

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA



DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION Y POSTGRADO

**“DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON EVENTO
VASCULAR CEREBRAL DEL HOSPITAL GENERAL
REGIONAL #1 DE CULIACAN, SINALOA.”**

TESIS

COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

ELBA ANGELICA NUÑEZ GALLARDO

ASESOR Y DIRECTOR DE TESIS:

MC. PAULA FLORES FLORES

CULIACAN ROSALES SINALOA, FEBRERO 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

CONSTANCIA DE REALIZACIÓN DE EXAMEN FINAL

En la Subdivisión de Medicina Familiar, se reunieron a las 12:00 hrs., del día 22 del mes de febrero de dos mil once.

Constituida como recinto de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina, los señores profesores: Dr. Juan José Mazón Ramírez, Dr. Isaias Hernández Torres, Dr. Pedro Dorantes Barrios, bajo la presidencia del primero y fungiendo como Secretario el último para proceder a realizar el examen final del Curso de Especialización en:

MEDICINA FAMILIAR

del (la) alumna(o):

NÚÑEZ GALLARDO ELBA ANGÉLICA

Los señores sinodales interrogaron al sustentante y después de debatir entre sí, reservada y libremente, resolvieron:

A P R O B A R L A

Acto continuo el Presidente del Jurado le comunicó el resultado de su examen con lo cual se dio por terminado el acto levantándose la presenta acta, y firman los que en el acto intervinieron.

NOMBRE

FIRMA

Presidente: Dr. Juan José Mazón Ramírez

Secretario: Dr. Isaias Hernández Torres

Vocal: Dr. Pedro Dorantes Barrios

Vocal: _____

Vocal: _____

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN

PROFESOR TITULAR

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ

Esta constancia se expide para conocimiento de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina y del propio interesado. No tiene validez oficial para fines de acreditación académica y deberá ser canjeada por el interesado, por una copia del acta de examen final expedida por la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Estudios Posgrado.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
COORDINACIÓN DE DOCENCIA
UNAM

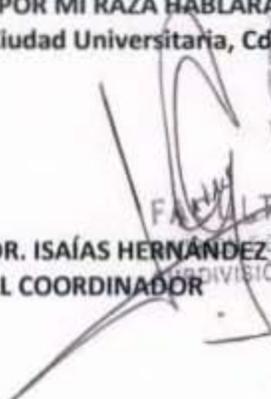
Asunto: Liberación de Tesis.

DR. CARLOS LAVALLE MONTALVO
JEFE DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
PRESENTE

Informo a usted que la tesis de Especialidad en Medicina Familiar perteneciente a el (la) alumno(a) **NÚÑEZ GALLARDO ELBA ANGÉLICA** denominada: "DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON EVENTO VASCULAR CEREBRAL DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 DE CULIACÁN SINALOA", reúne los requisitos y calidad suficientes para ser sometida a consideración del jurado de examen.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 22 de agosto de 2016



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
EL COORDINADOR

Ccp: Archivo

JJMR/IHT/CGP***



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
UNAM

Asunto: Propuesta de Jurado

DR. CARLOS LAVALLE MONTALVO
JEFE DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
PRESENTE

Me dirijo a usted para informarle que el (la) Dr.(a) NÚÑEZ GALLARDO ELBA ANGÉLICA
con el número de cuenta de la UNAM: ----- Realizó el Curso de Especialización en Medicina
Familiar en la sede: UMF No. 46 Culiacán, Sinaloa, del IMSS. En la generación 2005-2010.
Habiendo cubierto todos los créditos, por lo que solicito autorización para la realización de su examen
final.

El examen deberá efectuarse el día: 22 de febrero de 2011 a las 12:00 hrs
En: Subdivisión de Medicina Familiar
Ubicado en: Ciudad Universitaria
Titulo de tesis: "DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON EVENTO VASCULAR CEREBRAL
DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 DE CULIACÁN SINALOA"

El jurado será el siguiente:
Presidente: Dr. Juan José Mazón Ramírez
Secretario: Dr. Isaías Hernández Torres
Vocales: Dr. Pedro Dorantes Barrios

Suplente: _____

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 22 de agosto de 2016


DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO

C.c.p. Dr. Isaías Hernández Torres.-Coordinador de Docencia.-Subdivisión de Medicina Familiar.- Facultad de Medicina.-UNAM.

INDICE

1.- Titulo.....	1
2.-Justificación.....	9
3.-Marco teórico.....	11
4.-Planteamiento del problema.....	14
5.-Objetivo general.....	14
6.-Objetivo específico.....	14
7.-Hipotesis.....	14
8.-Material y métodos.....	15
9.-Población de estudio	15
10.-Criterios de inclusión.....	15
11.-Criterios de exclusión.....	16
12.-Criterios de eliminación.....	16
13.-Ambitos geográficos.....	16
14.-Variables.....	17
15.-Diseño estadístico.....	9
16.-Universo del trabajo	18
17.-Análisis estadístico.....	18
18.-Recursos humanos.....	18
19.-Recursos materiales.....	18
20.-Financiamiento del proyecto	18

22.- Limites de tiempo de la investigacion	19
23.-Cronograma de Actividades.....	19
24.-Anexos.....	21
25.-Bibliografía.....	26

INTRODUCCION.

En el transcurso de la segunda mitad del siglo pasado se ha producido un cambio global del patrón de enfermedades. De forma progresiva se ha evolucionado desde un patrón correspondiente a enfermedades agudas, esencialmente establecido por las enfermedades infecciosas, hace un patrón dominante, actual y prospectivo, determinado por las enfermedades crónicas. Las enfermedades crónicas constituyen actualmente la mayor causa de mortalidad, mortalidad prematura y pérdida de expectativa de vida. Suponen la principal causa de minusvalía, pérdida de productividad y deterioro en la calidad de vida, y además ocasionan la mayoría del gasto sanitario global.

En la mayoría de las ocasiones el tratamiento adecuado de las enfermedades crónicas requiere unos cuidados complejos y dinámicos que sin embargo son manifiestamente provistos de una forma fragmentada, descoordinada, incompleta o incluso en conflicto mutuo. El cuidado a pacientes crónicos requiere de unas estrategias mas sofisticadas, integrales, interdisciplinarias e individualizadas que las que los sistemas sanitarios actuales y los modelos de provisión de cuidados en los que se basan, están capacitados para proveer.

Mejorar los sistemas sanitarios para afrontar las necesidades de estos colectivos de pacientes es probablemente el reto mas importante a afrontar por la asistencia sanitaria en este siglo, y cada vez se manifiesta más nítidamente que no se trata de una opción, sino de una necesidad.

Durante las últimas tres décadas, la investigación sobre las enfermedades crónicas ha intensificado de forma rápida y efectiva, y no exclusivamente en los ámbitos médicos y asistenciales, sino que se ha convertido en un campo de investigación multidisciplinar en el que convergen campos aparentemente tan diversos como la sociología, la psicología, la economía, la tecnología, etc.

JUSTIFICACION.-

Los pacientes con secuelas de Eventos Vasculares Cerebrales (EVC) son un problema de salud que ocupan los primeros lugares de prevalencia a nivel mundial. En México va en ascenso rápidamente, la enfermedad cerebrovascular, es una lesión debido al cese brusco del flujo sanguíneo ya sea oclusivo o por ruptura arterial, con déficit neurológico focal, que se presente en forma súbita con rápida progresión, es la primera causa de invalidez y por lo tanto de incapacidades en los adultos y la segunda causa de demencia en el mundo.

Se considera que un 10% de las muertes en los países desarrollados están en relación con EVC y un motivo muy importante de discapacidades

. En México se carece de estudios suficientes que permitan conocer el comportamiento epidemiológico de esta enfermedad ⁽²⁾ los avances médicos que han posibilitado alargar la esperanza de vida (han posibilitado que enfermedades agudas de desenlace fatal se transformen en dolencias crónicas) y además los individuos que desarrollan una enfermedad crónica también viven más años por los medicamentos recibidos ^(who 05-23), y los cambios en los hábitos de vida (dieta, ejercicio físico, estrés, etc.) y el envejecimiento de la población ya que las enfermedades crónicas se acumulan con la edad avanzada; además de que la adopción de hábitos preventivos retrasa el desarrollo de las enfermedades hasta edades muy elevadas originando el efecto denominado morbilidad comprimida.

La aparición de una enfermedad crónica o terminal en algunos de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta a cada uno de sus miembros.

La enfermedad puede considerarse como una crisis debido a la capacidad que tiene para desorganizar un sistema familiar, al igual que pudiera hacerlo una separación, el nacimiento del primer hijo, la pérdida de algún miembro, etc.

MARCO TEORICO

La enfermedad cerebrovascular o ictus, se define como un trastorno circulatorio cerebral que altera de forma transitoria o definitiva el funcionamiento del encéfalo ^(1, 2,4) y se pueden clasificar en dos grandes grupos:

1.- Enfermedad cerebrovascular (evc) de tipo isquémico, que se produce debido a la oclusión de un vaso sanguíneo que irriga el cerebro.

2.- enfermedad cerebrovascular de tipo hemorrágico, se produce debido a la ruptura de una arteria cerebral.

Aproximadamente el 80 a 90% son de origen isquémico u oclusivo arterial 10 al 15% de los casos se deben a hemorragias intracraneanas espontaneas ⁽³⁾. La enfermedad vascular cerebral constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. En países industrializados constituyen la tercera causa de muerte, es también la primera causa de incapacidades en los adultos y la segunda causa de demencia en el mundo ^(14,23).

En México es una de las primeras causas de muerte, discapacidades e incapacidades prolongadas y la primera causa de hospitalización por causas neurológicas ^(3, 17,20).

Es evidente que la incidencia de EVC se incrementa con la edad, principalmente a partir de los 65 años, se estima que entre pacientes mayores de 75 años superan un primer evento isquemia cerebral, el riesgo de sufrir un segundo ictus alcanza del 50 al 75%, se asocia a mortalidad elevada especialmente durante las 72 horas siguientes a su inicio^(1,2,3,14,17), costos elevados por su atención y pérdida de productividad.

Más de la mitad del 75% de los pacientes que sobreviven el primer mes después de un EVC requerirán rehabilitación especializada de inicio temprano y continuidad^(17,23). La carga de la enfermedad crónica recae indudablemente sobre los individuos que la padecen pero también afectan en su mayor o menor medida en sus familias, amigos, comunidad y a la sociedad en su conjunto.

En general se considera una enfermedad aguda (por la national center for health statistics) establece un periodo de hasta tres meses, que requiere atención médica para diagnóstico y prescripción de tratamiento, o que restringe la actividad del paciente o que remite espontáneamente. Y una enfermedad crónica, si tiene consecuencias para la salud, es persistente o recurrente por un periodo sustancial de tiempo (se establecen diferentes extensiones, más de tres meses, seis meses o de por vida), no remite espontáneamente, y en general no tiene cura.

Los pacientes crónicos son mayores usuarios de los servicios de salud en los EEUU consumen el 76 % de los ingresos hospitalarios, el 80% de los días de hospitalización, el 55% de las urgencias, el 88% de las prescripciones, el 96% de las visitas a domicilio y el 72% de las consultas al médico.

El promedio del enfermo crónico visita al médico 7.4 veces al año. Frente al 1.7 veces del resto de la población ⁽²³⁾.

La aparición de una enfermedad crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición y no siguen un patrón específico, mas bien están dados por las propias características familiares, tales como su etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico, la función que cobra la enfermedad para ese grupo en específico, la historia familiar^(4,5). Es frecuente que los profesionales de salud dirijan su atención y recursos al manejo de las enfermedades del paciente sin tener en cuenta el contexto familiar donde se generan un sin número de cambios algunos, nocivos para la salud del mismo paciente y de quien desempeña las funciones de cuidador que por lo general recaen en mujeres^(8,9,10,17,19,20).

El médico familiar tiene dentro de sus funciones la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como el conocimiento de la funcionalidad de la familia a su cargo; por esta razón es importante identificar los factores demográficos, estructurales, de etapa del ciclo vital. Patología familiar, redes de apoyo y su relación con la presencia de disfunción familiar pre exhibida por algún miembro de la familia. La utilidad de identificar la auto percepción de disfunción familiar significa una especie de foco rojo que podría facilitar el inicio del estudio clínico para identificar las causas de disfunción.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.-

¿Cuál es la frecuencia de disfunción familiar en pacientes con Evento Vascular Cerebral en el

Hospital General Regional #1 de Culiacán, Sinaloa.

OBJETIVO GENERAL.-

Determinar la frecuencia de la disfunción familiar en Evento Vascular Cerebral en el Hospital

General Regional # 1 de Culiacán, Sinaloa.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.-

Medir el tipo y grado de la disfunción familiar en pacientes de Evento Vascular Cerebral en el

Hospital General Regional #1 de Culiacán Sinaloa.

- Describir edad, sexo, ocupación, estado neurológico del paciente, nivel socio económico, estado civil y escolaridad.
- Registrar antecedentes de patología: Diabetes Mellitus, hipertensión arterial de la población en estudio.
- Identificar tipo de accidentes vasculares cerebral, tipo de evolución, lado afectado del paciente en estudio y tiempo.

HIPOTESIS.-

Si pacientes con enfermedades crónicas degenerativos como la hipertensión arterial y diabetes

Mellitus presentan frecuentemente grados diferentes de disfunción familiar, los pacientes con

Secuelas de Eventos Vascular Cerebral, que son más dependientes de los cuidadores también

Presentan grados de disfunción familiar.

MATERIAL Y METODO.-

Tipo de estudio:

Encuesta descriptiva.

Estudio:

Prospectivo, transversal, descriptivo, uní céntrico y observacional

POBLACION DE ESTUDIO.-

Pacientes en el control de crónico degenerativo de Evento Vascular Cerebral en el Hospital

General Regional #1 de Culiacán, Sinaloa.

UNIVERSO DE TRABAJO.-

Población adscrita en el control de crónico degenerativo en el Hospital General Regional #1 de Culiacán, Sin. Que cuenta con una población de 1,530 de los cuales 738 son por secuelas de Evento Vascular Cerebral.

CRITERIOS DE INCLUSION.-

Pacientes que se encuentren en el programa crónico degenerativo por Evento Vascular Cerebral en el Hospital General Regional # 1 de Culiacán, Sinaloa.

Pacientes del programa crónico degenerativo con EVC que firmen el consentimiento informado de acuerdo a participar en el estudio.

Pacientes que puedan y entiendan adecuadamente las preguntas de la encuesta para el presente estudio. Pacientes que se encuentren en el programa crónico degenerativo en control y de Primera vez que estén vigentes en el IMSS.

CRITERIOS DE EXCLUSION.-

Pacientes que no se encuentren vigentes en el IMSS cuando se realice el estudio.

Pacientes que por secuelas severas no puedan responder o darse a entender.

Criterios de eliminación.-

Pacientes que no respondan al cuestionario de forma correcta o completa.

Pacientes que no alcancen a concluir el tiempo de esta encuesta.

Ámbito geográfico del estudio.-

El estudio de encuesta descriptiva se realizara en el Hospital General Regional #1 de Culiacán, Sinaloa. En el área de control de pacientes crónico degenerativo.

VARIABLES.

VARIABLE.	TIPO	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA MEDICA
Enfermedad Vasculo cerebral	Cualitativa	1. Enfermedad cerebrovascular de tipo isquémico, que se produce debido a la oclusión de un vaso sanguíneo que irriga el cerebro. 2. Enfermedad cerebrovascular de tipo hemorrágica, que se produce debido ala ruptura de una arteria cerebral.	Nominal.
Disfunción familiar.	Cualitativa.	Grado de insatisfacción en cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar valorada por el método de apgar familiar de 7 a 10 puntos: familia funcional. De 4 a 6 puntos: disfunción moderada De 0 a 3 puntos: disfunción grave.	Ordinal.
Tiempo de evolución.	Cuantitativa.	Tiempo transcurrido desde que se diagnostico hasta la fecha.	Numérica
Estado civil.	Cualitativa.	Relación de pareja que expresen los entrevistados: soltero, casado, divorciado, viudo, unión libre.	Nominal.
Ocupación.	Cualitativa.	Actividad laboral a la que se dedica como: hogar, empleado, obrero, jubilado, profesionista.	Nominal.
Talla.	Cuantitativa.	Obtención de la estatura. Medida en centímetros, a través de un estadiómetro del consultorio.	Continua.
Peso.	Cuantitativa.	Cantidad expresada en kilogramos, obtenida al utilizar una bascula con estadiómetro del consultorio.	Continua.
Escolaridad.	Cualitativa.	Grado escolar máximo, analfabeto, primaria, secundaria, preparatoria, profesional.	Nominal.
Sexo.	Cualitativa.	Condición orgánica que distingue al masculino del femenino.	Nominal.
Edad.	Cuantitativo.	Numero de años cumplidos desde su nacimiento hasta la fecha del estudio.	Numerica
Tabaquismo	Cualitativa.	Intoxicación crónica producida por el tabaco.	Nominal.
Alcoholismo.	Cualitativa.	Intoxicación crónica por consumo de alcohol.	Nominal.
Diabetes Mellitus.	Cuantitativa.	Glicemia en ayuno A> 126 mg/dl en dos ocasiones, glucemia casual>a 200 mg/dl, y una ocasional, glicemia postprandial a dos horas > de 200 mg/dl.	Nominal.
Hipertensión arterial.	Cuantitativa.	Hipertensión arterial: existe un PAS > 140 y/o de una PAD >90 mm/hg. Normal: PAS<120 y PAD<80mm/hg. Prehipertencion: PAS 120-139 y PAD 80-89 mm/hg. Estudio I: 140-159 y PAD 90-99 mm/hg. Estudio II: PAS> 60 y PAD	Ordinal.

DISEÑO ESTADISTICO.-

Se realizara muestreo no probabilístico.

Tamaño de muestra: 405

ANALISIS ESTADISTICO.-

Se realizara estadística descriptiva.

RECURSOS HUMANOS.-

En forma voluntaria colaboraran en el presente estudio:

Medico general.-

UMA #60 Altata, Navolato, Sin.

Medico Familiar.-

Encargado del departamento de pacientes crónico degenerativo turno matutino.

Trabajadora Social.-

Del programa crónico degenerativo del Hospital General Regional #1 turno matutino.

RECURSOS MATERIALES.-

Se utilizaran hojas blancas tamaño carta para elaborar las encuestas y un promedio de 4 hojas por paciente.

FINANCIAMIENTO DE PROYECTO.-

Los recursos financieros que se utilizara será cubierto en su totalidad, por el medico residente responsable de este proyecto de investigación.

LIMITES DE TIEMPO DE LA INVESTIGACION.-

Previamente validado el presente protocolo, por el comité local de investigación, se iniciara el

estudio el día 30 de Junio del 2010 para concluir con la presentación de los resultados el día 31 de Agosto del 2010

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.-

- **30 de Junio del 2010**

Evaluación y validación del presente protocolo por el comité local de investigación.

- **Del 01 al 15 de Julio del 2010.**

Entrevistas directas en su domicilio a pacientes del programa crónico degenerativo haciendo interrogatorio a

familiares más cercanos, llenando de consentimiento informado, y llenando de hojas recolección de

datos y de cuadros de apgar y faces III.

- **16 de Julio del 2010.**

Primer avance de análisis de resultados.

- **Del 19 al 30 de Julio del 2010.**

Entrevistas directas en su domicilio a pacientes del programa crónico degenerativo haciendo interrogatorio a

familiares más cercanos, llenando de consentimiento informado, y llenando de hojas de recolección de datos y de cuadros de apgar y faces III.

- **02 de Agosto del 2010.**

Segundo avance de análisis de resultados.

- **Del 03 al 13 de Agosto del 2010**

Entrevistas directas en su domicilio a pacientes del programa crónico degenerativo haciendo interrogatorio a

Familiares más cercanos, llenando de consentimiento informado, y llenando de hojas de recolección de

Datos y de cuadros de apgar y faces III.

- **16 de Agosto del 2010.**

Ultimo análisis de resultados para finalizar el presente estudio de investigación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo _____ en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que se me informo, de una manera clara y precisa, sobre mi participación en un estudio de investigación, sobre problemas disfuncionales en EVC, en pacientes de la unidad medica Hospital General Regional # 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social, de Culiacán, Sinaloa.

Por lo que firmo este consentimiento voluntariamente sin estar sujeto a ningún tipo de presión, en presencia de un testigo.

LUGAR Y FECHA. _____

ACEPTANTE. _____

NOMBRE Y FIRMA

TESTIGO. _____

NOMBRE Y FIRMA

INFORMANTE. _____

NOMBRE Y FIRMA.

Disfunción familiar en pacientes crónico degenerativo.

Hoja de recolección de datos.-

numero.- _____

- Nombre. _____
- Afiliación _____
- No. De consultorio _____

Turno.- matutino _____ Vespertino _____

Edad. _____

sexo.- Masculino _____

Femenino _____

Talla: _____

peso: _____

Tiempo de

Evolución.- < de 1 año _____

1 a 10 años _____

10 a 20 años _____

Estado civil.1.-soltero _____

4.-Unión libre _____

2.-casado _____

5.- Divorciado _____

3.-Viudo _____

Escolaridad.1.-Analfabeta _____

4.-Preparatoria _____

2.-Primaria _____

5.-Profesional _____

3.-Secundaria _____

DESCRIBA A SU FAMILIA.

	nunca	Casi nunca	Algunas veces.	Casi siempre	siempre
1.-Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si.					
2.-En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3.-Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4.-Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5.-Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
6.-Cualque miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7.-Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con personas que no son de la familia.					
8.-Nuestra familia camia de modo de hacer las cosas.					
9.-Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10.-Padres e hijos se ponen deacuerdo en relación con los castigos.					
11.-Nos sentimos bien unidos.					
12.-En nuestra familia los hijos toman decisiones.					
13.-Cuando se toman decisiones importantes toda la familia esta presente.					
14.-En nuestra familia las reglas cambian.					
15.-Con facilidad podemos planear actividades en familia.					
16.-Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17.-Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18.-En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					
19.-La unión familiar es muy importante.					
20.-Es difícil decir quien hace las labores del hogar.					

Puntaje: nunca.-1, casi nunca.-2, algunas veces.-3, casi siempre.-4. Siempre.-5

Calificación: Nones _____ puntos. Pares _____ puntos

APGAR FAMILIAR.

Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado, en su vida de familia y constituye un instrumento de utilidad para determinar si la familia representa un recurso, para el paciente o por el contrario contribuye a su enfermedad.

AD.APTIBILIDAD (adaptación).- Capacidad para utilizar recursos intra y extra familiares, para resolver situaciones de crisis (pregunta 1).

PARTICIPACION Y COMPAÑERISMO (partnership).- Capacidad de compartir los problemas y comunicarse para la toma de decisiones (pregunta 2).

CRECIMIENTO (growth).- Capacidad de curar las etapas del ciclo vital familiar en forma madura permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia (pregunta 3).

AFECTO(affection).- Capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y demostrar distintas emociones, tanto en bienestar como de emergencia (pregunta 4).

RESOLUCION (resolve).- Capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo tiempo y recursos especiales y materiales de cada miembro de la familia (pregunta 5).

	Casi siempre (2 puntos)	Algunas veces (1 punto)	Casi nunca (0 puntos)
1.- Esta satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación?			
2.- Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?			
3.- Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades para hacer cambios en su estilo de vida?			
4.- Esta satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?			
5.-Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			

Puntaje.- 00-03= DISFUNCION GRAVE; 04-06 = DISFUNCION MODERADA.; 07-10 = FAMILIA FUNCIONAL.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Base SUI-27 del 2006, estadísticas del IMSS. Guía del práctica clínica (Vigilancia del paciente con secuelas de enfermedad cerebral vascular en el primer nivel de atención) 2008
- 2 Alfredo Cabrera Rayo, Oscar Martínez Olazo, Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en hospitales de la ciudad de México. Estudio multicéntrico. Abril del 2008
- 3 Dr. Oscar Raúl Aguilar Grijalva, Dr. Marco Antonio Alegría Loyola, Dr. Abelardo Salazar Zúñiga. Enfermedad vascular cerebral en un hospital De tercer nivel: estudio descriptivo.
- 4 Departamento de medicina familiar, facultad de medicina. UNAM
Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega, El impacto de la enfermedad en la familia. 2006
- 5 Dr. Miguel Ángel Suarez Cuba. El medico familiar y la atención a la familia.2006
- 6 Garza-Elizondo T, Ramírez-Aranda JM, Gutiérrez-Herrera Relación de colaboración médico-paciente-familia. 2006
- 7 Julio V. Zarco Rodríguez. Atención domiciliaria a pacientes crónicos.
- 8 Gabriela Lara Palomino, Alberto González Pedraza Avilés, Luis Alberto Blanco Loyola. Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. 2008
- 9 Eliana Dueñas, MD., María Anggeline Martínez, MD, Benjamín Morales, MD. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales.. 2006
- 10 Pilar Laviere, Dra. en Antrop. Patricia Clark, Dra. en C., Homero Martínez Dr. en C. Conducta del enfermo ante el dolor crónico. 2008
- 11 John Scott, Seguridad social y desigualdad en México: de la polarización a la universalidad
- 12 Dr. Guillermo I. Williams. Calidad en los servicios de salud.
- 13 Rebeca Wong, Mónica Espinoza; Alberto Palloni. Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. 2007
- 14 Congreso nacional de atención sanitaria al paciente crónico. Caminando juntos para mejorar los cuidados del paciente crónico. Un reto del sistema nacional de salud. Santiago de Compostela 25- 26 de febrero 2010.

- 15 Dra. Laura Rosa García Higuera, Dr. Robín Radámes Carballo Espinoza, Dr. Mario B. Aquey Hernández. Caracterización de los adultos mayores con polifarmacia en la consulta de geriatría. 2010-12-09
- 16 María Teresa Alfonso. Educación al paciente crónico.
- 17 Dr. Héctor Lara Tapia, Mtra. Psic. Angélica Martínez, Lic. Adriana Morfín. La rehabilitación psicosocial del enfermo neurológico y psiquiátrico crónico. Problemas y soluciones. 2005
- 18 Robles Silva Leticia. Cuidar a enfermos crónicos en condiciones de pobreza: ante la dificultad y la invisibilidad. 2007.
- 19 Angelina González Hurtado. Vejes y pobreza.
- 20 Teresa Margarita Torres López, Jorge Dionisio Castañeda torres, Francisco Chong Villareal. Tener una enfermedad crónica o ser un enfermo crónico: el caso de la diabetes Mellitus. 2005
- 21 Giovanni Vargas Solano, Alejandra Rodríguez Solano. El consultorio farmacéutico. Un nuevo espacio para la atención farmacéutica. 2006
- 22 Fidel Campoy. La atención a los pacientes crónicos; una cuestión de calidad de servicio y sostenibilidad del sistema. 2010