

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA



**DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

120

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**UNIDAD ACADEMICA
CD. DEL CARMEN, CAMPECHE**

**“ CONOCER LAS CARACTERISTICAS BIOSOCIALES DE LAS FAMILIAS
ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2 DEL TURNO MATUTINO DURANTE EL AÑO
DE 1998 EN LA CLINICA HOSPITAL “D” ISSSTE DE CD. DEL CARMEN,
CAMPECHE.”**

2887-70

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

SUSY CONCEPCION SAENZ ZETINA

CAMPECHE



2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**" CONOCER LAS CARACTERISTICAS BIOSOCIALES DE LAS FAMILIAS
ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2 DEL TURNO MATUTINO DURANTE EL
AÑO DE 1998 EN LA CLINICA HOSPITAL "D" ISSSTE DE CD. DEL CARMEN,
CAMPECHE."**

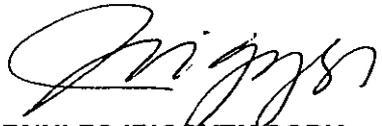
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

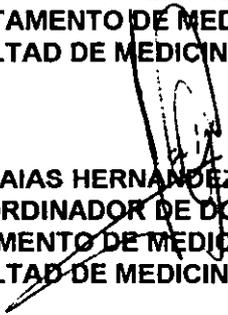
PRESENTA

SUSY CONCEPCION SAENZ ZETINA

AUTORIZACIONES


DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACION DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.


DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

**“ CONOCER LAS CARACTERISTICAS BIOSOCIALES DE LAS FAMILIAS
ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2 DEL TURNO MATUTINO DURANTE EL AÑO
DE 1998 EN LA CLINICA HOSPITAL “D” ISSSTE DE CD. DEL CARMEN,
CAMPECHE.”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

SUSY CONCEPCION SAENZ ZETINA

AUTORIZACIONES

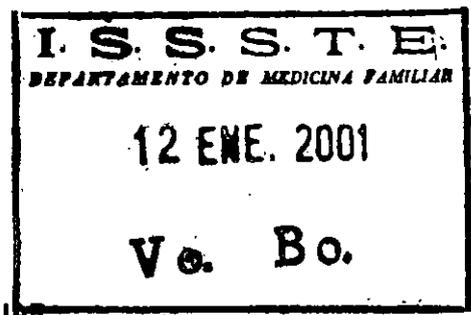


**DR. FRANCISCO JAVIER REYES NAAL
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES DEL ISSSTE EN
CIUDAD DEL CARMEN, CAMPECHE**

Y

**ASESOR DE TESIS
ISSSTE**

**DR. JOSE LUIS RODRIGUEZ LOPEZ
ASESOR DE TESIS U.N.A.M.
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



**DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFA DEL DEPARTAMNTO DE EDUCACION MEDICA CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.**

CIUDAD DEL CARMEN, CAMPECHE

ABRIL DEL AÑO 1999

"T I T U L O"

**" CONOCER LAS CARACTERISTICAS BIOSOCIALES DE LAS FAMILIAS
ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2 DEL TURNO MATUTINO DURANTE EL AÑO
DE 1998 EN LA CLINICA HOSPITAL "D" ISSSTE DE CD. DEL CARMEN,
CAMPECHE."**

INDICE GENERAL

| CAPITULO | PAGINA |
|---|--------|
| 1 MARCO TEORICO | 6 |
| 2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 21 |
| 3 JUSTIFICACION | 22 |
| 4 OBJETIVOS | 23 |
| 5 METODOLOGIA | 24 |
| 6 RESULTADOS | 27 |
| 7 DISCUSION DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS | 44 |
| 8 CONCLUSIONES | 45 |
| 9 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 46 |
| 10 ANEXOS | 50 |

CAPITULO 1

MARCO TEORICO

LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD DEFINE LA MEDICINA FAMILIAR COMO LA " ATENCION MEDICA AL INDIVIDUO EN EL CONTEXTO DE LA FAMILIA Y DE LA COMUNIDAD EN FORMA CONTINUA E INTEGRADA". Y SEÑALA LAS CARACTERISTICAS DEL MEDICO FAMILIAR:

- SIRVE COMO MEDICO DE PRIMER CONTACTO CON EL PACIENTE Y DE PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.
- EVALUA LAS NECESIDADES TOTALES DEL PACIENTE, LE PROVEE CUIDADOS MEDICO-PREVENTIVOS PERSONALES Y LO REFIERE, CUANDO ESTA INDICADO, HACIA RECURSOS ESPECIALIZADOS, PRESERVANDO PARA SI LA CONTINUIDAD DE LA ATENCION.
- ASUME LA RESPONSABILIDAD DE LA ATENCION DEL PACIENTE EN FORMA CONTINUA E INTEGRAL Y ACTUA COMO COORDINADOR DEL EQUIPO DE SALUD.
- ACEPTA LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO TOTAL DEL PACIENTE, DENTRO DE SU AMBIENTE, INCLUIDAS LA COMUNIDAD Y LA FAMILIA.
- ATIENDE CUALQUIER TIPO DE PROBLEMAS, SIN IMPORTAR LA EDAD Y EL SEXO DEL PACIENTE.¹

EN LA SOCIEDAD PRIMITIVA LA FAMILIA ES EL EJE DE LA VIDA SOCIAL, LA FAMILIA ES LA UNICA FORMA DE ORGANIZACIÓN SOCIAL: CON ELLA SE IDENTIFICA LA HORDA Y DENTRO DE ELLA, LAS FUNCIONES ECONOMICAS, RELIGIOSAS Y POLITICAS. LAS CAUSAS SON MULTIPLES Y NOS EXPLICAN DE QUE TIPO DE FAMILIAS SE TRATA. ORGANIZACIÓN FAMILIAR COLECTIVA (EN CUANTO EXTENSA Y EN CUANTO A LA FORMA DE PRODUCIR Y REPARTIRSE LOS FRUTOS); DEMOCRATICA (PORQUE TODOS DECIDEN SOBRE LA VIDA SOCIAL-FAMILIA: HOMBRES, MUJERES, JOVENES, ETC.); ELEMENTAL (LA TAREA PRINCIPAL ES SUBSISTIR AGRUPADOS ESTRECHAMENTE) E IGUALITARIA (EL MISMO TRABAJO PARA TODOS). LA FAMILIA MONOGAMICA NACE DE LA FAMILIA SINDIASMICA, PERO SU TRIUNFO DEFINITIVO APARECE DENTRO DEL PERIODO DE LA CIVILIZACION. SE FUNDA CON EL PREDOMINIO DEL HOMBRE; SU FIN EXPRESO ES EL PROCREAR HIJOS CUYA PATERNIDAD SEA INDISCUTIBLE; Y SE EXIGE DE ESA MANERA PORQUE LOS HIJOS, EN CALIDAD DE HEREDEROS DIRECTOS HAN DE ENTRAR ALGUN DIA EN POSESION DE LOS BIENES DE SU PADRE.²

UNIVERSALMENTE SE HA ACEPTADO QUE LA UNIDAD SOCIOLOGICA MAS PEQUEÑA LA CONSTITUYE LA FAMILIA HUMANA, ASOCIACION INDISPENSABLE PARA LA PERPETUACION DE LA ESPECIE Y EL DESARROLLO DE LOS MENORES. EL HOMBRE TRADICIONALMENTE HA TOMADO LAS RIENDAS DEL HOGAR, EN LO REFERENTE A RESPONSABILIDAD SOCIAL Y MANUTENCION Y LAS MUJER SE HABIA ENCARGADO DE LA ADMINISTRACION Y EL CUIDADO DE LOS HIJOS. PERO LA SOCIEDAD INDUSTRIAL MODERNA Y LOS MOVIMIENTOS DE EMANCIPACION DE LA MUJER HAN COLOCADO EN CONDICIONDE IGUAL A AMBOS COMPONENTES DE LA PAREJA HUMANA, PROCURANDO QUE LAS FUNCIONES SOCIALES Y BIOLOGICAS EN ESTE CELULA SOCIAL SE COMPLEMENTEN A TRAVES DE LA COLABORACION INTELIGENTE Y EFICIENTE DE AMBOS CONYUGES. EN LAS GRANDES URBES DE LA ACTUALIDAD, DADA LA GRAN MOVILIDAD DE LOS INDIVIDUOS, Y PRACTICAMENTE CON LA APARICION DE LA MUJER EN LA PRODUCCION, LOS HOGARES SE HAN CONVERTIDO EN LUGARES POCO APROPIADOS PARA EL CUIDADO DE LOS NIÑOS Y DE LOS ANCIANOS; POR LO QUE SE HA OBSERVADO UNA DISMINUCION DE LOS PRIMEROS Y EL CUIDADO INSTITUCIONAL DE LOS ULTIMOS. SIN EMBARGO DENTRO DE LA FAMILIA LA INFLUNCIA MAS IMPORTANTE EN LA CRIANZA DE LOS HIJOS SE EJERCE A TRAVES DE LA ACTITUD DE LA MADRE, SU HABILIDAD MATERNAL Y SU CONDICION BIOLOGICA QUE CONTRIBUYEN EN FORMA DEFINITIVA A MOLDEAR AL NIÑO EN LOS PRIMEROS AÑOS DE SU VIDA. 3.

EL MODO EN QUE SE DESARROLLAN Y TRANSMITEN LA SALUD Y LA ENFERMEDAD EN UNA POBLACION O EN UNA FAMILIA DEPENDEN DE LA INTERACCION Y EL EQUILIBRIO DE MUCHOS FACTORES O VARIABLES. ESTA CAUSALIDAD MULTIFACTORIAL DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD CONSTITUYEN EL PRINCIPIO FUNDAMENTAL DE LA EPIDEMIOLOGIA MODERNA. EL DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD DEPENDE DE MUCHOS FACTORES, TALES COMOLA RESISTENCIA DEL HUESPED, SU GRADO DE NUTRICION, LAS CONDICIONES DE HIGIENE, LA TENSION A QUE ESTA SUJETO EL HUESPED, ETC.4

LA RELACION ENTRE MEDICO Y PACIENTE ES UNA RELACION DE DOS PERSONAS CONDICIONADAS POR LA ESTRUCTURA SOCIAL QUE LAS ENVUELVE, POR LO QUE ES IMPORTANTE ANALIZAR LOS VALORES, CREENCIAS, ACTIVIDADES Y COMPORTAMIENTOS DEL ENFERMO Y DEL MEDICO QUE EN ELLA INTERVIENEN, DETRAS DEL ENFERMO SE ENCUENTRAN REPRESENTACIONES COLECTIVAS (FAMILIA, AMIGOS, GRUPOS LABORALES, ETC.) DE LA ENFERMEDAD, PERO SU COMPORTAMIENTO ESTA MAS LIGADO A MODELOS CULTURALES Y A VALORES QUE PROCEDEN DIRECTAMENTE DE SU PERTENENCIA A UNA CLASE SOCIAL, A UN GRUPO. CADA CUAL SE ENFERMA EN UN CONTEXTO SOCIAL E INSTITUCIONAL ESPECIFICO.5-6

LA SOCIEDAD DEPOSITA UN CAUDAL DE CONFIANZA EN EL MEDICO FAMILIAR COMO UN EXPERTO EN CUESTIONES DE SALUD. LA INTERVENCION COMUNITARIA DEL MEDICO FAMILIAR HA SIDO CLASICA EN PEQUEÑAS POBLACIONES O CON OCASIÓN DE SUCESOS PUNTUALES, COMO PUEDE SER UN BROTE EPIDEMICO. CADA VEZ MAS, SE ESPERA DEL MEDICO FAMILIAR UNA ACTITUD DE COOPERACION, E INCLUSO DE PROMOCION, EN INICIATIVAS CIUDADANAS, AUNQUE IGUALMENTE DEBERIA EXISTIR RIGOR Y UNA RAZONABLE EFICIENCIA DEL TIEMPO Y OTROS RECURSOS INVERTIDOS CUANDO SE TRATA DE ACTUACIONES PROFESIONALES. EL MEDICO DE ATENCION PRIMARIA ATIENDE A LAS PERSONAS DESDE LA INFANCIA HASTA LA MUERTE. DURANTE EL CICLO VITAL ASISTIRA A PROCESOS AGUDOS, ENFERMEDADES CRONICAS, Y CON FRECUENCIA A ENFERMEDADES INCURABLES. 7-8

EL MEDICO DE FAMILIA SE ENCUENTRA EN UNA POSICION INCOMPARABLE PARA PRACTICAR LA MEDICINA PREVENTIVA. POR UNA U OTRA RAZON VE A SUS PACIENTES TRES O CUATRO VECES AL AÑO EN PROMEDIO. MUCHAS VISITAS CORRESPONDEN A PERSONAS SANAS CON PROBLEMAS QUE SE SOLUCIONAN POR SI MISMO, LO QUE PROPORCIONA UNA EXCELENTE OPORTUNIDAD PARA DAR CONSEJOS RESPECTO A L SALUD Y DETECTAR LAS ENFERMEDADES EN SU ETAPA PRESINTOMATICA. DEBIDO A SU CONTACTO PERSONAL CON LOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES, TIENE LA POSIBILIDAD DE IDENTIFICAR CIERTOS RIESGOS PARA LA SALUD QUE OTROS OBSERVADORES NO PODRIAN RECONOCER.

PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS:

- 1- PREVENCIÓN PRIMARIA
- 2- PREVENCIÓN SECUNDARIA
- 3- PREVENCIÓN TERCIARIA

CUATRO TIPOS PRINCIPALES DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS:

- 1- INMUNIZACIONES
- 2- EDUCACION SANITARIA: PREVENECION PARA EL PARTO, MATERNIDAD Y PATERNIDAD; EDUCACION DIETETICA; EDUCACION SEXUAL Y ASESORAMEINTO RESPECTO AL HABITO DE FUMAR Y REDUCCION DE PESO CORPORAL.
- 3- EVALUACION DEL DESARROLLO. QUE SE OCUPA DE VALORAR EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DURANTE LA PRIMERA INFANCIA Y LA NIÑEZ.

- 4- BUSQUEDA Y HALLAZGO DE CASOS: IDENTIFICAR QUIENES PADECEN O ESTAN EN RIESGO DE PADECER UNA ENFERMEDAD DADA O IDENTIFICAR A UNA PERSONA COMO ENFERMA O EN RIESGO DE ENFERMAR.⁹

AL OBTENER INFORMACION ACERCA DE LOS TIPOS DE PERSONAS AFECTADAS POR UNA ENFERMEDAD, Y DE LAS VARIAS CIRCUNSTANCIAS EN QUE ESA ENFERMEDAD SE PRESENTA, EL EPIDEMIOLOGO COMUNMENTE APROVECHA AQUELLAS VARIABLES DESCRIPTIVAS RESPECTO A LAS CUALES EXISTEN GRANDES CANTIDADES DE DATOS EN RELACION CON MORTALIDAD, MORBILIDAD Y POBLACION QUE HAN SIDO RECOGIDAS SISTEMATICAMENTE POR VARIAS ORGANIZACIONES PARA SERVIR A SUS PROPIOS FINES. LAS VARIABLES QUE SE CONSIDERAN SON: EDAD, SEXO, ESTADO CIVIL Y MEDIDAS REFERENTES AL GRUPO ETNICO Y A LA CONDICION SOCIOECONOMICA. SE LES DENOMINA CARACTERISTICAS DE LAS PERSONAS.¹⁰

NO SE PUDE IMPUTAR A LOS MICROBIOS Y VIRUS TODAS LAS ENFERMEDADES QUE CONSTITUYEN LA FRONDOSA MORBILIDAD DE LOS SERES HUMANOS, EXISTEN OTRAS MUCHAS, LA MAYORIA Y LAS MAS GRAVES, QUE NO SON PARASITARIAS, SINO PRODUCTO DE LOS RIESGOS ECONOMICOS Y SOCIALES QUE SE PRODUCEN EN LAS SOCIEDADES HUMANAS. MUCHOS DE ESTOS RIESGOS SON CREADOS POR EL PROPIO HOMBRE: LA GASTRONOMIA , EL TABAQUISMO, EL ALCOHOLISMO, LAS TOXICOMANIAS, EL AUTOMOVILISMO, PARA NO CITAR SINO LOS CINCO RIESGOS MAS IMPORTANTES INCLUIDOS COMO HABITOS EN NUESTROS MODOS DE VIDA. ESTOS SON CADA VEZ MAS BUSCADOS POR EL HOMBRE Y SE EXTIENDEN COMO VERDADERAS EPIDEMIAS CAUSANDO MUCHO DAÑO Y MUCHA MUERTE QUE SE PODRIA EVITAR. EN REALIDAD ES UNA TAREA ARDUA Y DE POCA EFICASIA PORQUE ESOS RIESGOS ESTAN INSERTOS EN LOS MODOS DE VIDA DE LA SOCIEDAD.¹¹

LOS DAÑOS A LA SALUD MATERNA TIENEN PROFUNDAS REPERCUSIONES DESFAVORABLES EN EL BIENESTAR PERINATAL, EN LAS POSIBILIDADES DE SUPERVIVENCIA INFANTIL Y EN LA SALUD GENERAL DEL NUCLEO FAMILIAR. LA MAYORIA DE LAS MUERTES MATERNAS PUEDEN EVITARSE SI LAS MUJERES TIENEN MAYOR LIBERTAD PARA DETERMINAR SU PROPIA SALUD Y SUS ELECCIONES DE VIDA EN EL CONTEXTO FAMILIAR Y COMUNIDAD, Y SI LA SOCIEDAD LE PROPORCIONA LOS MEDIOS PARA ASEGURAR QUE EL EMBARAZO Y EL PARTO TENGAN LA MENOR POSIBILIDAD DE RIESGO COMO SEA HUMANAMENTE POSIBLE. REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN LAS POLITICAS SOCIALES Y ECONOMICAS, PROTEGER Y PROMOVER LOS DERECHOS DE LAS MUJERES, SUS ELECCIONES Y AUTONOMIA SON CRITICOS PARA REDUCIR LA MUERTE MATERNA Y LA MALA SALUD.¹²⁻¹³

LA MUJER, SOBRE TODO EN CULTURAS TRADICIONALES ES EL ELEMENTO PRIMORDIAL DE LAS ACCIONES DE PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD FAMILIAR. EL ESTADO DE NUTRICION Y DE LA SALUD DE LA MUJER EN LOS PAISES MENOS DESARROLLADOS EVOLUCIONAN CON CONTINUIDAD A LO LARGO DE TODA SU VIDA EN CICLOS SUCESIVOS DE MAL NUTRICION, INFECCION Y RELACIONES ENTRE UNA Y OTRA. ESTA SITUACION CREA UN CIRCULO VICIOSO: LAS MADRES POBRES, MAL NUTRIDAS, TIENEN HIJOS ASIMISMO MAL NUTRIDOS, INCAPACES (NO POR RAZONES GENETICAS) DE CRECER Y DESARROLLARSE NORMALMENTE, Y LAS NIÑAS A SU VEZ, LLEGAN A SER MADRES POBRES Y MAL NUTRIDAS. ES POR ESTO QUE A LA NUTRICION DE LA MUJER, ESPECIALMENTE EN PERIODOS DE EMBARAZO Y DE LACTANCIA, DEBE DARSELE LA MISMA IMPORTANCIA QUE A LA DEL RECIEN NACIDO.¹⁴⁻¹⁵

LA SEPSIS PUERPERAL CONTINUA SIENDO UNA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE MATERNA EN MEXICO AL IGUAL QUE EN LA MAYORIA DE LOS PAISES DEL MUNDO, ESTO SE DEBE A LA INSUFICIENTE EDUCACION DE LA POBLACION PARA USAR LOS SERVICIOS MEDICOS CON MAYOR OPURTUNIDAD.¹⁶

LA PLANIFICACION FAMILIAR DEBERA PROPORCIONARSE RESPETANDO EL DERECHO DE TODA PERSONA A DECIDIR DE UNA MANERA LIBRE, RESPONSABLE E INFORMADA SOBRE EL NUMERO DE HIJOS DESEADOS, A TRAVES DE INFORMACION ESPECIALIZADA Y DE SERVICIOS IDONEOS. LA PLANIFICACION FAMILIAR SE CONSIDERA COMO PARTE FUNDAMENTAL EN EL CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD DE LA MUJER CON ESPECIAL IMPORTANCIA EN AQUELLAS CON RIESGO ELEVADO A LA REPRODUCCION Y EN LAS EMBARAZADAS CON ALTO RIESGO.¹⁷

LA PLANIFICACION FAMILIAR SE OFRECE CON CARÁCTER PRIORITARIO DENTRO DEL MARCO AMPLIO DE LA SALUD REPRODUCTIVA, CON UN ENFOQUE DE PREVENCION DE RIESGO PARA LA SALUD DE LAS MUJERES, LOS HOMBRES Y LOS NIÑOS: SUS SERVICIOS SON UN MEDIO PARA EL EJERCICIO DEL DERECHO DE TODA PERSONA A DECIDIR DE MANERA LIBRE, RESPONSABLE E INFORMDA SOBRE EL NUMERO DE HIJOS, CON PLENO RESPETO A SU DIGNIDAD. LA PAREJA EN UN MARCO DE ABSOLUTA LIBERTAD Y POSTERIOR A LA CONSEJERIA PUEDE REALIZAR LA SELECCIÓN ADECUADA DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS REQUERIDOS, ASI COMO TAMBIEN IDENTIFICACION, MANEJO Y REFERENCIA DE LOS CASOS DE INFERTILIDAD Y ESTERILIDAD, Y CON ELLO ACCEDER A MEJORES CONDICIONES DE BIENESTAR INDIVIDUAL, FAMILIAR Y SOCIAL. ¹⁸

LA INCIDENCIA DEL CANCER CERVICOUTERINO HA DISMINUIDO EN FORMA SIGNIFICATIVA EN MUCHOS PAISES INDUSTRIALIZADOS Y ALGUNOS ESTUDIOS INDICAN QUE LOS PROGRAMAS DE DETECCION TEMPRANA POR CITOLOGIA HAN SIDO PARCIALMENTE RESPONSABLES DE ESTA DISMINUCION. DURANTE EL MISMO PERIODO DE TIEMPO,EL CANCER DEL CUELLO DE LA MATRIZ INVASOR HA SIDO RECONOCIDO COMO UNA DE LAS CAUSAS DE MUERTE MAS FRECUENTES EN LA POBLACION FEMENINA DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE. ALGUNOS REGISTROS LATINOAMERICANOS DE CANCER PRESENTAN LAS TASAS DE INCIDENCIA DE CANCER CERVICOUTERINO MAS ALTAS DEL MUNDO. EL CANCER DE LA GLANDULA MAMARIA ES, DESPUES DEL CACU, LA NEOPLASIA MALIGNA MAS FRECUENTE EN MUJERES DE 25 AÑOS Y MAS. EL CANCER MAMARIO IGUAL QUE OTROS CANCERES SE DESARROLLA LENTAMENTE, LO QUE PERMITE DESCUBRIRLO EN FORMA TEMPRANA MEDIANTE UNA EXPLORACION SISTEMATIZADA Y CUIDADOSA DE LA MAMA, REALIZADA POR LA MISMA PACIENTE O POR EL PERSONAL DE SALUD.¹⁹

EL PROGRESIVO AUMENTO EN LA ESPERANZA DE VIDA DE LA MUJER HA MOTIVADO UN INTERES CRECIENTE EN TODO EL MUNDO SOBRE LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA CALIDAD DE LA MISMA, DENTRO DE LOS CUALES LA PREVENCION Y ATENCION DE LAS COMPLICACIONES DEL CLIMATERIO Y DE LA MENOPAUSIA DESEMPEÑA UN PAPEL DE GRAN IMPORTANCIA, POR LO QUE SE HACE NECESARIO DIFUNDIR LOS CRITERIOS TECNICOS ACTUALMENTE MAS ACEPTADOS EN LA LITERATURA MEDICA CON RESPECTO A DEFINICIONES, MANIFESTACIONES CLINICAS, BASES FISIOLÓGICAS Y FISIOPATOLÓGICAS, COMPLICACIONES, DIAGNOSTICOS Y ESQUEMAS DE TRATAMIENTO POR VIA ORAL DE LOS TRASTORNOS CLIMATERICOS Y DE SUS CONSECUENCIAS, CON LA FINALIDAD DE CONTRIBUIR A FACILITAR LA IDENTIFICACION Y MANEJO DE ESTOS PROBLEMAS DE SALUD DE LA MUJER, EN EL AMBITO DE LA MEDICINA FAMILIAR.²⁰

EN LAS FAMILIAS MODERNAS LOS DOS PADRES TRABAJAN Y ESTAN SOMETIDOS AL ESTRÉS LABORAL, ESTE ES UN IMPORTANTE PROBLEMA DE SALUD PROFECIONAL QUE VA EN AUMENTO Y ES UNA CAUSA SIGNIFICATIVA DE PERDIDA ECONOMICA. EL ESTRÉS ES UN CONCEPTO AMPLIO Y MAL DEFINIDO, LOS ESFUERZOS DE INVESTIGACION HAN ORIENTADO HACIA UN ENTENDIMIENTO MAS CLARO DEL PROBLEMA, SUS CAUSAS Y CONSECUENCIAS. EL ESTRÉS PROFESIONAL PUEDE CAUSAR INVALIDEZ PSICOLOGICA FRANCA, ASI COMO FISIOLÓGICA; SIN EMBARGO TAMBIEN PUEDE PROVOCAR MANIFESTACIONES MAS SUTILES DE MORBILIDAD QUE PUEDEN AFECTAR EL BIENESTAR PERSONAL Y LA PRODUCTIVIDAD.²¹

En ALGUNAS FAMILIAS VARIOS DE SUS MIEMBROS SUFREN DEPRESION, LO CUAL EXPRESA QUE LA HERENCIA JUEGA UN PAPAEL IMPORTANTE. POR OTRA PARTE UNAS PERSONAS SON MAS SUSCEPTIBLES QUE OTRAS A LAS TENSIONES QUE OCASIONAN LOS CONFLICTOS Y LAS CIRCUNSTANCIAS ADVERSAS DE LA VIDA Y SON MAS PROPUESTAS A SUFRIR DEPRESION. UNA PROPORCION DE PACIENTES DEPRIMIDOS ESTA MAS CONSCIENTE DE ALGUN SINTOMA FISICO, COMO MALESTAR ESTOMACAL O INTESTINAL, ACELERACION DE LOS LATIDOS DEL CORAZON Y AGOTAMIENTO INTENSO ENTRE OTROS, QUE DEL ESTADO MENTAL. LOS MEDICAMENTOS ANTIDEPRESIVOS ALIVIAN LOS SINTOMAS Y DETIENE LA ENFERMEDAD; SIN EMBARGO LA AYUDA PSICOLOGICA Y EL APOYO FAMILIAR INFLUYEN EN FORMA IMPORTANTE EN SU EVOLUCION. LA DEPRESION MAYOR ES ASOCIADA NO SOLAMENTE CON MORBILIDAD SIGNIFICATIVA, SINO CON LA COEXISTENCIA DE PADECIMIENTOS FISICOS CRONICOS Y PERDIDA DE LA PRODUCTIVIDAD.²²⁻²³

LA DEPRESION ES VISTA HOY EN DIA COMO UNA ALTERACION MEDICA DE TIPO CRONICO QUE FAVORECE UN NUMERO IMPORTANTE DE LIMITACIONES FUNCIONALES Y ALTAS TASAS DE MORBILIDAD CARACTERIZADAS PRINCIPALMENTE POR LA APARICION DE PADECIMIENTOS CRONICOS COMO LA DIABETES Y LA HIPERTENSION ARTERIAL. EL PRONOSTICO DE CRONICIDAD INCLUYE LA PRESENCIA DE EPISODIOS DE LARGA DURACION, SERIAS ALTERACIONES EN LA VIDA DE RELACION Y BAJOS INGRESOS FAMILIARES.²⁴

CURSO MONOGRAFICO DE TERAPIA FAMILIAR NIVEL AVANZADO, CUYO OBJETO FUE ANALIZAR LOS DIFERENTES MODELOS RELACIONADOS CON LA ATENCION A FAMILIAS, COMO LA ESCUELA DE: OSLO, BRUCELAS, CIBERNETICA DE 2o. ORDEN, CONSTRUCTIVISMO, CONSTRUCTIVISMO SOCIAL Y NARRATIVA. PHILIPPE CAILLE COMO EL PRINCIPAL EXPONENTE DE LA ESCUELA DE OSLO, APORTA LA EXPLICACION DE LOS DOS MODELOS QUE SE DAN EN LAS FAMILIAS; POR UN LADO EL MODELO FENOMENOLOGICO, QUE NOS HABLA DE SUS FORMAS DE INTERACCION CONDUCTUAL QUE LLEVAN A LA APARICION DEL SINTOMA, Y POR OTRO LADO EL MODELO MITICO QUE NOS HABLA DE LAS CREENCIAS, MITOS, IDIOSINCRACIAS Y VALORES SOBRE LOS QUE SE SOSTIENE SU FORMA DE COMPORTAMIENTO, PROPONIENDO COMO MODELO DE ABORDAJE EL CUENTO SISTEMICO, SIENDO ESTE UN COMENTARIO SOBRE LA RELACION, Y A SU VEZ UN ELEMENTO DE TRANSFORMACION DE ESA RELACION QUE BUSCA LA SOLUCION DEL PROBLEMA. LOS CONCEPTOS DE LA CIBERNETICA DE 2º ORDEN, PLANTEA EL PAPAEL DEL OBSERVADOR, CUANDO SE INCLUYE COMO PARTE DE LO QUE SE OBSERVA, SITUANDOLO COMO PARTE INTEGRAL DEL SISTEMA OBSERVADO. EN LA ESCUELA DE BRUCELAS LOS SISTEMAS FAMILIARES BASAN SU FORMA DE RELACION EN LO QUE SU EXPONENTE MONI ELKAIM DENOMINA EL MAPA DEL MUNDO.

EL CONSTRUCTIVISMO POSTULA QUE TODA AFIRMACION DE LA REALIDAD ES UNA AFIRMACION SOBRE EL OBSERVADOR. EL CONSTRUCTIVISMO SOCIAL ES UNA NUEVA LINEA DE PENSAMIENTO EN LA TERAPIA DONDE ESTA VENDRIA A SER UN ESPACIO CONVERSACIONAL, DESDE UNA POSICION DE LATERALIDAD, EN DONDE EL TERAPEUTA Y LA FAMILIA SE CONSTRUIRAN NUEVAS NARRATIVAS O HISTORIAS DE VIDAS ALTERNAS QUE LE SEAN MENOS DOLOROSAS O AMENAZANTES Y RESULTEN MAS COMODAS A LOS INTEGRANTES DE LAS MISMAS.²⁵

EN UNA UNIDAD FAMILIAR CON SOBREDEMANDA SE LLEVO A CABO UN ESTUDIO TRANSVERSAL COMPARATIVO PARA CONOCER LA FRECUENCIA Y FACTORES RELACIONADOS CON LA CONSULTA SUBSECUENTE, FACTOR QUE HA SIDO RELACIONADO CON LA SOBRECARGA DEL SERVICIO. LAS CONSULTAS SUBSECUENTES LA GENERARON PRINCIPALMENTE LAS ENFERMEDADES CD, EL CNS Y CP.²⁶

EN NUESTRO MEDIO NO EXISTE DEMASIADA INFORMACION SOBRE LA MORBILIDAD INFECCIOSA ASISTIDA EN LA ATENCION PRIMARIA. SE SABE QUE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS ALTAS (IRA) Y LA BRONQUITIS AGUDA, CONSTITUYEN LOS DOS PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA POR PATOLOGIA AGUDA EN ATENCION PRIMARIA.²⁷

LA FAMILIA

POR FAMILIA SE ENTIENDE LA UNIDAD BIOPSIKOSOCIAL, INTEGRADA POR UN NUMERO VARIABLE DE PERSONAS, LIGADAS POR VINCULOS DE CONSANGUINIDAD, MATRIMONIO Y/O UNION ESTABLE Y QUE VIVEN EN UN MISMO HOGAR. LA FAMILIA CUMPLE FUNCIONES VITALES QUE OTROS GRUPOS NO PUEDEN LLEVAR A CABO TAN EFICAZMENTE. DICHAS FUNCIONES COMPREDEN: LAS RELACIONES SEXUALES, LA REPRODUCCION, LA EDUCACION Y LA SUBSISTENCIA. LA CONCEPCION SISTEMATICA DE LA INSTITUCION FAMILIAR LA PLANTEA COMO UN SUBSISTEMA SOCIAL ABIERTO, EN CONSTANTE INTERACCION CON EL MEDIO NATURAL, CULTURAL Y SOCIAL, Y EN EL QUE CADA UNO DE SUS INTEGRANTES INTERACTUA COMO MICROGRUPO CON UN ENTORNO FAMILIAR DONDE EXISTEN FACTORES BIOLOGICOS, PSICOLOGICOS Y SOCIALES DE ALTA RELEVANCIA EN LA DETERMINACION DEL ESTADO DE SALUD O ENFERMEDAD.

EL SISTEMA FAMILIAR DESEMPEÑA SUS FUNCIONES A TRAVES DE SUS SUBSISTEMAS, ESTOS PUEDEN FORMARSE POR INTERESES, FUNCIONES, SEXO O GENERACIONES. SI BIEN TRES SON LOS SUBSISTEMAS QUE TIENEN UNA SIGNIFICACION ESPECIAL: CONYUGAL, PARENTAL Y FRATERO.²⁸

LA FAMILIA PUEDE SER CONSIDERADA COMO LA UNIDAD BASICA DE TRABAJO EN SALUD COMUNITARIA; EPIDEMIOLOGICAMENTE, ESTO ES VALIDO, PORQUE DE ACTUAR ASI SE SUPONE QUE EXISTE UN AMBIENTE COMUN DE VIDA DEL GRUPO FAMILIAR, Y PORQUE SE TOMAN EN CONSIDERACION LAS INTER-ACCIONES PSICOLOGICAS Y SANITARIAS EN EL INTERIOR DE LA FAMILIA.²⁹

TIPOS DE FAMILIAS:

POLIGAMA: CONSISTE EN UN ESPOSO Y VARIAS ESPOSAS, (POLIANDRICA CONSISTE EN UNA MUJER CON VARIOS MARIDO).

FAMILIA EXTENSA: ESTA CONSTITUIDA POR GRUPOS DE PARENTESCOS DE DOS O TRES GENERACIONES, (PATRIARCAL, MARIARCAL).

FAMILIA NUCLEAR INTEGRADA: ESTA FORMADA POR UNA PAREJA Y SUS HIJOS; LA ELECCION DE PAREJA ES ABIERTA, "LIBRE" Y ES LA BASE DEL SISTEMA DE PARENTESCO; TIENE POCOS HIJOS, BAJA MORTALIDAD INFANTIL Y ALTO NIVEL DE VIDA; POSEE MAYOR MOVILIDAD SOCIAL EN TODOS LOS ASPECTOS (OCUPACIONAL, INTERGENERACIONAL, GEOGRAFICO Y SOCIOECONOMICO).

FAMILIA NUCLEAR AMPLIADA: EN EL HOGAR PUEDEN VIVIR OTRAS PERSONAS, UNAS VECES LIGADAS CON VINCULOS CONSANGUINEOS (MADRE, TIOS, SOBRINOS) Y OTRAS NO (HEMPLEADAS DEL HOGAR O HUESPEDES).

FAMILIA MONOPARENTAL: ESTA CONSTITUIDA POR UN SOLO CONYUGUE Y SUS HIJOS; TIENE SU ORIGEN EN LA MUERE, LA SEPARACION, EL DIVORCIO O EL ABANDONO DE UNO DE LOS CONYUGUES.

MONOGAMIA SERIA: MADRE QUE TIENE VARIOS HIJOS CON DISTINTOS HOMBRES.

FAMILIAS EN CRISIS: CUANDO UNA FAMILIA NUCLEAR TIENE UNA CRISIS Y ES AUXILIADA POR UN PARIENTE O UN AMIGO.

.FAMILIAS DE UNA O VARIAS PERSONAS SOLTERAS.

FAMILIA RECONSTRUIDA: EN LA QUE DOS ADULTOS FORMAN UNA NUEVA FAMILIA EN LA CUAL AL MENOS UNO DE ELLOS INCORPORA UN HIJO HABIDO DE UNA RELACION ANTERIOR.

COMUNAS DE VARIOS TIPOS Y REDES EXTENSAS DE PARENTESCO.³⁰

LAS FAMILIAS, LLAMADAS NUCLEARES, ESTAN FORMADAS SOLO POR EL PADRE, LA MADRE Y LOS HIJOS. ESTOS AL CASARSE FUNDAN UN HOGAR CON UN DOMICILIO DIFERENTE. POR LO GENERAL ESTAS FAMILIAS TIENEN MEDIOS SUFICIENTES PARA SOSTENER EL HOGAR, Y SUS OTROS PARIENTES ESTAN EN LA MISMA SITUACION. OTRAS QUE TAMBIEN SON FAMILIAS, CARECEN DE HIJOS Y ESTAN FORMADAS EXCLUSIVAMENTE POR LA PAREJA. ALGUNAS VECES VIVEN CON OTROS PARIENTES. OTRAS ADEMAS DE LOS PADRES E HIJOS, CONVIVEN CON OTROS PARIENTES- ABUELOS, HERMANOS, SOBRINOS, ETC.- A ESTE TIPO DE FAMILIAS SE LES LLAMA EXTENSAS O CONSANGUINEAS, PORQUE INCLUYEN A UN GRUPO AMPLIO DE PERSONAS CON UN PARENTESCO DE SANGRE. EN OTRAS FAMILIAS ESTA AUSENTE EL PADRE, YA SEA POR DIVORCIO, POR ABANDONO, PORQUE LA PAREJA NUNCA SE CASO O PORQUE EL PADRE HA MUERTO. EN OCASIONES LAS MADRES SOLAS LLEVAN A SUS HIJOS A CASA DE LOS PADRES, O RECIBEN EN SU HOGAR A OTROS PARIENTES. ESTAS FAMILIAS SIN PADRE SUELEN CONOCERSE COMO FAMILIAS INCOMPLETAS. EL CASO MENOS FRECUENTE, DE QUE FALTE LA MADRE, TAMBIEN HACE DE ELLAS FAMILIAS INCOMPLETAS.³¹

LA FORMA TRADICIONAL DE LA FAMILIA NUCLEAR COMO UNIDAD SOCIAL, SIGUE SIENDO LA MAS FRECUENTE Y PODRIA CONSIDERARSE COMO PROTOTIPICA: PADRE, MADRE E HIJOS, SIN EMBARGO LA REALIDAD MUESTRA UNA VARIEDAD DE ORGANIZACIONES FAMILIARES QUE ESCAPAN A LA NORMA DE LA FAMILIA NUCLEAR. POR ELLO SE PLANTEA LA NECESIDAD DE PRECISAR QUE ES LA FAMILIA Y QUIENES LA INTEGRAN. LA DIFICULTAD SURGE CUANDO SE REQUIERE DAR AL CONCEPTO UN SENTIDO FUNCIONAL PARA PODER

ACTUAR FRENTE A FAMILIAS CONCRETAS. LA CONCEPCION TRADICIONAL -NUCLEAR- RESULTA RESTRICTIVA, Y EL CAMINO MAS ADECUADO ES CONSTRUIR UN MODELO APARTIR DE LA REALIDAD. EN EL CASO DE LA SALUD, UTILIZAR UNA DEFINICION A PRIORI PUEDE SIGNIFICAR DEJAR SIN ATENCION A INDIVIDUOS EN SITUACIONES ESPECIALES, COMO LA MADRE SOLTERA, LA EMPLEADA DOMESTICA, LOS ANCIANOS EN UN ASILO, LOS ADULTOS SIN LAZOS DE PARENTESCO QUE COMPARTEN UNA VIVIENDA, ETC. SIN OLVIDAR LA IMPORTANCIA DE LOS DIVERSOS CRITERIOS QUE SE EMPLEAN PARA REFERIRSE AL CONCEPTO DE FAMILIA, DESTACAREMOS DOS DE ELLOS: EL HECHO DE COMPARTIR LA UNIDAD HABITACIONAL Y LA RELACION DINAMICA ESTABLECIDA ENTRE LOS INDIVIDUOS QUE CONVIVEN BAJO UN MISMO TECHO. ASI, LA DEFINICION FUNCIONAL DE LA FAMILIA COMO UNIDAD DE ATENCION MEDICA INCLUYE EN EL NUCLEO FAMILIAR A TODAS LAS PERSONAS QUE CONVIVEN EN UNA MISMA UNIDAD HABITACIONAL, ENTRE LAS CUALES EXISTEN LAZOS DE DEPENDENCIA Y OBLIGACIONES RECIPROCAS Y QUE, POR LO GENERAL, PERO NO SIEMPRE ESTAN LIGADAS POR UN LAZO DE PARENTESCO. LA FAMILIA ES BASE ESTRUCTURAL DE TODA SOCIEDAD HUMANA.³²⁻³³

ES OBVIO QUE LA FAMILIA CONSTITUYE EL CASO POR EXCELENCIA DE FORMACION O GRUPO SOCIAL SUSCITADO POR LA NATURALEZA PERO ADEMAS ES UNA INSTITUCION CREADA Y CONFIGURADA POR LA CULTURA (RELIGION, MORAL, COSTUMBRES Y DERECHO) PARA REGULAR LAS CONDUCTAS CONECTADAS CON LA GENERACION. "DE TODAS LAS VICTORIAS DE LA CULTURA SOBRE LA NATURALEZA EL MATRIMONIO MONOGAMO ES LA MAS BRILLANTE, LA MAS VIGOROSA Y TAL VEZ LA MAS FECUNDA". EN CASI TODAS LAS CULTURAS Y CIVILIZACIONES, HA DOMINADO LA IDEA DE QUE LA SOCIEDAD SERA COMO SEAN LAS FAMILIAS. SI LAS FAMILIAS ESTAN BIEN ESTABLECIDAS, BIEN ORDENADAS Y FUNCIONAN BIEN, ELLAS SERAN LA FUENTE DE BIENESTAR, GRANDEZA Y PROSPERIDAD SOCIALES.³⁴⁻³⁵

EL APGAR-FAMILIAR ES UN INSTRUMENTO UNICO PARA CONOCER LA SITUACION FAMILIAR Y SU POSIBLE PAPER EN EL ORIGEN DE LOS CONFLICTOS. POR SU BREVEDAD, ES DE GRAN UTILIDAD. LOS AUTORES CONSIDERAN QUE ESTE INSTRUMENTO ES VALIDO Y CONFIABLE, PERO NO DEBE CONSIDERARSE COMO LA UNICA POSIBILIDAD PARA ESTUDIAR A LA FAMILIA, PUES EXISTEN OTROS INSTRUMENTOS QUE ANALIZAN LA FUNCION FAMILIAR CON MAYOR VALIDEZ QUE EL APGAR-FAMILIAR TALES COMO LA ESCALA DE MC MASTER Y FACES III. EL OBJETO FUNDAMENTAL DE ESTE TIPO DE HERRAMIENTAS ES DE DISPONER DE INFORMACION VALIDA Y FIABLE QUE ORIENTE SOBRE UN DETERMINADO PROBLEMA PSICOSOCIAL, EN EL CASO DE LOS MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA UNA POSIBLE DISFUNCION FAMILIAR.³⁶

PARA SU ESTUDIO DETALLADO EL CICLO VITAL FAMILIAR SE DIVIDE EN SEIS ETAPAS:

- 1-NOVIOS Y RECIEN CASADOS: LA FISIOLOGIA DE ESTA ETAPA INCLUYE TODOS ESTOS ASPECTOS QUE ESTAN RELACIONADOS CON EL GALANTEO, LA ELECCION DE PAREJA Y LA ADAPTACION MARITAL.
- 2-LA PAREJA QUE ESPERA: ESTE PERIODO ES VITAL PARA LA VIDA FAMILIAR SE VALORAN CON DETALLE LAS VARIACIONES, CAMBIOS Y AJUSTES FISIOLÓGICOS Y EMOCIONALES QUE OCURREN TANTO EN LA ESPOSA COMO EN EL MARIDO DURANTE EL PRIMER EMBARAZO.
- 3-NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO: SE VALORAN LAS RELACIONES ENTRE PADRES E HIJOS Y EL ABANDONO, CONSIDERADOS COMO LA BASE EN LA SALUD EMOCIONAL Y FAMILIAR.
- 4-LA FAMILIA CON ADOLESCENTE: SE ESTUDIAN LOS CAMBIOS EN EL DESARROLLO BIOLÓGICO, EMOCIONAL, SEXUAL Y SOCIAL, A TRAVES DE LA ADOLESCENCIA TEMPRANA, MEDIA Y TARDIA.
- 5-LA EDAD MADURA; SE VALORAN LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS DE LAS PAREJAS EN ESTA ETAPA TENIENDO EN CUENTA LOS PADECIMIENTOS CARDIACOS ISQUEMICOS TAN EXTENDIDOS EN LA ETAPA ADULTA.
- 6-LA SENECTUD Y LA VIUDES: EN ESTA ETAPA SE CONTEMPLA EN FORMA GLOBAL EL ESTADO DE SALUD DE LOS INDIVIDUOS, LOS ROLES Y LAS RELACIONES DE LAS FAMILIAS.³⁷

CLASIFICACION DEL CICLO VITAL FAMILIAR SEGÚN LA COMISION EPISCOPAL DE PASTORAL FAMILIAR SE DIVIDE EN 5 ETAPAS:

PRIMERA ETAPA: ACOPLAMIENTO DE PAREJA Y DIALOGO: RECIEN CASADOS

PUNTO CRONOLOGICO DE TRANSICION: NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO.

SEGUNDA ETAPA: EL NACIMIENTO DE LOS HIJOS Y SU CRIANZA

PUNTO CRONOLOGICO DE TRANSICION: ADOLESCENCIA DE LOS HIJOS.

TERCERA ETAPA: CUANDO LOS HIJOS SON ADOLESCENTES

PUNTO CRONOLOGICO DE TRANSICION: DESTETE DE LOS HIJOS POR EMPAREJAMIENTO.

CUARTA ETAPA: LOS HIJOS SE CASAN

PUNTO CRONOLOGICO DE TRANSICION: FORMAR SU PROPIA FAMILIA.

QUINTA ETAPA: CUANDO LOS PADRES SE QUEDAN SOLOS

PUNTO CRONOLOGICO DE TRANSICION: LA MUERTE.³⁸

EL MEDICO FAMILIAR DEBE ESTAR EN CONDICIONES DE IDENTIFICAR EL CICLO VITAL FAMILIAR Y DE CLASIFICARLO DE ACUERDO CON LA ETAPA EN QUE SE ENCUENTRE. SE HAN PROPUESTOS DIFERENTES MODELOS DE CVF ATENDIENDO A DISTINTOS CRITERIOS Y UTILIZANDO DISTINTOS REFERENTES PARA SEÑALAR EL INICIO DE CADA ETAPA. DUVALL PROPUSO UNO DE LOS MAS CONOCIDOS Y UTILIZADOS, ESPECIALMENTE EN PSICOLOGIA, CONSTA DE OCHO ETAPAS, LA PRIMERA MARCA EL COMIENZO DE LA FAMILIA O "NIDO SIN USAR" Y LA ULTIMA EL DE FAMILIAS ANCIANAS O "NIDO VACIO". MEDALIE RECOMIENDA UN MODELO DIVIDIDO EN SEIS FASES QUE TIENE LA VENTAJA DE SU APROXIMACION A LAS PECULIARIDADES DE LA ATENCION INDIVIDUALIZADA Y EL INCONVENIENTE DE NO FIJAR CLARAMENTE LOS LIMITES ENTRE ELLAS DEJANDOLAS MUY ABIERTAS.

LA OMS DEFINE UN MODELO DIVIDIDO EN SEIS ETAPA. SE INICIA CON LA FORMACION EN EL MOMENTO DEL MATRIMONIO, Y CARACTERIZA LAS SUCESIVAS ETAPAS EN FUNCION DE FENOMENOS DE INCREMENTO (EXTENSION POR EL NACIMIENTO DE LOS HIJOS) O DISMINUCION DE LOS COMPONENTES DE LA FAMILIA (CONTRACCION POR EMANCIPACION DE LOS HIJOS O FALLECIMIENTOS DEL CONYUGE).

EL MODELO DEFINE BIEN LOS LIMITES DE LAS FASES CON LO QUE FACILITA LA CLASIFICACION DE LA FAMILIA TANTO DESDE EL PUNTO DE VISTA CLINICO COMO DEMOGRAFICO. A LA HORA DE OPTAR PÒR UN MODELO PARA ESTUDIAR Y CLASIFICAR EL CVF, NOS INCLINAMOS POR EL DE LA OMS, AHORA BIEN, PARA HACERLO MAS OPERATIVO SUBDIVIDIMOS LA SEGUNDA ETAPA EN DOS, SEGÚN TENGAN O NO HIJOS ADOLESCENTES. PENSAMOS QUE LA PRESENCIA DE HIJOS EN ESTA EDAD CRITICA PLANTEA PECULIARES PROBLEMAS EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR QUE DEBEN TENERSE EN CUENTA. DE ESTA FORMA, LA CLASIFICACION PROPUESTA QUEDA ESTABLECIDA DE LA SIGUIENTE FORMA: UNA ETAPA DE FORMACION, DOS DE EXTENSION, SEGUN EL PRIMER HIJO TENGA MENOS O MAS DE 11 AÑOS, SEGUIDA DE LA ETAPA DEL FINAL DE LA EXTENSION, A LA QUE CONTINUAN LA DE CONTRACCION, FINAL DE LA CONTRACCION Y DISOLUCION. EN LA PRIMERA Y LA SEGUNDA LA TRANSICION DE LAS ETAPAS SE CENTRA EN LA POSICION DEL PRIMER HIJO; LA TERCERA, CUARTA Y QUINTA EN EL LUGAR QUE OCUPA EL ULTIMO HIJO EN RELACION CON LA FAMILIA Y LA SEXTA EN EL MOMENTO DEL FALLECIMIENTO DE UNO DE LOS CONYUGES.

EL CICLO VITAL FAMILIAR SEGÚN EL MODELO DE LA OMS MODIFICADO.

| ETAPA | DESDE | HASTA |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. FORMACION | MATRIMONIO | NACIMIENTO DEL 1er. HIJO |
| 2A EXTENSION | NACIMIENTO DEL 1er. HIJO | EL 1er. HJO TIENE 11 A. |
| 2B EXTENSION | EL 1er. HIJO TIENE 11 A | NACIMIENTO ULTIMO HIJO |
| 3 FINAL DE LA EXT | N. DEL ULTIMO HIJO. | 1er. HIJO ABANDONA EL H. |
| 4 CONTRACCION | 1er. H.ABANDONA HOGAR. | ULTIMO HIJO A. EL HOGAR |
| 5 FINAL DE LA C. | ULTIMO HIJO A. HOGAR | MUERE EL 1er. CONYUGUE |
| 6 DISOLUCION | M. 1er. C.(EXTINCION) | M. EL OTRO CONYUGUE .39 |

EL INGRESO FAMILIAR EN LA POBLACION GENERAL TIENE UNA DISTRIBUCION EN SESGO POSITIVO, ES DECIR MUCHAS FAMILIAS TIENEN INGRESOS BAJOS UNAS CUANTAS FAMILIAS TIENEN INGRESOS ALTOS.⁴⁰

EL MEDICO FAMILIAR ES EL UNICO ESPECIALISTA QUE TIENE LA OPORTUNIDAD DE CONTEMPLAR EL PASO SUCESIVO DE LAS ETAPAS DEL CICLO VITAL DE SUS CLIENTES Y, POR ELLO, ESTA EN INMEJORABLE POSICION PARA PREVENIR PROBLEMAS CLINICOS Y PSOCIALES, PARA ASESORAR Y POTENCIAR CAMBIOS CONDUCTUALES Y PARA AYUDAR EN LAS CRISIS ESTABLECIDAS.⁴¹⁻⁴²

“MOSAMEF”

EL MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR, SE PRESENTA POR PRIMERA VEZ COMO UNA PROPUESTA PARA LLEVAR A CABO LA PRACTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR, ESTE MODELO HA SIDO EL PRODUCTO DEL ANALISIS DE UN GRUPO DE PROFESORES DE LA ESPECIALIDAD QUE, CON RENOVADO INTERES HAN ELABORADO UNA POSIBLE ESTRATEGIA PARA INICIAR ACCIONES QUE DEFINAN CON CLARIDAD EL TRABAJO MEDICO FAMILIAR Y FAVORESCA UN CONOCIMIENTO LOGICO, ANALITICO Y CRITICO DE LAS FAMILIAS, EL CUAL REDUNDARA EN UN ADECUADO ESTUDIO DE LAS CARACTERISTICAS DE LA POBLACION A SU CUIDADO, DEFINIENDO LOS CAMPOS DE ACCION PROPIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR Y FUNDAMENTANDO EL DESARROLLO DE LINAS DE INVESTIGACION EN ESTA DISIPLINA.

EL MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA PRETENDE INCIDIR EN MAYOR O MENOR MEDIDA EN CADA UNO DE LOS CINCO CAMPOS DE ACCION, PLANTEADOS POR LA CARTA DE OTTWA PRODUCTO DE LA II CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCION DE LA SALUD, LA CUAL SEÑALA QUE A FIN DE MEJORAR LA SALUD DE LAS COLECTIVIDADES ES PRECISO ACTUAR EN CINCO CAMPOS DE ACCION:

- ❖ REORIENTAR LOS SERVICIOS DE SALUD.

- ❖ MEJORAR LAS HABILIDADES PERSONALES EN RELACION CON LOS ESTILOS DE VIDA.

- ❖ CREAR MEDIOAMBIENTES SALUDABLES.

- ❖ ELABORAR POLITICAS EXPLICITAS PARA LA SALUD.

- ❖ REFORSAR LA ACCION COMUNITARIA EN SALUD.⁴³

CAPITULO 2

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

ACTUALMENTE, COMO DURANTE TODA LA HISTORIA DE LA HUMANIDAD, LA FAMILIA HA SIDO Y ES LA CELULA FUNDAMENTAL DE LA SOCIEDAD, YA QUE ES APARTIR DE ELLA QUE TODOS LOS PROGRAMAS DE SALUD SE REALIZA , DEBIDO A QUE EN LA MISMA SE ENCUENTRAN INDIVIDUOS DE TODOS LOS GRUPOS DE EDADES Y EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA.

SE HA VISTO QUE EN TODAS LAS SOCIEDADES DEL MUNDO AL IGUAL QUE EN NUESTRO PAIS Y EN NUESTRA CIUDAD EN LA FAMILIA SE GENERAN LAS BASES DE LA SOCIEDAD, SI NUESTRAS FAMILIAS ESTAN BIEN INTEGRADAS TENDREMOS UNA SOCIEDAD DE MEJOR CALIDAD.

EL MEDICO FAMILIAR SE ENCUENTRA EN UNA SITUACION IDEAL PARA ANTICIPARSE A LOS CONFLICTOS Y A LAS ENFERMEDADES, PUEDE DIGNOSTICAR PRECOSMENTE PROBLEMAS FISICOS Y PSICOSOCIALES Y COMPRENDER AL PACIENTE ENFERMO A LO LARGO DE SU EVOLUCION. TODAS ESTAS TAREAS LAS CUMPLIRIA MEJOR SI UTILIZA INSTRUMENTOS Y CONCEPTOS QUE LE PERMITAN ACTUAR CON LAS FAMILIAS.

LO QUE HACE IMPORTANTE CONOCER Y ANALIZAR A LAS FAMILIAS ADSCRITAS. POR ESE MOTIVO NOS HACEMOS LA SIGUIENTE PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿CUÁLES SON LAS CARACTERISTICAS BIOSOCIALES DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No.2 DEL TURNO MATUTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "D"?

CAPITULO 3

JUSTIFICACION

EN ESTE ESTUDIO QUE SE REALIZO EN LA POBLACION ADSCRITA AL CONSULTORIO "2" TURNO MATUTINO, DE LA CLINICA HOSPITAL "D" DEL ISSSTE EN EL AÑO DE 1998 EN CD. DEL CARMEN, CAMPECHE. SE PRETENDE CONOCER COMO ESTA INTEGRADA LA PIRAMIDE POBLACIONAL, CUALES SON LAS CARACTERISTICAS BIOSOCIALES DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS Y DETERMINAR LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD, TODO ESTO CON LA FINALIDAD DE PODER IMPLEMENTAR PROGRAMAS PARA MEJORAR EL NIVEL DE SALUD DE LOS INTEGRANTES DE DICHAS FAMILIAS, DARLE MAYOR IMPORTANCIA A LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y DAR ATENCION CONTINUA.

POR LO QUE A TRAVES DE ESTE, QUE ES EL PRIMER TRABAJO EN SU GENERO SE PRETENDE CONOCER LAS CARACTERISTICAS BIOSOCIALES DE LAS FAMILIAS YA QUE SE HA DETECTADO QUE UNA PARTE IMPORTANTE DE LOS PROBLEMAS O ENFERMEDADES QUE AFECTAN A LOS PACIENTES TIENE SU ORIGEN EN CONFLICTOS FAMILIARES QUE POSTERIORMENTE SON SOMATIZADOS Y QUE PUEDEN ORIGINAR PROBLEMAS IRREVERSIBLES COMO HTA, DM, COLITIS Y SINDROMES DEPRESIVOS GRAVES.

AL IDENTIFICAR CONCRETAMENTE LAS CARACTERISTICAS BIOSOCIALES DE LAS FAMILIAS, SE PODRAN IMPLEMENTAR MEDIDAS EFICACES DE PREVENCION DE ENFERMEDADES Y PROMOCION DE LA SALUD EN EL CONSULTORIO DE MEDICINA FAMILIAR, CON LO QUE SE HARAN EFECTIVAS LAS PREMISAS DE ESTUDIO DE LA FAMILIA Y ACCION ANTICIPATORIA PARA REALIZAR DIAGNOSTICOS PRECOCES EN LAS DIVERSAS PATOLOGIAS Y DAR EFICIENTES CUIDADOS EN LA SALUD DE LAS FAMILIAS.

DE IGUAL FORMA SE PRETENDE CONTAR CON UN TRABAJO QUE NOS DE LAS BASES PARA HACER UN ADECUADO USO DE LOS RECURSOS PARA MEJORA LA ATENCION EN EL CONSULTORIO DE MEDICINA FAMILIAR, VALORAR ADECUADAMENTE LOS PROGRAMAS PRIORITARIOS PARA EL NUCLEO DE POBLACION QUE SE ATIENDE, PLANEANDO ADECUADAMENTE LAS ESTRATEGIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN BASE A LA PROBLEMÁTICA DETECTADA Y CON ELLO OBTENER MAYOR SATISFACION PARA LA POBLACION ATENDIDA Y POR EL MEDICO PRESTADOR DEL SERVICIO.

CAPITULO 4

OBJETIVOS

GENERALES:

CONOCER LAS CARACTERISTICAS BIOSOCIALES DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS AL TURNO MATUTINO DEL CONSULTODIO No.2 DE LA CLINICA HOSPITAL "D", EN CD. DELCARMEN , CAMPECHE EN EL AÑO DE 1998.

ESPECIFICOS:

1. DETERMINAR LOS NUCLEOS POBLACIONALES PREDOMINANTES SEGÚN LA EDAD.
2. ESTABLECER EL ESTADO CIVIL Y LA EDAD PROMEDIO DE LOS PADRES ENCUESTADOS.
3. CONOCER LA ESCOLARIDAD DE LOS PADRES Y LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EMPLEADOS POR LAS PAREJAS ESTUDIADAS.
4. DETERMINAR EL NUMERO DE HIJOS PROMEDIO DE LAS FAMILIAS EN ESTUDIO.
5. IDENTIFICAR LOS TIPOS DE FAMILIAS E INGRESO PROMEDIO MENSUAL DE CADA UNA DE ELLAS.
6. DETERMINAR LAS ETAPAS DEL CICLO VITAL EN LAS FAMILIAS ENCUESTADAS.
7. DETECTAR LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD.

CAPITULO 5

METODOLOGIA

1. TIPO DE ESTUDIO: DESCRIPTIVO Y RETROSPECTIVO

2. POBLACION, LUGAR Y TIEMPO: TODA LA POBLACION ADSCRITA AL TURNO MATUTINO DEL CONSULTORIO No. 2 DE LA CLINICA HOSPITAL "D" EN CD. DEL CARMEN CAMPECHE DURANTE EL PERIODO COMPRENDICO DE ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO DE 1998.

3. TIPO DE MUESTRA: NO EXISTIO; SE TRABAJO CON LA TOTALIDAD DE LAS PERSONAS, 2352 DERECHOHABINTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO NO. 2 DEL TURNO MATUTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "D" EN CD. DEL CARMEN CAMPECHE DURANTE EL AÑOS DE 1998; TOMANDO EN CUENTA QUE EL TOTAL DE LA POBLACION ADSCRITA EN LA CLINICA, DURANTE ESE AÑO FUE DE 6907 PERSONAS.

4. CRITERIOS DE INCLUSION: SE INCLUYERON A TODAS LAS PERSONAS ADSCRITAS AL TURNO MATUTINO DEL CONSULTORIO No. 2 DE LA CLINICA HOSPITAL "D" EN CD. DEL CARMEN, CAMPECHE, DURANTE EL AÑO DE 1998 Y SE TOMARON EN CUENTA TODAS LAS EDADES DESDE CERO HASTA 70 AÑOS Y MAS.

5. CRITERIOS DE EXCLUSION: FORANEOS

PERSONAS NO ADSCRITAS AL TURNO MATUTINO DEL
CONSULTORIO No. 2

6. CRITERIOS DE ELIMINACION: CAMBIOS DE DOMICILIO

DIAGNOSTICOS ILEGIBLES

EXPEDIENTES INCOMPLETOS

HOJAS DE ENCUESTAS INCOMPLETAS.

7. INFORMACION A RECOLECTAR. VARIABLES A RECOLECTAR:

7.1 PARA EL CENSO DE POBLACION:

NUMERO TOTAL DE INDIVIDUOS (V. CUANTITATIVA)

NUMERO TOTAL DE INDIVIDUOS DE SEXO MASCULINO (V. CUALITATIVA)

NUMERO TOTAL DE INDIVIDUOS DE SEXO FEMENINO (V. CUALITATIVA)

NUMERO DE INDIVIDUOS DE SEXO MASCULINO POR GRUPOS ETAREOS (V CUALITATIVA)

NUMERO DE INDIVIDUOS DE SEXO FEMENINO POR GRUPOS ETAREOS (V CUALITATIVA).

7.2 EN EL ESTUDIO DE COMUNIDAD:

NOMBRE DE LA FAMILIA (V. CUALITATIVA)

ESTADO CIVIL (V. CUALITATIVA)

AÑOS DE UNION CONYUGAL (V. CUANTIATIVA)

ESCOLARIDAD (V. CUALITATIVA)

EDAD DEL PADRE (V. CUANTITATIVA)

EDAD DE LA MADRE (V. CUANTITATIVA)

NUMERO DE HIJOS HASTA 10 AÑOS DE EDAD (V. CUANTITATIVA)

NUMERO DE HIJOS DE 11 A 19 AÑOS DE EDAD (V. CUANTITATIVA)

NUMERO DE HIJOS DE 20 o' MAS AÑOS DE EDAD (V. CUANTITATIVA)

OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA (V. CUALITATIVA)

INGRESOS ECONOMICOS (V. CUALITATIVA)

TIPO DE FAMILIA (V. CUALITATIVA)

ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR (V. CUALITATIVA)

7.3 PARA LA IDENTIFICACION DE LAS CAUSAS DE CONSULTA : LA VARIABLE ES DE TIPO CUALITATIVO Y SE VALORAN LAS 10 PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA.

8. METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACION:

- 8.1 SE REVISARON TODOS LOS EXPEDIENTES DE LOS DERECHOABIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO No,2 DEL TURNO MATUTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "D" EN CD. DEL CARMEN CAMPECHE DURANTE ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO DE 1988.
- 8.2 SE HICIERON ENCUESTAS AL PADRE O LA MADRE DE CADA FAMILIA ADSCRITAS AL CONSULTORIO DURANTE ESE AÑO.
- 8.3 Y SE REVISARON LAS HOJAS DIARIAS DEL MEDICO DURANTE ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO 1998.
- 8.4 PARA TAL EFECTO SE UTILIZARON LOS FORMATOS:
 - 8.4.1 IDENTIFICACION FAMILIAR, (ANEXO 1)
 - 8.4.2 GLOSARIO DE TERMINOS PARA EL LLENADO DE LA HOJA DE IDENTIFICACION FAMILIAR (ANEXO 2).
 - 8.4.3 CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS PARA CAUSA DE CONSULTA DEL AÑO DE 1998 (ANEXO 3)
 - 8.4.4 HOJA TABULAR PARA ESTUDIO SISTEMATICO FAMILIAR (ANEXO 4)
 - 8.4.5 HOJA DE MOTIVO DE CONSULTA (ANEXO 5)

9. CONSIDERACIONES ETICAS:

PARA LA ELABORACION DE ESTE TRABAJO SE EMPLEO INFORMACION OBTENIDA DE ESTADISTICAS INSTITUCIONALES.

ESTA AMPARADO POR LA SSA SEGÚN EL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD, MEXICO 1987 (DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION DEL 3 DE FEBRERO DE 1983), DOCUMENTO ADECUADO A LA PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACION EN SALUD EN MEXICO INSPIRADO EN LA EXPERIENCIA INTERNACIONAL DE LA DECLARACION DE HELSINKI PARA GUIAR A LOS MEDICOS EN LA INVESTIGACION BIOMEDICA EN SERES HUMANOS.

ESTE ESTUDIO ES DESCRIPTIVO OBSERVACIONAL Y NO LESIONA LA INTEGRIDAD FISICA NI MORAL DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS YA QUE LOS CASOS ANALIZADOS SON CONFIDENCIALES , LAS ENTREVISTAS SON PERSONALES Y NO PROVOCAN DAÑO BIOLOGICO O PSICOLOGICO.

CAPITULO 6

RESULTADOS

DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS:

DESCRIPCION DE RESULTADOS PARA EL CENSO DE POBLACION:

FASE I

NUMERO TOTAL DE INDIVIDUOS: 2352

NUMERO TOTAL DE INDIVIDUOS DEL SEXO MASCULINO: 995

NUMERO TOTAL DE INDIVIDUOS DEL SEXO FEMENINO: 1357

NUMERO DE INDIVIDUOS DEL SEXO MASCULINO POR GRUPOS ETAREOS: CUADRO 1

NUMERO DE INDIVIDUOS DEL SEXO FEMENINO POR GRUPOS ETAREOS: CUADRO 1

RESULTADO DEL ESTUDIO SISTEMATICO FAMILIAR:

FASE II

SE ENCUESTARON 1032 FAMILIAS.

EN EL ESTADO CIVIL SE ENCONTRO:

CASADOS: 812 QUE REPRESENTA EL 78.9 % DEL TOTAL

UNION LIBRE: 95 QUE REPRESENTA EL 9.2% DEL TOTAL

VIUDOS:55 QUE REPRESENTA EL 5.3 % DEL TOTAL

MADRE SOLTERAS: 40 QUE REPRESENTA EL 3.8 % DEL TOTAL

DIVORSIADOS: 30 QUE REPRESENTA EL 2.8 % DEL TOTAL

AÑOS DE UNION CONYUGAL:

DE 0 A 5 AÑOS DE UNION: 200 PAREJAS

DE 6 A 10 AÑOS DE UNION: 215 PAREJAS

DE 11 A 20 AÑOS DE UNION: 250 PAREJAS

DE 21 A 30 AÑOS DE UNION: 127 PAREJAS

DE 31 Ó MAS AÑOS DE UNION: 115 PAREJAS

LA EDAD DE LOS PADRES ENCUESTADOS:

DE 15 A 20 AÑOS NO SE ENCONTRO NINGUN PADRE AFILIADO

DE 21 A 31 AÑOS DE EDAD 175 PADRES Y 330 MADRES

DE 31 A 40 AÑOS DE EDAD 355 PADRES Y 345 MADRES

DE 41 A 50 AÑOS DE EDAD 163 PADRES Y 147 MADRES

DE 51 A 60 AÑOS DE EDAD 127 PADRES Y 135 MADRES

DE 61 O MÁS AÑOS DE EDAD 117 PADRES Y 65 MADRES

PARA UN TOTAL DE 937 PADRES Y 1022 MADRES QUEDANDO LA DIFERENCIA ENTRE LOS DIVORCIADOS, MADRES SOLTERAS O VIUDOS.

ESCOLARIDAD:

ANALFABETAS: 5 PADRES ENCUESTADOS (0.5 %)

CON ESTUDIOS DE PRIMARIA: 225 PADRES ENCUESTADOS (21.8 %)

CON ESTUDIOS DE SECUNDARIA: 260 PADRES ENCUESTADOS. (25.1%)

CON ESTUDIOS DE PREPARATORIA O TECNICOS: 395 PADRES ENCUESTADOS (38.3%)

CON ESTUDIOS PROFESIONALES: 147 PADRES ENCUESTADOS.(14.3%)

METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR:

DIU : 35 PERSONAS (3.4%)

ANTICONCEPTIVOS ORALES: 50 PERSONAS (4.9%)

ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES: 5 PERSONAS (0.5%)

VASECTOMIA : 20 PERSONAS (2.0%)

OTB: 362 PERSONAS (35.0%)

RITMO: 95 PAREJAS (9.2%)

CONDON: 35 PERSONAS (3.4%)

NINGUN METODO: 430 PAREJAS (41.6%).

RESULTADO DEL NUMERO DE HIJOS EN BASE A LA EDAD:

NUMERO DE HIJOS (HASTA DE 10 AÑOS DE EDAD): 622 FAMILIAS

NUMERO DE HIJOS (DE 11 A 19 AÑOS DE EDAD): 332 FAMILIAS

NUMERO DE HIJOS (DE 20 A MAS AÑOS DE EDAD): 347 FAMILIAS

SE ENCONTRO QUE

45 FAMILIAS NO TENIAN HIJOS (4.3%)

225 FAMILIAS TENIAN 1 HIJO (21.8%)

337 FAMILIAS TENIAN 2 HIJOS (32.7%)

210 FAMILIAS TENIAN 3 HIJOS (20.4%)

80 FAMILIAS TENIAN 4 HIJOS (7.8%)

135 FAMILIAS TENIAN 5 o' MAS HIJOS (13.0%)

TIPO DE FAMILIA:

POR SU DESARROLLO:

MODERNA: 622 (60.3%)

TRADICIONAL: 410 (39.7%)

POR SU DEMOGRAFIA:

RURAL: 10 (1.0%)

SEMI-URBANA: 30 (3.0%)

URBANA: 992 (96.0%)

POR SU COMPOSICION:

NUCLEAR: 782 (75.8%)

EXTENSA: 35 (3.4%)

COMPUESTA: 215 (20.8%)

INGRESOS MENSUALES APROXIMADOS:

MENOR DE 1 SALARIO MINIMO: 10 FAMILIAS

DE 1 A 2 SALARIOS MINIMOS: 307 FAMILIAS

DE 3 Ó MAS SALARIOS MINIMOS 715 FAMILIAS

OCUPACION DE LOS PADRES:

480 MADRES DEDICADAS AL HOGAR

136 MADRES Y 283 PADRES CON OCUPACIONES QUE SOLO REQUERIAN ESTUDIOS DE SECUNDARIA (EJ. OBREROS GENERALES INTENDENTES, ETC.)

330 MADRES Y 395 PADRES CON NIVEL TECNICO O BACHILLERATO.

76 MADRE Y 119 PADRES PROFESIONISTAS

20 MADRES Y 140 PADRES PENCIONADOS

ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR:

EXPANSION: 222 (21.5%)

DISPERSION: 517 (50.0%)

INDEPENDENCIA: 139 (13.5%)

RETIRO: 154 (15.0%)

ANALISIS DE LAS CAUSAS DE CONSULTA

FASE III

LA PRINCIPAL CAUSA DE CONSULTA FUE POR IRAS, CONTINUANDO LAS ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES, CRONICO DEGENERATIVAS Y LAS TRAUMATICAS COMO LUMBALGIAS Y POLICONTUNDIDOS, TAMBIEN SON FRECUENTES LAS COLITIS CUYA ETIOLOGIA PUEDE SER COMBINADA CON PARASITOSIS, PERO ES MUY FRECUENTE LAS COLITIS NERVIOSAS, YA QUE NUESTRA POBLACION SE ENCUENTRA SOMETIDA AL ESTRES LABORAL.

EL ORDEN DE LAS 10 PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTAS FUE EL SIGUIENTE:

1. IRAS
2. PARASITOSIS
3. GASTROENTERITIS
4. HTA
5. IVU
6. LUMBALGIAS
7. DM
8. POLICONTUNDIDO
9. C. NIÑO SANO
10. COLITIS

CUADROS

Y

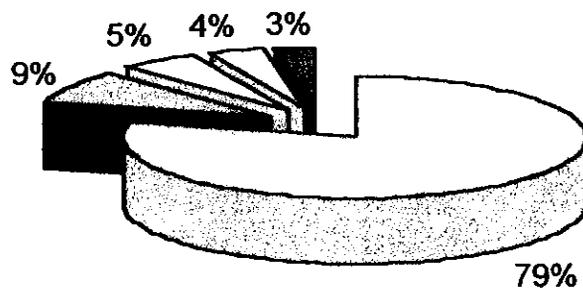
GRAFICAS

CENSO DE POBLACION ESTUDIADA

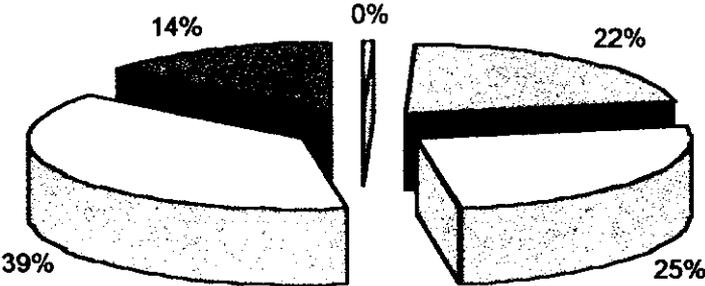
| GRUPO DE EDADES | HOMBRES | MUJERES | TOTAL |
|-----------------|---------|---------|-------|
| 0-4 | 134 | 132 | 266 |
| 5-9 | 137 | 130 | 267 |
| 10-14 | 90 | 107 | 197 |
| 15-19 | 61 | 58 | 119 |
| 20-24 | 28 | 60 | 88 |
| 25-29 | 101 | 198 | 299 |
| 30-34 | 103 | 163 | 266 |
| 35-39 | 67 | 115 | 182 |
| 40-44 | 34 | 57 | 91 |
| 45-49 | 39 | 65 | 104 |
| 50-54 | 25 | 51 | 76 |
| 55-59 | 54 | 72 | 126 |
| 60-64 | 44 | 63 | 107 |
| 65-69 | 44 | 36 | 80 |
| 70 o' MAS | 34 | 50 | 84 |
| TOTAL | 995 | 1357 | 2352 |

FUENTE: CENSO DE POBLACION DE LOS DERECHOHABIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO No. 2 DEL TURNO MATUTINO EN LA CLINICA HOSPITAL "D" EN CD. DEL CARMEN, CAMPECHE EN EL AÑO DE 1988.

PORCENTAJE DEL ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS EN 1998

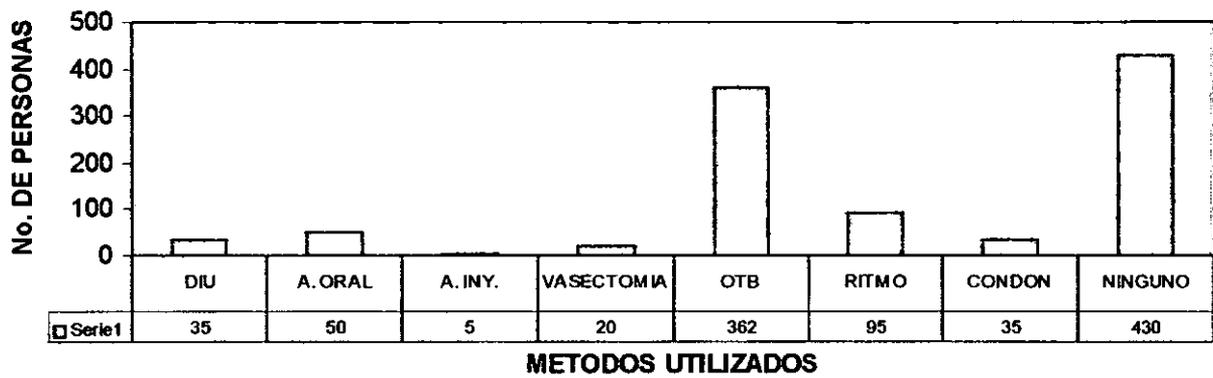


ESCOLARIDAD DE LOS PADRES ENCUESTADOS EN 1998

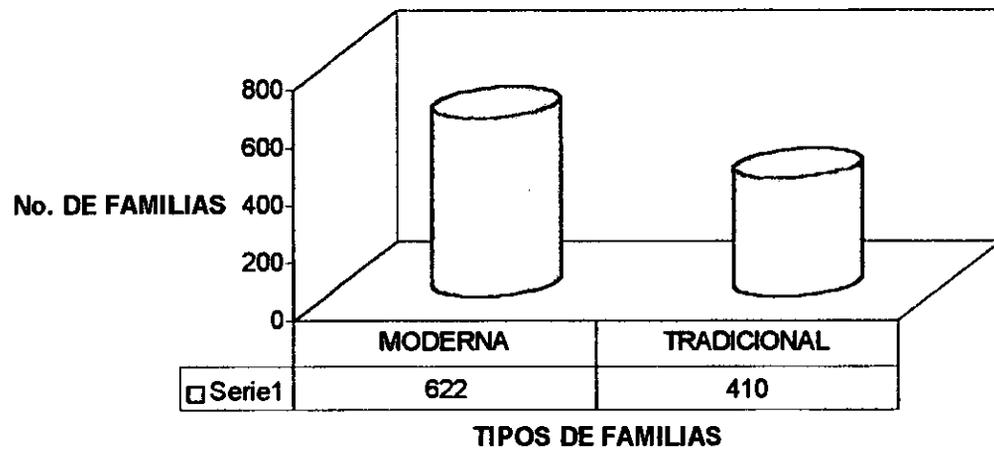


- ANALFABETAS
- PRIMARIA
- SECUNDARIA
- PREPARATORIA
- PROFESIONAL

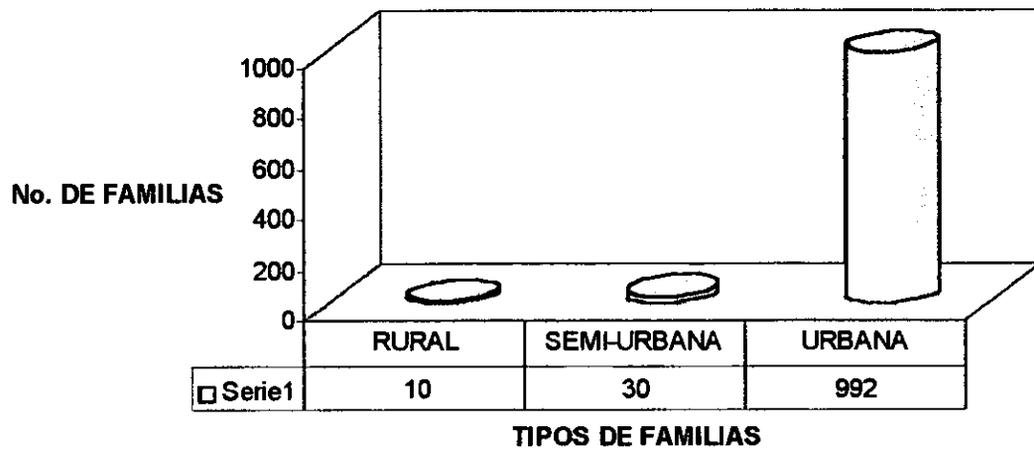
**METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS FAMILIAS
ENCUESTADAS**



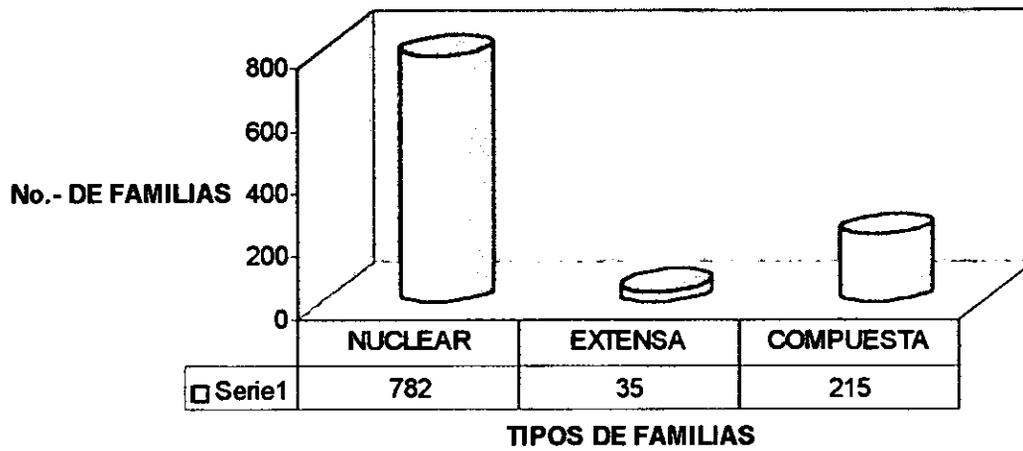
TIPOS DE FAMILIAS POR SU DESARROLLO



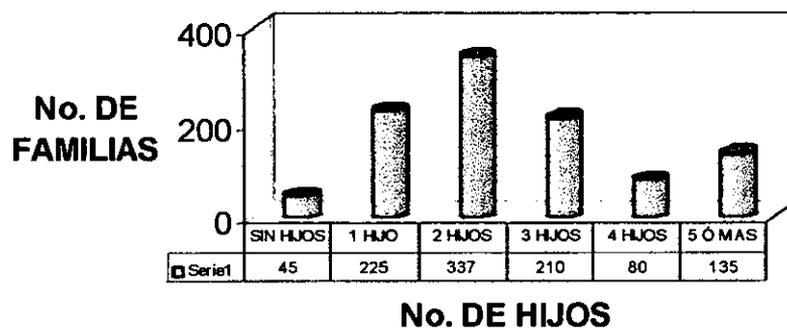
TIPOS DE FAMILIAS POR SU DEMOGRAFIA



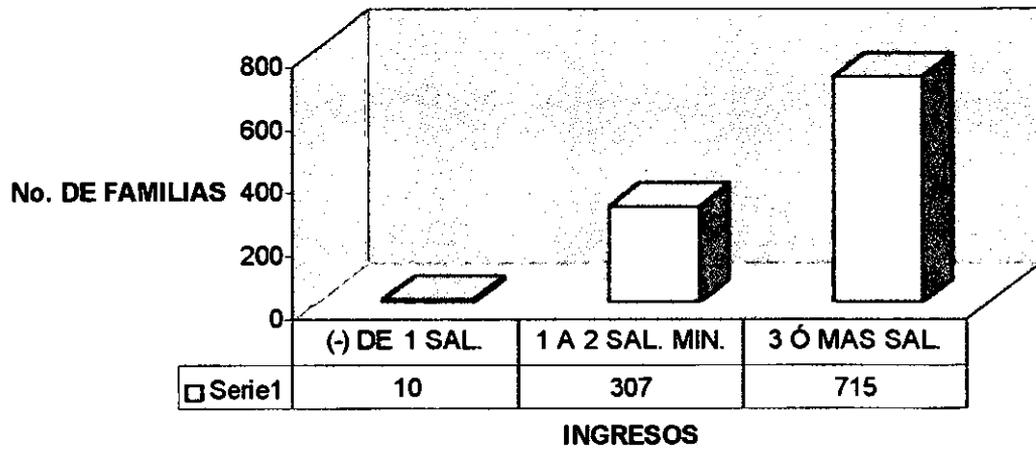
TIPOS DE FAMILIAS POR SU COMPOSICION



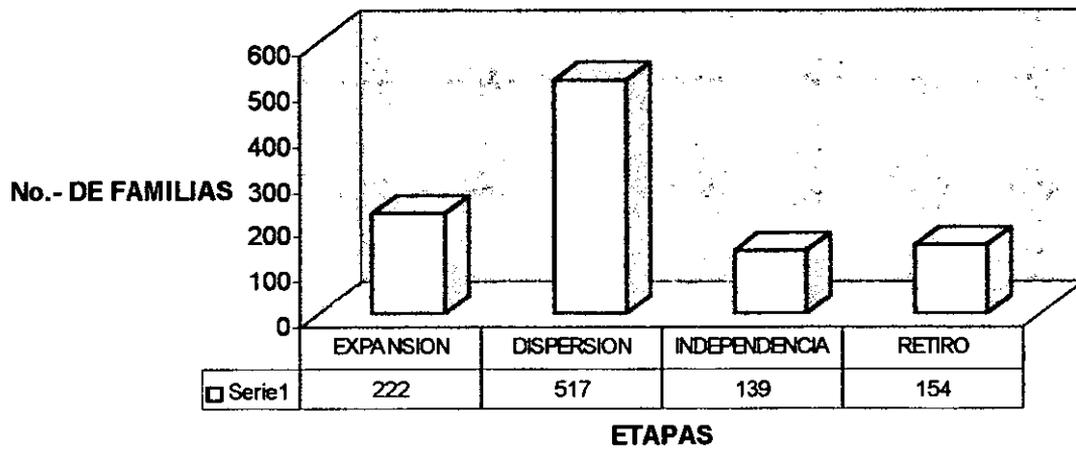
NUMERO DE HIJOS PROMEDIO DE LAS FAMILIAS EN ESTUDIO



INGRESOS MENSUALES DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS



ETAPAS DEL CICLO VITAL FAMILIAR



CAPITULO 7

DISCUSION DE LOS RESULTADOS

SE TRATA DEL PRIMER TRABAJO DE ESTE GENERO QUE SE HA REALIZADO EN LA LOCALIDAD.

ESTE ESTUDIO NO PUEDE SER COMPARADO CON OTROS ESTUDIOS QUE SE MENCIONAN EN LA LITERATURA, YA QUE LA TECNICA USADA PARA SU ELABORACION ES UN PROYECTO RECIENTE.

CON ESTE ESTUDIO SE VALORA QUE LA MAYOR POBLACION ADSCRITA A LA CLINICA HOSPITA Y QUE SE ATIENDIO EN EL TURNO MATUTINO EN EL CONSULTORIO No. 2 ES DE MUJERES Y REPRESENTA EL 57.7% Y LOS HOMBRES REPRESENTAN EL 42.3%. LA MAYOR POBLACION SE ENCUENTRA EN LAS EDADES DE 0 A 14 AÑOS Y DE 25 A 39 AÑOS, ESTE RESULTADO ES SEMEJANTE AL GLOBAL DE LA CLINICA EN ESE AÑOS YA QUE LA MAYOR POBLACION FUE DEL SEXO FEMENINO CON UN TOTAL DE 3949 MUJERES Y EN SEGUNDO LUGAR LA POBLACION MASCULINA REPRESENTA DA POR UN TOTAL DE 2958 VARONES.

LA PRINCIPA CAUSA DE CONSULTA FUE POR IRAS, Y EN NUESTRA CLINICA AL IGUAL QUE EN SALUBRIDAD, A NIVEL MINICIPAR, ESTATAL Y NACIONAL FUE LA PRINCIPAL CAUSA DE CONSULTA DURANTE EL AÑO DE 1998.

LOS ALCANCES DE ESTE ESTUDIO SON QUE NOS PERMITE TENER CON UN CONOCIMIENTO MAS AMPLIO DE LAS CARACTERISTICAS BIOPSICOSOCIOALES DE POBLACION EVALUADA, PERO LA LIMITACION ES QUE ESTA POBLACION ESTUDIADA ES DIFERENTE A OTRAS ATENDIDAS EN CLINICAS COMO EL IMSS O SSA DONDE EXISTE UNA POBLACION CON INGRESOS ECONOMICOS Y NIVEL CULTURAL MENOR O SI LA CAMPARAMOS CON OTRAS CLINICAS COMO LA DE PEMEX O LAS PARTICULARES DONDE ACUDEN PERSONAS CON RECURSO ECONOMICO Y NIVEL ACADEMICO MAYOR, POR LO QUE SUS CARACTERISTICAS BIOSOCIALES SON DIFERENTES.

CAPITULO 8

CONCLUSIONES

1. LO MAS SIGNIFICATIVO DE ESTE TRABAJO ES QUE SE LOGRO CONOCER LAS CARACTERISTICAS BIOSOCIALES DE LAS FAMILIAS EN ESTUDIO Y SE PUDO VALORAR SU INTEGRACION.
2. LA PRACTICA DE PAPANICOLAU PARA DETECCION OPORTUNA DE CA CU Y LA EXPLORACION DE MAMA PARA LA DETECCION DE CA MAMARIO SON PROGRAMAS A LOS QUE SE LES TIENE QUE IMPULSAR YA QUE LA MAYOR POBLACION ADSCRITA SON MUJERES ENTRE 25 Y 39 AÑOS. OTRO PROGRAMA QUE REQUIERE IMPULSO ES EL DE VIGILANCIA NUTRICIONAL YA QUE OTRO PORCENTEJE ALTO DE NUESTRA POBLACION SE ENCUENTRE ENTRE CERO Y 19 AÑOS.
3. LA MAYORIA DE LAS FAMILIAS SE ENCUENTRAN BIEN INTEGRADAS PORQUE SUS PADRES ESTAN CASADOS Y SON ADULTOS JOVENES.
4. LA ESCOLARIDAD PROMEDIO DE LOS PADRES ES TECNICO O DE PREPARATORIA POR LO QUE UN PORCENTEJE IMPORTANTE PRACTICAN METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR PERMANENTE, SIN EMBARGO ES IMPORTANTE PROMOVER LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR Y EL PROGRAMA DE SALUD MATERNO INFANTIL.
5. LAS FAMILIAS PREDOMINANTES SON MODERNAS, URBANAS Y NUCLEARES QUE CUENTAN CON HIJOS ADOLESCENTES POR LO QUE ES FUNDAMENTAL LA IMPLEMENTACION DE PROGRAMAS DE ATENCION AL ADOLESCENTE Y LOS PROGRAMAS DE SALUD MENTAL, YA QUE POR EL MISMO TIPO DE FAMILIA ESTAN EXPUESTOS A PASAR MUCHO TIEMPO SOLOS Y SER SUSEPTIBLES A DROGADICCION Y /O ALCOHOLISMO.
6. SE VALORO QUEL EXISTE UN NUMERO IMPORTANTE DE FAMILIAS EN ETAPA DE RETIRO POR LO QUE OTRO PROGRAMA FUNDAMENTAL ES EL DEL ADULTO MAYOR EN EL QUE ADEMÁS DE PREVENCION Y TRATAMIENTO ES IMPORTANTE LA REHABILITACION.
7. RECOMENDACIONES EN POLITICA DE SALUD ES DARLE IMPULSO AL PAQUETE BASICO DE SALUD QUE ACTUALMENTE SE ESTA PROMOVRIENDO EN NUESTRA UNIDAD Y QUE TIENE LA SALUD DE LA FAMILIA COMO EJE FUNDAMENTAL EN SU PROPUESTA.

CAPITULO 9

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. ALVAREZ ALVA. SALUD PUBLICA, MEDICINA PREVENTIVA Y ESTRATEGIAS ACTUALES PARA LA ATENCION MEDICA. EN: ALVAREZ ALVA, ED. SALUD PUBLICA Y MEDICINA PREVENTIVA. MEXICO: MANUAL MODERNO, 1991; 56-66.
2. GOMEZ JF. ORIGEN Y DESARROLLO DE LA FAMILIA . EN: GOMEZJ. F ED. SOCIOLOGIA. MEXICO: PURRUA, 1996; 115-137.
3. BARQUIN M. LA FAMILIA Y LA SALUD. EN: BARQUIN M, ED. MEDICINA SOCIAL. MEXICO: MENDEZ OTEO, 1977; 83-98.
4. MEDALIE J.H. SALUD Y ENFERMEDAD: DESARROLLO Y TRANSMISION, CON ENFASIS EN LA FAMILIA. EN: MEDALIE JH ED. MEDICINA FAMILIAR. PRINCIPIOS Y PRACTICAS.1ª. ED. MEXICO: LIMUSA, 1987; 95-109.
5. HERNAN SAN MARTIN. ELEMENTOS DE ECONOMIA MEDICA Y DE LA SALUD. EN: HERNAN SAN MARTIN ED. SALUD Y ENFERMEDAD, ECOLOGIA HUMANA Y EPIDEMIOLOGIA. MEXICO: LA PRENSA MEDICA, 1993; 838-852.
6. MEDALIE J, ZYZANSKI S, LANGA D, STANGE K. THE FAMILY IN FAMILY PRACTICE: IS IT A REALITY?. THE JOURNAL OF FAMILY PRACTICE, VOL. 46, No 5(MAY), 1998; 390-396.
7. ALTISENT TROTA R, ESPINDOLA M, SERRAT MORE D. ETICA Y MEDICINA DE FAMILIA. EN: MARTIN ZURRO, CANO PEREZ J.F, EDS. ATENCION PRIMARIA CONCEPTOS ORGANIZACIONES Y PRACTICAS CLINICAS. 4ta ED. VOL 1. MADRID, ESPAÑA: HARCOURT-BRACE, 1999; 183-203.
8. COLE-KELLY K, YANOSHIK K, CAMPBELL J, FLYNN S. INTEGRATING THE FAMILY INTO ROUTINE PATIENT CARE A QUALITATIVE STUDY. THE JOURNAL OF FAMILY PRACTICE, VOL. 47, No. 6 (DEC), 1998; 440-445.
9. EN: ARTEAGA AH. CASTROC J. GRANIEL E. MAZON RJ. CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES. VOL 2. MEXICO: ISSSTE UNAM, 1994; 9.
10. BRIAN MAC MOHON, THOMAS F. PUGH. CARACTERISTICAS DE LAS PERSONAS. EN: BRIAN MAC MOHON , THOMAS F. PUGH , EDS. PRINCIPIOS Y METODOS DE EPIDEMIOLOGIA, 10ª. ED. MEXICO: LA PRENSA MEDICA, 1988; 95-125.

11. SANTE DU MONDE. LOS COMPORTAMIENTOS PSICOSOCIALES DEL HOMBRE FRENTE A LOS PROBLEMAS DE SALUD-ENFERMEDAD. EN: HERNAN SAN MARTIN , VICENTE PASTOR , EDS. MEDICINA Y SOCIEDAD ECONOMIA DE LA SALUD. ESPAÑA: INTERAMERICANA, 1989; 129-152.
12. ARDONA J A, RUIZ R, AVILA R, PERNOLL M, TAYLOR C. ATENCION PRENATAL EN MEDICINA FAMILIAR. GUIA DIAGNOSTICO TERAPEUTICA .REV. MED. IMSS 1998;36 (1):45-60.
13. <http://www.facmed.unam.mx/bmnd/textocompleto/publica/familiar/bol52/ibmf52-7.htm>.
14. VALLE G.A. NUTRICION DE LA MUJER EN PERIODO DE LACTANCIA. . MANUAL No.8 PROGRAMA DE NUTRICION.MEXICO: ISSSTE, 1986. 57-70.
15. PRINCE R, ROMERO E, DUEÑAS R. PATRON DE CRECIMIENTO DEL LACTANTE SANO. REV. MED IMSS 1998; 36(2): 115-121.
16. VELASCO V, NAVARRETE E, CARDONA A, MADRAZO M. MORTALIDAD MATERNA POR SEPSIS PUERPERAL EN EL IMSS (1987 – 1996). REV. MED. IMSS 1998; 36 (3): 223-229.
17. VALLE G.A. NORMAS. MANUAL DE PLANIFICACION FAMILIAR VOLUNTARIA. MANUAL No. 167. MEXICO: ISSSTE, 1986; 3:5-46.
18. CASTELLANOS J. OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN. MANUAL OPERATIVO DE PLANIFICACION FAMILIAR. PATHFINDER MEXICO. ISBN 970-628-104-5. MEXICO 1996. 1:49.
19. ORTEGA L.M, HERRERA J. PROMOCION Y EDUCACION PARA LA SALUD. PROGRAMA DE DETECCION Y CONTROL DEL CANCER CERVICOUTERINO Y MAMARIO. MEXICO: ISSSTE, 1990. 1:7-10.
20. VELASCO V, CARDONA J, NAVARRETE E, MADRAZO M. ATENCION DEL CLIMATERIO Y PREVENCION DE LAS COMPLICACIONES DE LA MENOPAUSIA EN MEDICINA FAMILIAR. REV. MED IMSS 1998; 36 (6): 463-476.
21. JAIMES P. SEWARD. ESTRÉS PROFESIONAL. EN: JOSEPH LA DOU ED. MEDICINA LABORAL. MEXICO: MANUAL MODERNO, 1993; 623-640.
22. DE LA FUENTE R.LIFSHITZ A. DEPRESION Y ANTIDEPRESIVOS. GUIA DE PRESCIPCION TERAPEUTICA . SISTEMA NACIONAL DE SALUD. JULIO 15, 1993. 1.
23. DAVIDSON JR, MELTZER-BRODY SE.LOS PROBLEMAS EN EL DIAGNOSTICO Y EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESION: ¿CUÁL ES LA VERDADERA DIMENSION Y PROFUNDIDAD DE ESTA SITUACION?. J CLIN PSICHIATRY 1999; 60 SUPPL 7:4-9: DISCUSSION 10-1.
24. ANGST J. LA DEPRESION EN 1998: ¿ESTAMOS OFRECIENDO EL TRATAMIENTO OPTIMO?. J CLIN PSYCHIATRY 1999 60 SUPPL 6: 5-9.

25. JIMENEZ R, NUÑEZ O, SOTO C. TERAPIA FAMILIAR: NIVEL AVANZADOS. CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL A.C. AÑO 4. No. 15. ABRIL- JUNIO 1999.ISSN 1405-3128. 99-100.
26. MALDONADO G, ORRICO E. LA CONSULTA SUBSECUENTE. CONDICIONES DE SOBREDEMANDA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR. REV. MED IMSS 1998; 36 (5): 377-382.
27. PALLARES J., MATA M. INFECCIONES FRECUENTES EN ATENCION PRIMARIA. EN: MARTIN ZURRO, CANO J.F, EDS. ATENCION PRIMARIA CONCEPTOS, ORGANIZACIONES Y PRACTICAS CLINICAS. 4ta ED. VOL 2. MADRID, ESPAÑA: HARCOURT-BRACE, 1999; 1282-1320.
28. DE LA REVILLA AHUMADA L, FLEITAS COCHOYL. INFLUENCIAS SOCIOCULTURALES EN LOS CUIDADOS DE LA SALUD. ENFOQUE FAMILIAR EN ATENCION PRIMARIA. EN: MARTIN ZURRO, CANO PEREZ JF, EDS. ATENCION PRIMARIA CONCEPTOS ORGANIZACIONES Y PRACTICAS CLINICAS. 4ta. ED. VOL 1. MADRID, ESPAÑA: HARCOURT-BRACE, 1999; 99 – 114.
29. HERNAN SAN MARTIN, PASTOR V. GLOSARIO DE TERMINOS IMPORTANTES. EN: HERNAN SAN MARTIN, PASTOR V. ED. SALUD COMUNITARIA TEORIA Y PRACTICA. 2da ED. MADRID: DIAZ SANTOS, S.A; 1998; 13-22.
30. MEDALIE JH. CAMBIOS EN LOS PATRONES SOCIALES Y SU INTERRELACION CON LA FAMILIA Y LA SALUD. EN: MEDALIE JM ED. MEDICINA FAMILIAR PRINCIPIOS Y PRACTICAS. 1ra. ED. MEXICO: LUMUSA, 1987; 43-50.
31. PONS P, SANTANA G, CACHO X. FAMILIA: INSTITUCION Y COMUNIDAD. EN: PONS P, SANTANA G, CACHO X, EDS. MOVIMIENTO FAMILIAR CRISTIANO. MEXICO: ED. MFC EQUIPO COORDINADOR NACIONAL, 1996; 43-54.
32. GOMEZ BAUTISTA A, MARTINEZ GONZALEZ A, TOVILLA Y POMAR M. DIAGNOSTICO DE SALUD DE LA COMUNIDAD. EN: BARQUIN CALDERON M, ED. SOCIOMEDICINA MEDICINA SOCIAL-SALUD PUBLICA. 3ra ED. MEXICO: MENDEZ EDITORES, 1992; 228-261.
33. NAOMI BAUMSLAG. THE FAMILY. EN: NAOMI BAUMSLAG, ED. FAMILY CARE A GUIDE. BALTIMORE, MD 21202, USA: THE WILLIAMS & WILKINS COMPANY, 1973; 1-10.
34. FAGUET E, WIESE L. LA FAMILIA EN: RECANSSES SL, ED. TRATADO GENERAL DE SOCIOLOGIA. MEXICO: PURRUA , 1998; 466-479.
35. IVAN WILLIAMSI, THOMAS L, LEAMAN. FAMILY STRUCTURE AND FUNCTION. EN: CONN. RAKEL J, ED. FAMILY PRACTICE. UNIONTOWN, PENNSYLVANIA, USA: HOWARD F. STAFF, UNION TOWN HOSPITAL, 1973; 3-18.
36. GOMEZ F.J. VALIDEZ Y FIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DE FUNCION FAMILIAR APGAR-FAMILIAR BOL. MED. FAM. 1997 JULIO-AGOSTO; 4(5). <http://www.facmed.unam.mx>. 15.

37. MEDALIE J.H. EL CICLO DE VIDA FAMILIAR: APLICACIONES E IMPLICACIONES CLINICAS. EN: MEDALIE JH ED. MEDICINA FAMILIAR. PRINCIPIOS Y PRACTICAS. 1ª. ED. MEXICO: LIMUSA, 1987; 145-262.
38. CHAVOLLA R.F. LA FAMILIA HACIA EL GRAN JUBILEO. COMISION EPISCOPAL DE PASTORAL FAMILIAR. MEXICO, 1999; 19-21.
39. DE LA REVILLA AHUMADA L, FLEITAS COCHOY L. INSTRUMENTOS PARA EL ABORDAJE FAMILIAR. ATENCION LONGITUDINAL: EL CICLO VITAL FAMILIAR. EN: MARTIN ZURRO, CANO PEREZ J.F, EDS. ATENCION PRIMARIA CONCEPTOS, ORGANIZACIONES Y PRACTICAS CLINICAS. 4ta ED. VOL 1. MADRID, ESPAÑA: HARCOURT-BRACE, 1999; 115-129.
40. DAWSON-SAUNDERS B, TRAPP R. APENDICE B: RESPUESTAS A LOS EJERCICIOS. EN: DAWSON-SAUNDERS B, TRAPP R, ED. BIOESTADISTICA MEDICA. MEXICO: MANUAL MODERNO, 1993; 347-364.
41. FISCELLA K,CAMPBELL T. ASSOCIATION OF PERCEIVED FAMILY CRITICISM WITH HEALTH BEHAVIORS. THE JOURNAL OF FAMILY PRACTICE, VOL. 48 No.2 (FEB), 1999; 128-133.
42. MARVEL M, DOHERTY W, WEINER E. MEDICAL INTERVIEWING BY EXEMPLARY FAMILY PHYSICIANS. THE JOURNAL OF FAMILY PRACTICE, VOL. 47, No.5 (NOV),1998; 343-348.
43. IRIGOYEN CORIA A, GOMEZ CLAVELINA FJ, NORIEGAGR. MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR. MEDICINA FAMILIAR MEXICANA 1996: 151-193.

CAPITULO 10

ANEXOS

ANEXO 1

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIO SOCIAL PARA TRABAJADORES DEL ESTADO
 CLINICA HOSPITAL "D", CD. DEL CARMEN, CAMPECHE
 ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
 MOSAMEF
 IDENTIFICACION FAMILIAR

Fecha: _____

Familia: _____ Edo. Civil: Casados ()
 U. libre ()
 Viudo ()

Cédula: _____ Años de union conyugal _____

Nombre de la persona que responde el test _____

Edad _____ sexo M F Escolaridad _____

Domicilio _____

Edad del padre _____ Edad de la madre _____

Método de planificación familiar

DIU () OTB ()
 Ant. Oral () Ritmo ()
 Ant. Inyectable () Condon ()
 Vasectomia ()

Número de hijos (Hasta de 10 años de edad) _____
 Número de hijos (de 11 a 19 años de edad) _____
 Número de hijos (de 20 a mas años de edad) _____
 TOTAL: _____

Tipo de familia marque con una (x)

desarrollo: Moderna () Demografía: Rural ()
 Tradicional () Semi-urbana ()
 Urbana ()

Composicion: Nuclear ()
 Extensa ()
 Compuesta ()

Ingresos mensuales aproximados: menor de 1 salario mínimo ()
 de 1 a 2 salarios mínimos ()
 3 o mas salarios mínimos ()

Ocupacion: Madre: _____
 Padre: _____

Etapas del ciclo vital familiar: Expansion () Dispersión ()
 Independencia () Retiro ()

Obsevaciones: _____

ANEXO 2

GLOSARIO DE TERMINOS PARA EL LLENADO DE LA HOJA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

| | |
|-------------------------------------|--|
| FAMILIA: | SE ANOTARAN LOS APELLIDOS QUE IDENTIFIQUEN A LA FAMILIA |
| AÑOS DE UNION CONYUGAL: | ANOTAR EN AÑOS CUMPLIDOS EL TIEMPO QUE LLEVAN DE VIVIR EN PAREJA. |
| ESCOLARIDAD: | SE ANOTARA EL GRADO MAXIMO DE ESTUDIOS QUE HAYA ALCANZADO EL CONSULTADO |
| DOMICILIO: | SE ANOTARA, CALLE, NUMERO (INTERIOR SI LO TUBIESE), COLONIA Y CODIGO POSTAL. |
| FAMILIA MODERNA: | SE CONSIDERA ASI CUANDO AMBOS CONYUGUES TRABAJAN FUERA DEL HOGAR |
| FAMILIA TRADICIONAL: | ES LA FAMILIA EN QUE SOLO UNO DE LOS CONYUGUES TRABAJA FUERA DEL HOGAR |
| FAMILIA URBANA: | ES LA FAMILIA QUE HABITA EN UNA COMUNIDAD DE MAS DE 5000 HABITANTES Y QUE CUENTA CON LOS SERVICIOS BASICOS DE URBANIZACION AGUA ENTUBADA, ENERGIA ELECTRICA, DRENAJE SUBTERRANEO Y PAVIMENTACION |
| FAMILIA SUBURBANA: | ES UNA FAMILIA QUE HABITA EN UNA COMUNIDAD DE MAS DE 5000 HABITANTES Y QUE CARECE DE ALGUNO DE LOS SERVICIOS BASICOS DE URBANIZACION |
| FAMILIA NUCLEAR: | ES LA FAMILIA CONSTITUIDA POR EL PADRE, LA MADRE Y LOS HIJOS |
| FAMILIA EXTENSA: | ES LA FAMILIA EN LA CUAL , ADEMAS DEL PADRE, LA MADRE E HIJOS HAY FAMILIARES CON LAZOS CONSANGUINEOS, AMIGOS, ETC. |
| OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA: | SE ANOTARAN LAS OCUPACIONES DE AMBOS PADRES EJEMPLO: PADRE ALBAÑIL, MADRE HOGAR |
| ETAPA EXPANSION: | DE COMPRENDE DESDE EL NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO HASTA LA PRESENCIA DE ALGUN ACONTECIMIENTO QUE DEFINA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ETAPAS |
| ETAPA DISPERSION: | DE COMPRENDE EL PERIODO EN QUE TODOS LOS HIJOS ACUDEN A LA ESCUELA, PERO NINGUNO TRABAJA |
| ETAPA INDEPENDENCIA | DE SE INICIA CUANDO SE HA DADO LUGAR A LA FORMACION DE NUEVAS FAMILIAS(CUANDO ALGUNO DE LOS HIJOS YA SE HA CASADO) |
| ETAPA DE RETIRO: | SE INICIA CUANDO TODOS LOS HIJOS HAN ABANDONADO EL NUCLEO FAMILIAR O CUANDO LOS PADRES SE HAN JUBILADO. |

ANEXO 3
 CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS
 PARA CAUSA DE CONSULTA
 ENERO - DICIEMBRE 1998

| DIAGNOSTICO | GRUPO DE EDAD Y SEXO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|----------------------|---|-------|---|-------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|----------|---|--|
| | 0 - 1 | | 1 - 4 | | 5 - 9 | | 10 - 14 | | 15 - 19 | | 20 - 24 | | 25 - 30 | | 31 - 34 | | 34 O MAS | | |
| | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

FUENTE: HOJA DE REPORTE DIARIO CLINICA HOSPITAL "D" - CENSO 1998
 FECHA:

ANEXO 4

HOJA TABULAR PARA EL ESTUDIO SISTEMATICO FAMILIAR

| | NO | % |
|---|----|---|
| ESTADO CIVIL | | |
| SOLTERO | | |
| CASADO | | |
| UNION LIBRE | | |
| DIVORCIO | | |
| VIUDO | | |
| AÑOS DE UNION CONYUGAL | | |
| | | |
| ESCOLARIDAD | | |
| BASICA | | |
| MEDIA | | |
| MEDIA SUPERIOR O TECNICA | | |
| SUPERIOR | | |
| EDAD DEL PADRE | | |
| | | |
| EDAD DE LA MADRE | | |
| | | |
| METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR: | | |
| DIU | | |
| ANT. ORAL | | |
| ANT. INYECTABLE | | |
| OTB | | |
| RITMO | | |
| CONDON | | |
| VASECTOMIA | | |
| NUMERO DE HIJOS (HASTA DE 10 AÑOS DE EDAD) | | |
| | | |
| NUMERO DE HIJOS (DE 11 A 19 AÑOS DE EDAD) | | |
| | | |
| NUMERO DE HIJOS (DE 20 NO MAS AÑOS DE EDAD) | | |
| | | |

| | NO | % |
|-------------------------------------|----|---|
| OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIAS | | |
| PROFESIONAL | | |
| TECNICO | | |
| EMPLEADO | | |
| HOGAR | | |
| OTRO | | |
| INGRESO ECONOMICO: | | |
| < 1 SALARIO MINIMO | | |
| 1 A 2 SALARIOS MINIMOS | | |
| 3 O MAS SALARIOS MINIMOS | | |
| TIPO DE FAMILIA: | | |
| DESARROLLO | | |
| MODERNA | | |
| TRADICIONAL | | |
| COMPOSICION: | | |
| NUCLEAR | | |
| EXTENSA | | |
| COMPUESTA | | |
| DEMOGRAFIA: | | |
| URBANA | | |
| RURAL | | |
| ETAPA DEL CICLO FAMILIAR: | | |
| EXPANSION | | |
| DISPERSION | | |
| INDEPENDENCIA | | |
| RETIRO | | |
| | | |

