

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE MEDICINA**



**“INDICADOR DE TRABAJO CON FAMILIAS MAS PREVALENTE DE LA
CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR”**

Por

DRA. LYTZALaura G. CHÁVEZ QUEZADA

COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

DICIEMBRE 2024

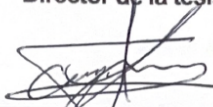
**“INDICADOR DE TRABAJO CON FAMILIAS MAS PREVALENTE DE LA
CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR”**

Aprobación de la tesis:



Dra. Iracema Sierra Ayala

Director de la tesis




Dr. Isauro de Jesús Saenz Saucedo

Asesor de tesis



Dra. Iracema Sierra Ayala

Coordinador de Enseñanza



Dr. Raúl Fernando Gutiérrez Herrera

Jefe del Departamento de Medicina Familiar



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

Dedicatoria

A mis padres, cada logro mío es suyo.

A Luis Alfredo, una fuente inagotable de fortaleza y alegría.

A mi Dios, por darme paz y propósito.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por ser mi guía, acompañarme cada día, elegirme de instrumento, recordarme mi camino, llenarme de luz y concederme los anhelos de mi corazón.

A mis padres, Eduardo y Betylau por su fe, sacrificio, esfuerzo y amor incondicional desde el primer día que salí de casa para alcanzar mis sueños me enseñaron que no existen límites.

A Luis Alfredo por elegir ser equipo, compartir metas e impulsarme a ser una mejor versión desde un lugar seguro.

A Hannia y Eduardo, por ser fuente de alegría, un hogar y hacerme sentir que ningún logro es pequeño.

A mis amigos que llegaron en la residencia y me inspiraron a crecer, con ellos aprendí que lo que se comparte se disfruta mejor.

A mis maestros, en especial al Dr. Raúl quién me enseñó que con un cambio de actitud no existen límites para crecer y me inspiró no solo a ser mejor médico sino también mejor persona. A la Dra. Iracema por ser fuente de inspiración, seguridad y confianza. Al Dr. Riquelme, la Dra. Yeye, la Dra. Maricruz y el Dr. Isauro, quienes me compartieron de su conocimiento y contribuyeron a lo que hoy soy.

A todos, muchas gracias.

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I	8
RESUMEN	8
CAPÍTULO II	10
MARCO TEÓRICO.....	10
CAPÍTULO III	20
JUSTIFICACIÓN	20
CAPÍTULO IV	22
OBJETIVOS	22
CAPÍTULO V	23
MATERIAL Y MÉTODOS	23
CAPÍTULO IV	28
RESULTADOS.....	28
CAPÍTULO V	35
DISCUSIÓN	35
CAPÍTULO VI	43
CONCLUSIÓN	43
REFERENCIAS.....	44
RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO	50

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Indicadores de Trabajo con familias	17
Tabla 2. Análisis estadístico. Cálculo de la muestra.....	25
Tabla 3. Prevalencia de indicadores para Trabajo con Familias según sexo (n=194).....	29
Tabla 4. Prevalencias de indicadores individuales para Trabajo con Familias según sexo	30

ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfica 1. Grupo de edad y presencia de indicadores individuales.	31
Gráfica 2. Grupo de edad y presencia de indicadores familiares.....	32
Gráfica 3. Grupo de edad y presencia de indicadores individuales y familiares.	33
Gráfica 4. Relación de género con el grupo de edad y presencia de indicadores individuales/familiares.	34

CAPÍTULO I

RESUMEN

Introducción: El trabajo con familias es una estrategia fundamental en la medicina familiar, ya que permite abordar la salud desde una perspectiva integral y contextual. Reconocer a la familia como unidad de cuidado permite identificar dinámicas, roles y factores que impactan el bienestar de sus integrantes. Este enfoque facilita la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de enfermedades y el manejo conjunto de condiciones crónicas.

Objetivo general: Identificar el indicador de trabajo con familias más prevalente de la consulta de medicina familiar del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González en el periodo de junio 2023 a marzo 2024

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo en donde se obtuvo el número de consultas realizadas de junio 2023 a marzo 2024 en la consulta de medicina familiar del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, se delimitaron los pacientes que cumplían con indicador de Trabajo con familias y se seleccionó una muestra de 899 sujetos. Se realizó una revisión de expediente clínico y se documentaron las características sociodemográficas del paciente y categorizó el indicador de Trabajo con familias en individual y familiar.

Resultados: Se incluyeron a un total de 194 pacientes, con una mediana de edad de 49 (RIQ 60-32), con la mayoría siendo mujeres (59.79%). Las comorbilidades más frecuentes fueron diabetes (23.20%), hipertensión arterial (13.40%), ansiedad (8.76%) y obesidad (8.25%). En cuanto a los indicadores para trabajo con familias, casi la mitad de los sujetos cumplían con un criterio familiar (46.39%), mientras que 48 sujetos (24.74%) cumplían con criterios individuales y 56 sujetos (28.86%) cumplían con criterios individuales y familiares.

Conclusión: El indicador de Trabajo con familias más prevalente de la consulta de Medicina Familiar fue el de la Necesidad de involucrar a todos sus integrantes en el inicio de un programa terapéutico, sobre todo si es en un enfermo crónico. El trabajo con familias en el contexto del enfermo crónico es una herramienta esencial para mejorar los resultados en salud y la calidad de vida tanto del paciente como de su familia.

Palabras clave: Trabajo con familias, enfermo crónico, biopsicosocial.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

La familia desde la teoría de sistemas es un sistema organizado reconocido por las interacciones entre sus miembros, donde cada uno cumple roles específicos que influyen en su funcionamiento y desarrollo. (1,2) Es un grupo social que funciona como un sistema abierto, compuesto por miembros conectados por lazos consanguíneos, legales o de afinidad, que en la mayoría de los casos viven juntos. (1) Su responsabilidad principal es guiar y proteger a sus miembros, provee las funciones familiares afectivas e instrumentales, proporciona un entorno de apoyo, amor y cuidado, puede promover un adecuado desarrollo emocional y físico, lo que contribuye a la salud y el bienestar de sus integrantes. (3) Sin embargo, cuando no se brindan esta puede llegar a tener efectos negativos en la salud mental y física de sus miembros, e incluso propiciar la enfermedad.

La evolución de la sociedad ha generado una transformación en la naturaleza de las enfermedades del ser humano, las cuales pueden llegar a ser personalizadas e individualizadas como para encuadrarlas en solo una especialidad, abarcando desde patologías crónicas e infecciosas hasta trastornos del desarrollo o salud mental, y es imposible separar la salud física de la mental, lo que demanda que los médicos sean competentes en ambos campos. (4) Esta diversidad de condiciones requiere un cambio en el enfoque médico hacia una comprensión

más profunda del paciente como persona y su entorno para un manejo más efectivo de su enfermedad.

Es así como la práctica del médico familiar cumple con las necesidades actuales del paciente, ya que se distingue por su enfoque centrado en la persona, priorizando al individuo sobre la enfermedad, lo que significa trascender el modelo biomédico y concretar el modelo biopsicosocial, considerando no solo los aspectos biológicos, sino también los psicológicos, sociales y culturales que influyen en su salud. (5) Esto implica comprender la perspectiva del paciente sobre su salud, identificando sus ideas, miedos y expectativas, además se integra esta información con su personalidad y contexto social. Luego, se establece un plan terapéutico conjunto, definiendo roles entre médico y paciente. La relación médico-paciente se fortalece en un proceso continuo mediante confianza, empatía y comprensión mutua.(6)

La medicina familiar sigue 9 principios básicos que guían la educación y formación: acceso o atención de primer contacto, integralidad, continuidad de la atención, coordinación de recursos, prevención, orientación familiar, orientación comunitaria y centrado en el paciente.

Este enfoque promueve una atención basada en la relación médico-paciente, donde la confianza y el conocimiento profundo del paciente son fundamentales, se aboga por un acompañamiento a lo largo de todas las etapas de la vida del

paciente, desde la niñez hasta la vejez, lo que permite un mejor seguimiento y una atención más personalizada, basada en un profundo conocimiento de la historia clínica y personal del paciente. La atención no se limita a episodios de enfermedad, sino que se extiende a la prevención de enfermedades a través de la promoción de la salud, el manejo de condiciones crónicas y el fomento del bienestar general abordando todas las dimensiones del paciente. Los servicios de salud deben ser accesibles para todos, sin importar la ubicación geográfica, el nivel socioeconómico o la situación cultural del paciente. Esto implica que el médico de familia tiene la responsabilidad de brindar atención equitativa y oportuna, asegurando que todos puedan beneficiarse de los servicios de salud. La medicina familiar garantiza la atención coordinada, ya que el médico de familia actúa como un coordinador del cuidado, gestionando las interconsultas con especialistas y asegurando la continuidad entre los diferentes niveles de atención. El contexto familiar y comunitario es también esencial en la medicina familiar, reconoce que la salud del individuo está profundamente influenciada por su entorno familiar y comunitario, por lo que el médico de familia debe tener en cuenta estas dinámicas para entender mejor las necesidades y circunstancias del paciente. (7–10)

Los principios que fundamentan la profesión del médico familiar son aplicados a través de distintos modelos de atención que se han ido desarrollando a lo largo del tiempo por médicos de familia, el primero conocido como “trabajo con familias”, un modelo de atención que fue acuñado por Ives Talbot, Universidad de

McGill en Montreal Canadá, se basa en abordar los problemas sociales desde una perspectiva familiar para lograr un cambio más significativo y duradero en la vida de las personas. Su enfoque se centraba en comprender la dinámica familiar, identificar las fortalezas, recursos familiares, y trabajar con la familia a través de las intervenciones que el profesional de la salud del primer nivel lleva a cabo para facilitar el proceso de adaptación cuando enfrentan situaciones enfrentan situaciones de crisis o enfermedades, y tener la destreza para referir cuando surja la necesidad.(11,12)

Por otro lado, Kenneth Kushner profesor emérito de la Universidad de Wisconsin, Estados Unidos, reconoce estas destrezas como entrevista familiar, la cual no se considera un sinónimo de terapia familiar. Más bien, la entrevista familiar es una reunión entre un médico y/u otro miembro del equipo de salud y miembros de la familia, es una oportunidad para observar las dinámicas de la familia subyacente, reunir información eficiente sobre el paciente y familia, es una herramienta importante en el proceso de construcción de consenso para tomar decisiones terapéuticas. En la revisión de la literatura, encontramos poco escrito sobre médicos que realicen entrevistas familiares. (13,14)

Así mismo Janeth Christie-Seely, se refiere a su modelo de atención como trabajo con familias, en donde se ve a la familia como sistema, que es más que la colección de cada una de sus partes, que funciona como un todo, rodeado de

límites lo que define la interacción entre el sistema y su ambiente. Esto acorde a los seis conceptos de la teoría general y de sistemas de Ludwig von Bertalanffy.(15,16)

1. El sistema en general tiende a la homeostasis.
2. El cambio en uno de sus componentes afecta todo el sistema
3. Para entender a uno de sus integrantes se debe comprender todo el sistema, cada componente cumple una función que no es reemplazada por otro componente.
4. Las partes que lo componen interactúan entre sí de manera ordenada y son importantes sus componentes y sus interrelaciones.
5. El todo es más que la suma de sus partes. La interacción de los componentes es parte de una comunicación y retroalimentación.
6. Por la coordinación de cada una de sus partes, el sistema es capaz de lograr objetivos.

Janeth identificó ocho situaciones clínicas donde se recomienda realizar trabajo con familias:

1. Enfermedades relacionadas con factores ambientales o de estilo de vida.
2. Dificultades en el manejo de enfermedades crónicas; por ejemplo, pobre apego al régimen de tratamiento.

3. Frecuentes consultas por síntomas con pobre respuesta al tratamiento (por ejemplo, fatiga, cefalea, dolor abdominal o de espalda).
4. Visitas frecuentes al consultorio por varios miembros familiares.
5. Problemas emocionales, conductuales o de relación. (por ejemplo, consejería sexual).
6. Crisis familiares y pérdida de la composición familiar a través de la muerte, divorcio, hospitalización, pérdida de trabajo o cambio de domicilio.
7. Guía anticipada para las etapas del desarrollo familiar (por ejemplo, asesoría prematrimonial, asesoría pre-retiro).
8. Promoción de la salud (por ejemplo, en el estilo de vida, nutrición, inmunizaciones, consejo genético entre otros). (15,17)

Doherty y Baird, se refieren al suyo como asesoramiento de atención primaria. Propusieron cinco niveles de intervención familiar basados en el grado de involucramiento familiar bajo la premisa de que ello posibilitaría una mejor comprensión del problema, por tanto, mayores posibilidades de resolverlo. (18,19)

1. Mínimo énfasis: Se enfatiza la relación médico-paciente y se comunica con la familia sólo por razones prácticas o médico legales. Problemas principalmente biomédico y situaciones de urgencia.
2. Información y consejería: El profesional comprende la importancia de la familia en la asistencia sanitaria y busca el apoyo familiar como soporte

del individuo, recibe información del individuo y su contexto familiar y proporciona consejos de salud a la familia para que tome sus decisiones para el cuidado de uno de sus integrantes o del grupo familiar.

3. Sentimiento y apoyo emocional, consejería en crisis: Comprende el desarrollo normal de la familia y el modo en que el individuo y la familia reacciona al estrés producido por un evento crítico o acúmulo de tensiones en uno de sus integrantes o en el grupo familiar
4. Intervención planificada: El análisis estructurado de la dinámica familiar, basado en un enfoque sistémico, permite planificar intervenciones y realizar un seguimiento. Las recomendaciones para la familia son específicas y responden a una interpretación detallada de su situación, con un enfoque principalmente cognitivo.
5. Terapia familiar: La intervención es realizada por personal especializado, que utiliza herramientas psicoterapéuticas para modificar las estructuras de familias disfuncionales.

A inicios de 1983 en el Departamento de Medicina Familiar, del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, se configuró e integró un método para obtener la información familiar que se consideró que era aquella que el médico familiar debía aprender a obtener para identificar los problemas y riesgos para la salud de una familia, y a partir de esa información, elaborar un programa de

atención integral, el objetivo siempre fue y continua siendo desarrollar habilidades diagnósticas y terapéuticas efectivas y específicas.(20)

Fue así como tomó forma el sistema de evaluación familiar que se menciona aquí, como un método para la atención familiar integral, la que cubre un proceso que inicia en la consulta individual con enfoque familiar y la identificación de los indicadores para el Trabajo con Familias. Su trabajo se sustenta en principios de la teoría general de sistemas, de la comunicación humana, de ciclo individual y familiar y habilidades para su atención. (21,22)

Para llevar a cabo el trabajo con familias es necesario la identificación del problema que requiere trabajo con familias, al identificar uno o más de los siguientes indicadores se decide proponer al paciente una evaluación familiar integral que le facilite obtener información sobre otros riesgos, problemas, preocupaciones y/o fuentes de estrés, además de otras condiciones físicas que le puedan estar afectando. (9,20,23)

Tabla 1. Indicadores de Trabajo con familias
Individuales
1. Utilizan con frecuencia los servicios de salud
2. Consultan por síntomas vagos o inespecíficos.
3. Tienen conflictos emocionales, de conducta o de relación.
4. Tienen problemas psicosomáticos.
5. Tienen problemas psicosociales (alcoholismo, embarazo no deseado o no planeado, entre otros)

Familiares
6. Cambios en su composición (nacimientos, muertes, huídas del hogar, adición de familiares o amigos, entre otros).
7. Necesidad de involucrar a todos sus integrantes en el inicio de un programa terapéutico, sobre todo si es en un enfermo crónico
8. Mal apego a las indicaciones médicas
9. Hospitalización y/o cirugía de cualquiera de sus integrantes.
10. Enfermos terminales, discapacitados, con problemas genéticos entre otros.

Reconocer los indicadores mencionados, se logra a través de la revisión del expediente clínico, mínimo de las últimas 3 o 4 consulta, la información familiar obtenida de la consulta con anterioridad, de la agenda de citas o de la hoja de reporte de consultas diarias.(20)

Las habilidades fundamentales para el trabajo con familias son de dos tipos:

1. Conceptuales: Teoría de sistemas, teoría de comunicación humana, teoría de las crisis y habilidades para su atención, de la teoría del desarrollo individual y familiar.
2. Perceptuales: Identificar líneas de autoridad, secuencias de conducta
3. Ejecutivas: Estas son definidas como:
 - Maniobras de unión: estrategias tendientes a establecer una relación de trabajo con la familia como grupo.

- Reunir información: Capacidad para identificar las necesidades y recursos de la familia e integrar la formación de un diagnóstico y negociar un plan de manejo.
- Definición del problema y manejo: Establecer una relación de colaboración de trabajo con la familia en el manejo de situaciones clínicas. (20,23)

Esto se realiza a través de estrategias de intervención:

1. Educación e información al paciente
2. Guías anticipadas: Son acciones preventivas de las tareas de desarrollo correspondiente del ciclo vital familiar.
3. Facilitación: A través de la normalización, clarificación, re etiquetamiento positivo, apoyo a las fortalezas de la familia, sugerencias específicas, referencia. (23)

Hay considerable similitud entre los objetivos subyacentes y principios de estos modelos, a través intervenciones a corto plazo, centradas en los problemas y basadas en la familia, dirigidas a problemas que se observan comúnmente en la práctica de atención primaria, la prevención y el mantenimiento de la salud, facilitación del desarrollo normal de la familia y adaptación a problemas médicos agudos, crónicos y su tratamiento.

CAPÍTULO III

JUSTIFICACIÓN

La familia, como unidad fundamental de la sociedad, constituye el objeto de análisis primordial del médico familiar. La salud de sus miembros está interrelacionada y cualquier situación que afecte a uno de ellos puede tener repercusiones en los demás, lo que refuerza la importancia de abordarla desde una perspectiva integral. En este sentido, el trabajo con las familias no es solo una característica distintiva de la especialidad, sino una herramienta que, puede mejorar significativamente los resultados de salud ya que esta especialidad no se limita únicamente al tratamiento individual, sino que se preocupa también por las dinámicas familiares, su entorno y los factores sociales que puedan influir en la salud de cada integrante.

Para realizar intervenciones efectivas, el médico familiar se basa en una serie de diez indicadores que abarcan tanto aspectos individuales como familiares, y que le permiten identificar la necesidad de trabajar con el núcleo familiar como un todo para diseñar estrategias de intervención que mejoren el bienestar de los pacientes.

A pesar de la importancia que tienen estos indicadores, actualmente no se dispone de suficiente evidencia que muestre su prevalencia en la práctica clínica diaria del médico familiar. Al llevar a cabo el siguiente estudio se puede generar información valiosa que contribuya no solo a la mejora de la formación de los médicos familiares, sino también a la calidad de la atención brindada a los pacientes.

CAPÍTULO IV

OBJETIVOS

Objetivo general:

Identificar el indicador de trabajo con familias más prevalente de la consulta de medicina familiar del Hospital Universitario en el periodo de junio 2023 a marzo 2024

Objetivos específicos:

- Determinar cuántas consultas de medicina familiar cumplen con criterios para trabajo con familias en el Hospital Universitario en el periodo junio-marzo 2024.
- Categorizar las consultas que cumplan con indicadores de trabajo con familias, en indicadores individuales e indicadores familiares
- Identificar el grupo de patologías más frecuente en pacientes que cumplan con indicador para trabajo con familias.

CAPÍTULO V

MATERIAL Y MÉTODOS

- **Diseño:** observacional, retrospectivo, descriptivo
- **Lugar:** Consulta de Medicina Familiar del Hospital Universitario “José Eleuterio González”.
- **Tiempo:** Los expedientes correspondientes de los pacientes de junio 2023 a marzo 2024
- **Tamaño de la población:** Obtener el número de consultas realizadas de junio 2023 a marzo 2024 en la consulta de medicina familiar, posteriormente delimitar a aquellos que cumplen con indicadores de trabajo con familias.
- **Criterios de selección:**
 - Inclusión:**
 - Expedientes de los asistentes a consulta en el periodo de junio 2023 a marzo 2024 en la consulta de medicina familiar del del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González
 - Expedientes que cumplan con indicador para trabajo con familias.

Exclusión:

- Que no tengan criterios para trabajo con familias
- Que sean menores de edad

Eliminación:

- Expedientes con llenados incompletos

- **Cálculo de la muestra:**

Se utilizó una fórmula de estimación de una proporción en una población finita, con el objetivo primario de: identificar el indicador de trabajo con familias más prevalente en la consulta de medicina familiar del Hospital Universitario. Esperando una proporción del 80% de pacientes con presencia de un indicador en específico, con una significancia bilateral del 5%, y un poder del 97.5%, se necesitan por lo mínimo 194 sujetos de estudio.

Los parámetros de referencia fueron establecidos en base a un estudio piloto realizado con participantes de esta misma muestra conformado por 30 integrantes, elegidos de manera aleatoria, donde solo se tomó en cuenta, la variable a estudiar la cual es “indicador de trabajo con familias”. Al ser un estudio retrospectivo, se consideró que no es necesario someter el estudio piloto.

N= Población disponible = 899

p= Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio = 0.8

q= 1-p (complementario, sujetos que no tienen la variable de estudio) = 0.2

δ = Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar = 0.05

$Z\alpha$ = distancia de la media del valor de significación propuesto = 1.96

Tabla 2. Análisis estadístico. Cálculo de la muestra

TAMAÑO DE MUESTRA PARA POBLACIÓN FINITA					
$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$					
		al cuadrado	P x Q	N - 1	
valor N	899			898	
valor Z	1.96	3.8416			
valor P	0.8			n=	193.231544
valor Q	0.2		0.16		
valor d	0.05	0.0025			

MEDICIÓN DE VARIABLES

Dependiente: Consulta de medicina familiar

Independiente: Indicador de trabajo con familias

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categorías	Escala medición

Indicador de trabajo con familias individual	Criterios en el individuo, que sugieren una relación de colaboración, en un proceso de continuidad, integralidad, enfocándose en la promoción de la salud, diagnóstico y tratamiento	En base al expediente clínico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizan con frecuencia los servicios de salud. 2. Consulta por síntomas vagos o inespecíficos 3. Tienen conflictos emocionales, de conducta o de relación. 4. Con problemas psicosomáticos. 5. Con problemas psicosociales. 	Nominal
Indicador de trabajo con familias familiar	Criterios en la familia, que sugieren con una relación de colaboración, en un proceso de continuidad, integralidad, enfocándose en la promoción de la salud, diagnóstico y tratamiento	En base al expediente clínico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cambios en su composición familiar. 2. Necesidad de involucrar a todos sus integrantes en el inicio de un programa terapéutico sobre todo si es en un enfermo crónico. 3. Poco apego a las indicaciones médicas. 4. Hospitalización, cirugía o ambas, de cualquiera de sus integrantes. 5. Enfermos terminales, 	Nominal

			personas con discapacidad, con problemas genéticos.	
--	--	--	---	--

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se seleccionará del registro de pacientes que acudieron a la Consulta #1 de Medicina Familiar del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González en un periodo de junio 2023 a marzo 2024 a los que cumplan con indicador de trabajo con familias. Se hará una revisión del expediente clínico y se realizará una base de datos con Excel, donde se categorizará el indicador en individual y/o familiar, y se verificará de la continuidad del trabajo con familias.

ÉTICA DE ESTUDIO

Esta investigación en base al artículo 17, fracción II del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud es una investigación sin riesgo para los participantes, debido a que se trata de un estudio observacional, analítico de tipo casos y controles que emplean procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: emplear técnicas y métodos de investigación de tipo encuesta, como pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Durante el periodo de junio 2023 a marzo 2024 en la consulta de Medicina Familiar, 899 consultas (13.7%) cumplían con criterios para realizar trabajo con familias. (ver tabla 1)

Tabla. 1 consultas realizadas en el periodo de junio 2023 a marzo 2024, en la consulta de Medicina Familiar.	
Consultas totales	6531
Consultas con indicador de trabajo con familias	899

Se incluyeron a un total de 194 pacientes, con una mediana de edad de 49 (RIQ 60-32), con la mayoría siendo mujeres (59.79%). Las comorbilidades más frecuentes fueron diabetes (23.20%), hipertensión arterial (13.40%), ansiedad (8.76%) y obesidad (8.25%).

El indicador de trabajo con familias más prevalente de la consulta fue el indicador 7: Necesidad de involucrar a todos sus integrantes en el inicio de un programa terapéutico sobre todo si es en un enfermo crónico, seguido del indicador 2: consulta por síntomas vagos o inespecíficos, ambos con predominio de género femenino sobre el masculino, de hecho, se puede observar que el indicador 2 si

muestra una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.021$) y para el resto de los indicadores no se encontró una diferencia estadísticamente significativa. La prevalencia de cada indicador se puede observar en la tabla 3.

Tabla 3. Prevalencia de indicadores para Trabajo con Familias según sexo (n=194)

Indicador	Total* n (%)	Sexo		Valor p**
		Masculino n (%)	Femenino n (%)	
Indicador 1	33 (17.01)	10 (30.30)	23 (69.69)	0.245
Indicador 2	53 (27.32)	14 (26.41)	39 (73.58)	0.021
Indicador 3	41 (21.13)	19 (46.34)	22 (53.65)	0.367
Indicador 4	20 (10.30)	7 (35.00)	13 (65.00)	0.810
Indicador 5	16 (8.24)	7 (43.75)	9 (56.25)	0.794
Indicador 6	31 (15.97)	10 (32.25)	21 (67.74)	0.425
Indicador 7	109 (56.18)	48 (44.03)	61 (55.96)	0.240
Indicador 8	29 (14.94)	9 (31.03)	20 (68.96)	0.310
Indicador 9	16 (8.24)	8 (50.00)	8 (50.00)	0.434
Indicador 10	19 (9.79)	9 (47.36)	10 (52.63)	0.623

*Sujetos que cumplen con el criterio especificado

**Test exacto de Fisher

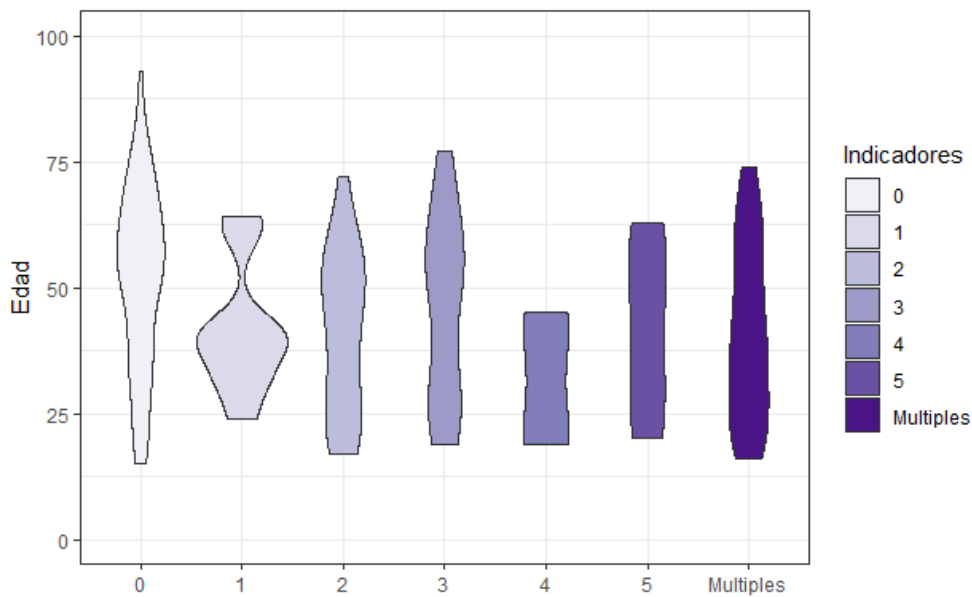
La suma no resulta en 194 sujetos debido a que los sujetos podían cumplir con más de un indicador

En cuanto a los indicadores para trabajo con familias, 90 de los sujetos cumplían con uno de los indicadores familiares (46.39%) siendo el más prevalente el indicador 7, mientras que 48 sujetos (24.74%) cumplían con alguno de los indicadores individuales, siendo prevalente el indicador 2 y 56 sujetos (28.86%) cumplían con indicadores individuales y familiares. Para el indicador 3, se encuentra que existe una diferencia estadísticamente significativa acorde al sexo, en el resto de los indicadores no se encontró una diferencia, estadísticamente significativa, en la tabla 4 se puede observar el resto de los resultados.

Tabla 4. Prevalencias de indicadores individuales para Trabajo con Familias según sexo

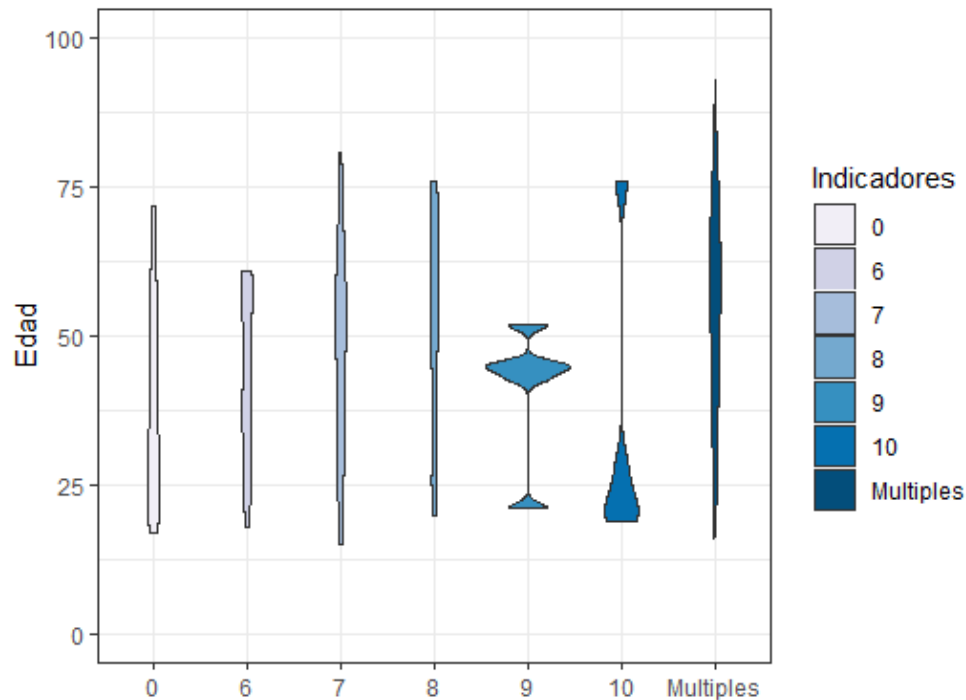
Indicador	Total n (%)	Sexo		Valor p*
		Masculino n (%)	Femenino n (%)	
Sujetos que cumplen con Indicador Individual (n= 48)				
Indicador 1	17 (35.41)	4 (23.52)	13 (76.47)	0.074
Indicador 2	21 (43.75)	7 (33.33)	14 (66.66)	0.382
Indicador 3	15 (31.25)	10 (66.66)	5 (33.33)	0.027
Indicador 4	10 (20.83)	4 (40.00)	6 (60.00)	0.904
Indicador 5	9 (18.75)	5 (55.55)	4 (44.44)	0.460
Sujetos que cumplen con Indicador Familiar (n= 90)				
Indicador 6	13 (14.44)	7 (53.84)	6 (46.15)	1.000
Indicador 7	70 (41.11)	37 (52.85)	33 (47.14)	0.447
Indicador 8	16 (17.77)	6 (37.50)	10 (62.50)	0.409
Indicador 9	10 (11.11)	7 (70.00)	3 (30.00)	0.315
Indicador 10	14 (15.55)	8 (57.14)	6 (42.85)	0.772
Sujetos que cumplen con ambos Indicadores (n= 56)				
Indicador 1	15 (26.78)	5 (33.33)	10 (66.66)	0.302
Indicador 2	31 (55.35)	6 (19.35)	25 (80.64)	0.532
Indicador 3	23 (41.07)	8 (34.78)	15 (65.21)	0.114
Indicador 4	9 (16.07)	2 (22.22)	7 (77.77)	1.00
Indicador 5	6 (10.71)	1 (16.66)	5 (83.33)	1.00
Indicador 6	18 (32.14)	3 (5.35)	15 (83.33)	0.514
Indicador 7	37 (66.07)	9 (24.32)	28 (75.67)	1.00
Indicador 8	12 (21.42)	2 (16.66)	10 (83.33)	0.711
Indicador 9	6 (10.71)	1 (16.66)	5 (83.33)	1.00
Indicador 10	19 (9.79)	9 (47.36)	10 (52.63)	1.00

*Test exacto de Fisher.



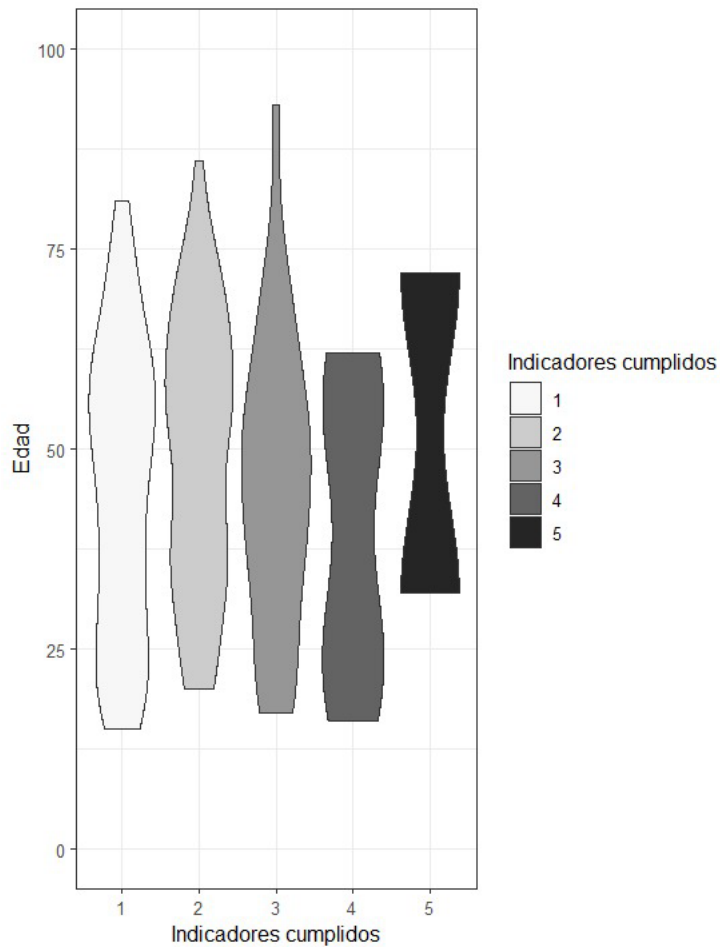
Gráfica 1. Grupo de edad y presencia de indicadores individuales.

Podemos observar en la gráfica 1 la frecuencia de cada indicador individual acorde la edad. Es más frecuente que los sujetos con edad de 35 años cumplan con solo el indicador 1: Utilizan con frecuencia los servicios de salud. Para los sujetos de 55 años con el indicador 2: Van a consulta por síntomas vagos o inespecíficos y el indicador 3: Tienen conflictos emocionales, de conducta o de relación. Para el indicador 4: Con problemas psicósomáticos, se presenta de manera frecuente de los 20-40 años. Y con el indicador 5: Con problemas psicosociales (alcoholismo, embarazo no deseado o no planeado, entre otros, desde los 20 a 60 años. Se encontraron sujetos que presentaban mas de un indicador individual, que fueron agrupados como múltiples, encontrando una mayor prevalencia entre los 35 años.



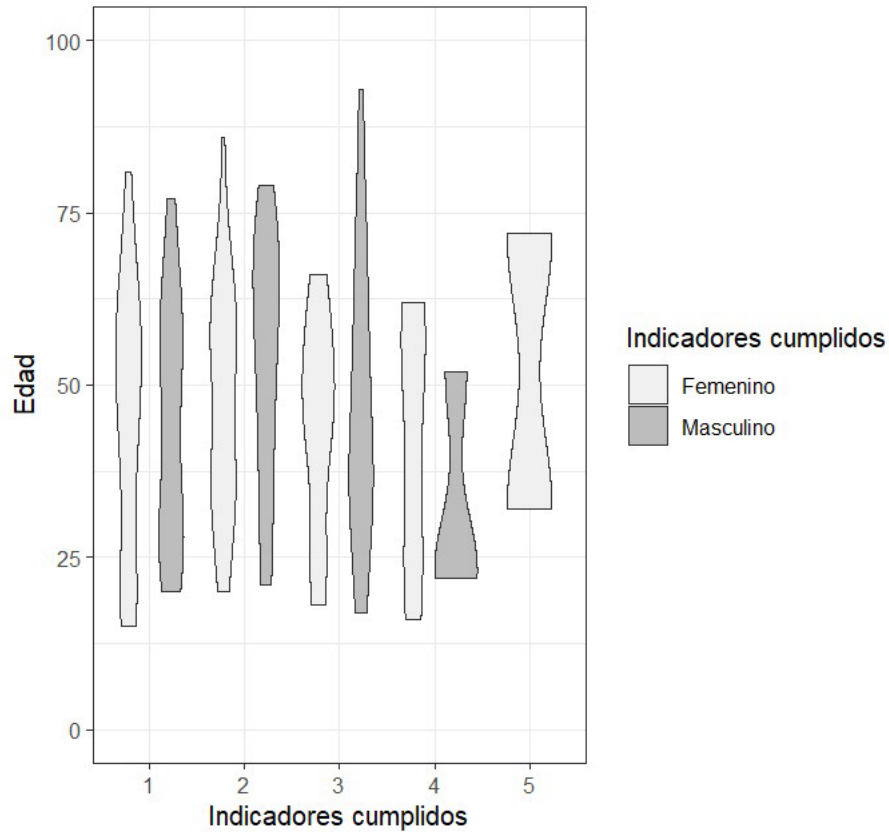
Gráfica 2. Grupo de edad y presencia de indicadores familiares

Por otro lado, la frecuencia de los indicadores familiares acorde al grupo de edad se observa en la en la gráfica 2. Se puede identificar al indicador 7 como el más prevalente los grupos de edad desde los 20 a 80 años. El indicador 9: Hospitalización, cirugía o ambas, de cualquiera de sus integrantes, en los sujetos de 40 años. Y el indicador 10: Enfermos terminales, personas con discapacidad, con problemas genéticos, para los de 20 años.



Gráfica 3. Grupo de edad y presencia de indicadores individuales y familiares.

En la gráfica 3 se puede observar que, en el grupo de edad de los 40-50 años, es más frecuente que se presenten 3 indicadores tanto familiares como individuales. Y que no existe una relación entre mayor grupo de edad y mayor presencia de indicadores tanto familiares como individuales.



Gráfica 4. Relación de género con el grupo de edad y presencia de indicadores individuales/familiares.

En la gráfica 4 se muestra que no hay diferencia entre el género y predominio de indicadores cumplidos en relación con el grupo de edad. Es más frecuente que los hombres mayores de 75 años presenten hasta 3 indicadores. Y que ambos géneros con edad entre 25 a 75 años presenten hasta 2 indicadores.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Es relevante diferenciar a la atención primaria, que se define como de primer contacto, continua, integral y coordinada para el paciente de todas las poblaciones, indiferenciadas por género, patología, o sistema (24) y puede ser ejercida por médicos familiares, médicos generales, enfermeras, entre otros trabajadores del área de la salud(25), a diferencia de la medicina familiar, que comprende el enfoque de atención primaria antes mencionado, además de la prevención, orientación familiar, abordando el problema de salud dentro del contexto familiar, considerando la orientación comunitaria, reconociendola como un todo, de la cual también depende la salud, y con un enfoque centrado en el paciente; (26) Es un campo en constante evolución, con la intención de satisfacer las necesidades cambiantes de las poblaciones a las que servimos.(8)

El trabajo con familias brinda esta orientación familiar, por lo que en el periodo de junio 2023 a marzo 2024 en la consulta de Medicina Familiar del Hospital Universitario "Dr. José E. Gzz.", se brindaron 6531 consultas, de las cuales el 13.7% cumplían con criterios para realizar trabajo con familias. Dentro de la literatura no se encuentran con estudios comparativos donde la intervención realizada lleve por nombre Trabajo con familias. En Chile se utiliza un "Modelo de atención integral en salud", con enfoque familiar, donde realizan intervenciones familiares; pero centradas principalmente en la atención al

individuo, quien se identifica como el caso índice dentro de su contexto familiar, y de igual manera sugieren aplicar los niveles de Doherty y Baird para realizar la intervención. (27) Por otro lado en Indonesia, utilizan el modelo Genogram, un grupo de estrategias que permite comprender los perfiles familiares para así entender a los pacientes e involucrar a las familias en la atención primaria. (28) Es fundamental reconocer que el Trabajo con familias es realizado en un hospital de tercer nivel donde la dinámica familiar del paciente que puede diferir de la de aquellos atendidos en el primer nivel de atención (18). Los pacientes suelen presentar condiciones más complejas o avanzadas que requieren intervenciones especializadas, lo que genera mayor estrés, reorganización de roles y costos elevados. Por otro lado, en el primer nivel, el enfoque está en la prevención y manejo temprano, lo que permite una interacción más cercana con el contexto familiar. Estas diferencias destacan la necesidad de adaptar las intervenciones según el nivel de atención.

Dentro de los indicadores de trabajo con familias, el más prevalentes representando el 56.6% fue el indicador familiar 7, correspondiente a la *Necesidad de involucrar a todos sus integrantes en el inicio de un programa terapéutico sobre todo si es en un enfermo crónico*. La única información similar encontrada en la literatura en comparativa dentro del contexto de la consulta del Departamento de Medicina Familiar fue donde T. Garza mencionó que en 1990,

5.5% de consultas destacando una tendencia significativa al alza en las décadas posteriores.(23)

De las comorbilidades mas frecuentes de atención en la consulta correspondían a enfermedades crónicas que comprendían el 44.85% de las patologías.

En México, hasta 2023, las enfermedades crónicas muestran un alta prevalencia entre la población. La diabetes afecta al 25.6% de las personas mayores de 53 años, según datos de la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM). En el caso de la hipertensión arterial, su prevalencia es aún mayor, alcanzando el 43.3% en este grupo poblacional(29) (30). Respecto a la obesidad, se señala que México es el segundo país con mayor prevalencia de obesidad entre los miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), afectando al 30.7% de los adultos(31). Estas cifras reflejan la importancia de reforzar estrategias preventivas y de manejo integral de estas condiciones, estas dos prácticas son las que distinguen la práctica del médico familiar de la atención primaria.

Al revisar la literatura a pesar de la considerable cantidad de pacientes con comorbilidades crónicas no se integra una intervención bajo el nombre de Trabajo con familias o al menos no se conceptualizan las intervenciones realizadas. Se encontraron programas de educación en diabetes en diferentes partes del mundo como Reino Unido y América Latina, donde se enfocan en el autoconocimiento de la enfermedad y sus complicaciones, conceptos de

nutrición, actividad física, uso de la medicación, pero solo involucrando al paciente(32). En cuanto estudios que involucran a la familia se encontro un estudio observacional que midió el apoyo percibido por pacientes con diabetes encontrando que la participación de la familia en el autocuidado, las decisiones alimentarias y la adherencia al tratamiento impacta significativamente en el control glucémico. (33) Por otro lado, un estudio exploró cómo los antecedentes familiares influyen en las estrategias de manejo de enfermedades crónicas. Se encontró que las experiencias previas de los miembros de la familia afectan la adherencia a tratamientos y cambios de hábitos, subrayando la importancia de trabajar con todo el núcleo familiar. (34)

Por lo tanto, resulta fundamental que el médico familiar tenga un conocimiento profundo sobre los sistemas familiares, ya que su papel trasciende el tratamiento clínico del paciente al incluir la sostenibilidad emocional y funcional de la familia frente a enfermedades crónicas.(35) En un contexto donde el aumento de las enfermedades crónicas y la mayor esperanza de vida generan nuevas demandas, el apoyo familiar resulta crucial para prevenir complicaciones y asegurar la adherencia a los tratamientos.(28,36) Este enfoque integral fortalece tanto la salud del paciente como el bienestar de su entorno familiar, considerando sus creencias y valores, el estigma y normalización de su enfermedad y el impacto que ésta tiene sobre su identidad.(37)

El segundo indicador más prevalente fue el individual 2, correspondiente a *consultan por síntomas vagos o inespecíficos*, con un 27% del total de indicadores presentes en los sujetos, de predominio femenino. Recientemente se realizó una investigación dentro de la consulta de medicina familiar donde se encontró que el predominio de casos con MUS fue 82.5% de mujeres y 17.5% en hombres, coincidiendo con nuestro estudio (38). El manejo de pacientes con síntomas médicamente inexplicables (MUS, por sus siglas en inglés) es un desafío para los profesionales de la salud debido a la fuerte influencia de factores psicosociales. Esto genera consultas recurrentes y el uso excesivo de recursos médicos, a menudo innecesarios. (39)

La relación entre las mujeres y los síntomas médicamente inexplicables (MUS) está influenciada por varios factores biopsicosociales. La media de edad dentro del estudio fue de 49 años, considerando la cuestión cultural generacional dentro de nuestra sociedad la mujer se sigue sintiendo responsable de cumplir con el rol tradicional esperado por la sociedad de la mujer. Como cuidadoras, suelen asumir altas cargas emocionales y físicas, lo que puede contribuir al desarrollo o perpetuación de MUS. Estas tareas a menudo se intensifican en ciertos momentos del ciclo de vida, como la maternidad o el cuidado de familiares enfermos, lo que puede coincidir con crisis normativas y desafíos en las tareas del desarrollo, como el equilibrio entre responsabilidades familiares y crecimiento personal. Además, los cambios fisiológicos relacionados con las etapas de vida

pueden ser percibidos como síntomas inespecíficos, complicando el diagnóstico y manejo. El abordaje integral de estos casos requiere una perspectiva que reconozca estas interacciones y promueva estrategias psicosociales de apoyo.

El trabajo con familias comprende evaluaciones familiares, aplicación de técnicas y habilidades ejecutivas que pueden ayudar al médico a involucrarse con sus pacientes para brindar atención integral y reconocer los casos que se requiera ayuda de otros profesionales de la salud.(40)

Por otro lado, el indicador 3, correspondiente a *Tienen conflictos emocionales, de conducta o de relación*, fue predominante en el género masculino y representó una diferencia estadísticamente significativa. Esto resulta relevante dado que numerosos estudios destacan que los hombres tienen tasas más bajas de consulta médica en comparación con las mujeres. Un estudio en el Reino Unido mostró que los hombres son un 32% menos propensos a consultar en servicios de atención primaria que las mujeres, especialmente entre los 16 y 60 años. Incluso el porcentaje de asistencia a la consulta según las patologías persiste siendo menor el porcentaje de hombres que acude a su seguimiento. (41) Este patrón se observa globalmente y puede estar relacionado con percepciones culturales de la masculinidad tradicional, que vinculan la salud con debilidad o vulnerabilidad. Esta tendencia representa un desafío para los sistemas de salud, particularmente en la medicina familiar como atención preventiva y el manejo de

enfermedades crónicas. Podría considerarse que la prevalencia de este indicador en el género masculino tenga relación con que el hombre suele acudir a su servicio de salud con un síntoma de enfermedad en búsqueda de atención de su conflicto emocional, y cabe considerar lo encontrado en este estudio para aplicarlo y tenerlo presente al brindar atención en las próximas consultas.

Tras realizar una revisión exhaustiva de la literatura, no se encontraron estudios previos que abordaran específicamente los indicadores de trabajo con familias en el contexto de la consulta de medicina familiar, como se plantea en este estudio. La ausencia de investigaciones similares limita la posibilidad de comparar los resultados obtenidos directamente con otros hallazgos, lo que resalta la relevancia de este trabajo como un aporte inicial para explorar esta área y fomentar futuros estudios que amplíen el conocimiento al respecto.

Cabe considerar en próximos estudios valorar las aptitudes y habilidades perceptuales del médico familiar residente para identificar la funcionalidad y dinámica familiar que nos lleve a ejecutar el trabajo con familias comparando con la relación de capacidades del médico residente de medicina familiar y el grado de residencia. Estudios previos indican que los residentes tienen un bajo nivel de competencia en el manejo de intervenciones familiares, lo que resalta la necesidad de diseñar e implementar estrategias formativas para mejorar esta habilidad en la atención médica. (42)

De igual manera, se sugiere para próximas investigación un registro detallado de las intervenciones realizadas durante la consulta de trabajo con familias, asegurar con que se documente el indicador en el expediente y considerar que un periodo de tiempo prolongado para la investigación.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIÓN

El trabajo con familias juega un papel esencial en el abordaje integral de las patologías y enfermedades crónicas, especialmente en el contexto de la medicina familiar. Se reconoce que las enfermedades crónicas no solo afectan al paciente individualmente, sino que también repercuten en la dinámica y bienestar de los miembros de su familia.

El enfoque biopsicosocial, que integra a la familia en el proceso de atención, es fundamental para mejorar los resultados de salud y garantizar un tratamiento efectivo y sostenible. Diversos estudios destacan que la intervención familiar permite una mejor adherencia al tratamiento, la promoción de cambios en los hábitos de vida, y el apoyo emocional necesario para afrontar los retos de las enfermedades crónicas.

El trabajo con las familias no debe ser visto como una tarea secundaria, sino como una parte integral del tratamiento, esencial para la mejora continua de la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas y sus entornos familiares.

REFERENCIAS

1. Archivos de Medicina Familiar. Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias. Archivos de Medicina Familiar . 2005;7(1):15–9.
2. Desquenne G., Downes N. A Systematic Review of Family Functioning in Families of Children on the Autism Spectrum. Autism and Developmental Disorders. 2024 Mar;54:1036–57.
3. Iruetes P, Guatrochi M, Pacheco S, Delfederico F. Nuevas configuraciones familiares: tipos de familia, funciones y estructura familiar. 2020 Apr 15;
4. Stein DJ, Benjet C, Gureje O, Lund C, Scott KM, Poznyak V, et al. Integrating mental health with other non-communicable diseases. BMJ (Online). 2019 Jan 28;364.
5. Osorio Guzmán M. Generalidades de la Psicología de la Salud: Un enfoque biopsicosocial. Simbiosis. 2024 Jan 2;4(7):73–86.
6. Santiago LM, Simões JA, Vale M, De Faria E, Ferreira PL, Rosendo I. Self-awareness of performing patient-centered medicine in general practice / family medicine: Development of a measurement scale. Acta Med Port. 2020 Jun 1;33(6):407–14.
7. Lovo J. Ian McWhinney: los nueve principios de la medicina familiar. Archivos en Medicina Familiar. 2021;23(2):101–8.

8. Gupta A, Mph C, Steele C, Ma G, Landes M, Sridharan S, et al. Family medicine An evolving field around the world. *Canadian Family Physician | Le Médecin de famille canadien*. 2021 Sep;67:647–50.
9. Barrón F, Ayala IS, Lazcano M, Riquelme-Heras H, Fernando Gutierrez-Herrera R, Gomez-Gomez C, et al. Comprehensive Care: A Daily Challenge for Family Physicians [Internet]. Vol. 13, *Mental Health in Family Medicine*. 2017. Available from:
<https://www.researchgate.net/publication/337549027>
10. Bernal DP. Medicina familiar y atención primaria. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* [Internet]. 2024 Aug 31;40(4):324–5. Available from:
<https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/14104>
11. Talbot Y, Frisch SR, Talbot Y. A Seminar on Working with Families. *Canadian Family Phsycian*. 1983;23:165–71.
12. Medina Martínez SM, Sánchez Rodríguez RM, Garrido Pérez SMG, Avalos-García MI, De la O León CA, Castillo-Orueta ML. Eficacia de una intervención familiar en duelo complicado por ruptura de pareja en atención primaria. *Horizonte Sanitario*. 2024 Mar 23;23(1):151–8.
13. Marchand L, Kushner K\$. Getting to the Heart of the Family Conference: The Residents' Perspective. *Fam Syst & Health*. 1997;15:305–19.
14. Kushner K, Meyer D, Hansen M, Bobula J, Hansen J, Pridham K. The Family Conference: What Do Patients Want? *J Fam Pract*. 1986;23(5):463–7.

15. Christie-Seely J. Working with the family in primary care: A systems approach to Health and Illness. 1983.
16. Maurović I, Liebenberg L, Ferić M. A Review of Family Resilience: Understanding the Concept and Operationalization Challenges to Inform Research and Practice. *Child Care in Practice*. 2020 Oct 1;26(4):337–57.
17. Waters I, Stone S. The Family Meeting: An Opportunity to Provide Family-Oriented Care How to Use the Modules. 2014. 1–23 p.
18. Salazar de la Cruz M, Jurado-Vega A. Artículo de revisión: Niveles de Intervención Familiar. *Niveles de Intervención Familiar Acta Médica Peruana* [Internet]. 2013;30(1):37–41. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96626446006>Cómo citar el artículo Número completo Más información del artículo
19. Doherty WJ, Baird MA. Developmental levels in family-centered medical care. *Fam Med*. 1986;18(3):153–6.
20. Elizondo GGHF. Trabajo con familias: abordaje médico e integral (3a. ed.).
21. Manual de Medicina Familiar.
22. MEDICINA FAMILIAR. LA FAMILIA EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.
23. Garza T. Trabajo con Familias. 2nd ed. 2009.
24. B Starfield. Starfield B. Is primary care essential? . *Lancet*. 1994 Oct 22;344(8930):1129–33.

25. Regina Da Costa Saar S, Trevizan MA. Los roles profesionales de un equipo de salud: la visión de sus integrantes. *Rev Latinoam Enfermagem* [Internet]. 2007 Feb;1(15). Available from: www.eerp.usp.br/rlae
26. Starfiel B, Leiyu S, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milkbank Memorial Fund*. 2005;3(83):457–502.
27. Peña Y, Molina A. Caracterización de la salud familiar de una localidad para orientar un plan de cuidado. *Rev Cubana Enferm*. 2013;29(2):77–88.
28. Larasati T, Lipoeto NI, Mudjiran, Masrul, Hardisman, Sutomo AH. “GENOGRAM physician involvement model” new approach for Indonesian physician involvement with family. *Korean J Fam Med*. 2020;41(5):325–31.
29. Social C. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM_21.pdf. 2023. p. 1–33 ENCUESTA NACIONAL SOBRE SALUD Y ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO (ENASEM).
30. Basto-Abreu A, López-Olmedo N, Rojas-Martínez R, Aguilar-Salinas CA, Moreno-Banda GL, Carnalla M, et al. Prevalence of prediabetes and diabetes in Mexico: Ensanut 2022. *Salud Publica Mex*. 2023;65.
31. OECD (2023) “Overweight and obesity”, in *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, editor. “Overweight and obesity”, in *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. Paris; 2023. 1–230 p.

32. Mendoza R, Ramírez M, Zavala G, Ortiz F, Herrera G. Programas de educación en diferentes partes del mundo. In: Paiz Tejada J, editor. Educación en Diabetes para profesionales de la salud. México: EditorialAlfil; 2024. p. 238–48.
33. Ruvalcaba Ledezma JC, Reynoso-Vázquez J, Hernández-Rivero E, Martínez-Villamil M, Zamudio-López JL, Islas-Vega I, et al. La atención en casa: El apoyo familiar en el control glicémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Hospital a Domicilio. 2020 Oct 30;4(4):199.
34. Mendoza Reyes R. La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, hipertensión y obesidad. Revista de Medicina y Ética. 2021 Sep 21;32(4):897–945.
35. Marcela A, Figueroa U. LA FAMILIA DEL PACIENTE EN ENFERMEDAD CRÓNICA. In: Universidad Santiago de Cali, editor. Reflexiones y experiencias en la psicología en contextos de asistencia médica Un análisis desde la psicología social de la salud [Internet]. Cali, Colombia; 2020. p. 112–34. Available from: <https://orcid.org/0000-0002-2768-3433>
36. Gasull Molinera V, Divison Garrote JA, Díaz Rodríguez A, Frías Vargas M. Overcoming the barriers in the approach of the chronic patient. Vol. 49, Semergen. Ediciones Doyma, S.L.; 2023.
37. Giraud N. Una mirada social del proceso salud/enfermedad/ atención de la enfermedad crónica: un aporte desde el enfoque relacional y las

- representaciones sociales. Archivos de Medicina Familiar y General. 2015 Nov;12(2):7–11.
38. Zamora Y. Antecedentes de violencia infantil y síntomas físicos medicamente no explicados (SFMNE) en población mexicana [Tesis Especialidad]. [Monterrey]: Universidad Autónoma de Nuevo León.; 2024.
 39. Rangel C. Eficacia de la escala de atribución al síntoma en pacientes con síntomas médicamente inexplicados (MUS). [Monterrey]: Universidad Autónoma de Nuevo León.; 2024.
 40. Riquelme-Heras H, Garza-Elizondo T, Gómez-Gómez C, Martínez-Lazcano F, Ramírez-Aranda J, Méndez-Espinoza E, et al. Brief Therapy Techniques in a Family Practice Residency Program. Vol. 9, Journal of Brief Therapy. 2014.
 41. Wang Y, Hunt K, Nazareth I, Freemantle N, Petersen I. Do men consult less than women? An analysis of routinely collected UK general practice data. BMJ Open. 2013;3(8).
 42. Rocha M, San Juan-Bosch MA. Evaluación de la competencia profesional de residentes de Medicina General Integral para la atención a la familia. Educ med. 2010;1(13):41–6.

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

La Dra. Lytzalaura Chávez Quezada nació en Linares, N.L. cursando sus estudios de primaria a preparatoria en el Colegio Linares A.C, del programa International Baccalaurte. Continuó sus estudios universitarios en la Facultad de Medicina de la UANL, graduándose como Médico Cirujano Partero en 2020; realizó su año Servicio Social en el Centro de Información Toxicológica en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González. Para posteriormente ingresar a la especialidad de Medicina Familiar en la misma institución durante el periodo de marzo del 2022 a febrero del 2025.



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 "Indicador de trabajo con familias más prevalente de la consulta de medicina familiar" cuyo autor es la Dra. Lytzalaura G. Chávez Quezada del programa de Medicina Familiar, ha sido revisada por el programa de Turnitin, encontrando un 15% 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.



MEDICINA FAMILIAR

ATENTAMENTE.

«Alere Flamamam Veritatis»

Monterrey, N.L. 09 de diciembre de 2024

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

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
Ave. Francisco I. Madero s/n y Ave. Gonzalitos, C.P. 64460
Col. Mitras Centro, Monterrey, N.L., México.
Tel. (81) 8333 3619 • Conm. (81) 8389 1111, ext. 3115 • 2115



INDICADOR DE TRABAJO CON FAMILIAS MAS PREVALENTE DE LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR"

INFORME DE ORIGINALIDAD



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

3%

★ www.scielo.org.pe

Fuente de Internet


Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 5 words

Excluir bibliografía

Activo


Dr. Raúl Fernando Gutiérrez

Herrera



MEDICINA FAMILIAR