



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75
MORELIA MICHOACAN

EVALUACION DE RIESGOS DE SALUD A TRAVÉS DEL
EXPEDIENTE FAMILIAR EN LA UMF No. 30 ARIO DE ROSALES
MICHOACAN.

TESIS.

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DRA. LORENA CERVANTES CANO.

Morelia, Michoacán. Enero 2008



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.

**EVALUACION DE RIESGOS DE SALUD A TRAVÉS DEL
EXPEDIENTE FAMILIAR EN LA UMF No.30
ARIO DE ROSALES MICHOACAN**

Tesis

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA. LORENA CERVANTES CANO

A U T O R I Z A C I O N E S:

**DRA. MARIA DE LOS ANGELES RENTERIA ORTIZ
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRIA EN PSICOTERAPIA FAMILIAR.**

**DR. OCTAVIO CARRANZA BUCIO
ASESOR METODOLOGICO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA U.M.F No. 75**

**EVALUACION DE RIESGOS DE SALUD A TRAVÉS DEL
EXPEDIENTE FAMILIAR EN LA UMF No.30
ARIO DE ROSALES MICHOACAN.**

Tesis

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.

**PRESENTA:
DRA. LORENA CERVANTES CANO.**

AUTORIZACIONES:

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

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M

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

Morelia, Michoacán. Enero 2008.

INDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	7
2.	ANTECEDENTES.....	9
3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	27
4.	JUSTIFICACIÓN.....	28
5.	OBJETIVOS.....	30
6.	METODOLOGIA.....	31
7.	RESULTADOS.....	39
8.	DISCUSIÓN.....	53
9.	CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	56
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	62
11.	ANEXOS.....	66

1. INTRODUCCION.

La medicina familiar desempeña un papel trascendental en los Sistemas de Atención Médica, al intervenir en el mantenimiento de la salud individual y familiar con claro enfoque de riesgo, a través del reconocimiento precoz de las enfermedades y su manejo integral para prevenir posibles complicaciones.

La Atención Primaria, Integral y Continua; Enfoque preventivo y Educativo, tendiendo como eje de análisis la familia y como objeto de atención: la salud familiar, constituyen los principios filosóficos que fundamentan a la Medicina Familiar. Es por ello que el médico familiar deberá identificar tempranamente los factores de riesgo tanto individuales como familiares, que le permitan prevenir o controlar las enfermedades que causan pérdida de años productivos.

Por lo tanto a fin de lograr un diagnóstico integral de la familia, y ante la necesidad de que el médico familiar cuente con un instrumento de registro que le ayude a simplificar el trabajo con la familia en el sentido antes mencionado, por ello aplicamos el instrumento llamado "expediente familiar", teniendo como principal objetivo, valorar su utilidad para la identificación tanto de riesgos, como de daños individuales y de familia, que nos permita jerarquizar los problemas, elaborando un programa de cuidado de la salud (acciones preventivas) y establecer una estrategia para que los médicos familiares utilicen este instrumento como herramienta para el abordaje familiar en su práctica diaria.

Se evaluaron 150 familias del consultorio, seleccionadas al azar de una lista de 500, de la UMF NO.30 Ario de Rosales Michoacán; realizando un estudio descriptivo, observacional, transversal, tipo encuesta.

El expediente familiar ayuda a detectar familias con factores de riesgo y daño que puedan condicionar la presentación de crisis normativas y paranormativas que nos permita actuar en forma oportuna integrando un diagnóstico preciso y tratamiento adecuado.

La idea de este instrumento es que el médico familia cuente con un archivo o base de datos, idealmente incluido a el expediente electrónico, a partir de los cual pueda tomar decisiones para establecer acciones de control o seguimiento de la patología individual y familiar, estudiando a la familia desde un enfoque biopsicosocial recordando que “la familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso, de salud y enfermedad”.

2.- ANTECEDENTES.

El propósito de este capítulo es en principio plantear de manera general, **la importancia de la medicina familiar en el primer nivel de atención.** Para a continuación hacer **énfasis en aquellos elementos que consideramos necesarios para el abordaje familiar a través de la descripción del instrumento elegido para este fin, conocido con el nombre de “expediente familiar”.**

La medicina familiar se fundamenta en tres ejes de análisis.

- ❖ Atención primaria, Integral y Continua.
- ❖ Enfoque Preventivo y Educativo.
- ❖ La familia como objeto de atención: la salud familiar.

La medicina familiar es primordial en los sistemas de atención médica, al intervenir en el mantenimiento de la salud, ⁽¹⁾ la protección oportuna de los riesgos, el reconocimiento temprano de las enfermedades, tratamiento oportuno y prevención de complicaciones, su esencia es la continuidad de la atención y su principal función la de ayudar a la familia a cuidar su salud y controlar las enfermedades comunes.

Es por ello que el médico familiar a través de la práctica de la medicina preventiva debe identificar oportunamente los factores de riesgo en el núcleo familiar, ⁽²⁾ que le permita prevenir o controlar las enfermedades que causan pérdida de la salud y de años productivos, de manera prioritaria en aquellas familias con mayor número de factores de riesgo para su salud.

Históricamente se reconoce que durante la primera mitad del siglo XX el ejercicio de la Medicina se transformó drásticamente, la práctica de entonces era de médicos generalistas que trabajaban en la comunidad, la asistencia médica se realizaba en el hogar del paciente y el papel de la tecnología y hospitales era limitado.⁽³⁾ El resto del siglo daría cuenta de un gran desarrollo de la ciencia y de la tecnología, lo que finalmente llevó a una especie de crisis de la medicina clínica.

Richard C Cabot⁽⁴⁾ fue uno de los iniciadores del enfoque comunitario de la medicina en general y aplicó con éxito éste modelo en las comunidades de china. Más adelante y con la finalidad de establecer la capacidad funcional del paciente como una persona socialmente útil en su comunidad, J. B. Grandt (1949) abogó por que el cuidado de la salud de la familia y de la comunidad se hiciera a través del médico familiar. En la década de los setenta también Medalie y Rabel⁽⁵⁾ reconocieron la necesidad de que fueran los médicos de familia quienes movilizaran los recursos de salud de la comunidad para proveer el cuidado integral de sus pacientes.

La Medicina Familiar⁽⁶⁾ surge como especialidad producto del descontento dado en la población frente al enfoque exclusivo biomédico y al sistema de asistencia sanitaria, dominada por los médicos especialistas, quienes solo ven a los pacientes como un conjunto de órganos. La medicina familiar se apartó de ésta filosofía y creando el modelo biopsicosocial, destacando el enfoque integral de atención.

A través de los años la medicina familiar ⁽⁷⁾ ha podido demostrar como se aplica la atención primaria a la salud, al ir más allá de una buena práctica clínica realizada en el consultorio, ampliando su interés, hacia la familia y la comunidad, por ser estos lugares idóneos donde se identifican los estilos de vida y se pueden modificar.

La atención médica basada en la familia precisa adquirir nuevos conocimientos, habilidades y actitudes que permitan ir más allá del campo de lo biológico. ⁽⁸⁾ Esto se refiere al estudio y aplicación de las ciencias psico-sociales, materias que se enseñan solo a profesionales de la salud que trabajan inmersos en la comunidad y terapia familiar (historia de los pueblos o ciudades, la sociología, antropología, y psicología social, bioética, abordaje familiar). Conocimientos que le permiten al médico profundizar sobre los patrones de comportamiento en la vida diaria, para estar en posibilidades de orientar a la población sobre los aspectos que favorecen la salud.

La atención primaria, integral y continua ha dimensionado la práctica de la medicina familiar en cuanto a considerar el alcance hacia la comunidad, la consideración de un abordaje bio-psico-social y la vigilancia epidemiológica de los casos. La teoría de riesgo de salud ha resultado particularmente contributiva a la visión epidemiológica. Riesgo es "una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño", el enfoque de *riesgo* orienta a realizar acciones preventivas, teniendo en cuenta que la probabilidad puede convertirse en una dolencia, enfermedad, accidente o muerte, mismos que pueden ser evitados o reducidos, si se emprenden acciones antes de que estos acontezcan". ⁽⁹⁾

Los modelos de atención de Medicina Familiar en México, como en casi todo el mundo, se han concentrado a nivel institucional. Sin duda el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ha sido protagónico en este aspecto. El Sistema Médico Familiar (SMF) del IMSS se definió hacia 1972; los manuales normativos de entonces hablan de que cada Médico Familiar debe ser capaz de atender a 500 núcleos familiares; lo que significaba aproximadamente 2500 personas. En este modelo, los médicos debían realizar un diagnóstico de los consultorios y plantear un programa de acciones preventivas bajo el modelo de la Historia Natural de la Enfermedad, muy en boga por entonces. Los niveles de prevención se basaban en la idea de realizar una medicina anticipatoria.

Unos años más tarde apreció la idea de Atención Primaria a la Salud, derivado de la propuesta de Alma Ata en 1978.⁽¹⁰⁾ Como es sabido, la atención primaria busca vincular la atención hacia la comunidad, pero podemos decir que la medicina familiar y especialmente la del IMSS, nunca ha tenido esa orientación. Ya que este modelo se llevo a cabo por lo que entonces se llamó IMSS: COPLAMAR-SOLIDARIDAD; HOY IMSS-OPORTUNIDADES. Pero hubo un intento por implantarla en el régimen ordinario.

Entre 1994-95, se concibió el Modelo Moderno de Atención en el IMSS,⁽¹¹⁾ un documento técnico que nunca pudo llegar a la práctica, pero que en teoría buscaba dimensionar la Medicina Familiar en una visión de atención integral, tanto al individuo como a la familia. Por estos mismos años, se propuso el modelo llamado "Medicina Familiar Siglo XXI".⁽¹²⁾ Este último puso de manifiesto la "crisis" de inoperancia e inviabilidad que tiene la Medicina Familiar Institucional.

Se dijo entonces en un diagnóstico nacional del IMSS ⁽¹³⁾ que la medicina familiar era burocrática, curativa, individualista y sumamente deficiente en cuanto a resolución de problemas.

Frente a todo lo anterior resulta importante el modelo del expediente familiar para el diagnóstico de salud en medicina familiar. Esta idea en realidad surgió en el contexto de la medicina preventiva, en un momento en que las acciones del médico familiar iban por un lado y la salud pública por otro. En la Medicina Preventiva del IMSS se creó una tarjeta para llevar registro y control de las acciones de protección específica y de las detecciones realizadas en la familia. Este es el antecedente de lo que se llamó más tarde RF-1.

El "EXPEDIENTE FAMILIAR" ⁽¹⁴⁾ instrumento conformado por un sistema de registro previamente validado, que incluye los principales elementos de estudio de salud familiar, y como resultado de su aplicación permite la identificación, de riesgos así como de los daños individuales y familiares para el establecimiento oportuno del tratamiento integral. Al tratar de emitir un juicio de valor independientemente del problema o fenómeno en estudio encontramos con mucha frecuencia la escasez de instrumentos para tal fin, o bien los ya existentes resultan inadecuados; el caso de la salud familiar sucede lo mismo en particular si queremos integrar un diagnóstico global.

En el IMSS y dentro del de la historia de la medicina familiar se han aplicado algunos instrumentos a través de los programas de residencia ⁽¹⁵⁾

Algunos como la RF-1 (Tarjeta de Registro Familiar) y la VESF-1 (Tarjeta de Vigilancia Epidemiológica de Salud Familiar y Comunitaria) o SIVE fueron

aplicados temporalmente en algunas unidades del IMSS, propuestos en un periodo comprendido entre (1978-1983). En este periodo aun no se contaba con el enfoque de riesgo para la aplicación en la atención primaria, quizás esta fue la principal razón para la no trascendencia en su aplicación, así como el escaso tiempo en que estos instrumentos fueron empleados, con evidente falta de adaptación y adopción por parte de los médicos familiares

La atención familiar con enfoque preventivo y educativo propio del quehacer del medico familiar ⁽¹⁶⁾ aborda los principales problemas de salud a través de un proceso que incluye cuatro elementos:

1. Diagnostico de salud (estudio de la población asignada) comprende el conocimiento amplio de los individuos que forman la población, así como describir sus características sociodemográficas, hábitos, costumbres y conductas relacionadas con la salud.
2. Identificación y Jerarquización de los problemas de salud.
3. Modificación y cambio de práctica médica. Aplicación de estrategias de intervención para el abordaje de los distintos problemas de salud. Que incluye los niveles de intervención de Doherty y Baird.
4. Evaluación de resultados. A fin de hacer seguimiento y evaluación de los mismos.

Dentro de los programas de residencia de medicina familiar ⁽¹⁷⁾ se incluyen algunos instrumentos de estudio familiar y algunos de los más conocidos en México son los siguientes.

- ❖ Familiograma.
- ❖ APGAR Familiar.

- ❖ Índice de Funcionamiento Familiar.
- ❖ Prueba de Mc. Master.
- ❖ Prueba de Aires Hennen.
- ❖ Unidades Holmes.
- ❖ Prueba de Sacks.
- ❖ Prueba integral de la familia a través del ámbito social, socio dinámico y psicológico.
- ❖ Abordaje Integral de la Familia.

Algunos textos de autores de Medicina Familiar en México han sugerido que el expediente familiar es un instrumento práctico y sencillo de utilizar en el consultorio, ya que recoge información muy importante para el diagnóstico familiar, lo que llevaría a organizar un programa de trabajo y planear acciones a nivel del consultorio; ⁽¹⁰⁾ es decir, desde el ámbito operativo de médico familiar. Entre la información relevante que se puede obtener con el Expediente Familiar destaca la siguiente:

- Antecedentes heredo-familiares.
- El ambiente: el ambiente familiar positivo o negativo para la salud está determinado por la escolaridad de los padres, el nivel socioeconómico, ocupación, ingresos, tipo de vivienda, cultura y religión. Así como el lugar que ocupa dentro de la sociedad.
- Hábitos de conducta aprendida en el seno familiar es la perdura durante toda la vida, este comportamiento individual relacionado con la salud conforma el estilo de vida, mismo que es capaz de favorecer o impedir la aparición de todo tipo de enfermedades individuales y familiares.

- Información sobre: Origen, cultura, religión, censo familiar, estructura y tipología.
- Características socioeconómicas y de la vivienda.
- Riesgos y enfermedades individuales.
- Ciclo vital de la familia.
- Crisis familiares valoradas por la escala de Holmes.
- Capacitación para el auto cuidado.
- También identifica de manera sistematizada los factores de riesgo y daño, permitiendo la elaboración de un programa para el cuidado de la salud y control de enfermedades, que favorezca, el diagnóstico familiar.

En la versión que presenta la Dra. Georgina Farfán, del “expediente familiar”⁽¹⁴⁾ contiene preguntas estructuradas y semiestructuradas para identificar factores de riesgo, clasificados en socioculturales, psicológicos y biológicos, los cuales están incluidos en el instrumento aplicado (anexo 1 y 2). Para evaluación de los eventos que causan estrés se considera como base la escala de Holmes en su formato original (Anexo 3). Permitiendo a través de la aplicación de ésta escala, identificar a las familias con crisis leve, moderada o severa.

Para la valoración de los riesgos y daños, como factores condicionantes de la salud individual y familiar se conceptualiza riesgo⁽¹⁸⁾ como la medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud, y una probabilidad es una medida de algo incierto. Entendiendo como factor de riesgo: cualquier característica o circunstancia presente en una persona o grupo de personas que están asociadas a un aumento en la probabilidad de padecer o desarrollar un proceso morboso; por ello la importancia de modificar los factores

de riesgo, antes de que se presente el hecho que predicen ya que algunos son específicos a un daño y pueden ser no modificables como el sexo, edad, herencia clima, grupo étnico, y modificables como el estilo de vida, económicos, ambientales, relacionados con los servicios de salud, socioculturales .

Para enfrentar estas situaciones el modelo biopsicosocial de la medicina, identifica a la familia y la sociedad como condicionantes de la salud humana, alejándose del modelo biomédico tradicional. ⁽¹⁹⁾ Los factores que condicionan la salud del hombre: herencia, ambiente y conductas, están en estrecha relación con la familia. Así la herencia esta determinada por la genética y se expresa corporalmente a través de la constitución física, las malformaciones y problemas funcionales: metabólicos, sensoriales y mentales. En consecuencia se presentan familias de diabéticos, hipertensos. Obesos, etc. El ambiente, perjudica o favorece la salud, este incluye desde el claustro materno, hasta el ambiente natural en el que se desarrolla el niño, ambiente social creado por el hombre y del que su familia forma parte. Este ambiente familiar positivo o negativo para la salud está condicionado por una diversidad de factores entre los que se incluyen: la escolaridad de los padres, nivel socioeconómico, ingreso económico, tipo de vivienda, cultura, estatus social y religión entre otros. Por ser el ambiente social más próximo al hombre, se pueden desarrollar en él, enfermedades, infecciones, parasitosis, desnutrición, violencia, entre muchas otras.

La conducta, aprendida de por vida en el núcleo familiar, se adiciona a la conducta genética y a la transmitida por la cultura. Es así que el funcionamiento individual en relación a la salud, se expresa a través del estilo de vida, el cual suma o resta riesgo de enfermar, determinando secundariamente la oportunidad y

tipo de atención requerida. Irremediablemente, el vivir en familia, determina una conducta grupal que conlleva a una serie de hábitos y costumbres que conforman una cadena hacia la salud o la enfermedad, es así que simultáneamente, la familia representa un riesgo para la salud y un recurso para su conservación. ⁽²⁰⁾

Cada familia establece dentro de su escala de valores a la salud y la enfermedad, determinando a la par a su manera y en base a su experiencia, quien está enfermo, y que tipo de ayuda necesita, decidiendo una determinada conducta ante su padecimiento, independientemente del tipo de padecimiento que presente. Habrá que recordar que al estar la familia viviendo cualquier tipo de crisis, deteriora su función protectora de salud, con mayor si recordamos que está condicionada por el ambiente bio-psico-social que la rodea. De tal forma que el funcionamiento e integración idónea entre la familia y sociedad, forman la base para el desarrollo humano y la salud psicosocial.

Dentro de esta vinculación familia-sociedad, la familia tiene una responsabilidad social en relación con la salud, para lo cual necesita proporcionar a sus integrantes un adecuado desarrollo, a través del cumplimiento de sus funciones familiares básicas, entre las que se incluye la atención a la salud. En general para el tratamiento de las enfermedades, la responsabilidad es compartida con las familias, favoreciendo al máximo su autosuficiencia. Es así que para identificar a la familia como unidad de análisis en el proceso de salud-enfermedad, con un enfoque preventivo que surge el “El expediente familiar”, instrumento que consideran a la familia, ⁽²¹⁾ como el ambiente más importante en el que se gesta y soluciona la enfermedad, por lo tanto resulta indispensable contar con un marco de referencia que permita el estudio de este grupo social primario, para lo cual a

continuación nos referiremos a los conceptos teóricos elementales que lo comprenden.

Recientemente se han propuesto nuevas definiciones de familia, de acuerdo al Consenso de la Asociación Latinoamericana de profesores de medicina familiar. ⁽²²⁾ La familia es un grupo social organizado, como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la medicina familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud- enfermedad.

A partir de la década de los 60 uno de los enfoques utilizados en la familia parte, de la teoría general de los sistemas ⁽²³⁾ analizando los subsistemas conyugal (relación de pareja), paterno-filial (relación de padre y madre con los hijos) y fraterno (relación entre hermanos). Este enfoque considera que el sistema es un conjunto de elementos de interacción dinámica, donde cada elemento cumple una función con respecto al todo, pero este no es reducible en sus partes, y su función es más que la simple suma de ellos.

Es difícil separar la etapa de análisis, de la etapa terapéutica como dice Minuchin ⁽²⁴⁾ diagnóstico y tratamiento permanecen inseparables a lo largo de todo el proceso. En el diagnóstico familiar se integran datos de diferente naturaleza tanto del sistema familiar y extrafamiliar (en los cuales se mueve el sistema familiar), estos pueden desempeñar un papel altamente significativo en la problemática que presente la familia.

Al conjunto invisible de demandas funcionales que organizan la forma de interacción entre los integrantes de la familia es lo que se conoce como Estructura Familiar ⁽²⁵⁾ la cual regula las pautas transaccionales mediante las cuales la familia funciona, de acuerdo a los siguientes parámetros: las actividades de esta como grupo y como subsistemas, los niveles ⁽²⁶⁾ complementariedad de autoridad (*jerarquía*); la diferencia entre los individuos y entre los subsistemas (*limites*); cual es el espacio que cada quien ocupa en un determinado contexto (*centralidad o territorio*); la descripción de manera grafica y sencilla la organización de las actividades cotidianas del grupo (*mapa o geografía*); y la presencia de asociaciones abiertas o encubiertas entre dos o mas miembros (*alianzas y coaliciones*).

La familia es también considerada como una unidad micro social totalmente dependiente de la estructura social global de la cual recibe sus características valores fundamentales, en consecuencia la familia se clasificada ⁽²⁷⁾ desde una gran diversidad de puntos de vista, por ejemplo: de acuerdo a su conformación.

- a). Nuclear (conyugal, biparental, elemental o biológica). Es la que forma la pareja con o sin hijos, se caracteriza por vivir juntos bajo el mismo techo.
- b). seminuclear (monoparental o uniparental): Familia de un solo padre, ya sea por la soltería de la madre o a consecuencia de complicaciones en el desarrollo familiar como: familia contraída, interrumpida y reconstruida.
- c). Familia extensa (consanguínea asociada). Es aquella en la que incluye la unidad familiar nuclear y uno o más familiares consanguíneos, viviendo bajo el mismo techo.

d). Familia compuesta (ampliada): Es cualquier tipo de familia descrita con anterioridad, incluyendo a otros miembros sin nexos consanguíneos, ni de filiación.

Según su desarrollo:

a). Moderna: padre y madre trabajan. b). Tradicional: El padre trabaja y la madre se dedica al hogar.

De acuerdo a su demografía.

a). Urbana: Su vivienda estar localizada en una comunidad que tenga más de 2 500 habitantes y que cuente con todos los servicios intradomiciliarios.

b). Rural: vivir en una comunidad que tenga menos de 2 500 habitantes y no cuente con todos los servicios intradomiciliarios.

Integración:

a). Integrada: se refiere a que los cónyuges se encuentren juntos y además cumplan con sus funciones.

b): Semintegrada. Cumplen con sus funciones parcialmente.

c). Desintegrada. No cumplen con sus funciones y no están juntos los cónyuges.

De acuerdo a la ocupación, a la que se dedica el proveedor, se tipifica como

a).Profesional; b).Comerciante; c).Obrero(a): empleado de alguna empresa y d).Campesino(a).

Y finalmente de acuerdo a las complicaciones en el desarrollo familiar ⁽²⁸⁾ tipifica

en: a). familia interrumpida: Ocurre por la separación o divorcio de los padres.

b). Familia contraída: Se da por la muerte de alguno de los cónyuges. c). Familia

reconstruida: (reestructurada o binuclear). Es la que esta conformada por una

pareja en donde ambos o uno de los cónyuges han tenido una unión previa con hijos, independientemente de los hijos que conciban juntos.

El funcionamiento familiar ⁽²⁹⁾ se expresa por la forma en el 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 la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro. Según Maslow comportamiento humano esta motivado, controlado e influido por una jerarquía de necesidades (funciones familiares). Es importante valorar su cumplimiento para determinar la homeostasis familiar ⁽³⁰⁾ que depende en gran medida del estado de bienestar biológico, psicológico y social que guarden sus integrantes.

- Cuidado: asegurar la subsistencia de cada uno de sus miembros a través de la proyección biopsicosocial de cada uno de ellos.
- Afecto: Promover el afecto, la unión y la solidaridad social a fin de mantener la capacidad de relación con otros seres humanos.
- Socialización: Favorecer el desarrollo de identidad personal ligada a la identidad familiar, que asegure la integración psíquica y que facilite el adiestramiento en la tareas de participación social y el afrontamiento de nuevas experiencias.
- Reproducción: Proporcionar nuevos miembros a la sociedad a través de la reproducción, a fin de garantizar la supervivencia de la especie. Moldear el papel sexual condicionado por la imagen de la integridad y madurez de los padres, que favorezca a su vez, la maduración y la ulterior relación sexual de los hijos.

- Estatus y nivel socioeconómico: Determinar la posición sociocultural de sus integrantes, de manera tal, que la familia perpetúe las circunstancias y valores de sus miembros más viejos para transmitirlos a los jóvenes.

Estos conceptos que comprenden el funcionamiento familiar ⁽³¹⁾ resultan relevantes a considerar que la familia debe satisfacer las necesidades recíprocas y complementarias entre sus miembros estimular su individuación en base al respeto y manteniendo la unión y solidaridad con un sentido de libertad, lo anterior confirma la idea de que la familia es un grupo o sistema en que ninguna de sus partes puede ser afectada sin que repercuta en el resto del mismo. Y por otro lado el correcto funcionamiento o la disfunción de la familia es determinante para la aparición de la salud o la enfermedad entre sus miembros, ⁽³²⁾ es así que la dinámica familiar, es considerada como el conjunto de pautas transaccionales que establece de que manera, cuando y con quien, se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo con el ciclo vital por el que este atraviesa la familia.

Por todo lo anterior mencionado es necesario decir que el agente de cambio es el individuo sano o enfermo ⁽³³⁾ quien tiene la responsabilidad de cuidar su salud individual y familiar. Y el papel de el medico reside en alentar y apoyar ese cambio. Ha sido probado que la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades ⁽³⁴⁾ fomentan la buena salud y disminuye la demanda de los costosos servicios curativos, lo que ofrece la oportunidad de mejorar el bienestar individual y familiar con eficacia

La familia, como todo grupo humano tiene inicio, desarrollo y ocaso; nace, crece y se desarrolla, reproduce y muere, la familia por su parte sigue un patrón similar, pasando por varias etapas de transición predecibles, a través de las cuales es posible profundizar en el estudio de la familia, y que de acuerdo a Geyman ⁽²⁶⁾ consta de las siguientes cinco etapas.

- Etapa de matrimonio: Se inicia con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo; lo cual implica hacer ajustes en la vida cotidiana.
- Etapa de expansión: Es el momento en que ha mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia, como su nombre lo indica “se expande”.
- Etapa de dispersión: Se identifica con el hecho que todos los hijos asisten a la escuela y ni uno solo se encuentra trabajando, en esta etapa de preparación para la próxima independencia de los hijos.
- Etapa de independencia: Es difícil de precisar el número de años transcurridos, al inicio de esta fase la familia debe aprender a vivir nuevamente en “independencia”, sus hijos han formado nuevas familias. Los lazos de unión entre los padres e hijos se deben fortalecer ante el riesgo de un progresivo debilitamiento, sin olvidar el clima de profundo respeto que debe de privar, hacia las nuevas familias que recientemente se han formado. (esta fase dura aproximadamente de 20 a 30 años).
- Etapa de retiro y muerte. En contraste con la fase de matrimonio, caracterizada por el entusiasmo e ilusión en esta fase se encuentra la incertidumbre y la nostalgia, en relación a ciertas circunstancias difíciles:

Incapacidad para laborar, desempleo, agotamiento de los recursos económicos, las familias de los hijos casados en fase de expansión, sin posibilidad de proporcionar recursos a los padres, abonados en sus hogares de origen o recluyéndolos en asilos para ancianos.

Como sistema sociocultural abierto la familia ⁽²⁹⁾ enfrenta de manera frecuente situaciones difíciles derivadas de los cambios biopsicosociales de sus miembros teniendo que enfrentar así una gran variedad de cambios producidos tanto desde el exterior como desde el interior y que puede conllevar a modificaciones estructurales y funcionales, que inciden en el bienestar de la salud familiar, esto es a lo que se le conoce como *crisis*.

Las crisis ⁽³⁵⁾ no solo derivan de los eventos negativos, traumáticos, desagradables, sino de cualquier situación de cambio que signifique contradicción y que requiera de modificaciones. Están relacionadas con el tránsito por las etapas del ciclo vital y son llamadas crisis normativas.

Otro tipo de crisis familiar son las paranormativas ⁽¹⁴⁾ que se derivan de la ocurrencia de eventos accidentales, son eventos que no son esperados, tales como los relacionados a factores ambientales (como: relaciones sexuales prematrimoniales, matrimonio no planeado), enfermedades o accidentes (abortos provocados, complicaciones de el embarazo). Factores económicos (cambios bruscos en el estatus socioeconómico) factores laborales (cambios de puesto u horario de trabajo), factores legales por conductas delictivas y situaciones ambientales. Estas crisis ⁽³⁶⁾ suelen tener un impacto muy desfavorable en la dinámica familiar, por lo cual la familia tiene que afrontar estas crisis, y ser capaz

de utilizar mecanismos estabilizadores que le proporcionen salud y bienestar; pero hay otras que no pueden enfrentar las crisis por si sola, perdiendo el control, manifestándose desajustes, desequilibrios, que condicionan cambios en el proceso salud-enfermedad y específicamente en el funcionamiento familiar.

3. PLANTEAMIENTO DE EL PROBLEMA.

En la práctica de la medicina familiar el diagnóstico de la población adscrita al consultorio es un elemento fundamental para planear y organizar las acciones en las diferentes etapas de la historia natural de la enfermedad y de acuerdo con los diferentes niveles de atención establecidos por el esquema de Level y Clark. De Manera natural, es con el diagnóstico con lo que puede hacerse un análisis de los problemas de salud que padece la población en términos de magnitud, trascendencia y vulnerabilidad. El diagnóstico por lo tanto es muy relevante.

No obstante, en la práctica de la medicina familiar se carece de un instrumento idóneo para hacer el diagnóstico de salud del consultorio. Por esta razón resulta muy importante contar con un instrumento que permita recopilar información de una manera segura, fácil y completa.

La propuesta de utilizar el “Expediente Familiar” como instrumento de recolección de datos parece ir en ese sentido. Es por esa razón que en este trabajo se propone probar su alcance en la Unidad de Medicina Familiar No. 30 de Ario de Rosales Michoacán.

La idea básica respecto a el empleo este instrumento, es que el médico familiar cuente con un archivo o base de datos en el expediente electrónico, a partir de los cual puede tomar decisiones para establecer acciones de control o seguimiento de la patología individual y familiar. Tomando en cuenta este contexto, se plantea la pregunta en los siguientes términos: **¿el expediente familiar es un instrumento útil para valorar riesgos y daños a la salud en medicina familiar?**

4. JUSTIFICACION.

La medicina familiar como especialidad centra su quehacer en la familia y los individuos que la integran. El médico familiar no tiene un instrumento validado, práctico y fácil de aplicar para realizar un diagnóstico rápido de las condiciones de salud de las aproximadamente 500 familias de las que es responsable en el IMSS. De hecho, una mirada a la estadística institucional puede dar idea de cómo los médicos familiares limitan sus acciones al individuo y olvidan la familia. Recientemente en estudio realizado en egresados de la Residencia de Medicina Familiar, muestra que entre tres y cinco años después del egreso, los médicos han dejado de interesarse por el abordaje familiar y su práctica es muy parecida a la de los médicos generales.⁽³⁷⁾

Por otra parte, la cotidianidad nos muestra que en general los médicos familiares no hacen diagnóstico de familia, ni realizan estudio de factores de riesgo a nivel del consultorio. Derivado de ello, en realidad no hacen seguimiento, ni dan continuidad a los problemas de salud que le plantea la familia. De hecho, en las estadísticas derivadas de la Clasificación Internacional de Enfermedades no existen códigos para hacer diagnósticos de familia.

Tomando en cuenta lo anterior, este estudio es importante porque en la actualidad el médico familiar, no proporciona una atención holística o biopsicosocial. Su atención es muy individualizada, la finalidad es proporcionar un instrumento que nos facilite la tarea de practicar la medicina anticipatoria o preventiva, que nos permita identificar en forma sistemática los factores de riesgo y daño, con la finalidad de integrar un diagnóstico integral familiar, jerarquizar los problemas y elaborar programas de cuidados para la salud.

La aplicación de este instrumento llamado “expediente familiar” es importante para que como médicos familiares estudiemos a la familia, evaluando riesgos y daños y realizando un diagnóstico. Es un documento que integra los principales datos de la familia en forma rápida, identificando y abordando los principales problemas de salud.

Beneficia al individuo, a la familia, al instituto y hasta al propio médico familiar.

Al médico familiar porque es un instrumento de fácil aplicación, que le va a simplificar la tarea de conocer a las familias a su cargo, con la finalidad identificar factores de riesgo y daño, elaborando un programa del cuidado de la salud, disminuyendo la incidencia de enfermedades y las crisis no superadas que pueden evolucionar a disfunción familiar.

Para la familia: Estudiar a la familia desde un enfoque biopsicosocial y al ser mejor estudiada, tendremos familias que se adaptan mejor a las crisis, reflejándose su capacidad de respuesta a los problemas y en consecuencia su grado de funcionalidad.

Para el instituto y la comunidad: disminuye la incidencia de enfermedades. Es menor gasto en presupuesto prevenir los procesos evitables, que en atender aquellas enfermedades inducidas por malos hábitos de la vida. Por lo cual es mejor realizar medidas preventivas en la familia, destinadas a mejorar la salud de las personas o de la población.

Para la aplicación de éste instrumento, el médico familiar en cada entrevista con un paciente y su familia deberá considerar dicha intervención como una ocasión para educar en salud, al considerar que el individuo no informado está expuesto a mayores riesgos.

5. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Valorar la utilidad del expediente familiar para determinar riesgos y daños a la salud en medicina familiar y con base en ello elaborar un programa anual del consultorio.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Aplicar el instrumento denominado "Expediente Familiar" para elaborar un diagnóstico de riesgos y daños a la salud, en un grupo de familias de la UMF no.30 de Ario de Rosales Michoacán.
2. Identificar y jerarquizar los daños y riesgos a la salud de las familias de la población adscrita al consultorio número 11.
3. Establecer una estrategia en el consultorio No. 11 turno matutino en la UMF No.30 para que el médico familiar organice sus actividades medico-preventivas y de abordaje familiar.

6. METODOLOGIA.

Universo: población adscrita al consultorio 11 de la UMF No. 30 Ario de Rosales Michoacán.

Población: Familias adscritas al consultorio.

Muestra: 150 Familias del consultorio seleccionadas al azar de una lista de 500; total de la muestra 150 familias, muestreo por conveniencia.

Diseño de estudio:

Tipo de estudio: descriptivo, observacional, transversal, tipo encuesta.

Criterios de inclusión:

Familias adscritas al consultorio 11, turno matutino. Que residan en Ario de Rosales.

Criterios de exclusión:

Familias que no aceptaron participar, no contestaron el instrumento en su totalidad.

Familias que no pertenecen al consultorio 11.

VARIABLES.

Variable independiente

Expediente familiar.

Variable dependiente.

Identificación de riesgos y daños a la salud.

INSTRUMENTOS.

Expediente familiar. Instrumento para valorar riesgo familiar y las condiciones de salud familiar, diseñado por la Dra. Maria González Otero especialista en Medicina Familiar. IMSS y publicado en Programa de Actualización Continua de Medicina Familiar por la Dra. Georgina Farfán Salazar. En su validación se ponderaron las variables por medio de Chi-cuadrada. De estas, 26 presentaron una $p < 0.005$ significativa y al correlacionar los factores de riesgo, contra daño, se determinó una r igual a 0.49 y $p < 0.05$ significativa. Se consideró como familia de alto riesgo aquella que acumulara más de 80 puntos. Contestando el instrumento el padre y/o la madre de las familias encuestadas.

Contiene preguntas estructuradas y semiestructuradas para identificar factores de riesgo clasificados en socioculturales, psicológicos y biológicos. Para jerarquizar los problemas se tomaron en cuenta los criterios epidemiológicos de magnitud, trascendencia, factibilidad y viabilidad. Y la aplicación de este sistema requiere de las habilidades más complejas del conocimiento humano como son el análisis, la síntesis y la evaluación.

El instrumento reúne los siguientes atributos:

1.- Incluye los principales elementos del estudio de salud familiar:

- Origen, cultura y religión.
- Censo familiar.
- Estructura y tipología familiar.
- Características socioeconómicas.

- Características de la vivienda.
- Riesgos y enfermedades individuales.
- Antecedentes heredo familiares.
- Ciclo vital de la familia.
- Crisis familiares (Escala de Holmes).
- Capacitación para el auto cuidado.

Las Escalas de calificación de los riesgos propuestas por las autoras son las siguientes: Escala de calificación de riesgos biológicos, socioculturales y psicológicos representados en los siguientes cuadros.

ESCALA DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS BIOLÓGICOS

num.	Factor de Riesgo	Puntaje
1	EDADA (GRUPO ETAREO)	
	Menores de un año	4
	1 a 5 años	3
	12 a 20 años	2
	40 a 64 años	1
	Mayores de 65 años	2
	Mujeres de 12 a 49 años	3
2	Hacinamiento	3
3	Promiscuidad	3
4	Alimentación fuera de casa	1
5	Obesidad	2
6	Desnutrición en menores de 5 años	4
7	Falta de detecciones	1
8	Falta de vacunas de acuerdo a edad	4
9	Método de planificación familiar en caso necesario.	
	Ninguno	4
	Hormonal o preservativo	2
10	Sedentarismo	1
11	Embarazo	4
12	Antecedentes hereditarios:	
	Por cada patología	2
13	Patología familiar crónica o diagnosticada hace 2 años	
	Enfermedad crónica	5
	Enfermedad infecciosa	4
	Enfermedad Mental	3

ESCALA DE CALIFICACIONDE RIESGO SOCIOCULTURALES

Riesgos	Individual	Puntaje
1 Lugar de origen	Diferente origen	1
2 Tiempo de residencia	Más de 10 años	0
	De 3 a 5 años	1
	< de 2 años	2
3 Religión	Más de una religión	2
4 Estado civil del jefe de familia	Viudo	3
	Separado o divorciado	2
	Soltero	1
5 Escolaridad en > de 15 años	Analfabeta	3
	Sabe leer y escribir	2
	Primaria	1
6 Ocupación	Desempleado	3
	Empleo no calificado	2
	Empleo alto riesgo	2
7 Atención médica	Ninguno	1
8 Tenencia de vivienda	Rentada 1	1
	Prestada 2	2
9 Electricidad	Sin servicio	2
10 Piso de tierra	Si	4
11 Agua potable	Sin este servicio	4
12 Drenaje	Sin este servicio	4
13 fauna nociva	Mascotas no vacunadas	1
	Vectores de enfermedad	1
	Venenosos	2
14 Capacitación familiar en salud	Porcada uno de los temas que desconozcan	1

ESCALA DE CALIFICACION DE VARIABLES PSICOLOGICAS

Riesgos		Puntaje
1 estructura familiar	EXTENSA	1
	Extensa Compuesta	2
2 Años de unión de la pareja	1 a 3	3
	3 5	1
	15 A 30	2
	30 A 40	3
3 Crisis familiares por unidades de Holmes: suma total, de acuerdo al número que identifica la crisis	No existen problemas importantes 0-149	0
	Crisis leve 150-199	1
	Crisis Moderada 200 a 299	2
	Crisis Grave > 300	3
4 Tabaquismo	Positivo	3
5 Alcoholismo	Positivo	3
6 Tranquilizantes	Positivo	3
7 Defunción en algún miembro de la familia	Con repercusiones en la dinámica familiar	2

Escala de Holmes:

En la ponderación de los eventos que causan estrés, se tomo como base la escala de Holmes. En 1976, en el Journal of Psychosomatic Research, Thomas Holmes presento un test donde daba un determinado valor a eventos en la vida del hombre que son causa de estrés y cuya gravedad, en orden decreciente, eran inversamente proporcionales al valor dado. Esta escala de eventos críticos debe realizarse en función de los que hayan ocurrido, seis a ocho meses antes, ya que el factor tiempo es básico en la resolución de problemas.

El puntaje de la escala es de:

0 – 149:	No existen problemas importantes.
150 – 199:	Crisis leve.
200 – 299:	Crisis moderada.
Mayor de 300:	Crisis grave

PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACION.

Durante el periodo comprendido entre los meses de marzo a agosto del 2007, se le aplicó la encuesta a cada familia que reunía los criterios de inclusión, previa solicitud de consentimiento informado para la aplicación del cuestionario. Se realiza la encuesta en un ambiente de privacidad y cordialidad con los entrevistados.

ANALISIS ESTADISTICO:

La información se procesa en un equipo de cómputo a través del programa estadístico SPSS versión 15. El análisis de la información que se obtuvo se realizó con estadística descriptiva. Los resultados se presentaran en porcentajes y gráficas complementarias.

CONSIDERACIONES ETICAS

A todos los participantes en el estudio se les explico ampliamente las características de la investigación y se les solicito ratificar por escrito su aceptación a participaren la misma, firmando carta de consentimiento informado (anexo 4). La información y los resultados se manejaran de manera confidencial y para que sirvan de base para estudios posteriores.

Lo anterior de acuerdo a la norma establecida en el titulo 5º articulo 96 al 103 de la Ley General de Salud, por medio de las cuales se garantiza no dañar la integridad física, ni moral de las personas.

7. RESULTADOS:

Se estudiaron 150 familias del consultorio 11, turno matutino de la UMF no 30. Ario de Rosales Michoacán. De las características demográficas que presentan las familias destacan los siguientes datos: Tienen un promedio de edad de 29.5 años. Se conforman por cinco integrantes, dos de los cuales corresponden a los padres y tres hijos. Cuadro 1.

Respecto de los integrantes por sexo, encontramos en promedio 3 mujeres y 2 varones por familia.

En lo que se refiere al estado civil el 66% son casados. 19.33 % separados o divorciados, 12.6 % viudos y el 2% son madres solteras. Grafica 1. En lo que se refiere a escolaridad el 58% es profesional, con preparatoria 21.35 %, secundaria el 14.67%, primaria el 5.33% y en carreras técnicas como mecánico automotriz y auxiliar contable en un 0.67%. Por lo que podemos concluir que el nivel educativo es alto como se representa en la grafica 2. En la grafica 3 representa la frecuencia de la ocupación, encontrando que el 92.7 % son obreros, en 3.33% son comerciantes, en 2.67% profesionistas y 1.3% son campesinos, lo que contrasta con lo señalado en la gráfica 2, donde se señala que el 58 % son profesionistas.

La alimentación es adecuada en 86% en lo que se refiere a la composición, cantidad y la calidad de la dieta. En relación con la vivienda, la gráfica 4 permite valorar que el 64% tienen casa propia y el 36% no la poseen.

Finalmente en esta serie de datos descriptivos, en la gráfica 5, se muestran las familias según la etapa del ciclo vital, mostrando que el 37.3% se encuentran en etapa de dispersión, 32.67% en independencia, 18.67% en expansión, 6.67% en etapa de retiro y muerte el y solo el 4.67% en etapa de matrimonio.

Para profundizar en el análisis de los datos se clasificaron las familias según su tipología, cuadro 2. Encontrando que 66 % de las familias estudiadas son nucleares, 57 % modernas, 94 % urbanas. 84.7 % integradas. 66 % obreras y 74.7 presentan alteraciones en el desarrollo.

También se aplicó la escala de Holmes que se representa en la grafica 6 encontrando que en un 64% de las familias no existen problemas importantes, un 26% presentan crisis leves y un 10% crisis moderada.

Los riesgos familiares se agruparon en biológicos socioculturales y psicológicos, utilizando la ponderación propuesta por la autoras del instrumento, de acuerdo con ello, se obtuvo un puntaje global de riesgo por familia, considerando familias de alto riesgo, aquellas que logran puntajes arriba de 80 puntos.

Valorando lo referente a la capacitación de la familia, para actuar ante situaciones concretas llama la atención que es poca la capacitación que tiene la familia y la que si lo está, es para problemas crónico degenerativos en un 68.7%, para deshidratación en 68.7% y sabe aplicar inyecciones en 65.3 % representándose en el cuadro 3.

Los cuadros 4 y 5 muestran la asociación entre los resultados de la escala de Holmes en términos de eventos que causan estrés y el estado civil de los cónyuges para lo cual se utilizó la prueba Chi-cuadrada, con $p < 0.05$, esta relación

se ilustra en la grafica 7. Una situación similar pero relacionada con la escala de Holmes y las alteraciones en el desarrollo, se presenta en los cuadros 6 y 7, grafica8.

CUADRO 1: CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA FAMILIA		
Nº DE INTEGRANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2	13	8.7
3	21	14.0
4	38	25.3
5	42	28.0
6	18	12.0
7	12	8.0
8	3	2.0
9	1	0.7
10	1	0.7
12	1	0.7

N= 150

Fuente: Diagnostico familiar del consultorio No. 11 UMF 30

CUADRO 2. CARACTERISTICAS DE LA TIPOLOGIA FAMILIAR											
Conformación.	%	Desarrollo	%	demo grafía	%	Integración	%	Ocupación	%	Alt. en desarrollo	%
Nuclear	66.0	Moderna	57.3	urbana	94.7	Integrada	84.7	Profesional	30.0	Sin alteraciones	74.7
Seminuclear	23.3	Tradicional	42.7	Rural	5.3	Semiintegrada	15.3	Comerciante	4.0	Interrumpida	13.3
Extensa	6.7							Obrera	66.0	Contraída	10.7
Compuesta	4.0									Reconstruida	1.3

N= 150

Fuente: Diagnostico familiar del consultorio No.11 UMF 30

CUADRO 3 PATOLOGIA ORGANICA MAS FRECUENTE EN LAS FAMILIAS	
E .CRONICO DEGENERATIVAS	68.7 %
ACCIDENTES	17.3 %
PROBLEMAS INVALIDEZ	20.7 %
ENFERMEDAD CONGENITA	8.7 %
PROBLEMAS DE DISCAPACIDAD.	23.3 %

N= 150

Fuente: Diagnostico familiar del consultorio No. 11 UMF 30

Cuadro 4. Relación entre escala de Holmes y estado civil.

Escala de Holmes		ESTADO CIVIL				Total
		Casado	Separado o Divorciado	Viudo	Madre Soltera	
No existen problemas importantes	Recuento	73	15	6	2	96
	% de ESCALA DE HOLMES	76.0%	15.6%	6.3%	2.1%	100.0%
	% de ESTADO CIVIL	73.7%	51.7%	31.6%	66.7%	64.0%
	% del total	48.7%	10.0%	4.0%	1.3%	64.0%
Crisis Leve	Recuento	20	10	8	1	39
	% de ESCALA DE HOLMES	51.3%	25.6%	20.5%	2.6%	100.0%
	% de ESTADO CIVIL	20.2%	34.5%	42.1%	33.3%	26.0%
	% del Total	13.3%	6.7%	5.3%	.7%	26.0%
Crisis Moderada	Recuento	6	4	5	0	15
	% de ESCALA DE HOLMES	40.0%	26.7%	33.3%	.0%	100.0%
	% de ESTADO CIVIL	6.1%	13.8%	26.3%	.0%	10.0%
	% del total	4.0%	2.7%	3.3%	.0%	10.0%
Total	Recuento	99	29	19	3	150
	% de ESCALA DE HOLMES	66.0%	19.3%	12.7%	2.0%	100.0%
	% de ESTADO CIVIL	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% del total	66.0%	19.3%	12.7%	2.0%	100.0%

Cuadro 5. Prueba de Chi-cuadrada.

Prueba de Chi-cuadrado			
	Valor	gl	.
Chi-cuadrado de Pearson	16.625 ^a	6	0.011
Razón de verosimilitudes	15.979	6	0.014
Asociación lineal por lineal	11.510	1	0.001
Nº de casos válidos	150		

Para buscar asociación entre escala de Holmes y estado civil.

Cuadro 6. Relación entre escala de Holmes y alteraciones del desarrollo.

ESCALA DE HOLMES		ALTERACIONES EN EL DESARROLLO				Total
		Sin alteración	Interrumpida	Contraída	Reconstruida	
No existen problemas importantes	Recuento	81	10	5	0	96
	% de ESCALA DE HOLMES	84.4%	10.4%	5.2%	.0%	100.0%
	% de ALTERACIONES EN EL DESARROLLO	72.3%	50.0%	31.3%	.0%	64.0%
	% del total	54.0%	6.7%	3.3%	.0%	64.0%
Crisis Leve	Recuento	22	8	7	2	39
	% de ESCALA DE HOLMES	56.4%	20.5%	17.9%	5.1%	100.0%
	% de ALTERACIONES EN EL DESARROLLO	19.6%	40.0%	43.8%	100.0%	26.0%
	% del total	14.7%	5.3%	4.7%	1.3%	26.0%
Crisis Moderada	Recuento	9	2	4	0	15
	% de ESCALA DE HOLMES	60.0%	13.3%	26.7%	.0%	100.0%
	% de ALTERACIONES EN EL DESARROLLO	8.0%	10.0%	25.0%	.0%	10.0%
	% del total	6.0%	1.3%	2.7%	.0%	10.0%
Total	Recuento	112	20	16	2	150
	% de ESCALA DE HOLMES	74.7%	13.3%	10.7%	1.3%	100.0%
	% de ALTERACIONES EN EL DESARROLLO	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% del total	74.7%	13.3%	10.7%	1.3%	100.0%

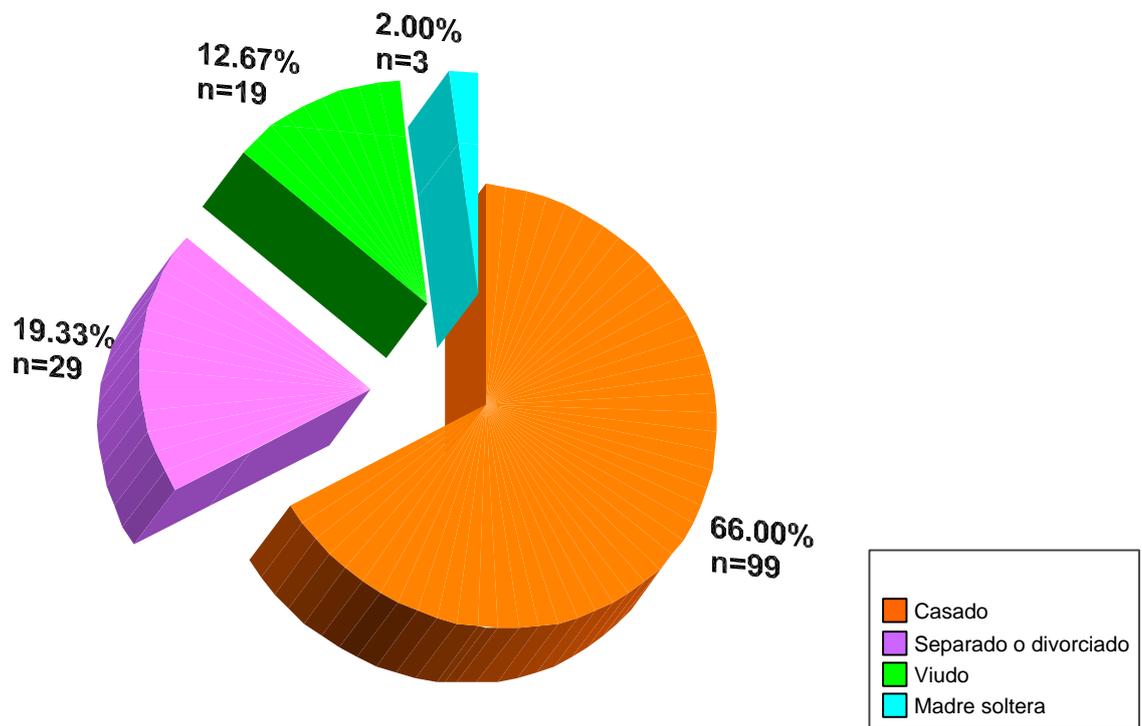
Cuadro 7. Prueba de Chi-cuadrada.

Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	gl	
Chi-cuadrado de Pearson	19.418 ^a	6	0.004
Razón de verosimilitudes	18.320	6	0.005
Asociación lineal por lineal	12.654	1	0
N de casos válidos	150		

Para buscar asociación entre escala de Holmes y alteraciones en el desarrollo.

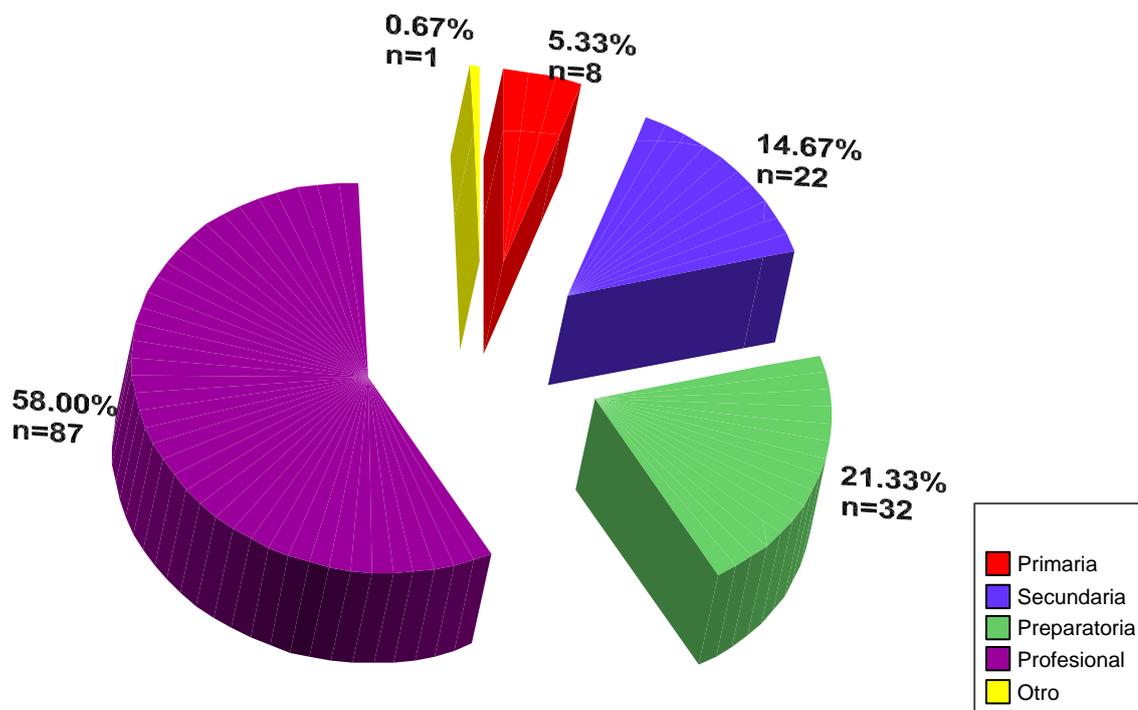
GRAFICA 1

ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO No. 11 UMF 30.



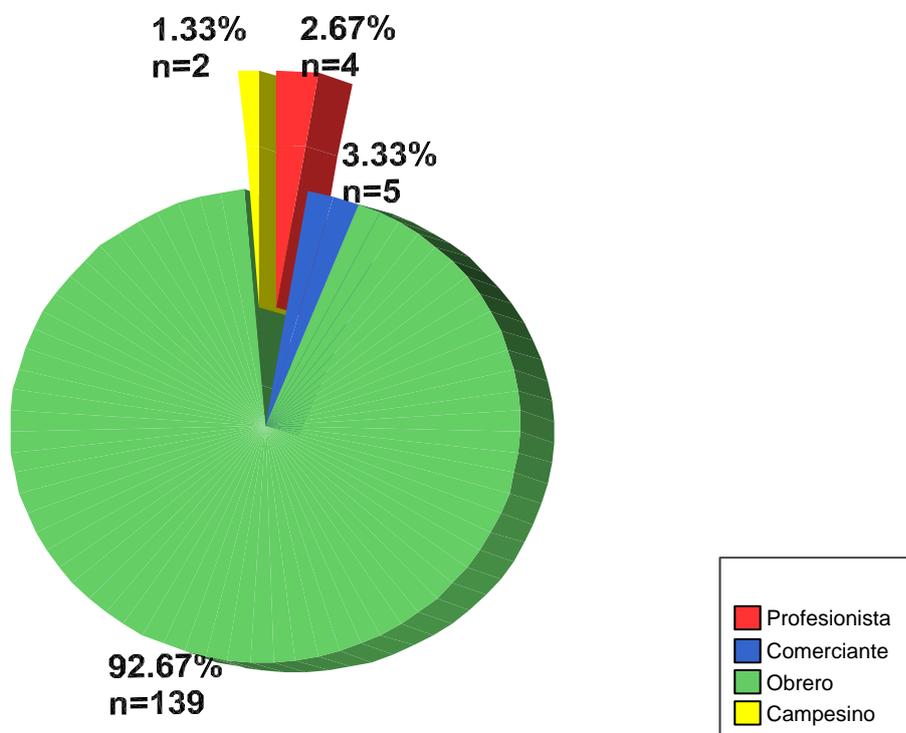
GRAFICA 2

ESCOLARIDAD DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO No. 11 UMF 30.



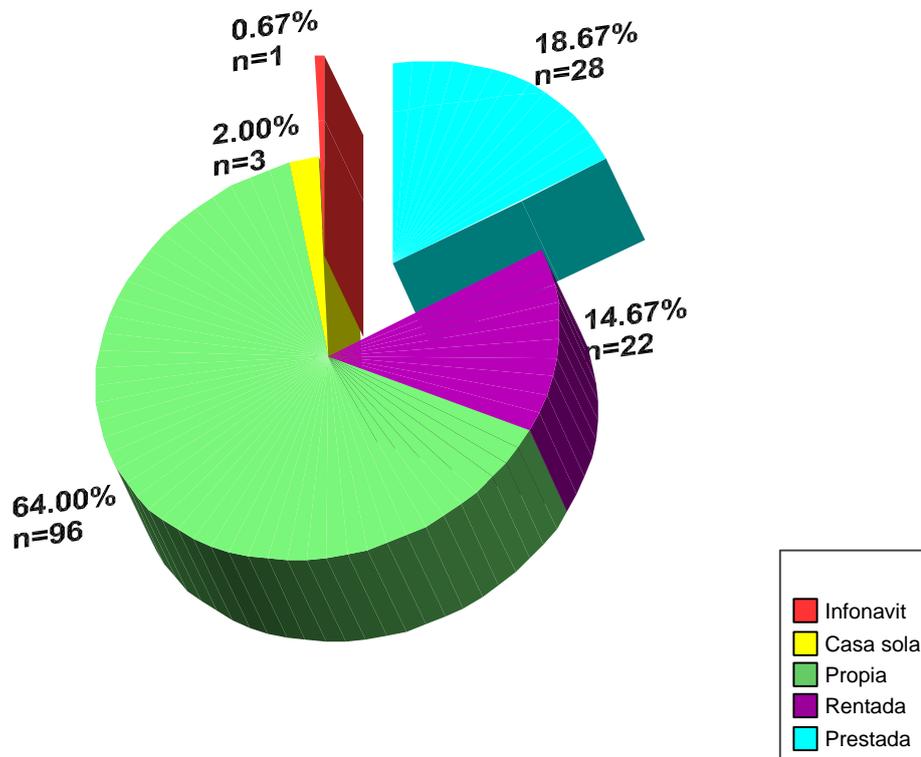
GRAFICA 3

OCUPACION DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO No. 11 UMF 30.



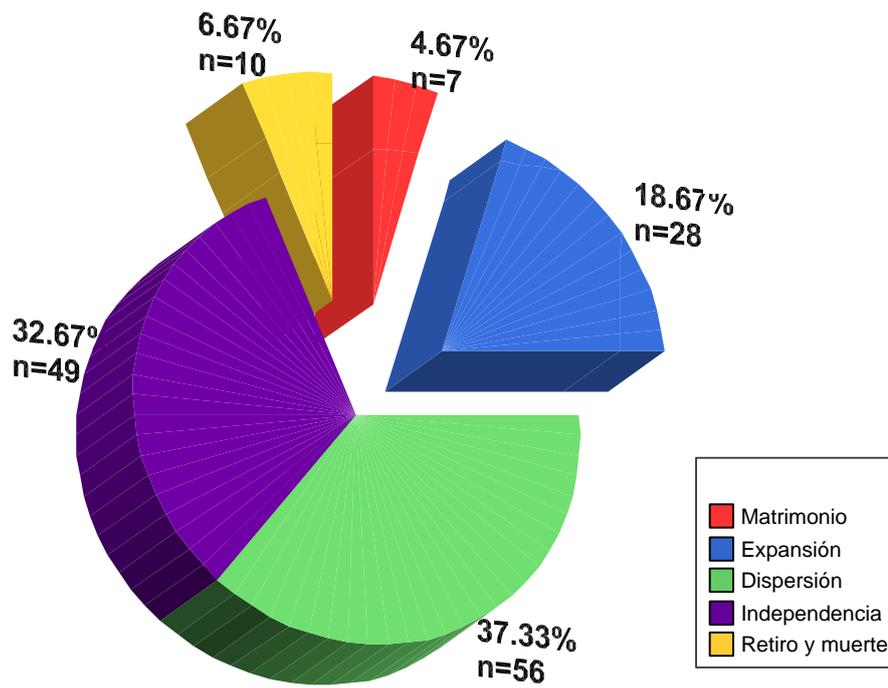
GRAFICA 4

VIVIENDA DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO No. 11 UMF 30.



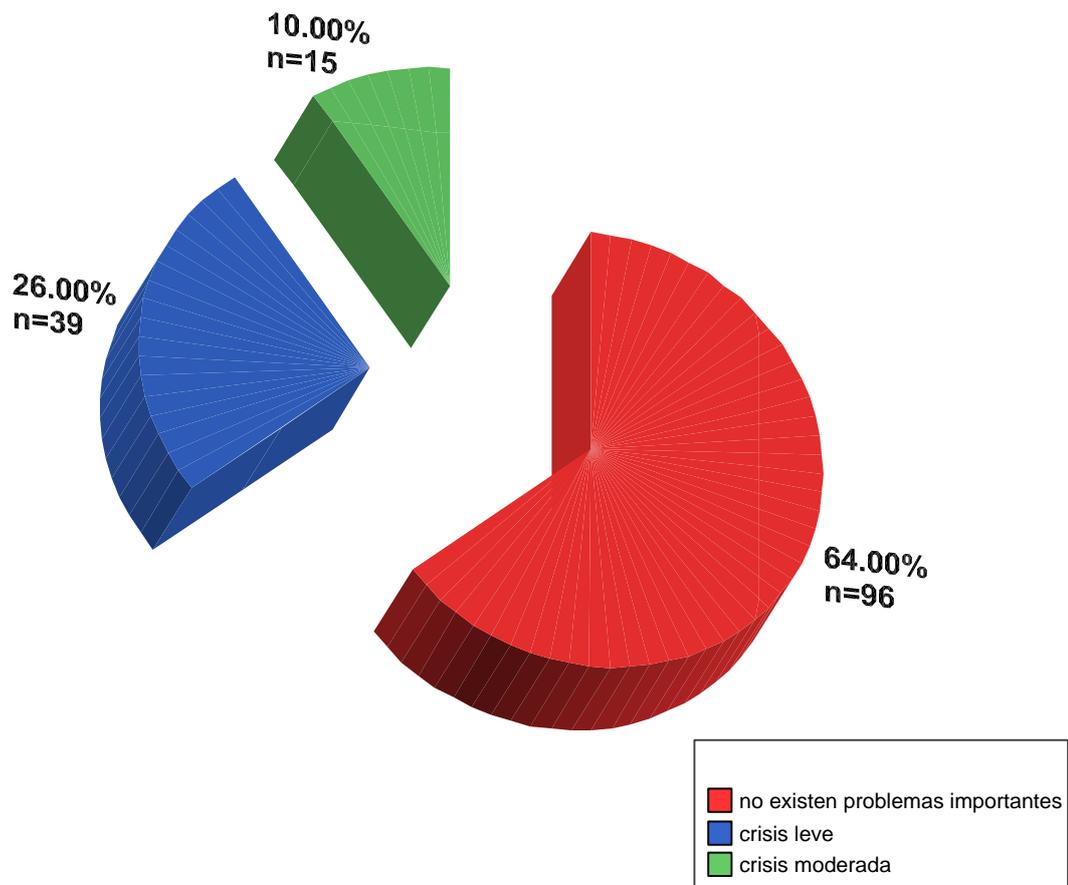
GRAFICA 5

EL CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO No. 11 UMF 30.

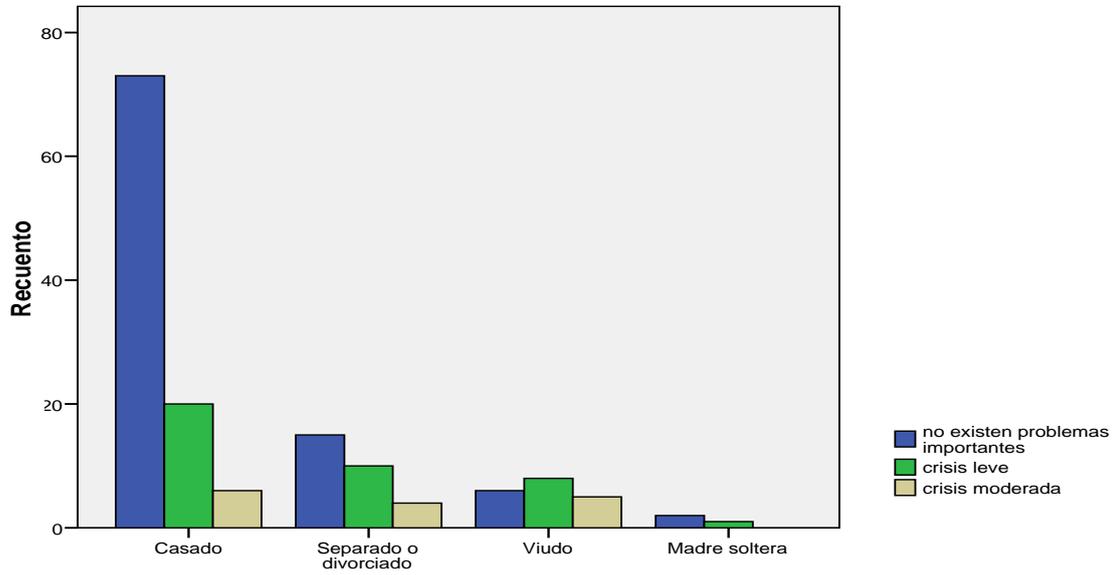


GRAFICA 6

ESCALA DE HOLMES DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO No. 11 UMF 30.

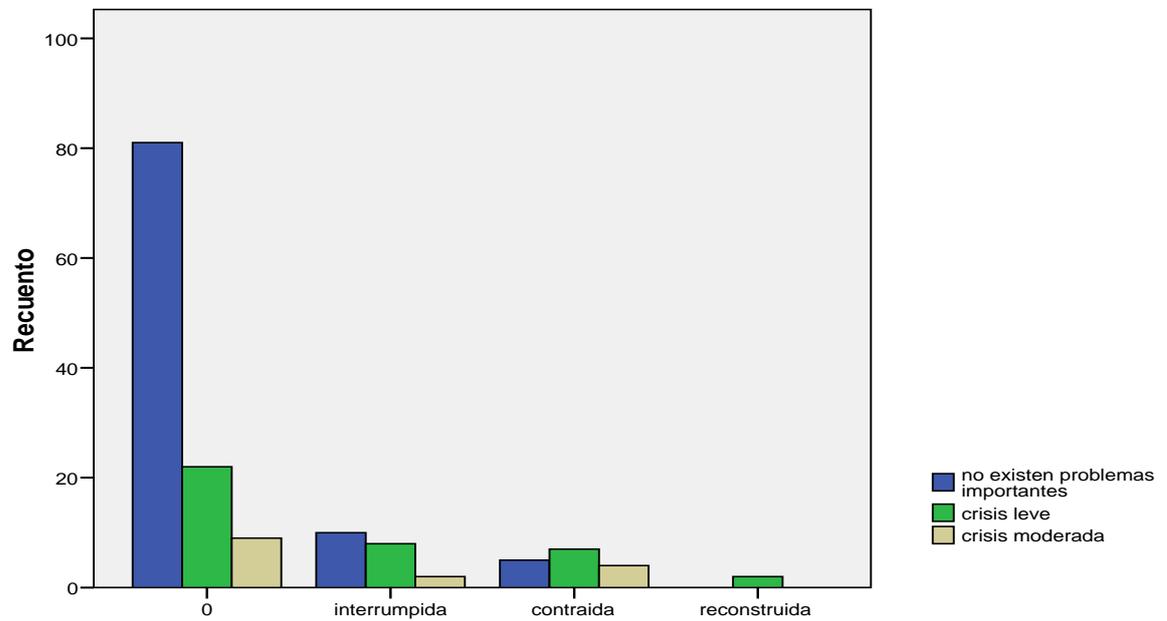


GRAFICA 7



REPRESENTA LA ASOCIACION ENTRE ESCALA DE HOLMES Y ESTADO CIVIL

GRAFICA 8



DEMUESTRA LA ASOCIACION ENTRE ESCALA DE HOLMES Y ALTERACIONES DEL DESARROLLO

8. DISCUSION

Los resultados obtenidos en esta investigación permiten comprender lo valioso que resulta para el médico familiar conocer el perfil de riesgo de las familias bajo su responsabilidad. El perfil de riesgo familiar, no es un fenómeno muy estudiado y de hecho; no existen instrumentos diseñados con este propósito. Hasta ahora los intentos para crear un modelo de diagnóstico familiar a nivel del consultorio han resultado poco prácticos.

El Consenso Mexicano de Medicina Familiar promovido por el Colegio Mexicano y los Profesores de Medicina Familiar, recomiendan un conjunto de instrumentos para el estudio de la dinámica familiar ⁽¹¹⁾, sin embargo ninguno de ellos permite hacer un diagnóstico epidemiológico a nivel del consultorio. En este sentido podemos afirmar que el “Expediente Familiar” ofrece la posibilidad de explorar las familias aparentemente sanas y que en general no plantean problemas psicodinámicos, pero que al tener en su seno un integrante con patología, representan un valioso recurso terapéutico. Es en este contexto, que el expediente familiar ha sido propuesto como alternativa para que el médico familiar recopile datos que le lleven a la formulación de un diagnóstico y un plan de acción en el consultorio.

Otro aspecto importante que se desprende de los resultados obtenidos en este estudio es que el expediente familiar integra en un solo documento los principales datos para el diagnóstico, es de fácil y rápida aplicación, proporcionando un panorama amplio de la familia en un enfoque biopsicosocial.

Ahora bien, el “Expediente familiar” como instrumento fue formulado hace más de 10 años, en este lapso han cambiado las concepciones teóricas de la familia y se han modificado los modelos de la medicina familiar. Por ejemplo; las escalas de valoración de riesgo propuestas por las autoras son discutibles, ya que consideran factores que han sido modificados por los consensos más actualizados, respecto a tipificación de familias.⁽³²⁾ De acuerdo con el Consenso Mexicano, ya citado; la familia se clasifica en cinco ejes fundamentales: *parentesco, presencia física en el hogar o convivencia, medios de subsistencia, nivel económico, nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios sociales.*

Con base en lo anterior, habría que considerar en modificar algunos aspectos del instrumento en el sentido de actualizarlo. Lo mismo podríamos decir de la Escala de Homes; ya que como se sabe este instrumento originalmente fue creado en los Estado Unidos de América para medir grados de “stress”, en el contexto de la sociedad Norteamericana. Por extrapolación se ha extendido a la Medicina Familiar Mexicana, pero en realidad es poco útil frente a otras escalas que recientemente se han probado como más sensibles y propias para estudiar familias mexicanas.⁽²²⁾

La escala de Holmes incorporada en el instrumento, no permite discriminar el tiempo entre la presencia del evento y la evaluación, pero tampoco permite relacionar el evento que causó estrés con el funcionamiento familiar, por lo que habría que incorporar otro test que permita medir funcionalidad familiar como el de la Dra. Emma Espejel,⁽³⁸⁾ que es un instrumento específico, completo y validado con familias mexicanas, con un alto grado de confiabilidad.

Dada la escasez de instrumentos para realizar un diagnóstico familiar a nivel del consultorio, consideramos que el expediente familiar posee una fortaleza importante para realizar las tres actividades técnico-administrativas propias del Perfil del Médico Familiar consistentes en: Diagnosticar, Planear y Evaluar las condiciones de Salud de la población adscrita. A partir de ello será posible organizar un plan de acción orientado a reducir los factores de riesgo individual y familiar.

9. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

Los objetivos propuestos en este estudio buscaban demostrar que el instrumento llamado "Expediente Familiar" es útil para determinar riesgos y daños a la Salud. Los resultados obtenidos muestran que en efecto es un instrumento fácil y práctico, susceptible de ser utilizado por cualquier médico familiar.

Este instrumento fue aplicado en la revisión de 150 familias, de mi población adscrita en la UMF N° 30 de Ario de Rosales Michoacán.

Concluyendo que es necesario reflexionar la forma en que practicamos la medicina familiar actualmente y romper con las ataduras, que nos ligan en forma exclusiva al enfoque biológico, curativo de la enfermedad.

Lo ideal no es mantener un enfoque individualista en la atención y prevención de las enfermedades, sino el integrar una visión biopsicosocial de la familia, en donde el médico debe de continuar desarrollando las habilidades del conocimiento humano como son el análisis, la síntesis y la evaluación para poder interpretar y formular propuestas acerca de los factores de riesgo que inciden en la salud del paciente y su familia, optimizando los recursos diagnósticos y terapéuticos, para jerarquizar un manejo integrador de la familia en las esferas biológica, psicológica y social del proceso salud- enfermedad.

Para lo cual es importante que el médico cuente con herramientas para poder llevar a cabo esta función y la propuesta de este trabajo es que el médico familiar aplique el "expediente familiar" en forma cotidiana en la consulta externa.

Concluimos que el "expediente familiar", es eficaz para valorar riesgos y daños a la salud, y con la información obtenida es posible realizar un programa de

actividades preventivas, con el objeto de identificar oportunamente las dificultades potenciales de las familias con respecto a su dinámica y desarrollo y facilitar la compatibilidad de las tareas evolutivas de cada miembro para favorecer el desarrollo normal de su ciclo vital, (crisis normativas) además de identificar las crisis paranormativas, desde una perspectiva clínica integral.

La única limitante observada en el instrumento, está en relación a que solo permite la tipificación de familias y el abordaje psico-social familiar se limita a la percepción individual de eventos que causan estrés en la familia, presentes 6 a 8 meses antes, a través de la escala de Holmes, dejando al margen la evaluación de la funcionalidad familiar. Por lo tanto sugiero modificar el “expediente familiar” en su propuesta inicial, ampliando la propuesta de tipificación de la familia utilizando el modelo de ciclo vital propuesto por Geyman, que por consenso es el de mayor uso entre los especialistas de medicina familiar.

En segundo término incluir como instrumento de evaluación del funcionamiento familiar, la Escala de Funcionalidad Familiar de la Dra. Emma Espejel, por considerar es un instrumento específico, completo, validado con familias mexicanas y además de contar con un alto grado de confiabilidad, evalúa roles, jerarquía, centralidad, límites, modos de control de conducta, alianzas, afectos negativos, comunicación y psicopatología.

De ésta manera y como producto de esta investigación queda el compromiso de elaborar un programa que se integre al expediente electrónico de mi unidad para posteriormente generalizarlo a todas las unidades de medicina familiar. De tal manera que a la par de los programas integrados a nivel de medicina familiar desde el punto de vista biológico, se incorpore uno más, el

“expediente familiar”, que permita el diagnóstico integral, cuyo enfoque bio-psico-social que es el principal objetivo del médico especialista en medicina familiar.

Estoy consciente de las diversas dificultades que implica la implementación de este programa; tiempo para el otorgamiento de la consulta, resistencia por parte del equipo interdisciplinario de salud ante esta expectativa, que si bien no es nueva, implica un cambio de paradigma en la atención médica institucional. Considero que cuando la búsqueda de conocimientos es voluntaria e intencionada y se une a la posibilidad de ponerlos en práctica, permite al médico conservar la motivación, ya que aprende más mediante el descubrimiento de soluciones a sus preguntas que en la memorización de datos, técnicas, tratamientos y experiencias ajenas a su realidad.

Los resultados del presente trabajo conforman la base para un estudio posterior, con el propósito de dar seguimiento a los resultados de esta nueva propuesta. Contribuyendo de esta manera a generar condiciones propicias para la coparticipación de la familia con el médico, en el cuidado de la salud. Siendo el médico persistente en su papel de orientador y consejero, con la seguridad de que a través de la autocrítica, la auto evaluación y el aprendizaje significativo, podremos avanzar hacia la visión de **medicina familiar** que todos deseamos.

Los porcentajes de riesgo familiar se concentran en el cuadro 7,8 Y 9 así como las acciones preventivas que se proponen para reducir los riesgos familiares. .

CUADRO 7.

PROGRAMA DE ACCIONES PARA REDUCIR RIESGOS FAMILIARES.

FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS BIOLÓGICOS	ACCIONES PREVENTIVAS
72% Sedentarismo	Realizar un programa de actividades físicas idóneas, de acuerdo a edad y padecimientos, previo revisión integral del individuo.
26% Falta de vacunas	Realizar una minuciosa revisión de las cartillas, aplicando el esquema inmunológico que hace falta de acuerdo a grupos etéreos.
29% Falta de detecciones	Revisar detalladamente la cartilla descubriendo las detecciones faltantes y efectuarlas.
38% Sin método de planificación familiar	Consejería con orientación de riesgo y método individualizado
59% Obesidad	Valoración continua de peso/talla e IMC para clasificar los grados de obesidad y modificar los factores de riesgo en coordinación con un plan de alimentación adecuado, mas ejercicios diarios durante 15 minutos mínimo.
75% Patología familiar crónica	Detectar los factores de riesgo de acuerdo a la patología encontrada en la familia, efectuando un programa de actividades preventivas según sea el caso. Determinando un perfil de riesgo familiar. Y control metabólico de sus patologías

CUADRO 8.**PROGRAMA DE ACCIONES PARA REDUCIR RIESGOS FAMILIARES.**

FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS SOCIOCULTURALES	ACCIONES PREVENTIVAS
16% de los mayores de 15 años tienen estudios menores a primaria o son analfabetas	Este porcentaje es poco significativo. Para modificarlo se da orientación y consejería sobre las diversas opciones de educación, para que inicien a estudiar ya sea en forma tradicional y/o a distancia a todos los analfabetas y/o con estudios incompletos.
39% esta desempleado o tiene un empleo no calificado.	Con la consejería sobre la educación se incide en cierta forma en este punto, abriéndose un poco el panorama, aunque puede ser un riesgo en el que poco podemos incidir.
76% de las familias se encuentran sin capacitación para la conservación de la salud	Insistir en el papel que tenemos como orientadores, interviniendo en un 2do Nivel de acuerdo a Doherty y Baird, realizar un programa de actividades diarias de capacitación familiar acorde a las necesidades previamente detectadas.

CUADRO 9.**PROGRAMA DE ACCIONES PARA REDUCIR RIESGOS FAMILIARES.**

FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS PSICOLOGICOS	ACCIONES PREVENTIVAS
72% con problemas de tabaquismo	Realizar un programa de orientación y consejería a fumadores crónicos, en coordinación con clínica de tabaquismo y la conformación de grupos de apoyo de autogestión.
42% con alcoholismo	Efectuar un programa de orientación y consejería sobre alcoholismo y su impacto en la familia. Derivando a los grupos de apoyo ya establecidos, continuar con ellos, evaluando la evolución del alcoholismo
10% hacen uso de tranquilizantes	Orientar sobre los efectos colaterales en el individuo y hacer mayor énfasis en consejería como sustitución o para erradicar el consumo de medicamento y evaluación integral de los efectos adversos.
0% cursa con crisis familiares severas	Consejería y orientación individual y familiar enfocada a riesgos, y canalización oportuna de las familias que cursen con disfunción familiar.

10. BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Almeida AG. La Medicina Familiar; Revista Medica del IMSS
1993; 31:11-22.
- 2.- Álvarez-Manilla JM. Atención Primaria a la Salud. Salud Pública México.
1988; 30:676-682.
- 3.- Gutiérrez CG. Evolución y estado actual de la Medicina Familiar en México.
Rev. Mex. Med. Fam. 1990; 3:87-106.
- 4.- Lauro BL. La familia en la determinación de la salud.
Rev. Cubana Salud Publica; 2003:29 (1).
- 5.- Medalie JH. Medicina Familiar. 1era. Edición. Editorial Limusa: 1987
- 6.- Saucedo GJ. Foncerrada MM. La exploración de la familia. Aspectos médicos,
psicológicos y sociales. Rev. Med. IMSS 1981; 19: 155-163.
- 7.- Álvarez AR. Medicina Preventiva, Salud Pública. Editorial. Manual Moderno:
1991; 41-55.
- 8.- Huerta G JL. Estudio de Salud Familiar. Salazar FG. PAC MF -1 Programa de
Actualización Continúa en Medicina Familiar – 1. 1^{era}. Ed. México DF. Editorial
Intersistemas; 2000. p. 11-38.
- 9.- Mukodsi CM. Hernández RA. Columbié SW. González OE. Amador AD. El
enfoque de riesgo por patología en Atención Primaria de Salud. Rev. Cubana
de Medicina General: 2003 (23 de enero del 2008); 19(6). Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_6_03/mgi01603.htm.

- 10.- Alma-Ata. Atención primaria de salud a 25 años de la Declaración de Alma-Ata. Oficina Panamericana de la Salud. 1978 (23 de enero del 2008): 25.
<http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/almaata25.htm>
- 11.-Lifshitz GA. Modelo Moderno de Atención a la Salud y el Proceso Educativo. Panamericana de Salud. Rev. Med. IMSS. 1994(3); 97-99.
- 12.- García PC. Muñoz O. Duran L. Vázquez F. La medicina familiar en los albores Del siglo XXI. 1^{era} Edición. México DF: Editorial: CAMS; 2006.
- 13.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnostico de Medicina Familiar del IMSS. México DF: Dirección. Gral. Lic. Genaro Borrego Estrada; 1995; 22.
- 14.- González OM. Farfán SG. Colegio Mexicano de Medicina Familiar. Programa De Actualización Continúa en Medicina Familiar – 2. 1^{era} Ed. México DF. Editorial Intel sistemas; 2000. pp.:31.
- 15.- Boletín de la Oficina Sanitaria. Panamericana. Temas de actualidad: Atención Primaria a la Salud. Diez años después de alma. Ata. 1988; 2:176-82.
- 16.- Gómez-Clavelina FJ. Irigoyen-Coria A. Ponce-Rosas ER. Selección Y análisis de instrumentos de evaluación de la estructura y funcionalidad Familiar. Arch. Med. Fam. 1999 1(2).
17. - Farfan SG. Enfoque de riesgo. Instituto Mexicano del Seguro Social. Jornadas conmemorativas por XV aniversario. Octubre 1993; 18-23.
- 18.- Subdirección General Médica. Jefatura de atención primaria a la salud. Subjefatura de Fomento a la Salud. Fomento a la salud por el medico de familia, IMSS 1990; 30-48.

- 19.- Minuchin S. Técnicas de Terapia Familiar. México DF.
Editorial: Paidós; 1989.
- 20.- Asociación Latino Americana de Profesores de Medicina Familiar AC
Conceptos básicos para el estudio de familias; Archivos de Medicina Familiar; Vol. 7:1; pp. 15-19.
- 21.- Jon Bertalanffy. Teoría General de Sistemas: México DF. Editorial:
Fondo de cultura económica; 1976.
- 22.- Velasco Campos L. Luna PM. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. 1^{era} Edición. México DF: Editorial Pax México Librería; 2006.
- 23.- Chávez B. Aguilar. M. Aptitud clínica en el manejo de la familia en Residentes de medicina familiar; Rev. Med. IMSS; 2002: 40 (6).
- 24.- Minuchin S. Familias y terapia familiar. 2^{da} Ed; Barcelona. Editorial:
Gedesa. 1979.
- 25.- Irigoyen Coria A. Fundamentos de Medicina Familiar. 5ta Ed. México DF
Medicina familiar mexicana; 1998.
- 26.- Irigoyen Coria A. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar; 3^{era}. Ed;
México DF. Editorial: Medicina familiar mexicana; 2006.
- 27.- Chagoya BC. Dinámica familiar y patología en la familia. Medio propiciador O inhibidor del desarrollo humano. 2da. Edición. Medico; Ediciones Médicas del hospital infantil de México; 1980:53-66.
- 28.- Huerta Martines N. Valadez Rivas B. Frecuencia de distribución familiar En una clínica de medicina familiar, en una clínica de medicina ISSSTE En la ciudad de México. Arch. Med. Fam. 2001: 3 (4).

29. - Irigoyen Coria A. Diagnostico Familiar. 4^{ta}. Ed. México DF
Medicina familiar mexicana; 1994.
- 30.- Lynn Hoffman. Fundamentos de terapia familiar. 4^{ta}. Reimpresión.
Medicina familiar mexicana; 1996.
- 31.- Ackerman NW. Diagnostico y tratamiento de las relaciones familiares.
1era. Ed. Buenos Aires; Editorial: Gedesa; 1979.
- 32.- Virginia Satir. Psicoterapia familiar conjunta. México DF.
Ediciones científicas la prensa médica mexicana. S.A.; 1986.
- 33.- Álvarez A. Rafael. Medicina Preventiva y Salud Pública. México DF.
Editorial: el manual moderno; 1991.
- 34.- Jackson DD. Interacción familiar y homeostasis familiar. 2^{da}. Ed;
Buenos Aires; Editorial: Tiempo contemporáneo. 1974.
- 35.- Hoffman L. Fundamentos de terapia familiar. 3^{er} Ed. México DF
Editorial: fondo de cultura económica.
- 36.- Andolfi M. Terapia Familiar. 3^{era}. Edición. México DF.
Editorial Paidos; 1989.
- 37.- Carranza BO. Evaluación del modelo educativo de la especialidad de
Medicina familiares egresados del hospital general regional no. 1 en Morelia.
IMCED Morelia, 2003. Tesis de maestría en investigación educativa.
- 38.- Espejel AE. Escala de Evaluación Familiar. Instituto de la Familia A.C.
Marzo 1996; 7(16).



**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 30
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR SEMIPRESENCIAL
ESTUDIO DE SALUD FAMILIAR**

ANEXO 1

1. FECHA _____ 2. NOMBRE DEL MEDICO _____
 3. FAMILIA _____ 4. LUGAR DE ORIGEN _____
 5. DOMICILIO _____ 6. TEL PARTICULAR _____
 7. RELIGION _____ 8. EMPRESA DONDE TRABAJA _____ 9. TELEFONO _____

C O M P O S I C I O N	10. NOMBRE	11. SEXO		12. NACIMIENTO			13. EDAD	14. ED CIVIL	15. ESCOLARIDAD					16. OCUPACION	17. ING FAM MENSUAL	18. ALIMENTACION A SEMANA		19. VIVIENDA Y SERVICIO		20. CAUSAS DE DISFUNCION
		M	F	DIA	MES	AÑO			PRIM	SEC	PREP	PROF	OTRO			LECHE		SI	NO	
P																				
M																				
H1																				
H2																				
H3																				
H4																				
H5																				
O																				
T																				
R																				
S																				

- | | | | | | | | | | |
|----|-----------------------|----|----------------------|----|----------------------|-----|---------------------|-------|--------------------------|
| DI | Diabetes | CA | Cáncer | AL | Alcoholismo | FV | Falta e vacunas | HOP | Hepatitis |
| OB | Obesidad | A | Alergias | TR | Tranquilizante | PF | Planificación Fam | NEU | Neurosis |
| HA | Hipertensión Arterial | I | Infartos | DR | Drogadicción | RR | Riesgo Reproductivo | IS | Intento de Suicidio |
| TB | Tuberculosis | EP | Epilepsias | CF | Comida fuera de casa | S | Sedentarismo | E INC | Enfermedad discapacitado |
| SI | Sifilis | MC | Malformaciones conge | DN | Desnutrición | ACC | Accidentes | EMB | Embarazo |
| PM | Padecimiento mental | T | Tabaquismo | FD | Falta de detección | LXA | Lesiones por Asalto | | |

Factores de riesgo	21. ANTECEDENTES FAMILIARES										22. ANTECEDENTES PERSONALES										23. PATOLOGIA DIAGNOSTICADA EN EL ULTIMO AÑO										OTROS				
	DI	OB	HA	TB	SI	PM	CA	A	I	EP	MC	T	AI	TR	DR	CF	DN	FD	FV	PF	RR	S	ACC	LXA	HOP	AI	NEU	DI	HA	EP		IS	E INC	EMB	
P																																			
M																																			
H1																																			
H2																																			
H3																																			
H4																																			
H5																																			
otros																																			

ESTUDIO DE LA DINAMICA FAMILIAR

24. CICLO VITAL FAMILIAR		25. TIPO FAMILIAR		26. CRISIS FAMILIAR (ESCALA DE HOLMES)			27. LA FAMILIA ESTA CAPACITADA PARA ACTUAR EN EL CASO DE		SI	NO
MATRIMONIO		NUCLEAR	100	MUERTE DEL CONYUGE	28	DIFICULTADES CON LOS PARIENTES	FAMILIARES DISCAPACITADOS			
ESPANSION		SEMINUCLEAR	73	DIVORCIO	26	ESPOSA DEJA O COMIENZA A TRABAJAR	PROBLEMAS CRONICOS DEGENERATIVOS			
DISPERSION		COMPUESTA	63	SEPARACION MATRIMONIAL	26	INICIA O TERMINA CICLO ESCOLAR	HIJOS CON PROBLEMAS CONGENITOS			
INDEPENDENCIA		RURAL	63	CAUSAS PENALES	25	CAMBIO EN LAS CONDICIONES DE VIDA	PROBLEMAS DE INVALIDEZ			
RETIRO Y MUERTE		URBANA	63	MUERTE DE UN FAMILIAR CERCANO	24	REVISION DE HABITOS PERSONALES	DESHIDRATACION			
		INTEGRADA	53	LESION O ENFERMEDAD PERSONAL	23	PROBLEMAS CON EL JEFE	PERDIDA DE CONOCIMIENTO O CONVULSIONES			
		SEMI-INTEGRADA	50	MATRIMONIO<	20	CAMBIO EN EL HORARIO O CONDICIONES DE TRABAJO	HEMORRAGIAS			
		DESINTEGRADA	47	PERDIDA DE EMPLEO	20	CAMBIO DE RESIDENCIA	ACCIDENTES			
		MODERNA	45	RECONCILIACION MATRIMONIAL	20	CAMBIO DE ESCUELA	SABE APLICAR INYECCIONES			
		TRADICIONAL	45	JUBILACION	19	CAMBIO DE RECREACION	EN CONTINGENCIAS AMBIENTALES			
		ARCAICA	44	CAMBIOS EN LA SALUD DE UN FAMILIAR	19	CAMBIO DE ACTIVIDADES RELIGIOSAS	INCENDIO			
		PROFESIONAL	40	EMBARAZO	18	CAMBIO DE ACTIVIDADES SOCIALES	SISMO			
		COMERCIANTE	39	PROBLEMAS SEXUALES	17	HIPOTECA O PRESTAMO MENOR	OTROS			
		OBRAERA	39	NACIMIENTO DE UN HIJO	16	CAMBIO DE LOS HABITOS DE SUEÑO				
		CAMPECINA	39	REAJUSTE EN LOS NEGOCIOS	15	AUMENTO EN EL N° DE REUNIONES FAMILIARES				
		INTERRUMPIDA	38	CAMBIOS EN EL EDO FINANCIERO	15	CAMBIO EN LOS HABITOS ALIMENTARIOS				
		CONTRAIDA	37	MUERTE DE UN AMIGO QUERIDO	13	VACACIONES				
		RECONSTRUIDA	36	CAMBIO A UNA LINEA DIFERENTE DE TRABAJO	12	NAVIDAD				
			35	CAMBIO EN EL N° DE DISCUSIONES CON LA PAREJA	11	VIOLACIONES MENORES A LA LEY				
			31	HIPOTECA MAYOR						
			30	JUICIO POR HIPOTECA O PRESTAMO						
			29	CAMBIO DE RESPONSABILIDAD EN EL TRABAJO		TOTAL				
			29	UNO DE LOS HIJOS ABANDONA EL HOGAR		DIAGNOSTICO				

28. PROBLEMAS FAMILIARES DELEVANTES	

**PUNTAJE DE HOLMES: (DE 0 A 149 NO EXISTE PROBLEMAS IMPORTANTES)
(200 A 299 CRISIS MOREDADA)**

**(150 A 199 CRISIS LEVE)
(> A 300 CRISIS GRAVE)**

ESCALA DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS BIOLÓGICOS

num.	Factor de Riesgo	Puntaje
1	EDAD (GRUPO ETAREO)	
	Menores de un año	4
	1 a 5 años	3
	12 a 20 años	2
	40 a 64 años	1
	Mayores de 65 años	2
	Mujeres de 12 a 49 años	3
2	Hacinamiento	3
3	Promiscuidad	3
4	Alimentación fuera de casa	1
5	Obesidad	2
6	Desnutrición en menores de 5 años	4
7	Falta de detecciones	1
8	Falta de vacunas de acuerdo a edad	4
9	Método de planificación familiar en caso necesario.	
	Ninguno Hormonal o preservativo	4 2
10	Sedentarismo	1
11	Embarazo	4
12	Antecedentes hereditarios:	
	Por cada patología	2
13	Patología familiar crónica o diagnosticada hace 2 años	
	Enfermedad crónica	5
	Enfermedad infecciosa	4
	Enfermedad Mental	3

ESCALA DE CALIFICACION DE RIESGO SOCIOCULTURALES

Riesgos	Individual	Puntaje
1 Lugar de origen	Diferente origen	1
2 Tiempo de residencia	Más de 10 años	0
	De 3 a 5 años	1
	< de 2 años	2
3 Religión	Más de una religión	2
4 Estado civil del jefe de familia	Viudo	3
	Separado o divorciado	2
	Soltero	1
5 Escolaridad en > de 15 años	Analfabeta	3
	Sabe leer y escribir	2
	Primaria	1
6 Ocupación	Desempleado	3
	Empleo no calificado	2
	Empleo alto riesgo	2
7 Atención médica	Ninguno	1
8 Tenencia de vivienda	Rentada 1	1
	Prestada 2	2
9 Electricidad	Sin servicio	2
10 Piso de tierra	Si	4
11 Agua potable	Sin este servicio	4
12 Drenaje	Sin este servicio	4
13 fauna nociva	Mascotas no vacunadas	1
	Vectores de enfermedad	1
	Venenosos	2
14 Capacitación familiar en salud	Porcada uno de los temas que desconozcan	1

ESCALA DE CALIFICACION DE VARIABLES PSICOLOGICAS

Riesgos		Puntaje
1 estructura familiar	EXTENSA	1
	Extensa Compuesta	2
2 Años de unión de la pareja	1 a 3	3
	3 5	1
	15 A 30	2
	30 A 40	3
3 Crisis familiares por unidades de Holmes: suma total, de acuerdo al número que identifica la crisis	No existen problemas importantes 0-149	0
	Crisis leve 150-199	1
	Crisis Moderada 200 a 299	2
	Crisis Grave > 300	3
4 Tabaquismo	Positivo	3
5 Alcoholismo	Positivo	3
6 Tranquilizantes	Positivo	3
7 Defunción en algún miembro de la familia	Con repercusiones en la dinámica familiar	2

ESCALA DE HOLMES		
	EVENTO	VALOR
01.-	MUERTE DEL CONYUGE	100
02.-	DIVORCIO	73
03.-	SEPARACION MATRIMONIAL	63
04.-	CAUSAS PENALES	63
05.-	MUERTE DE UN FAMILIAR CERCANO	63
06.-	LESION O ENFRMEDAD PERSONAL	53
07.-	MATRIMONIO	50
08.-	PERDIDA DE EMPLEO	47
09.-	RECONCILIACION MATRIMONIAL	45
10.-	JUBILACION	45
11.-	CAMBIOS EN LA SALUD DE UN FAMILIAR	44
12.-	EMBARAZO	40
13.-	PROBLEMAS SEXUALES	39
14.-	NACIMIENTO DE UN HIJO	39
15.-	REAJUSTE DE NEGOCIOS	39
16.-	CAMBIOS EN EL ESTADO FINANCIERO	38
17.-	MUERTE DE UN AMIGO QUERIDO	37
18.-	CAMBIO A UNA LINEA DIFERENTE DE TRABAJO	36
19.-	CAMBIO DEL NUMERO DE DISCUSIONES CON LA PAREJA	35
20.-	HIPOTECA MAYOR	31
21.-	JUICIO POR UNA HIPOTECA O PRESTAMO	30
22.-	CAMBIO DE RESPONSABILIDAD EN EL TRABAJO	29
23.-	UNO DE LOS HIJOS ABANDONA EL HOGAR	29
24.-	DIFICULTADES CON LOS PARIENTES POLITICOS	29
25.-	LOGRO PERSONAL NOTABLE	28
26.-	LA ESPOSA COMIENZA O DEJA DE TRABAJAR	26
27.-	INICIA O TERMINA EL CICLO ESCOLAR	26
28.-	CAMBIO EN LAS CONDICIONES DE VIDA	25
29.-	REVISION DE HABITOS PERSONALES	24
30.-	PROBLEMAS CON EL JEFE	23
31.-	CAMBIO EN EL HORARIO O CONDICIONES DE TRABAJO	20
32.-	CAMBIO DE RESIDENCIA	20
33.-	CAMBIO DE ESCUELA	20
34.-	CAMBIO DE RECREACION	19
35.-	CAMBIO EN LAS ACTIVIDADES RELIGIOSAS	19
36.-	CAMBIO EN LAS ACTIVIDADES SOCIALES	18
37.-	HIPOTECA O PRESTAMO MENOR	17
38.-	CAMBIOS EN LOS HABITOS DE SUEÑO	16
39.-	CAMBIO EN EL NUMERO DE REUIONES FAMILIARES	15
40.-	CAMBIO EN LOS HABITOS ALIMENTARIOS	15
41.-	VACACIONES	13
42.-	NAVIDAD	12
43.-	VIOLACIONES MENORES A LA LEY	11
	TOTAL	

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN
PROYECTO DE INVESTIGACION.**

Por medio de la presente declaro que acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

**EVALUACION DE LOS RIESGOS DE SALUD A TRAVÉS DEL EXPEDIENTE
FAMILIAR EN LA UMF No. 30 ARIO DE ROSALES MICHOACAN.**

El objetivo de este estudio es identificar los factores de riesgo y daño de la familia y como saber que tipo de familias atienden, cuales son las crisis que presentan, para así poder planear actividades que puedan impactar en lo encontrado.

Se practicará un cuestionario por familia, para identificar lo anteriormente mencionado, agregando dentro de este instrumento la escala de holmes.

También se me ha informado que el siguiente procedimiento no atentara contra mi integridad física, ni moral, debido a mi participación en el estudio. Y que el investigador se ha comprometido a darme información, a responder a cualquier pregunta y aclarar dudas que le plantee acerca del cuestionario y de los resultados obtenidos o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto. Y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma del paciente.

Investigador.

Nombre y firma de un integrante de la familia.

Testigo.