



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**HOSPITAL UNIVERSITARIO: "JOSE ELEUTERIO GONZALEZ".**



**DESCRIPCIÓN DE LA VALORACIÓN INICIAL MEDICO FAMILIAR EN  
UN HOSPITAL EN MEXICO**

**PRESENTA:**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:**

**DR. RAYMUNDO HERRERA HERNANDEZ**

**COAUTORES:**

**DRA YEYETSY GUADALUPE ORDOÑEZ AZUARA**

**DR. RAÚL FERNANDO GUTIERREZ HERRERA**

**Monterrey, Nuevo León; 10 de enero de 2024**

DESCRIPCIÓN DE LA VALORACIÓN MEDICO FAMILIAR EN UN HOSPITAL DE  
MEXICO

Aprobación de la tesis:




---

**Dra. Yeyetsy Guadalupe Ordoñez Azuara**  
Director de la tesis



---

**Dr. Raúl Fernando Gutiérrez Herrera**  
Codirector de la tesis



---

**Dra. Iracema Sierra Ayala**  
Coordinador de Enseñanza Medicina Familiar



---

**Dr. Raúl Fernando Gutiérrez Herrera**  
Jefe del departamento de Medicina Familiar



---

**Dr. Med. Felipe Arturo Morales Martínez**  
Subdirector de estudios de posgrado



## **Dedicatoria:**

Va dedicado para los futuros residentes de medicina familiar, que el presente estudio les sirva para hacer artículos, nuevas tesis y lo mas importante, que sea una herramienta más, para poder cumplir sus sueños.

## **Agradecimientos:**

A el eterno todo poderoso (bendito sea su nombre) B"H por brindarme tanto en mi camino como en otras distintas desiciones, ponerme las personas adecuadas para realizar mis metas proyectos y objetivos.

A mis padres por darme la guia y recursos necesarios para concluir mis metas.

A mi familia por siempre apoyarme

A mis maestros que me estuvieron guiando en todo momento corrigiendome y reprimiendome cuando era necesario.

A la Dra Yeye por haber invertido tanto tiempo y disposicion para concluir esta tesis

A mis pacientes por elegirme como su médico.

A mis amigos por tener tanta tolerancia cariño y respeto.

A mis compañeros por brindarme lo mejor que pueden ofrecer.



## Índice General

<b>Introducción</b>	.....	<b>8</b>
<b>Antecedentes</b>	.....	<b>9</b>
<b>Justificación</b>	.....	<b>25</b>
<b>Objetivos</b>	.....	<b>27</b>
<b>Material y métodos</b>	.....	<b>28</b>
<b>Resultados</b>	.....	<b>35</b>
<b>Discusión</b>	.....	<b>44</b>
<b>Conclusiones</b>	.....	<b>47</b>
<b>Referencias</b>	.....	<b>48</b>
<b>Bibliográficas</b>		
<b>Anexos.</b>	.....	<b>57</b>

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1. población dividida según la tipología familiar</b>	<b>37</b>
<b>Tabla 2. Población dividida según la presencia física del hogar</b>	<b>37</b>
<b>Tabla 2.1. Población dividida según la tipología familiar INEGI</b>	<b>37</b>
<b>Tabla 2.2 Tipología familiar por presencia física en el hogar (propuesta UANL)</b>	<b>37</b>
<b>Tabla 3 Población dividida según su ciclo vital</b>	<b>38</b>
<b>Tabla 4. Frecuencias y porcentajes de los patrones identificados en la población</b>	<b>39</b>
<b>Tabla de criterios individuales para trabajo con familias</b>	<b>39</b>
<b>Tabla de variables utilizadas en el estudio</b>	<b>40</b>



## RESUMEN

### Descripción de la valoración inicial médico familiar en un hospital de México.

Raymundo Herrera Hernandez <sup>1</sup>, Ordoñez Azuara Yeyetsy Guadalupe <sup>2</sup>, Gutiérrez Herrera

Raul<sup>3</sup>.

1. Médico Residente 3er año Medicina Familiar UANL Hospital Universitario, Monterrey Nuevo León
2. Médico Familiar Docente en el departamento Medicina Familiar UANL Hospital Universitario y asesora de tesis, Monterrey Nuevo León
3. Doctorante en bioética, Jefe del departamento de Medicina Familiar UANL Hospital Universitario, Monterrey Nuevo León.

**Objetivo:** Describir la valoración inicial médico-familiar realizada en el departamento de Medicina Familiar del hospital Universitario "José Eleuterio González" de la U.A.N.L.

**Material y métodos:** Descriptivo, observacional, transversal, prospectivo, prolectivo de 101 pacientes seleccionados de manera en un muestreo no probabilístico a conveniencia, que cumplieron criterios de selección y firmaron consentimiento informado, en los que se determinó una valoración inicial médico familiar que incluyó: ficha de identificación con motivo de consulta, percepción de composición familiar con tabla y funcionalidad con el APGAR familiar, y familiograma para tipología familiar, ciclo vital y patrón de repetición (escolaridad, ocupación, toxicomanías y antecedentes personales patológicos)

**Resultados:** De 101 pacientes, la mayoría eran mujeres (64.4%), de 20 a 44 años (41.6%), estado civil soltero (40%), religión católica (67%), que habitan en Monterrey (52%) de edad.

Respecto a la valoración médico familiar: Los motivos de consulta fueron síntomas gastrointestinales (26%). Los diagnósticos por CIE 10 y diagnóstico clínico fueron Síndrome intestino Irritable(colitis) 10 (10%) Pesquisa para enfermedad o trastorno (DM2) 5 (5%) Trastorno de ansiedad generalizado (Ansiedad) 4 (4%) Lumbago con ciática (Lumbalgia) 4 (4%) Dolor torácico (Hipertensión) 4 (4%) Por

Respecto a la composición familiar se percibían con un tamaño de familia 4+1 (25%), que consideraron en un 84% con funcionalidad familiar con base en el apgar familiar. La tipología familiar por parentesco fue nuclear simple 33%, por presencia física en el hogar (PFH) del consenso 2005 fue núcleo integrado 48% pero un 27% no fue clasificable, la PFH por INEGI fue nuclear 59% pero un 6% no clasificable, y la PFH por DMFUANL fue 47% de núcleo integrado, la propuesta de PHF UANL permitió clasificar a todas las familias, por desarrollo tradicional (75%) y 100% urbanas.

El ciclo vital más frecuente fue Dispersión 36% según Geyman, familia en plataforma de colocación 41% según Duvall y extensión completa 35% por OMS.

Las patrones de repetición presentes en al menos 2 generaciones fueron de escolaridad (76%), ocupación (54%), toxicomanías (44%), y la presencia de enfermedades crónicas como la diabetes (35%), además de toxicomanías 44% y 35% en enfermedades EL 21% de los pacientes cumple con criterios individuales y familiares para trabajo con familias, entre los que destacan, Consulta por síntomas



vagos e inespecíficos Problemas emocionales, de conducta o de relación y Enfermo crónico mal controlado.

**Conclusiones:** La descripción de una valoración inicial médico-familiar que integre tanto elementos médicos como familiares permite evaluar al paciente de manera integral y facilita la atención clínica ya que permite identificar las familias que cumplen con criterios para trabajo con familias o necesidad de realizar estudio de salud familiar.

Y respecto a la investigación de la familia como unidad de análisis identificamos que la tipología ha cambiado , sólo la propuesta por PFH de DMFUANL permitió clasificar la totalidad de las familias.



## Introducción

La valoración médica inicial, crucial en el proceso diagnóstico y terapéutico, implica la recopilación detallada de información clínica y antecedentes médicos, junto con una exploración física.<sup>(1,2,3)</sup> Su objetivo va más allá de la identificación de signos y síntomas, buscando establecer una sólida relación médico-paciente y orientar decisiones clínicas. En la atención médica especializada, este enfoque cobra mayor relevancia al abordar aspectos específicos para proporcionar una evaluación integral y precisa de la salud de los pacientes.<sup>(4,5,6)</sup>

En Medicina Familiar, la valoración inicial adopta un enfoque holístico, considerando la salud individual, factores familiares y sociales. Durante esta evaluación, el médico recopila información detallada sobre antecedentes médicos, familiares y sociales, realizando un examen físico completo<sup>(7,8,9)</sup>.

Se ha propuesto la necesidad de una historia clínica integral para médicos familiares, incluyendo instrumentos como el APGAR familiar, tabla de composición familiar, familiograma, criterios individuales de trabajo con familias<sup>(4,6,8,10,11)</sup>, listado de problemas y evaluación del ciclo vital<sup>(3,4,5)</sup>. Aunque existen propuestas en otros países<sup>(10)</sup>, en México se destaca la falta de herramientas específicas en la atención médico familiar, subrayando la importancia de describir el abordaje inicial en un hospital mexicano.

La valoración inicial del médico familiar incluyen elementos como la historia clínica<sup>(10)</sup>, ficha de identificación, familiograma, y APGAR familiar. Se busca resolver el 85% de los motivos de consulta mediante la identificación de problemas de salud y la aplicación de herramientas específicas. La especialidad destaca la importancia de trabajar con familias, evaluando indicadores como cambios familiares, crisis, y patrones de repetición, para proporcionar una atención personalizada y eficaz.

La necesidad de tener un abordaje establecido y sistemático radica, que la problemática de salud médico familiar esta estrechamente relacionada con el contexto y con el tiempos, la población mas frecuentemente por ejemplo, un estudio cubano de 2022, que estudiaron la composición familiar , siendo la tipología más común la nuclear simple (33%). Este hallazgo coincide con investigaciones previas en México, como la de Barrientos Mendoza, que también identificó a la familia nuclear como la más frecuente (47%) En cuanto a la presencia física en el hogar, la investigación por (Y.G. Ordoñez) presentaron resultados de núcleo integrado, la funcionalidad familiar la reportar diversos estudios del 85% según apgar del (25% de disfuncionalidad)<sup>(26)</sup> Como patrones de repetición se destacan en los diversos estudios además de enfermedades, el alcoholismo es uno de los patrones de repetición mas frecuentes <sup>(45,46,47)</sup>



## **Antecedentes**

### **PRIMER PARRAFO**

La valoración médica inicial constituye el primer encuentro entre el profesional de la salud y el paciente, marcando el inicio del proceso diagnóstico y terapéutico. Este procedimiento integral comprende la recopilación detallada de información clínica, antecedentes médicos y exploración física, con el propósito de obtener una comprensión holística del estado de salud del individuo. La valoración inicial no solo busca identificar signos y síntomas de enfermedades, sino también establecer una relación médico-paciente sólida y fomentar la confianza mutua. Su importancia radica en orientar la toma de decisiones clínicas, planificar intervenciones terapéuticas adecuadas y proporcionar una atención personalizada y eficaz. Este proceso, fundamental en la atención médica, contribuye a la detección precoz de patologías, facilitando así la implementación de estrategias preventivas y terapéuticas dirigidas a mejorar la La importancia y diversidad del enfoque de la valoración médica inicial se manifiestan de manera destacada en la atención médica especializada, donde cada especialidad aborda aspectos específicos para proporcionar una evaluación integral y precisa de la salud de los pacientes.(1)



En el campo de la cardiología, por ejemplo, la valoración inicial se centra en la evaluación de la salud cardiovascular mediante pruebas específicas como electrocardiogramas, ecocardiogramas y pruebas de esfuerzo. Estos procedimientos permiten identificar patologías cardíacas, evaluar la función del corazón y diseñar estrategias de tratamiento que aborden directamente las condiciones cardiovasculares del paciente.<sup>(2)</sup>

En Psiquiatría, la valoración inicial implica una exploración minuciosa de la historia clínica, la observación del comportamiento y la evaluación de síntomas psicológicos para diagnosticar trastornos mentales. La comprensión de los factores ambientales y emocionales es esencial para diseñar un plan de tratamiento individualizado que aborde las complejidades de la salud mental.<sup>(2)</sup>

En Medicina Familiar, la valoración inicial adquiere un enfoque holístico, considerando no solo la salud del individuo sino también factores familiares y sociales. La recolección de datos se extiende más allá de los antecedentes médicos personales para comprender las dinámicas familiares, identificar factores de riesgo compartidos y facilitar una atención preventiva y orientada al bienestar general de la familia. salud y el bienestar del paciente<sup>1,2</sup>

La valoración inicial en la especialidad de Medicina Familiar se refiere al proceso mediante el cual un médico de familia evalúa a un paciente por primera vez cuando



acude a la consulta médica. Este paso es fundamental para establecer una relación médico-paciente sólida y comprender la situación de salud del individuo.

Durante la valoración inicial, el médico recopila información detallada sobre la historia médica del paciente, incluyendo antecedentes familiares, personales, y sociales. Además, se realiza una revisión de los síntomas actuales y se lleva a cabo un examen físico completo. Esta evaluación exhaustiva permite al médico identificar problemas de salud, riesgos y necesidades específicas del paciente.<sup>(3)</sup>

La valoración inicial también puede incluir la solicitud de pruebas diagnósticas adicionales si es necesario. Con toda esta información, el médico podrá establecer un diagnóstico inicial para desarrollar un plan de tratamiento adecuado y proporcionar orientación preventiva desde la perspectiva biopsicosocial.

La Medicina Familiar se centra en la atención integral y continua de los pacientes a lo largo del tiempo, y la valoración inicial es esencial para comprender la salud general del individuo y establecer una base sólida para la atención médica continua.<sup>3,4,5.</sup>

Todas las especialidades tienen valoraciones dirigidas para abordar aspectos médicos resaltando puntos importantes de su ramo, de la misma manera los médicos familiares en la actualidad deben tener una historia clínica propia de la especialidad para realizar un abordaje desde las perspectiva biopsicosocial.

No existe una valoración dirigida por la especialidad medico familiar, que tome en cuenta los aspectos biopsicosociales de manera general y consensuada que se realicen durante una consulta medica.

Existe bastante información acerca de la valoración inicial en atención primaria los autores enfocan principalmente en el tamizaje de enfermedades crónicas degenerativas, salud laboral y enfermedades infecciosas. En relación con las



enfermedades crónicas, se priorizan la identificación temprana de factores de riesgo y síntomas relacionados con afecciones como la diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares. Además, se presta atención a la salud laboral, evaluando condiciones laborales y riesgos ocupacionales que pueden afectar la salud del paciente<sup>6</sup>, sin embargo no se evaluar el aspecto familiar <sup>6,7</sup>,

Consultando bibliografía de diversos autores y propuestas de diferentes instituciones <sup>4</sup>se identifican que para la evaluación inicial de la especialidad en medicina familiar, es esencial identificar las características fundamentales que definen al médico de familia. Se destacan cinco áreas principales: atención al individuo, atención a la familia, atención a la comunidad, docencia e investigación, y área de apoyo. En la Atención al individuo, se enfoca en proporcionar atención clínica efectiva, abordando problemas de salud agudos y crónicos a lo largo del ciclo vital. En la "Atención a la familia", se reconoce la importancia de la familia como recurso clave, con énfasis en la detección e intervención en problemas familiares. Estas áreas clave subrayan la necesidad de un enfoque integral y compromiso tanto con el paciente individual como con su entorno familiar<sup>8,9,10</sup>

Respecto a los autores previos sobre la valoración médico familiar toma como referencia el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar (MAIS) Chileno el cual destaca la continuidad de la atención como un principio fundamental la implementación de un sistema integrado y un protocolo común de registro clínico se percibe como esencial para facilitar la comunicación y coordinación eficientes entre los profesionales de la salud <sup>(10)</sup>



Algunos autores han escrito sobre la necesidad de poseer como médicos familiares una historia clínica que caracterice a nuestra especialidad. En el año 2014 Tarretto y Morin, describieron la historia clínica integral del médico familiar, en la que plantean que para la valoración integral de nuestras familias es necesario un instrumento básico (historia clínica familiar) el cual no solo incluya los datos de los integrantes de la familia, sino también de herramientas que nos ayuden a lograr el abordaje ideal que como médicos familiares debemos brindar. Los instrumentos básicos que ellos proponen para el abordaje de las familias, se pueden agregar a la historia clínica tradicional. Estos instrumentos son: el APGAR familiar, el familiograma, el listado de problemas y valorar el ciclo vital de la familia y del individuo (12).

En un artículo de Perú se describe también la realización de una historia o ficha familiar, la cual tiene como finalidad mejorar el cuidado integral de salud de las familias, de acuerdo a sus necesidades y expectativas. Aparte de los elementos básicos que debe contener una historia clínica, ellos proponen una serie de instrumentos parecidos a la historia clínica de Toretto y Morin, como, ciclo vital familiar, ecomapa, familiograma estructural y socio-dinámico e identificar el tipo de familia (13).

Para autores de la Argentina una historia clínica útil para el médico familiar sería, una que registre los problemas de salud de sus pacientes, no solo los de origen biológico sino también los que tomen en cuenta el área psicológica y social. Es así que a partir de los datos básicos recolectados, la historia, exploración y estudios complementarios



se realiza un listado de problemas tanto médicos, psicológicos o sociales del paciente. Una vez identificados, se produce un plan diagnóstico, un plan terapéutico y su seguimiento. Este instrumento debe estar diseñado para registrar tanto los problemas presentes como aquellos que han pasado y puedan afectar la funcionalidad de nuestro paciente o su grupo familiar (14).

Si bien, anteriormente ya se han propuesto modelos de valoración, se cuenta con muy poca información en nuestro país sobre una herramienta que se pueda utilizar para la evaluación del paciente y su familia como médicos familiares. La mayoría de los médicos familiares utilizan la historia clínica general, dejando a un lado las herramientas específicas de la especialidad

Por lo tanto poniendo en manifiesto, existen diversos autores que hacen recomendaciones acerca de los apartados a valorar en una consulta medico familiar de manera inicial por lo que nosotros describiremos la manera que se realiza un abordaje medico familiar inicial en un hospital de México

### **Valoracion inicial médico familiar**

La medicina familiar es la especialidad médica por excelencia que es especialista en familias. La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos



conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad (1). Según la American Academy of family physicians es la especialidad médica que prepara atención sanitaria continua e integral al individuo y a la familia (2). El objetivo de la Medicina Familiar se basa en resolver los problemas en la salud de la familia a través de la educación, asistencia e investigación de la familia, resolviendo así el 85% de los motivos de consulta (15,16,17).

El médico familiar, como primer contacto de los pacientes ante una queja médica, es muy importante que en la primera valoración determine las características biopsicosociales al obtener información sobre la familia y sobre el padecimiento del paciente, a través de la entrevista y la historia clínica del paciente. En su práctica ya sea privada o institucional debe decidir durante el tiempo de consulta a cuál de sus pacientes le propondrá trabajo con familias (6).

Una valoración inicial en una consulta médica general consta de una historia clínica, su principal función es la asistencial, ya que permite la atención continua de los pacientes. La historia clínica debe tener un formato único, tiene que haber un orden de los documentos y de ser posible, un solo tipo de historia a realizar (narrativa, orientada por problemas, etc.) (11).

### **La importancia de atender de manera integral al paciente y su entorno**

Janet Christie-Sealy en 1983 señaló la importancia del abordaje al paciente y su familia desde una perspectiva biopsicosocial al cual llamo trabajo con familias. El propósito del mismo era el desarrollo de habilidades terapéuticas de apoyo



psicológico y de habilidades para mejorar las relaciones interpersonales en la atención del paciente y su familia. Durante la consulta el médico familiar debe ser capaz de decidir mediante los criterios de trabajo con familias (fig. 1) a qué pacientes proponerles un contrato de trabajo (3,10).

Doherty y Baird propusieron cinco niveles de intervención familiar basados en el grado de involucramiento familiar, ello permitiría una mejor comprensión del problema y así mayores posibilidades de resolverlo.

<b>Indicadores de trabajo con familias</b>
<b>Individuales</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Hiperfrecuentadores</li> <li>•Consulta por síntomas vagos e inespecíficos</li> <li>•Problemas emocionales, de conducta o de relación.</li> <li>•Enfermo crónico mal controlado.</li> <li>•Mal apego a tratamiento.</li> <li>•Multimorbilidad</li> <li>•Cambios de etapa en el ciclo vital individual</li> <li>•Cuidador de un miembro enfermo de la familia</li> </ul>
<b>Familiares</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Cambios inesperados en la composición familiar (nacimientos, adición de familiares o a migo, huidas del hogar, muerte).</li> <li>•Cambios de etapa en el ciclo vital familiar.</li> <li>•Crisis: de adición, de pérdida, morales, de status.</li> <li>•Conflictos de interacción: de la pareja o entre miembros de la familia.</li> <li>•Hospitalización de alguno de los integrantes.</li> <li>•Inicio de programa terapéutico que amerite involucramiento familiar.</li> <li>•Familias con un integrante no competente (físico o mental).</li> <li>•Familias con enfermo terminal.</li> </ul>

**Los Elementos de una valoración medico familiar** (1,2,3,5,14):



### **Historia Clínica:**

La historia clínica según la Norma-004-SSA3-2012 Deberá expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado. La información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, por todo el personal del establecimiento, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica (8).

La valoración inicial médico-familiar debe contener los elementos mínimos necesarios para el abordaje como especialistas, para así, una vez identificados los elementos establecer los diagnósticos y ubicar el nivel de intervención familiar necesario para otorgar la terapéutica familiar necesaria (6).

### **Ficha de identificación**

Corresponde a los datos básicos que recopilan la información general del paciente. Según la Norma-004-SSA3-2012 debe contener nombre completo del paciente, edad, sexo y en su caso, número de cama o expediente, fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables. Deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.



Para el Médico Familiar, así como existe una ficha de identificación del paciente, es muy importante identificar la familia a valorar (Colocación de apellidos en la ficha de identificación) (8).

Además de los datos necesarios que debe poseer una historia clínica, la historia clínica familiar contiene instrumentos que le permite al médico familiar detectar los criterios que cumplen las familias en valoración, para el trabajo con familias y así realizar la referencia oportuna.

#### **Cuadro de composición familiar:**

Actualmente existe poca información sobre la definición de la composición familiar y la que encontramos, aún no hay un consenso sobre una definición establecida acerca de este concepto. Composición familiar hace referencia al número de miembros que forman la unidad familiar. Permite conocer los individuos que son considerados como parte de la familia para el paciente. Pueden incluir amigos, vecinos, animales y/o alguien ajeno a la familia de base. Además permite identificar los roles que cumple cada uno en el sistema familiar. Su utilidad clínica nos permite establecer el tipo de familia y en base su clasificación y los miembros no consanguíneos de la familia, observar que roles, pautas o funciones juegan cada uno de ellos alrededor del paciente, y por ejemplo de ser necesario valorar con quién contamos para el seguimiento de un tratamiento (11).



## **Familiograma.**

Se representa información a manera de diagrama de flujo que permite identificar procesos biológicos, emocionales y sociales de una familia a través de diversas generaciones.

No solo nos da una representación gráfica de la estructura y del área sociodemográfica de la familia (12). También es una herramienta diagnóstico-terapéutica. Por medio de símbolos sencillos, representa al paciente y su familia. Hay dos tipos de familiograma el estructural y el socio dinámico. El estructural nos permite valorar la tipología de la familia, constelación de hermanos, configuraciones inusuales. Ciclo de vida familiar: como etapa actual del ciclo de vida, crisis del desarrollo, eventos fuera de tiempo. Patrones de repetición transgeneracional: enfermedad repetida, funcionamiento repetido, relaciones disfuncionales, problemas estructurales. Y el socio dinámico, experiencias de la vida como estresores recientes, estresores crónicos, fechas significativas, factores culturales. Patrones de relación de familia: tipo de relaciones en la familia, triángulos familiares, tipos de relaciones con miembros no familiares (3).

En nuestra historia se propone la colocación del familiograma estructural, el cual nos permitirá señalar la tipología familiar (la cual realizaremos en base al Consenso Mexicano de Medicina Familiar del 2005), etapa de ciclo vital y patrones de repetición, los cuales nos darán información sobre la familia que se está tratando, si se están



cumpliendo tareas del desarrollo en base a su ciclo vital, que tipo de guías anticipadas brindar de acuerdo al mismo y al patrón de repetición que se encuentre 3,5,6,24.

Tipología familiar según el consenso mexicano 2005

**Tipología**

Con parentesco

Extensa  
Extensa compuesta  
Monoparental  
Monoparental extendida  
No parental  
Nuclear  
Nuclear numerosa  
Nuclear simple  
Nucleo integrado  
Persona vive sola  
Reconstituida

Sin parentesco.

Monoparental Extendida sin parentesco  
Grupos similares a familia,

Población dividida según la Presencia física en el hogar por el consenso mexicano 2005

**Presencia física en el hogar**

Colateral  
Extensa ascendente  
Extensa descendente  
Nucleo integrado  
Nucleo no integrado  
No Clasificable

Población dividida según la tipología familiar según INEGI

**Tipología**

Hogar familiar

Nuclear  
Ampliado  
Compuesto

Hogar no familiar

Unipersonal  
Grupos similares a familia,

---

Tipología Familiar por presencia física en el hogar  
(propuesta actual Departamento Medicina Familiar HU )

**Tipología**

*Nuclear*

- Nucleo Integrado
  - Nucleo No integrado
  - Compuesto
  - Ampliado*
  - Ampliado compuesto
  - Corresidentes
  - Unipersonal
- 

---

**Ciclo vital según**

**Geyman**

- Dispersion
- Expansion
- Expansion media
- Expansion tardia
- Expansion temprana
- Extension tardia
- Independencia
- Matrimonial
- Nucleo no integrado
- Retiro y muerte

**Duvall**

- Familia anciana
- Familia con hijos adolescentes
- Familia con hijos escolares
- Familia con hijos preescolares
- Familia con lactantes
- Familia en plataforma de colocacion
- Familia madura
- Matrimonial

**Organización Mundial de la Salud**

- Contraccion
  - Contraccion completa
  - Disolucion
  - Extension
  - Extension completa
  - Familia con adultos independientes
  - Final de contraccion
  - Formacion
  - Termino de extension
-



En 1999 se publicó un artículo que se encuentra entre los archivos de medicina familiar donde se realizó un análisis comparativo sobre familiograma de seis recomendaciones internacionales por un grupo de expertos los cuales tras una revisión documental se identificaron tres características generales de su diseño: estructura familiar mediante el señalamiento de vínculos generacionales, eventos intrafamiliares asociados al proceso salud-enfermedad y relaciones interpersonales de carácter afectivo (19).

### **APGAR Familiar.**

El APGAR familiar evalúa el grado de percepción de cada miembro de la familia, sobre el funcionamiento de su familia en un momento determinado mediante la satisfacción de las relaciones que tienen con sus familiares.

Diseñado por el Dr. G. Smilkstein en 1978 en la Universidad de Washington. Fue denominado "APGAR familiar" por las siglas en inglés de las áreas que evalúa dentro del equilibrio familiar (adaptación, participación, crecimiento, afecto y recursos o capacidad resolutiva). Consta de cinco ítems y las respuestas permiten clasificar a las familias en funcionales, levemente disfuncionales, moderadamente disfuncionales o gravemente disfuncionales (3, 15).

- **Adaptación (Adaptation):** cómo se comparten los recursos, o el grado en que un miembro de la familia está satisfecho con la ayuda o apoyo recibido cuando se requieren los recursos familiares.

- **Asociación (Partnership):** cómo comparten las decisiones o la satisfacción de los miembros con la mutualidad de la comunicación y la solución de problemas.
- **Desarrollo o crecimiento (Growth):** cómo se comparte el cuidado o la satisfacción de los miembros con la libertad disponible dentro de la familia para cambiar de roles y lograr crecimiento físico y emocional o maduración.
- **Afecto (Affection):** cómo se comparten las experiencias emocionales o la satisfacción de los miembros con la intimidad e interacción emocional que existe en la familia.
- **Resolución (Resolve):** cómo se comparte el tiempo (el espacio y el dinero) o la satisfacción con el tiempo comprometido con la familia por parte de sus miembros.

En el 2010 Gómez Clavelina realizó una modificación al APGAR familiar, donde estableció que las cinco variables del instrumento evalúan un solo constructo que en este caso es la percepción del funcionamiento familiar mediante la exploración de su satisfacción de las relaciones que tiene con sus familiares. Es un instrumento auto aplicable, con 5 reactivos. La forma de calificarse es por medio de la asignación de puntajes. Se dan dos puntos a "casi siempre", un punto a "algunas veces" y cero puntos a "casi nunca". Se suman todos los puntajes al final. Calificación de 7 a 10: sugiere una familia altamente funcional. Calificación de 4 a 6: sugiere una familia



moderadamente disfuncional. Calificación de 0 a 3: sugiere una familia altamente o severamente disfuncional <sup>(16)</sup>.

La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index). El APGAR familiar se ha evaluado en múltiples investigaciones, donde ha mostrado índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83 <sup>(17)</sup>

En un estudio realizado en el 2018 se compararon tres instrumentos que median la funcionalidad familiar, donde el APGAR arrojó un alpha de cronbach de 0.89, el FF-SIL 0.90 y IFFc (un instrumento familiar de funcionamiento creado) 0.96 <sup>(19)</sup>.

## **Justificación**

La especialidad de familiar es la especialidad más frecuente a nivel mundial, que resuelve el 85% de los motivos de consulta, pero poco se describe de un formato de valoraciones inicial que incluya los elementos referentes a la unidad de análisis de la especialidad, la familia.

En México, por normativa legal las historias clínicas deben ser en apego a la Nom-004-SSA3-2012 del expediente clínico, si bien otras especialidades integran las valoraciones iniciales a dicha historia clínica, en medicina familiar se realiza una historia general o directamente un estudio de salud familiar que no responden a las necesidades del estudio de la familia como objeto de estudio ni como sujeto de atención, respectivamente.

El Departamento de Medicina Familiar del Hospital Universitario "José Eleuterio González" de la U.A.N.L., única sede de la especialidad con campo clínico propio, desde hace 30 años realiza trabajo con familias de forma integral, por lo que valdría la pena incluir una valoración inicial que describa, desde el inicio del proceso de atención hasta los elementos de estudio de la familia como unidad de análisis tomando en cuenta la perspectiva biopsicosocial que tanto caracteriza dicha sede.



**Definición del problema.**

¿Cómo es la valoración médico-familiar inicial en el Departamento de Medicina Familiar del Hospital Universitario José Eleuterio González de la UANL?

## **Objetivo**

El siguiente estudio tiene como objetivo describir la valoración médico-inicial del departamento de Medicina Familiar del hospital Universitario "José Eleuterio González" de la U.A.N.L. la cual cuenta con los siguientes elementos: ficha de identificación del paciente, la tabla de composición familiar y el APGAR familiar, y al reverso se coloca el familiograma, el cual se realizó con base en los lineamientos del Consejo Mexicano de Medicina Familiar.

## **Objetivo General**

Describir la valoración inicial médico-familiar en la consulta del Departamento de Medicina Familiar del Hospital Universitario "José Eleuterio González" del 1 agosto 2021 al 31 julio 2022.

## **Objetivos Específicos**

Describir la ficha de identificación familiar con motivo de consulta.

Describir la percepción de composición familiar.

Describir la percepción de la funcionalidad familiar.

Describir los elementos de la estructurales de la familia: Tipología familiar, ciclo vital familiar y patrones de repetición.



## **Material y Métodos**

- **Diseño de estudio**

Descriptivo, observacional, transversal, prospectivo, prolectivo.

- **Población**

Pacientes que acudan a la consulta #1 de Medicina Familiar.

- **Muestreo**

No probabilístico a conveniencia.

- **Criterios de inclusión**

Pacientes que acudan a la consulta #1 de Medicina Familiar por primera vez.

Pacientes masculinos y femeninos mayores de 18 años.

Que aceptaran participar en el estudio.

- **Criterios de exclusión**

Pacientes que acudan a una consulta subsecuente en la consulta #1 de Medicina Familiar.

- **Criterios de eliminación**

Formatos incompletos.

- **Instrumentos**

**Ficha de identificación.** - se define con las características sociodemográficas del paciente en cuestión, datos personales, sexo, motivo de consulta.

**Historia clínica.** - Realizada basándose en la norma 004 del expediente clínico y usada por el hospital universitario UANL, para determinar el diagnóstico.

**Tabla de composición familiar.** - la composición familiar se refiere al tamaño de la familia, se midió a través de una tabla de composición familiar modificada y propuesta por Ordóñez y cols. en el departamento de medicina familiar cuyo resultado te da la percepción que el paciente guía tiene sobre los componentes que conforman a su familia, y se mide de acuerdo al número de componentes que percibe el paciente como familia, más 1 que representa al paciente guía. Responde a la pregunta: ¿Quiénes son los componentes que usted considera conforman su familia?, por lo regular responde por el rol y posteriormente se agregan los datos nombre, edad, sexo, escolaridad, ocupación, religión y enfermedades.<sup>(36,37)</sup>

**APGAR Familiar.**- se evaluó la funcionalidad con APGAR FAMILIAR que evalúa el grado de percepción de cada miembro de la familia, sobre el funcionamiento de su familia en un momento determinado mediante la satisfacción de las relaciones que tienen con sus familiares son 5 apartados que se preguntan con 3 respuestas cada una valorada con 0 1 y 2 puntos respectivamente dando el máximo 10 puntos el



minimo 0 puntos el punto de corte se definió como hasta 5 puntos para familia disfuncional y 6 puntos familiar funcional.

**Familiograma:** se evaluó la estructura familiar con el familiograma que es una representación gráfica de la familia en un momento determinado.

Se representa información a manera de diagrama de flujo utilizando las imágenes del consenso mexicano de medicina familiar para identificar procesos biológicos, emocionales y sociales de una familia a través de 3 diversas generaciones identificando el paciente guía mediante una señalización, ameboma para identificar con quienes cohabita el paciente, describiéndose escolaridad, profesión, grado máximo de estudios, toxicomanías y enfermedades en cada uno de los integrantes del familiograma.<sup>(35)</sup>

**De la estructura familiar se determinó la tipología familiar, ciclo vital familiar y patrones de repetición familiares.**

La Tipología familiar: es la clasificación de las familias de acuerdo a ciertas características con base en el consenso mexicano de 2005 para parentesco, presencia física en el hogar (PFH) y desarrollo, así como PFH por INEGI y PHF por Departamento de Medicina Familiar UANL.

El ciclo vital familiar: es Concepto ordenador que intenta explicar la evolución secuencial de las familias y las crisis de transición que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros

Los patrones de repetición: Repetición de un fenómeno al menos en dos ocasiones evidenciándose en el familiograma.(33)

**Tabla de criterios individuales y familiares de trabajo con familias.**

<b>Indicadores de trabajo con familias</b>
<b>Individuales</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Hiperfrecuentadores</li> <li>•Consulta por síntomas vagos e inespecíficos</li> <li>•Problemas emocionales, de conducta o de relación.</li> <li>•Enfermo crónico mal controlado.</li> <li>•Mal apego a tratamiento.</li> <li>•Multimorbilidad</li> <li>•Cambios de etapa en el ciclo vital individual</li> <li>•Cuidador de un miembro enfermo de la familia</li> </ul>
<b>Familiares</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Cambios inesperados en la composición familiar (nacimientos, adición de familiares o a migo, huidas del hogar, muerte).</li> <li>•Cambios de etapa en el ciclo vital familiar.</li> <li>•Crisis: de adición, de pérdida, morales, de status.</li> <li>•Conflictos de interacción: de la pareja o entre miembros de la familia.</li> <li>•Hospitalización de alguno de los integrantes.</li> <li>•Inicio de programa terapéutico que amerite involucramiento familiar.</li> <li>•Familias con un integrante no competente (físico o mental).</li> <li>•Familias con enfermo terminal.</li> </ul>

**Plan de trabajo**

- Acudimos al departamento de medicina familiar del hospital Universitario "José Eleuterio González" de la U.A.N.L para invitar a los pacientes que acudieran por primera vez a la consulta 1.



Se realizó el consentimiento informado de forma verbal, ya que no se realizara alguna intervención y no es un estudio que involucre riesgo.

- Se les aplicó la valoración inicial médico familiar a los pacientes que aceptaron participar.
- Se eliminaron las encuestas con llenado incompleto.
- Se obtuvieron resultados en una base de datos en excel.
- Se obtuvieron frecuencias y porcentajes y se realizó el análisis de resultados.

### **Análisis estadístico**

Los datos fueron capturados en una base de datos de Microsoft Excel 2018. Se realizaron medidas frecuencias y porcentajes en Microsoft Excel 2018.

### **Consideraciones éticas**

Esta investigación fue hecha base al artículo 17, fracción II del Reglamento de la Ley General de Salud : es una investigación con riesgo mínimo para las participantes, debido a que se trata de un estudio prospectivo que emplea procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideró: pesar y medir al sujeto, por ejemplo, que empleó técnicas y métodos de investigación de tipo encuesta tipo pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipuló la conducta.

### **Confidencialidad**

En nuestro estudio no se violentó la confidencialidad del paciente, solo se describirá la valoración inicial médico familiar de una consulta de Medicina a Familiar del hospital Universitario "José Eleuterio González" de la U.A.N.L. Se le explicará al paciente que se guardará de manera confidencial su información, además de que su información será resguardada en el Departamento de Medicina Familiar bajo llave.

### **Conflicto de intereses.**



Ninguno.

## Resultados

### Características sociodemográficas:

Se estudiaron y cumplieron con criterios de inclusión 101 pacientes estudiados, el 64.4% (65) fueron mujeres y el 35% (36) fueron hombres. En cuanto a la edad, la población más amplia fue de 20 a 44 años con un 41.6% (42), seguido de 45 a 59 años con un 27.5% (26) y de 60 años o más con un 27.5% (26).

Estado civil: El 40% (41) de la población estudiada es soltera, el 35% (35) es casada, el 15% (16) está en unión libre y el 6.3% (9) es viudo.

Ocupación: La ocupación más común entre la población estudiada es ama de casa, con un 33% (34), seguida de estudiantes con un 19% (20), empleados con un 17% (18) y desempleados con un 9% (10) comerciantes con un 8% (9). También hay una proporción importante de y de trabajadores de la construcción con un 4% (4). Retirados con 3 % (3) Jornalero 1% (1)

Religión: La mayoría de la población estudiada es católica con un 67% (68), y personas que no practican ninguna religión con un 12.9% (13) seguida de cristianos con un 12.5% (12). También hay un pequeño porcentaje de testigos de Jehová (5%) y otros (1.3%).

Localización geográfica: La población estudiada se encuentra principalmente en Monterrey, con un 52% (53) de los pacientes estudiados. Un 39% (39) de los pacientes vivía en el área metropolitana de Monterrey, mientras que un 4% (4) vivía en otras poblaciones dentro del estado de Nuevo León. También hay un 3% (4) de pacientes que vivían en San Luis Potosí y un 1% (1) en Tamaulipas.

### Motivos de consulta:

Los motivos de consulta más frecuentes fueron síntomas gastrointestinales, que representaron el 26% de los casos (26 pacientes). En segundo lugar, con un 16% (16 pacientes), estuvo padecimientos relacionados con sistema osteomuscular, control metabólico 15% (15) la referencia a otro especialista 12% (12). Los demás motivos de consulta más comunes fueron el control metabólico (15%, 12 pacientes), Ansiedad (9%, 9 pacientes), problemas respiratorios (7.5%, 7 pacientes), problemas en el aparato reproductor masculino (6.3%, 6 pacientes), ansiedad y depresión (3.8%, 3 pacientes), problemas en el aparato reproductor femenino (3.8%, 3 pacientes), problemas en el sistema nervioso central (1.3%, 1 paciente) y toxicomanías (1.3%, 1 paciente)



**Diagnósticos más frecuentes (CIE10)      Diagnóstico      N 101  
Final**

<b>Síndrome intestino Irritable</b>	<b>Colitis</b>	<b>10</b>	<b>10%</b>
<b>Pesquisa para enfermedad o trastorno</b>	<b>DM2</b>	<b>5</b>	<b>5%</b>
<b>Trastorno de ansiedad generalizado</b>	<b>Ansiedad</b>	<b>4</b>	<b>4%</b>
<b>Lumbago con ciática</b>	<b>Lumbalgia</b>	<b>4</b>	<b>4%</b>
<b>Dolor torácico</b>	<b>Hipertensión</b>	<b>4</b>	<b>4%</b>
<b>Otros diagnósticos</b>		<b>74</b>	<b>73%</b>

**Composición familiar**

La composición de la familias encuestadas acorde al número de miembros que el sujeto considera como su familia y su posible relación fue la siguiente :

<b>Composición familiar</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
4+1	25	25%
3+1	20	20%
5+1	23	23%
2+1	9	9%
6+1	12	12%
8+1	7	7%
1+1	2	2.%
1+7	3	3%

**Percepción de la funcionalidad familiar :**

En nuestra investigación, aplicamos la escala APGAR familiar para evaluar la percepción de funcionamiento familiar en una muestra de 101 participantes. Los resultados obtenidos mostraron que el 84 % de los participantes (84 personas) percibieron a sus familias como funcionales según la escala APGAR, mientras que el 17 % (17 personas) las percibieron como no funcionales.



## Tipología familiar

Tabla 1. Población dividida según la tipología familiar acorde al consejo mexicano 2005 . N= 101

Tipología	Frecuencia (%)
<i>Con parentesco</i>	
Nuclear simple	33 (33%)
Monoparental	15 (15%)
Extensa	10 (9.9%)
Nuclear	8 (7.9%)
Reconstituida	7 (6.9%)
Nuclear numerosa	6 (5.9%)
No parental	6 (5.9%)
Monoparental extendida	5 (5.0%)
Persona vive sola	2 (2.0%)
Extensa compuesta	1 (1.0%)
Nucleo integrado	1 (1.0%)
<i>Sin parentesco.</i>	
Grupos similares a familia,	6(5.9%)
Monoparental Extendida sin parentesco	1 (1%)

Tabla 2. Población dividida según la Presencia física en el hogar por el consenso mexicano 2005 N 101

Presencia física en el hogar	Frecuencia (%)
Nucleo integrado	48 (48%)
No Clasificable	27 (27%)
Nucleo no integrado	21 (21%)
Extensa ascendente	3 (3.0%)
Extensa descendente	2 (2.0%)
Colateral	0 (0%)

Tabla 2.1 Población dividida según la tipología familiar según INEGI N= 101

Tipología	Frecuencia (%)
<i>Hogar familiar</i>	
Nuclear	59 (59%)



Ampliado	19 (19%)
Compuesto	3 (2%)
<i>Hogar no familiar</i>	
Unipersonal	8(8%)
Grupos similares a familia,	6(6%)
No Clasificable	6(6%)

Tabla 2.2 Tipología Familiar por presencia física en el hogar (propuesta actual Departamento Medicina Familiar HU ) N= 101

Tipología	Frecuencia (%)
<i>Nuclear</i>	
Nucleo Integrado	47(47%)
Nucleo No integrado	20 (20%)
Ampliado	19 (19%)
Unipersonal	9(9%)
Corresidentes	5(5%)
Compuesto	1 (1%)
Ampliado compuesto	0 (0)

### Desarrollo:

Tradicional	75 (75 %)
Moderno	26 (25%)

Tabla 3. Población dividida según su Ciclo Vital

Ciclo vital según	Frecuencia (%)
<i>Geyman</i>	
Dispersion	36 (36%)
Independencia	24 (24%)
Retiro y muerte	15 (15%)
Expansion tardía	12 (12%)
Expansion media	5 (5.0%)
Matrimonial	4 (4.0%)
Expansion	2 (2.0%)
Expansion temprana	1 (1.0%)
Extension tardía	1 (1.0%)
Nucleo no integrado	1 (1.0%)
<i>Duvall</i>	
Familia en plataforma de colocacion	41 (41%)
Familia madura	24 (24%)
Familia anciana	16 (16%)
Familia con hijos adolescentes	10 (9.9%)
Familia con hijos escolares	4 (4.0%)
Matrimonial	4 (4.0%)

Familia con hijos preescolares	1 (1.0%)
Familia con lactantes	1 (1.0%)
Organización Mundial de la Salud	
Extensión completa	34 (34%)
Contracción	21 (21%)
Disolución	16 (16%)
Contracción completa	13 (13%)
Extensión	10 (9.9%)
Formación	4 (4.0%)
Familia con adultos independientes	1 (1.0%)
Final de contracción	1 (1.0%)
Término de extensión	1 (1.0%)

Tabla 4. Frecuencias y porcentajes de los patrones identificados en la población

Patrón identificado	Si	No
Escolaridad	77 (76%)	24 (24%)
Profesión	55 (54%)	46 (46%)
Toxicomanía	44 (44%)	57 (56%)
Enfermedad	35 (35%)	66 (65%)

Tabla de Criterios individuales para trabajo con familias:

Cumple criterios trabajo con familias	N 101	
no	80	81%
si	21	19%



**Tabla de Variables utilizadas en el estudio.**

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categorías	Escala de medición
Sexo	Hace referencia a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres,	Dato Obtenido por interrogatorio	Masculino y femenino	Nominal
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Dato obtenido por cálculo de acuerdo a la fecha de nacimiento.	Según la clasificación de ciclo de vida por la OMS 10 a 19 años 20 a 44 años 45 a 59 años 60 y mas	Nominal
Estado Civil	Situación de convivencia administrativamente reconocida de las personas en el momento en que se realiza el interrogatorio	Dato obtenido a través del interrogatorio	Viudo, Soltero, casado, unión libre.	Nominal
Ocupación:	Todas las acciones cuyo propósito fundamental es producir bienes y servicios comercializables en el mercado y generar ingresos monetarios o en especie.	Dato obtenido a través del interrogatorio	Estudiante Obrero Comerciante Construcción Ama de casa Empleado Desempleado Retirado Jornalero	Nominal
Religión:	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y	Dato obtenido a través del interrogatorio	Católico Cristiano Ateo Ninguna Otras Testigo de jehová	Nominal

	de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el creyente reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses	Dato Obtenido a través del interrogatorio	Nuevo Leon San Luís Potosí Coahuila Tamaulipas	
Lugar de Origen:	Ubicación Geográfica donde la persona es originaria.	Dato Obtenido a través del interrogatorio	Nuevo Leon San Luís Potosí Coahuila Tamaulipas	Nominal
Lugar de Residencia:	Ubicación Geográfica donde la persona tiene su domicilio Actual			Nominal
Motivo de consulta:	Descripción de síntomas o problemas objetivos que el paciente o alguien relacionado con el emite para solicitar asistencia médica	Dato obtenido a través del interrogatorio.		Nominal
Diagnóstico médico:	Proceso con el cual se identifica una enfermedad tras la valoración de un médico	Dato obtenido tras la Historia clínica		Nominal
Tipología Familiar :	Tipología familiar Es la clasificación de las familias de acuerdo a ciertas características	Dato obtenido al interrogatorio y documentación en	Parentesco: Con parentesco Nuclear Nuclear simple Nuclear numerosa Reconstruida Monoparental Monoparental extendida Monoparental extendida compuesta	Nominal



---

con base en:  
consenso  
de medicina  
familiar  
2005 (parentesco,  
presencia física en  
el  
hogar

el instrumento  
de  
recolección.

Extensa  
Extensa  
compuesta  
No parental  
Sin parentesco  
Monoparental  
extendida sin  
parentesco  
Grupos similares  
a familias  
Presencia física  
en el hogar  
Núcleo integrado  
Núcleo no  
integrado  
Extensa  
ascendente  
Extensa  
descendente  
Extensa colateral  
  
Familia Funcional  
Familia  
Disfuncional

Nominal

Funcionalidad Familiar

Percepción acerca  
del funcionamiento  
familiar por un  
miembro de la  
familia en un  
momento  
determinado

APGAR  
FAMILIAR

Ciclo Vital Familiar

Concepto  
ordenador que  
intenta explicar la  
evolución  
secuencial de  
las familias y las  
crisis de transición  
que atraviesan en  
función del  
crecimiento y  
desarrollo de sus  
miembros.

Dato Obtenido  
tras la historia  
clínica

OMS:  
Formación,  
Extensión,  
Extensión  
Completa,  
Contracción,  
contracción  
completa.  
Geyman:  
Matrimonio,  
Expansión,  
Dispersión,  
Independencia,  
Retiro y muerte  
Duvall:  
Familia que  
comienza, Crianza  
inicial de los  
hijos, Familia con  
hijos precolares,  
familia con hijos  
escolares, Familia  
con hijos  
adolescentes,  
familia en  
plataforma de  
colocación,  
familia madura,  
familia anciana.

Nominal

Patrón de Repetición:

Repetición de un  
fenómeno al menos  
en dos ocasiones  
evidenciándose en  
el familiograma,

Dato Obtenido  
en el  
famiograma

Enfermedades,  
Toxicomanías,  
Grado máximo de  
estudios.  
Profesión.

Nominal

Composición Familiar:

La composición de  
la familia se refiere  
al número de  
miembros que el  
sujeto considera  
como su familia y  
su posible relación

Dato Obtenido  
por la historia  
clínica

1+1  
2+1  
3+1  
4+1  
5+1  
6+1  
7+1  
8+1  
9+1

Nominal



(25,26,27,28,29,30,31)

### **Discusión de resultados:**

En este estudio, se observó que la mayoría de la población estudiada (64.4%) estaba compuesta por mujeres. Este hallazgo es coherente con estudios previos que sugieren una mayor búsqueda de atención médica por parte de las mujeres. Sin embargo, la proporción de hombres (35%) no debe pasarse por alto, ya que podría indicar una necesidad de estrategias específicas de salud dirigidas a este grupo.

La distribución por edad reveló que el grupo de 20 a 44 años fue el más representado (41.6%), seguido por los grupos de 45 a 59 años y 60 años o más. Este patrón podría tener implicaciones para la planificación de servicios médicos, destacando la importancia de adaptar las estrategias de atención a las necesidades específicas de cada grupo de edad.

Los resultados indican que los síntomas gastrointestinales fueron el motivo de consulta más frecuente (26%), seguidos de padecimientos relacionados con el sistema osteomuscular (16%) y el control metabólico (15%). Los resultados sobre motivos de consulta y problemas de salud en el estudio mexicano, como los síntomas gastrointestinales (26%) y problemas de salud mental (3.8%), presentan un contraste interesante con las crisis paranormativas identificadas en el estudio cubano <sup>(25)</sup> como la desmoralización y la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles como padecimientos mas frecuentes.

Es relevante destacar que la presencia de problemas de salud mental, como ansiedad y depresión, también se identificó como un motivo de consulta (3.8%). Esta observación subraya la importancia de abordar aspectos de salud mental en la atención médica familiar.

La composición familiar también se exploró, destacando la presencia de diversas estructuras familiares, desde núcleos simples hasta familias extensas siendo la mas frecuente 4 +1 dándonos a entender y el numero de individuos que viven corrobora con la tipología mas frecuente, esto se correlaciona con los resultados de las familias que viven en Tokio encontrándose mas frecuentemente hogares con 4+1 y los resultados de Colombia que presentan con familias 5+1 con promedio de población estudiado 5,5 integrantes por familia en promedio, pero esta tendencia se ve disminuida con el tiempo (46)

La tipología familiar más común contrastando los estudios realizados por (Y.G. Ordóñez-Azuara, Et At) resultando en 47 % de las familias se clasificaron como nuclear simple, el estudio de nosotros reportó que el 59% de las familias eran de tipo nuclear según la clasificación de tipología según INEGI, en comparación con otros autores quienes destacan como familias Extensas la tipología de familias mas frecuentes, seguido de nucleares y



constituidas, esto nos puede dar a entender que la composición familiar esta fuertemente asociada a un contexto demográfico y económico entre otros factores <sup>(45,46)</sup> En 2022 unos autores cubanos hicieron un estudio de similares características donde, comparando ambos resultados podemos resaltar que en cuanto a la composición familiar, el estudio presente muestra una diversidad de estructuras, desde núcleos simples hasta familias extensas, siendo la tipología nuclear simple la más común <sup>(41)</sup> (33%). Junto con los hallazgos mas frecuente de familias nucleares en la población de Barrientos Mendoza Et Al <sup>(47)</sup> Podemos determinar que la familia nuclear es la más frecuente en nuestro medio Mexicano . En cuanto a la presencia física en el hogar, la investigación por (Y.G. Ordoñez) presentaron categorías similares, mientras que nuestro estudio mostró que la tipología más frecuente por presencia física fue nuclear integrado (48%). El estudio comentado reveló que la presencia física más común fue núcleo integrado (62.7%), <sup>(47)</sup>

Para la organización de la población por presencia física en el hogar la mas frecuente fue núcleo integrado 48% seguido de 27% de familias no clasificables

Utilizando la clasificación del INEGI la población mas frecuente fue la nuclear 59% seguido de hogar ampliado 19% , como no clasificables fueron 6%

Utilizando la propuesta del departamento de medicina familiar de la UANL para la tipología familiar por presencia física en el hogar fueron núcleo integrado 47 % seguido núcleo no integrado 20% siendo todas las familias clasificables según este clasificación

La mayoría de los participantes (75%) siguieron un desarrollo familiar tradicional, mientras que el 26% optó por un desarrollo moderno. Siendo la familia tradicional mas frecuente como característica mas frecuente en nuestra población mexicana<sup>(37,38,41,44,45,46)</sup> Esta variabilidad en los patrones de desarrollo familiar puede influir en la toma de decisiones de salud y en la dinámica familiar en general. La comprensión de estos patrones puede proporcionar información valiosa para adaptar las intervenciones de salud a las necesidades y valores familiares específicos.

En cuanto a la percepción de la funcionalidad familiar, el 84% de los participantes la percibió como funcional según la escala APGAR familiar. En comparación con otro estudio que reporta una disfuncionalidad familiar del (25% de disfuncionalidad)<sup>27</sup>, subraya la importancia de abordar las implicaciones de este fenómeno en la salud mental. Los hallazgos refuerzan descubrimientos previos, como los de Serna et al., que establecieron una asociación estadísticamente significativa entre la depresión y el funcionamiento familiar deficiente en adolescentes escolarizados, resaltando la mayor probabilidad de experimentar depresión en niveles moderados o graves en situaciones de disfunción familiar. Esto se asocia con otros hallazgos con otros investigadores respecto a problemas médicos como la obesidad infantil que esta fuerte mente asociado con disfuncionalidad familiar Estas comparaciones subrayan la relevancia de abordar los desaffos en el funcionamiento familiar para promover la salud mental en distintos contextos. <sup>(20,42,43,44..)</sup>



El 19% de los pacientes cumplían criterios individuales para trabajo con familias resaltando en la importancia de tener este método de abordaje para la población en general

Etapas más comunes: Geyman (expansión temprana, independencia), Duvall (familia en plataforma de colocación), OMS (contracción, contracción completa), siendo importante tomar en cuenta estos puntos para que el medico familiar se anticipe a cada etapa del desarrollo, se le dé una guía anticipada, al individuo y pueda concretar de cada manera adecuada cada tarea del desarrollo.

Patrones de repetición Identificados:

Los patrones de repetición encontrados en la población estudiada fue Escolaridad: Mayoría con 76% teniendo niveles de estudios repetitivos desde carreras técnicas, analfabetismo, bachillerato o secundaria, seguido a patrón de repetición, Oficio: Presente en el 54% la población teniendo oficios repetitivos como ama de casa, trabajadores de la construcción empleados, o comerciantes, Toxicomanía: Afecta al 44%. Resaltando patrones de repetición en uso de sustancias tóxicas como alcohol, marihuana, tabaquismo y cristal. Por último el patrón .de Enfermedad: Afectando al 35% de la población siendo mas común la diabetes e hipertensión.

Estos resultados se comparan con los de otros autores que encontraron en el 62%, de las familias manifestaron antecedentes de enfermedad en alguno de sus miembros. Entre éstos, las patologías más comunes fueron las enfermedades crónicas, degenerativas, no transmisibles como hipertensión (43.6%), cáncer (20%), diabetes (9%). Se evidencio el alto porcentaje de familias con enfermedades sociales como el maltrato (21%) y alcoholismo (21%) Junto con el resultado de otros autores que reflejan alcoholismo en un patrón de repetición de 13% <sup>(45)</sup> <sup>(46)</sup> . Ambos resultados son críticamente relevantes tomando en cuenta la necesidad de implementar programas para evitar repetir patrones nocivos y las implicaciones que estos tienen

Nos planteamos una situación importante respecto a los hallazgos de familias nucleares como distribución mas frecuente y asociaciones con patrones de repetición como toxicomanías, ansiedad o en su defecto enfermedades, este hallazgo se relaciona con Montalbán Sánchez que encontró relación entre el tamaño de la familia (especialmente más de 5 miembros) y la presencia de ansiedad, pero no con el tipo de familia. Pero, en el estudio de Pérez Milena y col encontró que la estructura familiar no influía en la presencia de síntomas indicativos de malestar psíquico. Estos resultados obligarían a replantear conceptos tradicionales por un lado, donde la familia nuclear no parecería ser imprescindible para el establecimiento de unas relaciones familiares positivas <sup>(48,49)</sup> .



## **Conclusión:**

Es de suma importancia tomar en consideración este tipo de estudios ya que está bien determinado que las características de la familia cambian acorde al tiempo y contexto, para ello es importante conocer los factores que pueden estar relacionados.

Existe una limitante en nuestro estudio de 101 población ya que no pudimos hacer por falta de tiempo intervenciones para poder mejorar, el Apgar familiar para la población resultante disfuncional además de no darle seguimiento a los 19 pacientes que cumplían criterio de trabajo con familias para intervenciones futuras tomarlas en cuenta y realizarlas, al dar seguimiento se corrobora que hay mejoría en funcionalidad para las intervenciones realizadas.

Se tuvo el interés de relacionar tipología familiar con padecimiento actual pero es importante señalar que la muestra de 101 participantes podría no ser suficiente para realizar un análisis estadístico robusto y conclusivo.

Encontramos relevante los patrones de repetición donde hay oficios, enfermedades, escolaridad y toxicomanías como dato repetitivo en la familia, esto como médico familiar puede servir como un dato para realizar intervenciones futuras para los individuos que pertenezcan a familias con dichos patrones repetitivos, brindándole guías anticipadas y clarificación de la situación a la cual se encuentran.

El tamaño de la muestra puede afectar la capacidad de detectar asociaciones significativas. Dada la diversidad en la tipología familiar, podríamos estar perdiendo matices importantes debido a la limitación en los datos recopilados.

Recomendamos la realización de estudios futuros con muestras más grandes para validar o refutar las observaciones cualitativas actuales. Esto podría proporcionar una base más sólida para comprender la influencia de la tipología familiar en los comportamientos de búsqueda de atención médica.



## Bibliografía

1. Rubio JC. Papel de enfermería en el juicio clínico: la valoración y el diagnóstico. *Enfermería en Cardiología*. 2014; Año XXI (62). Gutiérrez Herrera R.F., Ordóñez Azuara Y., Gómez Gómez C., Ramírez Aranda J.M., Méndez Espinoza E, Martínez Lazcano F. Análisis sobre elementos de contenido en medicina familiar para la identidad profesional del médico familiar. *Rev. Méd. La Paz* 2019; 25( 1 ): 58-67.
2. Guzmán, F.; Arias, C. A. La Historia clínica: Elemento Fundamental Del Acto médico. *Rev Colomb Cir* 2012, 27, 15-24.
3. Garza-Elizondo T, Gutiérrez Herrera RF. Trabajo con Familias: Abordaje Médico integral. México DF: Manual Moderno; 2015.
4. Pérez, C. (2005). Conceptos básicos para el estudio de las familias. *Archivos en medicina familiar*, 7(1), pp. 15-19.
5. American Academy of Family Physicians; 1986 (2010 COD).
6. Teófilo Garza Elizondo. Raul F. Gutierrez Herrera. Modelo de atención. Editor: José Luis Morales Saavedra. Trabajo con familias. Abordaje médico Integral. 3ª edición. México, D.F. Editorial: El Manual Moderno, S.A. de C. V. 2015. p 105-123.

7. Gallo Vallejo FJ, Altisent Trota R, Diez Espino J, et al. Perfil profesional del médico de familia. Grupo de trabajo de semFYC [The professional profile of the family physician. The Working Group of the Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria]. *Aten Primaria*. 1999;23(4):236-248.
8. Farfan Salazar G. Medicina Familiar en la práctica, documentos y presentaciones. México DF: Editorial Alfil; 2015.
9. Holden M., Buck E., Clark M., Szauter K., Trumble J. Professional Identity Formation in Medical Education: The Convergence of Multiple Domains. *HEC Forum* 2012; 24:245-255. Doi 10.1007/s10730-012-9197-6.
10. Dois Angelina, Bravo Paulina, Mora Isabel, Soto Gabriela. Estudio de familia en Atención Primaria: construcción y validación de una herramienta para la valoración familiar. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2019 Mayo [citado 2023 Dic 20]; 147( 5 ): 589-601.
11. Berra S. El estudio de las funciones de la atención primaria de la salud: Adaptación e implementación de los cuestionarios PCAT en Argentina. 1era ed: CONICET; 2012
12. Vélez Alvarez Consuelo, Giraldo Osorio Alexandra. Instrumentos para la evaluación de la atención primaria de salud: una revisión narrativa. *Enferm. glob.* [Internet]. 2015 Jul [citado 2023 Dic 20]; 14( 39 ): 328-341.
13. I. Castro, M. Gamez. Historia clínica. Coordinadora: M<sup>a</sup> Cinta Gamundi Planas. Actualización de conocimientos para Farmacéuticos de Hospital en



tres campos: el medicamento, el sistema sanitario y el paciente. España.

Farmacia Hospitalaria, Tomo I. Sociedad española de farmacia Hospitalaria,

SEFH. 2002. p. 295-305. Disponible en:

<https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap22.pdf>

14. Diario oficial de la Federación, DOF. [Internet]. México. Secretaria de Salud:

2012. [Actualizado el 4 de diciembre de 2010] citado el 13 de febrero de

2020. Disponible en:

a. [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle\\_popup.php?codigo=5272787](http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787)

15. Doherty, WJ; Baird, MA. Developmental Levels in Family- Centered

Medical Care. Family Medicine, 1986; 18:153-156.

16. Seally CJ. Working with the families in primary care: Prager. 1983.

17. Monica McGoldrick. Randy Gerson. Interpretación de los genogramas.

Director: Carlos E. Sluzki. Genogramas en la evaluación familiar. 1ª edición.

Barcelona, España. Editorial GEDISA. 1985. p 55-139.

18. Mauricio Taretto, Verónica Morín. La historia clínica integral del médico

familiar. Medicina Familiar y Comunitaria [Internet]. 2014. [Citado el 13 de

febrero de 2020]. p. 36-41. Disponible en:

a. [http://www.um.edu.uy/docs/historia\\_clinica\\_medico\\_familia.pdf](http://www.um.edu.uy/docs/historia_clinica_medico_familia.pdf)

19. Directiva Regional: DIRESA /OGRH (RM-204-2015/MINSA). Guía para el

llenado de la ficha familiar. p 1-31. [Internet]. 2015. [Citado el 13 de febrero

de 2020]. Disponible en:

- a. <http://www.redsaludlaconvencion.gob.pe/documentos/Programa-Presupuestal/Salud%20Familiar/Normas%20y%20Resoluciones/FICHA%20FAMILIAR%20DIRECTIVA.pdf>

20. Departamento de Medicina Familiar UBA. Cantale C, Historia clínica orientada a problemas. Centro Privado de Medicina Familiar. [Internet]. 2003. [Citado el 13 de febrero de 2020]. Disponible en:

- a. <https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/historia.pdf>

21. Smilkstein G. The family apgar: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978; 6(6) 1231-1239.

22. Gómez Clavelina Francisco Javier, Ponce Rosas Efrén Raúl. Una nueva propuesta para la interpretación de Family apgar (versión español). Aten Fam;17(4) [Internet] 2010. [Citado el 13 de febrero de 2020]. p:102-106. Disponible en:

- a. <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2010/af104f.pdf>

23. Dr. Miguel A. Suárez Cuba, Dra. Matilde Alcalá Espinoza. Apgar Familiar: Una Herramienta Para Detectar Disfunción Familiar. Rev Med La Paz, 20(1); [Internet] Enero - Junio 2014. [Citado el 13 de febrero de 2020]. p: 53-57. Disponible en:

24. [http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1\\_a10.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1_a10.pdf)



25. Gómez Clavelina F.J., Irigoyen Coria A., Ponce Rosas E., Terán Trillo M.,  
Fernández Ortega M.A., Yañez Puig E.J., Análisis comparativo de seis  
recomendaciones internacionales para el diseño de genogramas en Medicina  
Familiar. Archivos de Med Fam. 1 (1); 1999. p: 13-20.
26. Barreras Miranda M.I., Muñoz Cortés G., Gomez Alonso C.C., Chacón  
Villalderes P., Estrada Andrade M.E., Funcionamiento Familiar, comparación  
de tres instrumentos para su evaluación. Rev. Mex. Med Fam. [Internet].  
2019. [Citado el 25 de febrero de 2020]. p:63
27. Sanchez Trocino B., Diaz Acevedo J.A., Cortez Lopez N.E., Cruz Duran G.M.,  
Valoracion y clasificacion de pacientes en la consulta dental. Revista  
Odontológica Latinoamericana. [Internet]. 2016. Vol 8. Num. 1. [Citado el 25  
de febrero de 2020]. p: 1-6.
28. Suarez Cuba Miguel Ángel. EL GENOGRAMA: HERRAMIENTA PARA EL  
ESTUDIO Y ABORDAJE DE LA FAMILIA. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2010  
[citado 2023 Dic 12]; 16( 1 ): 53-57.
29. <https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=ENEU>
30. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3100/5.pdf>
31. Fuentes, L. d. C. (2018). La Religiosidad y la Espiritualidad: ¿Son conceptos  
teóricos independientes?
32. Londoño Fernández, J.L. 2009. La denominación de origen y el alcance de su  
protección. Revista La Propiedad Inmaterial. 13 (nov. 2009), 41–58.



33. Miguel-Alvaro, Alejandro. (2018). ¿Existe Relación entre el Motivo de Consulta que aportan los Pacientes y el Diagnóstico Clínico?. The Spanish Journal of Psychology. Volumen Especial del Suplemento Psychologia Latina. 84-86.
34. Posada-Arévalo Sergio Eduardo, Broca-Sánchez Mariana, Zavala-González Marco Antonio. Calidad del registro del diagnóstico médico y subsecuente codificación en un hospital de segundo nivel de Tabasco, México, 2009. Medicas UIS [Internet]. 2015 Aug [cited 2023 Oct 02]; 28( 2 ): 187-194..
35. Figueroa CAR. Reflexiones sobre una estrategia de abordaje del paciente y su familia en la atención médica. Arch Med Fam. 2023;25(1):7-9.
36. McCubbin HI. Thompson. Family Assessment Inventories for Research and Practice. Madison: The University of Wisconsin-Madison. 1987.
37. Jenniffer RT María A F Torre DG, Tipología, crisis y funcionamiento familiar en un consultorio médico de la ciudad de Guantánamo JORCIENCIAPDCL 25-30 Junio 2022 Cuba
38. Ordóñez Azuara Y, Gutiérrez Herrera RF, Méndez Espinoza E, Alvarez Villalobos NA, Lopez Mata D, de la Cruz de la Cruz C. Asociación de tipología familiar y disfuncionalidad en familias con adolescentes de una población



- mexicana. Atención Primaria [Internet]. 2020 Dec 1;52(10):680–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656720300743>
39. Ordóñez-Azuara Yeyetsy Guadalupe, Vázquez-Azuara Nora Luz, Gutiérrez-Herrera Raúl Fernando, Mendoza-Rivera Rosalba, Riquelme-Heras Héctor Manuel, González-Contreras Héctor. Correlación de factores biopsicosociales con insatisfacción de la imagen corporal en adolescentes. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2018 Ago [citado 2023 Dic 20]; 60( 4 ): 385-386.
40. " Relación de funcionalidad y composición familiar en familias atendidas por el departamento de medicina familiar del hospital universitario Dr. Jose Eleuterio Gonzalez" ESTRADA CHARLES A.I. "DISSERTATION" Repositorio Institucional UANL Monterrey Nuevo Leon México 2022,46 páginas
41. Chávez Acurio AI, Lima Rojas D. Depresión, ansiedad, estrés y funcionalidad familiar en adolescentes de una unidad educativa de Guayaquil. REE [Internet]. 28 de abril de 2023 [citado 13 de diciembre de 2023];17(2):33-45.
42. Sandoval-Montes IE, Romero-Velarde E, Vásquez-Garibay EM, et al. Obesidad en niños de 6 a 9 años. Factores socioeconómicos, demográficos y disfunción familiar [Socioeconomic, demographic and family dysfunction related to obesity in 6 to 9 year-old children]. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2010;48(5):485-490.
43. Limia-Núñez Y, García-Hernández A, Vargas-González D, Núñez-Quintero M, Martínez-Escalona M. Caracterización de la tipología familiar del adulto mayor



no institucionalizado perteneciente al parque departamental de tercera edad.

Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta 2008 53-59.

44. Contreras-González R., Magaly-Santana A., Jiménez-Torres E., Gallegos-Torres R., Xequé-Morales Á., Palomé-Vega G. et al . Nivel de conocimientos en adolescentes sobre el virus del papiloma humano. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2017 Jun [citado 2023 Dic 13]; 14( 2 ): 104-110. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632017000200104&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000200104&lng=es)
45. Velásquez Restrepo LE, Jaramillo Sanabria LM. Identificación sociodemográfica de familias con hijos de una institución educativa. Pereira, Risaralda. 2018 . cultrua [Internet]. 15 de diciembre de 2020 [citado 13 de diciembre de 2023];17(2):75-81.
46. Velásquez Restrepo LE, Jaramillo Sanabria LM. Identificación sociodemográfica de familias con hijos de una institución educativa. Pereira, Risaralda. 2018 . cultrua [Internet]. 15 de diciembre de 2020 [citado 13 de diciembre de 2023];17(2):75-81.
47. Barrientos-Acosta V, Mendoza-Sánchez HF, Sainz-Vázquez L, et al. Depresión y tipología familiar en un grupo de adolescentes mexicanos. Arch Med Fam. 2010;12(3):69-76.
48. Vargas Murga Horacio. Tipo de familia y ansiedad y depresión. Rev Med Hered [Internet]. 2014 Abr [citado 2023 Dic 13]; 25( 2 ): 57-59. Disponible



en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2014000200001&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2014000200001&lng=es).

49. Hinostraza-Gastelú L, Huashuayo-Vega C, NavarroGómez S, Torres-Deza C, Matos-Retamozo L. Dinámica familiar y manifestaciones de depresión en escolares de 13 a 15 años de edad. Rev Enferm Herediana. 2011; 4 (1): 12-19.

**Anexos :**

**Fecha:**  
**Hora:**

**No. de Encuesta:**  
**No. Registro:**

**Ficha de identificación.**

**Nombre:**

**Teléfono:**

**Edad:**

**Ocupación:**

**Sexo:**

**Religión:**

**Estado civil:**

**Origen y/o Residencia:**

**Domicilio:**

**Grupo étnico:**

**Motivo de  
Consulta:**

**Tipo de Interrogatorio:**

**Tabla de Composición Familiar**

Mencione o Anote en la tabla según corresponda, *¿Quiénes son los componentes que usted considera que conforman su familia?*

Rol	Nombre	Edad	Sexo	Ocupación	Escolaridad	Religión	Enfermedades (Tiempo de evolución)



--	--	--	--	--	--	--	--

**APGAR Familiar**

Por favor rodee con un círculo la respuesta que más se ajuste a su situación personal.

*Pregunta*

**¿Está satisfecho con la ayuda de su familia cuando tiene un problema?**

**¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?**

**¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?**

**¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?**

**¿Siente que su familia le quiere?**

	Casi Nunca	A veces	Casi siempre
	0	1	2
	0	1	2
	0	1	2
	0	1	2
	0	1	2
<b>Puntuación Total:</b>			

**Estructura familiar:**

**Ciclo de vida familiar:**

**Patrón estructural repetido:**





UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

**DR. med. FELIPE ARTURO MORALES MARTÍNEZ**

Subdirector de Estudios de Posgrado del  
Hospital Universitario de la U.A.N.L.

Presente:

Por medio de la presente hago constar que la tesis titulada "Descripción de la valoración medico familiar en un hospital de México" cuyo autor es el Dr. Raymundo Herrera Hernández del programa de Medicina Familiar, ha sido revisada por el programa de Turnitin, encontrando un 26% de similitud y después de la interpretación de los datos se ha llegado a la conclusión que no existe evidencia de plagio de la tesis.

Sin más por el momento y agradeciendo de antemano sus finas atenciones me despido de usted.

**ATENTAMENTE.**

*«Alere Flamamam Veritatis»*

Monterrey, N.L. 01 de diciembre de 2023



**DR. RAÚL FERNANDO GUTIÉRREZ HERRERA**  
Jefe del Departamento de Medicina Familiar. **MEDICINA FAMILIAR**

# TESIS RAYMUNDO HERRERA HERNANDEZ

---

## INFORME DE ORIGINALIDAD

---

**26%**

INDICE DE SIMILITUD

**22%**

FUENTES DE INTERNET

**4%**

PUBLICACIONES

**13%**

TRABAJOS DEL  
ESTUDIANTE

---

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

---

< 1%

★ **catalonica.bnc.cat**

Fuente de Internet

---

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 5 words

Excluir bibliografía

Activo