



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 24
DR. JESÚS OYERVIDES PINALES
NUEVA ROSITA, COAHUILA**

**FRECUENCIA DE CONSULTAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y SU
ASOCIACIÓN CON LA ALTERACIÓN EN LA DINÁMICA FAMILIAR**

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

PRESENTA:

ICELA FALCON GUAJARDO



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

NUEVA ROSITA, COAHUILA

2005

**FRECUENCIA DE CONSULTAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y SU
ASOCIACION CON LA ALTERACION EN LA DINAMICA FAMILIAR**

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

PRESENTA:

ICELA FALCON GUAJARDO

AUTORIZACIONES:

**DRA. MARICELA ESCOBEDO SUQUET
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 24
“DR. JESÚS FÉLIX OYERVIDES PINALES”
NUEVA ROSITA, COAHUILA**

**DRA MARICELA ESCOBEDO SUQUET
ASESOR MOTODOLOGIA DE TESIS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES**

**DR. CARLOS SÁNCHEZ ARENAS
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MEDICA**

DR. CARLOS SANCHEZ ARENAS

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN MÉDICA

NUEVA ROSITA, COAHUILA 2005
**FRECUENCIA DE CONSULTAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y SU
ASOCIACION CON LA ALTERACION EN LA DINAMICA FAMILIAR**

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

PRESENTA:

ICELA FALCON GUAJARDO

AUTORIZACIONES:

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

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**FRECUENCIA DE CONSULTAS EN EL PRIMER
NIVEL DE ATENCIÓN Y SU ASOCIACION CON LA
ALTERACION EN LA DINAMICA FAMILIAR**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

TITULO:

FRECUENCIA DE CONSULTAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y SU ASOCIACION CON LA ALTERACION EN LA DINAMICA FAMILIAR

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE MEDICINA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
 POSGRADO E INVESTIGACION
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INDICE GENERAL	PAGINAS
Presentación	1
1.- Titulo	5
2.- índice general	6
3.- Marco teórico	8
4.- Planteamiento del problema	13
5.- Justificación	14
6.- Objetivos	15
6.1 –general	15
7.- Hipótesis	16
8.- Metodología	17
8.1 -tipo de estudio	17
8.1.1. Características del estudio.	17
8.2 - población, lugar y tiempo de estudio	17
8.2.1. Universo	17
8.2.2. Población en estudio.	17
8.2.3. Lugar.	17
8.2.4. Tiempo de estudio.	17
8.3 - tipo de muestra y tamaño de la muestra	18
8.4 - criterios de inclusión exclusión y de eliminación	18
8.4.1. Criterios de inclusión	18
8.4.2. Criterios de exclusión	18
8.4.3. Criterios de eliminación	18
8.5 - información a recolectar (variables a recolectar)	18

8.5.1. Variables:	18
8.5.1.1. Variable dependiente	18
8.5.1.2. Variable independiente	18
8.5.2. Definición de variables:	18
8.5.2.1. Incremento en el numero de consulta	19
8.5.2.2. Alteración de la dinámica familiar	19
8.6 - métodos o procedimientos para capturar la información	19
8.7 - método de recolección de datos.	19
8.8. Método o procedimiento para capturar la información.	19
9.- Consideraciones éticas	19
10.- Recursos	20
10.1. Recursos humanos	20
10.2. Recursos físicos	20
10.3. Recursos materiales.	20
10.4. Recursos financieros	20
10.5 factibilidad.	20
10.6. Cronograma de actividades	21
11.- Resultados	22
11.1 -descripción (análisis estadísticos) de los resultados	22
11.2 -tablas (cuadros) y graficas	23
12.- Discusión (interpretación analítica-consideraciones éticas) de los resultados encontrados.	28
13.- Conclusiones	29
14.- Referencias bibliográficas	31
15.- Anexos	33

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

3.- MARCO TEORICO:

Todo induce a pensar que la familia es de la más antigua de las instituciones sociales humanas, una institución, en una forma u otra, mientras exista nuestra especie. La expresión de Mark Twain de que nada es tan continuo y duradero como el matrimonio, sin embargo, siguen siendo oscuros tanto los orígenes de la familia como las etapas de su ciclo vital, que han atravesado en el curso de su desarrollo hasta llegar a la actual multiplicidad de formas y de su estilo de vida. Dicho de otra manera, no ha habido un solo tipo de evolución de la familia sino de una serie de evoluciones locales que han seguido caminos diferentes para alcanzar objetivos también diferentes.^{1,2.}

Hablamos de familia como si todos nosotros supiéramos que son. Damos en nombre de tales grupos de personas que viven juntas. Cuando más estudiamos la dinámica de la familia, más difícil nos resulta distinguir en que se asemejan y en que se diferencian las dinámicas de otros grupos, con la estructura familiar que es el conjunto de pautas más estables y duraderas. Es probable que la influencia de la dinámica y la estructura familiar sobre la formación de la personalidad varíe de una sociedad a otra.^{3-4.}

La familia ha demostrado históricamente ser el núcleo indispensable para el desarrollo del hombre, el cual depende de ella para su supervivencia y su crecimiento.

Para el hombre, la autosuficiencia es algo imposible, solo puede existir un grado relativo de autonomía. Y para que la familia tenga asegurada la supervivencia y el crecimiento debe manejar en forma creativa dos factores siempre presentes: lo incompleto y lo diferente.

La familia, como nosotros la conocemos, ha sufrido una serie de modificaciones^{5.}

Podemos decir que la familia se ubica dentro del sistema socioeconómico-cultural y, a su vez, el sujeto accede a él desde el seno familiar, por lo tanto el lugar de la familia es de tal relevancia que no puede ser ignorado en todo intento terapéutico del abordaje familiar, y como entidades, conforman unidades con historia y dinámicas propias que actúan como el medio en el cual, continuamente, ocurren transacciones^{6,7.}

La familia tiene éxito o fracaso de acuerdo con su capacidad para alcanzar una regulación y un equilibrio apropiados en sus funciones básicas y es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción, y como un todo, combina diferentes intereses y llega a integrarse en una unidad que a veces lucha intensamente, pero, como un todo, continua siendo creadora y muy unida ^{8,9}.

Solo en el proceso de coparticipar con una familia, sondear sus interacciones y vivenciar la estructura que la gobierna alcanzara a conocer su modalidad de interacción.

En familias en que cada uno de sus miembros presenta síntomas en el área de control y se supone que existen problemas en uno o varios entre determinados campos, y para este tipo de control varía según el estadio de desarrollo de su etapa del ciclo vital de los miembros de la familia.^{10, 11}

La familia tiene la tarea de preparar a los miembros para enfrentar cambios (crisis) que son producidas tanto desde el exterior como desde el interior y que pueden conllevar a modificaciones estructurales y funcionales, e inciden en el bienestar de la salud familiar.

Las crisis no solo se derivan de los eventos negativos, traumáticos, desagradables, sino de cualquier situación de cambio que signifique contradicción y que requiera modificaciones. Pueden estar desarrolladas con el transito por las etapas del ciclo vital.^{12, 13}

Virginia Satir cree en el proverbio freudiano de que el amor y el trabajo son cualidades fundamentales de un individuo mentalmente sano y este se esfuerza por encontrar el equilibrio entre el desarrollo físico, mental, emocional, espiritual, y una auto imagen positiva.

Existen familias que asumen estilos de afrontamientos ajustados ante determinadas situaciones conflictivas, son capaces de utilizar mecanismos estabilizadores que le proporcionan salud y bienestar; pero hay otras que pueden enfrentar las crisis por si solas, a veces pierden el control, no tienen las suficientes fuerzas, y manifiestan desajustes, desequilibrios, que condicionan cambios en el proceso salud-enfermedad y específicamente en el funcionamiento familiar.

Por lo que el funcionamiento familiar se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros y las interacciones entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro.^{14, 15}

De igual modo, cualquier miembro de la familia que presenta una enfermedad puede desencadenar la disfunción familiar. Este miembro enfermo es el portavoz de lo que ocurre en la dinámica familiar, y es a través de este individuo, que se sintetiza la crisis que atraviesa la familia.

Estudios con esquizofrénicos realizados por Wynne en la década de los 60, constataron lo que las familias de estos enfermos presentaban alteraciones.

En Chile investigadores de familia han estudiado la incidencia en las experiencias de los educadores que demuestran que existe una relación entre problemas conductuales y de rendimiento escolar, con la vivencia de conflictos en el interior de la familia.

Mencionando que el problema biomédico de mayor importancia para el médico es con frecuencia la cotidianidad, la rutina diaria, la realidad laboral, conyugal o afectiva que tiene cada paciente ya que menciona ¿cómo establecer una interacción adecuada que permita identificar problemas médicos, familiares psicosociales en una consulta de quince minutos?

Según la clasificación del Dr. Evans, director general de servicios sanitarios de Noruega, los trabajos con la familia deben encaminarse a problemas relacionados con el desacuerdo conyugal y sexual, problemas con la educación de los hijos, familias en las que hay enfermos crónicos o con problemas de alcoholismo.

Mella, en 1979, realizó una investigación sobre el papel familiar del alcohólico en nuestro medio y constato que en la familia predominaba un inadecuado funcionamiento familiar.^{16, 17.}

En este mundo hay personas que no ponen pasión ni acción en su vida, se preocupan de velar por su supervivencia física, siente su cuerpo más que sus emociones. En los mejores momentos, estas personalidades psicósomáticas arrastran una existencia que apenas si puede llamarse vida; durante las transiciones y crisis tienden a contraer síntomas psicósomáticos que pueden resultar molestos o aun letales.

Diversos terapeutas han descrito la familia psicósomatogénica. Broten (1966) subrayó la existencia de una masa yoica indiferenciada que no podría diferenciar su angustia de las enfermedades de otros miembros de la familia. Grolnick (1972) partió de las ideas de Don Jackson y dictaminó que las familias con mayor rigidez estructural van asociadas a un aumento de la enfermedad psicósomática y, quizás a la cronicidad de la enfermedad. Minuchin cambió la idea de Broten y Jackson. Tanto él (1977) como sus colaboradores describieron la familia psicósomatogénica como enmarañada, sobre protectora, rígida,

incapaz de resolver los conflictos, y por consiguiente, proclive a utilizar el síntoma de un hijo para prevenir el cambio y evitar el conflicto.¹⁸

El modelo para la interacción familiar fue sugerido por Jackson cuando introdujo el concepto de homeostasis familiar (1969), observando que las familias de pacientes psiquiátricos a menudo sufrían repercusiones drásticas como depresión, episodios psicosomáticos, y cuando el paciente mejoraba Jackson postulo estas conductas como mecanismos homeostáticos que intervenían para que el sistema perturbado recuperara su delicado equilibrio.

Y específicamente los cambios favorables o desfavorables en el miembro de la familia identificado como paciente ejercen por lo común efecto sobre otros miembros, sobre todo en términos de su propia salud psicológica, social o incluso física.^{19, 20}

Y cuando la queja que motiva la demanda de consulta es un problema psicosomático de alguno de los miembros de la familia, la estructura de esta incluye una excesiva inasistencia en los cuidados tiernos, debido a que la familia parece funcionar óptimamente cuando alguien esta enfermo, y entre las características de estas familias se descubre sobreprotección, fusión o unión excesiva entre los miembros de la familia; ya que la incapacidad para resolver conflictos, es una enorme preocupación por mantener la paz o evitar los conflictos y una rigidez extrema.

Ya que cualquier cambio interno o externo repercute en la familia afectando su equilibrio. Estas reacciones alcanzan a veces un grado tal que puede registrarse como signos o síntomas patológicos.

No se puede encarrillar a la familia, y darle nombre de transacción o situación que están viviendo, para no patologizar o medicalizar el problema, sino favorecer la dinámica familiar brindándole circunstancias mas favorables.

Por lo general los puntos de inflexión llegan a los médicos en forma oculta, detrás de un sin numero de situaciones. Ya que detrás de estos síntomas que el paciente nos trae en forma manifiesta puede esconderse cierto grado de dificultad para llevar una buena dinámica familiar.^{21,22}

La continuidad de la atención médica de primer contacto significa estar cerca del paciente cuando enferma, pero hay aspectos en la atención médica que merecen utilizar mecanismos de atención para enlazar con las disciplinas clínicas tradicionales. Por ejemplo: un paciente con osteocondritis crónica que desarrolla una infección recurrente, se deprime y los episodios recurrentes pueden responder gradualmente a la psicoterapia de apoyo.

La esposa del paciente sufre ansiedad fóbica y migraña y también requerirá de atención frecuente, y al atender un paciente el medico familiar necesitara

manejar enfermedades de diversos aparatos y sistemas, apoyar al paciente para que maneje los problemas de su vida que pueden o no estar relacionados con la enfermedad y manejar una constelación similar de enfermedades en otros miembros de la familia.^{23,24}

Y esto no es cuestión de mitigar la urgencia, sino de conectar las características de lo que acontece con las responsabilidades concretas y diferenciadas de cada uno de los integrantes de la familia para superar los obstáculos, mencionando que es importante recordar que los sistemas familiares se resisten a los cambios.^{25,}

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. En base a que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional.

Ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

Rutter (1990) argumenta la idea de que a mas severo desorden crónico parental resulta un efecto mucho mas severo en el infante,^{26,27}

La dinámica familiar es el conjunto de fuerzas, al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar. Ya que una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas, de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo.

Además la dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos compartidos y expectativas entre cada miembro de la familia, que le permita a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde además el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.²⁸⁻

29.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En la UMF No. 50 de Cuatro Ciénegas, Coahuila es necesario realizar estudios para demostrar el incremento en el numero de las consultas, y los padecimientos consultantes, así como la presencia de alteraciones en la dinámica familiar, y en virtud de que Cuatro Ciénegas, Coahuila, es una reserva nacional, por lo que esta comprendida como una área natural protegida, y área restringida para múltiples fuentes de empleo, ya que en ella se encuentran especies únicas mundiales y por tal motivo es consecuencia de un alto porcentaje (50 y 60%) de la población no cuenta con un empleo fijo, por el cierre de las fuentes de empleo, motivo por el cual surge la inquietud de realizar este trabajo, surgiendo la siguiente interrogante.

¿ Existe asociación entre la consulta frecuente en el primer nivel de atención y la alteración en la dinámica familiar en pacientes espontáneos del consultorio 1 de la UMF No. 50 de Cuatro ciénegas, Coahuila?

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

5.- JUSTIFICACIÓN:

Desconocemos la frecuencia de incremento del número de consultas de pacientes en el consultorio turno matutino de la unidad de medicina familiar No. 50 de Cuatro Ciénegas, Coahuila, así como también se desconoce si existe asociación entre incremento en el número de consulta espontánea con la alteración de la dinámica familiar. Tomando como punto de referencia a la relación familiar, en los conflictos entre persona y medio ambiente, constituyen un aspecto importante para la investigación futura. Ya que en las demandas específicas de salud solo se tiene la incorporación de las perspectivas económicas, clínicas y epidemiológicas y no la evaluación de la vulnerabilidad constitucional familiar específica hacia el funcionamiento de determinados sistemas familiares, así como la tensión emocional en las relaciones interpersonales, especialmente dentro del grupo familiar. Teniendo en cuenta que los estudios clínicos de problemas generales se concentran solo sobre las manifestaciones de enfermedad dentro del individuo sin entrar en detalles sobre las alteraciones en la dinámica familiar, y encontrando un incremento en la demanda de consulta frecuente entre cierto grupo de pacientes que presentan alteraciones en la dinámica familiar, por lo que se decide realizar este trabajo de investigación, ya que se pretende sentar un precedente que sirva como referencia para futuras investigaciones en esta UMF.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

6.-OBJETIVO:

6.1. OBJETIVO GENERAL:

Comprobar que es mayor la asociación de alteraciones de la dinámica familiar en pacientes con consulta espontánea por el incremento en el número de consultas Vs. Con los pacientes de consulta espontánea que no incrementan el número de consultas.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

7.- HIPÓTESIS:

H1. Verdadera

La asociación en las alteraciones de la dinámica familiar en pacientes con consulta espontánea SI es mayor en los pacientes que tienen un incremento en el número de consultas Vs. con los pacientes de consulta espontánea que no tienen incremento en el número de consultas.

H0. nula

La asociación en las alteraciones de la dinámica familiar en pacientes con consulta espontánea NO es mayor en los pacientes que tienen un incremento en el número de consultas Vs. con los pacientes de consulta espontánea que no tienen incremento en el número de consultas.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

8.- METODOLOGIA:

8.1 - TIPO DE ESTUDIO: DISEÑO DEL ESTUDIO:
Observacional, analítico, prospectivo, transversal.

- 8.1.1. - Características del estudio:
/ Por el propósito del estudio: Observacional.
/ Por el objetivo del estudio: analítico.
/ Por la captura de la información: prospectivo.
/ Por la temporalidad: prospectivo.
/ Por la medición: transversal
/ Por la ubicación: unicentrico

8.2- UBICACIÓN ESPACIO TIEMPO

Pacientes de consulta espontánea que soliciten atención médica en servicio de consulta externa de medicina familiar, en el turno matutino de la UMF No. 50 en Cuatro Ciénegas, Coahuila, en el periodo comprendido del 1º. De agosto del 2004 al 31 de julio del 2005.

8.2.1.- UNIVERSO:

Pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social de la UMF No. 50 de Cuatro Ciénegas, Coahuila.

8.2.2. - POBLACIÓN DEL ESTUDIO:

Pacientes de consulta espontánea con consulta frecuente asociados a alteraciones en la dinámica familiar.

8.2.3. - LUGAR:

Consultorio 1 del turno matutino de la UMF No. 50 de Cuatro Ciénegas, Coahuila.

8.2.4. - TIEMPO DE ESTUDIO:

01 de agosto del 2004 a 31 de julio del 2005.

8.3.- TIPO DE MUESTRA:

Muestra: no probabilística, por comodidad de pacientes de consulta espontánea del consultorio I de la UMF No. 50 de Cuatro Ciénegas, Coahuila con incremento en la consulta frecuente

8.3.1.- TAMAÑO DE LA MUESTRA:

57 pacientes

8.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

8.4.1. - CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes de consulta espontánea que soliciten atención medica en el servicio de consulta externa de medicina familiar del turno matutino del consultorio 1 de la UMF No. 50, de Cuatro Ciénegas, Coahuila, en condiciones de aplicar los instructivos y heterogeneidad en la calidad de la información obtenida, previo consentimiento de ellos. A veces, las personas que padecen la enfermedad pueden estar más predispuestas a recordar la exposición.

8.4.2. - CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes que no desean llenar instructivo.
Pacientes pediátricos de 1 día de nacidos hasta los 14 años 11 meses de edad.
Pacientes en estado crítico o con secuelas neurológicas.

8.4.3. - CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Pacientes con citas previas.
Pacientes subsecuentes.
Pacientes con enfermedades crónico degenerativas.
Pacientes embarazadas y en puerperio fisiológico.

8.5 - INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES A RECOLECTAR)

8.5.1. VARIABLES:

Nominales

8.5.1.1. VARIABLE DEPENDIENTE: aumento en el incremento en el número de consultas.

8.5.1.2. VARIABLE INDEPENDIENTE: alteraciones de la Dinámica funcional.

8.5.2. DEFINICION DE VARIABLES:

8.5.2.1. Incremento en el número de consulta: definición operacional.

Es el procedimiento frecuente que ocurre al examinar constantemente a una persona por el medico, en la repetición a menudo de un acto o suceso.

8.5.2.2. Alteraciones de la dinámica familiar: definición operacional.

Aglomera lo activo y enérgico de la fuerza de la familia; en base a que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional. Ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

8.6. MATERIAL Y METODOS.

El presente estudio fue realizado en el consultorio 1 de medicina familiar de la UMF No. 50 de Cuatro Ciénegas, Coahuila, teniendo una población adscrita al consultorio 1 de 1875 siendo 870 del sexo masculino y 1005 del sexo femenino, de 15 años de edad hasta los 85 años de edad, y se incluyeron en el estudio todos los pacientes derechohabientes de consulta espontánea por consulta externa en medicina familiar, siendo un total de 2,115 pacientes que solicitaron consulta espontánea siendo del sexo femenino 1,221 y del sexo masculino 894, del total consultante se respetaron los criterios de inclusión del estudio, teniendo en cuenta que se eligieron los pacientes al observar un incremento en el numero de consultas y evaluando la asociación con alteración de la dinámica familiar que se pudieran observar, contando con 2 o mas consultas por semana, obteniendo y siendo elegidos 57 pacientes a los cuales se estudio durante el tiempo que duro el periodo del estudio, y cumpliendo con los criterios de inclusión del estudio de los cuales se les aplico el cuestionario en estudio, y así poder tener una estimación de la frecuencia que podría ser esperada que ocurrieran alteraciones de la dinámica familiar en los pacientes con consulta espontánea al aumentar el incremento en el numero de consultas, motivo por el cual el grupo se selecciono en forma pareada con un muestreo aleatorio simple estratificado, al azar cada 20 consultas espontáneas del consultorio 1 de medicina familiar de la UMF No. 50 de Cuatro Ciénegas, Coahuila,

8.7 - METODO DE RECOLECCION DE DATOS:

Se realiza una encuesta de los pacientes con consulta frecuente de la UMF No. 50 de Cuatro Ciénegas, Coahuila, de tipo de muestreo cualitativo nominal por conveniencia, así como se tiene el antecedente en las hojas rais, correspondientes al consultorio 1 del turno matutino de la UMF No. 50 de cuatro ciénegas, Coahuila.

8.8 - METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACIÓN:

Se realiza en forma manual y se captura en computadora teniendo impresora adecuada,

9. - CONSIDERACIONES ETICAS:

Toda la información recopilada en los cuestionarios de apoyo para la realización de esta investigación, se cuenta con el consentimiento informado de los pacientes involucrados, así como se hace hincapié en la confidencialidad de la información recolectada, teniendo en cuenta los principios familiares, aspectos, seguridad y bienestar familiar de los pacientes involucrados, y además es una encuesta que no ocasiona riesgo para ningún paciente.

10. - RECURSOS:

10.1. RECURSOS HUMANOS:

Dra. Icela Falcón Guajardo.

10.2. RECURSOS FISICOS:

Se realizara en el consultorio 1 de medicina familiar de la UMF No. 50 de Cuatro Ciénegas, Coahuila.

10.3. RECURSOS MATERIALES:

Computadora con impresora

Discket,

Hojas de maquinas,

Lápices.

Hojas Rais

10.4. RECURSOS FINANCIEROS:

El financiamiento será por cuenta de la persona que hace la investigación.

10.5. FACTIBILIDAD:

Teniendo en cuenta la disponibilidad de los recursos humanos, físicos, materiales y financieros, así como la población derechohabiente de la UMF No. 50, y conociendo la población adscrita al consultorio 1 de medicina familiar, así como el control de pacientes que solicitan atención medica por primera vez, y la información en las hojas rais, se hace mas fácil, la realización de esta investigación para los fines adecuados del investigador.

10.6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

	AGO 2004	SEP 2004	OCT 2004	NOV 2004	DIC 2004	ENE 2005	FEB 2005	MZO 2005	ABR 2005	MAY 2005	JUN 2005	JUL 2005
A C T I V I D A D E S	a											
	b	b										
			c	d								
					e							
						f	f					
								g				
									h			
										i	i	
												j

Actividades del cronograma del protocolo de investigación

- a. aceptación del tema
- b. revisión bibliográfica
- c. elaboración del protocolo
- d. aceptación del protocolo (desarrollo de la investigación)
- e. aplicación de las encuestas
- f. proceso y análisis de información
- g. realización de pruebas estadísticas (informe de tesis)
- h. recabar resultados
- i. discusión y conclusiones
- j. impresión de tesis.

11.- RESULTADOS:

11.1 - DESCRIPCIÓN (ANÁLISIS ESTADÍSTICO) DE LOS RESULTADOS:

AUMENTO EN EL INCREMENTO DEL NUMERO DE CONSULTAS

ALTERACION DE LA DINAMICA FAMILIAR		SI	NO
		SI	NO
SI		57 (a)	30(b)
NO		75(c)	367(d)

$$X^2 = n (a*d - b*c)^2 / (a + b) (a + c) (c + d)(b + d)$$
$$X^2 = 91.49$$

$$X^2 \text{ CORREGIDA} = n (| a*d - b * c | - n/2)^2 / (a + b) (a+c) (c+d) (b+d)$$
$$X^2 \text{ CORREGIDA} = 88.92$$

$$P = 1 \text{ grado de libertad al } 0.1\% = 2.71$$

El presente estudio fue realizado en el consultorio medico No. 1 de la UMF No. 50 de Cuatro Ciénegas, Coahuila, tomando como muestra a pacientes derechohabientes que aceptaron el estudio voluntariamente a petición del medico familiar, siendo un total de 57 pacientes los cuales cumplieron con los criterios de inclusión.

Y 30 pacientes que no tienen aumento en el incremento del numero de consultas y si tienen alteración de la dinámica familiar, 75 pacientes que si tienen aumento en el incremento del numero de consultas y no tienen alteración de la dinámica familiar y 367 pacientes que no tienen aumento en el incremento de consultas y no tienen alteración de la dinámica familiar. (se anexan graficas y cuadros).

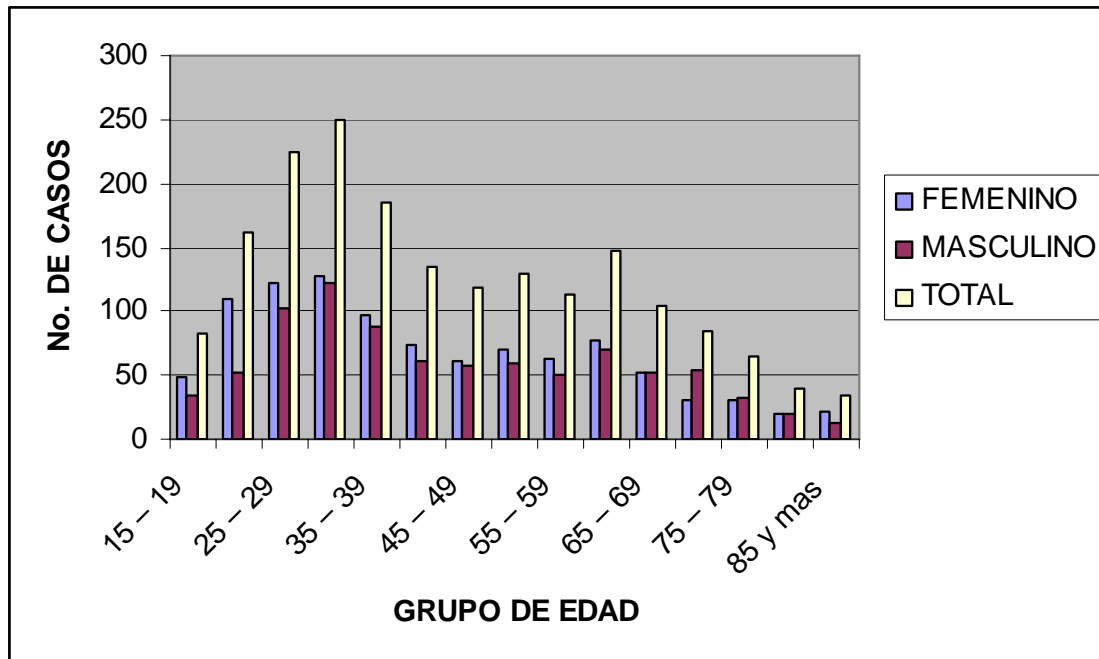
11.2. - TABLAS (CUADROS) Y GRAFICAS:

CUADRO 1

Numero de pacientes adscritos por sexo al consultorio 1 de medicina familiar de la UMF No. 50 de Cuatro Ciénegas, Coahuila

GRUPO DE EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
15 – 19	48	34	82
20 – 24	110	52	162
25 – 29	122	103	225
30 – 34	127	122	249
35 – 39	97	88	185
40 – 44	74	61	135
45 – 49	61	58	119
50 – 54	70	59	129
55 – 59	62	51	113
60 – 64	78	70	148
65 – 69	52	52	104
70 – 74	31	54	85
75 – 79	31	33	64
80 – 84	20	20	40
85 y mas	22	13	35
TOTAL	1005	870	1875

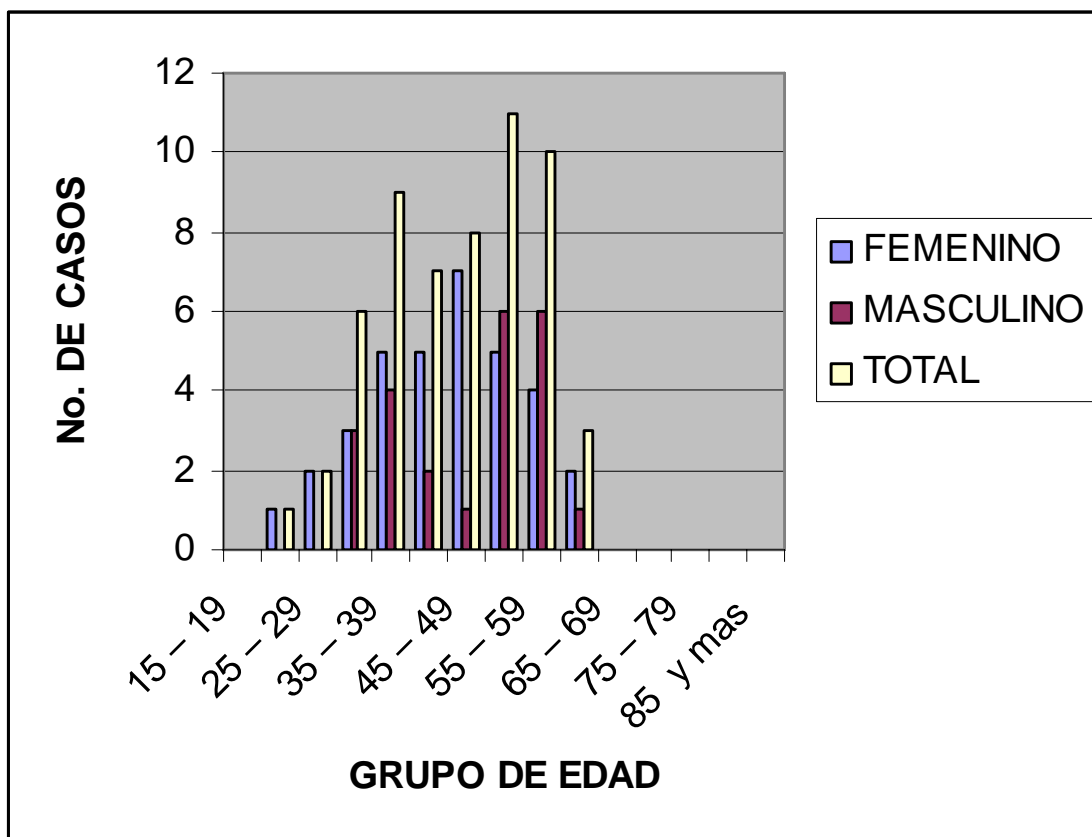
FUENTE: departamento vigencia derechos UMF No. 50 de Cuatro Ciénegas, Coahuila.



CUADRO 2

Numero de pacientes con incremento en el número de consultas y con alteraciones en la dinámica familiar distribuido por grupo de edad y sexo del consultorio 1 de la UMF No 50 de Cuatro Ciénegas, Coahuila. Durante el periodo de 1°. De agosto del 2004 al 31 de julio del 2005.

GRUPO DE EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
15 – 19	0	0	0
20 – 24	1	0	1
25 – 29	2	0	2
30 – 34	3	3	6
35 – 39	5	4	9
40 – 44	5	2	7
45 – 49	7	1	8
50 – 54	5	6	11
55 – 59	4	6	10
60 – 64	2	1	3
65 – 69	0	0	0
70 – 74	0	0	0
75 – 79	0	0	0
80 – 84	0	0	0
85 y mas	0	0	0
TOTAL	34	23	57



FUENTE: encuestas

CUADRO 3

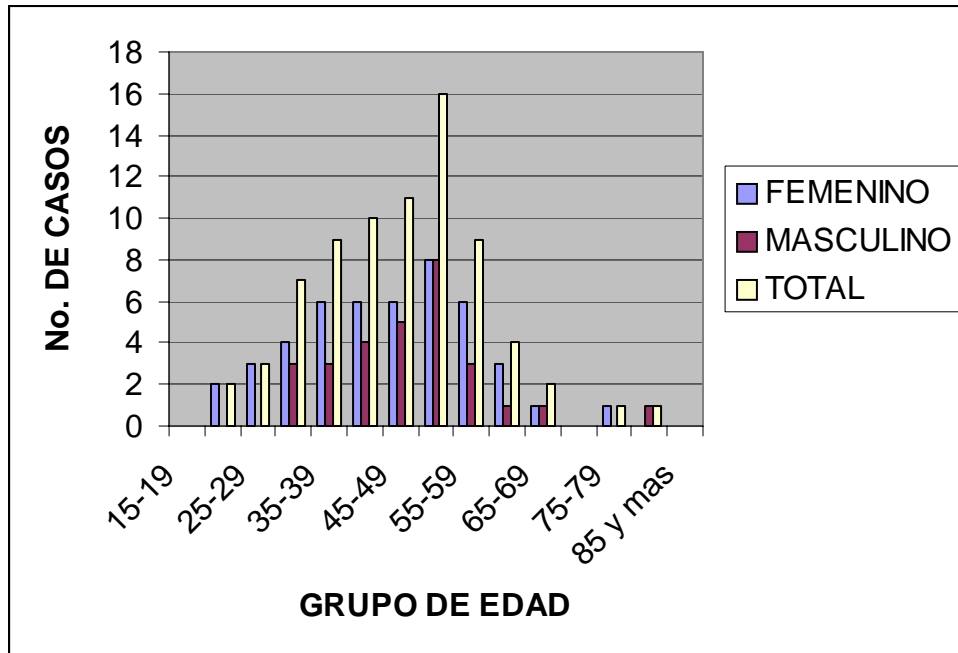
Numero de pacientes con incremento en el número de consultas y no tienen alteraciones en la dinámica familiar, distribuidos por grupo de edad y sexo del consultorio 1 de la UMF No 50 de Cuatro Ciénegas, Coahuila.

Durante el periodo de 1º De agosto del 2004 al 31 de julio del 2005.

GRUPO DE EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
15 – 19	0	0	0
20 – 24	2	0	2
25 – 29	3	0	3
30 – 34	4	3	7
35 – 39	6	3	9
40 – 44	6	4	10
45 – 49	6	5	11
50 – 54	8	8	16
55 – 59	6	3	9
60 – 64	3	1	4

65 – 69	1	1	2
70 – 74	0	0	0
75 – 79	1	0	1
80 – 84	0	1	1
85 y mas	0	0	0
TOTAL	46	29	75

FUENTE: departamento vigencia derechos UMF No. 50 de Cuatro Ciénegas, Coahuila.



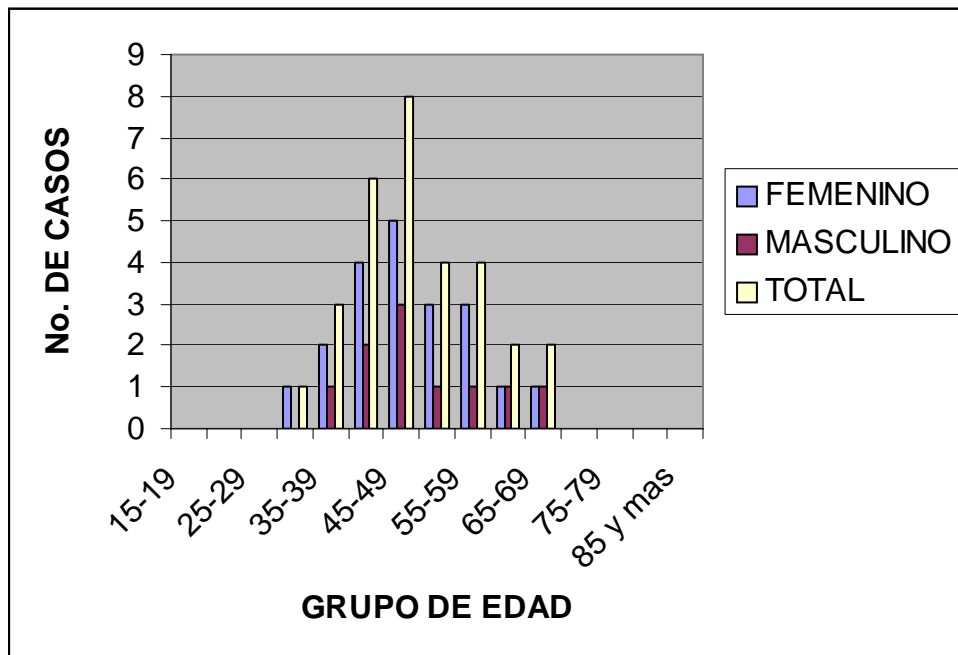
CUADRO 4

Numero de pacientes que no tienen incremento en el número de consulta y tienen alteraciones en la dinámica familiar, distribuidos por grupo de edad y sexo del consultorio 1 de la UMF No 50 de Cuatro Ciénegas, Coahuila. Durante el periodo de 1º. De agosto del 2004 al 31 de julio del 2005.

GRUPO DE EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
15 – 19	0	0	0
20 – 24	0	0	0
25 – 29	0	0	0
30 – 34	1	0	1
35 – 39	2	1	3
40 – 44	4	2	6
45 – 49	5	3	8

50 – 54	3	1	4
55 – 59	3	1	4
60 – 64	1	1	2
65 – 69	1	1	2
70 – 74	0	0	0
75 – 79	0	0	0
80 – 84	0	0	0
85 y mas	0	0	0
TOTAL	20	10	30

FUENTE: departamento vigencia derechos UMF No. 50 de Cuatro Ciénegas, Coahuila.



CUADRO 5

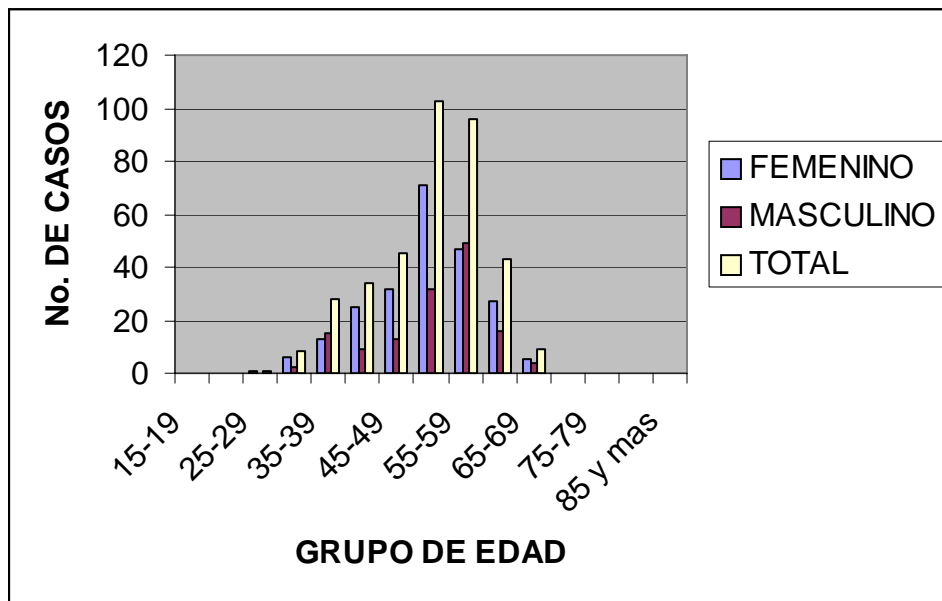
Numero de pacientes que no tienen incremento en el número de consulta frecuente y no tienen alteraciones en la dinámica familiar, distribuidos Por grupo de edad y sexo del consultorio 1 de la UMF No 50 de Cuatro Ciénegas, Coahuila.

Durante el periodo de 1º. De agosto del 2004 al 31 de julio del 2005.

GRUPO DE EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
15 – 19	0	0	0
20 – 24	0	0	0

25 – 29	1	0	1
30 – 34	6	2	8
35 – 39	13	15	28
40 – 44	25	9	34
45 – 49	32	13	45
50 – 54	71	32	103
55 – 59	47	49	96
60 – 64	27	16	43
65 – 69	5	4	9
70 – 74	0	0	0
75 – 79	0	0	0
80 – 84	0	0	0
85 y mas	0	0	0
TOTAL	227	140	367

FUENTE: departamento vigencia derechos UMF No. 50 de Cuatro Ciénegas, Coahuila.



12.- DISCUSIÓN (INTERPRETACION ANALITICA-CONSIDERACIONES ETICAS) DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS.

De acuerdo a los resultados obtenidos y observados por medio de las encuestas aplicadas en este estudio, se demostró de manera significativa que el hecho de que la asociación entre la alteración de la dinámica familiar en pacientes con consulta espontánea que incrementan el número de consultas es

mayor contra los pacientes que no incrementan el número de consultas. Por lo que se acepta la hipótesis verdadera al encontrar en X^2 el 91.49 y X^2 c con 88.92 con un valor de p para un grado de libertad a 0.1% de 2.71, por lo que permite aceptar la hipótesis verdadera, admitiendo por lo tanto que el incremento en el número de consultas tiene asociación con alteraciones en la dinámica familiar. Confirmando que existe una asociación entre alteración de la dinámica familiar con el incremento en el número de consultas, teniendo el grupo de edad desde los 35 años hasta 59 años en ambos sexos en los pacientes con un incremento en el número de consultas ya que tienen el 91.49 de probabilidad de presentar asociación en alteraciones de la dinámica familiar con un incremento en el número de consultas.

En relación a este estudio existe poca o nula bibliografía de estudios relacionados con alteraciones en la dinámica familiar en pacientes con consulta espontánea que incrementen el número de consultas, motivo por el cual no puedo comprar resultados con otros autores,

Por lo que el médico familiar con sus habilidades, conocimientos y actitudes logra una relación constructiva y de confianza para el paciente y su familia. Y es así como el médico familiar tiene una visión no solo clínicas y epidemiológicas, sino también tiene una evaluación de la vulnerabilidad constitucional familiar en las relaciones interpersonales dentro de un grupo familiar.

El presente estudio pretende concluir que el médico familiar toma decisiones no solo curativas de manifestaciones de enfermedad, sino que proporciona bienestar familiar para mantener las relaciones interpersonales del grupo familiar adecuadas.

Y en nuestra institución de seguridad social, dentro de su programa operativo cuenta con personal profesional y con tecnología actualizada, para poder ofrecer más atención al derechohabiente con calidad, ética. Justicia y equidad.

Por otra parte este estudio no permite observar un punto específico acerca de la magnitud de un problema de salud en una población y en el cual nos permite analizar la existencia de ciertos factores de interés, habitualmente, la información de exposición se determina simultáneamente con la información de la enfermedad, tal clasificación coincidente en el tiempo, de la gente con respecto a la exposición y a la enfermedad, Por lo que los estudios tratan a veces de exposiciones que no se pueden cambiar, como el grupo sanguíneo u otras características personales invariables. Algunas veces un estudio de investigación incluye un periodo de riesgo limitado que finaliza antes de que comience el estudio.

13.- CONCLUSIONES:

En este estudio se ha demostrado la importancia que tiene el medico familiar en su relación con el paciente o con el grupo familiar para poder identificar problemas de naturaleza no solo clínicas sino también poder identificar los factores que pueden tener asociación con alteraciones en la dinámica familiar, como problemas emocionales y así poder contribuir al asesoramiento del problema que afecta el bienestar familiar.

Algunas veces un estudio de investigación incluye un periodo de riesgo limitado que finaliza antes de que comience el estudio, por ejemplo, un estudio transversal sobre la etiología de cáncer respiratorio que comparase información del habito de fumar, ya que los hábitos tabaquicos de los sujetos en ese instante no serian de tanta importancia como su historia al respecto y aunque la información del momento puntual suele ser demasiado reciente como para ser significativa en relación a etiología, ocasionalmente existe justificación adecuada para su uso. Y por ejemplo los estudios sobre preferencias dietéticas suelen recoger información detallada sobre el momento, por que con ella se puede obtener información precisa sobre el consumo de alimentos mientras que el recuerdo sobre información dietética había sido probablemente vago y poco fiable. Por lo que los usos de los estudios transversales están la de estimar el tamaño de a muestra, estimar el estado de salud de la población, identificar la distribución de las variables, identificar asociaciones etiológicas, complementar la historia natural de la enfermedad, planear y evaluar los beneficios de atención medica, determinar prioridades y como punto importante sirve como punto de partida para estudios analíticos.

Por lo que en este estudio se aprecio la probabilidad de mantener una buena comunicación entre el medico familiar, el paciente y su grupo familiar. Así como considerando indispensable identificar oportunamente la existencia de alguna alteración que afecte la funcionalidad familiar, teniendo además satisfacción familiar por el tiempo dedicado a la atención de sus problemas existentes con el grupo familiar, para así poder proporcionar un diagnostico oportuno y un tratamiento adecuado para poder disminuir las alteraciones en la dinámica familiar que afecta a nuestra población y teniendo mas confianza con la comunicación medico paciente cuando su caso requiera orientación o su canalización a un segundo nivel con el fin de mantener centrada la importancia del paciente y su grupo familiar para el medico familiar.

Además debemos de tener tiempo y espacio para poder facilitar la practica de la medicina al núcleo familiar.

Por lo que las demandas específicas de salud con incorporación de perspectivas, económicas, clínicas y epidemiológicas, en asociación con alteraciones en dinámica familiar con incremento en el numero de consultas se ha abordado poco en otros estudios, por lo que se plantea de manera aislada, como una demanda mas para satisfacer y conocer los factores determinantes

de dinámica familiar para que se logre un funcionamiento y un equilibrio adecuado en el sistema familiar y así poder disminuir el incremento en el número de consultas en nuestra población, ya que la utilidad de todo tratamiento debe reflejar un beneficio, ya sea presente o futuro en el bienestar global del paciente, y la evaluación de la eficacia de una intervención en un paciente en particular debe incluir hasta donde sea posible, evaluaciones sistemáticas de calidad de vida.

14.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

BIBLIOGRAFÍA:

1. Linton Ralph, la familia. Primera edición julio de 1970, ediciones Bailen, Barcelona, Cáp. 1, Pág. 5-24.
2. Macias Aviles Raymundo, el grupo familiar, su historia, su desarrollo, su dinámica, en 1er simposium sobre la dinámica y psicoterapia de la familia, IFAC, México, 1981, Pág. 30 – 36.
3. Órnelas Esquinca Mónica Socorro. El ciclo vital como parte del diagnostico, familiar, Cáp. 1, Pág. 12-34.
4. Laing R. D. El cuestionamiento de la familia, Cáp. 1, Pág. 15-32.
5. Sánchez Azcona Jorge; familia y sociedad; Cáp. 1, Pág. 15-52.
6. Fontanetto Burgos Silvia Inés; serie técnica volumen-2 perfil familia, Cáp. 2, Pág. 31-43.
7. Stanton M.D, Tood T.C. y col. Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas, primera edición, 1988, Buenos Aires Argentina, editorial gedisa, Cáp. 1, Pág., 65-68.
8. Minuchin S. Fishman H.Ch.; técnicas de terapia familiar, 1998, Cáp. 2, 3, Pág. 23-84.
9. Chagoya Leopoldo. Guía para diagnostico familiar, Cáp. 6, Pág. 230-251.
10. Ackerman Nathan W. Diagnostico y tratamiento de las relaciones familiares, Cáp. 7, Pág. 302- 320.
11. Eguiluz L. dinámica de la familia, Cáp. 3, Pág. 68-72.
12. Hennen B.K, la familia. Cáp. 1, Pág. 17 – 22.
13. Adelino Gimeno. La familia. Cáp. 5, Pág. 55 – 59.
14. Satir Virginia, terapia familiar paso a paso, Cáp. 4, Pág. 143-181.
15. Sauza. Dinámica y evolución de la vida en pareja. El manual moderno. Cap. 3, Pág. 78 – 96.
16. Ortiz Gómez Maria teresa, la salud familiar, sociología para médicos. La habana. Editorial ciencias sociales, 1990, Cáp. 1, Pág. 1-6.
17. Macias Aviles Raymundo Dr., un enfoque familiar en psiquiatría. Apuntes curso IFAC, 1980, Pág. 26 – 34.
18. Pittman III Frank S., momentos decisivos, tratamiento de familias en situaciones de crisis, 1990, editorial Paidos Terapia Familiar, Cáp. 7, Pág. 306-311.
19. Watzlawick P., Bavelas J.Beavin y Jackson D.D. Teoría de la comunicación humana. Barcelona, editorial Herder, 1995, Cáp. 3, Pág. 120-132.
20. Palazzoli M.Selvini, Boscoso L, Cecchin G, Prata, G. Paradoja y contra paradoja, un nuevo modelo en la terapia de la familia de la transacción esquizofrenica, , Barcelona, editorial Paidos, 1998, Cáp. 2, Pág. 13-19.
21. Shires, David b. Hennen Brian K. Medicina familiar Guía practices. Cap I, Mc.Graw-Hill. 3-5.
22. Abdolfi Mauricio. Terapia familiar 1984, Cáp. 1, Pág. 17-41.
23. Rubinstein Adolfo y col. Medicina familiar y práctica ambulatoria, Cáp. 3, Pág. 181-193.

24. Novelo Urdanivia Ana Maria Dra., traducción de artículo the Achievement by Proxy Spectrum: Recognition and Clinical to Pressured and High-Achieving children and Adolescents. Maestría en psicoterapia familiar y de pareja, mayo de 1999, Pág. 1-10.

25. Jackson D.D. El estudio de la familia 1965. Cap 1, Pág. 5-7.

26. Ahlbom Anders, Novell Steffan, Introducción a la epidemiología moderna, 1987, siglo veintiuno editores, s.a., Cáp. 8, Pág. 67- 77.

27. Rothman, Kenneth J. epidemiología moderna, 1987, ediciones Díaz de los santos, s.a. Cáp. 7, Pág. 59 – 87.

28. Dirección General de Epidemiología, S.S.A. Curso: diseño y análisis de estudios epidemiológicos, II reunión nacional de epidemiologos, noviembre de 1993.

29. Drs. Puches Klaus, Chacon Manuel, Peñaloza Blanca. Diadnostico clínico y toma de deisciones en medicina ambulatoria. Publicación de la universidad catolica de chile.

15.- ANEXOS:

15.1.

ENCUESTA DE DINAMICA FAMILIAR

1. No. De encuesta _____

2. fecha _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

3. nombre _____

4. registro _____

5. sexo _____

6. fecha nacimiento _____

7. edad _____

8. lugar de nacimiento _____

(1 IMSS, 2 ISSSTE, 3 hospital civil, 4 secretaria de salud, 5 hospital privado, 6 domicilio, 7 otros.)

Domicilio

9. calle, numero, 10. Colonia o sector, 11. Población, 12. Municipio, 13 estado

13. padecimiento motivo de atención _____

14. atención recibida en () 1. Nutrición, 2, lactante, 3 preescolares, 4. Escolares).

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

15. composición familiar () numero total de miembros

16. edad del padre _____

17. edad de la madre _____

18. estado civil _____

(1. Matrimonio civil y religioso, 2. matrimonio civil, 3. matrimonio religioso, 4. unión libre, 5. separados, 6. divorciados, 7. madre soltera, 8. viuda, 9. concubina, 10. soltero, 11. otros).

19. tipo de familia _____

(1. viven en núcleo familiar, 2. desintegrada, 3. extensa, 4. otros.

20. escolaridad del padre _____ (años de estudio).
21. () (1. nula, 2. sabe leer y escribir [igual o menor de 3 años]
3. primaria incompleta [menos de 6 años], 4. Primaria Completa, 5. Secundaria, 6. técnico con secundaria, 7. Técnico sin secundaria, 8. Bachillerato, 9. Licenciatura, 10. maestría, 11. Doctorado, 12. especialidad o estudio de postgrado).
22. escolaridad de la madre ()
23. () mismas opciones que en la 21.
24. ocupación del padre () (1. obrero, 2. albañil, 3. jornalero, 4. chofer, 5. empleado, 6. Campesino, 7. Mecánico, 8. comerciante ambulante, 9. Comerciante Establecido, 10. Profesionista, 11. Industrial, 12. estudiante, 13. jubilado, 14. subemplead 15. Desempleado).
25. ocupación de la madre () (1. hogar, 2. comerciante, 3. profesionista, 4. trabaja medio turno, 5. Trabaja tiempo Completo, 6. Domestica, 7. Prostituta).
26. numero de hijos vivos ()
27. gesta ()
28. partos normales ()
29. abortos ()
30. cesáreas ()

DATOS ECONOMICOS

31. ingreso familiar mensual _____
32. ingreso familiar mensual como porcentaje del salario mínimo _____
33. gastos en alimentación por mes _____
34. gastos en alimentación por mes como porcentaje del salario mínimo.

35. gastos para alimentación per cápita como porcentaje del salario mínimo por mes _____

ANTECEDENTES DE TOXICMOANIAS

Estado de salud:

36. padre () 37. Madre () (1. sano, 2. enfermo, 3. fallecido).

Tabaquismo:

38. padre () 39. Madre () (1. 1-5 cigarrillos diarios, 2. 6-15,
3. menos de 20, 4. Negativo).

Alcoholismo:

40. padre () 41. Madre () (1. diario, 2. cada 8 días, 3. cada mes,
4. social, 5. Negativo).

Drogadicción:

42. padre () 43. Madre () (igual que en alcoholismo).

44. tipo de droga () (1. inhalantes, 2. marihuana, 3. anfetaminas,
4. cocaína, 5. Heroína, 6. Tranquilizantes, 7. Otros.

15.2 LISTA DE REVISION PARA VALORAR LA FUNCION FAMILIAR:

- 1 ¿cuantos miembros forman la familia?
- 2 ¿quien vive en el hogar?
- 3 ¿en que fase del ciclo familiar se encuentra la familiar?
- 4 ¿que problemas presenta esto en el momento actual?
- 5 ¿que problemas importantes ha tenido la familia en el pasado (preguntar acerca de muertes, separaciones, enfermedades físicas o mentales importantes, crisis financieras, etc.)?
- 6 ¿cree la familia que estos problemas se manejan en forma satisfactoria?
- 7 ¿hay antecedente de alcoholismo, abuso de drogas o delincuencia en la familia?
- 8 ¿como se toman las decisiones importantes en la familia y por quien?
- 9 a ¿que es lo que espera cada uno de los padres de cada uno de los hijos, tanto en la vida cotidiana como para el futuro?
 - b ¿que es lo que esperan los hijos de cada uno de los padres?
 - c ¿son estas expectativas realistas?
- 10 ¿que es lo que hace cada miembro de la familia para lograr atención?
- 11 ¿que tanta tolerancia para las diferencias individuales hay en la familia?
- 12 ¿cuales son los objetivos, intereses, y valores (incluyendo los valores religiosos) de la familia?
- 13 ¿trabajan juntos todos los miembros de la familia para obtener objetivos?
- 14 ¿cual es el nivel educacional y el estado financiero de los padres?
- 15 ¿son útiles los familiares y parientes políticos?
- 16 ¿tienen los miembros de la familia muchos amigos en su vecindario? ¿ a que grupos o clubes pertenecen los miembros de la familia?
- 17 ¿que tipos de recursos de la comunidad (servicios de atención para la salud, agencias de servicios de la comunidad, policía, etc.) ha usado la familia?
¿Volverían a recurrir a ellos?
- 18 ¿no ha usado esta familia los recursos de la comunidad en los momentos en que hubiera resultado adecuado?