



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33
REYNOSA, TAMAULIPAS

ANÁLISIS DE LA DINÁMICA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL
PERSONAL MÉDICO DE LA UMF 39

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ADRIANA YAMILETT MARTINEZ RODRIGUEZ



REYNOSA, TAMPS.

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**"ANÁLISIS DE LA DINÁMICA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL
PERSONAL MÉDICO DE LA UMF 39"**

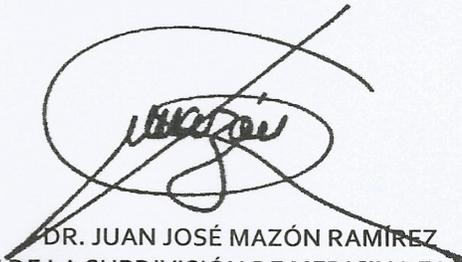
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA

EN MEDICINA FAMILIAR

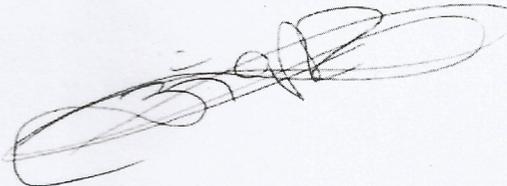
PRESENTA:

DRA. ADRIANA YAMILETT MARTINEZ RODRIGUEZ

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



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



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **2804** con número de registro **13 CI 28 041 253** ante COFEPRIS

H GRAL ZONA MF NUM 1, TAMAULIPAS

FECHA **02/09/2016**

DR. ADRIANA YAMILETT MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

ANÁLISIS DE LA DINÁMICA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL PERSONAL MÉDICO DE LA UMF 39.

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2016-2804-1

ATENTAMENTE

DR. (C) JAVIER MENDOZA BANDA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2804

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Contenido

I. Resumen	1
II. Antecedentes	2
III. Planteamiento del problema	8
IV. Justificación	9
V. Objetivos General y específicos	10
VI. Material y Métodos.	11
VII. Variables	14
VIII. Aspectos Éticos	15
IX. Flujograma.	16
X. Plan de Análisis.	17
XI. Presupuesto	18
XII. Cronograma	19
XIII. Productos Esperados.	20
XIV Resultados	21
XV Conclusion y Discucion	27
XVI. Bibliografía.	28
XVII Anexos	32

I.- Resumen.

Introducción: La evaluación familiar comprende actividades de carácter clínico que se vinculan con una visión integradora de elementos biológicos, psicológicos y sociales que interactúan para dar como resultado uno o varios daños a la salud. Los elementos biológicos han sido los más ampliamente estudiados, desde el nivel molecular hasta el epidemiológico; sin embargo, por su gran importancia, los aspectos psicológicos y sociales son motivo de una exploración que requiere de la aplicación de diversas metodologías científicas, las cuales el profesional de la salud debe conocer en grado suficiente para evaluar en su justa dimensión, el efecto de estos elementos sobre el proceso salud-enfermedad.

Objetivo: Evaluar la cohesión y adaptabilidad familiar en el personal médico adscrito a la unidad de medicina Familiar no. 39, de acuerdo a FACES III en H. Matamoros, Tamaulipas.

Material y Métodos; Se realizó un estudio, observacional, transversal. La población de Estudio fueron los Médicos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar # 39 de H. Matamoros, Tamps. Previa aceptación y firma de la carta de consentimiento informado. Se aplicó un cuestionario exprofeso. Considerando la Evaluación de Faces III.

Resultados: De los 23 médicos encuestados el género masculino con el 60.87% (14) y el 39.13% (9) para el femenino, La edad en promedio fue de 40.21 ± 6.63 años, la Cohesión que el 13.04% obtuvo una calificación que lo ubica como No relacionada, Semirelacionada 73.91% y solo el 13.04% como relacionada, al hacer el análisis por genero encontramos que 100% de los que obtuvieron calificación de no relacionada corresponde al masculino, en la semirelacionada el 58.82% fue para el masculino y el 41.18% para las mujeres, en la relacionada se invierte el predominio hacia el género femenino con el 66.67% y el 33.33 para los hombres, la adaptabilidad (adherencia) en el nivel de rígida corresponde en el 100% al género masculino, la Estructurada predomina en las mujeres con el 62.50% y 37.50% para los varones

Conclusión: Esperamos que con los datos obtenidos se pueda mejorar la calidad y calidez de la atención medica que se otorga en la unidad médica.

II.- Antecedentes.

La familia 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 ya sean 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. La Estructura es un Conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden integran al grupo familiar. Las Funciones de la familia Son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo.

Se reconocen las siguientes funciones: Socialización: promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia. Afecto: interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal. Cuidado: protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar Estatus: participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad. Reproducción: provisión de nuevos miembros a la sociedad. Desarrollo y ejercicio de la sexualidad.

La función familiar se define a través de las tareas que le corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. El cumplimiento de esta función permite la interacción con otros sistemas sociales, y como consecuencia de su propia naturaleza es multidimensional. Esto hace que en la evaluación del grado de normofunción o disfunción de un sistema familiar muy complejo, no existan en realidad técnicas o instrumentos que permitan catalogar su función de forma absoluta solamente se miden aspectos parciales de su función.

La evaluación de la función familiar tiene en medicina familiar características específicas que la diferencian de la que puede realizarse por otras disciplinas científicas, ya que tiene el propósito fundamental de comprender en forma integral el contexto en que se producen los problemas de cada paciente que acude a la consulta y permite reorientar su tratamiento hacia soluciones distintas a las que se ofrecen tradicionalmente, aportando elementos a la visión biopsicosocial que caracteriza la atención en medicina familiar. Con base en estos conceptos se puede considerar que una familia es funcional cuando cumple con sus funciones como un sistema, y la forma como los integrantes interactúan y se organizan para el cumplimiento de estas funciones corresponde al estudio de la dinámica familiar. ⁽¹⁾

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: la Composición (nuclear, extensa o compuesta), el Desarrollo (tradicional o moderna), la Demografía (urbana, suburbana o rural), la Ocupación (campesino, empleado o profesionista), la Integración (integrada, semiintegrada o desintegrada), pero hay otras características que son indispensables conocer ya que según Satir son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar, lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga a conocer la Jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser, autoritaria, indiferente negligente, indulgente permisiva o recíproca con autoridad, los Límites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos y la Comunicación que no es más que la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser, directa, enmascarada o desplazada ⁽²⁻⁷⁾.

La importancia de conocer todas estas características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad, tal y como lo expresó

Florenzano ⁽⁸⁾, al reportar que más del 55 % de 365,425 adolescentes con algún tipo de adicción pertenecían a familias con algún grado de disfunción familiar, de igual manera, Huerta-Martínez enfatizó la importancia de investigar los factores que pueden modificar la dinámica familiar ya que de un total de 413 familias encuestadas con FACES III, el 89% era disfuncional al momento del estudio siendo el factor más asociado a disfunción el tener a un integrante enfermo. Asimismo, Vázquez-Nava ⁽⁹⁾ refirió una marcada influencia de la disfunción familiar en la vida cotidiana de los pacientes asmáticos.

Para la valoración del estado de salud familiar se han desarrollado diferentes métodos e instrumentos. Toda valoración debe basarse en un modelo conceptual que guíe el proceso, conociendo los componentes o las dimensiones que hay que buscar y tener en cuenta. Los datos que deben reunirse dependerán de dicho modelo ^(10,11). Un sistema de valoración familiar y del estado de salud familiar debería incluir, junto a datos generales de la familia, la composición y estructura, el ciclo vital familiar, el clima social familiar, la integridad familiar, el funcionamiento o dinámica familiar, la resistencia familiar, el afrontamiento familiar y el estudio de los acontecimientos estresantes que le afectan ^(12,13)

La evaluación familiar por parte de los médicos de familia comprende actividades de carácter clínico que se vinculan con una visión integradora de elementos biológicos, psicológicos y sociales que interactúan para dar como resultado uno o varios daños a la salud. Los elementos biológicos han sido los más ampliamente estudiados, desde el nivel molecular hasta el epidemiológico; sin embargo, por su gran importancia, los aspectos psicológicos y sociales son motivo de una exploración que requiere de la aplicación de diversas metodologías científicas, las cuales el profesional de la salud debe conocer en grado suficiente para evaluar en su justa dimensión, el efecto de estos elementos sobre el proceso salud-enfermedad ⁽¹⁴⁾.

FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) es un instrumento creado por Olson y cols, que cuenta con el respaldo de 25 años de investigación y más de 700 publicaciones científicas que han permitido afinar tanto al Modelo Circunflejo de los Sistemas Familiares y Conyugales (que es el modelo teórico que lo sustenta)

como los 11 instrumentos que forman el Circumplex Assessment Package del cual forma parte FACES III. Aunque recientes publicaciones han dado a conocer FACES IV y sus seis escalas (dos balanceadas y cuatro no balanceadas) es necesario considerar que el proceso de traducción, retrotraducción, transculturación, aplicación a muestras heterogéneas de familias, evaluación de consistencia interna de cada escala, así como la evaluación de su validez de constructo no se han efectuado todavía en español. FACES III es un instrumento cuyos alcances y limitaciones, así como su proceso de validación en español se han evaluado en nuestro medio, con el rigor metodológico que confiere, a los que deseen aplicarlo clínicamente o con fines de investigación, un aceptable acercamiento a la evaluación de la manera en que se encuentran la cohesión y adaptabilidad (flexibilidad) familiar en el momento de aplicar el instrumento. FACES III no mide directamente la funcionalidad de las familias, sino solamente el grado de dos de las dimensiones señaladas en el modelo (cohesión y adaptabilidad); la comunicación es la tercera dimensión del modelo y se evalúa mediante otro instrumento llamado ENRICH. ⁽¹⁵⁾

FACES III se utiliza para evaluar la funcionalidad familia, siendo la entrevista clínica el patrón de referencia, su calidad y eficacia dependen de las capacidades, habilidades destrezas, experiencia, competencia y ética del médico o investigador que lo aplica.^(16,17)

La combinación de cohesión con adaptabilidad clasifica a las familias en 16 tipos: No relacionada rígida, No relacionada estructurada, No relacionada flexible, No relacionada caótica; Semirelacionada rígida, semirelacionada estructurada, semirelacionada flexible, semirelacionada caótica; Relacionada rígida, Relacionada estructurada, Relacionada flexible Relacionada caótica; Aglutinada rígida, aglutinada estructurada, aglutinada flexible, aglutinada caótica. ⁽²⁹⁾

Una relación médico-paciente positiva es un elemento crítico en la práctica médica y en el arte de curar. ⁽¹⁸⁾ La relación médico-paciente se ha tensado porque el diagnóstico rápido, basado en la tecnología de la medicina moderna, se ha incrementado; esto ha dado lugar a una percepción general de que los médicos se han “desligado” de la atención al paciente. ⁽¹⁹⁾ La práctica médica que se encuentra

íntimamente ligada a la relación médico-paciente, al contacto directo con las personas, obliga a los profesionales a desarrollar habilidades que incluyen las de tipo social. Estas habilidades representan un conjunto de comportamientos emitidos por un individuo en un contexto interpersonal, en el que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación y en el que respeta estas mismas conductas en los demás; además, generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación con el propósito de minimizar la probabilidad de futuros problemas. ⁽²⁰⁾

Los comportamientos de conducta social habilidosa descritos implican conductas relacionadas con la empatía. Esta variable se ha identificado como de importancia en diversos ámbitos, de ahí que en los últimos años en la población médica la han estudiado Mangione y Hojat, quienes han encabezado numerosas investigaciones en países anglosajones, ^(19,21,22) y recientemente, a partir de estas investigaciones también se ha tratado el tema en países latinoamericanos, como México ⁽²³⁾

El concepto de empatía se ha definido como la habilidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, combinada con la capacidad de comunicar este entendimiento al paciente. No obstante, la empatía se ha asociado en forma teórica o empírica con una serie de atributos, como el respeto, el comportamiento prosocial, el razonamiento moral, las actitudes positivas hacia la gente de edad avanzada, la ausencia de demandas o litigios por mala práctica, la habilidad para recopilar la historia clínica y ejecutar el examen físico, la satisfacción del paciente, la satisfacción del médico, la mejor relación terapéutica y los buenos resultados clínicos. ⁽²⁴⁾

Al medir la empatía en la población médica resulta que los médicos de las especialidades “orientadas al paciente”, como los de medicina familiar, medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, medicina de urgencia, psiquiatría y subespecialidades médicas correspondientes, obtienen puntajes de empatía más altos que los médicos de las especialidades “orientadas a la tecnología”, como los de

Anestesiología, Radiología, Patología, Cirugía y subespecialidades quirúrgicas.^(25,26) Asimismo, se dice que en la escuela de medicina y en la práctica médica las mujeres tienden a ser más empáticas que los hombres.^(27,28,26)

En Morelia, Medellín Fontes y cols. En su trabajo sobre funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social encontraron 12 de los 16 tipos de familia que propone Olson; el 29% de los participantes presentó un tipo de funcionamiento familiar conectado-caótico, el 20% aglutinado-caótico y 19% conectado-flexible. En el 32% restante se ubicaron los otros tipos de funcionamiento familiar.⁽³⁰⁾

De la Cerda Salazar al estudiar la Estructura y funcionalidad familiar de niños y Adolescentes con parálisis cerebral, en lo referente a la estructura familiar (composición) reportó que el 55 por ciento de las familias fueron nucleares; 28 por ciento, extensas; 14 por ciento, de tres generaciones; 2 por ciento, monoparentales, 1 por ciento, compuestas.⁽³¹⁾

Estudios en pacientes han mostrado resultados de FACES III, en cohesión familiar fue mayor el porcentaje (40%) de familias unidas, seguido del porcentaje (25.4%) de familias aglutinadas. En adaptabilidad familiar fueron más frecuentes las familias caóticas, con 46.3%, porcentaje que contrasta con el porcentaje (3.4%) de familias rígidas. Al realizar la clasificación familiar mediante el modelo circunflejo de Olson se obtuvo que 89 familias (43.4%) correspondían a la categoría media, mientras que 45 familias (22%) correspondían a la categoría de familia extrema.⁽³²⁾

III.- Planteamiento del problema:

Hasta el momento se ha encontrado a través de las investigaciones que la dinámica familiar influye de manera importante en la manera de actuar en los individuos. Pero es una necesidad apremiante conocer la dinámica, cohesión y funcionalidad familiar del prestador de servicio como lo es el propio médico Familiar. Para determinar los factores que influyen en dicha rutina laboral y el día a día de la vida en familia para así determinar los factores predisponentes y prevenir en un futuro los mismos.

Pregunta de investigación:

¿Cuál es la dinámica y funcionalidad Familiar del personal médico de la Unidad de Medicina Familiar No. 39?

IV.- Justificación:

Este trabajo surge, con la inquietud de recabar información necesaria, para conocer la dinámica y funcionalidad familiar del personal médico de una unidad médica de primer nivel.

El Medido debe apoyarse del núcleo familiar, los roles las responsabilidades los recursos, las estrategias, tarea de cada uno de los integrantes todos estos aspectos se hacen patentes en la calidad de la atención que se otorga a cada derechohabiente. Asimismo este estudio está basado en que los médicos familiares tratan a la mayoría de población de nuestro país como médicos de primer contacto, formando parte importante en la vida de los pacientes, para lo cual influye en su manejo el trato que se otorgue a los mismos.

El trato del médico hacia sus pacientes se ve fuertemente influenciado por su entorno social y psicológico, el cual está dado a través de su desarrollo desde el núcleo familiar; manifestándose en la autoestima de cada uno de ellos. Es importante el conocer de qué manera es percibido el núcleo familiar por el médico ya que con frecuencia es ignorada ésta parte tan fundamental de los seres humanos.

Con la realización de este trabajo se beneficiara en primer instancia los pacientes adscritos a la unidad médica familiar no. 39, puesto que con la identificación de áreas de oportunidad identificadas en la evaluación de la dinámica y funcionalidad se podrán establecer un plan de mejora basada basado en estrategias innovadoras afín de favorecer el clima organizacional del personal médico y paramédico que participa en el proceso de la atención médica integral.

V.-Objetivos:

Objetivo General:

Evaluar la cohesión y adaptabilidad familiar en el personal médico adscrito a la unidad de medicina Familiar no. 39, de acuerdo a FACES III en H. Matamoros, Tamaulipas.

Objetivo específico:

Identificar características sociodemográficas.

Identificar tipología familiar.

Identificar la funcionalidad Familiar.

VI.-Material y Métodos

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Por la presencia de maniobra experimental
Observacional.

Por la captación de la información
Prospectivo

Por la medición del fenómeno en el tiempo
Transversal

POBLACION DE ESTUDIO.

Nuestra población de estudio serán todos los médicos adscritos de la unidad de Medicina Familiar que estén presentes en el año 2017.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Médico adscrito a la Unidad de Medicina Familiar 39.
- Contratación de base o eventual.
- Médico General o Médico especialista (Medicina Familiar)
- De cualquier género.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

_ No hay

CRITERIOS DE ELIMINACION:

Médico que no contestó la evaluación Faces III

Muestra:

No se realizó cálculo de tamaño mínimo de muestra puesto que es un estudio de prevalencia y serán incluidos la totalidad de las unidades de análisis.

Técnica muestral

No probabilística por conveniencia

Instrumento de recolección y análisis

- Encuesta
- Hoja de cálculo excell
- Software epi info versión 3.5.4 para Windows

Procedimiento

Se estudió a todo el personal médico adscrito a la Unidad de Medicina familiar no. 39, en el periodo comprendido del 01 de febrero al 01 de Agosto del 2017. Previa autorización con la firma en el consentimiento informado. Tamaño de muestra a conveniencia, se aplicaron los cuestionarios con las variables socioeconómicas y el instrumento validado FACES III. Cuyas siglas significan Escalas de Evaluación para la cohesión y Adaptabilidad familiar. Esto fue realizado por el medico investigador principal. El FACES III, consiste en un cuestionario, que comprende 20 preguntas, siendo opciones de respuesta tipo Likert (nunca, casi nunca, algunas veces, casi

siempre y siempre), siendo la calificación para una familia de dimensión de cohesión no relacionada de 10 a 34 puntos, semirelacionada de 35 a 40 puntos, relacionada de 41 a 45, aglutinada de 46 a 50 puntos, y para una familia de dimensión de adaptación rígida de 10 a 19 puntos, estructurada de 20 a 24 puntos, flexible de 25 a 28 puntos, y caótica de 29 a 50 puntos.

VII.- Variables:

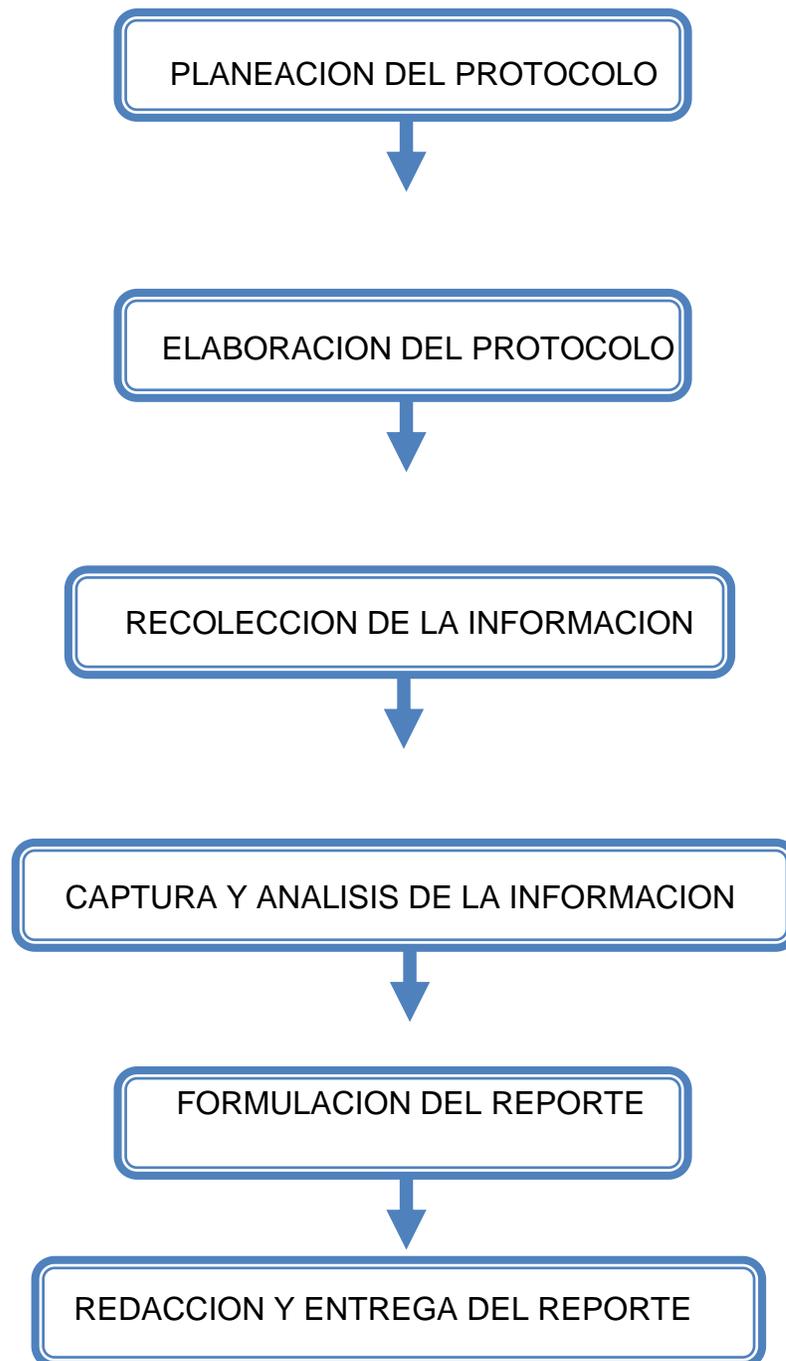
Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Representada
EDAD	Años de vida a partir del nacimiento.	años cumplidos	cuantitativa discreta	años cumplidos
SEXO	Identidad biológica hombre mujer	fenotipo biológico hombre mujer.	cualitativa nominal	masculino femenino
COHESION	1.-vínculo emocional entre los miembros de la familia.	Como se llevan en la familia en cuanto a la unión.	cualitativa nominal.	por amplitud de clase de cohesión no relacionada de 10 a 34, semirelacionada de 35 a 40 ,relacionada de 41 a 45, aglutinada de 46 a 50.
ADAPTABILIDAD	2.-capacidad de cambiar sus estructuras de poder en respuesta a crisis.	si hay o no cambio de roles.	cualitativa nominal.	por adaptabilidad de amplitud de clase: rígida de 10 a 19, estructurada de 20 a 24, flexible de 25 a 28, caótica de 29 a 50.

VIII.- Aspectos éticos.

El proyecto se condujo de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Declaración de Helsinki, Finlandia en la 18ª Asamblea Médica Mundial de 1964; cuyos contenidos fueron actualizados en la revisión de Tokio en 1975 y revisados en la 64ª Asamblea General, Fortaleza Brasil, octubre del 2013. Cuyos principios generales hacen énfasis en “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: “El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica”. En cuanto al marco político el protocolo de investigación estará apegado a lo estipulado en la Constitución Política, en la Ley General de Salud Título Quinto Investigación para la Salud y el Reglamento en Materia de Investigación para la Salud, la Norma Técnica número 313, 314 y 315 .

Según el reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud título 2 de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos Capítulo 1, artículo 17, fracción 2. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, investigación con medicamentos de uso común, con amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros. Por otro lado se respetaron y se cumplieron los principios básicos de la bioética (autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia), además de asegurar la confidencialidad de los resultados.

IX.- FLUJOGRAMA.



X.- Plan de Análisis

Con los datos obtenidos mediante la encuesta se procedió a integrar y editar una base de datos en excell. Misma que previo su análisis estadístico fueron validados los mismos.

Acto seguido se realizó el análisis univariado con frecuencias y porcentajes simples para variables cualitativas, medidas de tendencia central y dispersión para las variables de tipo cuantitativo.

Con la evaluación de FACES III se realizó la categorización de las variables con base a punto de corte establecido.

XI.- Administración del proyecto

Recursos humanos

- Un Médico Residente de Medicina Familiar.

Recursos materiales e inversión total

Cantidad	Artículo	Importe
6	Caja de folders	\$324.00
48	Plumas tinta negra	\$80.00
4	Carpeta de argollas	\$156.00
10	Paquete de 500 hojas tamaño carta	\$530.00
4	Tabla con sujetador	\$116.00
10	Caja de clips	\$80.00
4	Cartuchos de tinta para impresora HP	\$1,800.00
1	Laptop Toshiba	\$10,000.00
1	Impresora HP	\$2,000.00

\$15, 086.00

Para el desarrollo del Estudio.

XII.- Grafica de Gant (Cronograma)

	2016	2016	2016	2016	2017	2017	2017	2017	2017
	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Febrero/abril	Mayo/Julio	Agos-Sept	Oct.-Nov.	Diciembre
Selección del Tema	X								
Recolección de Bibliografía	X								
Elaboración de Protocolo		X							
Entrega de Protocolo			X						
Revisión por el comité local de investigación				X					
Aplicación de Encuestas					X	X			
Captura de la información					X	X			
análisis de la Información							X	X	
Elaboración de Resultados								X	
Elaboración de Manuscrito final									X

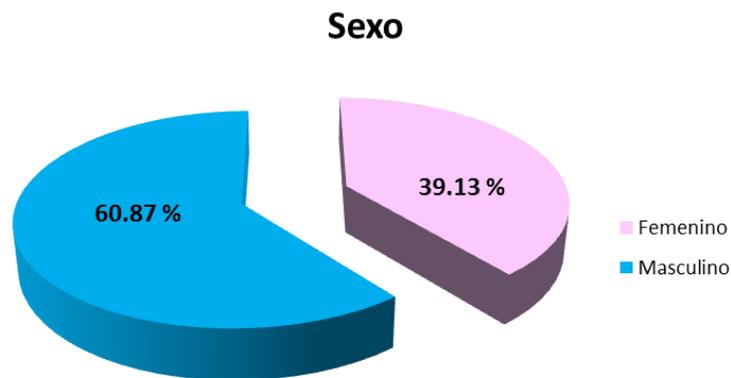
XIII. Productos esperados.

- a) La obtención de una base de datos.
- b) Aportación de información actualizada.
- c) Elaboración de un artículo científico.
- d) Retroalimentación para el personal de salud directivo y operativo de la UMF 39.

Resultados.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y prospectivo en la unidad de Medicina Familiar No. 39 del IMSS, se incluyeron a 23 médicos, cuyo predominio es para el género masculino con el 60.87% (14) y el 39.13% (9) para el femenino. **Grafica 1**

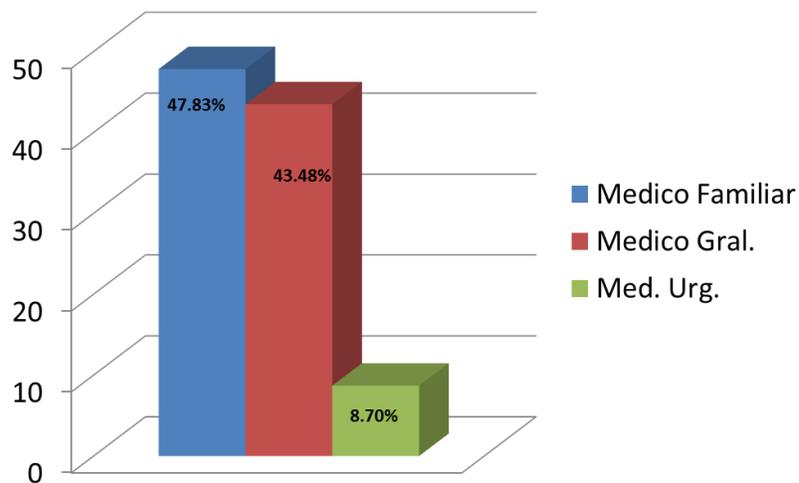
La edad de manera general mostro en promedio de 40.21 ± 6.63 años, al analizarlo por genero encontramos que la media para los hombres fue de 41.14 ± 5.84 años en tanto que para las mujeres el promedio fue de 38.77 ± 7.8 años.



Grafica 1:- Distribución por sexo.

Referente al tipo de contratación el 100% de los entrevistados era de base definitiva con una antigüedad promedio de 13.56 ± 5.78 años, por genero encontramos que el promedio para los varones era de 14.71 ± 6.4 años y para las féminas fue de 11.77 ± 4.63 años.

Al realizar el análisis de la variable Categoría se identificó una frecuencia de médico Familiar con el 47.83% (11), Medico general 43.48% (10), y solo el 8.7% son médicos de urgencias (2). **Grafica 2**



Grafica 2- Distribución por Categoría.

Al terminar la evaluación con respecto a la Cohesión que el 13.04% obtuvo una calificación que lo ubica como No relacionada, Semirelacionada 73.91% y solo el 13.04% como relacionada, al hacer el análisis por genero encontramos que 100% de los que obtuvieron calificación de no relacionada corresponde al masculino, en la semirelacionada el 58.82% fue para el masculino y el 41.18% para las mujeres, en la relacionada se invierte el predominio hacia el género femenino con el 66.67% y el 33.33 para los hombres. **Tabla 1**

Cohesión	Sexo		Total
	Femenino.	Masculino	
No relacionada	0	3	3
Semirelacionada	7	10	17
Relacionada	2	1	3
TOTAL	9	14	23

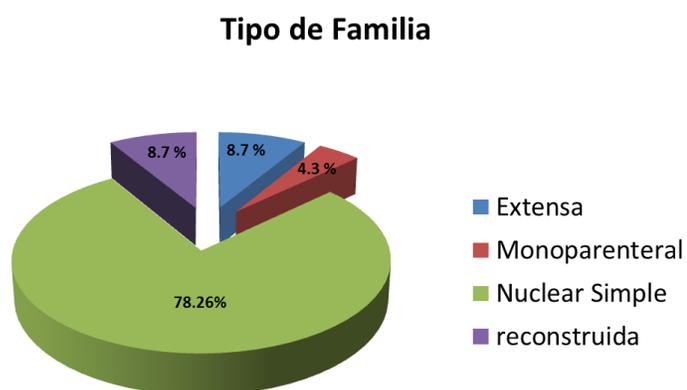
Tabla 1.- Resultados de Cohesión por género.

En tanto que el análisis de la adaptabilidad (adherencia) en el nivel de rígida corresponde en el 100% al género masculino, la Estructurada predomina en las mujeres con el 62.50% y 37.50% para los varones. En el nivel de flexible se invierte el predominio donde se ubica el varón con el 66.67% y el 33.33 en las mujeres, y finalmente la calificación de caótica corresponde en el 100% a los varones. **Tabla 2**

Adaptabilidad	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Rígida	0	1	1
Estructurada	5	3	8
Flexible	4	8	12
Caótica.	0	2	2
TOTAL	9	14	23

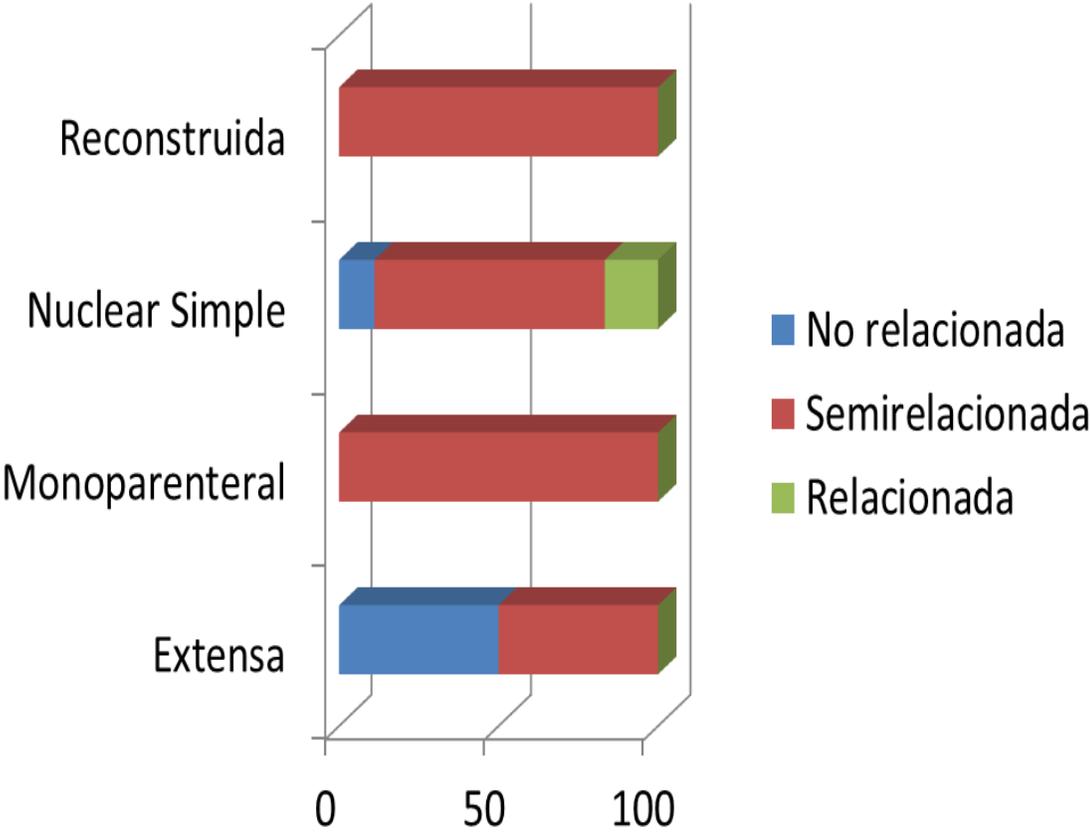
Tabla 2.- La adaptabilidad, distribución por género.

Con base a la clasificación del tipo de familia por parentesco encontramos que el 78.26% corresponde a nuclear simple, extensa y reconstruida con el 8.7%, y con solo el 4.3% la de tipo monoparental. Grafico 3.



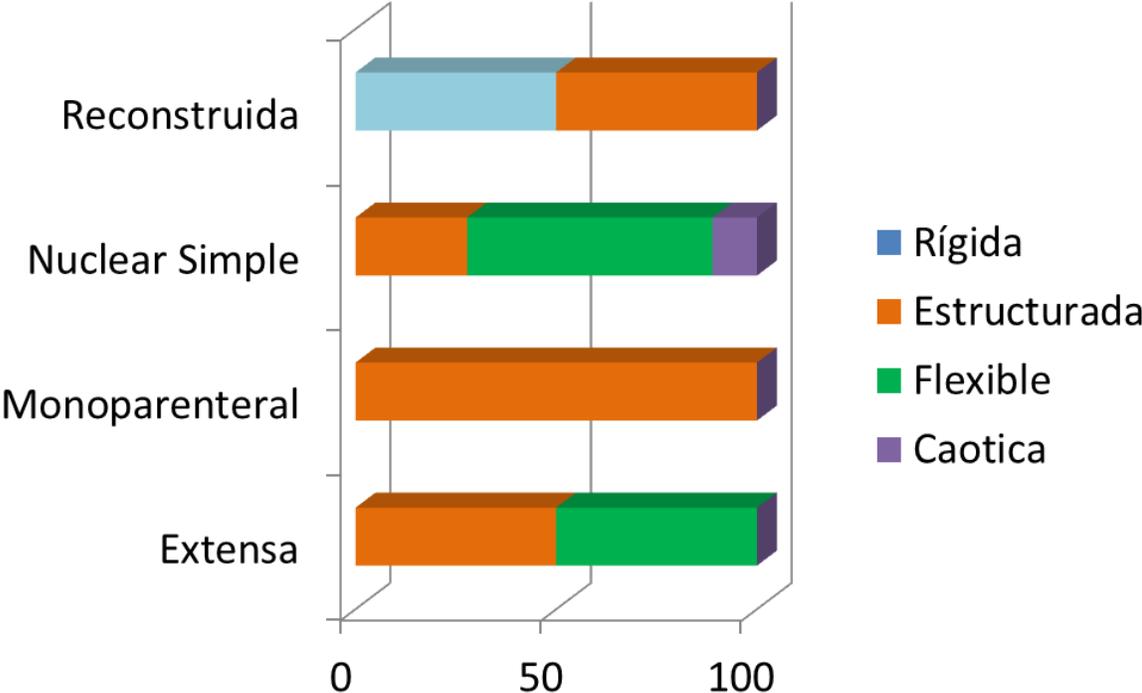
Grafica 3- Distribución por parentesco del tipo de Familia.

Al analizar la cohesión con el tipo de Familia se encontró que en la nuclear simple el 72.22% está ubicada como semirelacionada, el 16.67% como relacionada y el 11.11% como no relacionada, la tipo reconstruida y la monoparental el 100.0% están semirelacionada, en tanto que en la extensa el 50% esta no relacionada y el otro 50% como semirelacionada. Grafica 4.



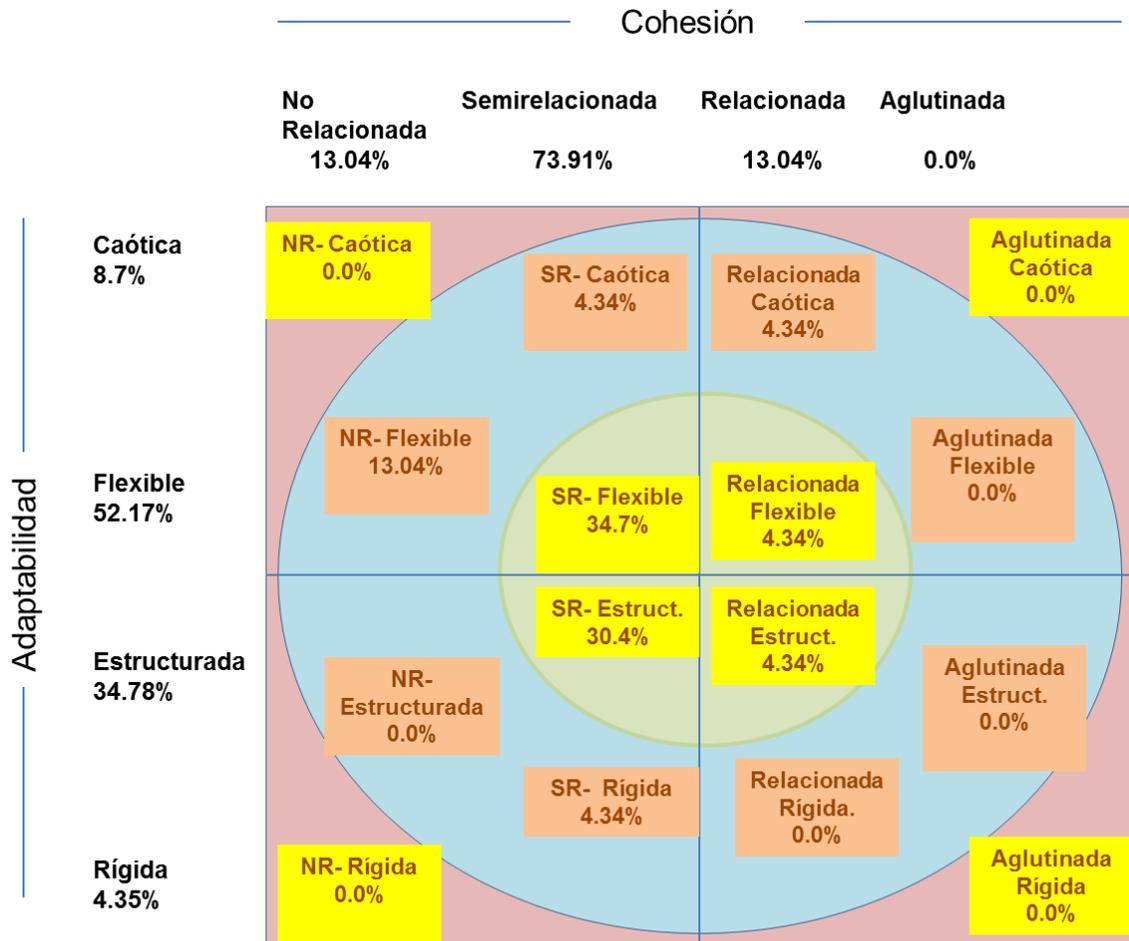
Grafica 4- Distribución de Cohesión por tipo de Familia.

Al analizar la Adaptabilidad con el tipo de Familia se encontró que en la nuclear simple el 61.11% está ubicada como flexible, el 27.78% como estructurada y el 11.11% como Caotica, la tipo reconstruida el 50.0% como rígida y el otro 50.0% como estructurada, La tipo extensa esta con el 50.0% para Estructurada y de igual manera con el 50.0% flexible, finalmente la monoparenteral está ubicada con el 100.0% en estructurada. Grafica 5



Grafica 5- Distribución de Adaptación (Adherencia) por tipo de Familia.

De las 16 posibilidades que se pueden integrar con estos elementos identificamos que 8 (34.78%) de los entrevistados se ubica en una familia Semirelacionada-Flexible, 7 (30.43%) tipo semirelacionada-estructurada, 3 (13.04%) no relacionada-Flexible, y con una unidad el tipo de familia semirelacionada-rígida, relacionada-estructurada, relacionada-flexible, semirelacionada-caótica, relacionada-caótica.



Grafica 6.- Tipos de funcionamiento familiar según el modelo Circunflejo de Olson et al.

Podemos observar que con base a la Cohesión predomina la semirelacionada en tanto que para la adaptabilidad es la flexible con 52.17%. de las 16 posibilidades la que predomina es la Semirelacionada-Flexible con el 34.7%, seguida de la semirelacionada-estructurada con el 30.4%, en tercer lugar la no relacionada-flexible con el 13.04% etc etc. ect

Discusión.

La dinámica familiar se define como los procesos en el que intervienen interacciones, transacciones, sentimientos, pautas de conducta, expectativas, motivaciones y necesidades entre los integrantes de una familia dentro de un contexto cambiante en cada etapa evolutiva familiar y permite o no la adaptación, el crecimiento, desarrollo madurez y funcionamiento del grupo familiar. Dentro del ámbito del médico se infiere que los procesos de funcionalidad y dinámica familiar se encuentran alterados ya que las obligaciones a las cuales está sometido interfieren con las propias de la familia. No se ha encontrado bibliografía en la cual se haya estudiado o esclarecido dichos procesos. En nuestro trabajo utilizamos el denominado FACES III, que no mide directamente la funcionalidad de las familias sino solamente el grado de dos dimensiones señaladas en el modelo(Cohesión y adaptabilidad).^{16,17}

Conclusion

Dentro de los resultados obtenidos en este estudio nos encontramos con diferentes factores predisponentes que afectan la dinámica familiar por ende repercute en la adaptabilidad y cohesión que la familia tiene dado el caso esto se refleja en una mala interacción en los procesos de la vida cotidiana por esto con estos resultados no damos cuenta que se requiere iniciar una vigilancia y seguimiento de todas estas familias y revalorar a las mismas en 6 meses posterior a una serie de intervenciones dentro de la dinámica familiar y observar los resultados en un futuro

Bibliografía.

- 1.- Consenso académico de los “Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias”: Arch.Med.Fam 2005;7(supl. 1):15-19.
2. Gómez-Clavelina FJ. Diagnóstico de Salud Familiar. En Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina FJ. Fundamentos de Medicina Familiar. 7ª ed. México: Medicina Familiar Mexicana. 2000. p. 103-140.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Chávez-Aguilar V, Velasco-Orellana O. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación. Rev. Med. IMSS(Mex)1994;32: 39-43.
7. Huerta-Martínez N, Valadés-Rivas B, Sánchez-Escobar L. Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de medicina familiar del ISSSTE en la ciudad de México. Arch.Med.Fam 2001;3(4):95-98.
8. Florenzano UR. La familia como factor de riesgo, Adolescentes y familia en Chile. Creces 1992;7: 24-34.
9. Vázquez-Nava F, Santos-Díaz A, Martínez-Burnes J. El paciente asmático y su dinámica familiar. Revista Alergia México 2003;L(6):214-219.
- 10.- Hernández J. Fundamentos de Enfermería. Teoría y Método. Madrid: Interamericana; 1999.
- 11.-Varela N, Rodríguez E, Romero M, Castro A, Fernández MJ. Intervenciones de Enfermería en El Sistema Familiar: Valoración. Cult Cuidados. 2005; 9 (17): 74-81.

- 12.- Lima JS, Lima M, Jiménez N, Marín AM. El proceso enfermero aplicado a la unidad familiar. Revisión de 420 casos. En: Libro de actas. IX Jornadas Andaluzas Salud Investiga, del 20 a 22 de octubre. Cádiz; 2010.
- 13.-Lima JS, Lima M, Sáez A. Intervenciones enfermeras orientadas a la familia. *Enferm Clin.* 2009; 19 (5): 280-283.
- 14.- Leibovich, N. y Schmidt, V. El contexto familiar y su evaluación desde una perspectiva ecopsicológica. Buenos Aires: Guadalupe; 2005.
- 15.-Gómez F, Ponce E, Irigoyen –Coria A. Faces III: alcances y limitaciones. *Aten Fam* 2005; 12 (1): 10-15.
16. Bertalanffy, V. L. (1976). *Teoría General de los Sistemas*. México: FCE.
17. Gómez C. Escala de evaluación de funcionamiento familiar FACES III. *Escritos de Psicología*. [revista en Internet]. 2010 [citado 2013 Ago 02]. Disponible en: http://www.escritosdepsicologia.es/revistas/vol10_2/escritospsiologia_v10_2_3vschmidt.pdf 39
- 18.-Glass RM. The patient-physician relationship. *JAMA* 1996;275:147-148.
- 19.-Mangione S, Kane GC, Caruso JW, Gonnella JS, et al. Assessment of empathy in different years of internal medicine training. *Med Teach* 2002;24:371-374.
- 20.-León A, Rodríguez C, Ferrel F, Ceballos G. Asertividad y autoestima en estudiantes de primer semestre de la Facultad de Ciencias de la Salud de una universidad pública de la ciudad de Santa Marta (Colombia). *Psicología desde el Caribe* 2009;24:91-105.
- 21.-Hojat M, Gonnella JS, Xu G. Gender comparisons of young physicians' perceptions of their medical education, professional life, and practice: a follow-up study of Jefferson Medical College graduates. *Acad Med* 1995;70(4):305-312.
- 22.-Hojat M, Fields SK, Gonnella JS. Empathy: an NP/MD comparison. *Nurse Pract* 2003;28:45-47.
- 23.-Alcorta A, González JF, Tavitas S, Rodríguez FJ, Hojat M. Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Mental* 2005;28:57-63.

24.-Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, et al. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry* 2002;159:1563-1569.

25.-Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ* 2004;38:934-941.

26.-Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence, and gender. *Med Educ* 2002;36:1-6

27.- Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data. *Educ Psychol Meas* 2001;61:349-365.

28.-Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, et al. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry* 2002;159:1563-1569.

29.- Thomas V, Olson DH. Problem families and the circumplex model: observational assessment using the Clinical Rating Scale. *J Marital Fam Ther* 1993;19:159-175.

30.- Medellín-Fontes MM, Rivera-Heredia ME, López-Peñaloza J, Kanán-Cedeño G, Rodríguez-Orozco A. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud Mental* 2012;35:147-154

31.-De la Cerda-Salazar MA, Riquelme-Heras H, Guzmán- de la Garza FJ y BarrónGarza F. Estructura y funcionalidad familiar de niños y adolescentes con parálisis cerebral. Departamento de Medicina Familiar del Hospital Universitario "Dr. José E.González".

32.- Sánchez Reyes, Alejandro, Pedraza Avilés, Alberto González, Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con la hemoglobina glucosilada de los pacientes diabéticos Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas [en línea] 2011, 16 (Abril-Junio).

Anexos

Ficha identificación

Nombre _____ Edad _____

Tipo contratación _____ años de antigüedad _____

Genero _____ Parentesco _____

FACES III

CALIFICACION

1=NUNCA, 2=CASI NUNCA, 3= ALGUNAS VECES, 4= CASI SIEMPRE, 5 =SIEMPRE

Item	1	2	3	4	5
1.-Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.					
2.- En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4.-Los hijos pueden opinar en cuanto a disciplina.					
5.- Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos					
6.-Cualquier miembro de la familia puede tomar autoridad.					
7.-Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.					
8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.					
9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10.-Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11.-Nos sentimos muy unidos					
12.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones.					
13.- Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.					
14.- En nuestra familia las reglas cambian.					
15.- Con facilidad podemos planear actividades en familia.					
16.-Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17.- Consultamos unos con otros para tomar decisiones					
18.- En nuestra Familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					

19.- La unión familiar es muy importante					
20- Es difícil decir quien hace las labores del hogar.					

Cohesion (**nones**) Amplitud de clase Adaptabilidad (**pares**) Amplitud de clase.

No relacionada 10 a 34

Rígida 10 a 19

Semi relacionada 35 a 40

Estructurada 20 a 24

Relacionada 41 a 45

Flexible 25 a 28

aglutinada 46 a 50

Caotica 29 a 50

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en el Personal Médico de la UMF 39.						
Patrocinador externo (si aplica):							
Lugar y fecha:	IMSS UMF 39. H. Matamoros Tamaulipas						
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	El trato del médico hacia sus pacientes se ve fuertemente influenciado por su entorno social y psicológico, el cual está dado a través de su desarrollo desde el núcleo familiar.						
Procedimientos:	ENCUESTA						
Posibles riesgos y molestias:	NINGUNA						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:							
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me dará a conocer los resultados de la investigación encontrados posterior al análisis de la información						
Participación o retiro:	Se me ha explicado que es voluntaria mi participación en el presente estudio y que podré retirarme en el momento que yo considere conveniente.						
Privacidad y confidencialidad:	Se garantizará la confidencialidad de los resultados obtenidos apegado a los principios de ética que rigen la investigación actualmente.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):							
Beneficios al término del estudio:							
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Dra. Adriana Yamilett Martínez Rodríguez Mat 99292179 Teléfono: 8681257139 Correo electrónico: dra.yamilett@hotmail.com						
Colaboradores:	Dr. Jesús III Loera Morales Dr. Felipe Ricardo López García Mat. 8913528 Teléfono: 8682413830 Correo electrónico: ricardo.lopezga@imss.gob.mx						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx							

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Dra. Adriana Yamilett Martínez Rodríguez

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

