

11226
29.81



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado

"FACTORES EPIDEMIOLOGICOS, CLINICOS Y SOCIALES DE UN GRUPO DE TRABAJADORES DEL I.M.S.S. Y SU NUCLEO FAMILIAR EN LA DELEGACION 6 DEL VALLE DE MEXICO"

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR
P R E S E N T A :



DRA. REYNALDA SAN JUAN CRUZ
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 8 SAN ANGEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

1987

FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

I N D I C E :

1.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	2
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
3.- HIPOTESIS.....	15
4.- OBJETIVOS.....	17
5.- PROGRAMA DE TRABAJO.....	18
6.- RESULTADOS Y ANALISIS.....	21
7.- CONCLUSIONES.....	29
8.- COMENTARIOS.....	33
9.- BIBLIOGRAFIA.....	35
10.- ANEXOS.....	38

ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

En relación al programa Fomento a la Salud en el trabajador del I.M.S.S. y su núcleo familiar, consideramos que el presente es un estudio piloto que inicia una línea de investigación encaminada a identificar los factores relacionados con el estado de salud-enfermedad de los trabajadores del I.M.S.S. y su familia.

El programa de autocuidado del trabajador del I.M.S.S. y su familia se ha considerado como necesidad básica para la atención médica en cualquiera de sus dimensiones; el conocimiento de los factores que determinan la enfermedad y muerte de la población - derechohabiente desde la causa básica según edad, sexo, distribución geográfica, etc., hasta aquellos elementos dependientes del modo de vida dentro de la familia y dentro de la comunidad. Conocimiento que implica la participación de todos los médicos de las unidades, generando la transformación de la consulta médica-rutinaria en un trabajo participativo que permita mantener la unidad, la doctrina y la práctica de la atención médica; trascendiendo en esta forma en real beneficio de la comunidad, para el médico mismo y la Institución.

Del confrontamiento diario de la demanda y la oferta en las unidades, prevalece en la población derechohabiente una condición de salud determinada, que se expresa en el perfil de salud, integrada por los principales daños y riesgos jerarquizados, con señalamiento de los factores determinantes incluyendo, el papel que juegan los servicios médicos, para poder presentar alternativas de acción según la problemática dominante (1).

Los riesgos o enfermedades, los daños o muerte, como sus determinantes, son cambiantes; un diagnóstico de salud tiene que ser dinámico es decir, no finalizar en la integración del perfil de salud, sino que debe permanecer en las unidades regulando el-

estudio longitudinal de las tendencias de las principales enfermedades, formulando pronósticos epidemiológicos para mantener un aporte constante de alternativas de acción.

La Medicina Preventiva esta considerada como una de las actividades básicas de salud pública; siendo su principal enfoque el hombre sano y la conservación de su salud. Así mismo constituye un. de los objetivos primordiales de la atención médica. Incluye por lo tanto, actividades preventivas, curativas y de rehabilitación. (1,2)

Las acciones de promoción, protección y detección del estado de salud conforman la esencia de las acciones preventivas - cuyo propósito fundamental es reducir el riesgo a las enfermedades y fomentar la salud. (3,4)

De manera retrospectiva en el año de 1943 la Ley del Seguro Social incluye dentro de sus disposiciones objetivos referidos a la Medicina Preventiva, iniciándose en el año de 1945 los primeros proyectos de acción en ese sentido y ya en 1953 se comienzan a desarrollar las actividades médico preventivas.

Finalmente en 1973 con la reforma de la Ley del Seguro Social, las actividades médico preventivas se convierten en mandato Institucional, evolucionando de acuerdo a las necesidades del país. (3,5)

Con lo anterior nos damos cuenta que el I.M.S.S. ha brindado un apoyo total a las acciones preventivas con el propósito de atender integralmente la salud de la población, de tal manera - que ha creado la estructura adecuada para la realización de programas médico preventivos, en beneficio de la población derechohabiente y por lo tanto de sus trabajadores así como, de población no afiliada al I.M.S.S.; con el objeto de elevar el nivel de salud de la familia y su comunidad y por tanto contribuir a mejorar su nivel de vida. Para lo cual se integran diversas acti

vidades de orientación individuales, familiares y comunitarias - sobre las principales acciones médico preventivas como son las siguientes: (6,7)

- 1.- Vacunas: -Tuberculosis
 - Poliomielitis
 - Difteria, Tosferina y Tétanos
 - Sarampión
 - Tétanos
 - Fiebre Tifoidea
- 2.- Control de parasitosis intestinales.
- 3.- Rabia humana.
- 4.- Odontología preventiva.
- 5.- Deshidratación por cuadros gastroenterales.
- 6.- Detección oportuna de padecimientos como:
 - Sífilis y otras enfermedades de transmisión sexual
 - Tuberculosis pulmonar.
 - Diabetes Mellitus.
 - Hipertensión Arterial.
 - Obesidad.
 - Desnutrición.
 - Cáncer Cervicouterino.
 - Cáncer de mama.
 - Fiebre Reumática.
 - Paludismo.
 - Dengue.

Por otro lado dentro de los programas prioritarios del I.M.S.S. se encuentra el de planificación familiar cuyo objetivo fundamental es mejorar la salud materno-infantil, prevenir y disminuir la incidencia del aborto, proporcionar la información y los servicios que permitan a las parejas decidir sobre el tamaño y características de sus familias y, como consecuencia de todo lo

anterior contribuir a la disminución de los niveles de fecundidad, con pleno respeto a la decisión y a la dignidad de las parejas, afín de colaborar en lo social y en lo familiar a un mayor equilibrio entre el crecimiento y el desarrollo económico y demográfico. Todo esto contribuiría a elevar el nivel de salud de la familia y su comunidad (7, 8).

Los primeros servicios de Planificación Familiar en México fueron proporcionados por el sector privado; a pesar de que desde 1920 pueden señalarse casos aislados, no fué sino hasta 1965 cuando se constituyó la fundación para estudios de la población que se empezaron a ofrecer servicios anticonceptivos en áreas urbanas marginales. Las Instituciones oficiales iniciaron la prestación de servicios en forma limitada en 1972. Para 1976 se había extendido el programa a la mayoría de las clínicas urbanas dependientes de las Instituciones Oficiales. La mayor parte de las acciones fueron desarrolladas de manera independiente por cada Institución y esto motivó que en 1977 se elaborara un Plan con objetivos, estrategias, metas demográficas y de salud para el sector público y se creara la coordinación del programa Nacional de Planificación Familiar del sector salud (9,10).

Otra de las inquietudes del I.M.S.S. ha sido la familia, como unidad estructural de la sociedad. A mediados del presente siglo es cuando se toma un papel importante dentro de la investigación biopsicosocial; en nuestro país através de la creación del sistema familiar por el I.M.S.S. es como se intenta identificar a la familia como unidad de atención médica, para tales objetivos ha creado diferentes ensayos todos, con el fin de recolectar datos sobre la familia y su contexto para elaborar un diagnóstico de padecimientos y funcionalidad familiar.

Por otra parte, ninguna de nuestras Instituciones tiene antecedentes de haber hecho diagnósticos de salud de sus propias -

familias, que nos permita conocer los aspectos socioeconómicos, culturales y de dinámica psicosocial de la familia, incluyendo - datos genéricos del núcleo familiar y datos específicos de cada uno de sus integrantes, facilitando así, una dinámica de seguimiento, incorporando parámetros de normalidad (APGAR, Índice de funcionamiento familiar), con el fin de hacer más fácil la detección de desviaciones e introducir oportunamente las medidas correctivas. (11,12)

Es importante clasificar a la familia en base a:

A.- Desarrollo:

- Moderna.
- Tradicional.
- Arcaica o primitiva.

B.- Demografía:

- Urbana.
- Rural.

C.- Integración:

- Integrada.
- Semi-integrada.
- Desintegrada.

D.- Ocupación:

- Campesina.
- Obrera.
- Profesionista.

E.- Composición o estructura:

- Nuclear.
- Extensa.
- Compuesta.

Al clasificar las familias desde estos ángulos, permitirá - al médico hacer un diagnóstico preliminar de las familias a su cargo, desde diferentes puntos de vista y posiblemente generar -

acciones positivas. (11)

Por otro lado los problemas de ajuste de las familias, están en relación con la capacidad para llenar las funciones básicas que la sociedad espera de ellas. Siendo éstas las siguientes:

- I.- Socialización.
- II.- Cuidado.
- III.- Afecto.
- IV.- Reproducción.
- V.- Estatus y nivel socioeconómico.

Si la familia cumple con estas funciones y sobre todo por los mecanismos que utiliza para efectuarlos, De tal manera, que podría clasificarse en Funcional y Disfuncional. (13, 15)

Las disfunciones familiares cambian y consecuentemente las prioridades en las funciones de la familia varían, de acuerdo a las etapas de ciclo vital que son las siguientes:

- Fase de matrimonio.
- Fase de expansión.
- Fase de dispersión.
- Fase de Independencia.
- Fase de retiro y muerte.

La familia ya se había mencionado, es la unidad de la sociedad, y dentro de ella se desarrolla entre sus miembros, funciones de comunicación, división de roles y transacciones múltiples.

La dinámica de la familia según Jackson, consisten en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada uno; haciendo que esta funcione bien o mal como unidad. La familia constituye un sistema abierto formado por varios subsistemas organizados por generación, sexo, intereses y funciones.

Así, tenemos el subsistema de los esposos como matrimonio,-

los esposos como padres y el binomio madre-hijo, etc..

La exploración de la familia no es una tarea fácil, ni se logra registrar en forma mecánica, ya que, las familias buscan justificarse ante ellas mismas y mantener una apariencia aceptable en términos convencionales y lograr un equilibrio u homeostasis interna y por otro lado, la información que se obtenga está encaminada a mostrar como son las relaciones interpersonales de esa familia a través de varias entrevistas. La estructura familiar puede inferirse mediante preguntas concretas acerca de la vida diaria, siendo uno de los instrumentos para tal, el familiograma que es un esquema de la composición de la familia, utilizando símbolos bien establecidos. (12, 14, 15)

No existe una clasificación familiar diagnóstica desde el punto de vista psicológico que sea universalmente aceptada y que catalogue en forma completa las disfunciones familiares. Recientemente la Universidad de Hawai, se propuso un sistema de clasificación familiar basado en tres ejes o dimensiones que engloban en forma aceptable, la naturaleza compleja de los problemas familiares.

En el primer eje o dimensión histórico-longitudinal, se registran aquellas disfunciones que ocurren como resultado de la dificultad o incapacidad de la familia para manejar adecuadamente situaciones difíciles relacionadas con la etapa de desarrollo por la que atraviesa la familia.

En el segundo eje o dimensión horizontal-seccional, se registran las relaciones disfuncionales entre dos o más miembros de la familia.

El tercer eje o dimensión global, quedan comprendidas aquellas disfunciones que conciernen a toda la familia como grupo o sistema que se refieren a los aspectos de su estructura tales como la comunicación, la división de roles, los límites entre los

trabajadores y su familia.(14, 17, 19)

El bienestar y protección de la familia se refiere a todas aquellas actividades dirigidas a lograr un ajuste físico y mental del individuo y la familia con el medio ambiente en que se desarrolla. La función social de la familia dentro de las Instituciones médicas había recaído sobre las trabajadoras sociales, psiquiatras y psicólogos sin embargo, gradualmente se han cambiado actitudes y políticas hacia la familia tratando de profundizar en el conocimiento y utilización de las recíprocas influencias familia-paciente; medico-paciente; medico-familia y familia-sociedad.

Meissner ha señalado que la enfermedad en el ser humano, además de tener una patología consta de una ecología. En consecuencia para que exista una mejor comprensión de la enfermedad es indispensable conocer sus aspectos ecológicos; tanto familiares como sociales. Al involucrarse emocionalmente el paciente con su sistema familiar, se da un aspecto fundamental de la ecología que no podemos ignorar, ya que, la familia constituye el contexto social más significativo y duradero para el individuo.

La interacción familiar es potencialmente importante en todas las enfermedades, incluso en aquellas donde la patología es claramente física, las quemaduras, heridas, o fracturas en un niño pueden haber sido desencadenadas por la patología de los padres como se observa en el caso del niño maltratado. Es un hecho común que todos los problemas físicos tienen un impacto psicológico en el individuo y su familia, y no se puede negar que muchos padecimientos denominados psicósomáticos, tienen factores emocionales íntimamente relacionados a la interacción familiar que frecuentemente precipitan o perpetúan el síntoma.

Para el estudio de la familia como un proceso de salud enfermedad es útil, el contar con una verdadera historia clínica -

individuos y los subsistemas, la organización, la integración -- así como, el desempeño de las tareas cotidianas y la atmósfera emocional.

De esta manera, sería posible integrar el estudio de una familia y solo cabría dejar a la experiencia, estudio repetitivo, y analítico de las familias como se podría llegar a un diagnóstico más cercano a la realidad y brindar ayuda al individuo, familia y sociedad.

En la revisión efectuada en los últimos cinco años se encontraron estudios realizados por residentes de Medicina Familiar - abarcando población en general. Y así como estos otros estudios - sobre la familia como fenómeno actual causando relevancia en la práctica de la Medicina Familiar Institucional. (18, 19, 20)

Por último, la vida del hombre principia sin su voluntad, - se desarrolla con ella cada vez más a partir de la niñez y termina también sin que la voluntad pueda de manera general intervenir. Ahora que el desarrollo de la vida es en realidad un desarrollo de la voluntad, deben ser apreciadas y estimadas en su valor algunas vicisitudes que se le imponen, que son extrañas a su voluntad; la enfermedad por ejemplo debida a causas biopatológicas o al desempleo, derivado este de factores económicos y sociales.

El hombre, posibilidad de vida y la de su familia depende - de actividades productivas que le sirvan para satisfacer sus necesidades; la inseguridad es aquella que tiene como consecuencia disminuir o cancelar la actividad productora del individuo lo - que disminuye o cancela la satisfacción de sus necesidades vitales.

El fenómeno descrito necesariamente es tan antiguo como la humanidad misma, tan general, que no solamente existe para el individuo que se considera simplemente existente y sin ninguna re

lación social. Tan hondo y general ha sido el problema que, desde las hordas primitivas se ha venido tratando de resolver con los medios económicos, físicos y religiosos y en esta medida, co rresponder a la evolución de unos y otros en cada caso. (21)

En nuestro país, es prácticamente nula la información que existe acerca del conocimiento de los trabajadores sobre Seguridad Social, buscando datos acerca de este hecho solo encontramos una tesis de postgrado. (22)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Es evidente que uno de los objetivos básicos de las Instituciones prestadoras de servicios de salud, es el conocer y preservar el estado de salud de los trabajadores y su núcleo familiar. Al hacer un análisis desde el punto de vista operativo, vemos que no contamos con datos suficientes para poder establecer una relación funcional entre las diversas variables que se presentan en relación al estado de salud del trabajador y su núcleo familiar, ya que por ejemplo, en la práctica observamos una subutilización de los servicios médicos del Instituto por parte de los trabajadores y su familia y en algunos casos una utilización inadecuada de éstos; lo cual hace difícil conocer el estado de salud y la patología más frecuente.

Otra de las situaciones que debemos considerar es valorar el nivel socioeconómico en relación con la utilización de servicios médicos por los trabajadores del I.M.S.S. y su familia así como, si las enfermedades y su comportamiento tienen relación de asociación estadística con los factores de riesgo en el trabajador del I.M.S.S. y su familia.

Es ampliamente sabido que en el I.M.S.S., existen diversos programas prioritarios, que no tienen otra finalidad que la de preservar el estado de salud de la población derechohabiente. Entre dichos programas destacan las detecciones de diversas enfermedades sistémicas tales como la Diabetes Mellitus, HTA, CACUFR, entre otras, así como parasitosis, desnutrición, obesidad que conllevan a las anteriores, y por otro lado las inmunizaciones que de no llevarse a cabo crearían serios problemas en la salud e incluso ocasionarían la muerte. Y los métodos de Planificación Familiar que contribuyen a que las condiciones socioeconómicas de la familia sean adecuadas.

Por lo antes mencionado se justifica el valorar la cobertura de las detecciones, inmunizaciones y planificación familiar - en los trabajadores del I.M.S.S. y su núcleo familiar.

Por otro lado, se ha mencionado la importancia del estudio de la dinámica familiar y se han hecho mención sobre los elementos que de manera general pudieran orientarnos y así tener bases para establecer un criterio analítico para calificar el tipo de relaciones que se dan en familias que atendemos en nuestra consulta diaria.

Según Ackerman la familia tiene éxito o fracaso de acuerdo con su capacidad para alcanzar una regulación y equilibrio de sus funciones básicas, siendo importante el hacer el diagnóstico oportuno de la disfunción familiar encontrada de ahí, que se hace necesario conocer:

- Existe o no disfunción familiar en la familia del trabajador.
- Si existe de que tipo es.
- Es igual el estrato socioeconómico del trabajador.
- Hay relación entre la disfunción y el ser trabajador del I.M.S.S.

Por lo que la presente investigación pretende dar respuesta a las interrogantes antes mencionadas y poder conocer mejor nuestra población para dar mejor atención.

La información acerca de Seguridad Social como objeto de conocimiento es factible de obtenerse por mecanismos formales e informales, a través de cursos o por necesidad propia respectivamente, que brindarían a los individuos el conocimiento necesario para la optimización del aprovechamiento de la Seguridad Social.

El conocimiento acerca del tema es básico en los trabajadores del I.M.S.S., cuya labor es la Seguridad Social, por lo tanto, el presente proyecto está encaminado a tratar de determinar cuál es el conocimiento e información que tienen los trabajado -

dores del I.M.S.S. acerca de las prestaciones médicas, en sus va
riedades (especie, dinero y sociales), así como el mecanismo por
el cual se obtiene dicho conocimiento.

HIPOTESIS:

- Hipótesis de Nulidad $(H_0)_1$.- El nivel socioeconómico de los trabajadores del I.M.S.S. no se encuentra relacionado estadísticamente con la utilización de servicios médicos del Instituto.
- Hipótesis Alternativa $(H_1)_1$.- El nivel socioeconómico de los trabajadores del I.M.S.S. sí se encuentra relacionado estadísticamente con la utilización de servicios médicos del Instituto.
- Hipótesis de Nulidad $(H_0)_2$.- En el trabajador del I.M.S.S. y su familia no existen factores de riesgo relacionados con las enfermedades y comportamiento que presentan.
- Hipótesis Alternativa $(H_1)_2$.- En el trabajador del I.M.S.S. y su familia sí existen factores de riesgo relacionados con las enfermedades y comportamiento que presentan.
- Hipótesis de Nulidad $(H_0)_3$.- La cobertura de las detecciones, inmunizaciones y planificación familiar en los trabajadores del I.M.S.S. y su familia es igual a la del resto de la población derechohabiente.
- Hipótesis Alternativa $(H_1)_3$.- La cobertura de las detecciones, inmunizaciones y planificación familiar en los trabajadores del I.M.S.S. y su familia es mayor que la del resto de la población derechohabiente.

- Hipótesis de Nulidad(H_0)₄.- Consideramos que la dinámica familiar y prevalencia de disfunción familiar es igual en la familia del trabajador del I.M.S.S. en comparación con el resto de la población.
- Hipótesis Alternativa (H_1)₄.- Consideramos que la dinámica familiar y prevalencia de disfunción familiar es diferente en la familia del trabajador del I.M.S.S. en comparación con el resto de la población en general.
- Hipótesis de Nulidad(H_0)₅.- Los padecimientos más frecuentes de los trabajadores del I.M.S.S. y sus familias no se encuentran asociados con la funcionalidad familiar.
- Hipótesis Alternativa (H_1)₅.- Los padecimientos más frecuentes de los trabajadores del I.M.S.S. y sus familias se encuentran asociados con la funcionalidad familiar.
- Hipótesis de Nulidad(H_0)₆.- Los trabajadores del I.M.S.S. conocen por completo los beneficios de la Seguridad Social otorgados por el I.M.S.S. en sus diferentes prestaciones (especie, dinero y sociales).
- Hipótesis Alternativa (H_1)₆.- Los trabajadores del I.M.S.S. no conocen los beneficios de la Seguridad Social otorgados por el I.M.S.S. en sus diferentes prestaciones (especie, dinero y sociales).

OBJETIVOS:**I.- OBJETIVO GENERAL:**

Identificar las características epidemiológicas, clínicas y sociales del trabajador del IMSS. y su núcleo familiar.

II.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Valorar el nivel socioeconómico y utilización de servicios de los trabajadores del I.M.S.S. y su familia.
- 2.- Conocer los padecimientos y comportamiento en relación a los factores de riesgo en el trabajador del I.M.S.S.- y su familia.
- 3.- Valorar la cobertura de Detecciones, Inmunizaciones y Planificación Familiar en el trabajador del I.M.S.S. y su familia.
- 4.- Valorar algunos aspectos de la Dinámica Familiar en trabajadores del I.M.S.S. y en no trabajadores del I.M.S.S.
- 5.- Conocer la funcionalidad familiar en relación a los padecimientos más frecuentes en un grupo de trabajadores del I.M.S.S. y su familia.
- 6.- Valorar el nivel de conocimientos sobre seguridad social en los trabajadores del I.M.S.S.

PROGRAMA DE TRABAJO:

La muestra potencial calculada inicialmente de aproximadamente 120 trabajadores del I.M.S.S. que laboran en la UMF No 1, HGZ No 1 "Gabriel Mancera", Guarderías y Centros de prestaciones sociales de la Delegación No. 6 del Valle de México, que se encuentran adscritos a la UMF No 1.

Solo se contó con una lista de 93 trabajadores de los cuales solo se pudo encuestar a 63.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Trabajadores del I.M.S.S. de cualquier categoría que laboren en HGZ No 1 "Gabriel Mancera", UMF No 1, Guarderías y Centros de prestaciones sociales de la Delegación número 6 del Valle de México, adscritos a la UMF No. 1.
- De cualquier edad y sexo.
- De los turnos matutino y vespertino.
- Trabajadores de base.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Trabajadores del I.M.S.S. no adscritos a la UMF No. 1.
- Personal eventual.
- Cambio de adscripción.
- Becados.
- Cambio de domicilio
- No participación deseada en el estudio.
- Trabajadores del turno nocturno.

El estudio se llevó a cabo de octubre de 1986 a octubre de 1987. Para el cual se establecieron, diferentes etapas en su desarrollo. La primera en relación al proceso de captación de da -

tos realizándose talleres en los que se analizaron las características del Formato de Vigilancia Epidemiológica de la Salud familiar y comunitaria (VESFCI) y su correcto llenado, de tal manera que los datos en ella anotados fueran de utilidad, esta etapa se llevo a cabo de noviembre a diciembre de 1986.

La segunda etapa en la que se efectuó el llenado de la VESFCI, cuestionario de tipología y estrato socioeconómico APGAR familiar, formato de familiograma, índice de funcionamiento familiar en relación a la clasificación triaxial familiar y cuestionario de Seguridad Social, a cada uno de los integrantes de la muestra, acudiendo a los Centros antes mencionados.

En la tercera etapa se revisaron los expedientes clínicos, extrayendo de ellos los datos relevantes y de interés que estuvieran directamente relacionados con los objetivos del presente estudio. En un lapso de 8 meses. Por último la codificación y procesamiento de la información obtenida en agosto y septiembre de 1987.

Los recursos humanos y materiales utilizados en el estudio fueron: Residentes de 2o año de medicina familiar, colaboración de las autoridades y del equipo de salud de las unidades de trabajo, y los cuestionarios antes mencionados.

TIPO DE ESTUDIO:

Objetivos 1,2,5, y 6 se trata de una encuesta descriptiva, compuesta de los siguientes elementos: Prospectivo, transversal observacional y descriptivo.

Objetivos 3 y 4 se trata de encuesta comparativa compuesta de los siguientes elementos: Prospectivo, transversal, comparativo, observacional.

TRATAMIENTO ESTADISTICO:

Siendo que trabajamos con variables nominales el tratamiento estadístico se hizo en base a estadísticas descriptiva no paramétrica.

Utilizando para la presentación de los resultados cuadros, -- así como diagramas en barras.

RESULTADOS:

Tomando en cuenta el objetivo general; identificar las características epidemiológicas, clínicas y sociales, del trabajador del I.M.S.S. y su núcleo familiar; tenemos los siguientes resultados:

De una muestra potencial calculada de aproximadamente 120-trabajadores del I.M.S.S., solo se contó con una lista de 93 trabajadores, de los cuales sólo se pudo encuestar a 63; de los que no fué posible encuestarlos (30 trabajadores), las causas fueron cambio de adscripción en 13 (43.3%), incapacidad prolongada en 10 (33.3%), licencia en 4 (13.3%), becados en 2 (6.6%), y no compareció al estudio 1 (3.3%). Gráfica No. 1.

En base a los objetivos del estudio de investigación, se desprendieron 6 líneas de investigación, de las cuales se obtuvieron los resultados siguientes:

"NIVEL SOCIOECONOMICO Y UTILIZACION DE SERVICIOS DE LOS TRABAJADORES DEL I.M.S.S. Y SU FAMILIA"

Se estudiaron 63 trabajadores y sus familias, los cuales se tienen las siguientes ocupaciones: Médicos 15 (23.8%), Enfermeras 16 (25.3%), Empleados de confianza 16 (25.3%), Auxiliares de Oficina 4 (6.3%), Asistentes médicas 4 (6.3%), y otros 8 (12.6%). Gráfica No. 2.

En relación a la pirámide de población se cuenta con un total de 242 individuos. (Ver pirámide de población).

Por lo que corresponde al ingreso per cápita tenemos los datos mencionados en el cuadro No 1.

En relación a la utilización de servicios por los trabajadores y su familia, se efectuó una revisión de los expedientes clí-

nicos de los dos últimos años; encontrándose que el 100% de los familiares de los trabajadores médicos no cuentan con expediente clínico; por otra parte en los trabajadores que hacen uso del servicio se encontro una relación de casi el 100% entre consulta y otorgamiento de incapacidad, siendo los siguientes padecimientos los más importantes por orden de frecuencia. Cuadro No 2.

Entre las causas que se mencionan en la falla de utilización de los servicios tenemos las siguientes: acuden con médico privado, los mismos médicos atienden a sus familiares, no se enferman y otros lo llevan directamente con médicos conocidos.

"PADECIMIENTOS Y COMPORTAMIENTO EN RELACION A FACTORES DE RIESGO EN EL TRABAJADOR DEL I.M.S.S. Y SU FAMILIA"

En lo referente a la relación de las enfermedades, según su comportamiento con los factores de riesgo tales como; ingreso inadecuado, escolaridad inadecuada, higiene personal y habitación inadecuada de la población en estudio.

Tomando en cuenta que la morbilidad por causas infecciosas predominan en los trabajadores del I.M.S.S., sin embargo se observa un alto índice de alteraciones traumatológicas; sin encontrar relación con las condiciones ambientales que lo rodean. Observamos las condiciones de vivienda adecuadas, la escolaridad que predomina en la muestra estudiada es profesionista. Encontrándose sólo como factor de riesgo la fauna nosiva ya que, en esta se encontró un 41.27% de la población. Los resultados de los aspectos antes señalados se encuentran en los cuadros 3, 4, 5, 6 y 7.

"VALORAR LA COBERTURA DE DETECCIONES, INMUNIZACIONES Y PLANIFICACION FAMILIAR EN EL TRABAJADOR DEL I.M.S.S. Y SU FAMILIA".

Los objetivos básicos en esta línea de investigación están relacionados con la importancia de conocer la participación del trabajador del I.M.S.S. y su familia, en los diferentes programas institucionales. Por lo tanto se abordaron los siguientes puntos:

- Determinar la frecuencia con la que se llevan a cabo los diferentes programas (Detecciones, Inmunizaciones y Planificación Familiar). (Gráfica 3, 4, 5).
- Establecer diferencias si es que existen en relación a la cobertura de dichos programas, de los trabajadores del I.M.S.S., con el resto de la población derechohabiente.

Tomando en cuenta lo anterior se obtuvieron los siguientes resultados los cuales se exponen en los cuadros 8, 9, 10, 11 y 12.

"VALORAR ALGUNOS ASPECTOS DE LA DINAMICA FAMILIAR EN TRABAJADORES DEL I.M.S.S. Y EN NO TRABAJADORES DEL I.M.S.S."

En ésta línea de investigación se identificó la estructura de las familias en base a su composición, desarrollo, origen, -- ocupación y funcionalidad; así como el ciclo de vida familiar y las funciones familiares. Los resultados obtenidos son los siguientes los cuales se exponen en el cuadro No.13, 14 y 15.

En relación a la funcionalidad es necesario mencionar que hubo cierta discrepancia en la aplicación del apgar familiar, ya que este en ocasiones solo se aplicó a un solo miembro de la familia, siendo importante señalar que es necesario aplicarlo al -

grupo familiar en su conjunto.

Los resultados obtenidos revelan gran parte de la Dinámica Familiar y nos dan un panorama de las características y funcionalidad de la familia del trabajador.

De acuerdo a su demografía el 100% son urbanas, modernas, con condiciones adecuadas de vivienda y de acuerdo a su ocupación y escolaridad la mayor parte son profesionistas, con un nivel económico aceptable, siendo importante mencionar que en su gran mayoría ambos conyuges cooperan al sostenimiento de la familia, así como el promedio de integrantes familiares son menos de 5.

En cuanto a su composición, el 76% de las familias nucleares y el 15% extensas, de las cuales el 73% de las familias se encuentran integradas, 15.8% son semiintegradas, es decir, que no cumplen adecuadamente sus funciones y el 11.2% son desintegradas, siendo la principal causa separación o abandono, otra variable importante es la etapa en que se encuentra, siendo en esta muestra la de expansión y dispersión las predominantes.

En comparación con la población derechohabiente, el 60% son de origen urbano y 40% suburbana, con menos de 5 integrantes, siendo el padre en la mayoría de los casos, quien sostiene a la familia, con un salario un poco más del mínimo, por lo que no satisface en la mayoría, las necesidades básicas, de acuerdo a su ocupación el 85% son obreros, y a su composición son nucleares, es importante mencionar que esta población son las que hacen uso más frecuente de los servicios de atención médica. (Gráficas 7, 8, 9).

Hasta el momento se ha clasificado a la familia desde varios ángulos, teniendo así una idea del núcleo familiar del trabajador y no trabajador derechohabiente.

Sin embargo al interrogar al paciente sobre los puntos -

siguientes se observa que existe poca confianza, por lo que en algunos casos sus respuestas son dudosas, considerando que como profesionistas (médico, trabajadora social, enfermera, etc) no aceptan que pueda existir disfunción familiar.

Como ya se menciono cuando existe un desajuste para llevar a cabo las funciones básicas de la familia, existe disfunción, en este caso se debería haber corroborado con los resultados del APGAR familiar, que no fueron los esperados, ya que se reporta un 93.6% de familias funcionales, a lo que se atribuye la inadecuada forma de aplicación del cuestionario, que se considera fué un factor que influyó en los resultados.

El Índice de funcionamiento familiar en relación a la tipología triaxial, fué muy útil en éste estudio reportandonos que el 53.96% de las familias son disfuncionales y el 46.03% son funcionales, observandose mayor disfunción en el eje I con un total de 29 familias y en el eje II 26 y en el eje III 25.

En el caso de los derechohabientes, el APGAR familiar reportó que el 50% son familias moderadamente disfuncionales, y un 20% son familias severamente disfuncionales, así como el predominio de disfunciones en el eje I con 92 familias, eje II con 39 y eje III con 26.

En ambas muestras predominaron las disfunciones del desarrollo donde se registran aquellas disfunciones que ocurren como resultado de la dificultad o incapacidad de la familia para manejar adecuadamente situaciones difíciles relacionadas con la etapa del desarrollo por la que atraviesa la familia.

"FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN RELACION A LOS PADECIMIENTOS -
MAS FRECUENTES EN UN GRUPO DE TRABAJADORES DEL I.M.S.S. -
Y SU FAMILIA".

De los resultados obtenidos en relación al índice de funcionamiento familiar según la clasificación triaxial familiar; de las 63 familias (100%) estudiadas, se encontraron 34 (53.96%) de familias disfuncionales, las cuales presentaron alteraciones en los tres ejes en forma alternante, siendo en orden de importancia las siguientes:

- 1.- Disfunción en el eje I (ó dimensión histórico-longitudinal). Se encontraron 29 familias.
- 2.- Disfunción en el eje II (ó dimensión horizontal-seccional). Se encontraron 26 familias.
- 3.- Disfunción en el eje III (ó dimensión global). Se encontraron 25 familias. Ver cuadros 16, 17, 18.

En el estudio se clasificaron tres tipos de padecimientos, que directamente afectan al trabajador y subsecuentemente la dinámica de su familia, los padecimientos que le generan incapacidad y las principales causas de morbilidad en su núcleo familiar.

Se encontraron 17 trabajadores con un padecimiento (cuadro 19), los cuales afectan directamente su dinámica familiar por disfunciones encontradas en los ejes (uno, dos o los tres), y se demuestra que los 17 (100%) de los trabajadores pertenecen a las 34 familias señaladas como disfuncionales anteriormente.

Así mismo, los padecimientos que fueron motivo de incapacidades (cuadro 2), tuvieron una gran relación con familias disfuncionales ya que el 64.58% de estas, fueron detectadas en trabajadores que tienen familias disfuncionales.

Por último también se relaciono la morbilidad familiar con disfuncionalidad donde el 76.15% de padecimientos generales - (cuadro No 3), están incluidos en las 34 familias con disfuncionalidad.

"DETECCION DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEGURIDAD SOCIAL EN LOS TRABAJADORES DEL I.M.S.S."

Al investigar el conocimiento que tienen los trabajadores (muestra), del I.M.S.S. acerca de la Seguridad Social, se aplicó un cuestionario de 17 preguntas (anexo No 1). Calificándose de la siguiente forma:

Excelente..... 15 a 17 aciertos
Regular..... 12 a 14 aciertos
Deficiente..... 11 ó menos aciertos

Los resultados son los siguientes de las 63 encuestas - practicadas a los trabajadores:

Conocimientos excelentes..... 16 (25.39%).
Conocimientos regulares 19 (30.15%).
Conocimientos deficientes 28 (44.44%).

Por otra parte el 76.19% contestó que los conocimientos - obtenidos sobre Seguridad Social, no son adquiridos por cursos, pláticas, etc. sino por necesidad propia. Descripción de los - resultados en el cuadro número 20.

Los menores conocimientos fueron en orden de frecuencia:

1.- Pregunta 15 relacionada con aseguramiento a beneficiarios - (servicios obstétricos a hijas).

negativamente 58.73% y afirmativamente 41.26%

2.- Pregunta 10 relacionada con prescripción del pago del -- I.M.S.S. a los asegurados.

negativamente 41.26% y afirmativamente 58.73%.

- 3 - Pregunta 2 relacionada con gastos de matrimonio.
negativamente 39.68% y afirmativamente 60.31%
- 4.- Pregunta 12 y 13 relacionadas, la primera con requisitos para pensión:
negativamente 30.15% y afirmativamente 69.84%.
La segunda relacionada con requisitos para pensión:
negativamente 30.15% y afirmativamente 69.84%.
- 5.- Pregunta 4 y 7 relacionadas, la primera con riesgo de trabajo.
negativamente 19.04% y afirmativamente 80.95%.
La segunda relacionada con tipo de prestaciones que otorga el I.M.S.S.
negativamente 19.04% y afirmativamente 80.95%
Los mayores conocimientos fueron en orden de frecuencia:
- 1.- Preguntas 8 y 9 prestaciones que tiene el asegurado.
Afirmativamente 93.65% y negativamente 6.34%.
- 2.- Pregunta 11 relacionada con riesgo de trabajo.
Afirmativamente 92.06% y negativamente 7.93%
- 3.- Pregunta 5 y 14 relacionadas, la primera con aseguramiento a beneficiarios.
Afirmativamente 90.47% y negativamente 9.52%
La segunda relacionada con derecho a guardería.
Afirmativamente 90.47% y negativamente 9.52%.
Ver cuadro No 20.

CONCLUSIONES :

- 1.- No fué posible valorar la relación que existe entre el nivel socioeconómico de la utilización de servicios por los trabajadores del I.M.S.S. y su familia, dada la frecuencia de la utilización inadecuada de éstos.

La accesibilidad de los trabajadores del Instituto a los servicios (atención médica) favorece la falta de registros confiables.

- 2.- De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio, se observó que no se rechaza la hipótesis de nulidad ya que no se encontraron factores predisponentes para las enfermedades dentro de los trabajadores del I.M.S.S. ya que la mayor frecuencia de las enfermedades correspondió al aparato respiratorio, en su trayecto alto; a pesar de ello las condiciones de vivienda en la mayor parte de los trabajadores era adecuada, no existieron factores predisponentes a las mencionadas enfermedades, de las cuales su evolución fué corta dado que no se encontraron complicaciones de las mismas, ésto mismo dado que la mayor parte de los trabajadores corresponde al personal médico y paramédico.

- 3.- La cobertura de las detecciones, inmunizaciones y programas de Planificación Familiar se llevaron a cabo en alto porcentaje, de ésta manera se desechó la hipótesis de nulidad, la cual nos dice que las coberturas de las detecciones, inmunizaciones y PPF en los trabajadores del I.M.S.S. y su familia es igual a la del resto de la población derechohabiente y en base a los resultados ésto fué falso.

Se dice que la limitación en la educación es un indicador de la marginación económico y social que sufre la po

blación y que ésta tiene seria repercusión sobre el conocimiento, en éste caso lo relativo a los programas antes mencionados, en nuestro estudio encontramos que efectivamente existe una estrecha relación entre el nivel de escolaridad avanzada y el conocimiento de los programas y era de esperarse ya que la gran mayoría de la población entrevistada es profesionista.

- 4.- La estructura, tipología, estrato, funcionalidad de la familia, y tipo de disfunción familiar encontrada nos permite afirmar lo siguiente:

Que tanto el nivel socioeconómico, ocupación, escolaridad, tipo de vivienda, tipo de alimentación, son diferentes tanto en los trabajadores como en los no trabajadores-derechohabientes.

Así mismo que en cuanto a tipología, la familia del trabajador es de tipo urbano, profesionista, con menos de 5 integrantes, nuclear, integral, y siendo la etapa de expansión y dispersión las que predominan, en cuanto a las características de la familia de no trabajadores se trata de familias de tipo urbano y suburbano, obreras, formadas hasta de 10 integrantes en algunos casos, nucleares o extensas, así como en etapa de expansión y dispersión.

Por lo que se deduce que éstos factores influyen en la funcionalidad o disfuncionalidad familiar así como en la demanda de la consulta externa de Medicina Familiar.

En cuanto a las familias disfuncionales, existieron variaciones de acuerdo al APGAR o la clasificación triaxial siendo frecuentes las disfunciones en los tres ejes en el caso del trabajador, y en el caso del no trabajador el mayor porcentaje se presenta en el eje I.

Por lo que se hace manifiesto que la familia del tra-

bajador presenta disfunción en los diferentes subsistemas, dado que no presenta alteraciones relacionadas con la etapa del desarrollo por la que atraviesa, sino también entre dos o más miembros de la familia, así como disfunciones - concernientes a toda ella como grupo o sistema y que se refiere a los aspectos de su estructura.

Llama la atención que a pesar de que el núcleo familiar del trabajador en general tenga mejores condiciones - de vida, las disfunciones familiares se hacen evidentes en ambos grupos.

- 5.- Se corrobora la hipótesis de nulidad ya que se establece - que los padecimientos de los trabajadores del I.M.S.S. y - su familia no se encuentran asociados a la funcionalidad - familiar, sin embargo, éstos resultados contrastan con la clasificación obtenida en la clasificación triaxial fami - liar donde es aceptada la hipótesis alterna ya que los padecimientos más frecuentes del trabajador del I.M.S.S. y - su familia sí se asocian estadísticamente a disfunción familiar en cualquiera de los tres ejes.

Esta incongruencia en los resultados, probablemente se debió a la incomprensión de las preguntas del cuestionario del APGAR familiar y por ello las calificaciones resultantes fueron altas.

El índice de funcionamiento familiar puede ser detectado a través del cuestionario basado en la clasificación triaxial familiar, esto es importante para detectar las - disfunciones dentro de una familia además ello permite detectar la dinámica de la misma e inducir a proponer sus propias soluciones a través del personal plenamente capacitado.

- 6.- La hipótesis alterna al corroborar que efectivamente los -

trabajadores del I.M.S.S. no conocen suficientemente los beneficios de la Seguridad Social otorgada por el Instituto (especie, dinero y sociales) fué aceptada.

El área de mayor conocimiento fué sobre las prestaciones a que tiene derecho el asegurado y lo relacionado con riesgo de trabajo.

El área de menor conocimiento es en lo que se refiere a aseguramiento a beneficiarios y lo relacionado a prescripción del pago del I.M.S.S. a los asegurados.

Finalmente el mayor número de éstos trabajadores adquieren éstos conocimientos por necesidad propia y una cuarta parte de ellos la adquieren por cursos o pláticas.

COMENTARIOS :

En el presente estudio encontramos varias dificultades, - en cuanto a participación del mismo trabajador, iniciando por la exclusión de varios de ellos, como ya se ha mencionado con anterioridad, se considera además que los datos obtenidos en un porcentaje no posible de especificar, fueron inseguros, más sin embargo dado que la mayor parte de los trabajadores son - profesionistas, las condiciones de vivienda, así como ingreso mensual y demás datos que se puedan considerar como factores - de riesgo no varían en cuanto a los resultados obtenidos, no - encontrando relación entre el nivel socioeconómico y utiliza - ción de servicios ni con dichos factores y el curso de las en - fermedades que padecen los trabajadores.

Consideramos que es de suma importancia la utilización ma - siva y sostenida de los recursos empleados por el I.M.S.S. pa - ra que se lleve a cabo Programas como las detecciones, immuni - zaciones y PPF, especialmente en países como el nuestro en los que es más difícil y tardado modificar otros factores que con - dicionan las enfermedades por encontrarse integrado fuertemen - te a nuestra situación socio-cultural y éstas son las razones - por las que debe implementarse éstos Programas en forma sisté - mica y permanente con miras de prevenir los males tantas veces mencionados y lograr su dominio y control.

Estimamos que ésto se logrará si las acciones hasta hoy de - sarrolladas las impulsamos con determinaciones, las hacemos - mas eficaces y las apoyamos con otras que la experiencia nos - haya dado. Por otro lado debemos lograr la participación acti - va de la población sobre todo los trabajadores del I.M.S.S. - que están más relacionados en forma directa con dichos Progra - mas. Debemos reforzar los servicios de vigilancia Epidemiológi - ca para las enfermedades y efectuar reuniones en todos los ni -

veles para analizar los aspectos inherentes a la presencia y desarrollo de éstas enfermedades y las medidas de lucha para controlarlas y erradicarlas.

Es importante tener el diagnóstico de Salud de una Institución como el I.M.S.S., a través de una muestra de sus trabajadores y su familia, dicho diagnóstico es un reflejo mínimo de los trabajadores del I.M.S.S., pero muy significativo. Los padecimientos encontrados relacionados a la disfunción familiar dan un hecho importante que psicológicamente se expresa en la productividad, en las relaciones interpersonales y laborales del trabajador. Por lo que consideramos importante que las familias del trabajador del I.M.S.S. tuvieran una adecuada terapia familiar.

Resulta interesante corroborar la mala información que tienen los trabajadores del I.M.S.S. (en su mayoría) acerca de la Seguridad Social no debiendo ser ésto ya que la Seguridad Social es el objetivo básico del I.M.S.S. Considerando que debieran contar con la información básica tan importante no sólo para éstos sino para toda la población en general, mediante folletos, pláticas, etc.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Manual de Vigilancia Epidemiológica de Medicina Preventiva I.M.S.S. 1976.
- 2.- Programa de Inmunizaciones del Servicio de Medicina Preventiva I.M.S.S. 1980.
- 3.- Vallejo Nilo, Los Programas de Información, Promoción y Educación en Inmunizaciones. Salud Pública de México, 1979 - Jul-Ago. Vol. XXI No. 4 Pág. 369-78.
- 4.- Manual de Procedimientos del Servicio de Medicina Preventiva I.M.S.S. 1980.
- 5.- Fujigaki, Augusto, Importancia de las Inmunizaciones en México, Salud Pública de México 1979, May-Jun. Vol. XXI - No. 3 Pág. 229-30.
- 6.- Hacia un Sistema Nacional de Salud, UNAM 1983.
- 7.- Calles L.M. La Cartilla Nacional de Vacunación, Salud Pública de México 1979 Jul-Ago, Vol. XXI No. 4 Pág. 405-07.
- 8.- Gómez Santos F. La Salud y la familia, 1974.
- 9.- Ramos A. Martha, Pacientes en Programa de Planificación Familiar y su Relación con sus Resultados y Efectos Esperados. Tesis I.M.S.S., 1983.
- 10.- Gómez G. Higinio, Actividades del Médico Familiar para el Cumplimiento del Esquema básico de Inmunizaciones. Tesis - de Posgrado I.M.S.S. 1983.
- 11.- Leñero, Luis. Estereotipos, Tipos y Neotipos de Familia en México. La Familia Medio Proporcionador e Inhibidor del desarrollo Humano, Ed. E. Dulante, Ediciones Médicas del Hospital Infantil. 1975. Pág. 61-108.
- 12.- Pindas, Pablo. Conferencia Durante el Cuarto IV Curso Internacional de Salud y Población, Integrante del Instituto Mexicano de Estudios Sociales A.C.

- 13.- Documento. Funciones de la Familia Utilizado en el HGZ - No. 8, en la Residencia de Segundo Año de Medicina Familiar.
- 14.- Cerda, Arturo. Diagnóstico de las Alteraciones en la Dinámica Familiar. Memorias de las Jornadas de Medicina Familiar. Ira Ed. I.M.S.S., México 1979, Pág. 127-130.
- 15.- Varela, Santa Cruz J. Departamento de Estudios de Pregrado. La Familia como Unidad de Analisis. Rev. Méd. I.M.S.S. 1983, Pág. 218-348.
- 16.- Saucedo, Juan y Foncerrada, Miguel. La Exploración de la Familia. Aspectos Médicos, Psicológicos y Sociales. Rev. Méd. I.M.S.S. 1981. Pág. 155-63.
- 17.- Wen-Shing, Tsangand, Mc. Dermott. Clasificación Triaxial Familiar. Journal of Child Psychiatry, Vol. XVIII. No. J. Año 1979. Pág. 22-43.
- 18.- Medina, A. Factores que Influyen en la Demanda de Consulta Externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 8, Para Configurar Indicadores de Cobertura a la Población Derechohabiente. Tesis de Posgrado. UNAM-I.M.S.S. 1985.
- 19.- Pasos, A. Frecuencia y Clasificación de Disfunciones Familiares en la Consulta Externa. Tesis de Posgrado. UNAM - I.M.S.S. Enero 1987.
- 20.- Quirasco. B. Factores Socioeconómicos que Influyen en la Demanda de Atención de la Consulta Externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 8 del I.M.S.S. Tesis de Posgrado UNAM- I.M.S.S. 1985.
- 21.- Cohen N. Trabajadores y Seguridad Social en América Latina. I.M.S.S. 1981. Pág. 7-43.

- 22.- Flores Contreras, J. Conocimiento de la Seguridad Social-
entre Derechohabientes y Médicos Familiares en un Primer-
Nivel de Atención. I.M.S.S.- UNAM. Tesis de Posgrado. Eng
ro 1987.

CUADRO No. 1

Ingreso Percápita en el Trabajador del I.M.S.S.				
Ingreso Percápita				No. de Trabaja- dores.
1.	De \$ 0.00	a	\$ 14,000.00	0
2.	De \$ 14,001.00	a	\$ 24,000.00	4
3.	De \$ 24,001.00	a	\$ 37,000.00	6
4.	De \$ 37,001.00	a	\$ 74,000.00	14
5.	De \$ 74,001.00	a	\$148,000.00	21
6.	De \$148,001.00	a	\$222,000.00	18

Fuente: VESF-1

CUADRO No. 2

Demanda de Consulta en el Trabajador del I.M.S.S.	
Padecimientos	No. de Consultas.
1. Infección de vías respiratorias altas.	59
2. Gastroenteritis.	46
3. Traumatismos.	19
4. Lumbalgia.	10
5. Infección de vías urinarias.	8
6. Embarazo (control).	6
7. Salmonelosis.	5
8. Asma Bronquial.	4
9. Neurosis depresiva	3

Fuente : Expedientes clínicos de 63 trabajadores del I.M.S.S.
de la Unidad de Medicina Familiar No. 1.

CUADRO No. 3

Principales Causas de Morbilidad.		
Causas	No. de Casos	%
1. Hipertrofia amigdalina.	16	5.23
2. Desinteria bacilar, amibiasis	17	5.56
3. Infecciones respiratorias altas	73	23.86
4. Otras enfermedades del ap. digestivo.	14	4.58
5. Otras enfermedades del ap. genito-urinario	28	9.15
6. Enfermedades Traumatológicas.	69	22.55
7. Enteritis y otras diarreas.	42	13.73
8. Otras enfermedades del ap. respiratorio.	19	6.21
9. Enfermedad crónico-degenerativa	1	0.33
10. Enfermedades del S.N.C. y órg. de los sentidos.	16	5.23
11. Causas mal definidas.	5	1.63
12. Enfermedades dermatológicas.	6	1.96
TOTAL	306	100.00

Fuente : Revisión de Expedientes de 63 trabajadores del I.M.S.S. adscritos a la UMF No. 1.

CUADRO No. 4

Grado de Escolaridad.		
Escolaridad	No. de Casos	%
1. No saben leer ni escribir	0	0
2. Saben leer pero no escribir.	1	1.59
3. Saber leer y escribir.	0	0
4. Primaria incompleta.	0	0
5. Primaria completa.	0	0
6. Secundaria o equivalente incompleta.	0	0
7. Secundaria o equivalente completa.	6	9.52
8. Preparatoria o equivalente incompleta.	6	9.52
9. Preparatoria o equivalente completa.	15	23.81
10. Profesional incompleta.	6	9.52
11. Profesional completa.	29	46.03
TOTAL	63	100.00

Fuente : Interrogatorio directo de 63 trabajadores del
I.M.S.S. Adscritos a la UMF No. 1.

CUADRO No. 5

Vivienda.		
Casa sola	21	casos
Departamento o condominio	42	"
Tenencia propia	37	"
Tenencia no propia	26	"
Agua entubada dentro del domicilio.	63	"
Hacinamiento y Promiscuidad	0	"
Desecho inadecuado de basura	2	"
Desecho adecuado de basura	61	"
Excusado con drenaje	62	"
Fosa séptica	1	"
Fauna Nociva.		
Mosquitos	2	casos
Moscas	3	"
Cucarachas	1	"
Ratas	3	"
Otros	26	"
Sin fauna nociva	28	"

Fuente: Datos obtenidos de la VESF-1 en que interrogó en forma directa a los trabajadores del I.M.S.S.

CUADRO No. 6

Hábitos Alimentarios.		
Tipo de alimentación	No. de casos	%
1. Alimentación de predominio animal.	48	76.19
2. Alimentación de predominio vegetal.	14	22.22
3. Alimentación de predominio industrial.	1	1.59
TOTAL.	63	100.00

CUADRO No. 7

Ingreso Mensual.		
Ingreso	No.	%
1. \$ 60.000 a \$100.000	0	0
2. \$ 101.000 a \$150.000	12	19.05
3. \$ 151.000 a \$160.000	6	9.52
4. \$ 161.000 a \$250.000	4	6.45
5. \$ 251.000 a \$300.000	15	23.81
6. \$ 301.000 a \$350.000	0	0
7. \$ 351.000 a \$400.000	6	9.52
8. \$ 401.000 a \$450.000	0	0
9. \$ 451.000 a \$500.000	2	3.17
10. \$ 501.000 a más	18	28.57
TOTAL	63	100.00

Fuente : Datos Obtenidos de la hoja VESF-1 de la UMF No. 1

CUADRO No. 8

Frecuencia de Detecciones en los Trabajadores del I.M.S.S.						
Casos	N	ND	S	S	O	TOTAL
Desnutrición.	181	53	5	-	1	240
Fiebre Reumática	28	10	2	1	2	43
Tuberculosis	73	18	-	1	-	92
CaCu	73	12	2	-	1	88
Ca de Mama	71	15	2	-	-	88
Obesidad	153	52	-	30	5	240
Diabetes	226	11	-	3	-	240
Hipertensión	116	17	9	7	-	149
Enf. trans. sex.	109	55	-	-	1	165
Paludismo	88	152	-	-	1	240
TOTAL	1 117	395	20	42	11	

* N = normal ; ND = no detección ; S = sospechoso;
S = sospecha confirmada ; O = Caso diagnosticado.

* Fiebre Reumática = Población de 5 a 14 años
Tuberculosis = Población de 20 a 39 años.
CaCu y Ca de mama = Población mayor de 15 años.
Hipertensión = Población mayor de 20 años.
Enf. trans. sex. = Mayores de 15 años.

CUADRO No. 9

Frecuencia en % de Detecciones en Trabajadores del I.M.S.S. y su Familia.						
Casos	N	ND	S	S	O	Total
Desnutrición.	75.41	22.08	2.08	-	0.41	100%
Fiebre Reumática	65.11	3.25	4.65	2.32	4.65	"
Tuberculosis	79.34	19.56	-	1.08	-	"
CaCu	82.95	13.63	2.27	-	1.13	"
Ca de mama	80.68	17.04	2.27	-	-	"
Obesidad	63.75	21.76	-	12.54	2.08	"
Diabetes	94.16	4.58	-	1.25	-	"
Hipertensión	77.80	11.4	6.04	4.69	-	"
Enf. Tran. Sex.	66.06	33.33	-	-	0.60	"
Paludismo	36.66	63.33	-	-	0.41	"
TOTAL	83.04	29.36	1.48	3.12	0.81	

* N = normal ; ND = no detección ; S = sospechoso
S = sospecha confirmada ; O = caso diagnosticado.

* Fiebre reumática = población de 5 a 14 años.
Tuberculosis = población de 20 a 39 años.
CaCu y Ca de mama = población mayor de 15 años.
Hipertensión = población de más de 20 años.
Enf. trans. sex. = mayores de 15 años.

CUADRO No. 10

Frecuencia de Inmunizaciones en los Trabajadores del I.M.S.S. y su Familia.			
Vacuna	Completa	Incompleta	Total
BCG	37	1	38
Sabin	33	5	38
DPT	30	8	38
Total	100	14	
* Población de 0 a 6 años.			
Toxoide tetánico	174	28	202
Fiebre tifoidea	116	86	202
Total	290	114	
* Población de más de 6 años.			
Frecuencia en % de Inmunizaciones en Trabajadores del I.M.S.S. y su Familia.			
Vacuna	Completa	Incompleta	Total
BCG	97.36	2.6	100%
Sabin	86.84	13.15	"
DPT	78.94	21.05	"
Toxoide tetánico	86.13	14.35	"
Fiebre tifoidea	57.42	42.57	"

Fuente : VESF-I, de los trabajadores del I.M.S.S. adscritos a la UMF No. 1.

CUADRO No. 11

Frecuencia de Mujeres en Edad Fértil Adscritas al PPF.		
Método	No. Mujeres	%
Hormonales	11	16.66
DIU	16	24.24
Quirúrgicos	16	24.24
Locales	3	4.54
Sin método	20	30.30
* Población de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años en total 66 mujeres.		
* Total de mujeres adscritas al PPF 46.		
Frecuencia de mujeres adscritas al PPF		
Método	No de Mujeres	%
Hormonales	3	8.57
DIU	7	20.00
Quirúrgicos	12	34.28
Locales	1	2.85
Total	23	
* Sin método	12	
* Por histerectomía -2	Deseo de embarazo-3	Causa desconocida-7

Fuente : VESF-I de los trabajadores del I.M.S.S. adscritos a la UMF No. 1

CUADRO No. 12

Esposas de Trabajadores Adscritas al PPF.		
Método	No. de Esposas	%
Hormonales	1	5.55
DIU	6	33.33
Quirúrgicos	5	27.77
Locales	2	11.11
Total	14	
Sin método	4	22.2

Fuente : VESF-1 de los trabajadores adscritos a la UMF No. 1 del I.M.S.S.

CIADRO No. 13

Clasificación de las familias.			
En base a	Tipos	No. de fam.	%
Origen	Rurales	0	0
	Suburbana	0	0
	Urbana	63	100
Desarrollo	Primitivas	0	0
	Tradicionales	4	6.4
	Modernas	59	93.6
Ocupación	Obreras	0	0
	Empleados	21	33.4
	Profesionistas	42	66.6
Composición	Nucleares	48	76.0
	Extensas	10	15.0
	Compuestas	3	9.0
Número de integrantes.	menos de 5 integrantes	44	69.8
	de 5 a 10 integrantes	19	30.2
	más de 10 integrantes	0	0
Integración	Integrada	46	73.0
	Semi integrada	10	15.8
	Desintegradas	7	11.2

Fuente : VESF-1 de los trabajadores del I.M.S.S. adscritos a la UMF No. 1. Y cuestionario de tipología familiar y estrato social.

CUADRO No. 14

Características de la Familia.		
Funciones de la Familia	No. de fam.	%
Socialización	30	47
Cuidado	40	63
Afecto	60	95
Reproducción	63	100
Status y nivel socioeconómico	50	79
Ciclo de Vida		
Matrimonio	4	6.4
Expansión	20	32.0
Dispersión	33	54.0
Independencia	4	6.4
Retiro y muerte	1	1.5

Fuente : VESF-1 de los trabajadores del I.M.S.S.
adscritos a la UMF No. 1

CUADRO No. 15

Disfunciones Familiares.		
APGAR Familiar	No. de familias	%
Funcionales	59	93.6
Moderadamente disfuncionales	3	4.7
Severamente disfuncionales	1	1.7
Tipología triaxial		
Eje I	29	
Eje II	26	
Eje III	25	

Fuente : Cuestionario de APGAR familiar y cuestionario de Índice de Funcionamiento Familiar en relación a la clasificación triaxial.

CUADRO 16

Familias con disfunción en el eje I (histórico-longitudinal).	
DISFUNCIONES	No. DE FAMILIAS
A.- Del Desarrollo:	
1.-Familiar Primaria	23
2.-Con la crianza de los hijos	16
3.-Con la educación de los hijos	16
4.-De la familia madura	12
5.-De la familia que se contrae	12
B.- Complicaciones y variaciones del desarrollo:	
1.-Familias interrumpidas	12
2.-Familias de un solo padre	11
3.-Familias reconstruidas	2
4.-Familias crónicamente inestables	5
* Total de familias disfuncionales= 29.	

Fuente: Cuestionario del Índice de funcionamiento familiar en relación a la clasificación triaxial.

CUADRO 17

Familias con Disfunción en el eje II (Horizontal-Seccional)	
DISFUNCIONES	No. DE FAMILIAS
A.- Del Subsistema conyugal:	
1.-Marital complementaria	7
2.-Marital conflictiva	3
3.-Marital dependiente	10
4.-Por falta de vinculación	9
5.-Por incompatibilidad	9
B.- Del Subsistema Padre-hijo:	
1.-Reacción ante uno de los hijos	17
2.-En la relación padre-hijo	2
3.-Triangulares	7
C.- Del Subsistema de los hermanos:	
1.-Rivalidad destructiva	3
2.-Sobre-identificación	4
3.-Coalición contra los padres	2
* Total de familias disfuncionales = 16	

Fuente: Cuestionario del Índice de funcionamiento familiar en relación a la clasificación triaxial.

CUADRO 15

Familias con Disfunción en el eje III (dimensión global)	
DISFUNCIONES	No. de FAMILIAS
A.- Estructurales y funcionales:	
1.- De bajo rendimiento	1
2.- Excesivamente estructurada	3
3.- Patológicamente integradas	0
4.- Desvinculadas	6
5.- Desorganizadas	6
B.- Sociales:	
1.- Socialmente aisladas	24
2.- Socialmente desviada	4
3.- Con tema especial (mito, secreto, etc)	0
* Total de familias disfuncionales = 24	

Fuente: Cuestionario del Índice de funcionamiento familiar en relación a la clasificación triaxial.

CUADRO 19

Padecimientos que portan los trabajadores del I.M.S.S. y que son causa de alteración en la dinámica familiar en un 100%.		
PADECIMIENTOS	No.	%
1.- Lumbalgias	6	47.05%
2.- Colon irritable	3	17.64%
3.- Desnutricion	2	11.76%
4.- Enfermedad ácido-péptica	1	5.88%
5.- Alcoholismo	1	5.88%
6.- Hipertensión Arterial	1	5.88%
7.- Asma bronquial	1	5.88%
TOTAL	17	100%

Fuente: Forma VESF-1 efectuado a un grupo de trabajadores adscritos a la UMF I

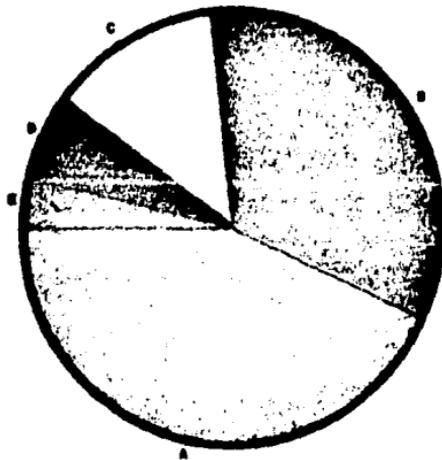
CUADRO No. 20

Conocimientos de Seguridad Social de los Trabajadores del I.M.S.S.		
Pregunta No.	Afirmativa %	Negativa %
1.	88.88	60.31
2.	11.11	39.68
3.	87.30	12.69
4.	80.95	19.04
5.	90.47	9.52
6.	74.60	25.39
7.	80.95	19.04
8.	93.65	6.34
9.	93.65	6.34
10.	58.73	41.26
11.	92.6	7.93
12.	69.84	30.15
13.	69.84	30.15
14.	90.47	9.52
15.	41.26	58.73
16.	23.80	76.19
17.	46.03	53.96

Fuente: Cuestionario de Seguridad Social realizado a un grupo de trabajadores adscritos a la UMF No 1.

GRAFICA 1

MOTIVOS DE EXCLUSION DE TRABAJADORES ENCUESTADOS

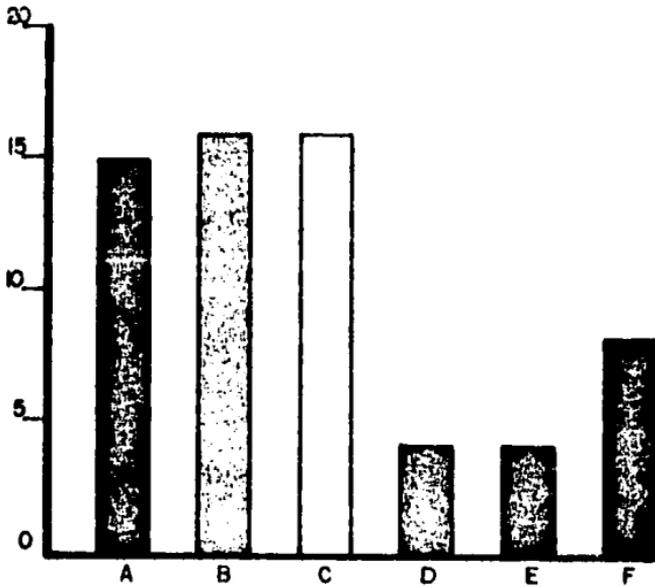


	A) CAMBIO ADSCRIPCION	43.3 %
	B) INCAPACIDAD PROLONGADA	33.3 %
	C) LICENCIA	13.3 %
	D) BECADOS	6.6 %
	E) NO COOPERO AL ESTUDIO	3.3 %

FUENTE: REVISION DE TARJETA SIVE DE UMF. I
Y MOZ GABRIEL MANCERA

GRAFICA 2

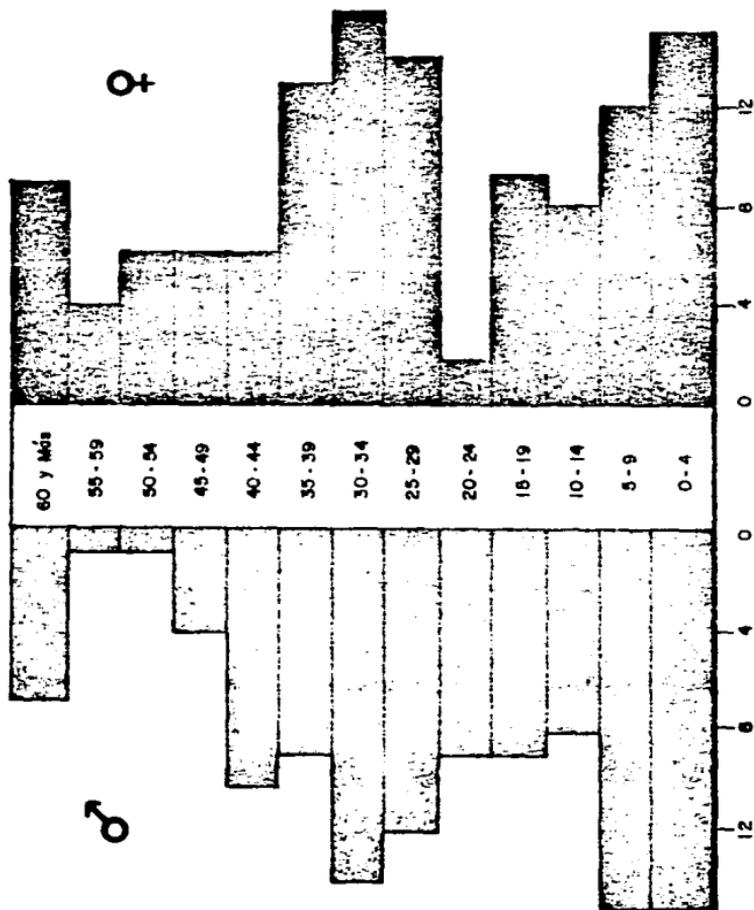
OCUPACION DE LOS TRABAJADORES DEL IMSS Y SU FAMILIA



-  A) MEDICOS
-  B) ENFERMERAS
-  C) EMPLEADOS DE CONFIANZA
-  D) AUX. DE OFICINA
-  E) ASISTENTE MEDICA
-  F) OTROS

FUENTE: REVISION DE TARJETA SIME DE UNF. I
Y HOZ GABRIEL MANCERA

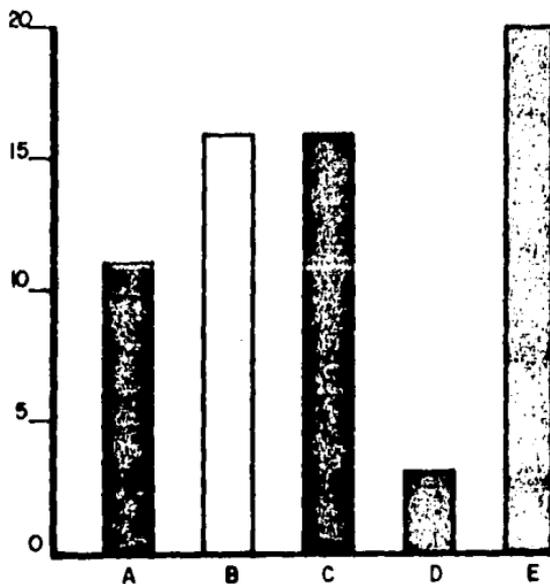
PIRAMIDE DE POBLACION



FUENTE: REVISION DE TARJETA SIVE DE UNIF I Y M6Z GABRIEL MANCERA

GRAFICA 3

METODO USADO POR MUJERES ADSCRITAS A P.P.F.

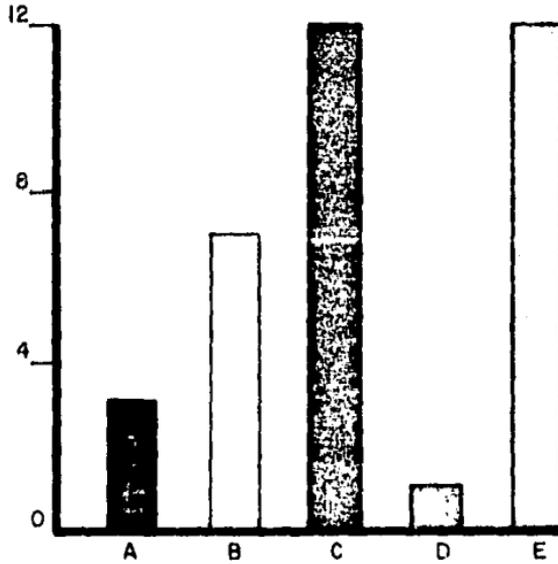


	A) HORMONALES	16.66 %
	B) DIU	24.24 %
	C) QUIRURGICOS	24.24 %
	D) LOCALES	4.54 %
	E) SIN METODO	30.30 %

FUENTE: REVISION DE TARJETA SIVE DE UMF I
Y H02 GABRIEL MANCERA

GRAFICA 4

FRECUENCIA DE MUJERES TRABAJADORAS
ADSCRITAS AL P.P.F.

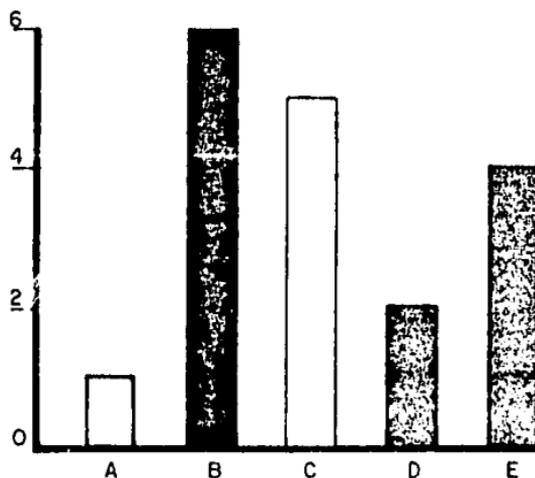


	A) HORMONALES	8.57 %
	B) DIU	20.00 %
	C) QUIRURGICOS	34.28 %
	D) LOCALES	2.85 %
	E) SIN METODO	34.28 %

FUENTE: REVISION DE TARJETA SIVE DE UMF I
Y HGZ GABRIEL MANCERA

GRAFICA 5

FRECUENCIA DE ESPOSAS DE TRABAJADORES
ADSCRITAS AL P.P.F.

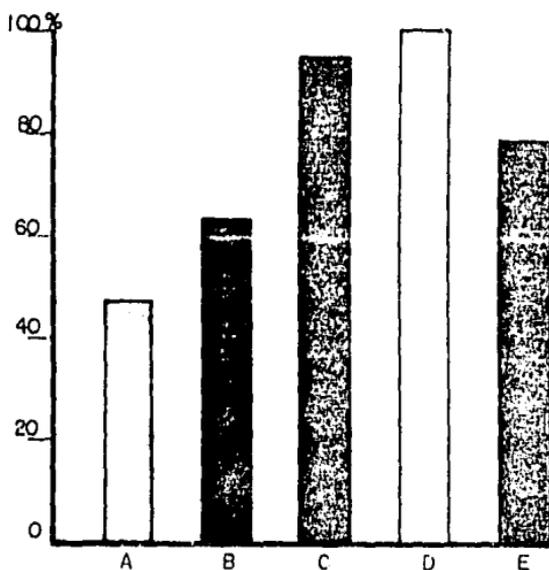


	A) HORMONALES	5.55 %
	B) DIU	33.33 %
	C) QUIRURGICOS	27.77 %
	D) LOCALES	11.11 %
	E) SIN METODO	22.22 %

FUENTE: REVISION DE TARJETA SIVE DE UMF I
Y HGZ GABRIEL MANCERA

GRAFICA 7

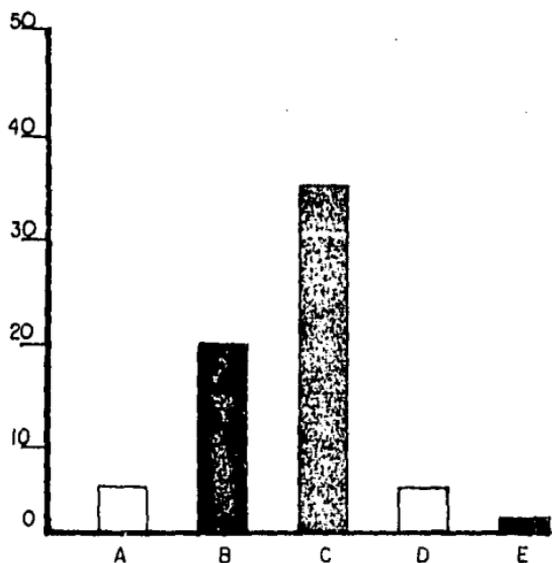
FUNCIONES DE LA FAMILIA



-  A) SOCIALIZACION
-  B) CUIDADO
-  C) AFECTO
-  D) REPRODUCCION
-  E) STATUS Y NIVEL SOCIOECONOMICO

FUENTE: REVISION DE TARJETA SIVE DE UMF I
Y HGZ GABRIEL MANCERA

GRAFICA B
CICLO DE VIDA

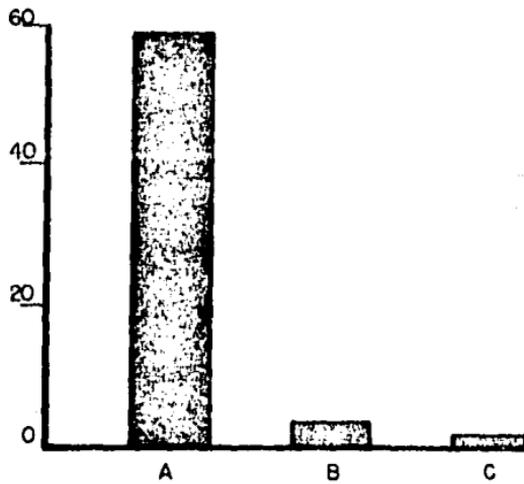


-  A) MATRIMONIO
-  B) EXPANSION
-  C) DISPERSION
-  D) INDEPENDENCIA
-  E) RETIRO Y MUERTE

FUENTE: REVISION DE TARJETA SIVE DE UMF I
Y HGZ GABRIEL MANCERA

GRAFICA 9

FUNCIONALIDAD SEGUN EL APGAR FAMILIAR



 A) FUNCIONALES (Calificación 7-10)

 B) MODERADAMENTE DISFUNCIONALES
(Calificación 4-6)

 C) SEVERAMENTE DISFUNCIONALES
(Calificación 0-3)

FUENTE: REVISION DE TARJETA SIVE DE UMF I
Y HGZ GABRIEL MANCERA

DETALLE HISTORIA	NUMERO	FORMA	EDAD	SEXO	FECHA INICIO		UNIDAD
	SERVICIO	A	B	C			FECHA:
	CALIDAD						INDICE
	N.º DE						COMPLETOS
	DE						
CALIDAD	A	B	C			FECHA	

	MOTIVOS CONSULTAS												TOTAL	
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE		
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
TOTALES														

DIABETES
ALERGIA
MALFORM. CONGENIT.
CANCER
FADECIM. MENTAL
SIFILIS
TUBERCULOSIS
HIPERT. ARTERIAL
CARDIOPATIAS
ORESIDIO

ANTECEDENTES FAMILIARES

VISITAS PROGRAMADAS	FECHA	ACCIONES	REALIZO

OFICINA	APOYO SOCIAL		
	UNIDAD DE SERVICIO	PROGRAMA O ACTIVIDAD	FAMILIAR
M. S. S.	C. S. S. G. P.		1
	CENTRO DE CAPACITACION		2
	CENTRO DEPORTIVO		3
	GUARDEPIAS		4
			5
			6

FORMA VESF-1

I. TIPOLOGIA FAMILIA Y ESTRATO SOCIOCULTURAL

- 1.- La familia se adapta y practica racionalmente costumbres ideas y roles que surgen cotidianamente en la comunidad
MODERNA
SI NO
- 2.- La familia norma su conducta por un rígido patron de comportamiento que ejerce habitualmente el padre?
TRADICIONAL
SI NO
- 3.- La familia conserva hábitos religiosos, normas morales, actitudes - familiares, roles y demás costumbres antiguas provenientes de una - comunidad indígena de origen?
ARCAICA O PRIMITIVA
SI NO
- 4.- El domicilio de la familia se ubica en ?
- La ciudad (Urbano)
- Alrededor de la ciudad (Suburbano)
- En el campo o alrededores (Rural)
- 5.- La familia la componen ?
a) Los padres e hijos (Nuclear)
b) Lo anterior más consanguíneos (Extensa)
c) Lo anterior más NO consanguíneos (Compuesta)
- 6.- La ocupación fundamental de la Familia es ?
- En el campo
- Emplouda u obrera
- Profesionista
- 7.- Cuantos integrantes tiene la familia?
Menos de 5 de 5 a 10 más de 10
- 8.- Cuantos miembros sostienen a la Familia?
Uno Dos más de 2
- 9.- Ingreso total mensual (INGRESO PERCAPITA)
Menos del salario mínimo salario mínimo más del salario mínimo
- 10.- La casa donde habita la familia es ?
Propia Rentada Asentamiento Irregular
- 11.- La casa cuenta con servicios básicos ?
Completos Incompletos Ninguno
- 12.- El gasto familiar habitual cubre necesidades de alimentación vestido y hogar?
Completamente Con deficiencia Muy deficiente
- 13.- El gasto familiar habitual incluye gastos de pasens, cine, viajes, fiestas, etc. ?
SI NO

QUESTIONARIO 1.

APGAR FAMILIAR.

	Casi siempre (2 puntos)	algunas ocasiones (1 punto)	Difficil- mente (0 punto)
1. Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algun problema.	_____	_____	_____
2. Estoy satisfecho con la manera que mi familia discute de igual acuerdo a interés y participa en la resolución de problemas conmigo.	_____	_____	_____
3. Encuentro que mi familia acepta mis deseos de tomar nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida.	_____	_____	_____
4. Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos tales como ira, aflicción y amor.	_____	_____	_____
5. Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo pasamos juntos.	_____	_____	_____

TOTAL: _____

Fuente: Smilkstein, G: The Family Apgar: A Proposal for a Family Function Test and its Use by Physicians, J Fam Prac 6 : 1231- 1239, 1978.

APGAR FAMILIAR

DEFINICION DE SUS COMPONENTES.

Componente	Definición
1. Adaptabilidad (<u>Adaptability</u>)	La adaptación es la utilización de los - recursos intra y extrafamiliares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar es forzado o violado.
2. Asociaciones (<u>Partnership</u>)	Es la participación de responsabilidad - en trabajo y educación por los miembros de la familia.
3. Progresión (<u>Growth</u>)	Es la maduración física y emocional, plenitud misma que es llevada a cabo por - los miembros de la familia a través del apoyo mutuo y dirección (conducta).
4. Afecto (<u>Affection</u>)	Es lo que se refiere a las relaciones de cuidado y cariño que existen entre los - miembros de la familia.
5. Acuerdos y decisiones (<u>Resolve</u>)	Es la tarea de dedicar tiempo a otros -- miembros de la familia para educación física y emocional. Usualmente también <u>in</u> volucra una decisión de participación de la riqueza y espacio.

Fuente: Smilkstein, G: The Family Apgar: A Proposal for a Family Function Test and its use by Physicians, J Fam Prac 6:1231-39, 1978.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 5 "SAN ANGEL"
-RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR-

ESTUDIO DE LA DINAMICA FAMILIAR

FAMILIODIAGRAMA ESTRUCTURAL:

FECHA:

ABUELOS PATERNOS



ABUELOS MATERNOS



PADRE



MADRE



HIJOS EN ORDEN CROMOLOGICO DESCENDENTE DE IZQUIERDA A DERECHA

S I M B O L O G I A :



HOMBRE



MUJER



PACIENTE IDENTIFICADO



MATRIMONIO



DIVORCIO



UNION LIBRE



MUERTE



EMBARAZO



ABORTO



GEMELOS



FAMILIARES BAJO EL MISMO TECHO



VINCULO CLARO (BUENA COMUNICACION)



VINCULO RIGIDO (MALA COMUNICACION)



VINCULO DIFUSO (DEPENDENCIA EXCESIVA)

INDICE DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR
EN RELACION A LA CLASIFICACION TRIAXIAL FAMILIAR

EJE I

ASPECTOS DEL DESARROLLO FAMILIAR
DISFUNCIONES DEL DESARROLLO

- 1.- Considera Ud. que en su matrimonio tanto su esposo (a) como Ud. estan de acuerdo con su papel marital?
SI NO
- 2.- Considera Ud. que en su matrimonio cada quien cumple con su responsabilidad y tareas de esposos?
ADECUADAMENTE CON DEFICIENCIA MUY DEFICIENTE
- 3.- La llegada de los hijos ha significado para su matrimonio problemas?
SIEMPRE CASI SIEMPRE A VECES NUNCA
- 4.- Si la llegada y crianza de los hijos ha significado problemas estos han sido principalmente de tipo?
ECONOMICO PSICOLOGICO FAMILIAR OTROS (ESPECIFICAR)
- 5.- Si en su familia tiene hijos adolescentes o adultos, toma cada quien su respectivo papel y responsabilidad en la familia?
SIEMPRE CASI SIEMPRE A VECES NUNCA
- 6.- La pérdida o ausencia de uno de los miembros de la familia ha significado crisis familiar persistente?
SIEMPRE CASI SIEMPRE A VECES NUNCA
- 7.- En caso que la falta de un miembro signifique crisis familiar persistente ha sido por su repercusión?
ECONOMICA PSICOLOGICA FAMILIAR OTRAS (ESPECIFICAR)

COMPLICACIONES Y VARIACIONES DEL DESARROLLO

B)

- 8.- Se ha separado alguna vez de su pareja, ya sea de manera legal o informal?
SI NO
- 9.- En caso que sean varias cuantas son?
2 o menos 3 a 5 más de 6
- 10.- Es Ud. actualmente el que da todas las atenciones y cuidados a sus hijos, ya sea por divorcio, viudez o separación informal?
SI NO

11.- El tener toda la responsabilidad de atender y cuidar de sus hijos le representa problemas?

SI NO

12.- Estos son principalmente de que tipo?

ECONOMICO PSICOLOGICO FAMILIAR OTROS (ESPECIFICAR)

13.- En caso de que Ud. haya integrado otra familia, diría que sus miembros están cumpliendo con su responsabilidad y tomando su respectivo lugar?

SI NO

14.- El divorcio, separación informal de los padres, la falta o pérdida de un miembro han traído consigo inestabilidad y problemas familiares que no se han resuelto?

SI NO

DISFUNCIONES EN SUS SISTEMAS FAMILIARES EN EL
SUBSISTEMA CONYUGAL

EJE II

A)

15.- En la relación con su pareja es común que se presenten riñas, agresiones - - - - - : balazos, falacias, chanta, jocos, separaciones, etc.

SI A VECES NO

16.- Considera Ud. normal la situación anterior?

SI NO

17.- Qué tan severo considera el problema?

INSOPORTABLE TOLERABLE INSIGNIFICANTE

18.- Considera Ud. que su papel de conyuge es aceptar todo con lo que dea?

SI A VECES NO

19.- En la relación con su pareja considera Ud. que existe competencia por ser quien tome las decisiones, acciones o iniciativas entre Ud. y su pareja?

SI A VECES NO

20.- En que porcentaje diría Ud. que se reparten las responsabilidades entre Ud. y* su pareja (hombre/mujer)

100/0 75/25 50/50 25/75 0/100

21.- Considera que entre Ud. y su pareja hay buena comunicación?

SI A VECES NO

22.- Siente Ud. la confianza suficiente para comunicar cualquier problema, de cualquier tipo, en cualquier momento a su pareja

SI A VECES NO

35.- Considera Ud. adecuada la relación entre hijos y padres?
 SI A VECES NO

EJE III DISFUNCIONES EN LA FAMILIA COMO SISTEMA ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES
 A)

36.- Considera Ud. que en su familia cada miembro asume su lugar y funciones respectivas?
 SI A VECES NO

37.- Considera Ud. que habitualmente su familia cumple con las metas y planes que se fija?
 SI A VECES NO

38.- Si cumple con las metas que se traza en que porcentaje?
 100% 75% 50% 25%

39.- Considera Ud. que la conducta y funciones de su familia habitualmente son demasiado rígidas?
 SI A VECES NO

40.- Que tanta flexibilidad existe en las normas y costumbres de su familia?
 MUCHA REGULAR ESCASA NINGUNA

41.- Considera Ud. que en su familia cada quién se respeta mutuamente?
 SI A VECES NO

42.- Considera Ud. que la unión y complementación en su familia son adecuadas?
 SI A VECES NO

B) DISFUNCIONES SOCIALES

43.- Considera Ud. que en su familia convive y comparte relaciones adecuadamente en el conjunto de la comunidad?
 SI A VECES NO

44.- De no ser así la razón principal es de tipo?
 RELIGIOSO COSTUMBRE FALTA DE TIEMPO OTRAS (ESPECIFICAR)

45.- Considera Ud. que los intereses de su familia son contrarios o ajenos a los intereses de la comunidad?
 SI A VECES NO

46.- Por sus costumbres, religión, educación u otro motivo considera Ud. a su familia distinta al conjunto de la comunidad?
 TOTALMENTE UN POCO NADA

47.- También por las razones anteriores considera Ud. a su familia como algo superior al resto de la comunidad?
 TOTALMENTE UN POCO NADA

48.- Considera Ud. que su familia debe estar más integrada al conjunto de la comunidad?
 SI UN POCO NO

QUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD SOCIAL PARA SER CONTESTADO POR LOS
TRABAJADORES DEL I.M.S.S.

1. Sabía Usted que siendo asegurado cuenta con una ayuda para gastos de matrimonio
SI NO
2. Sabía Usted que al dejar de portarse al seguro obligatorio y en esa fecha contraer matrimonio, tendrá derecho a 90 días hábiles a partir de la fecha de matrimonio para solicitar esta ayuda.
SI NO
3. Sabía Usted que la esposa del asegurado o a falta de esta la mujer con quien ha hecho vida marital durante los 5 años anteriores a la enfermedad, los hijos menores de 16 años del asegurado y los hijos de esta hasta los 25 años - cuando realicen estudios en plantales de sistema educativo nacional, el padre y la madre del asegurado que vivan en el hogar del asegurado y que tengan - dependencia económica tienen derecho a las prestaciones que otorga el IMSS.
SI NO
4. Sabía Usted que los hijos del asegurado si no pueden mantenerse por su propio trabajo debido a una enfermedad crónica degenerativa, defecto físico o psicológico tendrán derecho a asistencia médica durante toda la vida.
SI NO
5. Sabía Usted que se considera accidente de trabajo a toda lesión orgánica o perturbación funcional inmediata o posterior o la muerte producida repentinamente en ejercicio o con motivo del trabajo cualquiera que sea el lugar y el tiempo en que se presente. También se considera accidente de trabajo el que se produzca al trasladarse al trabajador directamente de su domicilio al lugar de trabajo, o de éste a aquel.
SI NO
6. Sabía Usted que el concepto de prestación como su nombre lo indica se refiere a otorgar algo a alguien mediante alguna condición.
SI NO
7. Sabía Usted que las prestaciones que otorga el I.M.S.S. pueden ser en dinero o en especie y sociales.
SI NO
8. Sabía Usted que las prestaciones en especie abarca: Servicios Médicos, Hospitalización, farmacia, canastilla, atención quirúrgica y no hay tiempo de espera para gozar de ellos.
SI NO

9. Sabía Usted que las prestaciones en dinero incluyen: Incapacidad, dote matrimonial, gastos de funeral que son a corto plazo. Asimismo abarca las pensiones por cesantía en edad avanzada, vejez, muerte las cuales son a largo plazo y si hay tiempo de espera.

SI NO

10. Sabía Usted que a un asegurado al cual se le extiende una incapacidad cualquiera que sea el ramo, contará con un año para el cobro de la misma, a partir de la fecha de su expedición.

SI NO

11. Sabía Usted que al asegurado que se le expide una incapacidad por riego de trabajo, la prestación en dinero que recibirá será 100% a partir del primer día.

SI NO

12. Sabía Usted que para tener derecho a una pensión por cesantía en edad avanzada, se hace necesario que el asegurado tenga cotizadas en el I.M.S.S. un mínimo de 500 semanas y tener 60 años de edad como mínimo.

SI NO

13. Sabía Usted que el inicio del trámite para una pensión por invalidez, se encuentra que realizarse en la Agencia Administrativa correspondiente a su domicilio.

SI NO

14. Sabía Usted que tienen derecho a los servicios de Guarderías los hijos de padres viudos, los hijos de padres divorciados que tengan a su cargo la tutela de los hijos, los hijos de trabajadoras aseguradas.

SI NO

15. Sabía Usted que la beneficiaria hija independiente que realice estudios en planteles del sistema educativo nacional no tiene derecho a servicio estético por ningún motivo.

SI NO

16. Del cuestionario anterior los conocimientos que tiene los adquirió a través de asistir a un curso o pláticas.

SI NO

17. Del cuestionario anterior los conocimientos que tienen los adquirió por necesidad propia: consultando al personal del IMSS (orientación y quejas) a través de folletos expedidos por el IMSS.

SI NO