



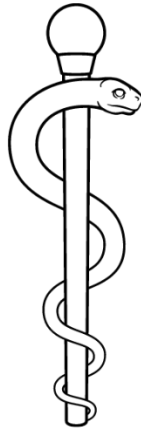
Medicina Familiar



LA PIEDRA ANGULAR DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Medicina Familiar

La Piedra angular de la atención primaria



Autores

Kimberly Estefanía Dorantes Bernal
Sively Jazmín García Morán
Carmen Karina Rocha Ponce
Rocío Nataly Rojo García
Ana Briseida Romero Valenzuela
Isaac Beltrán Beltrán
Jesús Francisco Flores Delgado

Katia Yahaira Ríos López
Luis Alfredo Dorantes Álvarez
Dulce Samantha Ortiz Fonseca
Roberto Joel Tirado Reyes
Daniel Roberto Bernal Osuna
Eréndira Fuentes Cháirez
Rosario Adriana García García

Medicina Familiar

La Piedra Angular De La Atención Primaria



Medicina familiar, la piedra angular de la atención primaria, es una publicación editada por la Universidad Tecnocientífica del pacífico S.C. Calle Morelos, 377 Pte. Col Centro, CP. 63000. Tepic, Nayarit. México.

Tel. (311)441-3492.

<https://www.editorial-utp.com/>

<https://libros-utp.com/index.php/editorialutp/index>

Registro RENIECYT: 1701267

Derechos Reservados© septiembre 2023. Primera Edición digital.

ISBN: 978-607-8759-65-1

<https://doi.org/10.58299/UTP.000>

Queda prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización bajo ninguna circunstancia, salvo autorización expresa y por escrito de la Universidad Tecnocientífica del Pacífico S.C.

Este libro es resultado de una investigación científica.

Este trabajo fue sometido a revisión por pares externos en modalidad doble ciego (double-blindpeer review)

A quien corresponda

La Editorial UTP, una editorial indizada, cuyo objetivo es fortalecer la difusión y divulgación de la producción científica, tecnológica y educativa con altos niveles de calidad; teniendo como base fundamental la investigación y el desarrollo del potencial humano; a través de publicaciones de artículos, libros, capítulos de libros, vídeos, recursos educativos, conferencias, congresos y programas especiales; brindando oportunidades para profesores, investigadores, estudiantes de los distintos niveles educativos en contextos locales, nacionales e internacionales.

CERTIFICA

Que el libro “**Medicina Familiar. La Piedra angular de la atención primaria**” es producto de investigación científica, tecnológica y educativa. Que al ser sometido a un doble proceso exhaustivo de evaluación interna y externa obtuvo dictamen favorable para su publicación. Para la evaluación interna se utilizaron los criterios establecidos en APA 7ma edición sobre redacción, citas y referencias, realizada por el Comité Editorial de la UTP. Para la evaluación externa se utilizaron los criterios de relevancia y utilidad del tema, calidad, organización, secuencia y alcance, a través de un proceso de revisión doble ciego por pares académicos externos.

Se extiende el presente **certificado**, a los 5 días del mes de septiembre del año 2023.

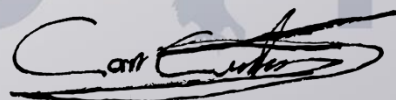
ATENTAMENTE

Transformando con Ciencias



Dra. Ana Luisa Estrada Esquivel

Directora de la UTP



Jesús Ernesto Caravantes Estrada

Director de la Editorial UTP

Tepic, Nayarit, México; a 05 de septiembre del 2023.

Kimberly Estefanía Dorantes Bernal
Sivelly Jazmín García Morán
Carmen Karina Rocha Ponce
Rocío Nataly Rojo García
Ana Briseida Romero Valenzuela
Isaac Beltrán Beltrán
Jesús Francisco Flores Delgado

Katia Yahaira Ríos López
Luis Alfredo Dorantes Álvarez
Dulce Samantha Ortiz Fonseca
Roberto Joel Tirado Reyes
Daniel Roberto Bernal Osuna
Eréndira Fuentes Cháirez
Rosario Adriana García García

Presente:

A través de la presente, me permito saludarle, y al mismo tiempo comunicar a Ud(s) que la Editorial UTP es una editorial indizada, comprometida con publicaciones de alta calidad por lo que su proyecto de investigación titulado “Medicina familiar, la piedra angular de la atención primaria” ha sido sometido a un riguroso proceso de arbitraje por pares académicos y ajustado de acuerdo a las recomendaciones emitidas por los mismos, con base en lo anterior mencionado se determinó que cumple con los criterios de evaluación del comité editorial de la Universidad Tecnocientífica del Pacífico S.C. por lo que ha sido:

Aceptado para su publicación como libro

Con registro **ISBN: 978-607-8759-65-1**. Disponible en la Biblioteca Digital de la Editorial UTP: y http://tecnocientifica.com.mx/editorial_tecnocie/index.php/editorialutp/catalog
<https://www.editorial-utp.com/biblioteca>

Agradecemos su preferencia y enviamos una felicitación especial por ser parte del equipo de investigadores que está transformando con ciencias en contextos locales, nacionales e internacionales.

ATENTAMENTE

Transformando con Ciencias

Dra. Ana Luisa Estrada Esquivel
Directora de la UTP

Jesús Ernesto Caravantes Estrada
Director de la Editorial UTP

REDIB
Red Iberoamericana
de Innovación y Conocimiento Científico

SPI
Scholarly Publishers Indicator



SEMBLANZA DE LOS AUTORES



1. **Dra. Kimberly Estefanía Dorantes Bernal.** Maestra en salud Pública. Cursante de doctorado en salud pública en Universidad Contemporánea de las Américas, Lic. En medicina General, residente en la especialidad de Medicina Familiar segundo año, Instituto Mexicano del Seguro Social. México. E-mail: ke_db06@hotmail.com



2. **Dra. Sively Jazmín García Morán.** Lic. En medicina General, residente en la especialidad de Medicina Familiar segundo año, Instituto Mexicano del Seguro Social. Técnico en Urgencias Médicas Nivel Básico. México E-mail: sivelygarciamoran@gmail.com



3. **Dra. Carmen Karina Rocha Ponce.** Lic. En medicina General, residente en la especialidad de Medicina Familiar segundo año, Instituto Mexicano del Seguro Social. México. E-mail: carmenk.rocha26@gmail.com



4. **Dra. Rocío Nataly Rojo García.** Lic. En medicina General, residente en la especialidad de Medicina Familiar segundo año, Instituto Mexicano del Seguro Social. México. E-mail: Rocio_nataly24@hotmail.com



5. **Dra. Ana Briseida Romero Valenzuela.** Lic. En medicina General, residente en la especialidad de Medicina Familiar segundo año, Instituto Mexicano del Seguro Social. México. E-mail: annarv1130@gmail.com



6. **Dr. Isaac Beltrán Beltrán.** Lic. En medicina General, residente en la especialidad de Medicina Familiar segundo año, Instituto Mexicano del Seguro Social. México. E-mail: Isaac_8657@hotmail.com



7. **Dr. Jesús Francisco Flores Delgado.** Lic. En medicina General, residente en la especialidad de Medicina Familiar segundo año, Instituto Mexicano del Seguro Social. México. E-mail: franjesus.com1@gmail.com



8. **Dra. Katia Yahaira Ríos López.** Lic. En medicina General, residente en la especialidad de Medicina Familiar segundo año, Instituto Mexicano del Seguro Social. México. E-mail: katia_rioss@hotmail.com



9. **Dr. Luis Alfredo Dorantes Álvarez.** Médico especialista en medicina familiar. Maestro en Salud Pública. Cursante de doctorado en salud pública en Universidad Contemporánea de las Américas, Subdirector de prevención y control de enfermedades, Servicios de Salud de Sinaloa. Jefatura de departamento clínico en Unidad de Medicina Familiar No. 35, Instituto Mexicano del Seguro Social., México. E-mail: dralfredodorantes@hotmail.com



10. **Dra. Dulce Samantha Ortiz Fonseca.** Lic. en Medicina General, especialista en Medicina de Urgencias, Instituto Mexicano del Seguro Social, México. E-mail: dulce.ortiz@imss.gob.mx



11. **Dr. Roberto Joel Tirado Reyes.** Doctor en Educación; Coordinador del Programa de Maestría en Enfermería Profesionalizante; Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa; Universidad Autónoma de Sinaloa México. Enfermero Especialista en Medicina de Familia; Instituto Mexicano del Seguro Social. E-mail: robertojtr@uas.edu.mx Orcid: 0000-0002-1492-7507.



12. **Dr. Daniel Roberto Bernal Osuna.** Lic. En Medicina General, especialista en Medicina Familiar, Instituto Mexicano del Seguro Social, México. Email: Daniel_roberto_bernalosuna@live.com



13. **Dra. Eréndira Fuentes Cháirez.** Lic. En Medicina General, especialista en Medicina Familiar, Instituto Mexicano del Seguro Social, México. Email:erendirafuentes76@gmail.com



14. **Dra. Rosario Adriana García García.** Lic. En Medicina General, especialista en Medicina Familiar, Instituto Mexicano del Seguro Social, México. Email:roadriana76@gmail.com

DEDICATORIA

Le agradezco a Dios por ser nuestra guía y compañía a lo largo de esta trayectoria profesional, por nunca soltarnos de su mano y guiarnos a lo largo del proceso, bendecirnos día a día y otorgarnos una vida llena de aprendizajes, sabiduría y experiencias.

A nuestra familia por ayudarnos a cumplir nuestros objetivos como persona y estudiante, brindándonos siempre el mejor consejo.

Mis profesores por sus enseñanzas, su apoyo en todo momento, su experiencia y su aliento. La fuente más pura de nuestra inspiración.

Finalmente, a nuestros amigos, quienes nos brindan un gran apoyo moral y humano, y hacen de este proyecto, un trayecto de vivencias que nunca olvidaremos.

PROLOGO

La residencia médica de medicina familiar constituye la adquisición de competencias genéricas y específicas, propias de la especialidad, las cuales permitirán a los futuros médicos de medicina familiar la comprensión del proceso, salud, enfermedad enfocada en la dinámica familiar; por lo que el contar con una guía metodológica que guíe, dirija y cimiente el inicio de la formación es catalogada como imprescindible.

En la experiencia docente compartida con los autores; es un honor para el prologuista señalar que en cada uno de ellos existen las vivencias, así como la expertis para proponer esta obra que dirigirá la formación de los futuros médicos de familiares; así mismo a experiencia del investigador con en el estudio de la dinámica familiar, síndromes geriátricos, manifiesto que se trata de un aporte que permite aumentar el conocimiento, análisis y comprensión de aspectos importantes en el estudio de la familia como: el perfil profesional del médico familiar; génesis, desarrollo, conceptualización de la medicina familiar; evolución de la familia, ciclo de vida, crisis, así como instrumentos de valoración familiar entre otros tópicos selectos en el abordaje de la familia.

Hoy día la familia es considerada la piedra angular en las sociedades, en ella se gestan principios, valores que cimientan aspectos biológicos, sociales, protección y seguridad que guían a sus integrantes; en la medida que se consolidan cada una de sus funciones, roles; implícitos en la dinámica familiar, se prepara a personas resilientes capaces de afrontar las modificaciones socialmente esperadas y aquellas que escapan a la comprensión social.

En vista, pues, de la importancia de lo anteriormente expuesto, se le invita a la lectura y análisis de la obra.

Dr. Roberto Joel Tirado Reyes.

Contenido

1. Génesis, Desarrollo y Conceptualización de la Medicina Familiar	12
El Médico Antes del Siglo XX	12
Era de la Especialización	12
Definición de la Medicina Familiar	13
2. Cimientos y Rasgos Distintivos de la Medicina Familiar	16
Fundamentos Científicos y Filosóficos.....	16
Principios de McWhinney.....	16
Necesidades Sociales.....	16
Atención Integral, Enfoque de Riesgo y Continuidad	17
La Familia Como Unidad de Análisis de la Medicina Familiar	18
3. Perfil Profesional del Médico Familiar	19
Fundamentación Profesional.....	19
Perfil profesional del médico familiar en el IMSS.....	19
Dominios Competenciales.....	19
Competencias del Médico Familiar:	20
4. Atención Primaria de Salud	21
Surgimiento de APS Como Estrategia de Salud (Alma Ata)	21
Declaración de Alma-Atá	21
Diferencia Entre APS y AP	24
Primeros Intentos de Implementar la APS. Reformas Actuales Para Realizar APS.....	24
El Médico Familiar Como Participante de la AP	25
5. Modelos Para el Estudio del Proceso Salud- Enfermedad.....	26
Fases De La Enfermedad.....	26
6. Complejidad de Medicina Familiar	29
Enfoque Sistémico	29
Teoría General de Sistemas	29
Enfoque Holístico.....	30
Pensamiento Complejo	30
Ciencias de la Complejidad.....	31
7. Futuro de la Medicina Familiar	33
Desarrollo Académico	33

Funciones Profesionales en las Instituciones Sociales	33
Investigación.....	34
Un Nuevo Modelo Educativo.....	34
8. Evolución de la Familia	35
Origen y Evolución de la Familia.....	35
Concepto de Familia	36
Institución Familiar	36
Estadios de la Evolución Humana en la Prehistoria.....	37
Evolución de la familia en la prehistoria.....	37
Tipos de Familia.....	39
Funciones De La Familia:	44
Modelos De Familia:	47
9. Ciclo de vida.....	49
Definición.....	49
Ciclo de Vida Psicosocial de Erik Homberger Erickson	49
Etapas Psicosociales:	49
Ciclo de Pareja Según Mariano Barragán, 1976	50
Ciclo de Familia.....	52
10. Dinámica Familiar	59
Concepto	59
Elementos de Estudio	59
Roles:	60
Clasificación de Burgess.....	61
Clasificación Según McMaster:.....	61
Roles de Grupo	62
Roles Individuales.....	63
Roles Maritales.....	65
Conflictos por conflictos conyugales	67
Influencia de la Dinámica Familiar en la Salud- Enfermedad	67
11. Comunicación Humana	69
Teoría General de la Comunicación Humana	69
Áreas de la comunicación.....	69
Niveles de comunicación.....	70

Estilos de comunicación	70
Axiomas de la comunicación	71
Comunicar Malas Noticias:	73
Protocolo SPIKES para dar malas noticias (figura 13):	73
Comunicación en Relación Médico Paciente:	73
Técnica bathe	74
Modelo de James Prochaska y Carlo Diclemente: Los estadios del cambio	74
Proxemia. Aprender a Escuchar	75
12. Relación médico- paciente	76
Modelos de Relación Médico- Paciente- Familia	76
Otros modelos de relación médico-paciente	77
Modelos de Atención Centrada en el Paciente	77
Fases de la Entrevista Individual y Familiar	79
Transferencia- Contratransferencias y Rapport	79
13. Crisis Familiares	80
Definición	80
Clasificación	80
Crisis normativas (intrasistémicas o evolutivas):	80
Crisis Paranormativas (Intersistémicas o no Normativas):	81
14. Fundamentos Para la Realización del Estudio de Salud Familiar	85
Fundamentos Teóricos y Metodológicos de los Principales Instrumentos Para el Estudio del Médico Familiar.	85
Apgar Familiar	85
Clasificación Triaxial de la Familia	86
FACES III	93
Escala de Graffar-Mendez Castellanos	95
Cuestionario de Coopersmith: "Autoestima"	100
Escala de Hamilton Para Depresión	101
Escala de Hamilton Para la Ansiedad	105
Escala de Zarit	107
Escala de Evaluación de Lawton y Brody	109
Test de Audit (Alcohol Use Disorder Identification Test)	110
15. Influencia de los Factores Sociales en el Proceso de Salud y Enfermedad	113

Definición.....	113
Gradiente Social - Ingreso y Estatus Social	114
Condiciones de Trabajo - Empleo y Desempleo	114
Apoyo Social - Redes sociales de Apoyo.....	114
Modelos de la Determinación Social de la Salud	115
Informe Lalonde	115
Modelo propuesto por Dahlgren - Whitehead.....	115
Modelo de Julio Frenk	116
16. Factores que Aumentan o Disminuyen el Riesgo a Nivel Individual, Familiar y Comunitario	117
Historia Clínica Familiar	117
Factores de Riesgo.....	117
Factores Protectores.....	119
Entrevista Familiar	119
Resiliencia.....	119
Recursos familiares.....	121
17. Genograma	122
Historia	122
Definición.....	122
Fases	123
Genograma Esquelético (Básico).....	123
Genograma Extenso	123
Símbolos	124
Utilidad del Genograma	125
18. Bioética y profesionalismo en la práctica médica	127
Conceptos y generalidades.....	127
Clasificación de la Bioética:	127
Profesionalismo en la Práctica Médica.....	128
Principios fundamentales:.....	128
Responsabilidades Profesionales:	128
19. Principios Éticos que son Relevantes en la Práctica Médica	130
Deontología y Axiología en Medicina.....	130
Deontología	130
Códigos Deontológicos	130

Axiología en medicina	130
Principios Éticos que Intervienen en la Práctica Médica	131
20. El Marco Legal y Administrativo que regula la Prestación de Atención Médica.....	133
Atención Médica.....	133
Marco Jurídico	133
Marco Administrativo	133
Leyes y Reglamentos:	133
Reglamentos de Servicio de Salud.....	136
Ley de Profesiones.....	136
21. Fundamentos Para Prevenir Conflictos Derivados de la Práctica Médica	138
Génesis del Conflicto Derivado del Acto Médico	138
Características del Acto Médico	138
Conflictos.....	138
Estadios del Conflicto	138
Derechos de los Médicos.....	139
Derechos del Paciente	140
Mecanismos Alternos Para la Solución de Controversias.....	140
22. La Responsabilidad Profesional del Médico en su Ejercicio.	142
Responsabilidad Profesional del Médico.....	142
Responsabilidad Sanitaria	142
Responsabilidad civil	142
Responsabilidad contencioso- administrativa	143
Fundamentos de la Responsabilidad Médica	143
Valoración Pericial de la Responsabilidad Médica	144
23. Medicina Defensiva vs Medicina Asertiva	146
24. Jerarquización de problemas.....	147
Definición.....	147
25. Niveles de Intervención Familiar	149

1. Génesis, Desarrollo y Conceptualización de la Medicina Familiar

El Médico Antes del Siglo XX

La transición del siglo XIX al XX marcó un giro en el área de la medicina, que puede ser clasificado en dos áreas principales: la práctica médica y la salud pública.

- En cuanto a la práctica médica, la revolución industrial impulsó una revolución en el campo de la medicina, siguiendo un patrón similar al de la industrialización: la creación de nuevos aparatos e instrumentos. Esto condujo a la transformación de la medicina en una ciencia y al establecimiento de especialidades médicas.
- En lo que respecta a la salud pública, se estableció un enfoque que proclamaba que la higiene era el arte científico para preservar la salud y fortalecer el organismo. Se consideraba que la higiene era el primer arte, dado que la salud era el primer bien. A finales del siglo XIX, la evolución de las ideas, las relaciones y las diferencias entre países y comunidades en América generó la búsqueda de un modelo de integración educativa, normativa y reguladora en el ámbito de la salud pública. En este contexto, los médicos se convirtieron en líderes resolutivos, con experiencia en el abordaje familiar y comunitario (Balcázar *et al.*, 2018).

Era de la Especialización

La época de la especialización médica comenzó en la primera mitad del siglo XX. En 1968, se estableció la Junta Estadounidense de Medicina Familiar como el organismo oficial de esta nueva especialidad. En 1974, se fundó la WONCA (Organización Mundial de Médicos de Familia), que cuenta con al menos 56 países, incluido México, donde existen instituciones académicas que ofrecen programas de posgrado en medicina familiar. La mitad de estos programas fueron establecidos después de 1970. La Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) es una organización no gubernamental que se fundó en Melbourne en 1972 y mantiene relaciones colaborativas con la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1980. Estados Unidos, Canadá y Europa Occidental fueron los primeros en establecer la medicina familiar como



especialidad, y México fue el primer país de América Latina en iniciar un programa de especialización en medicina familiar (véase figura 1). (González *et al.*, 2021).

Surgimiento y Desarrollo de la Medicina Familiar en el Mundo y en México

Figura 1. Línea del tiempo del surgimiento de la medicina familiar.



NOTA: La siguiente figura muestra el desarrollo de la medicina familiar en el mundo desde los años 1943 hasta el 2000 concluyendo con la formación de médicos integrales: Fuente: Barrancos *et al.* (2018).

Definición de la Medicina Familiar

La Medicina Familiar se define como la especialidad médica que proporciona atención continua e integral a individuos y familias, y que se enmarca en las disciplinas biológicas, clínicas y del



comportamiento, como se observa en la figura 1. Según la Asociación Americana de Médicos de Familia, la Medicina Familiar es una ciencia que se construye sobre un conjunto de conocimientos derivados de otras disciplinas, estableciendo una unidad coherente y preparando al médico para desempeñar un papel único en la gestión de pacientes, resolución de problemas, asesoramiento

<p>ASOCIACIÓN AMERICANA DE MÉDICOS FAMILIARES</p>	<p>Especialidad que se construye sobre un núcleo de conocimiento derivado de otras disciplinas (medicina interna, pediatría, cirugía, ginecología y psiquiatría), que establecen una unidad coherente combinando las ciencias de la conducta tradicionales, biológicas y clínicas. (Barreto et al., 2019).</p>
<p>ANZURES CARRO</p>	<p><i>Especialidad médica cuyo objeto de estudio es la interacción de los patrones que influyen en el proceso salud enfermedad, enfoca como unidad de análisis al individuo y a su familia para otorgar servicios, médicos primarios, integrales y continuos con énfasis en la prevención de la salud y atención de la enfermedad, además de rehabilitación, en corresponsabilidad con el paciente, familia y comunidad c</i></p>
<p>CONSENSO ACADÉMICO DE MF</p>	<p><i>Especialidad médica y disciplina académica que estudia los procesos que inciden tanto en la salud como en la enfermedad del individuo y su familia (Barreto et al., 2019).</i></p>
<p>IRIGOYEN</p>	<p><i>Es una disciplina académica y especialidad médica que comprende una serie de actividades que se fundamenta en 3 ejes: estudio de familia, continuidad y acción anticipatoria (Irigoyen, 2006).</i></p>
<p>HUERTA GÓNZALEZ (2005)</p>	<p><i>Es una disciplina médica que se centra en analizar la interacción de los diversos factores que tienen influencia en el desarrollo del estado de salud y enfermedad. Toma como unidad de análisis a la familia para otorgarle atención médica primaria, integral, cooparticipativa, continua, con un enfoque preventivo en forma compartida con el individuo y su familia (Huerta, 2005).</i></p>

y coordinación total de la atención médica (González, 2005), en la *tabla 1*, se mencionan otras definiciones de otros autores y consensos importantes de la medicina familiar.

Tabla 1. Definiciones de diversos autores sobre Medicina Familiar



Nota: Información tomada de diferentes autores: Anzures (2008), Barreto et al., (2016), Irigoyen (2006) y Huerta, (2005).

Varios informes internacionales importantes han sido fundamentales para el desarrollo de la medicina familiar entre algunos:

La **COMISIÓN MILLIS**, realizada por la Asociación Médica Americana, planteó la necesidad de cambiar el enfoque de la atención médica, proponiendo una revolución en lugar de continuar con el mismo esquema de salud deficiente. El Informe Willard propuso la creación de una forma diferente de atención médica, y en 1969 se fundó el Consejo Estadounidense de Medicina Familiar, aprobando la Medicina Familiar como la vigésima especialidad médica en los Estados Unidos (Medina *et al.*, 2019)

INFORME WILLARD. Se propone la instauración de un enfoque distinto en la prestación de servicios médicos. En 1969, este proceso se materializa con la creación del Consejo Americano de Medicina Familiar y la aprobación de la Medicina de Familia como la vigésima especialidad médica en los Estados Unidos, y en 1969 se crean en ese país los primeros programas educativos de posgrado de Medicina de Familia (Mérida *et al.*, 2018)

INFORME DE FLEXNER, marcó el declive de la práctica de la medicina general en favor del desarrollo de especializaciones médicas. El avance tecnológico y la informática en la primera mitad del siglo XX contribuyeron al aumento de la especialización y la superespecialización, lo que a su vez resultó en un incremento en el número de especialistas. (Hernández *et al.*, 2022)

Basándose en estos informes, se comenzaron a formar los primeros colegios y asociaciones en el campo de la Medicina Familiar.



2. Cimientos y Rasgos Distintivos de la Medicina Familiar

Fundamentos Científicos y Filosóficos

Lo que caracteriza a la Medicina de Familia de otras especialidades con un solo objeto de estudio y la hace única en su práctica son los fundamentos y principios en los que se basa. Por lo tanto, el conocimiento y dominio de estos son fundamentales para el médico familiar. La Medicina Familiar es tanto una especialidad como una disciplina científica que da origen a las competencias necesarias para tratar a los pacientes (Carro, 2008).

Principios de McWhinney

Los principios de McWhinney, (figura 2) representan una visión diferente a la de otras disciplinas y conforman un sistema de valores centrados en la resolución de problemas (Carro, 2008).

Necesidades Sociales

Figura 2. Principios de McWhinney



Nota: Se presentan los 9 principios de McWhinney, que surgen 1981, a raíz de la atención integral y bienestar de paciente, para una nueva filosofía en la atención médica de la atención médica centrada en la persona, fuente Carro (2008).

La formación académica del especialista en Medicina Familiar se enfoca principalmente en la práctica clínica, compartiendo conocimientos y habilidades de otras especialidades, e integrando



las ciencias biomédicas, conductuales y sociales. Se centra en un enfoque biopsicosocial o integral, cuyo objetivo es capacitar al médico para resolver entre el 85% y el 90% de los problemas de salud, brindando atención continua e integral a individuos, familias y comunidades de todas las edades, géneros, sistemas o enfermedades. Las herramientas principales son la medicina humanística y la relación médico-paciente-familia, y también se participa en aspectos educativos, prevención clínica y administración de servicios de salud (Chavarria, 2017).

El modelo biopsicosocial considera que los factores biológicos, psicológicos y sociales desempeñan un papel significativo en la salud y la enfermedad, y aborda la enfermedad dentro del contexto de la actividad humana (Moreno *et al.*, 2019).

Atención Integral, Enfoque de Riesgo y Continuidad

La Medicina de Familia se enfoca en la atención integral, el enfoque de riesgo y la continuidad. El médico familiar considera al ser humano globalmente, tanto en un enfoque psicosocial, como familiar y comunitario, reconociendo las emociones, incluso las propias, y comprendiendo las relaciones médico- paciente- familia. Esto refleja la complejidad con la que se aborda la enfermedad en la consulta de Medicina Familiar (Ortega *et al.*, 2018).

El modelo de atención integral en salud establece lineamientos fundamentados en principios que orientan la forma en que las instituciones de salud se organizan para implementar acciones de vigilancia del medio ambiente, promoción de la salud, prevención de enfermedades y brindar atención dirigida a la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas (Rubio *et al.*, 2018).

El enfoque de riesgo es una estrategia utilizada para evaluar la necesidad de atención en poblaciones específicas y establecer prioridades en salud. El objetivo es mejorar la atención para todos, pero se enfoca especialmente en aquellos que requieren mayores cuidados, adoptando un enfoque no igualitario que prioriza a quienes tienen mayores necesidades. Sin embargo, se mantiene la visión de la familia como unidad funcional y estructural para buscar el bienestar de la persona, no solo la ausencia de enfermedad (Satir, 1976).

La Medicina Familiar abarca una amplia variedad de entidades clínicas y se enfoca en el cuidado de la salud en su totalidad, no solo en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. El médico de familia se refiere a diferentes niveles de atención (*tabla 2*) según sea necesario, preservando la continuidad tanto para el paciente como para su grupo familiar, estableciendo una relación a largo plazo que va más allá de la duración de una enfermedad o situaciones críticas.



Tabla 2. Niveles de atención en salud

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
<ul style="list-style-type: none"> • 1er contacto con la población de una institución. • Actividades de promoción de salud, dx y tx. • Seguimiento y apoyo de los casos referidos a otros niveles. • Requiere de “mínimos recursos materiales”, con gran interrelación con la familia y comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto con las especialidades y subespecialidades, atención a la salud mental. • Atiende padecimientos menos frecuentes y de mediana complejidad. • Atención de urgencias medicas quirúrgicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Referencia de pacientes que requieren estudios diagnósticos y tratamientos de alta complejidad. • Actividades de restauración y rehabilitación. • Atención de referencias de los otros niveles de atención.

Nota: En la siguiente tabla se exponen los niveles de atención en salud que se definen como la forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Fuente: Romero-Albino, Z., & Cuba-Fuentes, M. S. (2019).

La Familia Como Unidad de Análisis de la Medicina Familiar

La Medicina de Familia se destaca como especialidad preventiva, y el médico de familia se convierte en el principal impulsor del cuidado de la salud familiar. No solo se abordan los problemas de salud y enfermedad del individuo como una unidad biopsicosocial, sino también se considera el entorno más relevante en el que aparece y se soluciona la enfermedad: la familia. La familia se define como un grupo variable de los individuos que viven juntos en un mismo hogar, unidos por lazos de parentesco, legalidad y/o afinidad, se convierte en la unidad de análisis en el campo de la Medicina Familiar, con el propósito de examinar y dar seguimiento al proceso de salud-enfermedad. Sus funciones incluyen la socialización, el afecto, el cuidado, el estatus, la reproducción y el desarrollo (Tranche *et al.*, 2021).



3. Perfil Profesional del Médico Familiar

Fundamentación Profesional

Definición de perfil profesional: Conjunto de conocimientos y competencias que determinan la actividad profesional.

Definición de competencia profesional: Una serie de habilidades para realizar el ejercicio profesional con calidad.

Definición de competencia clínica: Se caracteriza por una serie de habilidades, actitudes y conocimientos que son necesarios para llevar a cabo acciones que favorezcan el diagnóstico y tratamiento de enfermedades (véase figura 3) (Valdez y Álvarez, 2018).

Perfil profesional del médico familiar en el IMSS

1. *Área técnica médica:* otorgar atención médica integral a todos los integrantes de la familia, conoce cuáles son sus límites y utiliza los recursos de la institución para la resolución de los problemas en salud. participa en programas de salud pública y medicina preventiva.
2. *Área técnico-administrativa:* funciones de dirección, gestiona adecuadamente los recursos para favorecer una atención integral.
3. *Área de enseñanza e investigación:* desarrolla actividades de enseñanza dirigidas a la población, equipo de salud y personal de formación. Participa en programas de investigación y realiza investigaciones de problemas de salud de la población y aplica los resultados para mejorar la salud de esta (Vargas y Hernández, 2020).

Dominios Competenciales

1. *Atención centrada en la persona:* atención médica continua, comunicación y relación médico paciente.
2. *Enfoque integral:* saber gestionar múltiples enfermedades al mismo tiempo y llevar a cabo actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos.
3. *Orientación comunitaria:* resolver problemas de la comunidad a nivel individual y grupal.
4. *Enfoque global:* utilizar el modelo biopsicosocial (factores biológicos, psicológicos y sociales).
5. *Capacidad específica para la resolución de problemas:* atender las urgencias en caso de que sea necesaria, llevar a cabo un diagnóstico y tratamiento efectivo. Interpretar



adecuadamente en la historia clínica los datos correspondientes a la exploración física, estudios de laboratorio y gabinete.

6. *Gestión de la atención primaria*: coordinar la atención con otros médicos especialistas, poner a disposición los servicios de primer nivel (Valdez y Álvarez, 2018).

Competencias del Médico Familiar:

Figura 3. Competencias del Médico familiar.



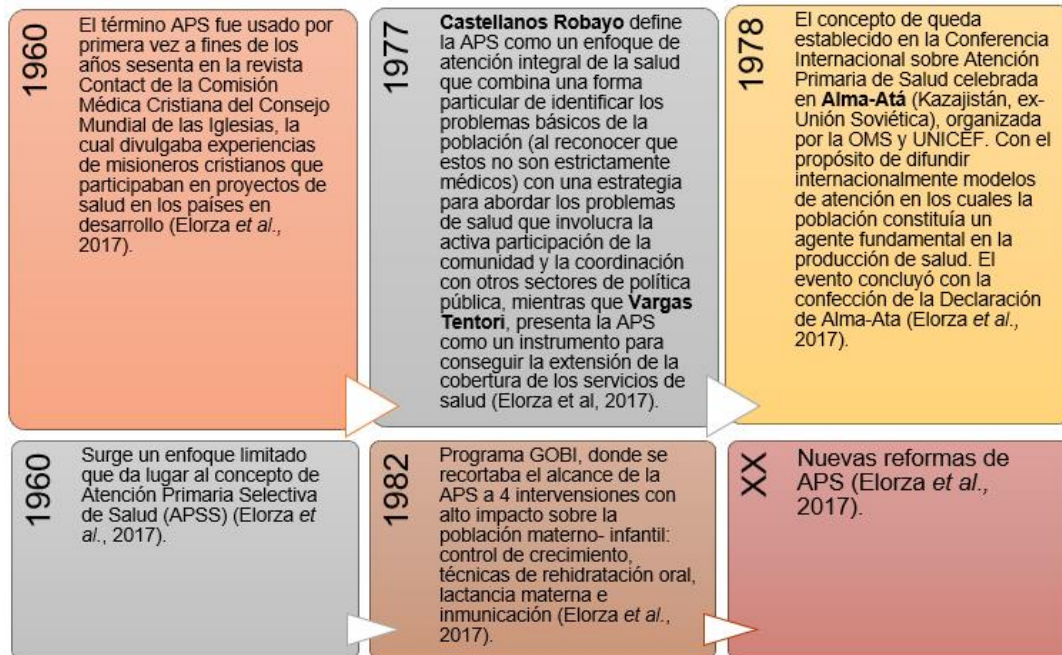
NOTA: Se muestra cada una de las competencias del médico familiar en un ámbito integral, desde la relación con el paciente, habilidad clínica y administrativa, hasta la enseñanza e investigación. Fuente: Valdez y Álvarez (2018).



4. Atención Primaria de Salud

Surgimiento de APS Como Estrategia de Salud (Alma Ata)

Figura 4. Línea del tiempo del surgimiento de la Atención Primaria de Salud.



NOTA: En la siguiente figura se explica el surgimiento de la APS desde sus orígenes 190 hasta el siglo XX). APS: Atención primaria de Salud). Fuente: Elorza *et al.* (2017).

Declaración de Alma-Atá

Se declaran 10 puntos importantes:

1. Reafirma la definición de salud OMS. «es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (Anzures, 2008).
2. La desigualdad en el estado de salud es inaceptable.
3. La conservación del desarrollo económico y social requiere de la promoción y protección de la salud como elementos indispensables.
4. Los pacientes tienen el derecho y la responsabilidad de involucrarse en la planificación y ejecución de las políticas de salud.
5. Los gobiernos son responsables de velar por la salud de sus poblaciones.



6. La atención primaria de salud (APS) es un componente esencial e integral del sistema de salud de un país y contribuye al desarrollo social y económico de la comunidad.
7. La atención sanitaria:
 1. La atención primaria de salud refleja las condiciones económicas, socioculturales y políticas tanto del país en general como de las comunidades específicas. Su enfoque se centra en abordar los principales problemas de salud que afectan a la comunidad.
 2. Como mínimo, la atención primaria de salud abarca diversas áreas que incluyen educación, promoción de una alimentación adecuada y nutrición, suministro de agua potable y saneamiento básico, atención materna e infantil, incluyendo la planificación familiar, inmunización, prevención y control de enfermedades endémicas locales, así como el suministro de medicamentos necesarios.
 3. Involucra otros sectores.
 4. Promociona autodesarrollo.
8. Los gobiernos deben establecer políticas nacionales, estrategias y planes de acción para la APS (figura 4).
9. Los países deben de cooperar con un espíritu servicial y fraternal para mantener la APS.
10. Se considera un nivel aceptable de salud 2000 (Ruiz, 2019).

En la Declaración de Alma-Atá se recomendó que las APS deben contener lo siguiente:

1. *Elementos*: énfasis en la educación para la salud, la promoción de una nutrición adecuada, la provisión de agua y saneamiento básico, la atención materno infantil (incluida la planificación familiar), la vacunación, el tratamiento adecuado de enfermedades comunes, la prevención o el control de enfermedades localmente endémicas y el suministro de medicamentos esenciales. *Componentes*: promoción, prevención, curación y rehabilitación (Elorza *et al.*, 2017).
2. *Principios básicos*: Participación comunitaria, definida como la participación de sus miembros en la planificación, financiamiento, organización, operación y control de los servicios de salud o cooperación intersectorial, entendida como la intervención coordinada de instituciones gubernamentales y no gubernamentales de más de un sector de la sociedad que comparten. sus actividades tu actuación recursos para actividades encaminadas a la solución de problemas de salud (Elorza *et al.*, 2017).
3. *Descentralización*: Se refiere a la capacidad de tomar decisiones ajustándose en función de los recursos disponibles en cada nivel de gestión, con base en las necesidades sociales



del área y tecnología apropiada (considerada disponible, apropiada, sustentable y razonablemente utilizada por la comunidad) (Ovalle-Luna, 2019).

4. **Definición de APSS:** Un número limitado de servicios de salud con un gran impacto en las medidas de resultados de salud en relación con los costos, o programas enfocados en poblaciones de alto riesgo, que pueden tener una estructura vertical y un nivel generalmente bajo de resolución de problemas. La APSS no mantiene los principios básicos propuestos en la Declaración de Alma-Ata, como la participación comunitaria o la intersectorialidad, y no considera la necesidad de agentes comunitarios de salud (Ortega *et al.*, 2018).

Definición de Atención Primaria

Definición de atención primaria (AP): Las definiciones más actuales de Atención Primaria se basan en la prestación de determinados servicios de salud, refiriéndose en particular al beneficiario; lugar de entrega; los beneficios ofrecidos; los tipos de proveedores de servicios involucrados y la naturaleza de la relación entre el proveedor de servicios y el usuario. Es un modelo de atención realizada en la comunidad (Balcázar *et al.*, 2018).

Definición de Atención Primaria de la Salud (APS): El enfoque de salud para toda la sociedad tiene como propósito asegurar el máximo nivel de salud y bienestar, así como su distribución equitativa, a través de la atención centrada en las necesidades de las personas desde las etapas tempranas de la vida. Este enfoque abarca la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, procurando brindar estos servicios lo más cerca posible del entorno cotidiano de las personas. Esta descripción fue establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (Barrancos *et al.*, 2018).

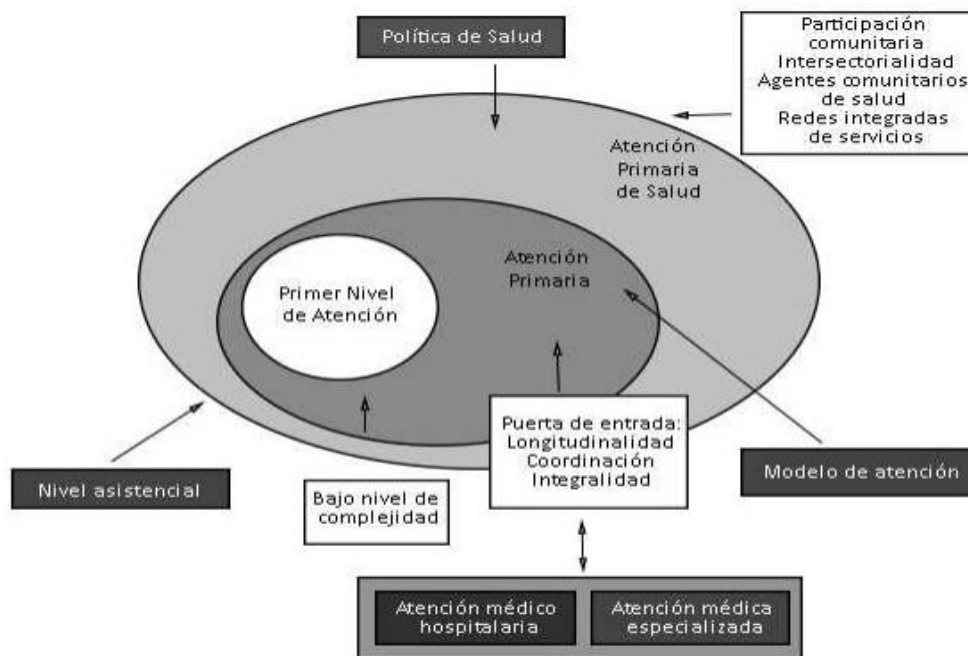
Definición de Primer Nivel de atención (PNA): Este es el nivel de atención que representa el primer contacto con el paciente y consiste en acercar lo más posible la atención médica al paciente. Consiste en unidades de medicamentos para pacientes ambulatorios y puede tener una o más estructura, algunos de ellos cuentan con estudios de laboratorio e imagen, y su característica más importante es la movilidad (Balcázar *et al.*, 2018).



Diferencia Entre APS y AP

Los conceptos de Atención Primaria de la Salud, Atención Primaria y Primer Nivel de Atención son frecuentemente confundidos y empleados como sinónimos, el primer concepto debe ser entendido como una política de salud mientras que el segundo debe ser asociado a un modelo de atención; en tanto que el último corresponde a un nivel asistencial del sistema de salud (Elorza *et al.*, 2017). En la *figura 5* se muestra una relación entre estos dos términos.

Figura 5. Relación que existe entre los distintos términos frecuentemente asociados a la APS



NOTA Se presenta un esquema que, en base a la literatura revisada, resume la relación que existe entre los distintos términos frecuentemente asociados a la APS. Fuente: Elorza *et al.* (2017).

Primeros Intentos de Implementar la APS. Reformas Actuales Para Realizar APS

El envejecimiento y las consecuencias de la mala gestión de los procesos de urbanización y globalización aceleran la propagación de las enfermedades transmisibles a nivel mundial e incrementan la carga de trastornos crónicos y no transmisibles, por lo que se crearon nuevos modelos de atención primaria a la salud, entre algunos se mencionan en la figura 6. (Cubiella *et al.*, 2018).



El Médico Familiar Como Participante de la AP

Se reconoce la importancia de la Medicina Familiar al ser identificada como la principal responsable de la atención primaria. Esta disciplina se destaca por poseer un cuerpo de conocimientos propios, donde la unidad funcional está conformada por la familia y el individuo, que tiene como base el método clínico-epidemiológico y social e integra las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta (Cubiella *et al.*, 2018).

Figura 6. Reformas actuales para realizar APS



Fuente: Cubiella *et al.* (2018).



5. Modelos Para el Estudio del Proceso Salud-Enfermedad

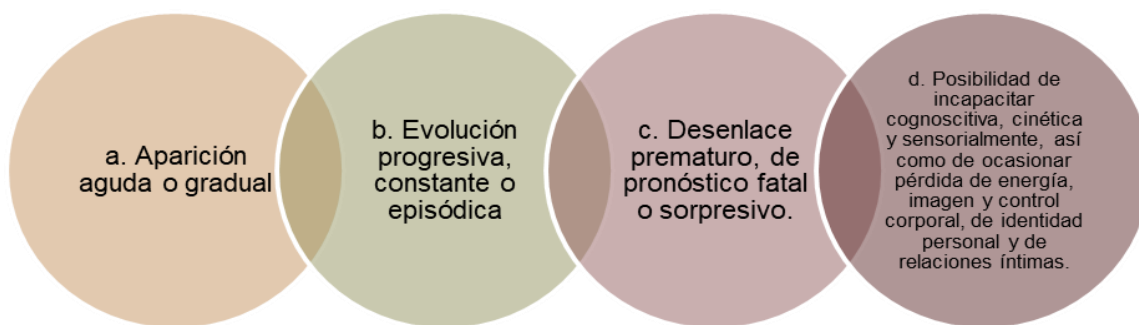
Proceso Salud Enfermedad: Es un acontecimiento individual y global, el cual se ve influenciado por factores históricos, de contenido sociales, biológicos e ideológicos, los cuales se encuentran influidos por medio de un proceso en el cual se adaptan y que origina e influye para la presencia de nuevas enfermedades y por lo tanto produce un factor de riesgo para sociedad.

Concepto Integral De Salud: Se describe como un proceso dinámico en el cual se mantienen las personas en equilibrio consigo mismas y con el medio que los rodea: social, biológico y físico.

Concepto Enfermedad: de acuerdo con la OMS, se define enfermedad como toda alteración o modificación de la fisiología orgánica en una o diferentes partes del organismo, generalmente de etiología conocida. Se manifiesta con signos y síntomas característicos, y se conoce una evolución aproximada en la figura 7 podemos apreciar las fases de la enfermedad (Juárez, 2020).

Fases De La Enfermedad

Figura 7. Fases de la enfermedad.



NOTA: Explicación gradual de la historia natural de la enfermedad. Fuente: Juárez (2020).

Existe una variedad de modelos teóricos o paradigmas que tratan de expresar el proceso salud-enfermedad, en cada uno se distinguen las ventajas y desventajas que presenta y fueron creados a partir de las condiciones humanas acorde a la época en que se encontraba y conforme al desarrollo de avances tecnológicos y científicos en el transcurso del tiempo, explicados en la *tabla 3*. (Juárez, 2020).



Tabla 3. Modelos de abordaje terapéutico en el proceso salud enfermedad

MODELO	SALUD-ENFERMEDAD	FACTORES DETERMINANTES	ÉPOCA	VENTAJAS	DESVENTAJAS
MÁGICO-RELIGIOSO	La enfermedades causada por fuerzas y espíritus.	Castigo o proceso de purificación que implica factores relacionados con la fe religiosa	Edad media-actualidad, en sociedades primitivas. Representada por brujos, sacerdotes y chamanes.	Favorece la aceptación de la enfermedad y la muerte.	Impide el avance cognoscitivo y fomenta la actividad pasivo-receptiva. Impide conocerla causa biológica y sus soluciones. No considera factores sociales
SANITARISTA	La enfermedad es originada por factores ambientales, es consecuencia de las condiciones insalubres.	El medio ambiente en que la persona vive es quien determina su estado de salud.	Revolución industrial europea	Promueve la introducción de medidas de saneamiento ambiental.	nos muestra prevalencia de condiciones de poca salubridad, para las clases sociales.
SOCIAL	Se produce en el ambiente laboral cotidiano individual y de cada conjunto de población.	Estilos cotidianos de vida. Factores como ambiente, de los agentes, condicione de trabajo, delincuencia, contexto social, pobreza, familia y desigualdad	Peter Frank, Virchow y Ramazzini (siglo XIX)	Interpone a lo social como el factor más importante y esto explica la presencia de nuevos, factores pueden ser prevenidos y mejorados.	Existe el peligro de limitar el contexto real del proceso de salud-enfermedad a los problemas relacionados con las interacciones sociales.
ECOLÓGICO	Resulta de interacción agente- huésped-ambiente.	Investiga causa-efecto	1970 por Susser	Es modificable. Permite asignar un valor específico a cada factor.	No aborda adecuadamente lo social, debido a carencia de conceptos y métodos

NOTA. Son diferentes modelos del proceso salud enfermedad utilizados en el abordaje del paciente y a familia a través de los tiempos, y algunos utilizados hasta la actualidad. Fuente: Juárez, 2010.



BIOPSICOSOCIAL	Hacer diagnóstico preciso y administrar un tratamiento eficaz son parte del médico.	Factor biológico, psicológico y factores sociales	1977 por George Engel	Se basa principalmente en la prevención. Da mayor y mejor control a los pacientes.	Necesita profesionales bien preparados. Produce que se realicen diagnósticos más amplios.
BIOMÉDICO	Divide la naturaleza humana en cuerpo y mente	Se incluyen hallazgos clínicos, laboratoriales e histológicos.	Época Newtoniana	Examina, clasifica y trata enfermedades. Constituye la base conceptual de la medicina.	No interpreta interacciones mente, cuerpo, hombre. Limita el diálogo entre disciplinas



6. Complejidad de Medicina Familiar

Enfoque Sistémico

Teoría General de Sistemas

A la orden dinámica de procesos y partes que interactúan mutuamente se le denomina sistema. Independientemente de donde te encuentres siempre estarás interactuando con un sistema, la misma naturaleza está organizada en una jerarquía de sistemas, ya sean vivos o no vivos. Los sistemas vivos van desde un organelo a una célula, que conforma un tejido, y este a un órgano, que se encuentra dentro de un organismo, organismo que se es parte de una familia, de una comunidad y a su vez de una sociedad. Siguiendo esta lógica encontramos que una persona está posicionada en la punta de la jerarquía orgánica, ya que es la suma de todas las partes que lo conforman, sin embargo, se encuentra en la base de la jerarquía social porque solamente es una de las partes que conforman otro sistema, como la familia. Entonces, podemos destacar que cada nivel en la jerarquía es un todo por sí solo, pero es parte de un todo mayor (Irigoyen, 2006).

Los sistemas se encuentran vinculados y relacionados no solo verticalmente, es decir, por medio de jerarquías, sino horizontalmente, ya que los subsistemas se encuentran en constante comunicación, por ejemplo, el sistema inmune se puede comunicar con el nervioso y ambos se encuentran en el mismo nivel. De igual manera, los sistemas sociales como lo son la familia, la comunidad y la cultura llegan a relacionarse entre sí y es posible que una persona sea parte de los tres. Por lo tanto, la familia como sistema no solamente es la suma de individualidades, sino que también es un conjunto de interacciones entre sí. Podemos encontrar en ella jerarquías y subsistemas. Los subsistemas son las unidades específicas de ciertos miembros del sistema familiar, estos cumplen con criterios que permiten la creación de vínculos únicos con las estructuras y organizaciones. (Irigoyen, 2006).

Los subsistemas que podemos encontrar en las familias son:

- Subsistema conyugal. Este subsistema está formado por la unión de pareja, ya sea heterosexual u homosexual. Esta unión se establece debido al vínculo afectivo que lleva a decidir compartir la vida. El subsistema conyugal se enfoca exclusivamente en los asuntos que unen a la pareja.



- Subsistema parental. Este subsistema se centra específicamente en la relación como padres, proporcionando a sus hijos/as toda la atención, educación, crianza y cuidados necesarios.
- Subsistema filial. Este subsistema está compuesto por los hijos, quienes a su vez forman su propio núcleo familiar.
- Subsistema fraternal. En este subsistema, los hijos conforman un sistema de hermanos, donde pueden surgir grupos que comparten intereses o características comunes, como el sexo o la edad.
- Subsistema individual. Se conforma por cada miembro del sistema familiar, pero con un enfoque individual y autónomo (Irigoyen, 2006).

Recomendaciones al trabajar con sistemas de familia

- Recordar que el paciente frente a usted pertenece a una familia
- Aspectos que debemos tener en cuenta: Estructura de la familia, el cómo interactúan en cada subsistema y en la etapa evolutiva en la que viven
- El médico puede formar parte de la homeostasis familiar (López-Ortiz, 2022).

Enfoque Holístico

Este enfoque se basa en que el todo trasciende la suma de sus partes. Es por eso por lo que se encarga de destacar la interrelación de dichas partes. Este enfoque plantea que todo sistema debe ser analizado en su totalidad y no desglosarlo en partes.

Se basa en que la salud-enfermedad está determinado por la suma de los factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. (Tabla 3).

Pensamiento Complejo

Es una mezcla de habilidades mentales que nos otorgan la capacidad de llevar a cabo acciones complejas, como lo es creación de ideas, comprender conceptos, utilizar la lógica y resolver problemas. Sus características más importantes son la diáfora, la recursión y la hologramía.

Utilizar correctamente el pensamiento complejo necesita del dominio de tres habilidades fundamentales:

1. *Razonamiento básico*: Son los conocimientos adquiridos: experiencias, cultura, creencias, reglas sociales. Memorizar, recordar y aplicar. Metacognición: habilidad de darnos cuenta lo que sabemos y no.



2. *Razonamiento crítico*: Se trata de replantear lo que ya conocemos y entendemos y así, encontrar aplicaciones nuevas para que de esta manera nos sea más útil. Funciona encontrando patrones, ideas principales y clasificando la información, realizando conexiones utilizando la lógica, deducción e inducción.

3. *Razonamiento creativo*: A partir de los que se han adquirido previamente. Sintetización, elaboración, creatividad para generar ideas nuevas, maneras de pensar y conceptos. Para llevar a cabo este razonamiento es necesario el dominio de los otros dos niveles.

Ciencias de la Complejidad

Son investigaciones que permiten el avance del conocimiento científico ya que, presentan un entendimiento del mundo como sistema entrecruzado. Son un grupo de ciencias que estudian ciertos problemas por medio de distintos métodos (*Tabla 4*).

- *Termodinámica del no equilibrio*: Ausencia de equilibrio forma la vida.
- *Caos*: en la ciencia no puede haber predicciones de fenómenos y no se trata de predecirlos sino de comprenderlos.
- *Geometría de fractales*: La naturaleza se encuentra fundada por formas, patrones y figuras irregulares.
- *Catástrofes*: La ciencia está sujeta a cambios súbitos, imprevistos e irreversibles.
- *Conexiones o redes*: vivimos en un mundo pequeño, donde todo se encuentra interconectado.



Tabla 4. Resumen de la teoría general de sistemas

ENFOQUE SISTÉMICO	ENFOQUE HOLÍSTICO	PENSAMIENTO COMPLEJO	CIENCIAS DE LA COMPLEJIDAD
<p>Sistemas ordenados en jerarquías.</p> <p>La familia como sistema son un conjunto de interacciones en la que hay jerarquías y subsistemas (Gómez <i>et al.</i>, 2022)</p>	<p>El todo es mayor que la suma de sus partes. Existe interdependencia. Basado en que la salud-enfermedad está determinado por factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales (Gómez <i>et al.</i>, 2022)</p>	<p>Conjunto de habilidades mentales que nos permiten realizar acciones avanzadas. Relacionado con la inteligencia. Caracterizado por la diáfora, recursión y hologramia. Requiere el dominio del Razonamiento básico, el crítico y el creativo (Gómez <i>et al.</i>, 2022)</p>	<p>de ciencias que enfrentan el problema de estudiar sistemas complejos y problemas específicos por diferentes métodos (Gómez <i>et al.</i>, 2022).</p>

NOTA. Se describe las características de las diferentes enfoques y teorías familiares. Fuente: Gómez *et al.* (2022)



7. Futuro de la Medicina Familiar

Desarrollo Académico

El futuro de la medicina familiar va a depender de definir su papel en la sociedad actual impulsada por la tecnología. El respeto por los principios éticos, el desempeño profesional y humano, en general un buen razonamiento clínico por parte de los médicos de atención primaria, son aspectos importantes. Dado los progresos en el diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías *¿Qué debe ofrecer la Medicina Familiar?* (Irigoyen, 2006).

La población verá en el médico familiar a alguien responsable de resolver sus problemas, un médico encargado de prevenir y curar sus enfermedades; un profesional indispensable en la atención médica integral del paciente y sus familias (López-Ortiz, 2022).

El papel del médico familiar del futuro se basa en el pensamiento conservador; Es difícil de entender. Está influenciado por el medio ambiente, la mente, la genética y aspectos ontogénicos. Los dos primeros elementos son los pilares de la fase de abstracción, colocando al médico al lado del paciente, en el camino trazado por ambos. El razonamiento clínico le permite desarrollar estrategias para tomar decisiones, eligiendo acciones lo más precisas posible después de considerar los riesgos y beneficios (López-Ortiz, 2022).

Funciones Profesionales en las Instituciones Sociales

El médico familiar debe colocarse como eje del equipo de atención primaria, al realizar un importante papel para identificar y responder a las necesidades de salud de la comunidad. Necesitamos entender la atención primaria como un enfoque holístico, una parte fundamental del desarrollo y fundamento de la atención médica. Un sistema de salud completo que brinda servicios donde y cuando lo requiera la complejidad de las necesidades humanas y no está limitado por un catálogo condensado de servicios. De igual forma, se deben cambiar las reglas del sistema para permitir que la comunidad elija libremente a los médicos, y viceversa (Irigoyen, 2006).



La medicina familiar ingresa al sistema de salud como un actor fundamental para frenar la demanda de atención especializada y moderar los altos costos de otros niveles de atención, el médico familiar deberá abordar los siguientes retos y desafíos:

1. Conocer que población le pertenece y adecuar la estrategia del planteamiento.
2. Reconocer que la extensión efectiva del programa es un elemento fundamental para lograr el nivel de salud al que las personas pueden aspirar hoy.
3. Tener acceso a sistemas de información que permitan conocer indicadores de desempeño para que puedan responder a las fallas de manera oportuna.

En lugar de ser un profesional de la salud con conocimientos limitados, un médico de familia debe ser un experto en:

- Promoción a la salud
- Epidemiología
- Estadístico preocupado por la calidad de la información
- Clínico exitoso
- Derechos humanos
- Profesional de la investigación.
- Humanista Integrado.

Investigación

El médico familiar deberá participar en programas de investigación promovidos por la institución. Principalmente de problemas de salud de su población y aplicar los resultados a la resolución de estos (López-Ortiz, 2022).

Un Nuevo Modelo Educativo

El modelo educativo es inseparable de las realidades del sistema de salud.

El desafío de la especialidad de medicina familiar es unir instituciones médicas y educativas para crear expectativas positivas, desarrollo académico e incentivos apropiados para los residentes graduados. La integración de la especialidad se basa en desafíos clave a superar: promover la verdadera identidad de la especialidad, como especialidad médica; identificar una visión holística para la salud de los pacientes y sus familias, para restaurar el estatus de la especialidad en el



mundo científico y restaurar la oportunidad de ofrecer la especialidad con una opción atractiva (López-Ortiz, 2022).



8. Evolución de la Familia

Origen y Evolución de la Familia

Tabla 5. *Definiciones de familia*

Taparelli	La palabra familia deriva del latín fa mes ya que es una de las necesidades Que resuelve esta asociación humana (Perfil, 2010).
Marqués de Morante	La palabra familia deriva del famulus (siervo), a su vez del primitivo famul, originado de la voz osca famel que significa esclavo (Perfil, 2010).
Mendizábal	El origen de la familia deriva de la famas (hambre), por lo que tenemos en castellano; hambriento de hambre (Perfil, 2010).
Rodríguez de Zepeda	Conjunto de personas que viven bajo un mismo techo subordinados a un superior común, y unidos por vínculos que se derivan inmediatamente de la ley natural (Perfil, 2010).
Trendelenburg	Existen en la familia tres sociedades unidas; la conyugal y la filial (Perfil, 2010).
Anónimo del siglo XIII	Gente Que vive en una casa bajo la autoridad del señor de ella (Perfil, 2010).
Fernández de Moratín	Conjunto de ascendientes, descendientes; colaterales y afines de un linaje (Perfil, 2010).
Góngora	Cuerpo de una orden o religión o parte considerable de ella (Perfil, 2010).
Alarcón	Gente que el señor sustenta dentro de su casa (Perfil, 2010)
OMS	Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM, 2018).
ONU	Grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de Parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al jefe de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos (UNAM, 2018).



**HUERTA
GÓNZALEZ
(2005)**

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*, esclavo doméstico. En la actualidad la palabra familia suele designar una gama de acontecimientos sociales significativos, tales como una agrupación concreta en relaciones de parentesco entre sí, el matrimonio o la red de interacciones personales que permiten al individuo sentirse cómodo y seguro, es decir, en familia (Huerta, 2005).

**GABRIEL
SMILKSTEIN**

Grupo psicosocial conformado por el paciente y una o más personas, niños y adultos, en los cuales hay un compromiso entre los miembros de cuidarse unos a otros y nutrirse emocional y físicamente compartiendo recursos como tiempo, espacio y dinero (Perfil, 2010).

NOTA: Son algunas definiciones de autores importantes, sin embargo, existen otros más que no se mencionan en este libro.
Fuente: Perfil (2010), UNAM (2018) y Huerta (2005).

Concepto de Familia

Actualmente, la palabra familia, se utiliza para abastecer de distintas maneras lo que se refiere a una familia nuclear, elemental o biológica. Se ha supuesto a la familia como uno de los pilares principales de análisis de estudios históricos, demográficos y socioeconómicos (Irigoyen, 2006). Existen otras definiciones importantes en la medicina familiar que se exponen en la *tabla 5*.

Institución Familiar

- Zona de carácter social en donde hay interacción tanto individual como en equipo o con distintos miembros.
- Lugar de enseñanza y socialización en distintos eventos de la vida diaria
- Sitio ideal para el aprendizaje heredado y crecimiento de este, así como prácticas culturales, valores, normas y hábitos o costumbres.
- Área exclusiva donde existe organización y gestión de respuestas alternas a diversas situaciones no esperadas que son impuestas por el exterior y que no son dependientes de sus integrantes.
- Por lo tanto, familia vista desde un núcleo primario, se ha estimado como parte fundamental de la unidad social más inmediata y significativa de la ciencia demográfica (Irigoyen, 2006).



Estadios de la Evolución Humana en la Prehistoria

Federico Engels, a fines del siglo XIX escribió “El origen de la familia, la propiedad privada y el estado”, en donde crea un análisis dialéctico materialista en donde se relacionan los *tres estadios* concurrencios por la humanidad (Anzures, 2008).

Salvajismo

El estadio inferior o más antiguo, distinguido como la infancia de la especie humana, los hombres subsistían aún en los bosques tropicales y vivían en los árboles, por ello se dice que seguían cohabitando entre los animales salvajes.

Aquí se ve el trascendental avance, el cual fue la iniciación de lenguaje articulado (estadio inferior), el fuego, se independiza del clima y los lugares habitados previamente (estadio medio) el arco y la flecha, caza, residencia en ladeas (estadio superior)

Barbarie

Introducción de la alfarería, animales domésticos en el Este (estadio inferior) y Oeste cultivo de tierras para sembrado de hortalizas, el riego como parte del cultivo, uso de adobes y piedra para la construcción (estadio medio), se inicia a fundir el hierro, es inventada la escritura alfabética (estadio superior).

Civilización

El hombre siguió aprendiendo a elaborar los productos naturales de la industria

Evolución de la familia en la prehistoria

En el primer periodo o estadio inferior, justo cuando surge la separación del reino animal y empezaron a cohabitar solo con individuos de su misma especie, las relaciones entre ellos tenían una representación totalmente desordenada y no existía una familia como tal, esta situación permaneció durante muchos siglos.

Hasta después de la etapa de la promiscuidad sexual y donde no existía una pareja fija, el estado primitivo de la humanidad inicia revolucionando la historia de la familia, en donde nace y crece con las siguientes diversidades hasta la época de la civilización:

- *Familia consanguínea*: En la primera etapa, creada por Morgan, los grupos de esposos y esposas se dividían por generación; en tal familia, sólo los ascendientes y los descendientes, los padres y los hijos se excluyen mutuamente de los derechos y obligaciones del matrimonio. Hermanos, primos hermanos y primos segundos son hermanos y hermanas entre sí y, por lo tanto, son marido y mujer del otro (Irigoyen, 2006).



- *Familia punalúa*: Este fue el primer avance en la organización de las familias, incluida la exclusión de padres e hijos del comercio sexual mutuo, y el segundo fue la exclusión de los hermanos. Según Morgan, este proceso proporciona "una excelente figura de cuán extendido está el principio de la selección natural". Las tribus que pasaron por este proceso sin duda evolucionaron más rápido y más plenamente. Se formaron clanes. Los genes formaron la base del orden social para la mayoría, si no todos, de los pueblos bárbaros de la tierra, de los cuales pasamos sin transición a la civilización en Grecia y Roma (Carro, 2008).
- *Familia sindiásmica*: Cruza la línea entre salvaje y salvaje. Un hombre tiene una mujer principal entre sus muchas esposas, y ella tiene un hombre principal. El clan prohíbe el matrimonio entre parientes. A medida que las prohibiciones de matrimonio se volvieron más complejas, las uniones grupales se volvieron cada vez menos posibles y fueron reemplazadas por familias unidas. En esta etapa, un hombre vive con una mujer, pero la poligamia y el adulterio a veces siguen siendo una prerrogativa del hombre, aunque la poligamia es rara por razones económicas (Romero *et al.*, 2019).
- *Familia monogámica*: la última fase de la prehistoria humana marca el comienzo de la civilización. Nació a mediados o finales del período de transición de la familia Scindia en la era bárbara. Su victoria final es uno de los signos del surgimiento de la civilización. Se basa en la supremacía del hombre, la creación de los hijos, porque ellos serán en definitiva los herederos directos de los bienes (Irigoyen, 2006).

Griegos: mujer representada como una Diosa-esclava porque pertenecían en cuerpo y alma al hombre. Él solo puede tener hijos y así su herencia será de ellos.

Romanos: La mujer era más libre, creía que la mujer le debía ser fiel en vida y muerte por tener derecho sobre ella.

Germanos: Fue favorecida por tres situaciones: la virtud del matrimonio, la evolución del derecho materno al derecho paterno, lo cual tenía un gran poder hasta en los asuntos políticos. Los padres que profesaban religión católica ofrecían al joven burgués la mujer que le favorecía (relaciones extramaritales). Antes de la edad media no había amor sexual individual.

- *Familia nuclear o elemental*: Es la unidad familiar básica formada por el esposo (padre), la esposa (madre) y los hijos. Estos últimos pueden ser hijos biológicos de la pareja o familiares adoptivos (Irigoyen, 2006).



Tipos de Familia

- *La familia extensa o consanguínea:* Costa de más de una unidad básica, la cual abarca dos generaciones y se construye sobre la base del parentesco entre muchas personas.
- *La familia monoparental:* Es una familia que se compone por uno de los papás y sus hijos, la cual puede tener distinto origen, ya sea porque hubo un divorcio entre los padres; por un embarazo precoz, la familia de madre soltera o el fallecimiento de uno de los padres.
- *La familia de madre soltera:* Es aquella madre jefa de familia, asume sola la formación de sus hijos/as. Usualmente, es la mujer quien en la mayoría de las ocasiones asume este papel. En este ejemplo se debe tener en cuenta que hay diferenciaciones, pues es distinto ser madre soltera adolescente, joven o adulta.
- *La familia de padres separados:* Es aquella familia en la que los padres se hallan separados. Hay una negación por parte de ambos a vivir relacionados; no son pareja, pero tienen la obligación y la responsabilidad de seguir cumpliendo su rol o papel de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. En esta situación, la mayoría de las veces es por el bien de los hijos/as que se niegan a la relación de pareja, pero no a la paternidad y maternidad (Irigoyen, 2006).
- *La Familia adoptiva:* Familia que ampara a un menor a través de un proceso llamado adopción, creando con este o estos una relación estable y duradera, que se origina bajo los principios del amor.
- *Familia Reconstituida* (o también llamada ensambladas): Aquí, se puede formar una familia posterior a una separación o divorcio, en donde se creó por lo menos un hijo de su relación anterior.
- *Familia homoparental:* Familias compuestas por personas del mismo sexo, es decir cuando una pareja de hombres o mujeres se vuelven padres de uno o más niños, por medio de la adopción, subrogando la maternidad, sometiéndose a inseminación artificial o con un hijo de la relación anterior de uno de los miembros (Irigoyen, 2006).

Existen otras clasificaciones sobre la tipología familiar por diferentes autores y características enunciadas en las siguientes *tablas 6, 7, 8,9 y 10.*



Tabla 6. *Tipología Familiar según Luis de la Revilla Ahumada modificado por Márquez.*

TIPOLOGÍA FAMILIAR SEGÚN, LUIS DE LA REVILLA AHUMADA MODIFICADO POR MÁRQUEZ (1995).	
Familia Nuclear	Dos individuos de distintos sexos más sus hijos convivientes.
Familia Nuclear Simple	Cónyuges con menos de 4 hijos.
Familia Nuclear Numerosa	Cónyuges con más de 4 hijos.
Familia Nuclear Ampliada	Núcleo familiar más otros parientes o agregados sin vínculo sanguíneo.
Familia Binuclear	Uno de los cónyuges o ambos son divorciados conviviendo en el hogar, h de distintos progenitores.
Familia Extensa	Conviven más de dos generaciones.
Familia Monoparental	Un cónyuge y sus hijos.
Sin Familia	Adulto soltero, divorciado o viudo sin hijos.
Equivalentes Familiares	Individuos bajo el mismo hogar, sin formar un núcleo familiar tradicional; asilos, cárceles, albergues, internados entre otras.

Fuente: UNAM (2018) e Irigoyen (2006)

Tabla 7. *Tipología familiar según Torres.*

SEGÚN TORRES (1997).	
Integrados por un solo núcleo o familias nucleares	a) Familia Nuclear: Pareja sin hijos.
	b) Nuclear Completa: Pareja más hijos solteros.
	c) Nuclear Incompleta: jefe (hombre o mujer), sin pareja y con hijos solteros.
Grupos compuestos por más de un núcleo	a) Familia Extensa o Compuesta: Comprende al grupo nuclear con otros núcleos o miembros asilados.
Grupos domésticos cuyo componente central no es nuclear	a) Pluripersonal: Integrado por jefe (a), sin cónyuge, ni hijos, pero con otros componentes ya sea nucleares (padres, hermanos), o no nucleares (primos, tíos, abuelos, amigos, entre otras).

Fuente: UNAM (2018) e Irigoyen (2006)



Tabla 8. Clasificación integral de las familias, según Irigoyen Coria. Clasificación Sociodemográfica

CLASIFICACIÓN INTEGRAL DE LAS FAMILIAS SEGÚN, DR. ARNULFO E. IRIGOYEN CORIA (2000). CLASIFICACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LAS FAMILIAS.		
DESARROLLO	Moderna	Se refiere a la familia en la que la madre trabaja en iguales condiciones que el padre (ambos trabajan), o aquella sin figura paterna donde la madre trabaja para sostener la familia.
	Tradicional	Es aquella en la que el padre es el único proveedor de sustento para la familia y la madre se dedica al hogar y al cuidado de los hijos.
	Primitiva o Arcaica	Su prototipo es la familia campesina que se sostiene con los productos de la tierra que trabajan.
DEMOGRAFÍA	Rural	Habita en el campo y no cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (agua potable, luz eléctrica, drenaje, etc).
	Suburbana	Tiene las características del medio rural, pero está ubicada dentro de medio urbano.
	Urbana	Habitan una población grande y cuenta con todos los servicios.
INTEGRACIÓN	Integrada	Ambos conyugues viven en la misma casa y cumplen con sus funciones respectivas.
	Semi-Integrada	Ambos conyugues viven en la misma casa, pero no cumplen adecuadamente sus funciones.
	Desintegrada	Falta uno de los conyugues ya sea por muerte, separación, divorcio o abandono.
COMPOSICIÓN O CONFORMACIÓN	Nuclear	Modelo de la familia actual, formada por padre, madre e hijos o (pareja sin hijos).
	Seminuclear	Un conyugue más los hijos.
	Nuclear Extensa	Formada por padre, madre, hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos de adopción o de afinidad.



	Nuclear Extensa Compuesta	Además de los que incluyen a la familia (padre, madre e hijos), se agregan miembros sin ningún nexo legal, como es el caso de amigos, adopción, afinidad y compadres.
OCUPACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA:		Este tipo de familia se refiere a la ocupación del padre o del jefe de familia, puede definirse como campesina, obrera, comerciante, empleada, profesional o técnico entre otras. Según las labores del proveedor principal.
COMPLICACIÓN DEL DESARROLLO FAMILIAR	Interrumpida	Aquella en la que la unión conyugal se disuelve, ya sea por separación o divorcio
	Contraída	Cuando fallece uno de los padres.
	Reconstruida	Se aplica a la familia en la que uno o ambos conyugues tuvo una pareja previa o matrimonios anteriores (divorcios o viudez), tienen hijos de su unión anterior.
SEGÚN SU FUNCIONALIDAD	Familias Funcionales	Son aquellas familias en las cuales se considera que cumplen todas las funciones además de permitir un mayor o menor desarrollo de sus integrantes.
	Familia Disfuncional	Son familias que en mayor o menor grado no actúan según lo que de ellas se espera en relación con las funciones que se le tienen asignadas.

NOTA: Clasificación sociodemográfica, a comparación de otras tablas esta reúne características de la sociedad y el ambiente.

Fuente: UNAM (2018) Irigoyen (2006).



Tabla 9. Clasificación de las familias según Huerta Gonzalez.

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS SEGÚN, HUERTA GONZÁLEZ.		
Familia de Origen	En la que nace y obtiene estatus de hijo.	
Familia de Procreación	Se conforma a través del matrimonio o de la simple unión de la pareja.	
FAMILIA	DEFINICIÓN	SUBDIVISIÓN
NUCLEAR	Conyugal, biparental, elemental o Biológica), es la que conforma la pareja con o sin hijos.	
SEMINUCLEAR (monoparental o uniparental)	Familia de un solo padre, por la soltería de la madre (con hijos que pueden ser de un solo padre o consecuencia de la monogamia serial) o consecuencia de complicaciones en el desarrollo familiar.	Contraída: Fallecimiento de la pareja.
		Interrumpida: Separación o divorcio de la pareja.
CONSANGUÍNEA (asociada o multigeneracional)	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), verticales descendentes (sobrinos), o laterales (hermanos, cuñados).	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.
		Semiextensa: Consiste en una familia nuclear con la que viven uno o varios miembros de la familia de origen de uno de los cónyuges.
FAMILIA COMPUESTA (ampliada)	Puede ser cualquiera de los tipos de familia descritos, incluyendo además a otros miembros sin nexos consanguíneos ni de filiación (sirvientes, compadres, ahijados, amigos, huéspedes, etc.	
FAMILIA MÚLTIPLE	Son dos más familias de cualquier tipo que vivan bajo el mismo techo. Pueden ser extensas o compuestas, según haya o no parentesco.	

NOTA: Clasificación más utilizada en la consulta de medicina familiar. Fuente: UNAM (2018) Irigoyen (2006).



Tabla 10. Tipología familiar según la INEGI

SEGÚN INEGI (1998).	
Nuclear	Jefe más cónyuge con o sin hijos; jefe e hijos.
Ampliado	Es el cual se conforma por jefes con o sin cónyuges, con hijos o sin hijos y con otros parientes (tíos, primos, hermanos, suegros, entre otras).
Compuesto	El cual se conforma por jefes con o sin cónyuges, con o sin hijos y con otros parientes y o no parientes, es decir, hogar nuclear o ampliado mas no parientes.
Extenso	Es el conjunto de hogares formados por los ampliados y los compuestos.

Fuente: UNAM (2018) Irigoyen (2006).

Funciones De La Familia:

- *Función biológica:* Los deseos sexuales masculinos y femeninos se cumplen, combinados con la reproducción humana.
- *Función educativa:* Los niños se socializan antes en forma de hábitos, sentimientos, valores y comportamiento.
- *Función económica:* Satisfacer necesidades básicas como alimentación, vivienda, salud, vestido.
- *Función solidaria:* Se crean afectos que permiten crean consciencia del mutuo apoyo y la ayuda al otro.
- *Función protectora:* Se da seguridad y cuidados a los miembros más vulnerables de la familia, principalmente a los niños, los inválidos y los ancianos (Irigoyen, 2006).

Existen tipos de funciones familiares según diferentes autores, entre algunos Duvall, Geyman, MAaslow, sin embargo, este último más enfocado en la jerarquización de necesidades, se describen en las siguientes *tablas 11, 12 y 13*



Tabla 11. Funciones de la familia, según Duvall

FUNCIONES DE LA FAMILIA SEGÚN, EVELYN DUVALL.	
CONSERVACIÓN FÍSICA	Proporcionar hogar, ropa y nutrimentos adecuados. Juntos con los cuidados de la salud.
DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS	Incluyen ingresos monetarios, tiempo, energía y relaciones personales. Las necesidades se satisfacen mediante división de costos y trabajo para proveer cosas materiales, espacio y servicios, a través de las relaciones interpersonales compartir la autoridad, respeto y afecto.
DIVISIÓN DEL TRABAJO	Los miembros de la familia deciden quien asume determinadas responsabilidades, como proveer recursos económicos, realizar tareas de la casa, cuidar de miembros jóvenes, ancianos o discapacitados de la familia.
SOCIALIZACIÓN DE MIEMBROS DE LA FAMILIA	Guiar el desarrollo de patrones maduros y aceptables de conducta social al comer, eliminar, dormir, de las relaciones sexuales, de la agresión e interacción con otros.
REPRODUCCIÓN, INCORPORACIÓN Y LIBERACIÓN DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA	Maternidad, adopción y crianza de los niños son responsabilidades familiares junto con la incorporación de nuevos miembros a través del matrimonio.
CONSERVACIÓN DEL ORDEN	Mediante la comunicación de una conducta aceptable; Los tipos e intensidad de las interacciones, los patrones de afecto y la expresión sexual son sancionados por el comportamiento paterno para asegurar la aceptación en la sociedad.
UBICACIÓN DE LOS MIEMBROS EN EL NUCLEO SOCIAL MAYOR	Arraigado por la sociedad donde bien a través de la iglesia, escuela, sistema político-económico, asume la responsabilidad de proteger a sus miembros de influencias externas indeseables.
MANTENIMIENTO DE LA MOTIVACIÓN Y LA MORAL	Los miembros se recompensan mutuamente por sus logros y se preocupan por las necesidades individuales de aceptación, estímulo y afecto, desarrolla una filosofía de la vida, sentido de unidad y lealtad familiar capacitando a sus miembros para adaptarse a las crisis personales y familiares.

Fuente: UNAM (2018) Irigoyen (2006).

Tabla 12. *Funciones familiares según Geyman.*

FUNCIONES DE LA FAMILIA SEGÚN, JOHN P. GEYMAN.	
Socialización	Transformar en un tiempo determinado a un individuo dependiente en una persona totalmente independiente capaz de participar y desarrollarse en la sociedad, propiciando valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia. (Acuden a la escuela, eventos sociales, fiestas, iglesia y reuniones familiares).
Cuidado	Esta función preserva a la especie humana y consiste en satisfacer sus necesidades básicas y sanitarias. (Vestido, alimentación, seguridad física, salud y apoyo emocional).
Afecto	Necesidad de pertenencia y reconocimiento hacia nuestros semejantes, se ha identificado como un objeto de transacción dentro de la familia. Está muy relacionado con el cuidado, manifestando amor, cariño y ternura.
Reproducción	Consiste en proveer nuevos miembros a la sociedad con compromiso y responsabilidad, incluye aspectos de salud reproductiva (Métodos de planificación familiar, paridad y educación sexual).
Estatus	La Familia es la institución entre los individuos y la sociedad, transfiere derechos y obligaciones con el objetivo de perpetuar privilegios y logros familiares y posición social: Aspiraciones, anhelos, tradiciones, herencia sociocultural, nivel económico y expectativas.

Fuente: UNAM (2018) Irigoyen (2006).



Tabla 13. Jerarquía de necesidades de Maslow.

FUNCIONES FAMILIARES SEGÚN, ABRAHAM H. MASLOW (JERARQUÍA DE NECESIDADES DE MASLOW).	
El comportamiento humano está motivado, controlado e influido por una jerarquía de necesidades que son:	
FISIOLÓGICAS	Aire, agua, alimentos, sexualidad.
SEGURIDAD	Orden y normas para guiar los propios actos y sentirse libre de temores y amenazas.
SOCIALES	Amor, afecto, sentimientos de pertenencia y contacto humano.
ESTIMA	Respeto de uno mismo, logros, obtención del respeto de los demás.
REALIZACIÓN PERSONAL	Satisfacción de la capacidad personal (necesidad de superación, realización del potencial propio, entre otras).
Deben ser cumplidas de manera conjunta y recíproca dentro del contexto del grupo familiar y complementadas posteriormente con otras instituciones sociales.	

Fuente: UNAM (2018) e Irigoyen (2006).

Modelos De Familia:

- *Familia Rígida:* Dificultad para aceptar cambios en su hijo. Los padres tratan a los niños como adultos. No apoyan el desarrollo del niño. Los niños están influenciados por el eterno rigor despótico de sus padres (Anzures, 2008).
- *Familia Sobreprotectora:* Preocupaciones sobre la sobreprotección de los niños. Los padres no permiten el desarrollo y la autonomía del niño. Los niños no saben acomodarse, no saben protegerse, ponen excusas para todo y se vuelven "infantiles". Los padres retrasan la madurez de sus hijos haciéndolos muy dependientes de sus propias decisiones (Anzures, 2008).
- *La Familia Centrada en los Hijos:* A veces los padres no saben cómo resolver sus conflictos y enfocarse en sus hijos; por lo tanto, en lugar de tratar los problemas de marido y mujer, siempre resaltan los problemas de los niños como si ese fuera el único problema entre ellos. Este tipo de padre busca la amistad con sus hijos y confía en su realización. En resumen, "viven para sus hijos" (Anzures, 2008).
- *La familia Permisiva:* En una familia así, los padres no pueden disciplinar a sus hijos y permitirles hacer lo que quieran con el pretexto de que no son autoritarios y razonables en todo. En tal familia, los padres no tienen funciones parentales y los hijos no tienen funciones infantiles. A menudo observamos que los niños tienen más equipos que sus padres. En casos



extremos, los padres dejan a sus hijos solos por temor a que los niños se enfaden (Irigoyen, 2006).

- *La Familia Inestable:* Las familias no pueden unirse, los padres están confundidos sobre el mundo que quieren mostrar a sus hijos debido a la falta de un objetivo común, tienen dificultades para mantenerse juntos, lo que hace que los niños no puedan permanecer juntos debido a la inestabilidad en un entorno caracterizado por la inseguridad, sospecha y miedo. Al crecer, les resulta difícil dar y recibir apego, y se convierten en adultos pasivamente dependientes que son incapaces de expresar sus necesidades y, por lo tanto, se sienten frustrados y llenos de culpa e ira por su hostilidad tácita e interiorizada (Anzures, 2008).
- *La familia Estable:* Las familias parecen unidas, y los padres conocen sus roles y el mundo que quieren ver para sus hijos, lleno de metas y sueños. Es fácil estar con ellos, por lo que los niños se vuelven estables, seguros, seguros de sí mismos, dan y reciben amor con facilidad, y cuando crecen, son activos y autónomos, capaces de expresar sus necesidades, por lo que se sienten felices y en armonía. nivel alto. confianza en sí mismo Madurez e independencia (Irigoyen, 2006).



9. Ciclo de vida

Definición

El ciclo vital familiar se refiere a la secuencia de etapas que atraviesa una familia desde su formación hasta su disolución. Es un concepto que ayuda a comprender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que experimentan a medida que sus miembros crecen y se desarrollan (Tranche *et al.*, 2021).

Ciclo de Vida Psicosocial de Erik Homberger Erickson

Cada etapa del ciclo vital implica una "crisis" en la personalidad que involucra un conflicto significativo. La resolución exitosa de estas 8 crisis requiere un equilibrio entre un rasgo positivo y uno negativo correspondiente. (tabla 14) El resultado exitoso de cada crisis conlleva el desarrollo de una "virtud" particular. Erikson se enfoca principalmente en cómo el crecimiento de la sociedad, más que la biología, moldea el desarrollo de los individuos (Vargas y Hernández, 2020).

Etapas Psicosociales:

Tabla 14. Ciclo de Vida Psicosocial de Erik Erickson

NOMBRE	EDAD	CARACTERÍSTICAS	VIRTUD
Confianza versus desconfianza básica.	INFANTE (Nacimiento- 12 meses)	<ul style="list-style-type: none"> El bebé sabe que puede confiar en el mundo Interacciones madre hijo en la alimentación 	Esperanza
Autonomía versus vergüenza y duda.	INFANCIA (2- 3 años)	<ul style="list-style-type: none"> Equilibrio de independencia sobre la duda y la pena Aprende lo que puede y debe hacer Ejercitan la autor restricción Siguen sus propios intereses "Terribles dos años" 	Voluntad
Iniciativa versus culpa y miedos.	PREESCOLAR (3- 5 años)	<ul style="list-style-type: none"> Edad del juego Intenta cosas nuevas 	Propósito

		<ul style="list-style-type: none"> • No se decae por el fracaso • División entre niño- adulto 	
Laboriosidad o Destreza versus inferioridad	EDAD ESCOLAR (6- 12 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Aprende destrezas de la cultura • Enfrenta sentimientos de inferioridad • Habilidades que necesitan para sobrevivir • Forman un juicio sobre quiénes son 	Competencia
Identidad versus confusión de identidad.	ADOLESCENCIA (12- 20 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Determina su sentido del yo • Deciden una carrera • Crecimiento físico y madurez genital • Pertenencia a un ser amado, amigo, etc. • Autoidentificación 	Fidelidad
Intimidad versus aislamiento.	ADULTO JÓVEN (20- 30 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Compromiso con otras personas • En el fracaso sufren aislamiento y absorción 	Amor
Generatividad versus estancamiento.	ADULTO (30- 50 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Si no se consolida y se brinda orientación a la siguiente generación, uno experimenta una disminución en su bienestar personal. 	Cuidado
Integridad versus desesperanza.	VIEJO (Mayor a 50 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Logra un sentido de adaptación de su propia vida, acepta la muerte o cae en desesperanza 	Sabiduría

Nota: Consta de 8 crisis las cuales deben resolverse de manera exitosa, para así desarrollar una virtud. Fuente: Vargas y Hernández (2020)

Ciclo de Pareja Según Mariano Barragán, 1976

Dos individuos que deciden entrar en una relación de pareja a largo plazo sancionada o no legal y/o religiosamente emprenden un proceso que llamare indistintamente ciclo de pareja o ciclo marital, por lo que Mariano Barragán describe el ciclo de pareja en la *tabla 15*. (Valdez y Álvarez, 2018).



Tabla 15. Ciclo vital de la familia, según Mario Barragán.

CICLO VITAL DE LA FAMILIA SEGÚN, MARIANO BARRAGÁN.	
ETAPAS	CARACTERÍSTICAS
SELECCIÓN	Duración Variable. Consiste en la selección de una persona para compartir del resto de la vida con ella, se da por el enamoramiento y de forma voluntaria.
TRANSICIÓN Y ADAPTACIÓN TEMPRANA	Del 1 al 3 año de Unión. Constituye la adaptación de vida en pareja, a los cambios que implica la salida de la familia de origen y a la adaptación de las nuevas demandas, satisfacciones y hábitos del conyugue.
REAFIRMACIÓN COMO PAREJA Y PATERNIDAD	<p>Del 3 al 8 Años de Unión. Es la etapa de la paternidad y es donde surgen serias dudas a la adecuada selección del conyugue. En consecuencia, la relación puede fortalecerse o debilitarse terminando en la separación.</p> <p>En esta etapa pueden darse tres tipos de relaciones en el matrimonio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relación Simétrica: Ambos esperan dar y recibir órdenes. • Relación Complementaria: Un miembro es el que predomina como la autoridad mientras que el otro se somete. • Relación o Paralela: Es una combinación de los dos anteriores, que va a estar determinada por las circunstancias actuales de la pareja.
DIFERENCIACIÓN Y REALIZACIÓN	<p>Del 8 al 15 Años de Unión. Se consolida la estabilidad del matrimonio y la terminación de las dudas acerca de la selección del conyugue.</p> <p>Esta etapa se diferencia en cinco tipos de matrimonio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Matrimonio habituado al conflicto. Controles rígidos, tensión y conflicto permanente. 2) Matrimonio desvitalizado. Insatisfacción por actividades e intereses diferentes. 3) Matrimonio que congenia en forma pasiva. Placentero para ambos, pero hay una interacción distante.

	<p>4) Matrimonio con relación vital. Comparten intereses, relación satisfactoria.</p> <p>5) Matrimonio total. Todas las actividades son compartidas e indispensables para el otro.</p>
ESTABILIZACIÓN	<p>De 15 a 30 Años de Unión. La pareja reorganiza sus prioridades, para la estabilización de ambos. Pueden resurgir dudas en relación a la selección del conyugue y así presentarse relaciones extramaritales con personas más jóvenes. Hay comparación de logros y aspiraciones entre los conyugues.</p>
ENFRENTAMIENTO DE LA VEJEZ, SOLEDAD Y MUERTE	<p>De 30 Años de Unión en Adelante. Vejez, pérdida de capacidades físicas e intelectuales, la soledad, la partida de los hijos y la muerte gradual de parientes, amigos y el cónyuge.</p>

Fuente: UNAM (2018)

Ciclo de Familia

El Ciclo Vital de la Familia o Ciclo Evolutivo Familiar, es la secuencia de estadios por los que atraviesa la familia desde su establecimiento hasta su disolución.

Este ciclo está constituido por etapas de complejidad creciente a las que siguen otras de simplificación familiar; además las características sociales y económicas varían desde su formación hasta su disolución.

A continuación, se enlistan las distintas clasificaciones del Ciclo Vital de la familia, de acuerdo a: John P. Geyman, OMS, Huerta Gonzáles (PAC-MF), Evelyn Duvall, Lauro Estrada Inda, Salvador Minuchin, en las *tablas 16, 17, 18, 19, 20 y 21.*

John P. Geyman (1980)

Tabla 16. Ciclo vital familiar según, John. P. Geyman

CICLO VITAL FAMILIAR SEGÚN, JOHN P. GEYMAN (1980).	
MATRIMONIO	<ul style="list-style-type: none"> • Inicia con la consolidación del vínculo matrimonial. • Concluye con la llegada del primer hijo a la familia. • En esta etapa hay ajustes en la vida de pareja y adopción de nuevos roles. • Incluye las siguientes etapas: Acoplamiento, negociación y sexualidad.
EXPANSIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Es el momento en que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia, la familia se dilata “se expande”. • Hijos recién nacidos, maternal y preescolares, menores de 6 años. • Se genera la necesidad de una adecuada organización entre la pareja para atender las necesidades de los hijos sin descuidar la relación conyugal. • Inicia con el nacimiento del primer hijo y termina con el nacimiento del último.
DISPERSIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Los hijos son escolares y adolescentes, de entre 6 a 19 años. • Se presenta el camino para la próxima independencia de los hijos mayores, los cuales se encuentran en plena adolescencia. • En esta etapa los padres deben de ajustar sus pensamientos a los de los jóvenes, lo cual puede generar conflictos, ayudarlo a adaptarse socialmente, desarrollen su autonomía y satisfagan sus necesidades.
INDEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Culmina cuando los hijos trabajan y son autosuficientes. • Se caracteriza porque los hijos han formado nuevas familias. • En esta etapa los lazos entre padres e hijos debe de fortalecerse ante el riesgo del distanciamiento que pueda surgir; esto sin olvidar el respeto hacia las nuevas familias que están formando los hijos.



RETIRO Y MUERTE	<ul style="list-style-type: none"> • Los padres se retiran del trabajo o se separan (divorcio o muerte). • Esta etapa se caracteriza por los sentimientos de incertidumbre, desconcierto y nostalgia, nuevamente la pareja se encuentra sola. • Se presentan patologías crónicas, situaciones difíciles de afrontar como la incapacidad de laborar, el desempleo, la falta de recursos y en ocasiones abandono de los hijos.
------------------------	--

Fuente: UNAM (2018)

Tabla 17. *Ciclo vital de la familiar, según la OMS*

CICLO VITAL DE LA FAMILIA SEGÚN, LA OMS (1978).		
ETAPA	INICIA	TERMINA
FORMACIÓN	Matrimonio	Nacimiento del primer hijo
EXTENSIÓN	Nacimiento del primer hijo	Nacimiento del último hijo
EXTENSIÓN COMPLETA	Nacimiento del último hijo	Primer hijo abandona el hogar
CONTRACCIÓN	Primer hijo abandona el hogar	Último hijo abandona el hogar
CONTRACCIÓN COMPLETA	Último hijo abandona el hogar	Muerte del primer cónyuge
DISOLUCIÓN	Muerte del primer cónyuge	Muerte del cónyuge sobreviviente y Extinción de la familia

Fuente: UNAM (2018).

Huerta González (Pac- Mf)

Tabla 18. Ciclo vital de la familia según, Huerta González.

CICLO VITAL DE LA FAMILIA SEGÚN, HUERTA GONZÁLEZ (PAC-MF).			
ETAPA	FASE	CARACTERÍSTICAS	DURACIÓN
CONSTITUTIVA	Preliminar.	Noviazgo.	Indefinida.
	Recién casados.	Sin hijos.	Hasta el nacimiento del primer hijo.
PROCREATIVA	Expansión.	Nacimiento del primer hijo.	Hijo mayor, del nacimiento a 2.5 años.
		Hijos Preescolares.	Hijo mayor, de 2.5 años a 6 años.
	Consolidación y apertura.	Se inicia la socialización secundaria.	Hijo mayor, de 6 a 13 años (edad escolar).
			Hijo mayor, de 13 a 20 años(adolescencia).
DISPERSIÓN	Desprendimiento	Inicia con la salida del hogar del primer hijo y termina con la separación del último de los hijos.	
FINAL	Independencia.	Cónyuges nuevamente solos hasta el final de la actividad laboral de las parejas por jubilación o retiro.	
	Disolución.	Vejez de la pareja.	Hasta la muerte de uno de los cónyuges.
		Viudez.	Hasta la muerte del miembro restante.

Fuente: UNAM (2018).

Evelyn Duvall (1957)

Evelyn Duvall, en su estudio, destaca cómo los miembros de una familia se integran para su propia evolución y cómo los cambios en su ciclo vital tienen un impacto en cada miembro y en los logros alcanzados, *tabla 19*.



Tabla 19. *Ciclo vital de la familia, según Evelyn Duvall.*

CICLO VITAL DE LA FAMILIA SEGÚN, EVELYN DUVAL (1957).	
Primera Etapa: Pareja sin hijos.	Quinta Etapa: Hijos adolescentes.
Segunda Etapa: Nacimiento del primer hijo.	Sexta Etapa: Desprendimiento.
Tercera Etapa: Hijos preescolares.	Séptima Etapa: Padres solos.
Cuarta Etapa: Hijos escolares.	Octava Etapa: Padres ancianos.

Fuente: UNAM (2018)

Lauro Estrada Inda (2003)

La familia es fundamentalmente un sistema dinámico "abierto" que está interconectado y vinculado con diversos sistemas, como el biológico, el psicológico, el social y el ecológico. Despliega sus funciones: nacer, crecer, reproducirse y morir (*tabla 20*). (Irigoyen, 2006).

Tabla 20. *Ciclo vital de la familia según, Lauro Inda.*

CICLO VITAL DE LA FAMILIA SEGÚN, LAURO ESTRADA INDA (2003).	
FASES	CARACTERÍSTICAS
FASE DE DESPRENDIMIENTO	Inicia con la constitución de la pareja, la cual se da en el noviazgo, en esta fase se desarrolla el desprendimiento de ambos miembros de la pareja respecto a la familia de origen.
FASE DE ENCUENTRO	Los adultos jóvenes se encuentran en posición de formalizar una relación de noviazgo para contraer matrimonio. En esta etapa surge una nueva pareja para consolidar un vínculo sólido para la ayuda mutua y motivación.
FASE DE LLEGADA DE LOS HIJOS	Un hijo influye tanto como en la persona como en la familia, la pareja debe adquirir un nuevo anclaje de relación emocional con el niño y entre ellos. Haciendo espacio físico y emocional para recibir a los hijos y aprender a ser padres. Hijos recién nacidos, maternos, preescolares y escolares (menores de 12 años).



FASE DE ADOLESCENCIA DE LOS HIJOS

La **adolescencia** es una época de crisis y de cambio tanto para los hijos como los padres, comprendido **entre los 12 a 20 años**.

Los padres comienzan con el climaterio, los abuelos con incapacidades y los hijos con problema de identidad.

FASE DE REENCUENTRO

Cuando los hijos adultos se encuentran fuera del hogar, conocido como la etapa del **nido vacío**, en el cual la pareja enfrenta los problemas de una biología decreciente para la edad madura a la vejez, aceptación de los nietos.

Papel de abuelos y jubilación.

Es una de las etapas menos conocidas en el cual las **personas ancianas** deben adaptarse a la pérdida y retos que la edad representa, búsqueda de una nueva identidad y compañía.

FASE DE VEJEZ

Fuente: UNAM (2018)

Salvador Minuchin (1986)

Tabla 21. *Ciclo vital familiar según Dr. Salvador Minuchin.*

CICLO VITAL FAMILIAR SEGÚN, DR. SALVADOR MINUCHIN (1986).	
ETAPAS	CARACTERÍSTICAS
FORMACIÓN DE LA PAREJA	Galanteo, noviazgo, formación de la pareja estable y casamiento.
PAREJA CON HIJOS PEQUEÑOS	Hijos menores de 6 años.
FAMILIA CON HIJOS EN EDAD ESCOLAR O ADOLESCENTES	Hijos escolares de 6 a 12 años y adolescentes de 13 a 19 años.
FAMILIA CON HIJOS ADULTOS	Destete de los padres, emancipación de los hijos, los hijos se alejan del hogar.
INTEGRACIÓN DE LAS PÉRDIDAS	Hogar vacío, jubilación, vejez o muerte de uno de los conyugues.

Fuente: UNAM (2018)

Efectos en la Salud: Riesgos y Medidas Preventivas a lo Largo del Ciclo de la Vida

En las últimas décadas, el ciclo vital ha experimentado cambios caracterizados por el aumento de la esperanza de vida, la jubilación cada vez a más temprana edad, la disminución de la natalidad y el retraso en la transición de los jóvenes hacia la vida adulta. En cada período de desarrollo, las familias necesitan adaptarse y reestructurarse de manera constante. Existen



familias que experimentan etapas mixtas, lo que tiene implicaciones diferentes en términos de prevención, atención y tratamiento, tanto en aspectos físicos como psicológicos y sociales. Por lo tanto, el conocimiento y manejo adecuado del paciente y su familia en cada una de las etapas del desarrollo permiten al equipo de salud anticipar fenómenos y actuar de manera integral en las diferentes situaciones y momentos que afectan la salud del grupo familiar (Zamudio *et al.*, 2018)



10. Dinámica Familiar

Concepto

La dinámica familiar se refiere a las interacciones y patrones de comportamiento que establecen los miembros de una familia en un momento determinado, de acuerdo con la etapa del ciclo de la vida en la que se encuentren. Estas dinámicas pueden ser positivas o negativas y juegan un papel determinante en el funcionamiento saludable o disfuncional de la familia. La dinámica familiar funcional implica una combinación de sentimientos, comportamientos y expectativas entre los miembros de la familia que les permite desarrollarse como individuos y les brinda el sentimiento de apoyo y no estar aislados (Ovejas *et al.*, 2020).

Elementos de Estudio

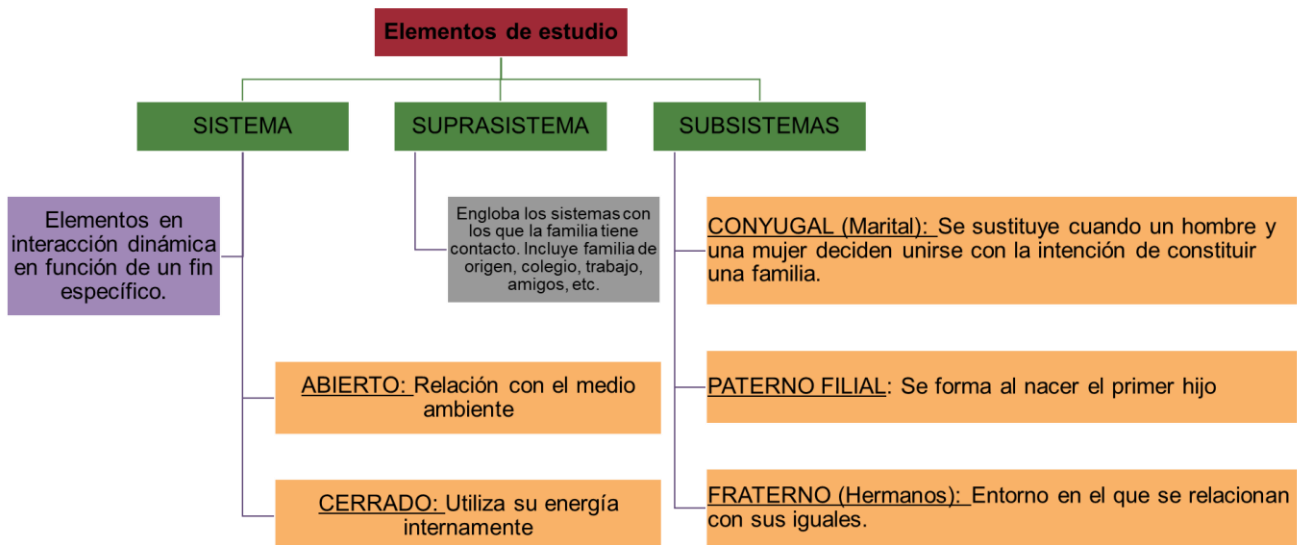
Según la teoría estructural del funcionamiento familiar propuesta por Salvador Minuchin, la familia se considera un sistema que busca mantener su estabilidad frente a los cambios internos (subsistemas) y externos (suprasistemas). Esto implica establecer jerarquías, límites claros, definir roles y funciones, y disolver alianzas o triángulos para lograr una estructura familiar funcional, resumido en la *figura 8*.

- **Sistema:** Conjunto de elementos que interactúan dinámicamente con el objetivo de lograr un propósito específico.
 - Sistema abierto: Mantiene una relación constante con su entorno.
 - Sistema cerrado: Utiliza sus recursos internos sin interactuar con el exterior.
- **Suprasistema:** Incluye los diferentes sistemas con los que la familia interactúa, como la familia de origen, la escuela, el trabajo, los amigos, entre otros. Estos sistemas aportan información que enriquece el sistema familiar y contribuye a su crecimiento (Lovo, 2020).
- **Subsistemas:** El sistema familiar se divide en subsistemas, que están organizados según generaciones, géneros, intereses y funciones. Los principales subsistemas en una familia nuclear son:
 - Subsistema conyugal (marital): Se forma cuando un hombre y una mujer deciden unirse con la intención de formar una familia. Se requieren cualidades como la complementariedad, que implica ceder parte de la individualidad para lograr un sentido de pertenencia (Irigoyen, 2006).



- Subsistema paterno filial: Se establece con el nacimiento del primer hijo. Este subsistema provoca un cambio significativo en la estructura familiar, ya que se requiere reorganizar los límites y funciones familiares. Incluye funciones de afecto, cuidado y reproducción.
- Subsistema fraterno (hermanos): Representa el entorno social en el que los hijos experimentan relaciones con sus hermanos. Aquí aprenden a negociar, compartir, cooperar, pero también experimentan rivalidad y competitividad. Los niños sin hermanos suelen desarrollar pautas y procesos similares a los del mundo adulto, lo que puede manifestarse como un desarrollo precoz (Martínez *et al.*, 2019).

Figura 8. *Sistemas familiares según Minuchin*



Fuente: Irigoyen (2006)

Roles:

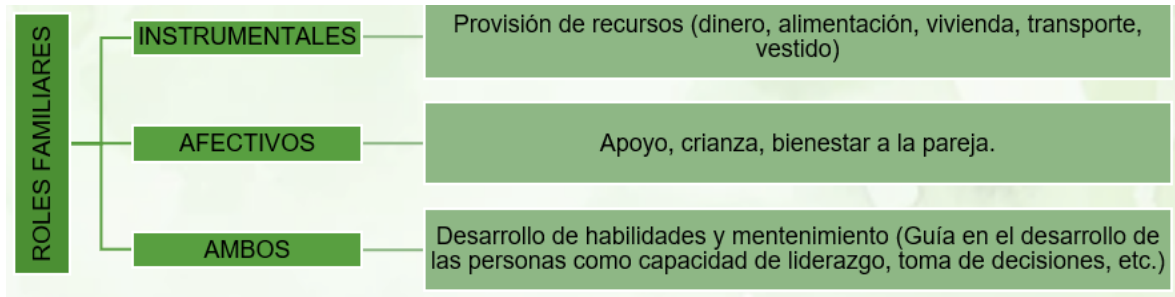
Un rol es la posición que ocupa un individuo dentro de un sistema social establecido. Es un modelo de comportamiento que caracteriza y se espera de una persona en particular (véase figura 9).

Clasificación de Burgess

- *Roles vitales* (Funcionales): Estos roles, como esposo, esposa, madre, padre e hijo, representan un significado dentro de una estructura familiar y dentro de una cultura específica. Son fundamentales para el funcionamiento y la dinámica de la familia.
- *Roles familiares*: Se refieren a la manera en que un individuo actúa, las expectativas que tiene y las normas que sigue en situaciones familiares específicas en las que están involucradas otras personas u objetos. Estos roles describen las conductas esperadas, permitidas y prohibidas de una persona en ese papel dentro de la familia.

Clasificación Según McMaster:

Figura 9. Roles familiares de McMaster



Fuente: Irigoyen (2006).

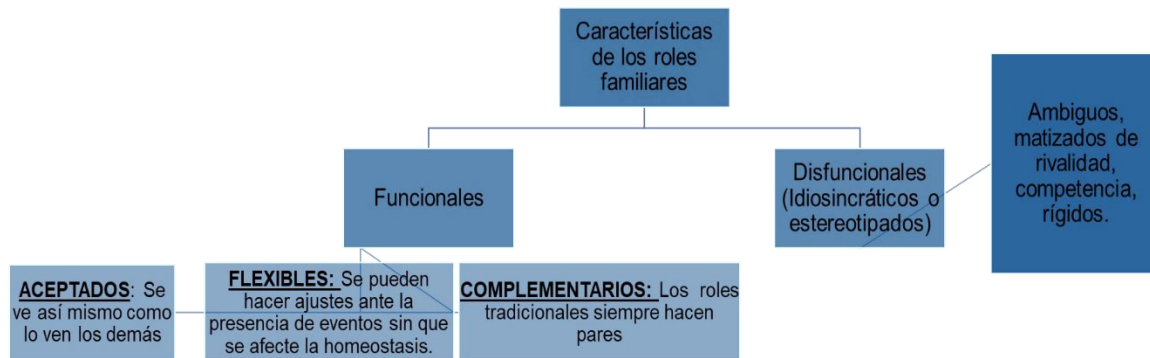
Se considera que los roles son funcionales cuando poseen las siguientes características:

- *Aceptados*: Cada individuo se percibe a sí mismo de la misma manera en que los demás lo ven, y existe un acuerdo en cuanto a las expectativas que se tienen de él.
- *Flexibles*: Pueden ajustarse periódicamente en respuesta a eventos sin que se vea afectada la estabilidad del sistema familiar.
- *Complementarios* (Tradicionales): Siempre se presentan en pares. No se puede desempeñar el rol de esposa sin la presencia de un esposo, ni el de padre sin hijos, y así sucesivamente.

Por otro lado, los roles disfuncionales (idiosincráticos o estereotipados) se caracterizan por ser ambiguos, marcados por la rivalidad y la competencia, y rígidos, como se muestra en la figura 9. Estos roles reflejan patologías como la percepción de "tonto, malo, enfermo".



Figura 10. Características de los roles familiares



Fuente: Irigoyen (2006)

Roles de Grupo

Estos roles se agrupan en constructivos, destructivos y dependientes como se muestra en la tabla 22.

- *Líder:* Dirige al grupo hacia sus metas, tiene una comprensión rápida y sabe cómo persuadir.
- *Voyeur:* Es alguien que los demás no soportan.
- *San bernardo:* Brinda ayuda a todas las personas, adoptando un enfoque paternalista.
- *Vedette y excluido:* No aporta nada y el número 2 no logra mostrar una identidad, por lo que no existe realmente.
- *Chivo emisario:* Es la persona que asumirá las consecuencias en lugar de otros miembros del grupo.
- *Opositor y saboteador:* Expresa su incapacidad para pertenecer al grupo a través de una ira destructiva, mientras que el número 2, al ser excluido, intenta dañar al grupo.
- *Doble y tercero excluido:* No puede participar en su propio nombre, y el número 2 lo es en la pareja, pero no en el grupo.

Tabla 22. Roles de un grupo

CONSTRUCTIVOS	DESTRUCTIVOS	DEPENDIENTES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Orientador: Guía al grupo para solucionar problemas. ○ Facilitador: Proveedor de datos, hombre de recursos y aclaraciones ○ Estimulador armonizador: Amistoso y espontáneo. Le disgustan los conflictos 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Agresor- dominador: Manda al provocar miedo, manipula mediante la adulación, promesas condicionadas. ○ Censor- entorpecedor: Se resiste al cambio. ○ Reprochador- soslayador: Manifiesta su falta de interés con cinismo, bromas de mal gusto, falta de atención 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dependiente: Persona indefensa, necesita constante reafirmación, abandona el tema en discusión. ○ Aislado: Apático social. ○ Sumiso: Permite que pasen por encima de él o lo culpen por faltas no cometidas.

Fuente: Irigoyen (2006)

Roles Individuales

En la tabla 23 se muestra un resumen de los roles individuales.

Tabla 23. Roles Individuales

Nombre	Descripción
Agresor	Puede operar al atacar al grupo, bureándose, etcétera.
Obstructor	Tiende a ser negativo y/o terco.
Buscador de reconocimiento	Se muestra para llamar la atención.
Confesante	Expresa sus sentimientos e ideologías, sin interés para el grupo.
Mundano	Hace alarde de su falta de compromiso en los progresos del grupo, en forma de cinismo e indiferencia.
Dominador	Trata de hacer sentir su autoridad al manipular al grupo o a un miembro.
Buscador de ayuda	Intenta despertar simpatía de otros miembros hacia él.



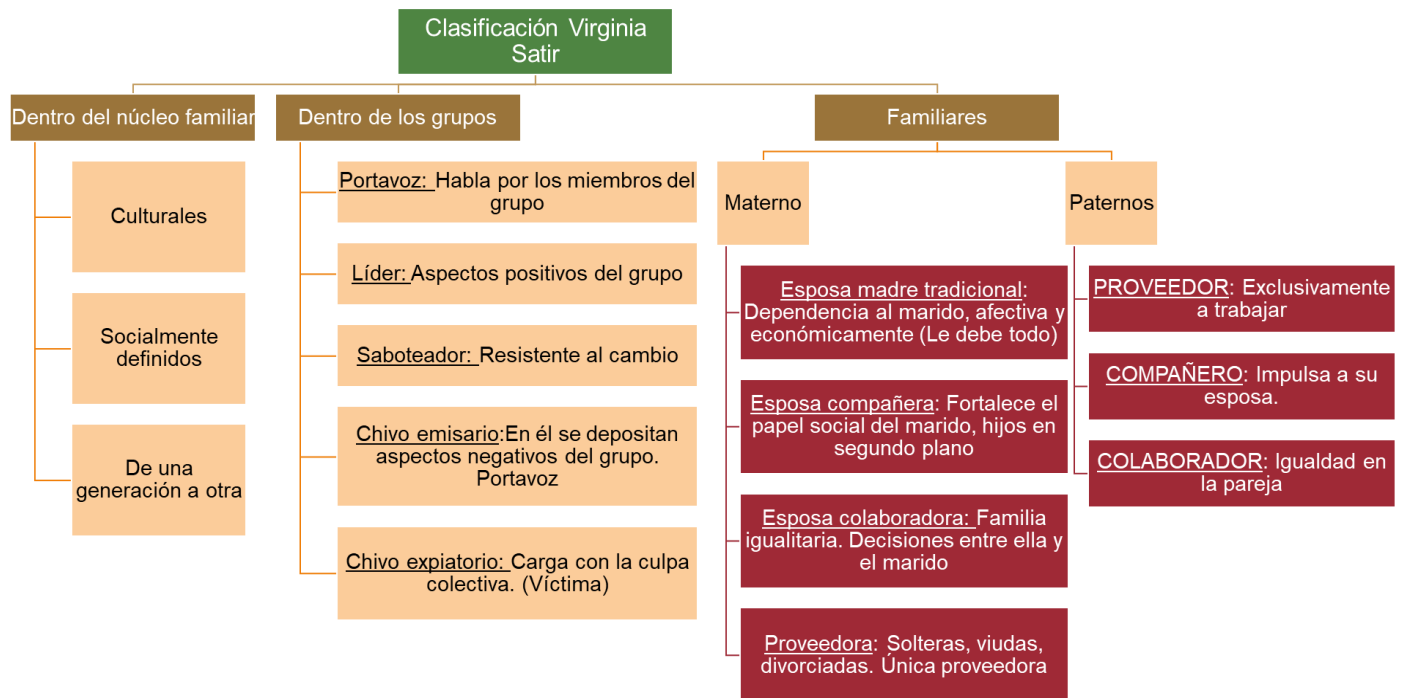
Defensor de intereses especiales	Generalmente, oculta sus propios prejuicios en el estereotipo que llena mejor su necesidad personal.
Francotirador	Es aquel que busca errores en algún miembro del grupo para satisfacer una necesidad propia.
Silencioso	Es aquel que permanece callado la mayor parte del tiempo.
Monopolizador	Suele ser una persona con gran necesidad de categoría.

Fuente: Irigoyen (2006)

Clasificación Según Virginia Satir

Según Virginia Satir los roles individuales se clasifican en tres grandes grupos, como se muestra en la figura 11.

Figura 11. Clasificación de roles individuales según Virginia Satir.



Fuente: UNAM (2018)

Roles Maritales

Los roles maritales se clasifican en dos grupos: tradicionales y modernos (véase tabla 24).

Tabla 24. Roles maritales

TRADICIONALES	MODERNOS
<ul style="list-style-type: none"> • Marido dominante, mujer sumisa. • Escasez de mujeres en puestos prestigiosos y peor pagadas • Chicas educadas para casarse y hombres en carreras • Los hijos que Dios quiera • Divorcio es un fracaso • El hombre reprime la ternura y la mujer los sentimientos agresivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Compañerismo marital • Trabajos femeninos con igualdad de salarios y hombre en el hogar • Control de la natalidad • Divorcio sin culpas • Espontaneidad de sentimientos

Fuente: Irigoyen (2006)

Jerarquía

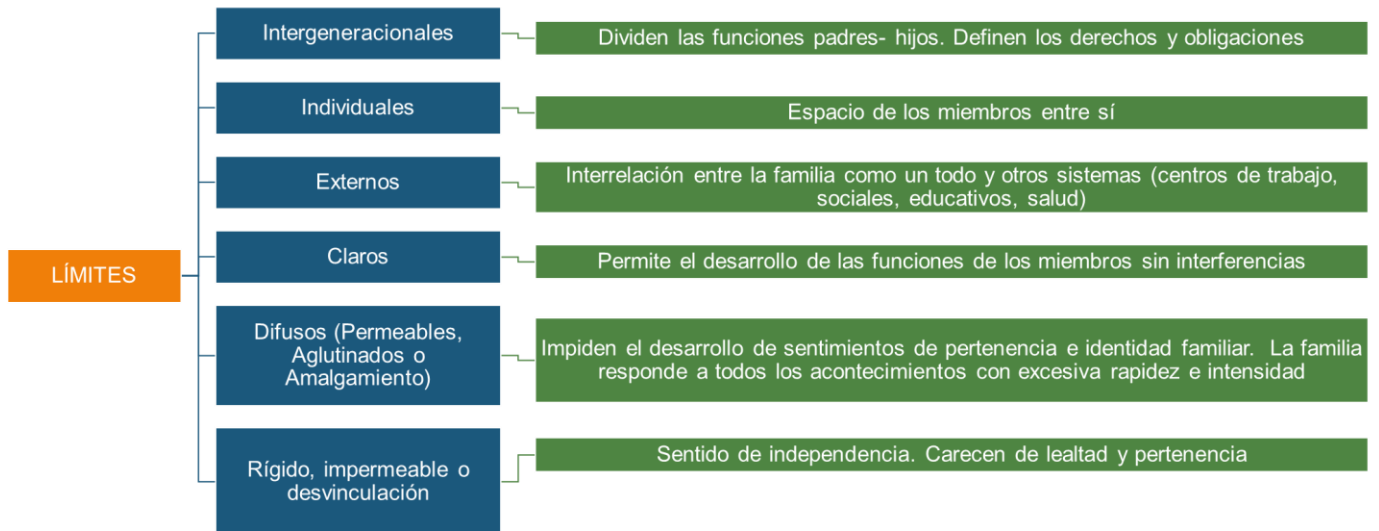
Consiste en distintos niveles de autoridad y requiere cierta flexibilidad. Verlasco y Sinbaldi argumentan que no debería haber diferencias jerárquicas entre personas de la misma generación (subsistemas horizontales). Además, consideran que la parentalización (inversión de roles entre padres e hijos) y cualquier otro patrón jerárquico confuso, invertido o poco claro deben ser considerados como disfuncionales o inadecuados (Iparraguirre *et al.*, 2020).

Límites

Son reglas que establecen quiénes y cómo participan en las interacciones interpersonales, como se muestra en la *figura 12*. (Irigoyen, 2006).



Figura 12. Límites interpersonales



Fuente: Irigoyen (2006)

Vínculos

Los vínculos son relaciones sociales específicas que implican sentimientos profundos, ya sean positivos o negativos, como la amistad o las relaciones familiares. El primer vínculo afectivo se forma con la madre (Iparraguirre *et al.*, 2020).

Centralidad O Territorialidad

La centralidad o territorialidad se refiere al espacio que cada persona ocupa en un espacio determinado. El miembro central es aquel que tiene mayor participación en las interacciones familiares y se destaca en algún aspecto.

- ✚ Periferia: persona con menor implicación en la interacción familiar.
- ✚ Territorio: espacio que abarca un contexto determinado.
- ✚ Hijos parentales: se desempeñan como mamá o papá y representan poder.
- ✚ Geografía o mapa: representación gráfica de una familia, hace comprender la dinámica familiar (Juárez, 2020).

Alianzas Y Colisiones

Las alianzas son asociaciones encubiertas entre dos o más miembros de la familia, con una afinidad positiva entre ellos, y pueden ser funcionales o disfuncionales. Las alianzas funcionales suelen darse entre miembros de la misma generación o subsistema, mientras que las alianzas disfuncionales son rígidas y persistentes, e involucran a miembros de diferentes generaciones con el objetivo de oponerse o excluir a otros miembros del sistema familiar (Gómez *et al.*, 2022).

Conflictos por conflictos conyugales

Existen diferentes dinámicas de conflicto que surgen a raíz de problemas conyugales. La triangulación ocurre cuando dos miembros del sistema utilizan a un tercero para perjudicarse mutuamente. La desviación ocurre cuando la pareja redirige el conflicto hacia el hijo para protegerse o culparlo. También puede haber una coalición estable, donde uno de los padres se une con el hijo en contra del otro progenitor (López-Ortiz, 2022).

Influencia de la Dinámica Familiar en la Salud- Enfermedad

La disfunción familiar puede manifestarse a través de síntomas en los miembros de la familia. Muchos trastornos psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar. Los miembros de familias disfuncionales suelen buscar con frecuencia servicios de salud, presentan incongruencia entre el sufrimiento de sus síntomas y su gravedad real, buscan la compañía innecesaria de un familiar, no encuentran sentido a su padecimiento actual y manifiestan síntomas vagos, conflictos emocionales o de relación, así como manifestaciones somatoformes o trastornos por ansiedad (McGoldrick, 2000).

Paciente identificado: La familia reacciona ante la amenaza a la homeostasis familiar haciendo que uno de sus individuos desarrolle síntomas, se enferme o exprese el conflicto. La enfermedad de un individuo puede afectar significativamente el funcionamiento de la unidad familiar, al igual que la familia puede influir en la salud de sus miembros. Por lo tanto, es importante considerar el contexto personal e interpersonal del paciente, en lugar de enfocarse únicamente en los aspectos clínicos y patológicos (González *et al.*, 2021).

La respuesta de la familia ante la enfermedad puede tener un impacto importante en el tipo de apoyo que se requiere. Una familia poco empática o independiente puede ofrecer poco apoyo al paciente, mientras que una familia sobreprotectora puede limitar la autonomía del paciente y dificultar su afrontamiento activo de la enfermedad. Además, los miembros de la familia pueden tener diferentes puntos de vista sobre la naturaleza de la enfermedad, lo que puede generar



conflictos que no siempre se explican al médico y que pueden obstaculizar la aceptación de las indicaciones médicas. Existen dos estilos opuestos de respuesta familiar ante la enfermedad:

- Tendencia centrípeta, en la cual el enfermo acapara la atención y la energía de la familia
- Tendencia centrífuga, caracterizada por conductas evitativas hacia la situación de la enfermedad. Ambos estilos tienen implicaciones en el desarrollo y crecimiento de los miembros de la familia, así como en la capacidad del paciente para asumir responsabilidad en su cuidado (Paredes *et al.*, 2019).

Ante recaídas o exacerbaciones de la enfermedad, la familia debe ajustar su estructura, la distribución de roles y los mecanismos de resolución de problemas para adaptarse a la crisis en un corto período de tiempo y bajo una fuerte presión (Pavón *et al.*, 2019).



11. Comunicación Humana

Teoría General de la Comunicación Humana

Definición de comunicación: acto o actitud que ayuda el intercambio de mensajes entre los diferentes individuos de un grupo social.

Áreas de la comunicación

1. Sintáctica: estudia los problemas que se generan con la transmisión de la información
2. Semántica: se centra en el significado de la información
3. Semiótica: estudia los signos y su significado
4. Pragmática: se basa en el estudio del impacto que tiene la comunicación en la conducta

Elementos

Para lograr que se lleve a cabo el proceso de comunicación, hay una serie de elementos imprescindibles que juntos conforman un esquema cerrado (véase tabla 25).

Tabla 25. Elementos de la comunicación

Elementos que conforman el proceso de comunicación:	
EMISOR	Persona que envía el mensaje
MENSAJE	Este es el significado de la información encriptada que el emisor envía al receptor
ENCODIFICADOR	El componente encargado de tomar las ideas de la fuente para traducirlas a código consiste en un conjunto de signos o símbolos que permiten la integración del significado.
CANAL	Medio o conducto del mensaje (García <i>et al.</i> , 2018).
RECEPTOR	La persona que recibe el mensaje del emisor.
DECODIFICADOR	El componente rompe el código en el que se envía el mensaje para darle una forma que el destinatario pueda entender.
RETROALIMENTACIÓN	Lo que proporciona a la fuente la información necesaria del éxito obtenido (García <i>et al.</i> , 2018).
CONTEXTO	El conjunto de experiencias y significados a través de los cuales los signos adquieren un significado determinado.
BARRERAS	Factores que distorsionan la calidad de la señal. Son interferencias que, mezcladas con las señales enviadas, pueden enmascarar, agravar o destruir el mensaje (García <i>et al.</i> , 2018).



Fuente: Irigoyen (2006)

Niveles de comunicación

Existen distintos niveles de comunicación familiar dependiendo del mensaje que se desea transmitir (véase tabla 26).

Tabla 26. *Niveles de comunicación*

Niveles De Comunicación Familiar.	
Primer Nivel	Describe que se está comunicando. Si el que está relacionado con los sentimientos, se trata de comunicación afectiva (soy feliz y te quiero). Si lo está con el cumplimiento de tareas habituales o con laborales mecánicas, se le denomina comunicación instrumental (cómprame unos zapatos).
Segundo Nivel	Se refiere a que la entrega del mensaje se lleve a cabo en forma clara (eres un mentiroso), o enmascarada (todos los hombres son iguales), según sea su calidad.
Tercer Nivel	Se relaciona con el receptor del mensaje. Puede ser directa (maría te eché de menos), cuando se enfoca a quien va dirigido y desplazada o indirecta (dile a ese tipo que se valla), cuando se utiliza algún intermediario.

Fuente: Irigoyen (2006)

Estilos de comunicación

En la tabla 27 se exponen unos ejemplos de estilos de comunicación.

Tabla 27. *Estilos de comunicación*

Estilos de Comunicación			
1.	Instrumental	Relacionado con las tareas habituales	"Reparaste el auto"
2.	Afectiva	Relacionado con los sentimientos	"Soy muy feliz"
3.	Clara	Se dice lo que es	Eres tan mentiroso
4.	Enmascarada	Se generaliza	Todos son iguales
5.	Directa	Enfoca a quien va dirigido	Carmen pon a lavar la ropa por favor.
6.	Desplazada	Se usan intermediarios	A ti te lo digo m'hija Entiendolo tu nuera

Fuente: UNAM 2018



Axiomas de la comunicación

Se trata de un conjunto de leyes universales que rigen los intercambios comunicativos, se exponen claramente en la tabla 28.

Tabla 28. Axiomas de la comunicación

	Axioma	Descripción
1.	Es imposible no comunicarse	Cuando existe la interacción entre dos o más personas se produce el fenómeno de comunicación, desde los gestos, las palabras, presencia. Lo que hace una persona en presencia de otra siempre lleva consigo un mensaje.
2.	Cuando nos comunicamos nos relacionamos	La comunicación se realiza en dos niveles: contenido que son las palabras y la metacomunicación que es la relación que se crea entre dos personas cuando se comunican.
3.	Todo depende de la puntuación de los hechos	La secuencia en que se presenten los hechos determina el sentido del mensaje que se transmitió, así como la relación que se creó entre los dos comunicantes.
4.	Existe un contenido digital y uno analógico	La comunicación digital es la parte verbal del mensaje y la comunicación analógica es toda la comunicación no verbal como el lenguaje corporal, la secuencia y el ritmo (García <i>et al.</i> , 2018).
5.	Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios	Puede haber simetría o complementariedad, un complemento de la actividad.

Fuente: UNAM (2018)



En la tabla 29 podemos encontrar el nombre, definición y ejemplos de los estilos de comunicación según Virginia Satir.

Tabla 29. *Estilos de comunicación, según Virginia Satir.*

Estilos De Comunicación Según, Virgina Satir.		
Aplacador, Apaciguador o Minusválido	<p>Complace a los demás. Cuando acepta algo no lo hace porque así lo desee, sino porque su supervivencia emocional depende de ello.</p> <p>Considera que no tiene valor alguno, pero al hacer lo que otros esperan de él, al menos no será rechazado. Es la persona del "Sí"</p>	<p>Utiliza palabras conciliadoras:</p> <p>"Lo que tu decidas está bien"</p> <p>"Estoy aquí solo por hacerte feliz"</p> <p>Internamente se dice:</p> <p>"Me siento como si fuera nadie"</p> <p>"Sin él/ella estoy muerto/a"</p> <p>"No sirvo para nada"</p>
Acusador, Culpador o Inculpador	<p>Oculto su vulnerabilidad al tratar de controlar a los demás.</p> <p>Se muestra en desacuerdo de manera indiscriminada.</p> <p>Brinda la sensación de ser importante a pesar de sus sentimientos internos de soledad y fracaso. Es un rastreador de faltas, un dictador, un jefe.</p>	<p>Utiliza palabras que expresan desacuerdo:</p> <p>"Nunca haces nada bien"</p> <p>"¿Qué es lo que te pasa?"</p> <p>Internamente se dice:</p> <p>"Estoy solo y no tengo éxito"</p>
Superrazonable o Computador	<p>Tiene un adormecimiento de las emociones. Todo se convierte en un "eso".</p> <p>Comunica falta de interés y gran control, pero, el sentimiento interno es de vulnerabilidad. Aparenta ser correcto, no demuestra algún tipo de sentimiento.</p>	<p>Utiliza expresiones monótonas, secas y a menudo abstractas.</p> <p>"Soy calmado, frío e imperturbable."</p>
Irrelevante, Distractor o Impertinente	<p>Resuelve las tensiones al fingir que no existen. La persona dice o hace cosas que tienen poca relación con lo que dicen o hacen los demás. Nunca da a conocer sus sentimientos internos. No se dirige a nadie en particular. Su sensación interior es de</p>	<p>Internamente se dice:</p> <p>"A nadie le importo"</p> <p>*Este no es lugar para mí"</p> <p>"Haga lo que haga, diga lo que diga, es irrelevante con respecto a lo que otra persona haga o diga."</p>

	confusión. Su postura corporal es evasiva, como si estuviese en otra parte.	
--	---	--

Empatía

Es la habilidad de una persona de comprender y compartir los sentimientos de las demás personas. La capacidad que tiene una persona de situarse en la posición de otro.

Asertividad

Es comportarse tal y como uno es, facilitando que los demás entiendan lo que sientes y piensas sin llegar a ofenderlos, permitiendo expresarte. Es una manera de comportarse con las demás personas sin ignorar o menospreciar las ideas de los demás (García *et al.*, 2018).

Comunicar Malas Noticias:

Definición de malas noticias: Cualquier noticia que afecte de una manera negativa la perspectiva que tiene el paciente (futuro).

Protocolo SPIKES para dar malas noticias (figura 13):

Figura 13. Protocolo SPIKES

S= <i>Setting up the interview</i>	E= Entorno, preparar espacio, información básica
P= <i>Perception</i>	P= Percepción del paciente, ¿de dónde partimos?
I= <i>Invitation</i>	I= Invitación, ¿hasta dónde llegamos?
K= <i>Knowledge</i>	C=Conocimiento, dar información comprensible
E= <i>Emotions, empathic responses</i>	E= Empatía y ayuda, en respuesta a las emociones
S= <i>Strategy and summary</i>	E= Estrategia, establecer un plan y resumir

Fuente: UNAM (2008)

Comunicación en Relación Médico Paciente:

La comunicación adecuada con el paciente y su familia representa un medio para favorecer el cuidado de la salud, la satisfacción y la mejora en la calidad de los resultados.



El médico debe tener una conducta afectiva, identificar y entender los problemas del paciente y asegurarse que el paciente conozca su diagnóstico y tratamiento. En numerosos casos. El médico dirige el interrogatorio con una gran cantidad de preguntas, constantemente interrumpe al paciente, asimismo no le proporciona una explicación adecuada de su diagnóstico o tratamiento.

Técnica bathe

- **BACKGROUND** (*Antecedentes*): Recordatorio, Significa situarse en el transcurso del problema. ¿Qué ha estado pasando en su vida? ¿tiene algún problema en su vida familiar o en su trabajo?
- **AFFECT** (*Afecto*): ¿Qué molestia le produce el problema? Analizamos los sentimientos de la persona. ¿Cómo se siente?
- **TROUBLE** (*Molestias*): ¿Cuál es la principal preocupación? Nos facilita centrar el problema
- **HANDLING** (*Manejo*): ¿Cómo maneja la situación? ¿Qué hace para mejorar el problema? El objetivo es transmitir la autoeficacia, buscando soluciones eficaces para el paciente, buscando obtener resultados satisfactorios.
- **EMPATHY** (*Empatía*): reconocer la situación y los sentimientos que la acompañan, el médico valida la experiencia del paciente y confirma que en realidad lo ha escuchado:

Modelo de James Prochaska y Carlo Diclemente: Los estadios del cambio

En cada uno de los estadios se describe la dimensión temporal de cuando la gente cambia. Para que una persona logre un cambio, debe de pasar por una serie de etapas, las cuales una vez superadas se puede finalizar el proceso, como lo muestra en la *tabla 30* (García *et al.*, 2018).

Tabla 30. Los estadios de cambio, según el modelo de James P. y Carlo D.

Precontemplación	Es probable que el paciente concorra por constricción externa (orden judicial, familiares, etc.), manifestando negación del problema y sin considerar realmente el cambio. El riesgo de abandono aquí varía entre un 40% y un 60%, e incluso a un 80% en casos relacionados con el consumo de sustancias.
Contemplación	El sujeto reconoce tener un problema, se muestra más receptivo a la información en cuanto a su problema y las posibles soluciones, aunque vacila en cuanto al momento de iniciar el cambio, dudando aún sobre sus beneficios.
Preparación	En esta etapa la persona se halla lista para la actuación, habiendo dado algunos pasos en pro del objetivo.



Acción

Se refiere al momento en que se hacen más evidentes los pasos que se toman para lograr el cambio. Su duración es de 6 meses.

Mantenimiento

Sigue a la acción y dura otros 6 meses, el propósito en este estadio radica en sostener los cambios logrados a través de la modificación del estilo de vida y la prevención de recaídas.

Finalización

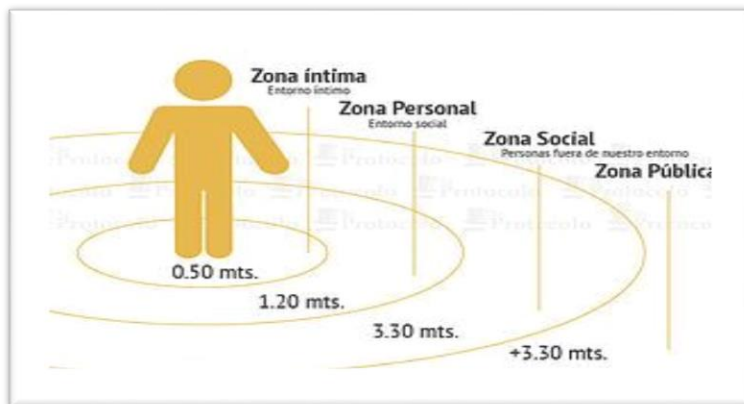
El cliente ya no necesita de la utilización de ningún proceso de cambio afin de impedir la recaída o el regreso al problema.

Fuente: Irigoyen (2018)

Proxemia. Aprender a Escuchar

Definición de proxemia: Es la percepción que la persona hace de su espacio físico, así como su intimidad personal (ver figura 14).

Figura 14. *Espacio interpersonal*



Fuente: Irigoyen (2006)



12. Relación médico- paciente

Relación médico-paciente: Es la interacción que se produce entre un agente de salud y el paciente con la necesidad de asistencia (Gómez *et al.*, 2022).

Modelos de Relación Médico- Paciente- Familia

La relación médico-paciente-familia es un camino de tres vías basado en la ética y la confianza, cuyo principal objetivo es desarrollar al paciente confiando en el equipo de salud y la familia (Juárez, 2020). En la tabla 31 se expone el modelo médico-paciente según Huerta.

Tabla 31. Modelo médico-paciente según Huerta

Biomédico	Biopsicosocial
<ul style="list-style-type: none"> - Reduccionista - Excluvivista 	<p>Plantea que para que un síntoma o una enfermedad ocurran se requieren cuando menos 3 requisitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un evento crítico o desafío al sistema, como la exposición a un agente infeccioso o la pérdida de un integrante de la familia. 2. Vulnerabilidad fisiológica, por ejemplo la predisposición al espasmo bronquial. 3. Compromiso de uno o más de los sistemas orgánicos.

Fuente: UNAM (2018).

Figura 15. Relación Médico-Paciente



Fuente: UNAM (2018).

Otros modelos de relación médico-paciente

Modelo Paternalista

La existencia de un criterio objetivo que permita al paciente dar la mejor valoración posible sin que su opinión sea el factor decisivo. También llamada paternal o sacerdotal, el médico actúa como tutor.

Modelo Informativo

En este caso, es deber del médico presentar al paciente la información necesaria para que pueda seleccionar la que mejor se adapte a sus valores. También llamado científico o del consumidor, el médico es el suministro de información veraz, (véase figura 15).

Modelo interpretativo

El médico ayuda al paciente a determinar los valores, que muchas veces no están bien definidos. “Ayuda, resuelve dudas e informa”. El médico actúa como consejero.

Modelo deliberativo

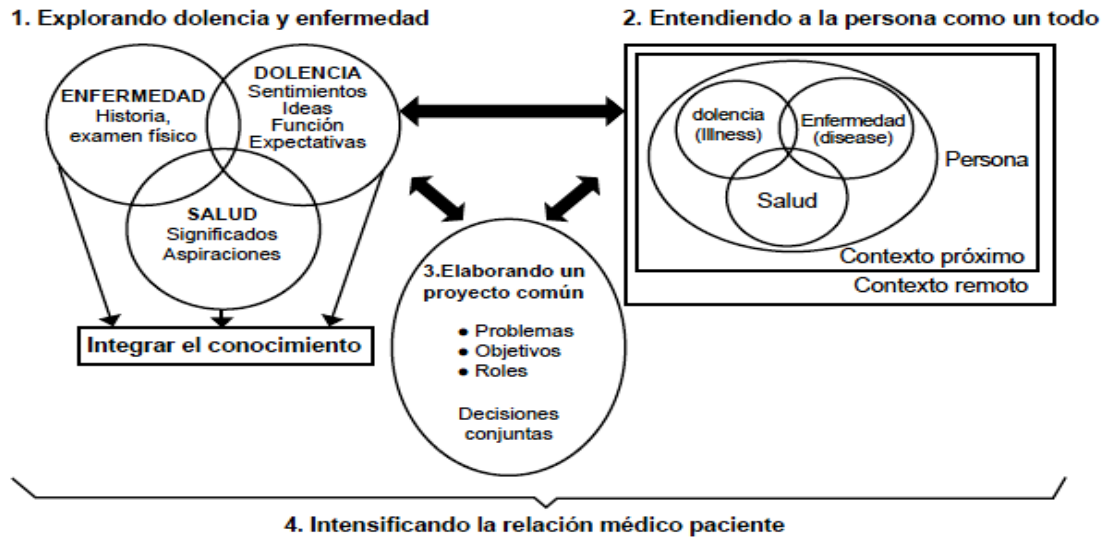
El doctor ayuda al paciente a seleccionar entre todos los valores relacionados con la salud, para tomar la decisión más adecuada entre varias opciones posibles. Es el que mejor se ajusta a una relación ideal en un médico humanista. El médico actúa como amigo o maestro (Gómez *et al.*, 2022).

Modelos de Atención Centrada en el Paciente

Es la atención que establece una colaboración entre profesionales, personas y sus familias para garantizar que las decisiones respeten las necesidades y preferencias del paciente y que éstos tengan la educación y el apoyo que necesiten para tomar decisiones y participar en su atención, ver *figura 16 y tabla 32* (Gutiérrez *et al.*, 2019).



Figura 16. Modelos de la atención centrada al paciente, según Gutierrez.



Fuente: Gutierrez et al (2019).

Tabla 32. Modelos de la atención centrada al paciente, según Gutierrez.

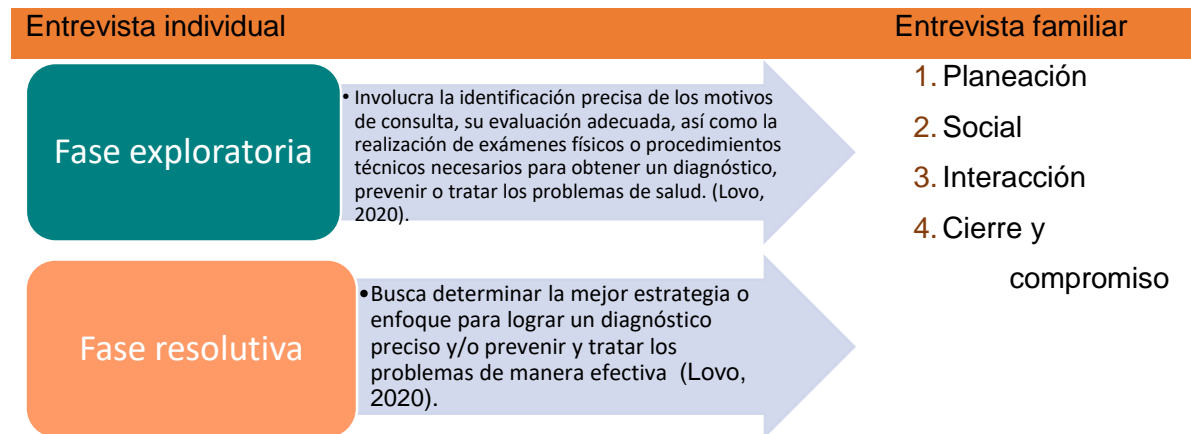
Componentes	Perspectivas	Dimensiones
Exploración de la salud, enfermedad y malestar, comprendiendo a la persona en su totalidad para establecer un punto de conexión y mejorar la relación médico-paciente. (Gutiérrez <i>et al.</i> , 2019).	El enfoque humano busca comprender al paciente como individuo dentro de su entorno, mientras que el enfoque biomédico se ocupa de sus necesidades de salud. La gestión se asegura de brindar atención segura, efectiva y eficiente, y el emprendimiento se enfoca en superar las barreras actuales para mejorar su calidad de vida. (Juárez, 2020).	Considera al paciente como un ser humano completo, donde se comparten responsabilidades y autoridad en el proceso de atención. Se establece una alianza terapéutica en la que el médico también es reconocido como persona. (Lovo, 2020).

Fuente: Lovo (2020).

Fases de la Entrevista Individual y Familiar

Entrevista clínica: La entrevista es un tratamiento centrado en la persona que brinda un especialista en medicina familiar al momento de definir las necesidades y problemas de salud del paciente. En la *figura 17*, se muestra cada una de las fases.

Figura 17. Fases de la entrevista individual.



Fuente: Gómez (2022)

Transferencia- Contratransferencias y Rapport

Transferencia: Es la acción dentro de la consulta médica donde se involucran factores conscientes e inconscientes sobre el médico y el paciente. Conjunto de expectativas, creencias y respuestas emocionales que el paciente aporta a la relación médico paciente (Gómez, 2022).

Contratransferencia: Conjunto de fenómenos de proyección de la estructura inconsciente del médico sobre el paciente, creándole sentimientos de simpatía, hostilidad, aversión, necesidad de recibir afecto o admiración, entre otros sentimientos que son injustificados, inadecuados y pueden entorpecer la buena relación profesional (García *et al.*, 2018).

Rapport: Significa un estado de confianza y respeto mutuo entre médico y paciente. Se utiliza en la introducción de la encuesta para facilitar la comunicación. Una consulta médica tiene pasos o etapas para llegar a su fin: iniciación o relación, desarrollo y terminación.

Incluye: atención mutua (ambas partes están interesadas en lo que dice la otra), positividad mutua (ambos son educados) y sincronización en la comunicación para compartir un entendimiento común.



13. Crisis Familiares

Definición

Se define como crisis familiar a los sucesos de la vida, ya sea pasado o presente, que produce cambios en la función familiar, los cuales los afectan de manera distinta. Incrementan la tensión y cuando no son manejadas adecuadamente conducen al deterioro familiar. Los eventos que producen las crisis familiares generalmente se producen secundarios a pérdidas, problemas interpersonales, cambios o conflictos internos (Juárez, 2020).

Clasificación

Crisis normativas (intrasistémicas o evolutivas):

Son aquellas relacionadas con las diferentes etapas de ciclo vital de la familia, estas son situaciones esperadas o planeadas que son parte de la evolución de la vida de la familia sin embargo marcan la transición entre una etapa y otra, como muestra la *tabla 33* y *figura 18* (Cubiella *et al.*, 2018).

Tabla 33. Crisis normativas

CRISIS NORMATIVAS		
Etapa Constitutiva	Fase preliminar (Noviazgo)	Compromiso de vivir juntos.
	Fase inicio de matrimonio (Sin hijos)	Enfrenta tarea de negociación con la familia de la pareja, deben adaptarse a separarse de sus miembros o incluir nuevos miembros.
Etapa Procreativa	Fase expansión (inicial con hijos)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nace el primer hijo (Nacimiento hasta los 30 meses) 2. Con hijos preescolares (hijos de 2.5 a 6 años).
	Fase de apertura y consolidación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Con hijos escolares (hijos de 6 a 13 años). 2. Con hijos adolescentes (hijos de 13 a 20 años)
Etapa De Dispersión	Fase de desprendimiento	Desde que se separa el primer hijo, hasta el último.



<p>Etapa Familiar Final</p>	<p>Fase de independencia</p>	<p>Después de la salida de los hijos deben renegociar sus funciones conyugales. Si las funciones parentales que se llevan a cabo con los hijos superaron las funciones maritales, por el exceso de atención con los hijos esto puede originar crisis individuales o conyugales.</p>
-----------------------------	------------------------------	---

Fuente: UNAM (2018).

Figura 18. Crisis normativas

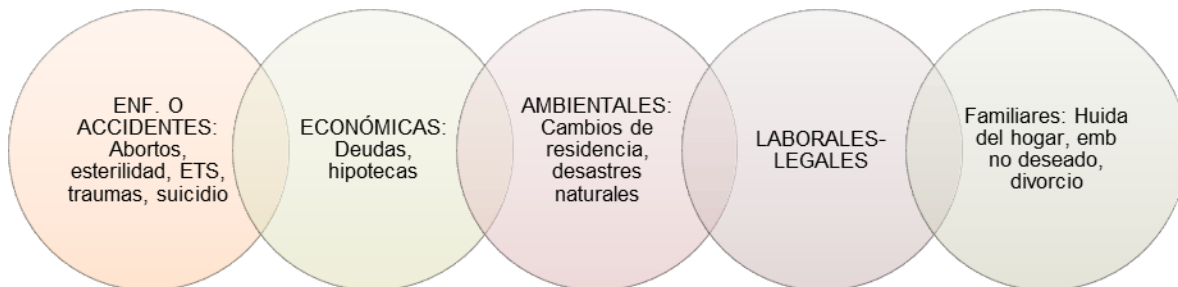


Fuente: UNAM (2018).

Crisis Paranormativas (Intersistémicas o no Normativas):

Son las experiencias adversas o que no se esperan (ver figura 19,20, 21 y 22).

Figura 19. Crisis paranormativas



Fuente: UNAM (2018)

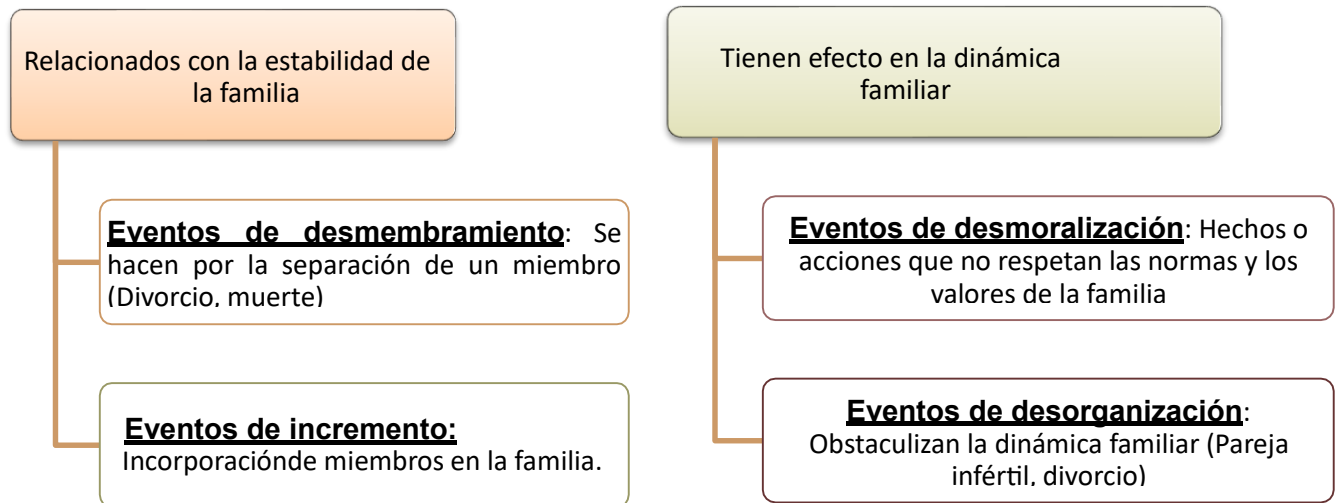


Ambas pueden ser instrumentales o afectivos.

Instrumentales: Estas aparecen de los aspectos dinámicos y mecánicos cotidianos.

Afectivos: Amenazan las situaciones emocionales de la familia en su vida cotidiana.

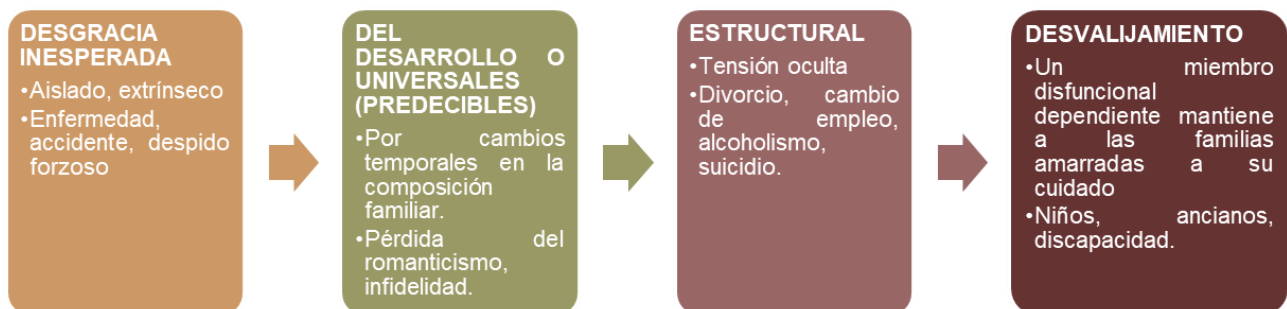
Figura 20. Crisis paranormativas de la dinámica familiar



Fuente: Irigoyen (2006)

Clasificación De Pittman (1990)

Figura 21. Clasificación de Pitman para crisis paranormativas



Fuente: UNAM (2018)

Figura 22. Clasificación de Shires para crisis

CLASIFICACION DE SHIRES			
POR CAMBIOS DE POSICIÓN SOCIAL	POR ABANDONO	ADICIÓN	DESMORALIZACIÓN
1. Empobrecimiento o repentino Prolongación de desempleo 2. Fama o	1. Deceso 2. Divorcio	Embarazos no deseados 2. Adopción Padrastros, hermanastros	1. Adulterio 2. Drogadicción

Fuente: UNAM (2018)

Escala De Thomas Holmes (1976)

Escala de eventos críticos (véase tabla 34). Autoevaluación que le otorga un valor numérico a eventos en la vida del hombre causantes de estrés, aplicable solamente en situaciones que hayan ocurrido en los últimos 6 a 8 meses (Irigoyen, 2006).

Tabla 34. Escala de Eventos Críticos de Holmes

Escala de Eventos Críticos de Holmes		
	Evento Crítico	Puntaje
1	Muerte del cónyuge	100
2	Divorcio	73
3	Separación matrimonial	63
4	Causas penales	63
5	Muerte de un familiar cercano	63
6	Lesión o enfermedad personal	53
7	Matrimonio	50
8	Pérdida del empleo	47
9	Reconciliación matrimonial	45
10	Jubilación	45
11	Cambios en la salud de un familiar	44
12	Embarazo	40
13	Problemas sexuales	39
14	Nacimiento de un hijo	39
15	Reajuste en los negocios	39
16	Cambios en el estado financiero	38



17	Muerte de un amigo muy querido	37
18	Cambio a línea diferente de trabajo	36
19	Cambio de número de discusiones con la pareja	35
20	Hipoteca mayor	31
21	Juicio por una hipoteca o préstamo	30
22	Cambio de responsabilidad en el trabajo	29
23	Uno de los hijos abandona el hogar	29
24	Dificultades con los parientes políticos	29
25	Logro personal notable	28
26	La esposa comienza a (o deja de) trabajar	26
27	Inicia o termina la escuela	26
28	Cambio en las condiciones de vida	25
29	Revisión de hábitos personales	24
30	Problemas con el jefe	23
31	Cambio de horario o condiciones de trabajo	20
32	Cambio de residencia	20
33	Cambio de escuela	20
34	Cambio de recreación	19
35	Cambio en las actividades religiosas	19
36	Cambio en las actividades sociales	18
37	Hipoteca o préstamo menor	17
38	Cambio en los hábitos del sueño	16
39	Cambio en el número de reuniones familiares	15
40	Cambio en los hábitos alimentarios	15
41	Vacaciones	13
42	Navidad	12
43	Violaciones menores a la ley	11
Total		

Fuente: UNAM (2018)



14. Fundamentos Para la Realización del Estudio de Salud Familiar

Fundamentos Teóricos y Metodológicos de los Principales Instrumentos Para el Estudio del Médico Familiar.

Se divide en métodos observacionales e instrumentos de autoaplicación (véase figura 23).

Figura 23. Fundamentos de los instrumentos para el estudio del médico familiar

Métodos Observacionales	Instrumentos de autoaplicación
<ul style="list-style-type: none"> • Visión externa de la funcionalidad familiar. Requieren de clínicos avanzados o terapeutas para su realización. Varían de acuerdo al grado de participación del observador. 	<ul style="list-style-type: none"> • Visión interna de la funcionalidad familiar. Cuestionarios estandarizados. Evaluación de la calidad de las relaciones en la familia.

Fuente: UNAM (2018).

Apgar Familiar

Cuantifica la satisfacción en el desempeño de los factores básicos de la función familiar: Adaptación, Participación, Crecimiento, Afecto, Recursos. Se encuentra compuesto por cinco apartados, como se muestra en la *tabla 35*, se realiza en distintos momentos a diferentes miembros de la familia (idealmente a todos los mayores de 12 años). Permite determinar si la familia figura como un recurso para el paciente, porque de lo contrario, contribuye a su enfermedad (véase *tabla 36*). Alfa de Cronbach: 0,71-0,83 (Iparraguirre *et al.*, 2020).

Tabla 35. Cuestionario APGAR Familiar

APGAR Familiar				
	Ítems	Casi nunca (0)	A veces (1)	Casi siempre (2)
1.	¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?			
2.	¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
3.	¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?			
4.	¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted permanecen juntos?			
5.	¿Siente que su familia lo quiere?			

Fuente: (Iparraguirre *et al.*, 2020).



Tabla 36. Interpretación De Resultados De Cuestionario APGAR Familiar

Interpretación de resultados		
	Puntaje	Resultado
1.	0 - 3	Familia Altamente Disfuncional
2.	4 - 6	Moderada Disfunción Familiar
3.	7 - 10	Familia Funcional

Fuente: (Iparraguirre *et al.*, 2020).

Clasificación Triaxial de la Familia

El enfoque triaxial es un sistema que estudia las disfunciones familiares desde una perspectiva multidimensional, agrupándolas en tres dimensiones de información, la cual se muestra en la *tabla 37*.

Tabla 37. Principales Ejes en la Clasificación Triaxial De La Familia

Eje I	Disfunciones del Desarrollo de la Familia. (Disfunción del desarrollo, complicaciones y variaciones).
Eje II	Disfunciones en los Subsistemas Familiares. (Conyugal, paterno-filial y Fraterno).
Eje III	Disfunciones de la Familia como Sistema. (Disfunciones en estructural, funcionales y sociales).

Fuente: UNAM (2018).

Objetivos: Los objetivos principales de este enfoque son comprender la patología familiar, desarrollar una terapia adecuada para abordar los problemas familiares y ser útil en la evaluación del funcionamiento y la psicopatología familiar.

Indicaciones: Este enfoque se aplica a familias que presentan alteraciones en su desarrollo, problemas en sus subsistemas o disfunciones en el sistema familiar en general. Evalúa diferentes aspectos de la familia, como su desarrollo a lo largo del tiempo (dimensiones históricas o longitudinales), los subsistemas presentes en la familia (dimensión transversal) y la familia como un grupo o sistema en sí mismo (dimensión visual) (véase en *tabla 38*) (Gutiérrez *et al.*, 2019).



Tabla 38. Clasificación Triaxial De La Familia

Eje I: Disfunciones del desarrollo familiar

• **Disfunciones del desarrollo**

- Disfunción familiar primaria
- Por el nacimiento de un hijo
- Relacionada con la educación de los hijos
- Relacionada con la crianza de los hijos
- Disfunción de la familia madura.
- Disfunción de la familia en dispersión.

• **Complicaciones y variaciones del desarrollo.**

- Familia interrumpida
- Familia de un solo padre
- Familia reconstruida
- Familia crónicamente inestable

Eje II: Disfunciones en los subsistemas familiares

• **Disfunciones en el sistema conyugal**

- Disfunción marital complementaria
- Disfunción marital conflictiva
- Disfunción marital dependiente
- Disfunción por falta de vinculación
- Disfunción por incompatibilidad

• **Disfunciones en el sistema conyugal**

- Disfunción marital complementaria
- Disfunción marital conflictiva
- Disfunción marital dependiente
- Disfunción por falta de vinculación
- Disfunción por incompatibilidad

• **Disfunciones en el subsistema padre-hijo**

- Con relación a uno de los padres
- Con relación a uno de los hijos
- En la relación padre-hijo
- Disfunciones triangulares

• **Disfunciones en el subsistema de los hermanos**

- Rivalidad destructiva
- Sobreidentificación o falta de diferenciación
- Coaliciones contra los padres

Eje III: Disfunciones de la familia como sistema.

• **Disfunciones estructurales y funcionales**

- Familia de bajo rendimiento
- Familia excesivamente estructurada
- Familia patológicamente integrada
- Familia desorganizada

• **Disfunciones sociales**

- Familia socialmente aislada
- Familia socialmente desviada
- Familia con un tema especial (secreto, creencia)

Fuente: Medina et al (2019)

Cuestionario Triaxial de la Familia

Eje I

A) Disfunciones del desarrollo

1. ¿Considera usted que en su matrimonio tanto su esposo (a) como usted están de acuerdo con su papel familiar?
 - a) Si
 - b) No
2. ¿Considera usted que en su matrimonio cada quien cumple con su responsabilidad y tareas de esposo?



- a) Adecuadamente
 - b) Con deficiencia
 - c) Muy deficiente
3. ¿La llegada de los hijos ha significado para su matrimonio problemas?
- a) Siempre
 - b) Casi siempre
 - c) A veces
 - d) Nunca
4. ¿Si la llegada y crianza de los hijos ha significado problemas estos han sido principalmente de tipo?
- a) económico
 - b) Familiar
 - c) Otros (especificar)
5. ¿Si en su familia tiene hijos adolescentes o adultos, toma cada quien su respectivo papel y responsabilidad en la familia?
- a) Siempre
 - b) Casi siempre
 - c) A veces
 - d) Nunca
6. ¿La pérdida o ausencia de uno de los miembros de la familia ha significado crisis familiar persistente?
- a) Siempre
 - b) Casi siempre
 - c) A veces
 - d) Nunca
7. ¿En caso de que la falta de un miembro signifique crisis familiar persistente ha sido por su repercusión?
- a) económico
 - b) Familiar
 - c) Otros (especificar)

B) Complicaciones y variaciones del desarrollo

8. Se ha separado alguna vez de su familia ya sea de manera formal o informal.
- a) Si
 - b) No
9. ¿En caso de que sean varias veces, cuantas son?
- a) 2 o menos
 - b) 3 o 5
 - c) Mas de 6
10. Es usted actualmente el que da todas las atenciones y cuidados a sus hijos, ya sea por divorcio, viudez o separación informal.
- a) Si
 - b) No
11. El tener toda la responsabilidad de atender y cuidar de sus hijos le representa problemas
- a) Si
 - b) No
12. Estos son principalmente de tipo:
- a) económico
 - b) Familiar
 - c) Otros (especificar)
13. En caso de que usted haya integrado a otra familia, diría que sus miembros están cumpliendo con su responsabilidad y tomando su respectivo lugar.
- a) Si
 - b) No
14. El divorcio, separación informal de los padres, la falta o pérdida de un miembro han traído consigo inestabilidad y problemas que no se han resuelto.
- a) Si
 - b) No

Eje II

A) Disfunciones en el sistema conyugal

15. En la relación con su pareja es común que se presenten riñas agresiones verbales, físicas, chantajes, separaciones, etc.
- a) Si
 - b) No



16. Considera usted normal la situación anterior
 - a) Si
 - b) A veces
 - c) No
17. Que tan severo considera el problema
 - a) Insoportable
 - b) Tolerable
 - c) Insignificante
18. Considera usted que su papel de cónyuge es aceptar todo lo que sea
 - a) Si
 - b) A veces
 - c) No
19. En la relación con su pareja considera usted que existe competencia por ser quien tome las decisiones, acciones e iniciativas usted y su pareja
 - a) Si
 - b) A veces
 - c) No
20. En qué porcentaje diría que se reparten las responsabilidades entre usted y su pareja (hombre/mujer)
 - a) 100/0
 - b) 75/25
 - c) 50/50
 - d) 25/75
21. Considera que entre usted y su pareja hay buena comunicación.
 - a) Si
 - b) A veces
 - c) No
22. Siente usted la confianza suficiente para comunicar cualquier problema, de cualquier tipo, en cualquier momento a su pareja.
 - a) Si
 - b) A veces
 - c) No
23. Cuando se comunica o habla con su pareja lo hace de manera clara, directa sin temores.
 - a) Si
 - b) A veces
 - c) No
24. Comparte usted con su pareja las mismas ideas, gustos, hábitos, creencias, normas morales, sentimientos, etc.
 - a) Todas
 - b) Algunas
 - c) Ninguna
25. Que tan identificado o afín se considera con su pareja
 - a) Totalmente
 - b) Lo suficiente
 - c) Muy poco
 - d) Nada

B) Disfunciones en el subsistema padre (s) hijos (s) (parental)

26. Considera usted adecuada la forma de criar y educar a sus hijos
 - a) Si
 - b) A veces
 - c) No
27. Considera usted adecuada la relación suya y de su conyugue con sus hijos
 - a) Si
 - b) A veces
 - c) No
28. Se da el caso en su familia que, por costumbre, enfermedad u otro motivo en algún hijo se centre la atención, problemas, iniciativas, etc.
 - a) Si
 - b) No
29. Considera usted que por alguna razón existe relación especial que sobresalga en su familia, entre algún padre y algún hijo.
 - a) Si



- b) No
30. En caso de ser sí, las causas de dicha relación son principalmente:
- a) Económico
 - b) Psicológica
 - c) Familiar
 - d) Otros (especificar)
31. Existe alguna relación especial entre ambos padres y algún hijo
- a) Si
 - b) No
32. La causa de estas relaciones de tipo
- a) Económico
 - b) Psicológica
 - c) Familiar
 - d) Otros (especificar)
- C) Disfunciones en el subsistema de los hermanos (fraternal)**
33. Considera usted adecuada la relación entre sus hijos como hermanos.
- a) Si
 - b) A veces
 - c) No
34. De acuerdo a su edad y lugar en su familia toman sus hijos sus respectivos lugares y responsabilidades
- a) Si
 - b) A veces
 - c) No
35. Considera usted adecuada la relación entre hijos y padres
- a) Si
 - b) A veces
 - c) No

Eje III

A) Disfunciones estructurales y funcionales.

36. Considera usted que en su familia cada miembro asume su lugar y funciones respectivas
- a) Si
 - b) A veces
 - c) No
37. Considera usted que habitualmente su familia cumple con las metas y planes que se fijan
- a) Si
 - b) A veces
 - c) No
38. Si cumple con las metas que se trazan en que porcentaje
- a) 100
 - b) 75
 - c) 50
 - d) 25
39. Considera usted que la conducta y funciones de su familia habitualmente son demasiado rígidas
- a) Si
 - b) A veces
 - c) No
40. Que tanta flexibilidad existe en las normas y costumbres de su familia
- a) Mucha
 - b) Regular
 - c) Escasa
 - d) Ninguna
41. Considera usted que en su familia cada quien se respeta mutuamente.
- a) Si
 - b) A veces
 - c) No
42. Considera usted que la unión complementaria en su familia es adecuada
- a) Si
 - b) A veces
 - c) No

B) Disfunciones sociales



43. Considera usted que su familia convive y comparte relaciones adecuadamente en el conjunto de la comunidad
- Si
 - A veces
 - No
44. De no ser así la razón principal es de tipo
- Religioso
 - Costumbre
 - Falta de tiempo
 - u otras (especificar)
45. Considera usted que los intereses de su familia son contrarios o ajenos a los intereses de la comunidad
- Si
 - A veces
 - No
46. Por sus costumbres, religión, educación u otro motivo, considera usted a su familia distinta al conjunto de la comunidad
- Totalmente
 - Un poco
 - Nada
47. También por las razones anteriores considera usted a su familia como algo superior al resto de la comunidad
- Totalmente
 - Un poco
 - Nada
48. Considera usted que su familia debe estar más integrada al conjunto de la comunidad
- Si
 - No

Diagnóstico: Se considera que una familia tiene una disfunción cuando esta se encuentra en uno o dos ejes, mientras que en las otras dimensiones muestra un funcionamiento adecuado o una menor afectación. Es importante destacar que el diagnóstico de la patología familiar no se debe basar en un modelo inmóvil ni servir como una etiqueta permanente para la familia, sino que debe ser un proceso activo y dinámico, al igual que la propia familia. Además, el sistema de Clasificación Familiar Triaxial es multiaxial y los tres ejes evaluados se utilizan de manera simultánea. Pruebas clínicas adicionales pueden fortalecer o debilitar este sistema propuesto (Paredes *et al.*, 2019).

Calificación: Para calificar el cuestionario del enfoque triaxial, se considera que existe disfunción si la respuesta coincide con la descripción proporcionada a continuación (véase en *tabla 39*) (Medina *et al.*, 2019).

Tabla 39. Interpretación de la Clasificación Triaxial De La Familia

Eje I: Aspectos del desarrollo de la familia

A: Disfunciones del desarrollo

*Disfunción familiar primaria

*Disfunción relacionada con la crianza de los hijos

Disfunción marital en la madurez



- | | | |
|-------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| 1. No | 3. Siempre o casi siempre | 5. A veces o nunca |
| 2. Muy deficiente | 4. Cualquiera excepto económica | 6. Siempre |
| | | 7. Psicológica y/o Familiar |

B: Complicaciones del desarrollo

- | | | | |
|-----------------------|----------------------------|----------------------|--------------------------------|
| "Familia interrumpida | "Familia con un solo padre | Familia reconstruida | Familia crónicamente inestable |
| 8. Si | 10. Si | 13.Si | |
| 9. Cualquiera | 11. Si | 14. Si | 8.Si |
| | 12. dos o mas | | 9. 3 a 5 o más de 6. |

Eje II: Disfunciones en subsistemas familiares

A: Disfunción en el subsistema conyugal.

- | | | |
|-------------------------------------|--|---------------------------------|
| * Disfunción marital complementaria | *Disfunción marital conflictiva | *Disfunción marital dependiente |
| 15. Si | 15. Si | 15. Si o a veces |
| 16. Si | 16. Si | 16. Si, si la 15 también fue si |
| 17. Insoportable | 17. Insoportable | 17. Insoportable o tolerante |
| 18. Si | 19. Si | 20. 100/0, 75/25, 25/75, 0/100 |
| * Disfunción marital desvinculada | *Disfunción marital por incompatibilidad | |
| 16. Si, si la 15 también fue sí. | 15. Si | |
| 17. Tolerante o insignificante | 16. Si | |
| 18. Si | 17. Insoportable | |
| 21. A veces o No | 24. Ninguna | |
| 22. A veces o No. | 25. Muy poco o nada | |
| 23. A veces o No. | | |

B. Disfunciones en el subsistema Padre - Hijo

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| • Disfunción ante uno de los hijos | *Disfunción concentrada en el padre | * Disfunción en la interrelación padre-hijo |
| 26. No o a veces | 26. No o a veces | 26. No o a veces |
| 27. No o a veces | 27. No o a veces | 27. No o a veces |
| 28. Si | | 29. Si |
| | | 30. Psicológica, familiar u otros |

C. Disfunciones en el subsistema de los hermanos

- | | |
|------------------------|--------------------------------|
| *Rivalidad destructiva | *Coaliciones contra los padres |
|------------------------|--------------------------------|



33. No o a veces

35. No

34. No o a veces

35. No

Eje III: Disfunciones de la familia como sistema o grupo

A: Disfunciones estructurales y funcionales

*Familia con rendimiento disminuido

* Familia sobre estructurada

* Familia patológicamente integrada

36. A veces o no

38. 100%

36. No

37. A veces o no

39. Si

37. No

38. 25 o 50%

40. Escasa o ninguna

41. No o a veces

* Familia desvinculada emocionalmente

* Familia desorganizada

36. No

36. No

37. No

37. No

39. Si

42. No

41. No

B. Disfunciones sociales

* Familia socialmente aislada

* Familia socialmente desviada

* Familia con tema especial

43. No

43. No

43. No

44. Cualquiera

45. Si

47. Totalmente

46. Totalmente

48. No, si la respuesta 43 también fue no.

Fuente: Medina et al (2019)

FACES III

Las Escalas de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar III (FACES III). Constituye tres dimensiones de la funcionalidad familiar: adaptabilidad y cohesión y comunicación, y fue realizado por David H. Olson y col. en 1985. Califica dos principales actividades a través de 20 reactivos, (véase tabla 40). Identifica cinco opciones: nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre. Aplicable para mayores de 10 años. Alfa de Cronbach: 0,649 (Rubio *et al.*, 2018).



Tabla 40. Cuestionario de Faces III para cohesión y adaptabilidad familiar.

Cuestionario FACES III					
	Nunca (1)	Casi nunca (2)	Algunas veces (3)	Casi siempre (4)	Siempre (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 su disciplina.					
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la 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 las 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 quién tiene la autoridad.					
19. La unión familiar es muy importante					
20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar.					

Fuente: UNAM (2018).

Calificación



Se obtienen los puntajes de cohesión y adaptabilidad de la siguiente manera:

- Cohesión: Adición de los puntajes de las preguntas nones.
- Adaptabilidad: Suma de las preguntas pares.

Para su interpretación véase tabla 41-42.

Tabla 41. Puntaje de Faces III para cohesión y adaptabilidad familiar.

Cohesión	Amplitud de clase	Adaptabilidad	Amplitud de clase
No relacionada	10-34	Rígida	10-19
Semirrelacionada	35-40	Estructurada	20-24
Relacionada	41-45	Flexible	25-28
Aglutinada	46-50	Caótica	29-50

Fuente: UNAM (2018).

Tabla 42. Interpretación de escala de Faces III.

Adaptabilidad	Cohesión				
		Disgregada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada
Caótica	Caóticamente disgregada	Caóticamente semirrelacionada	Caóticamente relacionada	Caóticamente relacionada	Caóticamente aglutinada
Flexible	Flexiblemente disgregada	Flexiblemente semirrelacionada	Flexiblemente relacionada	Flexiblemente relacionada	Flexiblemente aglutinada
Estructurada	Estructuralmente disgregada	Estructuralmente semirrelacionada	Estructuralmente relacionada	Estructuralmente relacionada	Estructuralmente aglutinada
Rígida	Rígidamente disgregada	Rígidamente semirrelacionada	Rígidamente relacionada	Rígidamente relacionada	Rígidamente aglutinada

Fuente: UNAM (2018).

Escala de Graffar-Mendez Castellanos

Permite calificar el nivel socioeconómico de la familia. Se encuentra dividido en 4 reactivos. La suma del puntaje del ítem seleccionado por cada categoría nos proporcionará el resultado del estrato económico de la familia (véase tabla 43 y 44). (Medina et al, 2019).

Tabla 43. Cuestionario de Graffar-Méndez Castellanos

Escala de Graffar-Mendez Castellanos	
Puntos	Ítems

Profesión del Jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeto (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas
Puntaje Total		

Fuente: Medina *et al* (2019).

Tabla 44. Interpretación de escala de Graffar-Mendez Castellanos

Puntaje	Interpretación	Puntaje	Interpretación
04-06	Estrato alto	13-16	Estrato obrero
07-09	Estrato medio alto	17-20	Estrato marginal
10-12	Estrato medio bajo		

Fuente: Medina *et al* (2019).

Medical Outcomes SURVEY – MOS

El cuestionario MOS es respondido por cada persona y recopila información multidimensional sobre el apoyo social en las áreas emocional/informativa, instrumental, afectiva e interacción social positiva (véase tabla 45). El coeficiente Alfa de Cronbach para la fiabilidad del cuestionario es de 0,921. Se realiza a pacientes mayores de 18 años. Las respuestas se califican en una escala del 1 al 5. El índice global de apoyo social se calcula sumando las puntuaciones de los 19 ítems. Cada ítem además corresponde a una dimensión específica que se estudia en el cuestionario, y junto al número de ítem se indica una letra correspondiente (E) Apoyo emocional/informacional. (I) Instrumental. (A) Afectivo. (IS) Interacción Social Positiva, para



obtener la calificación de las distintas áreas es necesario sumar la calificación por grupo de letra (véase tabla 46) (Tranche *et al.*, 2021).

Tabla 45. Escala MOS

Medical Outcomes Survey						
	Ítem	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Algunas veces (3)	La mayoría de las veces (4)	Siempre (5)
I	Alguien que le ayude cuando tenga que estar en cama					
E	Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar					
E	Alguien que le aconseje cuando tenga problemas					
I	Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita					
A	Alguien que le demuestre amor y afecto					
IS	Alguien con quien pasar un buen rato					
E	Alguien que le informe y le ayude a entender una situación					
E	Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.					
A	Alguien que le abrace					
IS	Alguien con quien pueda relajarse					
I	Alguien que le prepare comida si no puede hacerlo					
E	Alguien cuyo consejo realmente desee					
IS	Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas					



I	Alguien que le ayude con sus tareas domésticas si enferma					
E	Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos					
E	Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales.					
IS	Alguien con quien divertirse					
E	Alguien que comprenda sus problemas					
A	Alguien a quien amar y hacerle sentir querido					

NOTA: Instrumental, IS: Interacción social positiva, E: Emocional, A: Afectivo. Fuente: Tranche *et al.*, (2021)

Tabla 46. Interpretación de Escala MOS

Resultados			
Apoyo Escaso	Puntuación global < 57.		
Falta de Apoyo			
Emocional	<24	Instrumental	<12
Interacción social positiva	<9	Afectivo	<9

Fuente: Tranche *et al.*, (2021)

Cuestionario de Apoyo Social Funcional de Duke-Unc

El cuestionario fue realizado en 1982 y modificado en 1988. Una ventaja es que mide las diferentes dimensiones del apoyo funcional y se puede completar en poco tiempo. El coeficiente Alfa de Cronbach para la fiabilidad del cuestionario es de 0,88. Consiste en 11 ítems que evalúan el apoyo confidencial y afectivo, estos se exponen en la tabla 47. Las respuestas se califican en una escala Likert del 1 al 5, y se obtienen tres valores: 1. Apoyo total percibido por el cuestionario 2. El afectivo 3. El confidencial. La interpretación del Cuestionario está disponible en la tabla 48. (Vargas & Hernández, 2020).

Global: Se obtiene sumando todas las respuestas y varía de 11 a 55, con una media de 33. Se considera que el individuo tiene un apoyo social escaso cuando su puntuación está por debajo de la media (Ortega *et al.*, 2018).

Apoyo afectivo: El puntaje máximo es 25 y el mínimo es 5, con una media de 15. Puntuaciones más bajas indican recursos afectivos limitados.



Apoyo confidencial: El puntaje máximo es 30 y el mínimo es 6, con una media de 18. Puntuaciones por debajo de la media indican un apoyo confidencial escaso.

A continuación, se presenta una lista de situaciones o circunstancias en las que las personas pueden recibir ayuda o apoyo. Marque con una señal (V) en el espacio que mejor se ajuste a su situación personal.

Tabla 47. Cuestionario de Apoyo Social de DUKE UNC

Circunstancias	Tanto como deseo	Mucho menos de lo que deseo
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares		
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa		
3. Recibo elogios o reconocimiento cuando hago bien mi trabajo		
4. Cuento con personas que se preocupan por lo que me sucede		
5. Recibo amor y afecto		
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo y/o casa		
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas familiares y personales		
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos		
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas		
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida		
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama.		

Fuente: Vargas & Hernández (2020).

Tabla 48. Interpretación de Resultados de Cuestionario de Apoyo Social de DUKE UNC

Resultados



Apoyo total	
<33	Apoyo Escaso
Apoyo Afectivo	
<15	Recursos afectivos limitados
Apoyo Confidencial	
<18	Apoyo confidencial escaso

Fuente: Vargas y Hernández (2020).

Cuestionario de Coopersmith: “Autoestima”

La autoestima juega un papel relevante en nuestras vidas, ya que influye en nuestra percepción y valoración personal. El cuestionario de Coopersmith se encarga de otorgarle una calificación a la autoestima individual a través de una serie de preguntas (véase tabla 49). El coeficiente Alfa de Cronbach para la fiabilidad de la escala es de 0,813 (Ortega *et al.*, 2018).

Instrucciones: A continuación, marque las frases que "se describen a usted" con cierta aproximación y las que "no tienen nada que ver con usted".

Tabla 49. Cuestionario de Autoestima de Coopersmith

Cuestionario de Autoestima de Coopersmith			
		Me describe aproximadamente (1)	Nada tiene que ver conmigo o muy poco (0)
1	Más de una vez he deseado ser otra persona		
2	Me cuesta mucho hablar ante un grupo.		
3	Hay muchas cosas en mí mismo que cambiaría si pudiera.		
4	Tomar decisiones no es algo que me cueste.		
5	Conmigo se divierte uno mucho.		
6	En casa me enfado a menudo.		
7	Me cuesta mucho acostumbrarme a algo nuevo.		
8	Soy una persona popular entre la gente de mi edad.		
9	Mi familia espera demasiado de mí.		
10	En casa se respetan bastante mis sentimientos		
11	Suelo ceder con bastante facilidad.		



12	No es nada fácil ser yo.		
13	En mi vida todo está muy embarullado		
14	La gente suele secundar mis ideas.		
15	No tengo muy buena opinión de mí mismo		
16	Hay muchas ocasiones en las que me gustaría dejar mi casa.		
17	A menudo me siento harto del trabajo que realizo.		
18	Soy más feo que el común de los mortales.		
19	Si tengo algo que decir, normalmente lo digo.		
20	Mi familia me comprende		
21	Casi todo el mundo que conozco cae mejor que yo a los demás		
22	Me siento presionado por mi familia.		
23	Cuando hago algo, frecuentemente me desanimo.		
24	Las cosas no suelen preocuparme mucho.		
25	No soy una persona muy de fiar		

Fuente: Ortega *et al.*, (2018).

Calificación

- Autoestima significativamente baja: 0-10 puntos
- Autoestima media- baja: 10-15 puntos
- Autoestima media- alta: 16-22 puntos
- Autoestima significativamente alta: 22-25 puntos

Escala de Hamilton Para Depresión

Se utiliza un instrumento para evaluar la gravedad de la depresión en la población adulta de todas las edades impactadas por esta patología. Se puntúan nueve temas en una escala del 0 al 4, y ocho temas en una escala del 0 al 2. El punto de corte entre la ausencia de depresión y una posible depresión es de 6 (tabla 50). Los últimos cuatro síntomas no miden la intensidad de la depresión, sino que definen el tipo clínico de depresión o corresponden a síntomas raros. Se requieren aproximadamente de 15 a 20 minutos para completarlo. El coeficiente Alfa de Cronbach para la fiabilidad del instrumento es de 0,806 (Rubio *et al.*, 2018).

Tabla 50. Escala de Hamilton para Evaluar Depresión.

Escala de Hamilton para Depresión



1. Humor deprimido (Tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	<p>0. Ausente</p> <p>1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado.</p> <p>2. Estas sensaciones se relatan oral o espontáneamente.</p> <p>3. Sensaciones no comunicadas verbalmente; es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto.</p> <p>4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación de verbal y no verbal de forma espontánea.</p>
2. Sensación de culpabilidad	<p>0. Ausente.</p> <p>1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.</p> <p>2. Ideas de culpabilidad o meditación sobre errores pasados o malas acciones.</p> <p>3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.</p> <p>4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.</p>
3. Suicidio	<p>0. Ausente.</p> <p>1. Le parece que la vida no vale la pena de ser vivida.</p> <p>2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse.</p> <p>3. Ideas de suicidio o amenazas.</p> <p>4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se clasifica 4).</p>
4. Insomnio precoz	<p>0. No tiene dificultad para dormirse.</p> <p>1. Se queja de dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora.</p> <p>2. Se queja de dificultades para dormirse cada noche.</p>
5. Insomnio medio	<p>0. No hay dificultad.</p> <p>1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.</p> <p>2. Esta despierto durante la noche -cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar).</p>
6. Insomnio tardío	<p>0. No hay dificultad.</p> <p>1. Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir.</p> <p>2. No puede volverse a dormir si se levanta de la cama.</p>



7. Trabajo y actividades	<p>0. No hay dificultad.</p> <p>1. Ideas y pensamientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones.</p> <p>2. Perdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo -manifestado directamente por el enfermo o Indirectamente por desatención, indecisión y vacilación (siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades).</p> <p>3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad. En el hospital, clasificar en 3 si el paciente no dedica por lo menos tres horas al día a actividades relacionadas exclusivamente con las pequeñas tareas del hospital o aficiones.</p> <p>4. Dejo de trabajar por la presente enfermedad. En el hospital, clasificar 4 si el paciente no se compromete con otras actividades más que a las pequeñas tareas, o si no puede realizar éstas sin ayuda.</p>
8. Inhibición	<p>0. Palabra y pensamiento normales.</p> <p>1. Ligero retraso en el diálogo.</p> <p>2. Evidente retraso en el diálogo.</p> <p>3. Diálogo difícil.</p> <p>4. Torpeza absoluta.</p>
9. Agitación	<p>0. Ninguna.</p> <p>1. Juega con sus manos, cabellos, etc.</p> <p>2. Se retuerce las manos, se muerde las unas, se tira de los cabellos, se muerde los labios, etc.</p>
10. Ansiedad psíquica	<p>0. No hay dificultad.</p> <p>1. Tensión subjetiva e irritabilidad.</p> <p>2. Preocupación por pequeñas cosas.</p> <p>3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.</p> <p>4. Temores expresados sin preguntarle.</p>
11. Ansiedad somática	<p>0. Ausente Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como:</p> <p>1. Ligera. GI -Boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos.</p> <p>2. Moderada Cardiovasculares -palpitaciones, cefalalgias.</p> <p>3. Severa. Respiratorios -hiperventilación, suspiros.</p>



19. Despersonalización y falta de realidad	1. Ligera. M (rodear M o T) 2. Grave. T 0. Ausente. 1. Ligera. Como: Sensación de Irrealidad. 2. Moderada. Ideas nihilistas. 3. Grave. 4. Incapacitante.
20. Síntomas paranoides	0. Ninguno. 1. Sospechosos 2. Leve
21. Síntomas obsesivos y compulsivos	0. Ausentes 1. Ligeros 2. Graves
22. Otros síntomas (especificar)	0. Ausentes 1. Ligeros
Puntaje total	

Interpretación de resultados	
Resultado de incisos 1-18	
<6	Sin depresión
>6	Posible depresión

Fuente: UNAM (2018).

Escala de Hamilton Para la Ansiedad

Esta escala (*tabla 51*) clasifica el nivel de ansiedad de un individuo. Alfa de Cronbach: 0,79 – 0,86. Y en la *tabla 52*, se explica la interpretación de los resultados. (Rubio *et al.*, 2018).

Tabla 51. *Escala de Ansiedad de Hamilton*

Escala de Ansiedad de Hamilton		
Rubro	Síntoma	Puntuación



1	Humor ansioso	Inquietud, espera de lo peor, aprehensión (anticipación temerosa, irritabilidad.	0	1	2	3	4
2	Tensión	Sensación de tensión, fatigabilidad, sobresaltos, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar, incapacidad de relajarse.	0	1	2	3	4
3	Miedo	A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a la multitud.	0	1	2	3	4
4	Insomnio	Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, sueño penoso, pesadillas, terrores nocturnos.	0	1	2	3	4
5	Funciones intelectuales	Dificultad en la concentración, mala memoria	0	1	2	3	4
6	Humor depresivo	Falta de interés, no disfrutar ya con los pasatiempos, tristeza, insomnio de madrugada, variaciones de humor durante el día	0	1	2	3	4
7	Síntomas somáticos (musculares)	Dolores y cansancio muscular, rigidez, sacudidas mioclónicas, chirrido de dientes, voz poco firme, tono muscular aumentado.	0	1	2	3	4
8	Síntomas somáticos generales (sensoriales)	Zumbido de oídos, visión borrosa, sofocos, o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormiguelo.	0	1	2	3	4
9	Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latido vasculares, sensación de desmayo, extrasístoles.	0	1	2	3	4
10	Síntomas respiratorios	Peso u opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11	Síntomas gastrointestinales	Dificultad para deglutir, meteorismo, dolor abdominal, náusea, vómitos, borborigmo, sensación de estómago vacío, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12	Síntomas genitourinarios	Micciones frecuentes, urgencia de micción, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz. Pérdida del apetito sexual, disfunción eréctil.	0	1	2	3	4
13	Síntomas del sistema nervioso vegetativo	Boca seca, accesos de rubor, palidez, transpiración excesiva, vértigo, cefalea por tensión, eretismo piloso.	0	1	2	3	4
14	Comportamiento durante la entrevista	Agitado, inquieto o dando vueltas, manos temblorosas, ceño fruncido, facies tensa, suspiros o respiración agitada, palidez, tragar saliva, eructos, rápidos movimientos de los tendones, midriasis, exoftalmos.	0	1	2	3	4

Fuente: UNAM (2018).

Tabla 52. Interpretación de Resultados de la Escala de Ansiedad de Hamilton

Interpretación de Resultados



<6 puntos	Sin ansiedad
6-16	Ansiedad leve
17-24	Ansiedad moderada
>24	Ansiedad severa

Fuente: UNAM (2018).

A partir de 16 puntos de calificación, se establece la presencia de un trastorno de ansiedad de moderada intensidad que requiere tratamiento (véase tabla 51). Si la suma total en esta escala es igual o mayor a 6 puntos, es posible que esté padeciendo un trastorno de ansiedad (Vargas *et al.*, 2020).

Escala de Zarit

La Escala de Zarit consta de 22 preguntas (véase tabla 53) y se diseñó para evaluar la carga del cuidador. El coeficiente Alfa de Cronbach para la fiabilidad de la escala es de 0,92. Cada respuesta se puntúa en una escala del 1 al 5, y luego se suman los puntos obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Menor o igual a 46: ausencia de sobrecarga / 47-55: sobrecarga ligera / Mayor o igual a 56: sobrecarga intensa (Zamudio *et al.*, 2018).

Tabla 53. Escala de Zarit

Escala de Zarit						
Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación				
		Nunca (1)	Rara vez (2)	Algunas veces (3)	Bastantes veces (4)	Casi siempre (5)
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?					
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?					
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					



6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?					
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?					
8	¿Siente que su familiar depende de usted?					
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?					
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?					
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?					
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?					
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?					
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?					
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?					
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?					
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?					
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?					
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?					
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?					



Puntuación total	
------------------	--

Fuente: UNAM (2018).

Escala de Evaluación de Lawton y Brody

La escala de Lawton y Brody (*tabla 54*) se utiliza para medir el grado de independencia en las personas mayores, proporcionando información valiosa para una posible intervención. El coeficiente Alfa de Cronbach para la fiabilidad de la escala es de 0,96. Se evalúan actividades instrumentales de la vida diaria, capacidad de toma de decisiones y resolución de problemas (Martínez, 2019).

Tabla 54. *Escala de Evaluación de Lawton y Brody*

Escala De Evaluación De Lawton Y Brody	
1	Capacidad para usar el teléfono
	Utiliza el teléfono por iniciativa propia 1
	Es capaz de marcar bien algunos números familiares 1
	Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar 1
	No utiliza el teléfono 0
2	Hacer compras
	Realiza todas las compras necesarias independientemente 1
	Realiza independientemente pequeñas compras 0
	Necesita ir acompañado para cualquier compra 0
	Totalmente incapaz de comprar 0
3	Preparación de la comida
	Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente 1
	Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes 0
	Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada 0
	Necesita que le preparen y sirvan las comidas 0
4	Cuidado de la casa
	Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) 1



Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de casa	1
No participa en ninguna labor del cas	0
5 Lavado de ropa	
Lava por sí solo toda la ropa	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
Total	

Fuente: Ortega *et al.* (2018).

Resultados

Puntúan 1 (la persona realiza tareas de forma independiente)

1. 0: Dependiente.
2. 5: Independencia absoluta

Test de Audit (Alcohol Use Disorder Identification Test)

El cuestionario de identificación de los trastornos debido al consumo de alcohol se utiliza para detectar el consumo de alcohol problemático. Realizar un cribado del consumo de alcohol en atención primaria brinda la oportunidad de educar a los pacientes sobre los niveles de consumo de bajo riesgo y los peligros asociados (tabla 55, 56). Ayuda a los clínicos a identificar a las personas que podrían beneficiarse de reducir o dejar de consumir alcohol. El coeficiente Alfa de Cronbach para la fiabilidad del cuestionario es de 0,879. Puede administrarse como una entrevista oral o como un cuestionario escrito y requiere de 2 a 4 minutos para completarse, con una interpretación que se puede hacer en menos de un minuto (Paredes *et al.*, 2019).

Tabla 55. *Test de AUDIT.*

Test de AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test)	
Indicador	



1	¿Con qué frecuencia toma alguna "bebida alcohólica"?	Nunca	Menos de 1 vez al mes	2 o 3 veces al mes	2 o 3 veces semana	4 o más por semana
2	¿Cuántas "bebidas alcohólicas" suele tomar durante un día de consumo normal?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 o más
3	¿Con qué frecuencia tomas seis o más "bebidas" en una sola ocasión?	Nunca	Menos de 1 vez al mes	2 o 3 veces al mes	2 o 3 veces semana	4 o más por semana
4	¿Con qué frecuencia en el curso del último año se ha sentido incapaz de parar de beber una vez que habla empezado?	Nunca	Menos de 1 vez al mes	2 o 3 veces al mes	2 o 3 veces semana	4 o más por semana
5	¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted debido a la bebida?	Nunca	Menos de 1 vez al mes	2 o 3 veces al mes	2 o 3 veces semana	4 o más por semana
6	¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber por la mañana para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de 1 vez al mes	2 o 3 veces al mes	2 o 3 veces semana	4 o más por semana
7	¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de 1 vez al mes	2 o 3 veces al mes	2 o 3 veces semana	4 o más por semana
8	¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que le sucedió la noche anterior porque habla estado bebiendo?	Nunca	Menos de 1 vez al mes	2 o 3 veces al mes	2 o 3 veces semana	4 o más por semana
9	¿Usted u otra persona ha sufrido algún daño como consecuencia de que usted hubiera bebido?	No	Sí, pero no en el último año	Sí, durante el último año		
10	¿Algún pariente, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado su preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?	No	Sí, pero no en el último año	Sí, durante el último año		

Fuente: Medina *et al.* (2019)



Tabla 56. Interpretación del Test de AUDIT.

Valoración del riesgo	Puntaje en el AUDIT	
	Hombres	Mujeres
No hay problemas relacionados con el alcohol	0-7	0-5
Bebedor en riesgo	8-19	6-19
Problemas físico-químicos con la bebida y probable dependencia alcohólica	20-40	20-40

Fuente: Medina *et al.* (2019)

15. Influencia de los Factores Sociales en el Proceso de Salud y Enfermedad.

Definición

Los determinantes son un “conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan la salud de las personas o poblaciones” (OMS, 1998). Estos factores engloban prácticas de vida saludables, estilos de vida, nivel socioeconómico, educación, empleo y condiciones laborales, acceso a servicios de salud adecuados y entorno físico. En conjunto, estos elementos generan diversas condiciones de vida que ejercen una influencia significativa en la salud. Los cambios en estos estilos de vida y condiciones de vida, que influyen en la salud, se consideran resultados intermedios de salud (Balcázar *et al.*, 2019).

El Ministerio de Salud de Canadá propuso un marco integral para los determinantes de salud, hasta el momento son 12, pero esta lista puede evolucionar a medida que avance la investigación en salud de las personas. Estos forman parte del enfoque de salud de la población, que abarca una amplia gama de factores y condiciones individuales y colectivas, así como sus interacciones, que se ha demostrado que están correlacionadas con el estado de salud. Comúnmente conocidos como "**determinantes de salud**", estos factores incluyen:

1. Ingreso y estatus social
2. Redes de apoyo social
3. Educación
4. Empleo y condiciones laborales
5. Entornos sociales y físicos
6. Prácticas de salud personal y habilidades de autocuidado
7. Desarrollo infantil saludable
8. Biología y predisposición genética
9. Servicios de salud
10. Género y cultura (Barrancos *et al.*, 2018).

En el año 2003, la Organización Mundial de la Salud (OMS) Regional Europa publicó la segunda edición de "Los Determinantes Sociales de la Salud", en la cual se presentaron varios determinantes que influyen en la salud. A continuación, se analizan las características de cada uno de ellos, estableciendo una comparación entre los determinantes establecidos por el Ministerio de Salud de Canadá y la OMS (González, 2005).



Gradiente Social - Ingreso y Estatus Social

El estatus social se alude a la posición relativa de una persona en la sociedad y afecta su salud al determinar el grado de control que tienen sobre las circunstancias de vida. Las personas con una posición social alta y mayores ingresos tienen cierta protección contra enfermedades.

El gradiente social muestra que a medida que se desciende en el nivel social, la expectativa de vida disminuye y la frecuencia de enfermedades aumenta. Incluso las personas de clase social alta pueden experimentar efectos en su salud debido a factores materiales y psicosociales (Gutiérrez *et al.*, 2019).

Condiciones de Trabajo - Empleo y Desempleo

Aquellas personas que tienen más control sobre las circunstancias de su trabajo y se enfrentan a menos demandas estresantes tienden a tener mejor salud y una mayor esperanza de vida en comparación con aquellas que tienen trabajos más arriesgados o estresantes. Los riesgos y lesiones laborales son una causa significativa de problemas de salud.

La seguridad en el empleo contribuye a la salud, el bienestar y la satisfacción laboral, mientras que la inseguridad laboral aumenta el riesgo de problemas de salud mental, mala salud autor reportada y enfermedades cardíacas (Cubiella *et al.*, 2018).

Apoyo Social - Redes sociales de Apoyo

Contar con una red social de apoyo implica tener familiares o amigos disponibles en momentos de necesidad y sentirse valioso para brindar apoyo cuando otros lo necesiten. El apoyo de familiares, amigos y comunidades está relacionado con una mejor salud y actúa como un amortiguador en diversas áreas, como la salud psicológica, la salud física, la percepción de salud y la gestión de enfermedades y dolencias. Las personas con menos apoyo social y emocional experimentan menos bienestar, más depresión y un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo y enfermedades crónicas (Gutiérrez *et al.*, 2019).

Desarrollo Infantil Saludable

Las experiencias prenatales y de la primera infancia tienen un impacto poderoso en las habilidades futuras de las personas para cuidarse y en su bienestar. Los niños nacidos en familias de pocos recursos tienen más probabilidades de tener bajo peso al nacer, consumir alimentos menos nutritivos y enfrentar dificultades sociales a lo largo de su ciclo vital. Un desarrollo infantil saludable implica una buena salud física, incluyendo una nutrición adecuada, un desarrollo físico,



mental y social apropiado para la edad, la capacidad de establecer conexiones sociales efectivas, habilidades adaptativas para manejar el estrés, control sobre las elecciones de vida, un sentimiento de pertenencia y autoestima. La salud en la edad adulta tiene sus bases en el período prenatal y en la primera infancia (Gutiérrez *et al.*, 2019).

Modelos de la Determinación Social de la Salud

En los últimos quince años, se han realizado varios modelos que buscan mostrar cómo los determinantes sociales influyen en los resultados de salud, y que establecen relaciones explícitas entre los diferentes tipos de determinantes de salud. Algunos de estos modelos incluyen el enfoque de *Laframboise - Lalonde (1974)*, el modelo propuesto por *J. Frenk (1991)* y el modelo de *Dahlgren - Whitehead (1991)*.

Informe Lalonde

Se publicó en 1974, es considerado el modelo más importante y estableció un marco conceptual para los factores clave que parecían establecer el estado de salud. Estos factores incluían la biología humana (carga genética y envejecimiento), el medio ambiente (contaminación física, química, biológica, social y cultural), los estilos de vida y comportamientos relacionados con la salud (consumo de drogas, sedentarismo, estrés, violencia) y el sistema de atención médica (tipo de servicios de salud, equidad y utilización).

A pesar de la aparición de nuevos modelos de determinantes de salud, el modelo de Laframboise sigue siendo considerado en la actualidad como un marco de trabajo adecuado para analizar problemas y diseñar políticas de salud (Irigoyen, 2006).

Modelo propuesto por Dahlgren - Whitehead

Se fundamenta en una perspectiva socioeconómica o de múltiples niveles de los determinantes de salud. Explica cómo las desigualdades sociales en salud surgen de las interacciones entre diversos niveles de factores causales, que van desde el individuo y las comunidades hasta las políticas de salud a nivel nacional. Este enfoque reconoce la influencia de factores sociales, económicos y políticos en la salud de las poblaciones y destaca la importancia de abordar las desigualdades sociales para mejorar los resultados de salud (López-Ortiz, 2022).



Modelo de Julio Frenk

Propone los determinantes en tres dimensiones generales (descrito en figura 24).

Figura 24. Modelo de Julio Frenk



Fuente: UNAM (2018).

16. Factores que Aumentan o Disminuyen el Riesgo a Nivel Individual, Familiar y Comunitario

Riesgo: Contingencia o continuidad de un daño. El riesgo es la probabilidad de que una inminencia se vuelva una catástrofe. La fragilidad o las amenazas, por sí solas, no simbolizan un peligro, pero al juntarse, se vuelven un riesgo, es decir, en la probabilidad de que ocurra un desastre. Riesgo es una disposición que manifiesta la probabilidad de que suceda un daño a la salud. En un sentido más exacto, esta palabra es usada para mostrar la posibilidad que tienen las personas expuestas a ciertos factores de riesgo de producir un daño a su salud (Medina *et al.*, 2019).

Historia Clínica Familiar

Factores de Riesgo

Un factor de riesgo es una característica o condición que muestra una asociación demostrable con un mayor riesgo de sufrir una enfermedad o accidente, ya sea a nivel individual o grupal. Estos factores pueden incluir antecedentes clínicos, condiciones actuales del paciente o su familia, que, aunque no estén presentes en el momento actual, pueden estar relacionados con un deterioro de la salud. Estos factores abarcan tanto características cualitativas como cuantitativas de los agentes patógenos, los huéspedes y el entorno en el contexto de la ecología de la enfermedad. Pueden ser biológicos (edad y género), ambientales (calidad del agua, contaminación, etc.), socioculturales (educación, cultura, hábitos), económicos (ingresos, empleo), relacionados con el estilo de vida (tabaquismo, actividad física) o asociados a los servicios de salud (oportunidad y calidad de los servicios médicos). Los factores de riesgo son identificables y visibles antes de que ocurra el evento que predicen; son precisos para ciertos daños. Pueden ser los problemas que la familia reconoce o los que el equipo de salud identifica, incluyendo eventos críticos y fenómenos que representan un riesgo para otros problemas relacionados. El enfoque de riesgo permite que los servicios de salud identifiquen y seleccionen a la población de alto riesgo, con el objetivo de actuar de manera oportuna y brindar una atención prioritaria a aquellos que lo necesitan. De esta manera, el enfoque médico integral de la familia debe abarcar las siguientes etapas relacionadas con los factores de riesgo. (Pavón *et al.*, 2019).

Identificación: Realizando entrevistas a cualquier familiar en la oficina o visitando los hogares para investigar el hábitat familiar, se puede realizar un inventario de los factores de riesgo del



hogar para determinar el daño a la salud frente a los factores que lo limitan en el entorno. Las actualizaciones de la información son constantes y cualquier cambio en las variables debe capturarse dinámicamente. Este proceso incluye los siguientes aspectos:

- Identificar eventos críticos del progreso y adventicias.
- Crear una relación de factores de riesgo.
- Detectar esquemas de identificación y resolución de problemas en la familia.
- Calificar la función de la familia.
- Evaluar la red de apoyo con la que cuenta la familia (Medina *et al.*, 2019).

Jerarquización: Los factores de riesgo identificados deben estar relacionados con los problemas o daños que pueden causar a la salud de la familia. Los parámetros de calificación son los siguientes:

- **Magnitud:** El tamaño del impacto, la urgencia o el alto riesgo que representa el factor identificado para la salud integral de la familia se debe considerar. Es necesario clasificar y dar prioridad al factor de riesgo por el que la persona necesitaría ayuda.
- **Trascendencia:** Al no atenderse el factor de riesgo, se puede crear un daño a la salud familiar por un periodo de tiempo determinado (Mérida *et al.*, 2018).

Después de evaluar cada uno de los factores de riesgo utilizando criterios de magnitud y relevancia, se deben sumar las puntuaciones para obtener un total de cada factor. Luego, se ordenan de mayor a menor puntuación. Esto se realiza con el propósito de identificar y comprender las posibilidades de intervención de los servicios de salud, así como la intensidad y dirección de las acciones que se pueden llevar a cabo. A continuación, los factores de riesgo jerarquizados se someten a parámetros relacionados con:

- **Vulnerabilidad:** Son las técnicas y procedimientos más adecuados para atacar a los factores de riesgo.
- **Factibilidad:** Que tan capaces somos de impactar sobre los factores de riesgo con la disponibilidad de recursos que contamos (Carro, 2008).

Así, cada uno de los factores de riesgo ya calificados con estas medidas se suma para obtener una puntuación final. Los factores de riesgo que tienen como calificación una muy alta magnitud y trascendencia, pero por otra parte cuentan con vulnerabilidad y factibilidad baja para poder manejarse en el primer nivel de atención, hacen que se tenga en cuenta su referencia pertinente a otro nivel de atención, sin embargo, siempre el médico familiar deberá proseguir manejando el resto de los factores de riesgo del total de la familia (Romero *et al.*, 2019).



Objetivos: Ya que se lleva a cabo el proceso antes mencionado, se deben plantear objetivos a las actividades que se pueden realizaren el primer nivel de atención, todo esto se va a planear en base a los recursos disponibles en la familia (carro, 2008).

Actividades preventivas: La ciencia y arte de prevención de las enfermedades es llevada a cabo mediante la medicina preventiva, también se encarga de realizar distintas planeaciones para alargar la vida, promover la salud y la eficiencia física y mental. Está establecida por la interacción de la tríada ecológica: agente, huésped y ambiente, y está abarca los tres niveles: prevención primaria, secundaria y terciaria (Satir, 1976).

Una vez investigados los FR, deben emplearse las medidas de prevención primaria para impedir que la incitación de la enfermedad se lleve a cabo, esto por su parte, se compone de dos niveles

- Promoción a la salud.
- Protección específica.

Factores Protectores

Se compone de una sería de características biológicas, psicológicas y sociales, las cuales con su presencia facilita el desarrollo, permite la expresión de potencialidades y bloquea el impacto de algunos factores de riesgo del individuo y la familia (Tranche *et al.*, 2021).

Entrevista Familiar

Objetivos de la primera entrevista: Se define como la relación y el contexto de la intervención.

Aquí se refleja la actitud en general y el alcance o conocimiento que genera el terapeuta.

Etapas: Primer contacto con la familia, la pre-sesión, la sesión, la post-sesión.

Resiliencia

En la actualidad, distintos grupos profesionales en diversos estudios y países han tratado de sistematizar experiencias y construir el proyecto internacional de resiliencia diseñado e implantado por *Grotberg* por el cual se ha obtenido información sobre las familias y los niños de 21 países. *Werner*, logró marcar un hito, pues él logro estudiar a un grupo de personas desde el nacimiento hasta llegar a los 40 años, en donde se observaba que alguno de esos niños estaba condenados a presentar algún tipo de problemas en el futuro considerando todos los factores de riesgo que tenían, por ejemplo: pobreza extrema, madres solteras, adolescentes, pertenecer a grupos étnicos postergados, además de tener el antecedente de haber sido de bajo peso al nacer. Sin embargo, se pudo observar que, estos niños pudieron llegar a ser adultos de éxito, con



buenas familias a pesar de ser vulnerables, lo lograron, por eso se cambió la perspectiva del término a resiliencia (Zamudio *et al.*, 2018).

Resiliencia: proviene del latín “resiliere, saltar hacia atrás” y se refiere a la elasticidad, a la propiedad de volver a la forma, el tamaño o el estado previo después de una deformación. Se adoptó este término por las ciencias sociales para definir a aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en malas condiciones o que presentan alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y logran ser socialmente exitosos (Moreno *et al.*, 2019).

- **Grotberg:** es la capacidad que puede crear el ser humano, enfrentando las adversidades de la vida, superarlas y transformarlas por la misma persona.
- **Suárez Ojeda:** Nos menciona que es la combinación de factores que permiten a un niño o a un ser humano en general, a afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida y construir sobre ellos (Medina *et al.*, 2019).

Indicadores que consistentemente se han identificado como características de las personas resilientes:

Competencia social: incluye varios elementos, uno de ellos, es la capacidad que tiene como respuesta al hacer contacto con otros seres humanos y generar más respuestas positivas en las otras personas, esto también incluye distintas cualidades, entre ellas la de estar listo para responder ante cualquier estímulo, preferencialmente a comportamientos en favor de la sociedad.

Sentido del humor: Es la capacidad de poder lograr alivio al reírse de las propias desgracias y encontrar distintas maneras de ver las cosas, los cuales tienden a establecer relaciones más positivas con los otros (Martínez, 2019).

Resolución de problemas: Conlleva la habilidad para pensar reflexivamente y flexiblemente, y la posibilidad de pretender soluciones nuevas para problemas cognitivos, así como también problemas sociales. Esta búsqueda es acompañada frecuentemente de otra característica que es la perseverancia, el intentar una y otra forma para resolver las circunstancias presentadas. Estas personas tienen o logran la capacidad de poder jugar con ideas y sistemas filosóficos que les permiten planificar, con el fin de utilizar lo vivido, para así aprender y lograr circunstancias más favorables (Ovejas *et al.*, 2020).

Autonomía: Identidad propia del ser humano, destreza para actuar independiente y controlar algunos factores del ambiente. Capacidad para separarse y ponerse psicológicamente lejos del problema (padres alcohólicos o con enfermedad mental), logrando un distanciamiento adaptativo. Con esto se logra crear un espacio protector o zona de seguridad, para el desarrollo de la autoestima y de la habilidad para poder obtener metas fructuosas (Pavón *et al.*, 2019).



Sentido de propósito y de futuro: Factores protectores, expectativas de crecimiento, fe y esperanza en un futuro mejor, esto es, la certeza de que yodo va a salir bien, aspiraciones educacionales y anhelo de un futuro mejor.

Debería encontrarte en todos los ambientes posibles (familia, escuela, sociedad, institución) personas capaces de fomentar la resiliencia. Si eso existiera, nos fomentarían cualidades de responsabilidad, independencia y autonomía y esto avalaría nuestra esperanza para superación y capacidad para sobrevivir a experiencias no favorables.

Debemos de identificar:

- Factores de riesgo a los que la persona está expuesta
- Factores de riesgo de protección con lo que cuenta la persona
- Factores de resiliencia que las personas muestran
- Indicadores de resiliencia que deseamos estimular

Recursos familiares

Son todo el capital que pueda tener una familia, refiriéndonos a los recursos financieros y también los valores, el pensamiento, los hábitos, costumbres, todo lo que beneficie al desarrollo integral de la familia.



17. Genograma

Historia

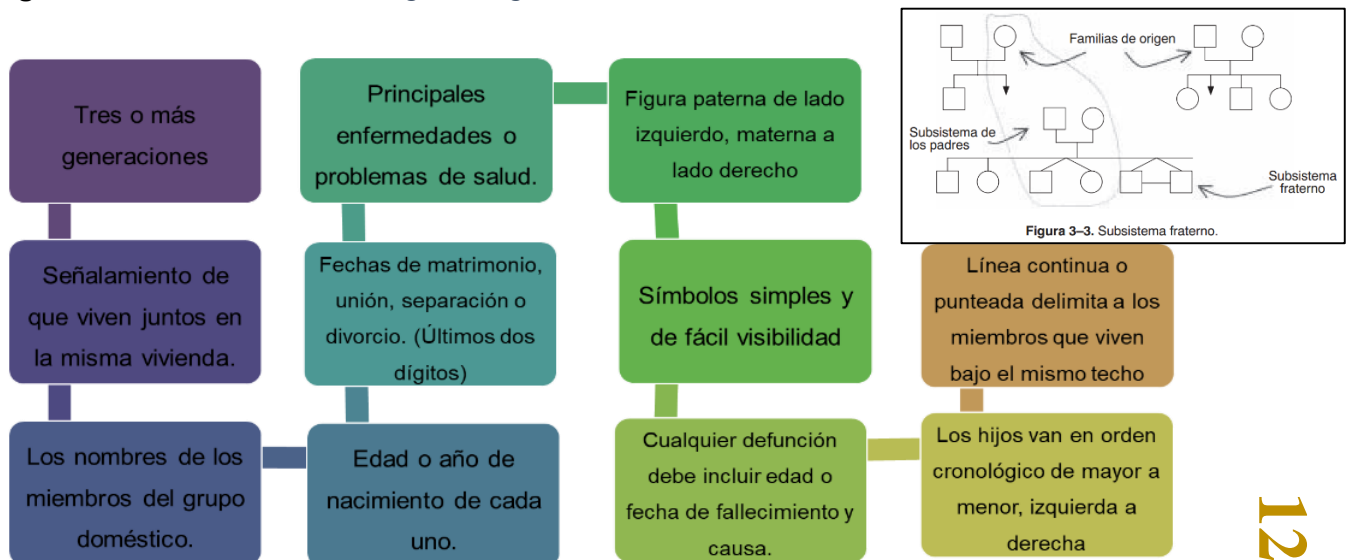
Fue creado por Murray Bowen en 1978 con el propósito de representar de manera visual y concisa una amplia gama de información relacionada con las principales características y las interacciones de un grupo familiar. En 1978, Datz lo introdujo en México.

Definición

El genograma es una herramienta clínica flexible que puede ser utilizada por los médicos de familia para integrar información sobre la familia del paciente, permitiendo una atención más efectiva (véase figura 25). Se representa gráficamente en forma de árbol genealógico y muestra datos básicos sobre la estructura familiar, características demográficas de los miembros y las relaciones entre ellos a lo largo de tres generaciones. (Balcázar *et al.*, 2018).

Según Revilla, se trata de una representación gráfica que utiliza símbolos para recopilar, registrar, relacionar y presentar categorías de información del sistema familiar en un momento específico de su evolución, y se utiliza para resolver problemas clínicos. Es un instrumento que refleja simultáneamente datos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con el paciente. Se recomienda que su elaboración sea sencilla y concisa, de modo que proporcione información de manera clara a simple vista. Cada generación se identifica con un número romano, y se utiliza un esquema de tres o más generaciones en el árbol genealógico. I. Los padres de la pareja, maternos y paternos (familias de origen). II. Hermanos de cada pareja. III. Hijos de la pareja (Familia de procreación) (González, 2005).

Figura 25. Elementos del árbol genealógico



Fuente: Huerta (2005).

Fases

La construcción de un genograma familiar (Estructural o Socio-dinámico), está compuesta por tres situaciones:

- Trazado de la estructura familiar
- Recogida de la información básica sobre la familia
- Delineado de las relaciones familiares (Barreto *et al.*, 2019).

Genograma Esquelético (Básico)

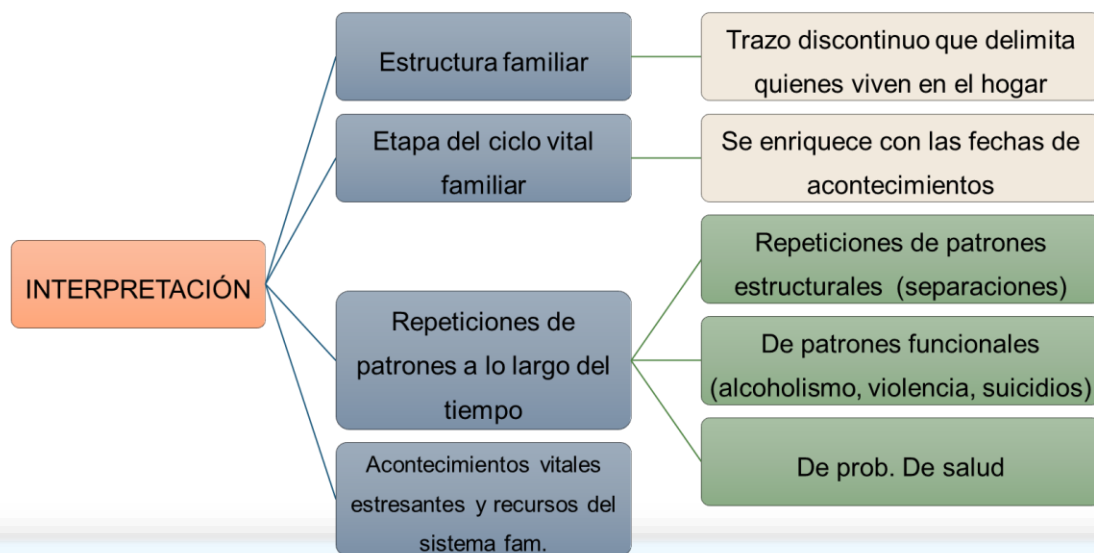
El genograma requiere entre 5 y 20 minutos en promedio para completarse y se enfoca en cuestionamientos sobre la estructura familiar, eventos familiares significativos y la historia de problemas de salud familiar (figura 26). Puede ser realizado mientras se realiza una historia familiar tradicional.

Cuando se trata de visitas iniciales con familias extensas o familias compuestas, es recomendable limitar el genograma a solo dos generaciones o a los miembros de la familia que tienen problemas de salud significativos y una historia familiar de problemas de salud (Hernández *et al.*, 2022).

Genograma Extenso

Cuando se enfrenta a pacientes o familias con problemas clínicos importantes, se realizan genogramas que se centran en patrones de relación de tres generaciones y generalmente requieren de 20 a 30 minutos para completarse (Juárez, 2020).

Figura 26. Interpretación del genograma



Fuente: Huerta (2005).








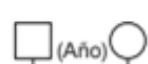


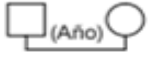


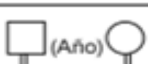



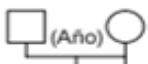




Símbolos

Los símbolos utilizados en el genograma se dividen en dos categorías:

- Genograma estructural: representa la anatomía del sistema familiar, incluyendo sus componentes y las características que los identifican (figura 27). Es el componente verificable e independiente de quien lo describe. Sirve como punto de partida para enfoques multidisciplinarios e incluye simbología, nombres, religión, estado civil, nivel educativo, ocupación y diagnóstico (UNAM., 2018).
- Genograma sociodinámico o funcional: también conocido como mapa de relaciones, es un registro de las interacciones más significativas entre el paciente y los miembros de su sistema familiar. El médico debe identificar las relaciones relevantes para los objetivos planteados y solo se dibujan esas. Incluye simbología (figura 28), nombres y relaciones familiares (López-Ortiz, 2022).

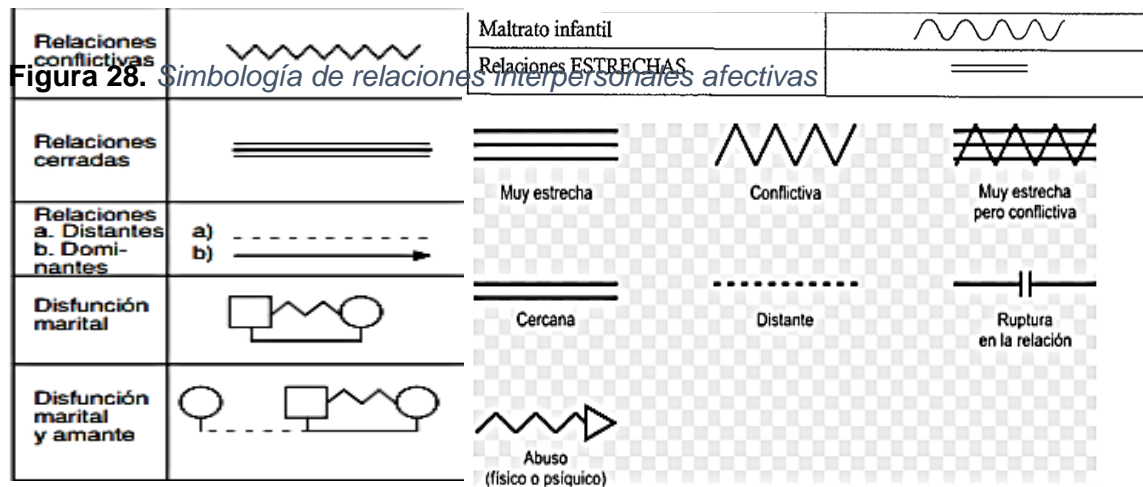
En la actualidad, existe una simbología propuesta por el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, que es el resultado de las propuestas de profesores de medicina familiar e incluye elementos de interacción, así como recomendaciones para el diseño de genogramas de Gómez-Clavelina (Martínez *et al.*, 2019).

Figura 27. Simbología de la Estructura Familiar y asociada con problemas de salud

Sexo	 Femenino  Masculino  Indefinido	Divorcio		Aborto	 Espontáneo  Inducido
Adopción		Separación		Muerte	 
Matrimonio		Vínculo ascendente		Embarazo	
Matrimonio entre consanguíneos		Vínculo descendente		Paciente identificado	 
Matrimonio sin embarazos ni hijos		Gemelos	a)  b) 	Óbito	
Unión libre					

Fuente: Huerta (2005).





Fuente: Huerta (2005).

Utilidad del Genograma

En la atención individual, el genograma es una herramienta que permite resumir datos como antecedentes familiares, datos demográficos, estructura familiar, etapa del ciclo vital y eventos importantes como fallecimientos y situaciones laborales. También proporciona información sobre miembros adicionales de la familia que no acuden a la consulta, pero pueden requerir intervención médica. En la atención familiar, el genograma amplía la información obtenida y facilita la colaboración en posibles modificaciones en el entorno familiar. También es útil para detectar problemas relacionales ocultos que puedan estar afectando la salud del paciente identificado véase *tabla 57* (Pavón *et al.*, 2019).

Explora diferentes puntos de vista:

- Biológico: se observan patrones repetitivos de enfermedad o factores de riesgo
- Psicológico: se analizan actitudes hacia la enfermedad o la vida, tendencias suicidas y depresión.
- Social: abarca estilos de vida, funcionamiento y estructura familiar. El genograma es útil para registrar datos sobre la composición familiar, así como la organización y dinámica de la familia, antecedentes hereditarios y posibles problemas de salud en cada miembro del grupo (moreno *et al.*, 2019).



Ventajas

Tabla 57. *Ventajas del Genograma.*

VENTAJAS DE LOS GENOGRAMAS	
Preservación de un Registro Médico Sistemático	Lectura facilitada, formato gráfico
	Identifican pautas generacionales, biomédicas y psicosociales
	Evalúan relaciones entre el entorno familiar y la enfermedad
Establecimiento de una Relación Armónica	Vía no amenazante para obtener información emocionalmente cargada
	Demuestra interés en el paciente y familiares
	Reestructura problemas presentes
Manejo médico y medicina preventiva	Ponen de relieve apoyos y obstáculos para la cooperación
	Identifican eventos que pueden afectar el dx y tx
	Identifican pautas de enfermedad, facilitan la educación del paciente

Fuente: Huerta (2005).

18. Bioética y profesionalismo en la práctica médica

Conceptos y generalidades

Definición de ética: Es una rama de la filosofía que estudia el comportamiento o el reflejo del comportamiento en respuesta a la libertad, la conciencia y la racionalidad humana. (Mérida, et al, 2018).

Definición de moral: Es un conjunto de normas que regulan y determinan el comportamiento de las personas en sociedad (véase tabla 58).

Tabla 58. *Diferencia entre ética y moral*

Ética	Moral
Procede del griego	Procede del latín
Es normativa	Es descriptiva
Optativo	Imperativo
Reflexión	Construcción social
Relativa	Absoluta
Tiene un origen interno en el hombre	Parte de las premisas sociales

Fuente: Medina *et al.* (2019).

Definición de deontología: La parte de la ética que trata de los deberes, especialmente los que rigen la actividad profesional (Mérida, et al, 2018).

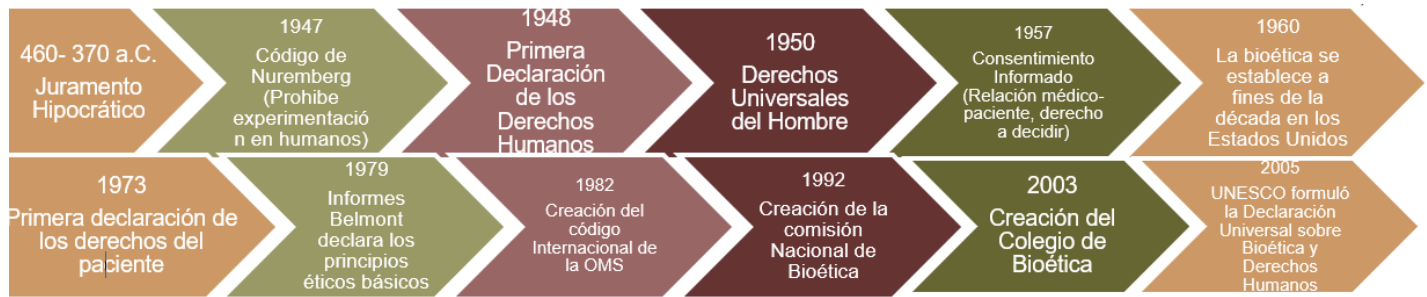
Definición de bioética: Es un estudio sistemático del comportamiento humano en las ciencias de la vida y la salud humana según los valores éticos (Moreno et al., 2019).

Clasificación de la Bioética:

1. General: examinar los fundamentos éticos y las fuentes de la literatura sobre la práctica profesional.
2. Especial: análisis de problemas sociales (médicos y biológicos).
3. Clínica: examinar la ética del comportamiento humano en las ciencias de la salud. En la figura 28 se exponen importantes acontecimientos históricos en el campo de la bioética.



Figura 29. Acontecimientos históricos en el campo de la bioética



Fuente: Moreno *et al.* (2019).

Profesionalismo en la Práctica Médica

Definición de Profesionalismo: Cultivar o explotar determinadas disciplinas, artes o deportes con ánimo de lucro.

Definición de profesionalismo médico: Un conjunto de principios, valores y comportamientos éticos y morales que respaldan el compromiso de los profesionales médicos para servir al público y garantizan la confianza de los individuos (Moreno *et al.*, 2019).

Principios fundamentales:

1. Primacía del bienestar del paciente: Se refiere al compromiso de servir a los intereses de los pacientes, construyendo relaciones médico-paciente con altruismo.
2. Respeto por la autonomía del paciente: Los pacientes deben poder tomar decisiones informadas sobre la dirección de su tratamiento.
3. Justicia social: La profesión debe promover la justicia en la atención de la salud, evitar cualquier forma de discriminación y promover la distribución equitativa de los recursos de salud.

Responsabilidades Profesionales:

- Competencias profesionales: Los médicos deben comprometerse con el aprendizaje para garantizar la calidad del servicio
- Honestidad con los pacientes: Esto significa que el médico proporciona información completa y veraz al paciente antes de aceptar iniciar el tratamiento.
- Confidencialidad: incluye mantener el secreto profesional y divulgar dicha información solo en circunstancias reguladas para proteger el interés público o los intereses de terceros.



- Mantener buenas relaciones con los pacientes: evitar relaciones médico-paciente que impliquen abuso y/o explotación
- La calidad de la atención: esto incluye hacer esfuerzos continuos para mejorar la calidad y mantener las habilidades, trabajar para reducir los errores médicos, mejorar la seguridad del paciente y mejorar el uso de dispositivos médicos y recursos de atención médica y los resultados de la atención.
- El acceso a los servicios de salud: Esto incluye trabajar por una buena cobertura y atención para todos, eliminando las barreras de acceso y promoviendo la salud pública y la prevención.
- Distribución justa de los recursos finitos: Esto implica la provisión de servicios de salud basados en un análisis costo-efectivo de los recursos clínicos (Pavón et al., 2019).
- Conocimiento científico: Implica el uso adecuado del conocimiento científico y tecnológico, el fomento de la investigación y la creación de nuevos conocimientos.
- Mantener la confianza manejando los conflictos de interés: Implica la obligación de reconocer y gestionar los conflictos de interés que surjan en el ejercicio de sus funciones y actividades profesionales, y de evitar los riesgos de su responsabilidad personal u organizativa en el trato con los médicos.
- Responsabilidad profesional: Los trabajadores de la salud están obligados a responder ante la sociedad y ante la ley por los actos que realicen en su ejercicio (Pavón et al., 2019).



19. Principios Éticos que son Relevantes en la Práctica Médica

Deontología y Axiología en Medicina

Deontología

Principios y normas éticas que inspiran y orientan la actividad profesional del médico (véase tabla 58). Proviene del griego (deontós, costumbre y logos, acuerdo). Son una estandarización de responsabilidades que algunos médicos se imponen en su actividad profesional (Rubio *et al.*, 2018).

Códigos Deontológicos

Conjunto de principios y reglas que han de guiar una conducta profesional, hablan de los deberes profesionales (tabla 58) y tienen como finalidad el garantizar la buena práctica de la profesión (Ruíz, 2019).

Códigos Deontológicos a Nivel Internacional

4. La Declaración de Ginebra (Juramento Hipocrático moderno).
5. La Declaración de Helsinki (normas de investigación médica en seres humanos).
6. La Declaración de Tokio (normas dirigidas a médicos para prevenir la tortura).
7. La Declaración de Taipéi (normas que abordan investigación de bases de datos y biobancos) (Ovalle *et al.*, 2019).

Códigos Deontológicos en México

1. Código de Conducta de la Secretaría de Salud (última revisión en febrero de 2018) (Tranche *et al.*, 2021).

Axiología en medicina

El término "axiología" proviene de las palabras griegas "axis" que significa "valor" y "logos" que significa "enseñanza o conocimiento". Algunos valores son: amor a la patria, incondicionalidad, solidaridad, integridad, humanismo, altruismo, honestidad, responsabilidad e intransigencia etc.

En la *tabla 59* se describen las diferencias entre la ética y la deontología profesional.



Tabla 59. *Ética Profesional vs Deontología Profesional*

Ética profesional	Deontología profesional
Orientada al bien	Orientada al deber
No normativa	Normas y códigos
Propone motivaciones	Exige actuaciones
Conciencia individual predominantemente	Aprobada por un colectivo de profesionales
Parte de la ética aplicada	Se encuentra entre la moral y el derecho.

Fuente: Moreno *et al.* (2019)

Principios Éticos que Intervienen en la Práctica Médica

- **No maleficencia:** Lo más importante, y esto significa que cualquier actividad médica primero debe tratar de no hacer daño, ya sea directa o indirectamente. Según Hipócrates: *Primum non nocere*, hacer el bien a los demás y evitar comportamientos nocivos para la salud y la vida (Vargas y Hernández, 2020).
- **Beneficencia:** Se refiere a que los actos médicos deben tener la intención de producir un beneficio para la persona en quien se realiza el acto, comprende la delimitación de los motivos de consulta, su adecuada valoración y la exploración física o procedimientos técnicos derivados de ellos el entrevistador se ha formulado una idea de aquello que le pasa al paciente; o bien, de la conducta más adecuada para llegar a un diagnóstico y/o a la prevención o tratamiento de sus problemas (Zamudio *et al.*, 2018).
- **Principio de Autonomía:** El principio de autonomía reconoce a toda persona como capaz de elegir, es decir, ejercer un derecho de opción y decisión, o dicho en otros términos un derecho subjetivo, pues tal es el corolario de los derechos de libertad, luego entonces bajo este principio se ha establecido el modelo de autonomía combinada en el ejercicio médico, bajo el cual coinciden dos libertades la prescriptiva que tiene el profesional de la salud, a fin de optar entre las diversas alternativas reconocidas en la *lex artis ad hoc*, y la libertad terapéutica, merced a la cual el paciente puede aceptar o rechazar la terapéutica propuesta (Martínez *et al.*, 2019).
- **Principio de justicia:** obligar a cada paciente a ser tratado en consecuencia; es decir, sin más ni menos cualidades de las que su condición merece. Este principio es la base del ideal de que los servicios de salud sean igualmente accesibles para toda la población. También se debe considerar el principio de igualdad de costos de atención médica, en el curso de la atención médica surge un conflicto ético, es decir, una situación en la que los



valores de un actor no coinciden con los valores de otro. y dificulta la toma de decisiones. En estos casos, la aplicación de los cuatro principios de la bioética es de utilidad para llegar a una solución (Medina *et al.*, 2019).



20. El Marco Legal y Administrativo que regula la Prestación de Atención Médica

Atención Médica

Se refiere a una serie de acciones y procedimientos que se llevan a cabo para proporcionar servicios y cuidados de salud a un individuo, una familia, una comunidad o una población en particular. Servicios que se proporcionan al individuo para prevenir, tratar o rehabilitar de una enfermedad. El *Artículo 9º* dice que “La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.” (Carro, 2008).

- Lex Artis Médica: Conjunto de procedimientos, de técnicas y de reglas generales de la profesión médica, valoración de las condiciones de tiempo, modo y lugar (Romero et al., 2019).

Marco Jurídico

Conjunto de leyes, reglas, legislaciones y cualquier otro instrumento con rango y de carácter legal, que son utilizados de forma secuencial y coherente, los cuales una vez aplicados permiten sustentar todas las actuaciones y actividades en materia legal (Ortega *et al.*, 2018).

Instrumentos de aspecto legal que son considerados en el marco jurídico: Reglamentos y leyes, Resoluciones y decretos, Providencias de tipo administrativas, Normas de uso generales, e Instrumentos de tipo internacional: Representada por los diferentes acuerdos o leyes que se rigen entre diversos países, para un mejor entendimiento y manejo de aspectos relacionados en materia legal (Ruíz, 2019).

Marco Administrativo

Fundamentos legales y constitucionales que regulan determinada actividad administrativa.

Leyes y Reglamentos:

Normas jurídicas de carácter general dictadas por la administración pública. El *reglamento* es subordinado a la ley, por lo tanto, no puede imponerse ante esta, es dictada por el poder ejecutivo y es particular. La *ley* da un marco de actuación por medio de sus artículos, es dictada por el poder legislativo y es independiente y general (Valdez *et al.*, 2018).



Ley general de salud: Aprobado por la cámara de diputados en donde se exponen los decretos expuestos por esta ley. La cual consta de 20 títulos, incluidos los bis, distribuidos por áreas en sus respectivos capítulos y tiene un Total de 472 artículos. (Véase figura 29).

Consejos médicos: Asociaciones civiles que se forman por los profesionales más destacables de la medicina, que cultivan una misma disciplina. Son supervisados por el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM). No tienen fines lucrativos. No deben organizar Cursos, Congresos, ni colaborar en la evaluación de productos farmacéuticos o cosméticos. Establecen el proceso de certificación y recertificación que debe realizarse cada 5 años. Actualmente existen 47 consejos certificados. En la especialidad de medicina Familiar se cuenta con el Consejo Mexicano de certificación en Medicina Familiar A.C (Zamudio *et al.*, 2018).

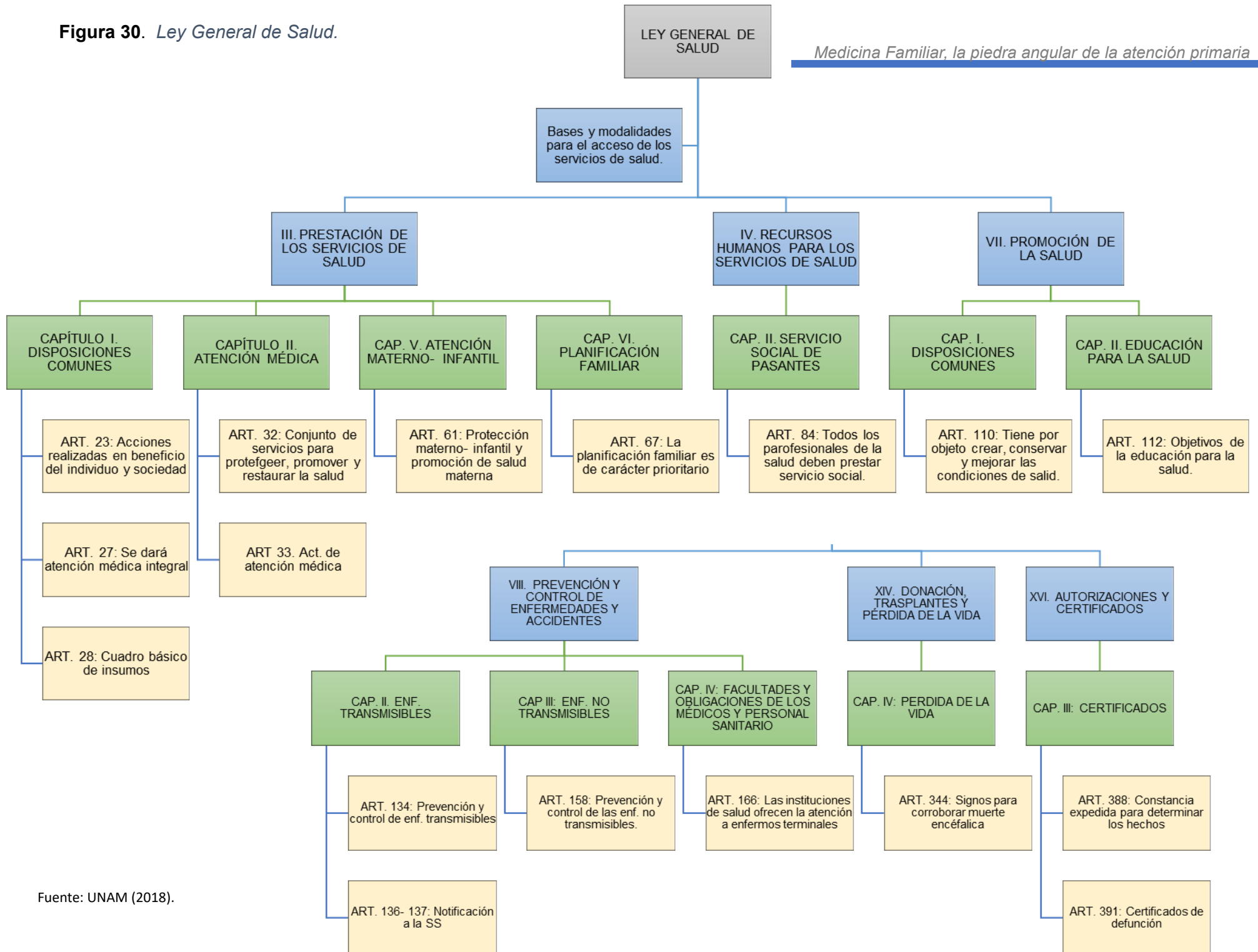
Certificación: Evaluación que es basada en el conocimiento y aptitudes de los especialistas que han solicitado ser examinados.

- *Art 12 Bis.* La certificación de profesionistas es la evaluación que aprueba el entrenamiento, las habilidades, destrezas y da una calificación de la pericia que se requiere para el ejercicio de actividades profesionales. En la Ley de Profesiones hay un apartado referente a la certificación, la cual es realizada por el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, A.C. (Martínez *et al.*, 2019).



Figura 30. Ley General de Salud.

Medicina Familiar, la piedra angular de la atención primaria



Fuente: UNAM (2018).

Reglamentos de Servicio de Salud.

Normas jurídicas subordinadas a la ley, las cuales son dictadas por el poder ejecutivo. Son instrumentos legalmente vinculados que permiten un correcto manejo y secuencia de pasos para llevar a cabo un servicio de salud. Cada uno mantiene sus propias características dependiendo del servicio de salud que lo requiera. Los reglamentos establecidos son los siguientes:

- **Reglamento general de la ley general de salud en materia de trasplantes:** Regula la disposición de órganos, tejidos y células, con excepción de la sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras o troncales, que se realice con fines de trasplantes (Barrancos *et al.*, 2018).
- **Reglamento general de la ley general de salud en materia de protección social en salud:** Establece las bases para la regulación del Sistema de Protección Social en Salud previsto en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud (González *et al.*, 2021).
- **Reglamento general de la ley general de salud en materia de investigación para la salud:** Provee en la esfera administrativa, al cumplimiento de la Ley General de Salud en lo referente a la investigación para la salud en los sectores público, social y privado (Barrancos *et al.*, 2018).
- **Reglamento general de la ley general de salud en materia de prestaciones de servicios de atención médica:** Este Reglamento se aplica en todo el territorio nacional y sus disposiciones son de orden público e interés social y tiene por objeto proveer, en la esfera administrativa, al cumplimiento de la Ley General de Salud, en lo que se refiere a la prestación de servicios de atención médica (López-Ortiz, 2022).
- **Reglamento general de la ley general de salud en materia de publicidad:**
- **Reglamento general de la ley general de salud en materia de sanidad internacional:** La Secretaría de salud tendrá a su cargo la operación de los servicios de Sanidad internacional, tanto los de carácter migratorio como los relacionados con los puertos marítimos, los puestos fronterizos y los demás lugares legalmente autorizados para el tránsito internacional de personas y de carga (Juárez, 2020).

Ley de Profesiones

Esta ley reglamenta en artículo 147 lo relativo al ejercicio profesional. En la ley de profesiones existe un apartado referente a la certificación de profesionistas. Destacan los siguientes artículos:



- **Art. 2:** El ejercicio de la profesión de médico requiere la posesión de un título académico, junto con otros requisitos.
- **Art. 24:** Se define claramente qué se entiende por ejercicio profesional.
- **Art. 29:** Aquellas personas que hayan obtenido legalmente un título profesional tienen el derecho de obtener su cédula o autorización correspondiente.
- **Art. 33:** Los profesionistas tienen la libertad de asociarse en uno o varios colegios de profesionistas o secciones autorizadas por la ley.
- **Art. 37:** Todo profesional tiene el derecho de recibir una compensación económica por los servicios que presta.
- **Art. 61 y 68:** Los delitos cometidos por los profesionistas en el ejercicio de su profesión serán sancionados por las autoridades competentes de acuerdo con el Código Penal. Además, se advierte que aquellos que ejerzan una profesión sin la cédula o autorización correspondiente no tendrán derecho a cobrar honorarios (Tranche *et al.*, 2021).



21. Fundamentos Para Prevenir Conflictos Derivados de la Práctica Médica

Génesis del Conflicto Derivado del Acto Médico

Conjunto de acciones que recibe el usuario o paciente en los servicios de salud, las cuales tienen como objeto la recuperación del paciente y son realizadas por un profesional de la salud. (Irigoyen, 2006).

Características del Acto Médico

- Profesionalidad: Los actos solamente podrán llevarse a cabo por profesional de la salud entrenado.
- Ejecución típica estandarizada: El personal de la salud solamente puede realizar acciones sustentadas y validadas por la literatura médica aceptada.
- No formalidad: Este acto no necesita un contrato escrito para poder llevar a cabo sus servicios (Balcázar *et al.*, 2018).

Existen errores excusables y no excusables relacionados con la responsabilidad profesional. Los errores excusables son aquellos que surgen a partir de un error en el juicio, pero vienen sustentados por una lógica correctamente estructurada. Los errores latentes o no conscientes son aquellos que surgen a partir de un evento adverso al realizar un procedimiento. Los errores injustificados o mala práctica son aquellos errores inexcusables y prevenibles de la atención médica que surgen a partir de la desviación de la conducta del profesional de salud.

Conflictos

Estos surgen a partir de problemas ya sea entre pacientes y médicos o entre la población y la institución de salud. Generalmente están relacionados con el maltrato, mala práctica, falta de información, errores o insatisfacción.

Estadios del Conflicto

- Leve
 - Uso insensible de lenguaje
 - Clínico asumiendo



- Mensajes conflictivos por el personal de salud
- Historia de conflicto sin resolver
- Moderado
- Deterioro de confianza y perdida de comunicación y relaciones
- Evitación
- Micro-manejar
- Severo
- Desintegración de relaciones laborales
- Agresión
- Decisiones clínicas paralizadas

Genera conflicto la discrepancia entre:

- Visión del paciente
- Visión del personal de salud
- Visión institucional

Otras causas de conflicto médico:

- Comunicación Deficiente
- Desacuerdos sobre el tratamiento
- Micromanejar
- Demandas o expectativas irreales

Derechos de los Médicos

Además de los derechos humanos propios del individuo, los médicos también cuentan con derechos que provienen de las obligaciones de atender a sus pacientes.

- Tener la libertad de ejercer la profesión sin restricciones o influencias externas.
- Trabajar en instalaciones adecuadas y seguras que aseguren la práctica profesional.
- Contar con los recursos necesarios para llevar a cabo su trabajo profesional.
- Evitar hacer garantías sobre los resultados en la atención médica.
- Ser tratado con respeto por parte de los pacientes, sus familiares y el personal relacionado con su profesión.



- Acceder a oportunidades de educación médica continua y ser considerado en igualdad de condiciones para su crecimiento profesional.
- Participar en actividades de investigación y enseñanza en el ámbito de su profesión.
- Asociarse con el fin de promover sus intereses profesionales.
- Proteger su reputación profesional.
- Recibir una remuneración por los servicios prestados (González *et al.*, 2021)

Derechos del Paciente

- Tener acceso a la atención médica adecuada.
- Recibir un trato digno y respetuoso.
- Obtener información suficiente, clara, oportuna y veraz.
- Tener la libertad de tomar decisiones sobre su atención.
- Dar o negar su consentimiento informado de manera válida.
- Tener la garantía de confidencialidad en el tratamiento médico.
- Tener la posibilidad de buscar una segunda opinión.
- Recibir atención médica en situaciones de urgencia.
- Contar con un historial médico.
- Ser atendido y escuchado si se tiene alguna queja sobre la atención médica recibida (González, 2005).

Mecanismos Alternos Para la Solución de Controversias

Los Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias, que ahora están reconocidos constitucionalmente en México y recientemente como derechos humanos, brindan un enfoque más accesible, efectivo y económico a la justicia. Cuando surgen conflictos entre usuarios y proveedores de servicios de salud, suele haber una tendencia a resolverlos a través del sistema judicial, es decir, ante los tribunales y siguiendo las reglas legales. Esto se debe principalmente a la falta de conocimiento sobre los mecanismos alternativos de solución de controversias, también conocidos como medios o métodos alternativos.

Estos mecanismos ofrecen numerosas ventajas en comparación con el proceso judicial, ya que representan nuevas instancias que permiten acceder a la justicia de manera más ágil, económica, imparcial y humana. Se centran en los intereses de las partes y fomentan una gestión adecuada de la relación entre ellas (Juárez, 2020).

Entre estos mecanismos, se destacan los siguientes:



- **La negociación:** las partes involucradas intentan resolver el conflicto sin la intervención de un tercero.
- **La mediación:** se incorpora un tercero neutral e imparcial (mediador), aceptado por ambas partes, cuya función es crear un ambiente de confianza para que estas expresen su problema, expongan sus intereses y, con base en ellos, hagan su mejor esfuerzo para encontrar y construir una solución por sí mismas. El mediador no propone soluciones, solo facilita el diálogo.
- **La conciliación:** implica recurrir a un tercero neutral e imparcial (conciliador), quien, además de promover la reanudación del diálogo, puede sugerir alternativas de solución. Estas alternativas son evaluadas por las partes y, si las consideran adecuadas, pueden acordarlas libremente. La decisión recae en las partes, mientras que el conciliador solo hace propuestas.
- **El arbitraje:** las partes acuerdan que un tercero (árbitro) emita una resolución para el conflicto, pero siempre por decisión y designación de las partes (García *et al.*, 2018).

Es importante destacar que los Mecanismos Alternativos se diferencian del sistema tradicional de justicia en su enfoque, ya que en todos los actos del Arbitraje Médico ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) se observan los siguientes principios:

- Facilitar el diálogo entre las partes para que expresen sus puntos de vista y resuelvan sus dudas.
- Promover la comunicación y equidad entre las partes.
- Aclarar términos y utilizar un lenguaje sencillo tanto médico como jurídico
- Proporcionar la información contenida en el expediente que pueda ser relevante para alguna de las partes.
- Si alguna de las partes no cuenta con asistencia legal o profesional de la salud, se les brindará orientación por parte del personal de CONAMED de manera objetiva e imparcial.



22. La Responsabilidad Profesional del Médico en su Ejercicio.

Responsabilidad Profesional del Médico

Se refiere a su obligación de corregir y asumir las consecuencias de los actos, omisiones y errores, tanto voluntarios como involuntarios, cometidos en el ejercicio de su profesión. En México, la responsabilidad médica puede tener diferentes ámbitos, incluyendo el administrativo, civil y penal, y estas pueden aplicarse de manera independiente o simultánea, lo que significa que pueden ser objeto de demandas o juicios en una o en las tres formas mencionadas (Tranche *et al.*, 2021)

Responsabilidad Sanitaria

puede surgir de un contrato explícito o implícito, que implica la prestación de servicios médicos, o puede derivarse de la provisión del Estado de un derecho social, como los servicios de salud públicos. En el primer caso, la responsabilidad médica contractual se refiere a las actividades específicas acordadas entre el médico y el paciente. La responsabilidad de los profesionales médico-sanitarios va más allá de los deberes contenidos en la relación contractual, ya que están obligados a actuar de acuerdo con los estándares de su profesión, que pueden derivar de disposiciones reglamentarias, así como de los principios científicos y éticos que guían la práctica médica (Satir, 1976).

Responsabilidad civil

Obligación de reparar el daño causado a otra persona. En el caso de la responsabilidad civil del médico, se trata de la obligación legal de compensar económicamente el daño causado por una mala praxis médica. Según el Código Civil Federal de 1928, en su artículo 1910, establece que aquel que, actuando ilícitamente o en contra de las buenas costumbres, cause daño, está obligado a repararlo. Además, el artículo 1915 del mismo código establece que la reparación del daño debe consistir, a elección de la víctima, en restablecer la situación anterior o pagar los daños y perjuicios (Valdez *et al.*, 2018).



Responsabilidad contencioso- administrativa

Se produce cuando se violan las leyes y regulaciones de salud, sin importar si se causa o no daño a la salud del paciente. Según el artículo 417 de la Ley General de _____ de los Servidores Públicos contempla sanciones como destitución e inhabilitación en el cargo público. El proceso se inicia mediante una queja presentada (Vargas y Hernández, 2020).

Figura 31. Tipos de responsabilidades

RESPONSABILIDAD SANITARIA	RESPONSABILIDAD CIVIL	RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA
<ul style="list-style-type: none"> • Están obligados a actuar de acuerdo con los estándares de su profesión, los cuales pueden derivar tanto de disposiciones reglamentarias, como de los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Obligación de reparar el daño causado a otro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando se infringe la ley general de salud y/o sus reglamentos y demás disposiciones independientemente que cause o no daño a la salud del paciente.

Fuente: Huerta (2005).

Fundamentos de la Responsabilidad Médica

La responsabilidad profesional médica se refiere a la obligación de los médicos de reparar y asumir las consecuencias de los actos, omisiones y errores, tanto voluntarios como involuntarios, cometidos en el ejercicio de su profesión, dentro de ciertos límites. Según Gamboa & Valdés, los médicos pueden ser considerados responsables jurídicamente cuando actúan con negligencia, impericia o imprudencia:

- **Negligencia:** Se trata de la falta de cumplimiento de los principios fundamentales inherentes al arte o la profesión médica. Esto implica que, teniendo conocimiento de lo que se debe hacer, no se lleva a cabo, o viceversa, que teniendo conocimiento de lo que no se debe hacer, se realiza (Irigoyen, 2006).
- **Impericia:** Consiste en la carencia de habilidades o conocimientos técnicos básicos e indispensables que deben ser obligatoriamente poseídos en un área o profesión específica (Zamudio *et al.*, 2018).



- **Imprudencia:** Consiste en asumir un riesgo sin haber tomado las debidas precauciones para evitarlo, actuar con apresuramiento innecesario sin considerar las posibles consecuencias negativas de esa acción u omisión (Zamudio *et al.*, 2018).

Valoración Pericial de la Responsabilidad Médica

La valoración pericial de la responsabilidad médica es importante para determinar si el médico ha incurrido en una "mala práctica médica" que pueda derivar en responsabilidad penal. La responsabilidad penal comienza cuando el médico realiza un delito en el ejercicio de la medicina de acuerdo con el Código Penal y la Ley Federal de Salud. El artículo 228 menciona que los profesionales, serán responsables de los delitos que surjan en el ejercicio de su profesión. Dependiendo de si los delitos son dolosos o culposos, se pueden aplicar sanciones como la suspensión en el ejercicio de la profesión por un período determinado o de manera definitiva en caso de reincidencia. El proceso se lleva a cabo a través del Ministerio Público y puede implicar la privación de la libertad durante el proceso jurídico (Pavón *et al.*, 2019).

Es fundamental que los médicos tengan conocimiento sobre el acto médico-pericial, los procedimientos para llevarlo a cabo, los fundamentos legales y éticos, y que estén adecuadamente informados sobre el conflicto en cuestión para que su punto de vista sea preciso en la investigación de una presunta mala práctica médica. El perito debe tomar decisiones correctas en la evaluación del caso y emitir su dictamen sin influencias externas que puedan influir en su actuación (véase tabla 60). Además, al conocer las normas que regulan las funciones periciales y abstenerse de participar en actividades ilícitas, contribuirá al orden social y evitará violar los derechos humanos de las personas involucradas (Paredes *et al.*, 2019).

Tabla 60. Características de un perito modelo

	Características de un perito modelo
Efectivo	-Tiene buena destreza de comunicación -Es hábil en foros de preguntas y respuestas. -Tiene un proceder apropiado en la sala de juicio
Ético	-Tiene integridad científica -Protege su objetividad -Mantiene relaciones profesionales apropiadas con otros participantes. -Diferencia entre opiniones y datos científicos.
Experto	-Tiene entrenamiento especializado, certificación apropiada y experiencia profesional: Formación y enseñanza, investigación, experiencia clínica y práctica y publicaciones.



	<ul style="list-style-type: none">-Tiene completo conocimiento del tema del caso, y educación médica continua relevante apropiada.- Tiene completo conocimiento de los datos del caso.
Seguro	<ul style="list-style-type: none">-Tiene conocimiento de los procedimientos de la sala de juicio-Está preparado para el interrogatorio-Es claro en sus opiniones y sus fundamentos.

Fuente: Paredes et al., (2019).



23. Medicina Defensiva vs Medicina Asertiva

Tabla 60. Medicina Defensiva vs Medicina Asertiva

Medicina Defensiva	Medicina Asertiva
Utilizado por primera ocasión en 1978 por Tancredi: Empleo de exagerados procedimientos diagnóstico-terapéuticos con el propósito explícito de evadir demandas por mala práctica (Guzmán <i>et al.</i> , 2011).	Propuesto por Tena y colaboradores (Guzmán <i>et al.</i> , 2011). Se enfrenta a la práctica de la medicina defensiva y la insatisfacción del médico en su práctica laboral, mencionando 4 acciones precisas:
Studdert considera dos modalidades: Medicina defensiva positiva: adopta un exceso de medidas de seguridad mediante cuidados suplementarios. Medicina defensiva negativa u omisiva: los médicos se alejan de situaciones que generen conflicto o de alto riesgo de disconformidad (Guzmán <i>et al.</i> , 2011).	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una educación médica consecutiva que permita actuaciones con seguridad y sin temor a un resultado adverso. • Respetar sus derechos como médico. • Defender los derechos de sus pacientes. • Sostener una comunicación verbal y no verbal conveniente con su paciente, para lograr la salud física, emocional y social (Guzmán <i>et al.</i>, 2011).
Exacerba el problema que trataba de resolver, crea un clima de inseguridad, desconfianza y provocación de demandas (Guzmán <i>et al.</i> , 2011).	Un médico asertivo es el que tiene confianza en sí mismo, porque está confiado en sus opiniones, se expresa, tiene actitudes espontáneas, seguras y con buena comunicación, respeta y comprende a sus pacientes, defiende sus derechos, no tiene temor a ser demandado ni se ve obligado a tener una conducta precavida ni defensiva (Guzmán <i>et al.</i> , 2011).
“Quieres vivir de medicina, estudia leyes”	Genera confianza y empatía.

Fuente: Moreno *et al.*, (2019).



24. Jerarquización de problemas

Definición

Los factores de riesgo identificados deben asociarse con el problema o daño que potencialmente causarían a la salud familiar (Rubio *et al.*, 2018). Los parámetros de jerarquización nos permiten ordenar los factores de riesgo de cada paciente y así destacar los más importantes en ese momento (véase figura 32).

Figura 32. *Parámetros de Jerarquización*

MAGNITUD	TRASCENDENCIA	VULNERABILIDAD	FACTIBILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> Indica el carácter de gravedad, urgencia o alto riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> Al no ser atendido el FR, se puede ocasionar daño a la salud familiar durante un periodo de tiempo dado 	<ul style="list-style-type: none"> Existencia de técnicas y procedimientos adecuados para abordar los FR 	<ul style="list-style-type: none"> Capacidad de impactar sobre los FR con los recursos disponibles

Fuente: Huerta (2005).

Tabla 61. *Magnitud*

3 PUNTOS	Factor de riesgo determinante para la aparición del daño en la salud familiar
2 PUNTOS	Factor de riesgo condicionante para la aparición del problema de salud familiar.
1 PUNTO	Este problema o factor de riesgo, necesita combinarse con otros factores para producir o condicionar daño a la salud familiar.
0 PUNTOS	El factor de riesgo no tiene relación o no provoca daño en la salud familiar.

Fuente: Huerta (2005).

Tabla 62. *Trascendencia*

Trascendencia	Calificación
a. El factor de riesgo puede repercutir en la salud familiar durante el resto de la vida	_____
b. El factor de riesgo puede repercutir en la salud familiar en forma prolongada	_____
c. El factor de riesgo puede repercutir en la salud familiar en forma transitoria	_____
d. El factor de riesgo no repercute en la salud familiar	_____

Fuente: Huerta (2005).

Tabla 63. *Vulnerabilidad*

	Calificación
a. Existen instrumentos técnicos y procedimientos específicos para abordarlos	_____
b. Existen procedimientos específicos que indirectamente inciden sobre el factor de riesgo	_____
c. Existen solamente procedimientos inespecíficos	_____
d. No existen procedimientos	_____

Fuente: Huerta (2005).

Tabla 64. *Factibilidad*

	Calificación
a. Se puede cancelar el factor de riesgo	_____
b. Se puede modificar el factor de riesgo	_____
c. Se pueden atenuar los efectos del factor de riesgo	_____
d. No se puede incidir sobre los factores de riesgo ni atenuar sus efectos	_____

Fuente: Huerta (2005).

Los factores de riesgo con muy alta magnitud y trascendencia, pero con vulnerabilidad y factibilidad baja para su manejo en el primer nivel de atención, hacen que se considere su referencia oportuna a otro nivel de atención, no obstante, lo cual el médico familiar deberá continuar con el manejo de los demás factores de riesgo de toda la familia (véase tabla 61-64). (Rubio *et al.*, 2018).



25. Niveles de Intervención Familiar

Existen dos modelos de intervención en salud: el tradicional de dependencia y el modelo con enfoque centrado en la familiar que enfoca el empoderamiento.

Para conocer el grado de implicación clínico en la atención familiar, Doherty y Baird propusieron 5 niveles de desarrollo y participación en la asistencia familiar, que puede ser utilizado para evaluar el grado en que se adopta un enfoque familiar en la práctica (Huerta 2005, 1976).

Tabla 60. Resumen de los niveles de intervención familiar

NIVEL 1. MÍNIMO ÉNFASIS	NIVEL 2: INFORMACIÓN Y CONSEJERÍA	NIVEL 3: SENTIMIENTO Y APOYO EMOCIONAL	NIVEL 4: EVALUACIÓN FUNCIONAL E INTERVENCIÓN PLANIFICADA	NIVEL 5: TERAPIA FAMILIAR
<p>Relación médico paciente – paciente</p> <p>Comunicación con la familia solo por razones prácticas o médico legales.</p> <p>Utiliza técnicas básicas de comunicación, por ejemplo escuchar.</p> <p>Nivel más común de intervención con las familiar en los centros médicos.</p> <p>Situaciones de atención de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problemas biomédicos - Situaciones de urgencia 	<p>Involucra el apoyo familiar como soporte del individuo.</p> <p>El profesional recibe información del individuo y su contexto familiar.</p> <p>Proporciona consejos de salud a la familia para que tome decisiones.</p> <p>TRIADA: profesional- paciente- familia</p> <p>Conocimiento básico de desarrollo familiar</p> <p>Situaciones de atención de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controles de salud: niño sano, embarazo, adolescente, adulto y adulto mayor. - Problemas de salud física: potencialmente alteradores del funcionamiento familiar. <p>Tipos de intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consejería informativa. - Orientación familiar anticipatoria. 	<p>Consejería en crisis.</p> <p>El médico comprende el desarrollo normal de la familia y el modo como reaccionan al estrés producido por un evento crítico o acumulo de tensiones.</p> <p>El médico debe estar adiestrado para entrevistar familias.</p> <p>Situaciones de atención de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crisis normativas - Crisis no normativas <p>Tipos de intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consejería familiar. <p>Ejemplo: acompañamiento del duelo.</p>	<p>A partir de un análisis estructurado de la dinámica familiar.</p> <p>Desarrollar intervenciones planificadas y seguimiento.</p> <p>Estrategias dirigidas a mejorar la capacidad de la familiar, que le lleven a soluciones alternativas para resolver problemas.</p> <p>Médico debe ser capaz de realizar entrevista familiar y tener capacidad de manejo de grupo.</p> <p>Tipos de intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crisis no normativas - Problemas de funcionamiento familiar. - Problemas de salud mental 	<p>Desarrollada por personal con entrenamiento exclusivo y que empleando herramientas psicoterapéuticas intentan modificar estructuras de las familias disfuncionales.</p> <p>Tipo de situación de atención de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Familia disfuncional, que con patrones crónicos dañan a sus miembros.

Fuente: Huerta (2005).



Referencias

Anzures, C. R. (2008). *Medicina familiar*. Corporativo Intermédica.

Balcázar, R., Melchor, R. & Ramírez, A. (2018). DiabetIMSS: Impacto del programa en el control metabólico de pacientes con diabetes tipo 2 en una unidad de medicina familiar. *Atención Familiar*, 25(3), 1-5. DOI: <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.3.65307>.

Barrancos, I., Jiménez, T. V., Roca, R. A., Tristancho, García, F. J., López, M. & Rodríguez, V. F. (2018). Utilidad y fiabilidad de la ecografía clínica abdominal en medicina familiar (1): hígado, vías biliares y páncreas. *Atención Primaria*, 50(5), 306-315. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.02.004>

Barreto, D. D., Melo, A. J., Figueiredo, A. M., Sampaio, J., Gomes, L. B. & Soares, R. D. S. (2019). Programa Más Médicos y residencias de Medicina de Familia y Comunidad: estrategias articuladas de ampliación e interiorización de la formación médica y llevarla al interior del Estado. *Interface Botucatu*, 23(1), 1-5. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180032>

Carro, R.L. (2008). *Medicina Familiar*. Corporativo Intermédica S.A. de C.V.

Chavarria, C.(2017). *Medicina Familiar Interiores*. Editorial Alfil.

Cubiella, J., Marzo-Castillejo, Mascort-Roca, Amador-Romero, Bellas-Beceiro & Clofent, S. E. (2018). Guía de práctica clínica. Diagnóstico y prevención del cáncer colorrectal. Actualización 2018. *Gastroenterología y Hepatología*, 41(9), 585-596.

Elorza, E. I., Nebel, S., Moscoso, I., & Fernando, P. (2017). Conceptual delimitation of the primary health care. *Delimitación de la atención primaria*. 43 (3), 1-17. <https://scielosp.org/pdf/rcsp/2017.v43n3/432-448>



García, M., Rodríguez, A., & Garibo, R. E. (2018). Apoyo familiar y control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2 en una unidad de medicina familiar de Acapulco, Guerrero, México. *Atención Familiar*, 25(1), 1-5. DOI: <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.1.62926> .

Gómez-Baños, R., Saldaña-Barrientos, S., Orozco-Arellano, M. A., & Rivas-Vega, B. A. (2022). Correlación entre estrés laboral y resiliencia en los médicos residentes de medicina familiar. *Revista mexicana de medicina familiar*, 9(3), 78-85. DOI: <https://doi.org/10.24875/rmf.21000149>.

González, D. M. S., Morales, A. L. G., & Ayala, L. P. F. (2021). Perfil estacional en adultos con rinitis alérgica en una unidad de medicina familiar. *Atención Familiar*, 28(2), 106-110. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=99313>

González, J. L. (2005). *Medicina Familiar. La familia en el proceso salud- enfermedad*. Editorial Alfil, S.A. de C.V.

Gutiérrez, R. F., Ordóñez, Y., Gómez, C., Ramírez, J. M., Méndez, E., & Martínez, F. (2019). Análisis sobre elementos de contenido en medicina familiar para la identidad profesional del médico familiar. *Revista Médica La Paz*, 25(1), 58-67. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582019000100009&script=sci_arttext.

Guzmán, J.I., Shalkow J.K., Palacios, J.M. & Zelonka, R. (2011). Medicina defensiva o medicina assertiva. *Medicina defensiva*, 33 (2), 1-6. <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs112k.pdf>

Hernández-Fernández, L., Rodríguez-Corría, R., & Sánchez-Fernández, M. (2022). Familias cubanas: importancia de nuevo proyecto legislativo en el ejercicio de la Medicina Familiar. *Importancia de la medicina familiar*, 14 (1), 1-5. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2077-28742022000100057&script=sci_arttext



Huerta- González, J.L. (2005) *Medicina familiar, La familia en el proceso salud- enfermedad*, Editorial Alfil.

Iparraguirre, S. T., & Álvarez, R. M. (2020). La semFYC y la Medicina de Familia en tiempos del Coronavirus. *Atención Primaria*, 52(5), 291. DOI: 10.1016/j.aprim.2020.04.002

Irigoyen, A. E. (2006). *Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar*. Editorial Medicina Familiar Mexicana.

Juárez- Neri, J. (2020). Calidad de sueño asociado a la ansiedad y depresión en los médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar 57. *Facultad de Medicina*. 1(2), 1-62. <https://repositorioinstitucional.buap.mx/server/api/core/bitstreams/26352753-0abf-45da-b729-4bbe823d8478/content>

López-Ortiz, G. (2022). Barreras para el desarrollo de investigación en medicina familiar en Iberoamérica: revisión sistemática. *Revista mexicana de medicina familiar*, 9(2), 49-58. DOI: <https://doi.org/10.24875/rmf.21000125>

Lovo, J. (2020). Ian McWhinney: los nueve principios de la medicina familiar. *Archivos en medicina familiar*, 23(2), 101-108.

Martínez, I. P., & Alvarez, R. M. (2019). Importancia de los comités de ética en la investigación en medicina de familia. *Atención primaria*, 51(5), 263. DOI: 10.1016/j.aprim.2019.04.001

McGoldrick, M. & Gerson, R. (2000). *Genogramas en la evaluación familiar*. Editorial Gedisa

Perfil, V. T. (2010). Medicina Familiar. *Blog de Medicina familiar*, 1 (2), 1-10. <http://mfoax2010.blogspot.com/2010/05/>



Medina, P. S., Prada, V. D., & Rodríguez, N. C. (2019). El rol del médico de familia en el cuidado paliativo de pacientes crónicos y terminales. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 45(5), 349-355. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.09.011>

Mérida-Nájera, L., Durán-Gómez, M., Escobar-Sánchez, M., Mendoza-Godines, E., Lozada, H., Romero-Ureste, M. D. & Nájera-Islas, B. (2018). Frecuencia de automedicación en pacientes adscritos a un hospital general de zona con medicina familiar en Hidalgo, México. *Atención Familiar*, 25(1), 1-5. DOI: <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.1.62923>

Moreno, A. J. L., Hernández, M. A. O., Mijangos, L. P., & Morales, G. J. (2019). Nivel de conocimiento sobre infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de 5 años en una unidad de medicina familiar. *Atención Familiar*, 26(1), 13-17. DOI: <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2019.1.67711>

Ortega, M. F., Prato, J. B., Mendoza, R. D., Vázquez, J. M., Dias, M. C., Losada, A. D. & Lerín, D. A. (2018). La salud de los migrantes y los servicios de salud en Medicina Familiar en Iberoamérica. *Revista Brasileira de medicina de família e comunidade*, 13, 84-112. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmf13\(1\)1858](https://doi.org/10.5712/rbmf13(1)1858)

Ovalle-Luna, O. D., Jiménez-Martínez, I. A., Rascón-Pacheco, R. A., Gómez-Díaz, R. A., Valdez-González, A. L., Gamiochipi-Cano, M. & Wachter, N. H. (2019). Prevalencia de complicaciones de la diabetes y comorbilidades asociadas en medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Gaceta medica de Mexico*, 155(1), 30-38. DOI: <https://doi.org/10.24875/gmm.18004486>

Ovejas-López, A., Izquierdo, F., Rodríguez-Barragán, M., Rodríguez-Benítez, J., García-Batanero, M., Alonso-Martínez, M., & Alonso-Masanas, C. (2020). Burnout y malestar psicológico en los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. *Atención Primaria*, 52(9), 608-616. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.014>

Paredes-Juárez, E., Trujillo-Orozco, L. A., Chávez-Fernández, M. A., Romero-Anguiano, A., León-Sánchez, D., & Muñoz-Cortés, G. (2019). Conocimiento y práctica sobre lactancia materna de mujeres primigestas derechohabientes de una Unidad de Medicina Familiar. *Revista de*



Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 26(4), 239-247.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=85055>

Pavón, A. P., Espinosa, R. A., Silvia, M. G., Patiño, D. C., & Torres, A. R. (2019). Factores condicionantes de la falta de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: caso Unidad de Medicina familiar 33, Tabasco México. *Revista Waxapa*, 10(18), 20-25.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2018/wax1818d.pdf>

Romero-Albino, Z., & Cuba-Fuentes, M. S. (2019). Medicina familiar y comunitaria en el Perú: 30 años de la especialidad en personas, familias y comunidades. *Anales de la Facultad de Medicina* 80(4), 511-514). DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v80i4.16570>

Rubio, J. Z., Martínez, M. T., Álvarez, M. N., Maldonado, M. P., & Mata-Márquez, M. J. (2018). Detección de polifarmacia y prescripción potencialmente inapropiada en el adulto mayor en una unidad de medicina familiar. *Atención Familiar*, 25(4), 141-145. DOI: <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.4.67257>

Ruiz, R. B. (2019). Abogacía de salud, la parte olvidada de la promoción de salud en medicina familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(1), 1-19.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2019/cmi191i.pdf>

Satir, V. (1976). *Nuevas Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar*, Editorial PAX de México.

Tranche-Iparraguirre, S., Martín-Álvarez, R., & Párraga-Martínez, I. (2021). El reto de la pandemia de la COVID-19 para la Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 14(2), 85-92.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2021000200008&script=sci_arttext&tlng=en

Universidad Nacional Autónoma de México. (2018). *Compendio de medicina familiar*, Editorial Tuxtla Gutiérrez.

Valdez-Huirache, M. G., & Álvarez-Bocanegra, C. (2018). Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. *Horizonte sanitario*, 17(2), 113-121. DOI: <https://doi.org/10.19136/hs.a17n2.1988>

Vargas, M., & Hernández, E. (2020). Los determinantes sociales de la desnutrición infantil en Colombia vistos desde la medicina familiar. *Médico Global*, 20(2), 1-5. DOI: <http://doi.org/10.5867/medwave.2020.02.7839>



Zamudio, C. A., Contreras, J. G., Gómez, C., & Chacón, P. (2018). Perfil epidemiológico de adolescentes embarazadas adscritas a una unidad de medicina familiar en Morelia, Michoacán, México. *Atención Familiar*, 25(2), 54-58.
https://revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/64119



Medicina familiar, la piedra angular de la atención primaria, es un libro editado por la Editorial Universidad Tecnocientífica del pacífico S.C. y publicada en 00 del mes 2023.

