicios Escolares de Posgrado

Instituto Mexicano del Seguro Social



**Funcionalidad y clasificación familiar de médicos becarios del Hospital
General Regional con Medicina Familiar No. 1 IMSS Morelos.**

REGISTRO SIRELCIS:

« R-2013-1701-60 «

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA: Sergio Lázaro Pérez

Director de tesis: MSP Marco Antonio León Mazón

Cuernavaca Morelos México a 7 de Julio del 2015



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.

**“Funcionalidad y clasificación familiar de médicos becarios del Hospital General
Regional con Medicina Familiar No. 1 IMSS Morelos”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

Sergio Lázaro Pérez

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

DRA. ANITA ROMERO RAMIREZ
COORDINADORA DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL

DRA. LAURA ÁVILA JIMÉNEZ.
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. MARIA CRISTINA VAZQUEZ BELLO.
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD.
AUTORIZACIONES:

DRA. AMELIA MARISSA LEIVA DORANTES
COORDINADORA CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD

DRA. MONICA VIVIANA MARTINEZ MARTINEZ.
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

DIRECTOR DE TESIS

MARCO ANTONIO LEON MAZON

MEDICO FAMILIAR

MAESTRO EN SALUD PÚBLICA EN ADMINISTRACIÓN

ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 3

“Funcionalidad y clasificación familiar de médicos becarios del Hospital
General Regional con Medicina Familiar No. 1 IMSS Morelos “

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:
Sergio Lázaro Pérez

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

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

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

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

“Funcionalidad y clasificación familiar de médicos becarios del Hospital General
Regional con Medicina Familiar No. 1 IMSS Morelos “

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

Sergio Lázaro Pérez

JURADO EVALUADOR

PRESIDENTE DEL JURADO

RICARDO CASTREJÓN SALGADO.
MEDICO FAMILIAR ADSCRIPCIÓN CENTRO DE INVESTIGACIÓN
BIOMEDICA DEL SUR

SECRETARIO DEL JURADO

ALEJANDRA SANTILLAN GODINEZ
MEDICO FAMILIAR ADSCRITO AL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL #1

VOCAL DEL JURADO
MARCO ANTONIO LEON MAZON

MEDICO FAMILIAR
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA EN ADMINISTRACIÓN
ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 3

Agradecimientos

A mis hijos Diana Lázaro Martínez y Sergio Lázaro Martínez que gracias a su llegada, mi vida cambio completamente llenándola de amor y dándole sentido, por ser la razón de despertar cada día, por cada sonrisa que me han regalado.

A mi madre Julia Pérez Gutiérrez que me enseñó lo más importante en la vida “que todo lo que se obtiene es gracias al trabajo y al esfuerzo”, por su amor incondicional, fortaleza, lucha y por ser un ejemplo de vida, por nunca dejarnos solos en el camino que emprendimos desde que dios nos trajo al mundo, porque sin ti nada de esto hubiera sido posible, por ser la mujer más maravillosa que me pudo tocar como madre y a la que más admiro y amare siempre.

A mis hermanos Alejandro y Hugo que hemos compartido tantos momentos de dicha y también difíciles, que gracias a su ejemplo de honestidad, trabajo, esfuerzo y perseverancia he seguido sus pasos para lograr mis metas en esta vida. A mis sobrinos a Diego, Santiago y Hugo por llenar la casa de alegría con sus juegos, travesuras y sonrisas. A Gabriela por aguantar todo este tiempo a mi lado dándole amor, cuidado y cariño a mi familia.

A mi asesor de tesis Dr. Marco Antonio León Mazón que me llevo de la mano y me saco de muchos apuros para culminar este trabajo.

A todos mis maestros que participaron en mi formación a todos los médicos que gracias a sus enseñanzas hoy termino otro ciclo académico, entre ellos un reconocimiento muy especial a mis residentes que llegue a admirar y respetar Sergio Baltazar, Levi, Edgar, Zayde, Betty González, Felipe Castillo, Álvaro Díaz, Eduardo Ramírez, Héctor Hidalgo y a mi gran guardia Nely García, Jesús Sámano, Héctor Quezada (compadre) y Orestes Pedroza.

A mi gran amigo “Marco Emir Ocampo Cardoso” (Q.D.E.P.) gracias por impulsarme a seguir adelante y por brindarme tu amistad el tiempo que dios te dejo permanecer en nuestra vida, por tu gran corazón que aún vive dentro de tus amigos que te recordamos con cariño día a día.

INDICE:

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVO.....	1
MATERIAL Y METODOS.....	1
RESULTADOS.....	2
CONCLUSIONES.....	2
MARCO TEORICO	3
Internado de pregrado	3
Residencia médica.....	4
Definición de Familia.....	6
Funcionalidad Familiar	9
Dinámica Familiar.....	9
APGAR Familiar.....	11
FACES III	12
ANTECEDENTES	15
PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	17
JUSTIFICACION	18
General	19
Específicos	19
MATERIAL Y METODOS	20
DISEÑO.....	20
LUGAR.....	20
PERIODO DE ESTUDIO.....	20
POBLACION.....	20

MUESTRA.....	20
<i>CRITERIOS DE SELECCIÓN.</i>	21
CRITERIOS DE INCLUSION.	21
CRITERIOS DE EXCLUSION.....	21
CRITERIOS DE ELIMINACION.....	21
Recursos.....	22
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	24
ASPECTOS ÉTICOS	25
RESULTADOS	26
Tabla 1. Características generales de los médicos becarios del HGR-MF 1 Cuernavaca, Morelos (2014).....	27
Tabla 2. Tipología familiar de los médicos becarios del HGR-MF 1 Cuernavaca, Morelos (2014).	28
Tabla 3. Frecuencia de respuestas del APGAR familiar de los médicos becarios del HGR-MF 1 Cuernavaca, Morelos (2014).	28
Tabla 4. Funcionalidad familiar obtenida mediante FACES III de los médicos becarios del HGR-MF 1 Cuernavaca, Morelos (2014).....	29
Tabla 5. Frecuencia de respuestas cohesión/adaptabilidad del FACES III de los médicos becarios del HGR-MF 1, Cuernavaca, Morelos (2014).....	30
Tabla 6. Características generales de los familiares de Médicos Becarios del HGR-MF 1, Cuernavaca, Morelos (2014).	31
Tabla 7. Tipología familiar de los familiares de Médicos Becarios del HGR-MF 1, Cuernavaca, Morelos (2014).....	32
Tabla 8. Frecuencia de respuestas del APGAR Familiar de los familiares de Médicos Becarios del HGR-MF 1 Cuernavaca, Morelos (2014).	33
Tabla 9. Frecuencia de respuestas COHESION/ADAPTABILIDAD del FACES III de Familiares de los Médicos Becarios del HGR-MF 1, Cuernavaca, Morelos 2014.	34

Tabla 10. Frecuencia de Funcionalidad Familiar por Sexo en Médicos Becarios del HGR-MF 1. IMSS Morelos.	35
Tabla 11. Frecuencia de Funcionalidad Familiar por Especialidad en Médicos Becarios del HGR-MF 1 IMSS Morelos.	36
Tabla 12. Funcionalidad Familiar obtenido mediante APGAR Familiar por Estado civil en Médicos Becarios del HGR-MF 1 IMSS Morelos.	37
Tabla 13. Frecuencia de Funcionalidad Familiar por Tipología familiar según composición en Médicos Becarios del HGR-MF 1 IMSS Morelos.	38
Tabla 14. Frecuencia de Funcionalidad Familiar por Tipología familiar según demografía en Médicos Becarios del HGR-MF 1 IMSS Morelos.	38
Tabla 15. Frecuencia de Cohesión por Sexo en Médicos Becarios HGR-MF 1 IMSS Morelos.	39
Tabla 16. Frecuencia de Cohesión por Especialidad en Médicos Becarios HGR-MF 1 IMSS Morelos.	40
Tabla 17. Frecuencia de Cohesión por Estado civil en Médicos Becarios del HGR-MF 1. IMSS Morelos.	41
Tabla 18. Cohesión familiar en función de la tipología según composición de los médicos becarios del HGR-MF 1, Cuernavaca, Morelos (2014).	42
Tabla 19. Cohesión familiar en función de la tipología según demografía de los médicos becarios del HGR-MF1, Cuernavaca, Morelos (2014).	43
Tabla 20. Frecuencia de Adaptabilidad por Sexo Médicos Becarios del HGR-MF 1 IMSS Morelos.	44
Tabla 21. Frecuencia de Adaptabilidad por Especialidad en Médicos Becarios del HGR-MF 1 IMSS Morelos.	45
Tabla 22. Frecuencia de Adaptabilidad por Estado civil en Médicos Becarios del HGR-MF 1 IMSS Morelos.	46
Tabla 23 Frecuencia de Adaptabilidad por Tipología familiar según composición en Médicos Becarios HGR-MF 1. IMSS Morelos.	47

Tabla 24. Frecuencia de Adaptabilidad por Tipología familiar según demografía en Médicos Becarios del HGR-MF 1 IMSS Morelos.	47
Tabla 25 Frecuencia de COHESION/ADAPTABILIDAD del FACES III de los Médicos Becarios y su Familiar del HGR-MF 1 Cuernavaca, Morelos (2014).	49
DISCUSION	50
CONCLUSIONES	51
ANEXO 1	54
ANEXO 2.....	56
ANEXO: 3.....	59
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	60
BIBLIOGRAFIA.....	61

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. La salud familiar es una parte importante de la salud en general; es clave en el desarrollo y en el equilibrio biopsicosocial del ser humano, es vital para el logro óptimo de la función de socialización cuyo objetivo central es transformar a la persona en un individuo maduro, autónomo e independiente, capaz de tomar las mejores decisiones que le atañen para su crecimiento personal, profesional y familiar. Es un reflejo de la dinámica e interacción entre los miembros de la familia, del grado de cumplimiento de las funciones básicas en cada familia. La familia disfuncional debe ser considerada como factor de riesgo para propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros. Un indicador de disfunción familiar puede ser la descompensación de una enfermedad crónica, y hay que ver al paciente no como el problema, sino como el portador de la problemática.

La disfuncional es aquella que pierde la capacidad de asumir cambios, cuya rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo de vida, al desarrollo de sus miembros, y al incumplimiento de sus funciones básicas.

El internado médico de pregrado es el período obligatorio, previo al servicio social, el cual los estudiantes de la carrera de medicina integran y consolidan los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante los ciclos escolarizados de su formación profesional.

OBJETIVO. Determinar el funcionamiento y la clasificación familiar en médicos internos de pregrado y residentes adscritos al hospital general regional con medicina familiar número uno “Ignacio García Téllez” del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

MATERIAL Y METODOS. Se realizó un estudio descriptivo y transversal en médicos becarios (internos y residentes) del Hospital General Regional 1 con Medicina Familiar “Lic. Ignacio García Téllez” del IMSS Cuernavaca Morelos México adscritos en el periodo de marzo a diciembre del 2014.

RESULTADOS. La tipología familiar con base en su composición fue nuclear en el 66.92% de la población estudiada y con base en su demografía el 91.54% fue urbana. El 92.31% de los médicos becarios presentaron una familia altamente funcional. Con respecto a la de evaluación de cohesión/adaptabilidad “FACES III” se determinó que el 38.46% de los médicos becarios pertenecían a familias relacionadas y el 67.69% eran miembros de familias caóticas; al integrar las variables anteriores se determinó que el tipo de familia que predominó entre los médicos becarios fue la caóticamente aglutinada “extrema” en el 26% con un mayor riesgo de disfunción familiar. En relación a los familiares que participaron con respecto al test para evaluar el funcionamiento familiar “APGAR FAMILIAR” se determinó que el 94.44% presentaron una familia altamente funcional. Con respecto al test de evaluación de cohesión/adaptabilidad “FACES III” se determinó con base a la cohesión que el 58.33% correspondía a familias relacionadas y en base a la adaptabilidad con el 61.11% correspondieron al tipo de familiar caóticas; al integrar las dos variables se determinó que el tipo de familia que predominó a categoría de caóticamente relacionada “rango medio” con un 42% con un riesgo medio de disfunción familiar.

CONCLUSIONES. A pesar de que los médicos becarios en algunas ocasiones se encuentran fuera del núcleo familiar por lo cual se encuentran en crisis familiar han presentado casi las mismas capacidades y habilidades que sus familiares para adaptarse en respuesta al estrés situacional o evolutivo viven durante esta etapa de formación profesional. Se identificó que las familias tienen límites externos semi abiertos y sus límites intergeneracionales son claros.

MARCO TEORICO

Internado de pregrado

El internado de pregrado es el periodo en que los alumnos desarrollan las competencias clínicas necesarias, a través de la práctica en hospitales de segundo nivel y en unidades de primer nivel de atención. Durante este periodo se integran y consolidan los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos en los primeros años de la carrera de médico cirujano, mediante la asistencia, capacitación continua e investigación; la duración del mismo es de un año. (18)

La estructura curricular de este periodo de adiestramiento aspira a desarrollar en el médico:

- Competencias requeridas en su perfil profesional en escenarios clínicos y sociales idóneos para tal fin.
- Un ejercicio crítico que permita responder con oportunidad y calidad a las necesidades de salud de la población mexicana.

Los procesos educativos en este año de formación deben llevarse a cabo bajo un proceso tutelar, dirigido y programado por personal capacitado, considerando los principales problemas de salud que afectan al país. A través de la enseñanza tutelar, el médico interno debe obtener experiencias y conocimientos significativos en el diagnóstico y tratamiento de las patologías más frecuentes en el ser humano según la etapa de vida. Se espera que al concluir el año de internado cuenten con los conocimientos, destrezas, habilidades, actitudes y valores humanísticos que contribuyen a conformar las competencias clínicas necesarias para posteriormente ofrecer una atención integral con calidad a la población. Dado a las diferentes programas universitarios, existen dos periodos comúnmente en México, una que inicia en enero y culmina en diciembre, y otra que inicia en julio y culmina en junio del año siguiente al ingreso, por lo que se denomina MIP 1 al médico interno con menos de 6 meses en adiestramiento y MIP 2 con más de 6 meses de adiestramiento (18)

Residencia médica

La residencia médica es el conjunto de actividades que debe cumplir un médico residente en periodo de adiestramiento; para realizar estudios y prácticas de posgrado, respecto de la disciplina de la salud a que pretenda dedicarse, dentro de una unidad receptora de residentes, durante el tiempo y conforme a los requisitos que señalen las disposiciones académicas respectivas. El médico residente es el profesional de la medicina con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes que ingrese a una unidad receptora de residentes para cumplir con su periodo de adiestramiento.

En la actualidad la residencia médica se trata de desarrollar competencias en el médico en formación para una práctica profesional de alta calidad, con tres funciones sustantivas:

a) La **atención médica** es la función profesional que desempeña el médico cuando aplica el conocimiento y la tecnología de la medicina al manejo de un problema particular de salud, de personas o de grupos, en el marco de una interacción social entre el médico y quien requiere de sus servicios. Esta atención ocurre en el seno de diversos grupos sociales (familia, escuelas, empresas, equipos deportivos), y se efectúa en espacios muy diversos (el domicilio del paciente, la cama del hospital, el consultorio, la sala de urgencias, el laboratorio de análisis clínicos, la comunidad, etcétera). Su realización se expresa en la asistencia oportuna al individuo o a los grupos de individuos, a través de actividades múltiples, mediante una consulta médica, un examen clínico, una inmunización, una intervención quirúrgica, entre otras actividades que involucran la aplicación del conocimiento médico. (19)

b) La investigación en torno a su quehacer cotidiano; la consulta clínica, la realización e interpretación de estudios de gabinete y laboratorio, el manejo de esquemas terapéuticos y rehabilitatorios, entre otros procedimientos para la atención médica son fuente de información susceptible de ser analizada para generar conocimiento sobre el quehacer médico. Por ende las funciones de investigación y de atención médica no se

excluyen entre sí, sino que se complementan y se muestran como una secuencia continua que es esencial para el progreso de la medicina y el bienestar humano. (19)

La factibilidad de esta función de la residencia médica depende de los valores y actitudes del personal, de su pensamiento crítico, de su capacidad de imaginación creativa y del dominio de la metodología que sea capaz de aplicar. La actitud inquisitiva y; la tendencia a someter a prueba las doctrinas aceptadas con deseo de obtener mayor certidumbre en alguna decisión médica, redundan inevitablemente en la superación académica del personal de salud y en la calidad de los servicios que éstos prestan. (19)

c) la **función educativa** representa una consecuencia natural del quehacer de la atención médica. La formación del médico sólo es concebible cerca del profesional que, al tiempo que realiza su quehacer, adiestra a un grupo de aprendices que lo auxilian en las tareas de atención a la salud. (19)

La validez de dicho modelo pedagógico a través de la historia, ha conducido a concebir la enseñanza de la medicina y la atención médica como dos partes fundamentales de un todo que no puede desvincularse a riesgo de perder su esencia. La enseñanza en la atención directa de los problemas de salud, donde el alumno como parte de su aprendizaje, observa, discute y desempeña tales actividades bajo asesoría y supervisión del personal médico de mayor experiencia, constituye el más eficaz procedimiento para que los alumnos se ejerciten en el desempeño de sus funciones profesionales mediante la solución de problemas. (20)

Las acciones educativas del médico se realizan principalmente en el consultorio, en la comunidad, la sala de hospitalización, el quirófano y cualquier otro espacio donde ocurre el quehacer de la atención médica. Cotidianamente el médico se ve involucrado en actividades educativas, dirigidas a los individuos en lo que atañe a su enfermedad, a grupos sociales en materia de salud comunitaria o a sus colegas y alumnos (en asuntos profesionales). (19)

Gracias a este modelo de educación médica que, desde los tiempos más remotos, las sociedades humanas han preservado su herencia cultural acerca de la salud y la enfermedad y han evolucionado hacia el progreso actual de la medicina. (19)

Definición de Familia

La palabra familia deriva de la raíz latina *Famulus*, que significa siervo; la cual a su vez proviene del primitivo *Famul*, que se origina de la voz osca *Famel* que significa esclavo doméstico. En la era del nomadismo, con el término de "familia" se designaba a todo grupo de personas que se desplazaban juntas de un lugar a otro, en tanto que en la Roma antigua el nombre de familia se daba al conjunto formado por esposas, hijos y esclavos y sirvientes que eran propiedad del *pater*, quien poseía la patria potestad y ejercía el derecho sobre la vida y la muerte de todos ellos. En la actualidad, la palabra "familia" suele designar una gama de acontecimientos sociales significativos, tales como una agrupación concreta con relaciones de parentesco entre sí, el matrimonio o la red de interacciones personales que permiten al individuo sentirse cómodo y seguro.(2)

El término familia puede incluir variadas acepciones y definiciones, por lo que resulta difícil elaborar un concepto de familia que posea un carácter universal; la definición de familia adopta formas y dimensiones tan diferentes en cada sociedad que no siempre es fácil discernir sobre los elementos que puedan ser comunes. Con la evolución que ha experimentado el grupo familiar han surgido paulatinamente múltiples definiciones de familia, cada una de ellas con diferentes niveles de aplicación, por lo que es conveniente partir de una adecuada especificación de la terminología.

El grupo formado por marido y mujer e hijos sigue siendo la unidad básica preponderante en la cultura occidental, conservando aún la responsabilidad de proveer de nuevos miembros a la sociedad, socializados y otorgarles protección física y apoyo emocional. El concepto de familia incluye una compleja organización biopsicosocial con diversas dimensiones de funciones. No es simplemente un conjunto de individuos relacionados entre sí. Es la matriz de un grupo muy peculiar, con lazos especiales para vivir juntos y que tiene un potencial para crecer, desarrollarse y comprometerse.(2)

La OMS comprende como parte de la familia a los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El Diccionario de la Lengua Española define a la familia como el grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas; Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje". La palabra linaje hace referencia, según Warner, a un grupo dotado de continuidad a lo largo de varias generaciones, siguiendo habitualmente la "línea del apellido" (líneas de descendencia unilaterales). De tal forma, en nuestro medio las familias resultan ser patrilineales, y dado que la madre constituye el centro del afecto familiar, son matricéntricas. (2)

En la actualidad, los teóricos del comportamiento familiar tienen la convicción común de que la familia debe ser concebida como una unidad funcional y que la actuación de sus miembros puede ser comprendida en relación con la estructura global de la misma; la consideran como un sistema de interacción, o de transacción, que imprime en el individuo los sentimientos de identidad e independencia. El primero de ellos está fundamentalmente influido por el hecho de sentirse miembro de un grupo y por su sentido de pertenencia a una familia específica, en tanto que el segundo se logra a través de la participación en los diferentes subsistemas familiares y en grupos extrafamiliares. (15)

La familia desde la perspectiva del médico familiar es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que, en la mayoría de los casos, conviven en un mismo lugar vinculados por lazos consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad. (15)

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) define que las familias mexicanas están integradas por personas de distintas generaciones, que en razón de su edad y sexo cumplen papeles específicos al interior de los grupos domésticos. (16)

El Gobierno del Estado de Morelos, define a la familia morelense como una agrupación natural que tiene su fundamento en una relación, estable entre hombre y mujer y

su plena realización en la filiación libre, consciente, responsable e informada, aceptada y dirigida por la pareja, unidas por el vínculo del parentesco, del matrimonio o del concubinato, a la que se le reconoce personalidad jurídica. (21)

Según su conformación, se define los siguientes tipos de familias:

Familia nuclear (conyugal, biparental, elemental o biológica): es la que conforma la pareja con o sin hijos. Se caracteriza por los lazos de parentesco legítimos y por el hecho de vivir juntos bajo el mismo techo. (2)

Familia seminuclear (monoparental o uniparental): familia de un solo padre, ya sea por la soltería de la madre (con hijos que pueden ser de un solo padre o consecuencia de la monogamia serial, es decir, de distintos padres) o como consecuencia de complicaciones en el desarrollo familiar, como el fallecimiento (familia contraída), separación o divorcio (familia interrumpida) de la pareja. (2)

Familia consanguínea (asociada, multigeneracional): es aquella en la que se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en el mismo hogar más de dos generaciones. Incluye la unidad familiar nuclear y uno o más familiares consanguíneos, ya sean verticales ascendentes (abuelos, tíos, etc.), verticales descendentes (sobrinos) o laterales (hermanos, cuñados) viviendo bajo el mismo techo. Se subdivide en:

Familia extensa: es una familia nuclear que va a vivir con la familia de origen de uno de los cónyuges o que nunca salió del seno familiar y permaneció allí después de realizar su unión conyugal. (2)

Familia semiextensa: consiste en una familia nuclear con la que viven uno o varios miembros de la familia de origen de uno de los cónyuges. (2)

Según su demografía también se puede clasificar a la familia de la siguiente manera:

Familia rural: cuando en la zona geográfica donde radican viven menos de 10 000 habitantes. (2)

Familia urbana: cuando en la zona geográfica donde radican viven más de 10 000 habitantes. (2)

Funcionalidad Familiar

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en el hecho de que la familia cumpla o deje de cumplir sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, en vez de referirse a ella como normal o patológica. (2)

Dinámica Familiar

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

Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le son encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo. Es aquella en la cual los hijos no presentan trastornos graves de conducta y donde la pareja no está en lucha constante; sin estar exenta de aspectos de ambivalencia, sentimientos negativos e insatisfacciones de un miembro respecto al otro. Por lo tanto, la dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos, comportamiento y expectativas entre cada miembro de la familia, que le permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde además el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás. (2)

La manera en que el sistema familiar considera la amplia gama de los sentimientos humanos es de importancia básica para su propio bienestar; por ello se debe explorar los patrones familiares referentes a la expresión emotiva y al compromiso familiar y cuáles son

los sentimientos expresados en la familia, para conocer el grado de satisfacción que resulta de vivir dentro del grupo familiar. (2)

Los incidentes afectan a los miembros de una familia en forma distinta y en diferentes momentos; por eso la homeostasis familiar puede funcionar adecuadamente para ellos durante algunos periodos de la vida familiar y no durante otros. El mantenimiento de éste equilibrio es un requisito indispensable para que la familia cumpla con sus funciones eficazmente. Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis que, las fuerzas del grupo, le permite progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez. (2)

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Gran parte de los trastornos psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar. Como sistema sociocultural abierto, la familia enfrenta constantemente situaciones críticas inducidas por cambios biopsicosociales en uno o varios de sus miembros y a través de los diversos estímulos provenientes del medio en que está incluida. Los eventos críticos familiares o crisis son cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de una familia, que ocasiona cambios en la funcionalidad de sus miembros y conduce a un estado de alteración y que requiere una respuesta adaptativa de la misma.

Los eventos críticos incrementan la tensión dentro del grupo familiar y cuando no son manejadas adecuadamente pueden conducir al deterioro de la salud familiar. Para evitar este deterioro, la familia requiere que estas crisis sean reconocidas y validadas por ella misma como problemas potenciales, a fin de poder ser resueltas favorablemente. El médico que brinda atención a sus pacientes en el contexto de la familia, debe comprender el impacto de que las crisis ocasionan en el estado funcional de la misma. Este conocimiento facilitará el diagnóstico y manejo de la disfunción familiar. (2)

Al estudiar una familia, que enfrenta eventos críticos, se debe explorar cuidadosamente la forma en que el grupo los identifica y aborda, así como el nivel de conflicto alcanzado, los cambios posteriores ante tales situaciones, y el grado de compromiso, solidaridad y apoyo entre sus miembros.(2)

Tanto la vulnerabilidad familiar como la capacidad regenerativa del sistema, que se expresa como la disponibilidad de recursos que éste puede poner en juego, se ven afectadas por la concurrencia de éstos factores tensionantes.(2)

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

APGAR Familiar

La familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas. Se han diseñado instrumentos para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y para la identificación de familias de riesgo. (20)

En 1978, el Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, creó el APGAR familiar ante la necesidad de evaluar la función de la familia; se trata de un instrumento que se diligencia por sí mismo, de fácil comprensión por personas con educación limitada y que se puede completar en poco tiempo.(20)

El APGAR familiar es una herramienta para la valoración de aspectos que no estaban relacionados y no eran evaluados en la historia clínica tradicional, puesto que ejercían una influencia positiva o negativa en el curso de la situación de salud o enfermedad que el miembro de la familia que se encuentra en consulta. (20)

Este es uno de los primeros instrumentos elaborados por un médico familiar. El APGAR se elaboró con base a cinco elementos o constructos esenciales: adaptabilidad, compañerismo, desarrollo, afectividad y resolución. Este instrumento consta de solamente cinco reactivos, uno para cada constructo. La escala de calificación incluye tres categorías de respuesta: casi siempre, algunas veces o casi nunca con puntajes de cero a dos. (20)

Los puntajes de 7 a 10 sugieren una familia altamente funcional, de 6 a 4 moderadamente disfuncional y de 0 a 3 una familia fuertemente disfuncional. No se cuenta con información suficiente para identificar la edad mínima necesaria para responder el cuestionario. El APGAR Familiar tiene una adecuada consistencia interna (alpha de

Chronbach 0.80) y confiabilidad demostrada mediante test-retest. Debido a la brevedad del cuestionario, también es limitada la información que puede proporcionar. Su valor real puede identificarse en la posibilidad de identificar en forma inicial a las familias en las cuales existe algún nivel de disfuncionalidad. (13)

FACES III

Los diversos modelos de evaluación familiar, en el panorama internacional, empezaron a surgir a finales de los años setentas ante la necesidad planteada por diversas escuelas de terapia familiar; las cuales han planteado, reiteradamente, la necesidad de crear instrumentos adecuados que permitan estudiar y valorar el funcionamiento familiar. (12).

Han transcurrido más de tres décadas desde que se estableció esa necesidad y uno de los modelos con mayor relevancia en la comprensión de los sistemas familiares es el modelo circunflejo, desarrollado por Olson, Sprenkle y Russell (1979).

El modelo circunflejo inicialmente constaba únicamente de dos dimensiones, cohesión y adaptabilidad, aunque posteriormente Olson, Russell y Sprenkle (1983) incorporaron una tercera dimensión, la comunicación, como una dimensión facilitadora. (12).

La cohesión es el vínculo emocional que los miembros de un sistema (la familia) tienen entre sí; los conceptos vinculados con la cohesión son los lazos familiares, la implicación familiar, las coaliciones padres-hijos, las fronteras internas y externas. La adaptabilidad es la habilidad de dicho sistema para cambiar; los conceptos específicos vinculados con la adaptabilidad son: liderazgo, disciplina, negociación, roles y reglas. . Cada una de estas dimensiones está compuesta por diferentes variables que contribuyen a su comprensión (Olson, 1988). Tanto la cohesión como la adaptabilidad son curvilíneas, esto implica que ambos extremos de las dimensiones son disfuncionales, siendo los niveles moderados los relacionados con un buen funcionamiento familiar. Es por ello que cada una de las dimensiones está dividida en 4 niveles. En el caso de la cohesión: familias apegadas (cohesión muy alta), familias conectadas (cohesión moderada-alta), familias separadas (cohesión moderada-baja) y familias desapegadas (cohesión baja). La adaptabilidad, por su parte, constituye los siguientes tipos de familias: familias rígidas (adaptabilidad muy baja),

familias estructuradas (adaptabilidad moderada-baja), familias flexibles (adaptabilidad moderada-alta) y familias caóticas (adaptabilidad alta). La comunicación es una dimensión facilitadora, cuya relación con el funcionamiento familiar es lineal; es decir, a mejor comunicación familiar mejor funcionamiento familiar. Entre los conceptos considerados se encuentran: empatía y escucha activa por parte del receptor, habilidades del emisor, libertad de expresión, claridad de expresión, continuidad y respeto y consideración. (12).

Teniendo como respaldo teórico este modelo, se desarrolló el instrumento FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) en 1980. (12). Se trata de un instrumento autoaplicable que evalúa las dos principales funciones, del modelo circunflejo de sistemas familiares, a través de 20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión). Es de fácil aplicación e interpretación, tiene un alto nivel de confiabilidad y se ha constituido en un instrumento con excelentes perspectivas de aplicación, tanto en la práctica clínica como en proyectos de investigación. Cuenta con una escala que incluye cinco opciones (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre) con valores de 1 a 5. (2)

Su aplicación es a personas mayores de 10 años, que sean miembros de familiar con hijos y que sepan leer y escribir. Se pide al entrevistado que responda las preguntas de acuerdo con la escala de calificación que aparece en la parte superior del cuestionario (1 a 5), considerando cada aseveración con relación a su familia. Se debe contestar el cuestionario en cuanto a la forma en que el entrevistado considere que su familia relaciona en forma habitual, no de la manera en que piensa que debería reaccionar. El encuestador se abstendrá de dar lectura al cuestionario permitiendo que la persona entrevistada lo haga por sí misma. No obstante, podrá aclarar las dudas que surjan con relación al significado de palabras o aseveraciones, evitando sugerir respuestas. (2)

La calificación en la cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones. La adaptabilidad lo es a la de los ítems pares. Una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones, se buscan las calificaciones en cada una de las amplitudes de clase con relación al esquema del modelo circunflejo. (2)

Las escalas que emplea este modelo son de tipo ordinal, y la combinación de ambas permite clasificar a las familias en 16 posibles tipos. (2)

Este modelo propone que las dimensiones de adaptabilidad y cohesión presenten cuatro posibles grados o niveles, de los cuales los intermedios son normales o “balanceados”, mientras los más altos y más bajos son “extremos”. (2)

ANTECEDENTES

En Venezuela se realizó un estudio (González Torres 1998) entre médicos residentes de diferentes áreas (Medicina Familiar, Pediatría, Medicina Interna, Cardiología, Psiquiatría, Medicina crítica del adulto, Neumología, Endocrinología, Neurología, Nefrología y Medicina física y rehabilitación) a quienes se analizó la funcionalidad familiar mediante el APGAR familiar. Se evidenció disfunción leve en casi la mitad de los residentes 41.77%, mientras que con buena funcionalidad fueron 39.36%, presentaron disfunción entre moderada y severa 18.87%; la cohesión familiar relacionada representó el 43.78% seguida de la aglutinación 26.9% y la semirelacionada 22.49%. Las especialidades consideradas como más estresantes fueron anestesiología, ginecología-obstetricia, medicina familiar y pediatría. (9)

En Colombia fue publicado un estudio (Guevara y Cols; 2004) realizado con médicos internos y residentes en un hospital universitario de Valle, Cali utilizando APGAR Familiar donde se observó disfunción familiar en el 68% de los médicos, siendo más frecuentes en los médicos internos 85% que en los residentes clínicos 58%, y menor aún entre los residentes quirúrgicos 52%. La disfunción familiar leve se observó por igual en médicos internos, residentes clínicos o residentes quirúrgicos al igual que la disfunción familiar severa. La disfunción familiar moderada fue más frecuentes en internos 35% que en residentes clínicos o quirúrgicos 20 y 12% respectivamente. (8)

En la Paz Bolivia, se realizó un estudio (Mendoza Poma 2007) sobre funcionalidad familiar en el personal de salud del hospital La Paz mediante la aplicación del APGAR familiar. En el cual se evidenció buena función familiar en un 94% de los trabajadores de la salud participantes, en un 6% disfunción moderada sin detectarse disfunción severa; entre el personal médico se observó solo un 5% de disfunción moderada. (3)

En Xalapa Veracruz, se realizó un estudio (Mendoza-Solís, 2004) que evaluó el sistema conyugal en población adscrita a una Unidad de Medicina Familiar y encontraron que 52% de las parejas fueron funcionales, 39% fue moderadamente disfuncionales y un 9% correspondía a parejas severamente disfuncionales. En esta misma población estudiada se encontró a un 43% de las familias se encontraban en rango medio, un 41% eran familias

balanceadas y un 16% se trató de familias extremas. Al analizar el tipo de comunicación, los autores detectaron que existieron diferencias entre los grupos familiares estudiados, predominó la comunicación directa entre las familias balanceadas mientras que la comunicación enmascarada se observó en las familias de rango medio y la comunicación desplazada en las familias extremas.(1)

En la ciudad de México, se realizó un estudio sobre funcionalidad familiar entre médicos residentes del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE (Sandoval-Miranda y colaboradores, 2011), mediante la aplicación del instrumento de funcionamiento familiar elaborado por Atri. Los investigadores encontraron que los puntajes más altos se produjeron en expresión de afecto y apoyo familiar, con 0.703; en comunicación funcional y expresión de afecto fue de 0.674 y en comunicación funcional y apoyo familiar, con 0.594. (7)

En la ciudad de Poza Rica Veracruz, se realizó un estudio sobre funcionalidad familiar entre médicos residentes de la UMF No 73 con Medicina Familiar (Straffon-Islas-Avelino 2013) utilizando el APGAR Familiar y FACES III donde la tipología familiar predominante fue la familia nuclear con 81.63%. Respecto a la evaluación del subsistema conyugal 96.30% de los encuestados presentan una relación funcional. El 97.96% de los residentes presentaron una familia funcional. El cuestionario Faces III Respecto a la cohesión 36.73% pertenecer al rubro de relacionada. En la adaptabilidad el 73.47% pertenecen a familias caóticas. (21)

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la funcionalidad y clasificación familiar en médicos internos de pregrado y residentes adscritos al Hospital General Regional con Medicina Familiar número 1 “Lic. Ignacio García Téllez” IMSS?

JUSTIFICACION

La etapa de internado médico de pregrado y residencia médica son parte importante en la vida de cada médico en formación, cuyo objetivo es convertirse en profesionales competitivos y capaces de aplicar sus conocimientos para la resolución de problemas de salud. Durante estas etapas el médico en formación (becario) está obligado, con mucha frecuencia, a despegarse del núcleo familiar; debido a que la institución sede de su adiestramiento no siempre se encuentra dentro de su lugar de origen. La familia enfrentará una crisis ante la salida de alguno de sus integrantes, lo cual detonará conflictos internos y condicionará disfunción familiar; repercutiendo en la salud de todos y cada uno de sus integrantes.

El médico es sometido, durante su periodo de adiestramiento, a sobrecarga de trabajo, desvelos, ayunos prolongados y carencias económicas; siendo éstos catalizadores que exponen su inmadurez para afrontar sus propios problemas. Estos factores aunados a la crisis familiar, derivado de su desapego, dificultará la permanencia en la institución y la finalización de sus estudios.

Por lo tanto es importante conocer la diferencia de la percepción de la funcionalidad familiar entre el médico en formación y otro integrante de la familiar para conocer si ambas partes cuentan con los recursos y capacidades necesarias que permitan la adaptabilidad necesaria durante esta crisis familiar. Y, en caso de identificar alguna problemática en relación a su adaptabilidad y funcionalidad familiar, sirva para desarrollar estrategias para brindar dar los medios necesarios para afrontar de manera eficiente los conflictos que se presenten durante esta etapa académica.

OBJETIVOS

General

Determinar el funcionamiento y la clasificación familiar en médicos internos de pregrado y residentes adscritos al hospital general regional con medicina familiar número 1 “Lic. Ignacio García Téllez” del IMSS.

Específicos

1.- Determinar la funcionalidad familiar en médicos becarios por: especialidad, estado civil y sexo.

2.- Comparar la funcionalidad familiar del médico becario y un familiar.

3.- Determinar la clasificación familiar en relación a cohesión y adaptabilidad en médicos becarios.

4.- Comparar la clasificación familiar en relación a cohesión y adaptabilidad en médicos becarios y un familiar.

5.- Determinar la tipología familiar según su conformación y demografía.

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO. Estudio transversal, descriptivo.

LUGAR. Hospital General Regional Numero 1 con Medicina Familiar (HGR-UMF 1) “Lic. Ignacio García Téllez”, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Cuernavaca Morelos México.

PERIODO DE ESTUDIO. Enero del 2014 a Diciembre 2014.

POBLACION.

Médicos internos de pregrado 1 y 2, residentes de Medicina Familiar, Medicina Interna, Pediatría, Urgencias Médico Quirúrgicas, Anestesiología y Ginecología del HGR-UMF 1 “Lic. Ignacio García Téllez” del IMSS, Cuernavaca Morelos México.

Familiares de médicos internos de pregrado 1 y 2, residentes de Medicina Familiar, Medicina Interna, Pediatría, Urgencias Médico Quirúrgicas, Anestesiología y Ginecología del HGR-UMF 1 “Lic. Ignacio García Téllez” del IMSS, Cuernavaca Morelos México.

MUESTRA

Se incluyeron a todos los médicos internos de pregrado y residentes de Medicina Familiar, Medicina Interna, Pediatría, Urgencias Médico Quirúrgicas, Anestesiología y Ginecología del HGR-UMF 1 “Lic. Ignacio García Téllez” del IMSS, Cuernavaca Morelos México inscritos de enero del 2014 a diciembre 2014.

Familiares de todos los médicos internos de pregrado y residentes de Medicina Familiar, Medicina Interna, Pediatría, Urgencias médico quirúrgicas, Anestesiología y Ginecología del HGR-UMF 1 “Lic. Ignacio García Téllez” del IMSS, Cuernavaca Morelos México inscritos de enero del 2014 a diciembre 2014.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Se seleccionaron a todos los médicos becarios del HGR-UMF 1 “Ignacio García Téllez” del IMSS, Cuernavaca Morelos México inscritos de enero del 2014 a diciembre 2014.

Familiares de todos los médicos internos de pregrado y residentes de Medicina Familiar, Medicina Interna, Pediatría, Urgencias Medico Quirúrgicas, Anestesiología y Ginecología del HGR-UMF 1 “Lic. Ignacio García Téllez” del IMSS, Cuernavaca Morelos México inscritos de enero del 2014 a diciembre 2014.

CRITERIOS DE INCLUSION.

Médicos internos de pregrado que aceptaron participar en el estudio adscritos al HGR-UMF 1 “Ignacio García Téllez” del IMSS, Cuernavaca Morelos México inscritos de enero del 2014 a diciembre 2014.

Todos los médicos residentes de Medicina Familiar, Medicina Interna, Pediatría, Urgencias medico quirúrgicas, Anestesiología y Ginecología que aceptaron participar en el estudio pertenecientes al hospital sede del estudio.

Familiares de médicos internos de pregrado y residentes del hospital sede del estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

Médicos internos, médicos residentes y los familiares de éstos que no aceptaron participar.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

Médicos internos y médicos residentes finados, que desertaron o causaron baja o cambiaron de sede antes de la aplicación del cuestionario.

Cuestionarios resueltos de manera incompleta por familiares de los médicos becarios, médicos internos y residentes participantes.

Recursos.

Humanos:

La planeación, obtención y análisis de información, la cual fue realizada por el asesor e investigador.

Materiales:

Computadora. Tiempo aproximado de internet: 400 horas. Lápices, 60 (costo 180 Pesos), Plumas, 60 (300 pesos). Impresión de formatos APGAR familiar y FACES III. (Juego de copias valor 5 pesos).

Métodos:

Se invitó a participar a todos los médicos becarios del HGR-UMF “Ignacio García Téllez” del IMSS de Cuernavaca Morelos inscritos del 1º de marzo al 31 de diciembre 2014. Se explicó el propósito del estudio y, previa firma de consentimiento informado, se les pidió que respondieran con honestidad los cuestionarios sobre aspectos generales, APGAR familiar y Faces III.

Se entregó el formato impreso o electrónico de los cuestionarios a cada uno de los médicos becarios interesados en participar en el estudio para que fueran contestados por algún integrante de su familia

La información recopilada a través de dichos cuestionarios fue concentrada en una base de datos en el programa Excel para su análisis.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categorías	Escala de medición
Edad	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento.	Respuesta al cuestionario	-----	Razón
Sexo	Características biológicas que diferencian a hombres y mujeres.	Respuesta al cuestionario	Masculino/Femenino	Nominal
Estado civil	Situación en que se encuentra una persona física en relación a otra y con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos.	Respuesta al cuestionario	Soltero/Casado/Divorciado/Separado/Unión libre/Viudo	Nominal
Escolaridad	Nivel de estudio más alto al cual ha llegado una persona de acuerdo al sistema educativo.	Respuesta al cuestionario	Primaria/Secundaria/Preparatoria/Carrera técnica/Licenciatura	Nominal
Ocupación	Acción o función que desempeña una persona.	Respuesta al cuestionario	Ama de casa/Empleado/Jubilado/ Pensionado/Desempleado	Nominal
Tipología familiar	Clasificación de la familia de acuerdo a la composición, desarrollo, grado de integración familiar, demografía.	Respuesta al cuestionario	Composición: Nuclear/Seminuclear/Extensa/Compuesta... Desarrollo: Tradicional/Moderna... Demografía: Urbana/S uburbana/Rural... Integración: Integrada/Semiintegrada/De sintegrada	Nominal
Funcionalidad Familiar	Capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.	Respuesta al cuestionario FACES III y Apgar Familiar	FACES III.... Cohesión: No relacionada/Semirrelacionada/Relacionada/Aglutinada.... Adaptabilidad: Rígida/Estructurada/Flexible/Caótica APGAR...Familia altamente disfuncional//Familia moderadamente disfuncional/Familia funcional	Nominal

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las características generales de los médicos becarios y sus familiares fueron analizadas aplicando estadística descriptiva. Se calcularon medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas (media y desviación estándar). Para las variables cualitativas se calcularon frecuencias y porcentajes. La variable respuesta y las demás covariables fueron sometidas a un análisis bivariado, mediante la prueba estadística *chi* cuadrada; los datos se analizaron mediante el paquete estadístico STATA v 12.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio se catalogó como a una investigación con riesgo mínimo, ya que no hubo procedimientos invasivos; de acuerdo al artículo 17 fracción 11 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en salud.

El protocolo de investigación fue sometido a revisión ante el Comité de Investigación del Hospital General Regional con Unidad de Medicina Familiar “Lic. Ignacio García Téllez” del IMSS; fue aprobado y se le otorgó número de registro ante SIRELCIS R-2013-1701-60. A todos los pacientes que desearon participar se les informó sobre los objetivos del estudio y se les solicitó por escrito su consentimiento de participación; se guardó estricta confidencialidad acerca de la identidad o modo de localizar a los participantes.

Se dió de manera personal o vía electrónica el resultado a los participantes incluidos en el estudio, becario o familiar del mismo, que fueron identificados con disfunción familiar severa para que acudieran al instituto de salud al cual estaban inscritos para buscar atención médica con terapia familiar.

RESULTADOS

Durante la realización del estudio se encontraban inscritos, al hospital sede de la investigación, 63 (44.1%) médicos internos y 80 (55.9%) médicos residentes; de los cuales aceptaron participar 130 becarios y 36 familiares de becarios. Cabe mencionar que durante la realización del estudio, la especialidad de Medicina Familiar es la única cuyos residentes cursan en el HGR-MF 1 Cuernavaca, los tres años de la especialidad; a diferencia de los residentes de las especialidades de Medicina Interna, Pediatría, Urgencias Médico Quirúrgicas, Anestesiología y Ginecología solo cursan, en este hospital, el primer año de la especialidad.

Los médicos becarios que predominaron fueron los médicos internos con una frecuencia de 50 (38.46%) seguidos de los residentes de Medicina Familiar con una frecuencia de 46 (35.38 %). En relación al año de rotación, los residentes de primer año tuvieron una frecuencia de 50 (38.46%) colocándolos en el primer sitio seguidos de médicos internos de pregrado 2 con una frecuencia de 31 (23.85%) y seguidos de los médicos internos de pregrado 1 con una frecuencia de 19 (14.62%).

En relación a las características generales de los médicos becarios, participantes en el presente estudio, se observó que la edad media de la población participante fue 30.94 años con una desviación estándar (DE) de 6.06. El sexo que predominó fue el femenino con frecuencia de 81 (62.31%). El estado civil que predominó fue soltero con una frecuencia de 97 (74.62%) seguido de casado con una frecuencia de 19 (14.62%) y en tercer sitio unión libre con 10 (7.69%) participantes (Tabla 1).

Tabla 1. Características generales de los médicos becarios del HGR-MF 1 Cuernavaca, Morelos (2014).

Característica	Media	Desviación Estándar
Edad	30.94	6.06
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sexo		
Masculino	49	37.69
Femenino	81	62.31
Estado civil		
Soltero	97	74.62
Casado	19	14.62
Divorciado	3	2.31
Viudo	1	0.77
Unión libre	10	7.69
Especialidad		
Anestesiología	4	3.08
Ginecología y obstetricia	8	6.15
Internado de pregrado	50	38.46
Medicina Familiar	46	35.38
Medicina Interna	7	5.38
Pediatría	6	4.62
Urgencias	5	3.85
Quirúrgicas	4	3.08
Semipresencial		
Año de rotación		
1er año	50	38.46
2do año	16	12.31
3er año	14	10.77
MIP 1*	19	14.62
MIP 2**	31	23.85

*Médico Interno de Pregrado de primer semestre.
 ** Médico Interno de Pregrado de segundo semestre

En relación a la tipología familiar según su composición se observó que predominó la familiar nuclear con 87 (66.92%) de los participantes, seguido de la familia monoparental con 21 (16.15%); según su demografía predominó la familia urbana con 119 casos (Tabla 2).

Tabla 2. Tipología familiar de los médicos becarios del HGR-MF 1 Cuernavaca, Morelos (2014).

Tipo de familia	<i>n</i> 130	
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Según composición		
Nuclear	87	66.92
Extensa	7	5.38
Extensa compuesta	15	11.54
Monoparental	21	16.15
Según demografía		
Rural	11	8.46
Urbana	119	91.54

Se observó con respecto al análisis del instrumento de evaluación del funcionamiento familiar APGAR Familiar el primer sitio perteneció al rubro de altamente funcional con una frecuencia de 120 correspondiente al 92.31% y solo con una frecuencia de 10 que equivale al 7.69% al rubro de moderadamente disfuncional (Tabla 3)

Tabla 3. Frecuencia de respuestas del APGAR familiar de los médicos becarios del HGR-MF 1 Cuernavaca, Morelos (2014).

Tipo de familia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Altamente disfuncional	0	0
Moderadamente disfuncional	10	7.69
Altamente funcional	120	92.31

Se observó analizando el instrumento para evaluación de la funcionalidad familiar en relación a cohesión y adaptabilidad FACES III los médicos becarios en rubro de cohesión se ubicó en primer sitio el tipo de relacionada con una frecuencia de 50 correspondiendo al 38.46% seguida de un empate en segundo sitio del rubro aglutinada y semi relacionada con una frecuencia de 37 con un porcentaje de 28.46%, para la característica en relación a adaptabilidad en primer sitio se ubicó el rubro de caótica con una frecuencia de 88 correspondiente al 67.69% seguido de flexible con una frecuencia de 26 correspondiente a 20%.(Tabla 4).

Tabla 4. Funcionalidad familiar obtenida mediante FACES III de los médicos becarios del HGR-MF 1 Cuernavaca, Morelos (2014).

Dimensión	Tipo de familia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Cohesión	No relacionada	6	4.62
	Semi relacionada	37	28.46
	Relacionada	50	38.46
	Aglutinada	37	28.46
Adaptabilidad	Rígida	4	3.08
	Estructurada	12	9.23
	Flexible	26	20.00
	Caótica	88	67.69

En relación a las categorías evaluadas por el instrumento FACES III se observó que predominaron dos categorías la caóticamente aglutinada “extrema” y la caóticamente relacionada “rango medio” con una frecuencia de 34(26%) para ambas; en tercer sitio la caóticamente semirelacionada “rango medio” con una frecuencia de 19 (15%) (Tabla 5).

Tabla 5. Frecuencia de respuestas cohesión/adaptabilidad del FACES III de los médicos becarios del HGR-MF 1, Cuernavaca, Morelos (2014).

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAR EN CATEGORIAS	Frecuencia	Porcentaje (%)
Caóticamente disgregada:	1	1
Caóticamente semirelacionada:	19	15
Caóticamente relacionada:	34	26
Caóticamente aglutinada:	34	26
Flexiblemente disgregada:	1	1
Flexiblemente semirelacionada:	8	6
Flexiblemente relacionada:	14	11
Flexiblemente aglutinada:	3	2
Estructuradamente disgregada:	2	2
Estructuradamente semirelacionada:	8	6
Estructuradamente relacionada:	2	2
Estructuradamente aglutinada:	0	0
Rígidamente disgregada:	2	2
Rígidamente semirelacionada:	2	2
Rígidamente relacionada: 15	0	0
Rígidamente aglutinada:	0	0

En relación a las características generales de los familiares de médicos becarios se observó que la especialidad que predominó fue la de Medicina Familiar con una frecuencia de 32 (88.89%) de los participantes. La edad media de los familiares de médicos becarios fue de 41.11 años (DE 14.65). En relación al sexo predominó el femenino con una frecuencia de 26 (72.22%). El estado civil que predominó fue casado con 23 (63.89%) casos, seguido de soltero con 10 (27.78%). En el rubro de parentesco, del familiar participante, la categoría que predominó fue esposo(a) con una frecuencia de 11 (22.22%), seguido de madre con una frecuencia de 10 (27.78%) La escolaridad, del familiar del médico becario, que resultó más frecuente fue licenciatura con una frecuencia de 25 (69.44%) (Tabla 6).

Tabla 6. Características generales de los familiares de Médicos Becarios del HGR-MF 1, Cuernavaca, Morelos (2014).

Característica	Media	Desviación Estándar
Edad	41.11	14.65
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sexo		
Masculino	10	27.78
Femenino	26	72.22
Estado civil		
Soltero	10	27.78
Casado	23	63.89
Divorciado	1	2.78
Viudo	1	2.78
Unión libre	1	2.78
Especialidad		
Medicina Familiar	32	88.89
Medicina Interna	2	5.56
Urgencias Medico	2	5.56
Quirúrgicas		
Anestesiología	0	0
Ginecología y obstetricia	0	0
Internado de pregrado	0	0
Pediatría	0	0
Médico interno de pregrado	0	0
Parentesco		
Madre	10	27.78
Padre	5	13.89
Hermano	8	30.56
Esposo-esposa	11	22.22
Otro	2	5.56
Escolaridad		
Secundaria	6	6.67
Bachillerato	5	13.89
Licenciatura o más	25	69.44

Con base los datos obtenidos en relación a la tipología familiar según su composición prevaleció la categoría de nuclear con una frecuencia de 27 correspondiente al 75% y según su demografía con una frecuencia de 35 correspondiente al 97.22% a urbana (tabla 7).

Tabla 7. Tipología familiar de los familiares de Médicos Becarios del HGR-MF 1, Cuernavaca, Morelos (2014).		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Según composición		
Nuclear	27	75.00
Extensa	2	5.56
Extensa compuesta	5	13.89
Monoparental	2	5.56
Según demografía		
Rural		
Urbana	1	2.78
	35	97.22

La funcionalidad familiar más frecuente, evaluado mediante el APGAR Familiar, de los familiares de médicos becarios fue altamente funcional con 34 (94.44%) casos; y la menos frecuente la categoría de altamente disfuncional con 1 (2.78%) caso.

En lo que respecta a la cohesión familiar, evaluado mediante el FACES III, de los familiares de médicos becarios se encontró que el tipo de familia más frecuente fue la relacionada con 21 (58.33%) casos y en segundo sitio la familia aglutinada con una frecuencia de 8 (22.2%). En relación a la adaptabilidad, el tipo de familia más frecuente fue la caótica con 22 (61.11%) casos; seguido de la familia flexible con una frecuencia de 9 (25%) (Tabla 8).

Tabla 8. Frecuencia de respuestas del APGAR Familiar de los familiares de Médicos Becarios del HGR-MF 1 Cuernavaca, Morelos (2014).

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Altamente disfuncional	1	2.78
Moderadamente disfuncional	1	2.78
Altamente funcional	34	94.44

Frecuencia de respuestas COHESION del FACES III de los familiares de Médicos Becarios del HGR-MF 1, Cuernavaca, Morelos (2014).

	Frecuencia	Porcentaje (%)
No relacionada	3	8.33
Semirelacionada	4	11.11
Relacionada	21	58.33
Aglutinada	8	22.22

Frecuencia de respuestas ADAPTABILIDAD del FACES III de los familiares de Médicos Becarios del HGR-MF 1, Cuernavaca, Morelos (2014).

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Rígida	2	5.56
Estructurada	3	8.33
Flexible	9	25.00
Caótica	22	61.11

En relación a la clasificación, hecha mediante el uso del FACES III, de las familias participantes se observó que la clase de familia que predominó fue la caóticamente relacionada con una frecuencia de 15 (42%) y en segundo lugar la flexiblemente relacionada con 5 (14%) de los casos. (Tabla 9)

Tabla 9. Frecuencia de respuestas COHESION/ADAPTABILIDAD del FACES III de Familiares de los Médicos Becarios del HGR-MF 1, Cuernavaca, Morelos 2014.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Caóticamente disgregada:	2	6
Caóticamente semirelacionada:	2	6
Caóticamente relacionada:	15	42
Caóticamente aglutinada:	3	8
Flexiblemente disgregada:	0	0
Flexiblemente semirelacionada:	1	3
Flexiblemente relacionada:	5	14
Flexiblemente aglutinada:	3	8
Estructuradamente disgregada:	0	0
Estructuradamente semirelacionada:	0	0
Estructuradamente relacionada:	1	3
Estructuradamente aglutinada:	2	6
Rígidamente disgregada:	1	3
Rígidamente semirelacionada:	1	3
Rígidamente relacionada:	0	0
Rígidamente aglutinada:	0	0

Al comparar la funcionalidad familiar, obtenida mediante el APGAR Familiar, en función del sexo de los participantes se encontró que más del 90% de los hombres y de las mujeres pertenecían a una familia altamente funcional(Tabla 10).

Tabla 10. Frecuencia de Funcionalidad Familiar por Sexo en Médicos Becarios del HGR-MF 1. IMSS Morelos.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	SEXO		P
	Masculino Frecuencia (%)	Femenino Frecuencia (%)	
Altamente funcional	46 (93.88)	74 (91.36)	*0.601
Moderadamente disfuncional	3(6.12)	7(8.64)	
Fuertemente disfuncional	0	0	

*Chi cuadrada
 $P < 0.05$

La totalidad de los médicos residentes de Ginecología, Medicina Interna, Pediatría, Urgencias que participaron en el estudio pertenecían a una familia altamente funcional. El 6.52% de los médicos residentes de Medicina Familiar pertenecían a una familia moderadamente disfuncional. (Tabla 11).

Tabla 11. Frecuencia de Funcionalidad Familiar por Especialidad en Médicos Becarios del HGR-MF 1 IMSS Morelos.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	<i>n</i> 130								<i>P</i>
	ESPECIALIDAD								
	Frecuencia								
	(%)								
	A	GO	MIP	MF	MI	P	U	MIP	
Altamente funcional	3 (75)	8 (100)	45 (90)	43 (93.4)	7 (100)	6 (100)	5 (100)	3 (75)	*0.53
Moderadamente disfuncional	1 (25)	0	5 (10)	3 (6.52)	0	0	0	1 (25)	
Fuertemente disfuncional	0	0	0	0	0	0	0	0	

A=Anestesiología, GO=Ginecología y Obstetricia, MIP=Médico Interno de Pregrado, MF=Medicina Familiar, MI=Medicina Interna, P=Pediatría, U=Urgencias, USP=Urgencias semipresencial
 *Chi cuadrada
P < 0.05

Al analizar la funcionalidad familiar, obtenido mediante el APGAR Familiar, en función del estado civil se encontró que el 100% de los casados pertenecían a una familia altamente funcional. En tanto que todos los viudos pertenecían a una familia moderadamente disfuncional (Tabla 12).

Tabla 12. Funcionalidad Familiar obtenido mediante APGAR Familiar por Estado civil en Médicos Becarios del HGR-MF 1 IMSS Morelos.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	n 130 ESTADO CIVIL					P
	Soltero	Casado	Divorciado	Viudo	Unión libre	
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Altamente funcional	90 (92.78)	18 (94.74)	3 (100)	0 (0)	9 (90)	*0.014
Moderadamente disfuncional	7 (7.22)	1 (5.26)	0	1 (100)	1 (10)	
Fuertemente disfuncional	0	0	0	0	0	
	0	0	0	0	0	

*Chi cuadrada
P=<0.05

El 90.4% de las familias monoparentales fueron altamente funcionales y el 8 % de las familias nucleares fueron moderadamente disfuncionales (Tabla 13)

Tabla 13. Frecuencia de Funcionalidad Familiar por Tipología familiar según composición en Médicos Becarios del HGR-MF 1 IMSS Morelos.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	TIPOLOGIA FAMILIAR SEGÚN COMPOSICIÓN				P
	Nuclear Frecuencia (%)	Extensa Frecuencia (%)	Extensa Compuesta Frecuencia (%)	Monoparental Frecuencia (%)	
Altamente funcional	80 (91.95)	7 (100)	14 (93.33)	19 (90.48)	*0.868
Moderadamente disfuncional	7 (8.05)	0	1 (6.67)	2 (9.52)	
Fuertemente disfuncional	0	0	0	0	

*Chi cuadrada
P=<0.05

El 92.4% de las familias urbanas participantes en el estudio fueron altamente funcionales. (Tabla 14).

Tabla 14. Frecuencia de Funcionalidad Familiar por Tipología familiar según demografía en Médicos Becarios del HGR-MF 1 IMSS Morelos.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	TIPOLOGÍA FAMILIAR SEGÚN DEMOGRAFÍA		P
	Rural Número (%)	Urbana Número (%)	
Altamente funcional	10 (90.91)	110 (92.44)	*0.856
Moderadamente disfuncional	1 (9.09)	9 (7.56)	
Fuertemente disfuncional	0	0	

*Chi cuadrada
P=<0.05

Con respecto a la cohesión evaluada mediante el FACES II, el 40.8% de los varones y el 37 % de las mujeres pertenecían a familias relacionadas. (Tabla 15).

Tabla 15. Frecuencia de Cohesión por Sexo en Médicos Becarios HGR-MF 1 IMSS Morelos.

COHESIÓN	n 130 SEXO		P
	Masculino Frecuencia (%)	Femenino Frecuencia (%)	
No relacionada	2 (4.08)	4 (4.94)	*0.966
Semirelacionada			
Relacionada	13 (26.53)	24 (29.63)	
Aglutinada	20 (40.82)	30 (37.04)	
	14 (28.57)	23 (28.40)	

*Chi cuadrada
P=<0.05

Con respecto a la cohesión familiar de los médicos becarios, evaluada mediante FASES III, se encontró que la familia relacionada fue la más frecuente en todas las especialidades excepto en Medicina Familiar y Medicina Interna (Tabla 16).

Tabla 16. Frecuencia de Cohesión por Especialidad en Médicos Becarios HGR-MF 1 IMSS Morelos.

COHESIÓN	n 130								P
	ESPECIALIDAD								
	Frecuencia (%)								
	1	2	3	4	5	6	7	8	
No relacionada	0	1 (12.5)	4 (8)	1 (2.17)	0	0	0	0	
Semirelacionada	1 (25)	1 (12.5)	14 (28)	17 (36.9)	1 (14.2)	2 (33.3)	0	1 (25)	*0.54
Relacionada	3 (75)	4 (50)	17 (34)	14 (30.4)	2 (28.5)	4 (66.6)	4 (80)	2 (50)	
Aglutinada	0	2 (25)	15 (30)	14 (30.4)	4 (57.1)	0	1 (20)	1 (25)	

1=Anestesiología, 2=Ginecología y Obstetricia, 3=Médico Interno de Pregrado, 4=Medicina Familiar, 5=Medicina Interna, 6=Pediatría, 7=Urgencias, 8=Urgencias semipresencial
*Chi cuadrada
P=<0.05

La cohesión familiar de tipo relacionada fue la más frecuente entre los médicos becarios con estado civil de soltero, casado y divorciado (Tabla 17).

Tabla 17. Frecuencia de Cohesión por Estado civil en Médicos Becarios del HGR-MF 1. IMSS Morelos.

COHESIÓN	ESTADO CIVIL					P
	Soltero	Casado	Divorciado	Viudo	Unión libre	
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
No relacionada	6 (6.19)	0	0	0	0	
Semirelacionada	28 (28.87)	4 (21.05)	1 (33.33)	1 (100)	3 (30)	*0.642
Relacionada	38 (39.18)	8 (42.11)	2 (66.67)	0	2 (20)	
Aglutinada	25 (25.77)	7 (36.84)	0	0	5 (50)	

*Chi cuadrada
P=<0.05

Las familias extensas y extensas compuestas presentaron una cohesión familiar semirrelacionada en un 42.8% y 66.6 % de los casos, respectivamente. La cohesión familiar en las familias monoparentales fue aglutinada en el 42% de los participantes. (Tabla 18).

Tabla 18. Cohesión familiar en función de la tipología según composición de los médicos becarios del HGR-MF 1, Cuernavaca, Morelos (2014).

COHESIÓN	<i>n</i> 130				<i>P</i>
	TIPOLOGIA FAMILIAR SEGÚN COMPOSICIÓN				
	Nuclear Frecuencia (%)	Extensa Frecuencia (%)	Extensa Compuest a Frecuencia (%)	Monoparent al Frecuencia (%)	
No relacionada	5 (5.75)	0	0	1 (4.76)	*0.035
Semirelacionada					
Relacionada	18 (20.69)	3 (42.86)	10 (66.67)	6 (28.57)	
Aglutinada					
	39 (44.83)	3 (42.86)	3 (20)	5 (23.81)	
	25 (28.74)	1 (14.29)	2(13.33)	9 (42.86)	

*Chi cuadrada
P = < 0.05

La tipología familiar según su demografía rural presento cohesión semirelacionada y la urbana cohesión relacionada en un 36.36% y 39.50% de los casos respectivamente. (Tabla 19).

Tabla 19. Cohesión familiar en función de la tipología según demografía de los médicos becarios del HGR-MF1, Cuernavaca, Morelos (2014).

COHESIÓN	TIPOLOGÍA FAMILIAR SEGÚN DEMOGRAFÍA		P
	Rural Frecuencia (%)	Urbana Frecuencia (%)	
No relacionada	1 (9.09)	5 (4.20)	*0.757
Semirelacionada			
Relacionada	4 (36.36)	33 (27.73)	
Aglutinada			
	3 (27.27)	47 (39.50)	
	3 (27.27)	34 (28.57)	

*Chi cuadrada
P=<0.05

La adaptabilidad familiar, de los médicos becarios participantes, de tipo caótica fue la más frecuente en ambos sexos; constituyendo el 71.4% de los casos entre los varones y el 65.4% entre las mujeres. (Tabla 20)

Tabla 20. Frecuencia de Adaptabilidad por Sexo Médicos Becarios del HGR-MF 1 IMSS Morelos.

ADAPTABILIDAD	<i>n</i> 130		<i>P</i>
	SEXO		
	Masculino	Femenino	
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
• Rígida	1 (2.04)	3 (3.70)	
• Estructurada	4 (8.16)	8 (9.88)	*0.888
• Flexible	9 (18.37)	17 (20.99)	
• Caótica	35 (71.43)	53 (65.43)	

*Chi cuadrada
P < 0.05

La adaptabilidad familiar predominante, entre los médicos becarios, fue la caótica con más del 60% de los participante de todas las especialidades, excepto para Anestesiología; el 75% de los residentes de dicha especialidad pertenecían a una familia flexible. (Tabla 21).

Tabla 21. Frecuencia de Adaptabilidad por Especialidad en Médicos Becarios del HGR-MF 1 IMSS Morelos.

ADAPTABILIDAD	ESPECIALIDAD								<i>p</i>
	Frecuencia (%)								
	1	2	3	4	5	6	7	8	
• Rígida	1 (25)	0	1 (2)	2 (4.35)	0	0	0	0	*0.923
• Estructurada	0	1 (12.5)	6 (12)	4 (8.70)	1 (14.29)	0	0	0	
• Flexible	0	2 (25)	10 (20)	9 (19.57)	1 (14.29)	1 (16.67)	2 (40)	1 (25)	
• Caótica	3 (75)	5 (62.5)	33 (66)	31 (67.39)	5 (71.43)	5 (83.33)	3 (60)	3 (75)	

1=Anestesiología, 2=Ginecología y Obstetricia, 3=Médico Interno de Pregrado, 4=Medicina Familiar, 5=Medicina Interna, 6=Pediatría, 7=Urgencias, 8=Urgencias semipresencial
 *Chi cuadrada
 $P < 0.05$

Con respecto al análisis de datos obtenidos del test FACES III por reactivos de adaptabilidad por estado civil hubo coincidencia de primer sitio con la prevalencia más amplia de las diferentes especialidades y con porcentajes amplios al rubro de caótica (Tabla 22).

Tabla 22. Frecuencia de Adaptabilidad por Estado civil en Médicos Becarios del HGR-MF 1 IMSS Morelos.

ADAPTABILIDAD	ESTADO CIVIL					P
	Soltero	Casado	Divorciado	Viudo	Unión libre	
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Rígida	3 (3.09)	1 (5.26)	0	0	0	
Estructurada						
Flexible	10 (10.31)	1 (5.26)	1 (33.33)	0	0	*0.64 2
Caótica	18 (18.56)	7 (36.84)	0	0	1 (10)	
	66 (68.04)	10 (52.63)	2 (66.67)	1 (100)	9 (90)	

*Chi cuadrada
P=<0.05

Con respecto al análisis de datos obtenidos del test FACES III la adaptabilidad de tipo caótica entre las familias nuclear, extensa, extensa compuesta y monoparental se presentó en más del 50% de los participantes, sin que existiera significancia estadística. (Tabla 23)

Tabla 23 Frecuencia de Adaptabilidad por Tipología familiar según composición en Médicos Becarios HGR-MF 1. IMSS Morelos.

ADAPTABILIDAD	TIPOLOGIA FAMILIAR SEGÚN COMPOSICIÓN				P
	Nuclear	Extensa	Extensa Compuesta	Monoparental	
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
• Rígida	2 (2.30)	0	0	2 (9.52)	*0.165
• Estructurada	7 (8.05)	0	4 (26.67)	1 (4.76)	
• Flexible	19 (21.84)	0	3 (20)	4 (19.05)	
• Caótica	59 (67.82)	7 (100)	8 (53.33)	14 (66.67)	

*Chi cuadrada
P=<0.05

Con respecto al análisis de datos obtenidos del test FACES III por reactivos de adaptabilidad por demografía hubo coincidencia de primer sitio con la prevalencia más amplia de las diferentes especialidades y con porcentajes amplios al rubro de caótica (Tabla 24).

Tabla 24. Frecuencia de Adaptabilidad por Tipología familiar según demografía en Médicos Becarios del HGR-MF 1 IMSS Morelos.

ADAPTABILIDAD	TIPOLOGÍA FAMILIAR SEGÚN DEMOGRAFÍA		P
	Rural	Urbana	
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
• Rígida	1 (9.09)	3 (2.52)	*0.426
• Estructurada	2 (18.18)	10 (8.40)	
• Flexible	2 (18.18)	24 (20.17)	
• Caótica	6 (54.55)	82 (68.91)	

*Chi cuadrada
P=<0.05

Respecto al análisis de datos obtenidos del test FACES III por Cohesión/Adaptabilidad vemos que tanto en becarios como en familiares se ubicó en primer sitio el tipo de familia caóticamente relacionada “rango medio” pero siendo en el becario en el segundo sitio el tipo de familia caóticamente aglutinada “extrema” con mayor riesgo del becario para presentar disfunción familiar (Tabla 25).

Tabla 25 Frecuencia de COHESION/ADAPTABILIDAD del FACES III de los Médicos Becarios y su Familiar del HGR-MF 1 Cuernavaca, Morelos (2014).

	BECARIO	FAMILIAR	P
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
CAOTICAMENTE DISGREGADA:	0 (0)	2 (5.55)	
CAOTICAMENTE SEMIRELACIONADA:	6 (16.66)	2 (5.55)	
CAOTICAMENTE RELACIONADA:	12 (33.33)	15 (41.66)	
CAOTICAMENTE AGLUTINADA:	8 (22.22)	3 (8.33)	
FLEXIBLEMENTE DISGREGADA:	3 (8.33)	0	
FLEXIBLEMENTE SEMIRELACIONADA:	4 (11.11)	1 (2.77)	
FLEXIBLEMENTE RELACIONADA:	2 (5.55)	5 (13.88)	
FLEXIBLEMENTE AGLUTINADA:	0 (0)	3 (8.33)	
ESTRUCTURADAMENTE DISGREGADA:	0 (0)	0 (0)	*0.168
ESTRUCTURADAMENTE SEMIRELACIONADA:	0 (0)	0 (0)	
ESTRUCTURADAMENTE RELACIONADA:	0 (0)	1 (2.77)	
ESTRUCTURADAMENTE AGLUTINADA:	0 (0)	2 (5.55)	
RIGIDAMENTE DISGREGADA:	1 (2.77)	1 (2.77)	
RIGIDAMENTE SEMIRELACIONADA:	0 (0)	1 (2.77)	
RIGIDAMENTE RELACIONADA:	0 (0)	0 (0)	
RIGIDAMENTE AGLUTINADA:	0 (0)	0 (0)	

*Chi cuadrada
 $P < 0.05$

DISCUSION

El estudio realizado en Cuernavaca Morelos documentó disfunción familiar moderada, mediante la aplicación del APGAR Familiar, en el 7.69% de los médicos becarios participantes; siendo este resultado mucho menor a los reportados en los estudios de Valle Cali (Guevara y cols. 2004), de Mérida, Venezuela (autores 2003) y en el de Xalapa, Veracruz (Mendoza-Solís 2004), en los cuales la disfunción familiar fue del 68%, 41.77% y 39% respectivamente.

Los médicos residentes participantes, en el estudio de Cuernavaca, pertenecían a familias con cohesión de tipo relacionada en el 38.4% de los casos; este resultado fue menor al reportado en el estudio de Mérida, Venezuela donde los participantes pertenecían a familias con cohesión de tipo relacionada en el 43.75% de los casos.

En el estudio de Morelos se encontró que la familia con cohesión de tipo relacionada fue la más frecuente entre los residentes de todas las especialidades, excepto entre los de Medicina Familiar y Medicina Interna; en éstos últimos la cohesión semirrelacionada y aglutinada constituyó el 36.9% y 57.1% de los casos, respectivamente. A diferencia de lo reportado en el estudio de Mérida, Venezuela donde las especialidades de Anestesiología, Ginecología-Obstetricia, Medicina Familiar y Pediatría presentaron una cohesión diferente a la relacionada.

En el estudio realizado en Cuernavaca, los becarios participantes pertenecían en igual porcentaje (26%) a familias caóticamente aglutinadas y caóticamente relacionadas; éstas categorías pertenecen al rango extremo y rango medio del modelo circunflejo de Olson, respectivamente. En comparación con el estudio realizado en Xalapa, Veracruz (Mendoza-Solis, 2004) donde los participantes pertenecían que pertenecían a las categorías de rango extremo fue 16% y al rango medio en 43%.

Comparado con el estudio realizado en el (2013 por Dra. Rosalba Strafon Vincent - Dr. Félix Islas Ruz -Dr. Avelino Galindo Hernández) Poza Rica de Hidalgo Veracruz donde la tipología familiar predominante fue la familia nuclear con 81.63%, el 97.96% de los residentes presentaron una familia funcional. Respecto a la cohesión 36.73% pertenecer al

rubro de relacionada, en la adaptabilidad el 73.47% pertenecen a familias caóticas, en nuestro estudio realizado en Cuernavaca Morelos la tipología familiar según su composición con 66.92% fue nuclear, según su demografía la urbana con un 91.54%. Observamos que el funcionamiento familiar en primer sitio altamente funcional con un 92.31% y solo 7.69% al rubro de moderadamente disfuncional. Analizando el FACES III predominó con un empate la categoría de caóticamente aglutinada “extrema” con un 26% y categoría caóticamente relacionada “rango medio” con los mismos porcentajes, incluimos un familiar donde predominó la categoría de caóticamente relacionada “rango medio” con un 42% seguido de flexiblemente relacionada (balanceada) con un 14%.

CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos durante el lapso que duró el presente estudio se puede concluir lo siguiente:

El promedio de edad de los participantes fue de 31 años, el 62 % fueron mujeres y 74.6% refirieron ser solteros. Los médicos internos de pregrado constituyeron el 38.4% de los casos y en segundo lugar los residentes de Medicina Familiar con 35.3%.

Respecto a la tipología familiar de los médicos becarios, las familias de tipo nuclear y urbana resultaron ser las más frecuentes, constituyendo el 66.92 % y 91.54 % respectivamente.

Mediante el uso del instrumento APGAR Familiar, se encontró que los médicos becarios pertenecían a una familia altamente funcional en más del 90% de los casos.

A través de la aplicación del cuestionario FACES III, se encontró que el 38.4 % de los médicos participantes pertenecían a una familia con cohesión de tipo relacionada y sólo el 4.6 % pertenecieron a una familia no relacionada. La adaptabilidad fue de tipo caótica en el 67.6% de los casos, en tanto que la de tipo rígida fue sólo el 3%.

En relación a los familiares de los médicos becarios, se encontró que la mayoría de los participantes fueron mujeres casadas con licenciatura; el parentesco existente entre los participantes fue cónyuge en el 22% y el de madre en el 27% de los casos. Los familiares de médicos residentes de Medicina Familiar constituyeron el 88% de los participantes.

En relación a los familiares de médicos becarios se encontró que el 72% de los participantes fue mujer en relación a sexo predominó el femenino, en relación a su estado civil predominó el rubro de casado seguido de soltero, la especialidad que predominó fue la de medicina familiar, en el rubro de parentesco el rubro de esposo(a) se colocó en primer sitio seguido de madre, la escolaridad que se presentó y prevaleció en este estudio correspondió al rubro de licenciatura o más.

Otro valor estadístico significativo identificado en nuestro estudio fue con respecto al análisis por reactivos test FACES III de frecuencia de cohesión por tipología familiar se obtuvieron coincidencias entre la familia extensa y extensa compuesta con el rubro de semi relacionada y con un 44.83% la familia nuclear a relacionada y la monoparental con el 42.86% al rubro de aglutinada donde entonces la familia monoparental y nuclear tiende a aglutinarse y la familia extensa y extensa compuesta es semirelacionada en relación a médicos becarios.

La cohesión encontrada en las familias participantes, mediante el FACES III, fue de tipo relacionada entre las familias nucleares, semirrelacionada entre las familias extensas y extensas compuestas, en tanto que, las familias monoparentales presentaron una cohesión aglutinada; siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.03$).

La adaptabilidad, encontrada mediante el FACES III, fue de tipo caótica entre las familias nuclear, extensa, extensa compuesta y monoparental se presentó en más del 50% de los participantes, sin que existiera significancia estadística ($p > 0.165$).

Los médicos becarios se ven en la necesidad de abandonar su núcleo familiar con la finalidad de alcanzar sus metas profesionales; esta separación sirve de catalizador de crisis familiar lo que pone a prueba las capacidades del médico becario y su familia para adaptarse a este tipo de estrés situacional.

Con base en la cohesión evaluada se identificó que las familias participantes tenían límites externos semi-abiertos y límites inter-generacionales claros; estos grupos familiares fueron capaces de tomar decisiones de forma compartida, cimentada en la capacidad de cada uno de sus miembros y sin coartar su desarrollo individual. Con base a la adaptabilidad encontrada se concluye que, las familias participantes, carecían de

responsabilidad debido al cambio constante de las reglas que regían la dinámica intrafamiliar.

A pesar de que los médicos becarios en algunas ocasiones se encuentran fuera del núcleo familiar por lo cual se encuentran en crisis familiar han presentado casi las mismas capacidades y habilidades que sus familiares para adaptarse en respuesta al estrés situacional o evolutivo al que son sometidos, en base a su cohesión se identificó que las familiar tienen límites externos semi abiertos y sus límites intergeneracionales son claros además de tener decisiones compartidas con la capacidad de sus miembros de tener espacio para su desarrollo individual, en base a su adaptabilidad hay falta de responsabilidad, sin normas y con cambio de reglas constantemente.

ANEXO 1

Funcionalidad y clasificación familiar en médicos becarios internos de pregrado y residencias médicas

Hospital General Regional con Medicina Familiar “Lic. Ignacio García Téllez”

Instituto Mexicano Del Seguro Social Cuernavaca Morelos

Nombre:

Edad:

Interno: Mip 1- Mip 2

Año de residencia:

1. Primer año:
2. Segundo año:
3. Tercer año:

Estado civil:

1. Soltero
2. Casado
3. Divorciado
4. Viudo
5. Unión libre

Tipo de familia:

1. **Nuclear:** padre, madre e hijos.
2. **Extensa:** más abuelos.
3. **Extensa compuesta:** más otros consanguíneos o de carácter legal, (tíos, primos, yernos, cuñados)
4. **Monoparental:** padre o la madre y los hijos.

Número de habitantes en su comunidad:

1. **Rural** menos de 10 000 habitantes.
2. **Urbana** más de 10 000 habitantes.

Fecha de cuestionario:

Instrucciones: Responda de acuerdo a su apreciación personal las siguientes preguntas marcando con una cruz la respuesta que más se acomode a su vivencia personal en su familia.

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
	0	1	2
¿Está satisfecho (a) con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en su casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en su casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
¿Siente que su familia lo (a) quiere?			

Análisis:

ANEXO 2

Funcionalidad y clasificación familiar en médicos becarios internos de pregrado y residencias médicas

Hospital General Regional con Medicina Familiar “Lic. Ignacio García Téllez”

Instituto Mexicano Del Seguro Social Cuernavaca Morelos

Nombre:

Edad:

FECHA:

Instrucciones: Responda de acuerdo a su apreciación personal las siguientes preguntas marcando con una cruz la respuesta que más se acomode a su vivencia personal en su familia.

CUESTIONARIO FACES III

- 1. Los miembros de nuestra familia se apoyan entre sí?
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas?
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia?
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina?
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos?
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.

- 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad?
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la nuestra familia?
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas?
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia?
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos?
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 11. Nos sentimos muy unidos?
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 12. En nuestra familia los hijos tomas las decisiones?
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente?
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 14. En nuestra familia las reglas cambian?
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia?
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.

- 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros?
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones?
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad?
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 19. La unión familiar es muy importante?
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar?
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.

Análisis:

ANEXO: 3

Hospital General Regional con Medicina Familiar “Ignacio García Téllez”

Instituto Mexicano Del Seguro Social Cuernavaca Morelos

Nombre:

Edad:

FECHA:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente: Yo _____ expreso mi libre voluntad para autorizar mi participación en el proyecto titulado “Funcionalidad y clasificación familiar en médicos becarios del HGR No1 C/MF (LIC. IGNACIO GARCIA TELLEZ)” la cual consiste en realizar una serie de cuestionarios con preguntas personales avaladas y validadas en nuestro país por personal experto en la materia, sin que esto implique algún riesgo.

Declaro además que he recibido una explicación detallada y ampliada en sesiones clínicas y académicas realizadas entre los médicos becarios en este hospital sobre el propósito de la actividad, así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera estos produzcan.

Declaro estar en pleno conocimiento que la información obtenida de la actividad en la cual participaré será absolutamente confidencial apegada a la ética que todos tenemos por el simple hecho de ser médicos y del secreto profesional que tanto guardamos por ley y por ética propia, por lo que no aparecerá mi nombre ni mi datos personales en libros, revistas y otros medios de publicación derivados de la investigación ya descrita.

Dejo constancia que mi participación es voluntaria y que puedo dejar de participar en el momento que yo lo decida.

FIRMAS:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Marzo Octubre 2013	Noviembre e Diciembre	Enero Diciembre e 2014	Enero Marzo 2015	Abril Mayo 2015	Junio Julio 2015
1.Revision bibliográfica	X	X	X	X	X	X
2.Elaboracion de protocolo	X	X	X	X	X	X
3.Revision de protocolo	X	X	X	X	X	X
4.Registro de protocolo		X				
5.Recoleccion de datos			X			
6.Analisis de resultados				X	X	X
7.Escritura de los resultados				X	X	X
8.Redaccion de la investigación					X	X
9.Presentacion de tesis						X

BIBLIOGRAFIA.

1.-Mendoza, S; Soler, H; Sainz, V; Alfaro, G; Mendoza, S; Pérez, H. Análisis de la dinámica familiar y funcionalidad familiar en atención primaria. Archivos de Medicina Familiar 2006; 8 (1): 27-32.

2. Huerta-González, J. 2005. Medicina Familiar: la familia en el proceso salud enfermedad. 1ª Edición. Editorial Alfil. México, DF. Pp 12-14.

3. Montesinos S. instrumentos del médico de familia en la consulta de atención primaria. Archivos del hospital de La Paz, 2007;5.

4. Martínez P y cols. Family Adaptability and cohesion evaluation scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems. International journal of clinical and health psychology, 2007 ; 6(2): 317-337. 21

5. Cabrera P. CE, Rodríguez P. I, González P. G, Ocampo B. P, Amaya L. C. Aptitud clínica de los médicos familiares en la identificación de la disfunción familiar en unidades de medicina familiar de Guadalajara, México Salud Mental 2006 29 (4): 41.

6. Prieto M, López B, Jiménez B. Medición de la calidad de vida en médicos residentes. Educmed. 2009; vol. 12 (3): 169

7. Sandoval M, Reducindo V, Islas G. Funcionamiento familiar y empatía en los médicos residente del instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado. Revista de especialidades Medico-Quirugicas. 2011; vol. 16 (4): 221.

8. Guevara C, Henao D, Herrera J. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes 2004; 35 (4)173-175.

9. González c, Mejía M, Angulo L, Funcionalidad familiar, estrato socio-económico y red de apoyo social de los residentes de posgrado de la facultad de medicina de la universidad de los Andes, Mérida. 2005; 12 :1-4.

10. Mendoza P. Disfuncionalidad familiar en el personal de salud del hospital de la Paz. 2007; 5(2)

11. Ponce-Rosas R, Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Terán-Trujillo M, Hernández-Gómez A, y cols. Análisis de la confiabilidad de FACES III (versión en español). Aten. Primaria 1999;23(8)579-484.

12. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas R, Mazón-Ramírez J, Dickinson-Bannack E, Sánchez-González E y cols. Versión al español y adaptación transcultural del FACES III. Arch Med Fam 1999;1(3):73-79.

13. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam 1999; 1 (2):45-57.

14. Gómez-Clavelina FJ, Ponce-Rosas ER, Irigoyen-Coria A. FACES III: alcances y limitaciones. Aten Fam 2005;12(1):10-11.

15. 1a Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud Efectuada durante el 5o Coloquio Nacional y 3º Internacional de Profesores Investigadores en Medicina Familiar 15-17 de junio de 2005 Unidad de Seminarios “Dr. Ignacio Chávez”, Vivero alto, Ciudad Universitaria, Coyoacán México D.F. Archivos en Medicina Familiar Vol. 7 Supl. 1 2005 pp 15-21

16. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Indicadores de Hogares y Familias por Entidad Federativa. México 2000 p 45