



EDUCACIÓN MÉDICA CONTÍNUA

ANÁLISIS SOBRE ELEMENTOS DE CONTENIDO EN MEDICINA FAMILIAR PARA LA IDENTIDAD PROFESIONAL DEL MÉDICO FAMILIAR

ANALYSIS OF ELEMENTS OF CONTENT IN FAMILY MEDICINE FOR THE PROFESSIONAL IDENTITY OF THE FAMILY DOCTOR

Raúl F. Gutiérrez Herrera^a, Yeyetsy Ordóñez Azuara^b, Celina Gómez Gómez^c, José M Ramírez Aranda^d, Eduardo Méndez Espinoza^e, Félix Martínez Lazcano^f

RESUMEN

Introducción: Diversos factores históricos, formativos (en pre y postgrado) y del sistema laboral no han permitido, desde la construcción social, el desarrollo de la identidad profesional del médico familiar.

Objetivo: Analizar los elementos de contenido de la medicina familiar que contribuyan a la construcción de identidad profesional de los médicos familiares para el ejercicio de la especialidad.

Material y métodos: Revisión bibliográfica y análisis hermenéutico con el que se descubrieron y organizaron elementos de contenido propios a la Medicina Familiar.

Resultados:

(¿Quién?) El médico familiar es el especialista en familias. *(¿Qué?)* Su quehacer está basado en un código deontológico: los 9 principios filosóficos y la atención fundamentada en los 4 pilares: integral, continua, preventiva y comunitaria, de la Medicina Familiar. *(¿Cuándo?)* y *(¿Dónde?)* La atención puede iniciar en un ambiente virtual, con el uso de las TICs, y desempeñarse desde el domicilio del paciente o en los diferentes niveles de atención con su respectivo nivel de complejidad. *(¿Cómo?)* A través del Trabajo con Familias, que es una metodología de trabajo colaborativo con el paciente y sus familias que consiste en la integración y aplicación de habilidades conceptuales, perceptuales y ejecutivas, durante el proceso salud-enfermedad. *(¿Por qué?)* Por la necesidad de resolución problemas individuo-familiares; *(¿Para qué?)* para reestablecer la salud familiar y por lo tanto contribuir al equilibrio de la sociedad.

Conclusión: Reconocer los elementos de contenido en Medicina Familiar,

- Médico Familiar, Jefe de Departamento de Medicina Familiar Universidad Autónoma de Nuevo León; Monterrey, Nuevo León, México.
- Médica Familiar, Profesora del Departamento de Medicina Familiar, Universidad Autónoma de Nuevo León; Monterrey, Nuevo León, México.
- Médica Familiar, Profesora del Departamento de Medicina Familiar, Universidad Autónoma de Nuevo León; Monterrey, Nuevo León, México.
- Médico Familiar, Profesor del Departamento de Medicina Familiar, Universidad Autónoma de Nuevo León; Monterrey, Nuevo León, México.
- Médico Familiar, Profesor del Departamento de Medicina Familiar, Universidad Autónoma de Nuevo León; Monterrey, Nuevo León, México.
- Médico Familiar, Profesor del Departamento de Medicina Familiar, Universidad Autónoma de Nuevo León; Monterrey, Nuevo León, México.

establece un lenguaje común único entre estos especialistas, que conlleva a la comunicación efectiva, contribuyendo a su identidad profesional.

Palabras clave: Medicina Familiar, Médicos de Familia, Construcción Social de la Identidad, Hermenéutica.

ABSTRACT

Introduction: Various historical factors, training (in pre and postgraduate) and the labor system have not allowed, from the social construction, the development of the professional identity of the family doctor.

Objective: To analyze the content elements of family medicine that contribute to the construction of professional identity of family physicians for the specialty.

Material and methods: Bibliographic review and hermeneutic analysis with which elements of content specific to Family Medicine were discovered and organized.

Results:

(Who?) The family doctor is the family specialist. (What?) His work is based on a deontological code: the 9 philosophical principles and the attention based on the 4 pillars: integral, continuous, preventive and community, of Family Medicine.

(When? And Where?) The attention can start in a virtual environment, with the use of TICs and perform from the patient's home or at different levels of care with their respective level of complexity. (How?) Through Work with Families, which is a collaborative work methodology with the patient and their families that consists of the integration and application of conceptual, perceptual and executive skills during the health-disease process. (Why?) For the need to solve individual-family problems; (What for?) To establish family health and therefore contribute to the balance of society.

Conclusion: Recognize the elements of content in Family Medicine, establishes a common and unique language among these specialists, which leads to effective communication, contributing to their professional identity

Key words: Family Practice, Physicians, Family, Social Construction of Identity, Hermeneutics.

Revisión sobre elementos de contenido en medicina familiar: un análisis para el desarrollo de la identidad profesional.

INTRODUCCIÓN

La familia como unidad de análisis, desde la perspectiva médico-familiar, se define como “forma de organización grupal, intermedia entre el individuo y la sociedad” o “grupo social, organizado como un sistema, 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”.^{1,2}

Además como se especifica en el artículo 16 de la Declaración Universal de los derechos humanos “La familia es el elemento natural y fundamental

de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado”, de tal manera que los prestadores de servicios de salud tienen el deber de proteger la organización y desarrollo de la familia garantizando su cuidado desde la sanidad, situación fundamentada también en el Artículo 4 de garantías individuales, del título 1, capítulo 1 de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos.^{3,4}

De los prestadores de salud, los especialistas en medicina familiar, además de otorgar atención médica centrada a la persona, tienen el deber de realizar un abordaje contextualizado a la familia para lograr la salud familiar.⁵

Sin embargo, en la actualidad los médicos familiares, se han enfocado al ejercicio de la especialidad como si fuera sinónimo de la estrategia de

atención primaria y/o primer nivel de atención, siendo conceptos diferentes⁶. Han estado ejerciendo desde el modelo biomédico más que el biopsicosocial, por causas que incluyen los limitantes del mismo sistema laboral organizacional con gestión mecanicista en salud, así como también un elevado número de pacientes con plazos de tiempo cortos para la consulta médica y pocos recursos para la atención institucionalizada, además de la poca práctica privada de la medicina familiar. En el caso de los residentes de medicina familiar la falta de empatía para el abordaje médico-familiar está mayormente ligado al desconocimiento de los elementos de estudio y atención en el trabajo con familias por causas como son: la falta de formación desde el pregrado en la materia de medicina familiar, falta de modelos médico-familiares y baja aptitud clínica en enfoque familiar por la carencia de una práctica cotidiana en la atención integral-familiar en las áreas donde se forman, aunado a la percepción negativa de estudiantes y otros especialistas sobre la especialidad^{7, 8, 9}

Estos factores históricos, formativos y laborales pueden repercutir en el desarrollo de la identidad profesional en los especialistas de medicina familiar desde la construcción social de la misma, entendiendo identidad profesional como un concepto polisémico que se relaciona con el conjunto de atributos que otorgan al individuo un reconocimiento social que lo distinguen de otros profesionales y le permiten desempeñarse en un contexto laboral determinado y reconocerse parte de un gremio.^{7,10} Sin embargo, existen bases conceptuales en lo referente a la especialidad en medicina familiar que permiten abordar los retos que se plantean para el ejercicio de esta disciplina y que requieren de profesionalidad, científicidad y humanismo.¹¹

El objetivo de este trabajo es identificar los elementos de contenido específicos a la medicina familiar y, a través de su

análisis, dar lugar al reconocimiento como elementos únicos en el lenguaje de los especialistas en Medicina Familiar, contribuyendo así, desde la construcción social, al desarrollo de su identidad profesional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de diferentes fuentes de información,

buscadores y bases de datos, entre ellas GoogleScholar, Medline, Pubmed y SciELO. Se incluyeron revisiones del tema, artículos de investigación y capítulos de libros.

Posteriormente a través de la hermenéutica crítica, se realizó un análisis del contenido e interpretación de textos, en estructura circular^{12, 13}; aplicando el método Socrático sistematizado con el modelo de resolución de problemas de las 5W (Who=Quién, What=Qué, Where= Dónde, When=Cuándo, Why o Forwhat =Por qué o para qué) y 1 H (How=Cómo).^{14,15} Las 5W y 1 H es una metodología de análisis vinculada con la investigación, el periodismo, redacción de informes y procesos de calidad, en el que se deben responder cuestiones, cuyas respuestas deben estar basadas en hechos o datos verificables, que en este trabajo se identificaron a través de la revisión bibliográfica. Este método nos permitió realizar un sondeo descriptivo, sinóptico y analítico para alcanzar un conocimiento crítico y una comprensión de sentido, desde el descubrimiento y organización, de los elementos referentes de la Medicina Familiar.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

¿Quién es y qué hace el médico familiar? preguntas que en ocasiones ni si quiera ellos mismos pueden responder. Saben de todo, son más que generalistas, pero son considerados menos que los otros médicos especialistas, quienes también contribuyen a su formación. Artículo 2016 presente y futuro.^{7, 9, 16}

Tan simple como decir que el Médico Familiar es especialista en familias.¹⁷

Tan complejo como ser especialista, no en enfermedades, “sino ser médico de personas”, que transcurren en el proceso de salud-enfermedad; ser expertos en organismos como partes de un sistema (la familia), expertos de ese mismo sistema y de su sucesión.^{1,16,17}

El Médico Familiar es el único especialista que se enfrenta a la variabilidad de las enfermedades durante todo el ciclo de vida de las personas, en la singularidad vivencial de cada ser humano, el significado que el paciente le da al

síntoma es acorde con su sistema de valores y creencias; siendo esta percepción y las interacciones entre el individuo, la familia y su entorno, de las que resultan un sinnúmero de combinaciones en la presentación de los problemas de salud.^{16,17} Los principios que dictan el “deber ser” del médico familiar son los propuestos por el Dr. Ian R. Mc Whinney, que en conjunto representan un concepto del mundo, un sistema de valores y una actitud claramente distintos de los que caracterizan a otras especialidades, enlistados en el cuadro N° 1.^{16,18}

Cuadro N° 1
Los 9 principios filosóficos del Médico Familiar

1. El médico familiar está más comprometido con la persona que con un cuerpo particular de conocimientos, grupos de enfermedades o técnicas especiales.
2. El médico de familia intenta comprender el contexto de la enfermedad.
3. El médico de familia considera cada contacto con sus pacientes como una ocasión ideal para aplicar medidas de prevención o educación sanitaria.
4. El médico de familia considera al conjunto de sus pacientes como una población en riesgo.
5. El médico de familia se considera parte de la red comunitaria de apoyo y atención sanitaria.
6. Desde un punto de vista ideal, los médicos de familia deberían compartir el mismo hábitat que sus pacientes.
7. El médico de familia atiende a los pacientes en la consulta, en sus domicilios y en el hospital.
8. El médico de familia concede importancia a los aspectos subjetivos de la medicina.
9. El médico de familia es un gestor de los recursos.

Los principios médico-familiares siguen vigentes y corresponden al ejercicio médico centrado en la persona y contextualizado a la familia; es así que garantizan la calidad de la atención con humanismo en el sistema de salud (público o privado). Esto se logra porque la atención en Medicina Familiar se sostiene sobre 4 pilares fundamentales que la caracterizan como: integral, continua, preventiva y comunitaria (Figura 1). No hay otra especialidad que los lleve a cabo de manera conjunta y tan completa.^{16, 18,19}

Los pilares de atención, permiten ubicar en el “cuándo” y “dónde” al Médico familiar, ya que de acuerdo con lo anteriormente descrito, se deduce que el médico familiar puede dar inicio y seguimiento a la atención a través del uso de tecnologías de la información y

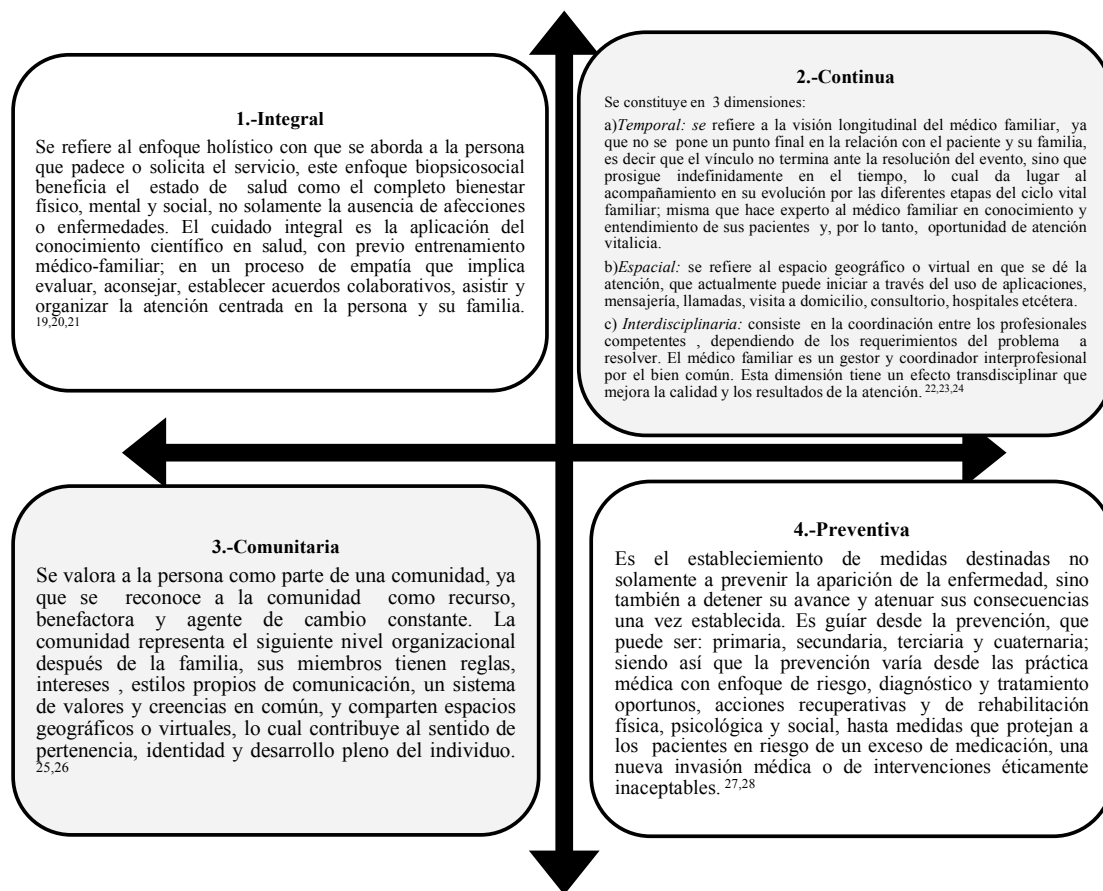
comunicación (TICs) y desempeñarse en el lugar donde mejor se facilite la realización de la atención integral: desde el domicilio del paciente hasta cualquiera de los diferentes niveles de atención (primero, segundo y tercero) con su respectivo nivel de complejidad.^{23,26,27}

El especialista en medicina familiar es un experto en sus pacientes y familias, entrenado en habilidades de comunicación e interacción, cuyo mayor recurso es la relación médico-paciente-familia, que se vuelve un parteaguas para el intercambio de información y la toma de decisiones necesarias desde antes del nacimiento hasta el lecho de muerte e incluso en el acompañamiento familiar después de la misma. El modelo de relación médico-paciente- familia se debe adecuar a la

necesidad de la atención a resolver y al contexto, pudiendo adaptarse entre los 4 modelos de relación: paternalista,

informativo, interpretativo y deliberativo, bajo un enfoque sistémico.^{29,30}

Figura N° 1
Los 4 Pilares fundamentales de la Medicina Familiar: Integral, Continua, Comunitaria y Preventiva.



Cabe destacar que son conceptos diferentes: Medicina Familiar, atención primaria, prevención primaria y primer nivel de atención; considerarlos como sinónimos, es un error frecuente, que desvirtúa a la especialidad en Medicina familiar.^{27, 32} Esta confusión parece originarse porque el surgimiento de la Medicina Familiar coincidió con la implementación de la estrategia de atención primaria de salud en algunos países; sin embargo, la Medicina Familiar surgió en la década de los 50's en Reino Unido y Canadá, en Estados Unidos se constituyó como la especialidad número 20 en 1969y la Atención Primaria de Salud surgió en 1978 como una estrategia político-

sanitaria para alcanzar un mejor nivel de salud en el mundo.^{27, 31, 32,}

Históricamente, México fue uno de los países pioneros en la implantación de la especialidad en Medicina Familiar. Su inicio es a través del esfuerzo de un grupo de médicos generales de "la Caja Regional de Monterrey" que laboraban en Nuevo Laredo, Tamaulipas, quienes propusieron y ensayaron con éxito el modelo de atención médico-familiar (1953), el cual es implementado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para 1954 y reconocido formalmente en 1959. En cuanto a la formación de especialistas, es a través de las residencia médica en medicina familiar, que el IMS la inicia en 1971 siendo

la Universidad Autónoma de México (UNAM) la que avala su programa en 1974 y posteriormente se crea el Departamento de Medicina Familiar General y Comunitaria de la UNAM en 1975, reconocido como el primer departamento de medicina familiar en Latinoamérica; y es hasta 1977 cuando se crea el primer Departamento de Medicina Familiar con campo clínico propio (en el Hospital Universitario “José Eleuterio González”) en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León.^{31,33,34}

La confusión conceptual entre la especialidad de Medicina Familiar y la estrategia político-sanitaria de atención

primaria ha contribuido a la pérdida de identidad del médico familiar, pero a la vez es una gran fortaleza que le permite al médico familiar, a través de la atención primaria en salud, ser el especialista más solicitado para la resolución del 80% de los motivos de consulta en medicina.³⁵

Las formas de solicitud de consulta fueron descritas por I. McWhinney desde 1972, clasificándolas en 2 categorías y es similar a lo que describen A. Martín Zurros y cols. en la actualidad, sobre la clasificación para la utilización de los servicios, tal como se describe en el Cuadro N° 2.^{1,16,18, 22}

Cuadro N°2. Clasificación de las formas de solicitud más comunes en los servicios que presta el Médico Familiar			
Propuesta por Ian McWhinney en los 70's		Propuesta por A.Martín Zurro y cols. en la actualidad	
Categoría 1: Pacientes con problemas			Ejemplos
1.-Directos	2.-Indirectos	1. Biológicos	Rinofaringitis, Infarto
1.1.-Los que rebasan los límites de tolerancia	2.1.- El síntoma es usado como boleto de admisión (comportamiento señal)	2. Psicológicos	Ansiedad, depresión
1.2.-Los que rebasan los límites de estrés, ansiedad o ambos.	2.2.-Se descubre un problema latente al que generó la consulta.	3. Sociales	Síndrome del cuidador, Burnout.
1.3.-Consultas de oportunidad		4. Familiares	Cambios de etapa en el ciclo vital: adolescencia, nido vacío.
		5. Culturales	Estigma por enfermedad: obesidad, VIH, inmigrante en adaptación cultural
Categoría 2: Pacientes sin problemas		6. Administrativas/ Organizativas	Resurtimiento de recetas.
1.- Causas administrativas.	2.- Causas preventivas.	7. Relacional	Consejería informativa

Los problemas, que no son enfermedades o lesiones pero que de igual manera impactan la salud familiar, también han sido clasificados internacionalmente por la OMS en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados, la mayoría se encuentran enlistados en el capítulo XXI “Factores que influyen en el estado de salud y

contacto con los servicios de salud” en las categorías z.³⁶

De manera general, el “**por qué**” de la Medicina familiar es la resolución de aquellos problemas que impactan en la salud familiar, a través de la educación, asistencia e investigación de la familia como objeto y sujeto de estudio y atención.^{2,11,22}

La resolución de la mayoría de los motivos de consulta requieren de una atención médico-familiar ubicada en los niveles de intervención propuestos por Doherty y Baird del 1 al 3, (1.mínimo énfasis; 2. información y consejería informativa; 3. Identificar sentimientos, consejería con apoyo emocional y contención en crisis), sin embargo otros ameritan el nivel 4 (4.evaluación funcional e intervención planificada) ya que cumplen con los indicadores o

criterios de referencia para la atención en Medicina Familiar, descritos por Janeth Cristie-Seely que implican una valoración oportuna y la programación de actividades clínicas-diagnóstico-terapéuticas; los cuales se enlistan en el Cuadro N° 3.^{2,19}. En caso de requerir un abordaje específico a patologías del sistema familiar, el médico familiar será el responsable de valorar y referenciar, al paciente o la familia, al nivel 5 (5.-Terapia familiar).^{17,19,22,37}

Cuadro N° 3.- Indicadores o criterios de referencia específicos a Medicina Familiar

Individuales:

- Hiperfrecuentadores
- Consulta por síntomas vagos o inespecíficos
- Problemas emocionales, de conducta o de relación.
- Enfermo crónico mal controlado
- Mal apego a tratamiento
- Multimorbilidad
- Cambios de etapa en el ciclo vital individual
- Cuidador de un miembro enfermo de la familia

Familiares

- Cambios inesperados en la composición familiar (nacimientos, adición de familiares o amigos, huidas del hogar, muerte)
- Cambios de etapa en el ciclo vital familiar
- Crisis: de adición, de pérdida, morales, de status
- Conflictos en la interacción: de la pareja o entre miembros de la familia.
- Hospitalización de alguno de los integrantes.
- Inicio de programa terapéutico que amerite involucramiento familiar.
- Familias con un integrante no competente (físico o mental)
- Familias con Enfermo Terminal

Para la resolución de los problemas individuo-familiares, es necesario tener una estrategia estructurada de abordaje, siendo el **Trabajo con Familias**, una metodología útil, propuesta originalmente en Canadá por el Dr. Yves Talbot y continuada por la Dra. Janeth Cristie-Seely, que denota el trabajo médico en una relación de colaboración con las familias, a través del tiempo, con enfoque en la promoción de la salud y el tratamiento oportuno de la enfermedad; siendo reconocida internacionalmente e implementada en México desde hace aproximadamente 30 años.^{17,19,22, 25}

El Trabajo con Familias, bien responde al **“Cómo”** reestablecer la salud familiar,

a través de conjuntar habilidades, las cuales son: **conceptuales, perceptuales y ejecutivas.**

Las habilidades conceptuales se basan en diferentes teorías: Teoría general de sistemas, de la comunicación humana, del desarrollo individual y familiar, de los eventos críticos, de las crisis, de grupos y tipos lógicos, de la negociación, etcétera. Las habilidades perceptuales permiten identificar la estructura, subsistemas, etapa del desarrollo individual y familiar, funciones, estilos, canales y secuencias de comunicación, líneas de jerarquía, control, etcétera. Las habilidades ejecutivas se enlistan en el Cuadro N° 4.^{22,25}

Cuadro N° 4.- Habilidades ejecutivas para el trabajo con familias

Unión:
Recolección de información y análisis de datos: Modalidad: entrevista individual o entrevista familiar. Meta: mejorar el manejo en la atención médica Resultados: impresión diagnóstica (hipótesis o formulaciones sistemáticas)
Integración diagnóstica, negociación y contrato: Otorgamiento diagnóstico: (retroalimentación de información al paciente o familia) Negociación Contrato terapéutico
Manejo: <ul style="list-style-type: none"> · Educación · Facilitación <ul style="list-style-type: none"> o <i>Normalización</i> o <i>Clarificación</i> o <i>Re-etiquetamiento positivo</i> o <i>Apoyo a las fortalezas familiares</i> · Guías anticipadas · Sugerencias específicas · Contención en crisis · Referencia

De manera general el objetivo principal, el **“para qué”**, de la medicina familiar es contribuir al mejoramiento o restablecimiento de la salud- familiar, definiendo salud familiar como: el completo bienestar biopsicosocial de los componentes familiares, el equilibrio entre los mismos y sus interacciones; así como su capacidad de adaptación o ajuste entre los elementos internos y externos del grupo, desde la visión de la familia como un sistema que a su vez es parte y grupo social, concepto que incluye el estado de salud física y mental individual así como también el nivel de interacción entre los miembros de la familia, condicionada por variables sociales.^{1,2,5}

La salud familiar es un proceso único e irrepetible en un momento dado del ciclo vital (individual y familiar), que experimenta cambios, haciéndolo a la vez dinámico por estar en construcción continua por la búsqueda constante de la homeostasis. No es la sumatoria de la salud individual, su determinación es multicausal y se establece como resultante de la interacción intra y extra familiar. Se expresa mediante: la satisfacción y el bienestar de cada uno de los miembros de la familia, el respeto al derecho individual, la

autodeterminación, la responsabilidad de sí mismo y para con la familia, el crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa del ciclo vital familiar; también es la capacidad de enfrentar los conflictos y la capacidad para asumir los cambios y ajustarse a ellos.^{34,35,36}

Se constituye, además, con el cumplimiento de las funciones de la familia (cuidado, afecto, socialización, status y reproducción o sexualidad) y la percepción de la funcionalidad, individual y/o como grupo del sistema familiar.^{38, 39.}

La especialidad en Medicina Familiar contribuye a la salud familiar, ya que, a través del método médico-científico con enfoque biopsicosocial, reestablece las funciones de la familia por lo tanto, garantiza no sólo el derecho a la protección de la salud individual, como cualquier otra especialidad médica; sino que contribuye al derecho familiar, y por lo tanto beneficia directamente a la sociedad.^{1,4,5,39}

CONCLUSIONES

El médico familiar es el especialista en familias. Su código deontológico se sustenta en los 9 principios filosóficos y la atención sostenida sobre los 4

pilares (integral, continua, preventiva y comunitaria) de la Medicina Familiar, que puede iniciar en un ambiente virtual con el uso de nuevas tecnologías de comunicación y desempeñarse desde el domicilio del paciente hasta los diferentes niveles de atención con su respectivo nivel de complejidad. Su estrategia de abordaje es el Trabajo con Familias, que es una metodología de trabajo colaborativo con el paciente y sus familias que consiste en la integración y aplicación de habilidades conceptuales, perceptuales y ejecutivas, durante el proceso de salud-enfermedad, porque es necesario resolver los problemas

que impactan a la familia como objeto y sujeto de estudio y atención, para fomentar y/o reestablecer la salud familiar.

Reconocer los elementos de contenido específicos en Medicina Familiar y sistematizarlos, permea al reconocimiento de un lenguaje en común y único entre los especialistas en Medicina Familiar, lo cual contribuye al desarrollo de identidad profesional, esto facilita la permanencia de esta disciplina, que es, paradójicamente, lo que le asegurará la actitud para el tan necesario cambio.

REFERENCIAS

1. Martín Zurro A y cols. *Compendio de Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica en Medicina de Familia*. 4th Ed. Barcelona: Elsevier; 2016.
2. *Consenso de Medicina Familiar. Conceptos básicos para el estudio de las familias*. Archmedfam 2005;7(1):15-19.
3. Naciones Unidas. *Declaración Universal de Derechos Humanos*. La Organización. Recuperado de: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
4. México. Artículo 4, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Recuperado de: <https://mexico.justia.com/federales/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicanos/titulo-primer/capitulo-i/#articulo-4>
5. Horwitz Campos N, Florenzano-Urzuá R, Ringeling-Polanco I. *Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria*. Bol OfSanitPanam 1985;98(2):144-55.
6. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*. ArchMedInt 2011;33(1):7-11.
7. VarelaRueda CE, ReyesMoralesH, Albavera-Hernández C, Ochoa Díaz-López H, GómezDantés H, GarcíaPeña C. *La medicina familiar en México: presente y futuro*. GacMed Mex. 2016; 152:135-40.
8. Macas-Enderica M, Fierro-González A. *Auto percepción de la identidad del médico familiar, por parte de los residentes del tercer año del posgrado de Medicina Familiar del posgrado de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador 2014 (Tesis de especialidad)*. Quito: Pontificia Universidad Católica de Ecuador; 2014.
9. De la Cruz-Florencio P, Godínez-Tamay ED, Hernández Miranda MB. *La Medicina Familiar como especialidad médica: percepción de otros especialistas*. Aten Fam 2016;23(3):109-112.
10. GómezGómez MM, OsorioRamírez A, Díaz-Hernández DP. *Formación e identidad profesional: egresados de medicina*. Rev. Fac. Med. 2018 Vol. 66 No. 3: 307-12.
11. Sánchez Hidalgo MR. *La familia como objeto de investigación: un reto para los profesionales de la salud*. Multimed 2016;20(5):1-4.
12. Arráez M, Calles J, Moreno de Tovar L. *La Hermenéutica: una actividad interpretativa*. Sapiens. Revista Universitaria de Investigación 2006;7(2):171-81.
13. Weiss E. *Hermenéutica y descripción densa versus teoría fundamentada*. Revista Mexicana de Investigación Educativa 2017;22(73):637-54.
14. Zetina-Esquivel EI, Piñón-Rodríguez P. *El método socrático en los programas educativos actuales: una propuesta de Martha C. Nussbaum*. La Colmena 2017;91(79-90).
15. Trías M, González P, Fajardo S, Flores L. *Las 5 W + H y el ciclo de mejora en la gestión de procesos*. INNOTEC Gestión 2011; S1:20-25.
16. Mc Whinney IR. *Medicina de familia*. 1ra ed. Barcelona: Mosby/Doyma. 1995.
17. Christie-Seely J. *Workingwithfamilies*. J R SocMed 195;78(S8):43-46.
18. Abril-Collado RO, Cuba-Fuentes MS. *Introducción a la Medicina Familiar*. Acta MedPeruana 2013;30(1):31-36.

19. Riquelme-Heras H, Gómez-Gómez C, Gutiérrez-Herrera R, Méndez-Espinoza E, Barrón-Garza F. 2017. Patientengagement - ComprehensiveCareis a Way. *J Human Health Res.* 2017;1:102.
20. Organización Mundial de la Salud. Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio de 1946; firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, No. 2, p. 100) y que entró en vigor el 7 de abril de 1948. 42 ed. 1999.
21. Sze S. Los modestos comienzos de la OMS. *Foro Mundial de la Salud.* 1988;9(1):30-35.
22. Garza-Elizondo T, Gutiérrez Herrera RF. En: *Trabajo con Familias: Abordaje Médico integral.* México DF: Manual Moderno; 2015.
23. Batistella G. *Introducción a la medicina familiar, Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.* <http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/pdf/5.pdf>
24. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessionalcollaboration: effectsofpractice-basedinterventionson profesional practice and healthcareoutcomes. *Cochrane DatabaseofSystematicReviews* 2009;3.
25. Christie-Seely J. *Workingwiththefamily in primarycare: A systemsapproachtohealth and illness.* 1st Ed. New York: Praeger; 1984. pp. 238.
26. OPS/OMS. Reunión de Expertos en Salud Comunitaria "Definición de la Salud Comunitaria en el Siglo XXI", http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13486&Itemid=42391&lang=es; 2017. Recuperado desde: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13486:community-health-experts-meeting-defining-community-health-in-the-21st-century&Itemid=42391&lang=es
27. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *ArchMedInt* 2011;33(1):7-11.
28. Villaseñor-Chávez DA, Guzmán-Esquivel J. Prevención cuaternaria. *Rev Mex Urol* 2015;75(3):123-125.
29. Arzate-Mirelesa CE, Ochoa-Carrillo FJ, Alvarado-Aguilar S. La relación médico-paciente-familia en Oncología. *GAMO* 2013;12(1):41-8
30. Aires-González MM, Virizuela-Echaburu JA. Los modelos de relación terapéutica y la toma de decisiones en oncología, http://www.psicobioquimica.org/cancer_comunicacion_1_06.html; 2012.
31. Gutiérrez Herrera RF y colaboradores. *Manual de Medicina Familiar.*1st Ed. Facultad de Medicina Universidad Autónoma de Nuevo León.
32. Herrera-Alcázar VR, Presno-Labrador MC, Torres-Esperón CJM, Fernández-Díaz IE, Martínez-Delgado DA, Machado-Lubián MC. Consideraciones generales sobre la evolución de la medicina familiar y la atención primaria de salud en Cuba y otros países. *RevCubanaMed Gen Integ* 2014;30(3):364-374.
33. Dávila-Torres J, Garza-Sagástegui MG. *Medicina Familiar.* 1st Ed. Editorial Alfíl; 2013.
34. Irigoyen Coria. *Influencia de los médicos de Tamaulipas en el desarrollo de la Medicina Familiar en México y Latinoamérica* 2016
35. Alma-Ata. *Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.* URSS; 1978. pp 6-12
36. Organización Panamericana de la Salud. *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud.* 10ma rev. Washington, D.C:OPS; 1995.
37. Salazar-de la Cruz M, Jurado-Vega A. Niveles de Intervención Familiar. *Acta MédPeruana* 2013;30(1):37-41.
38. Consejo Mexicano de Medicina Familiar. *Estudio de salud Familiar*, <https://consejomedfam.org.mx/estudio-de-salud-familiar/>.
39. Huerta-González JL. *Medicina familiar. La familia en el proceso de salud-enfermedad.* México: Afil 2005. pp. 1-9.

REFERENCIAS DE LOS CUADROS Y FIGURAS

- . Cuadro N° 1.- Los 9 principios filosóficos del Médico Familiar.
- . Figura N° 1.- Los 4 Pilares fundamentales de la Medicina Familiar.
- . Cuadro N°2.- Clasificación de las formas de solicitud más comunes en los servicios que presta el Médico Familiar.
- . Cuadro N°3.- Indicadores o criterios de referencia específicos a Medicina Familiar.
- . Cuadro N°4.- Habilidades ejecutivas para el trabajo con familias.