

11226
89
2e.

LA TESIS TITULADA:

Exigencias y Capacidades de la Familia ante la Hospitalización.

Presentada por:

Blanca Estela Jiménez Tapia.

En cumplimiento a los requisitos para obtener el Diploma de:

Medica Especialista en Medicina Familiar.

Fue a probada por:

Dr. Armando Rojas Guzmán.

Jefe de Educación e Investigación Medicas.

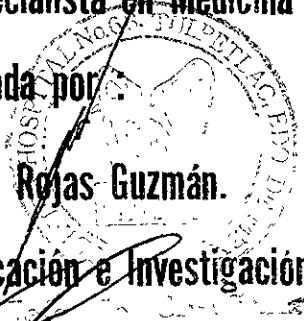
Dr. Víctor Manuel Escobedo Sosa.

Profesor Adjunto del curso de Especialización en Medicina Familiar.

Dr. Víctor Manuel Escobedo Sosa.

Medico Familiar.

Asesor de tesis.



1998



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTO

Manifiesto un profundo reconocimiento al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 68, por haber auspiciado y apoyado, dentro de las actividades destinadas al trabajo como profesor de Tiempo Completo, para la elaboración del presente trabajo.

El escrito fué leído y discutido por el Profesor Adjunto - a Enseñanza, con especialidad en Medicina Familiar, Dr. -- Victor Manuel Escobedo Sosa; a quien agradezco su paciencia y dedicación.

En especial mención a mi esposo Francisco por su invaluable apoyo; así también a mi familia y a todas aquellas -- personas que de alguna manera participaron en la elaboración de la presente tesis.

A Miguelito, mí querido hermano menor
el cuál falleciera durante la elaboraci
ción de la presente tésis.

El siempre será nuestra fuente de forta
leza para seguir adelante, aún en -
los momentos más difíciles.

RESUMEN

OBJETIVO:

Identificar las exigencias y capacidades de la familia ante la hospitalización.

DISEÑO:

Encuesta retrospectiva, descriptiva y observacional.

MARCO DE REFERENCIA:

Familiares de pacientes, de ambos sexos, mayores de 18 años de edad; localizados en el "área de espera" del servicio de urgencias y en hospitalización de las cuatro especialidades troncales, del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 68 -- del I M S S, de la Delegación del Estado de México.

PACIENTES:

Muestra no probabilística, obtenida mediante muestreo intencional, constituida por 50 familias de pacientes hospitalizados más de 24 horas, de ambos sexos; mayores de 18 años de edad independientemente de: la convivencia con el paciente, características y área de hospitalización del paciente, nivel socioeducativo; nivel económico, estado civil y que aceptaron contestar un cuestionario.

INTERVENCIONES:

A cada una de las personas incluidas, se les aplicó en cuestionario no validado "exigencias y capacidades ante la hospitalización", constituido por 31 reactivos, tanto no estructurados, como semiestructurados y estructurados. Divididos en tres áreas: características del paciente, características del entrevistado y APGAR Familiar.

MEDICIONES Y RESULTADOS.

El familiar participante fué del sexo femenino en el 83.3% en los casos de pacientes masculinos y 55.5% en los casos de pacientes femeninos. Con parentesco en relación al paciente: hijo (a) - 36%, esposa (o) 34%, madre 24%; convivencia con el paciente en -- 68%. La permanencia hospitalaria de éstos en el 76% fué de 7 a 12 horas, habiéndose enterado del internamiento por ser acompañantes del paciente en el 64%. En el 76% la estancia hospitalaria contaba con un programa de turnos que involucraba a los elementos de la familia en su totalidad solamente en un 35%, a propuesta del hijo mayor en un 36.8%. Los motivos de no participación de la totalidad de adultos fueron "no permitir la entrada de otro familiar, únicamente la de los padres" y "falta de tiempo de los familiares", como los más frecuentes; en tanto que para la carencia de programación el motivo más frecuente fué el de no contar con - con el recurso. La necesidad de la permanencia hospitalaria en el 46% se asoció a la solicitud del personal de la Unidad asociado - con la decisión de uno de los familiares y el compromiso adquirido con éstos. La relación Esposo (a) e hijos fué la más frecuente en las programaciones.

La actividad más frecuentemente abandonada por permanecer en - el hospital fué el cuidado del hogar, la repercusión económica se presentó en el 60% y la contingencia del cuidado de los hijos en el 82%. La adaptabilidad, participación y resolución estuvo pre-- sente en el 52% de los casos.

CONCLUSIONES:

El estresor normativo se presenta en el 40% de los casos.

El tensionante inicial lo constituye la enfermedad crónica en el 60% de los casos.

Las contingencias se asocian a condiciones tanto hospitalaria como a familiares.

El familiar del sexo femenino es el recurso más frecuentemente empleado para hacer frente a la estancia hospitalaria.

Los recursos de adaptabilidad, participación y resolución familiar existen conjuntamente en el 52%.

CONTENIDO

APROBACION	I
AGRADECIMIENTO	II
RESUMEN	III
INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODOS	4
RESULTADOS	6
CUADROS	9
DISCUSION DE LOS RESULTADOS	15
CONCLUSIONES	17
BIBLIOGRAFIA	18
ANEXO I	19

INTRODUCCION.

El interés acerca de los problemas que acarrea la hospitalización de uno de los integrantes de la familia, no es un hecho nuevo, éste ha estado presente desde los inicios del presente siglo; cuando se identificó que su influencia en la morbi-mortalidad en pacientes pediátricos con hospitalizaciones prolongadas, - situación que determino que se efectuaran modificaciones en la estructura y dinámica de la atención hospitalaria del paciente pediátrico, al " permitir " el juego y la educación del paciente pediátrico a nivel hospitalario y la identificación de ventajas de la convivencia de la madre con su hijo hospitalizado; y la trascendencia de la educación de los padres, respecto a la enfermedad del hijo (1).

Igualmente se han identificado las repercusiones que tiene - la aparición de una enfermedad crónica terminal en uno de los miembros de la familia, ya que determina cambios radicales al interior de ésta y un cambio en su entorno por la incorporación del equipo médico tratante y del sistema hospitalario (2).

Tanto la hospitalización como la existencia de la enfermedad son elementos que obligan a cambios en los patrones de relación - que vinculan a los integrantes de la familia, en un intento de -- cumplir con las exigencias que uno ó ambos eventos impone a ésta, si los cambios no logran satisfacer las exigencias, sobreviene un desequilibrio ó crisis (3).

Ambos eventos son generados de desorganización familiar (4), y se encuentran entre los que permiten clasificar a la crisis como de tipo situacional (5), y por las situaciones con las cuales se asocian, su gravedad puede calificarse como leve, de acuerdo al puntaje obtenido con las Unidades de Holmes (6).

Precisar el nivel de estrés obliga a explorar: los elementos contribuyentes ó fuentes de exigencias (exigencias) y los recursos ó conductas de afrontamiento (capacidades) familiar (3,7).

De acuerdo al Modelo de Respuesta de Ajuste y Adaptación Familiar (FAAR), las exigencias pueden surgir de miembros individuales, de la familia como unidad ó de la comunidad, y pueden ser 1) Hechos normativos y no normativos (estresores), 2) Tensiones que surgen por la existencia de estresores previos ó por el desempeño de papeles ó roles vitales (tensiones) y 3) Alteraciones pequeñas de las costumbres ó tareas diarias (CONTINGENCIAS). Las familias generalmente en una situación dada nunca afrontan una sola exigencia, sino más bien una combinación de estresores, tensiones y contingencias (3).

En tanto que las capacidades para cubrir las exigencias incluyen 1) recursos que pueden ser tangibles como el dinero ó intangibles como la autoestima, sea nivel individual, familiar ó de la comunidad y 2) los intentos específicos (conductas de afrontamiento) hechos por el individuo ó el grupo familiar para superar las exigencias (3).

La evolución de la atención médica-hospitalaria en la institución ha permitido identificar que la alteración inprevista de la salud del individuo, genera una crisis; que produce insatisfacción y quejas por parte de los familiares por no recibir información amplia y oportuna sobre el estado de salud del familiar, --- constituyéndose ésto último en una demanda, que busca ser satisfecha mediante la implementación de las normas que rigen los procedimientos de información y visita del familiar tanto a nivel de los servicios de urgencias como a nivel de los servicios de hospitalización

La existencia de la normatividad en la atención del paciente y su familia a nivel hospitalario, ha determinado que la estancia del familiar a nivel hospitalario; la cual se efectúa en la mayoría de los casos a manera de complementaridad y solidaridad con el paciente y el resto de los integrantes de la familia, se transforme y convierta de necesidad familiar a necesidad hospitalaria; al solicitar en el servicio de urgencias la permanencia de un familiar adulto las 24 horas del día y a nivel hospitalario de especialidades la estancia de un familiar para aquellos pacientes terminales: esto sin tomar en consideración el deseo de permanencia

ó no del familiar; así como los recursos con los que cuenta para satisfacer sus propias necesidades y las de la demanda hospitalaria.

En virtud de lo anterior y en busca de los elementos que contribuyan a identificar en que forma se pueda proporcionar ayuda a la familia, ante la exigencia desencadenada por la súbita hospitalización del familiar; resulta entonces de interés identificar -- cuales son las fuentes de estrés (exigencias) y los mediadores -- del estrés (capacidades) familiares ante la hospitalización de -- uno de sus integrantes

MATERIAL Y METODOS:

En el período comprendido de marzo a agosto de 1996, se aplicó la encuesta no validada "Exigencias y capacidades ante la hospitalización" (Anexo 1) a familiares de pacientes hospitalizados por más de 24 horas, mayores de 18 años, de ambos sexos; que convivían o no en el hogar del y con el paciente, independientemente de las características del paciente; así como el área de hospitalización de éste, nivel socio-económico, estado civil; tales familiares se localizaron en el área de espera del servicio de urgencias y en el servicio de hospitalización de las cuatro especialidades médicas troncales.

A cada uno de los familiares incluidos, previa explicación del objetivo de la investigación y aceptación de su inclusión se le proporcionó el cuestionario no validado "Exigencias y capacidades ante la hospitalización" (Anexo 1), el cual se encuentra dividido en tres secciones.

1.- Características del paciente: sexo, edad, antecedentes de hospitalización; entidad que motivo su ingreso, tiempo de estancia hospitalaria; servicio de hospitalización y reporte de salud.

2.- Características del entrevistado: edad, sexo, relación de parentesco; convivencia con el paciente, tiempo de estancia en el servicio y otros acompañantes; medio de información de la hospitalización del familiar, antecedentes de organización para permanecer en la unidad hospitalaria y las características de ésta; repercusión en actividades por permanecer con el familiar hospitalizado y el cuidado de los hijos.

3.- APGAR Familiar. De éste instrumento de detección de alteraciones de la funcionalidad, se incluyeron las preguntas relacionadas con la adaptabilidad, la participación y la resolución

Después de la contestación del cuestionario se les realizó en forma verbal la pregunta: ¿ La permanencia de un familiar en forma continua las 24 horas en el hospital se debe a ...?

a) Solicitud del personal de la unidad. Y/O 2) Por decisión

de uno de los integrantes de la familia ó 3) Por compromiso adquirido con el resto de la familia.

Terminando la recopilación de los datos se efectuó el tratamiento estadístico de los mismos de tipo descriptivo, tanto aritmética como tabular.

RESULTADOS

Las características de los pacientes en relación a los cuales se encuestó al familiar participante fueron: 30 masculinos y 20 femeninos, con una media aritmética para la edad de 48 (D. E.-26.3) años, ubicándose el 40% de éstos entre la séptima y la octava década de la vida (Cuadro 1) del total de los pacientes, en 20 era la primera vez que eran hospitalizados, los 30 restantes ya lo habían sido con anterioridad en el transcurso del año de 2 a 5 ocasiones; en la mayoría de éstas asociado a descompensaciones ó complicaciones propias de padecimientos crónico-degenerativos.

La media aritmética de los días de estancia hospitalaria fué de 12 (D. E. 21.3) en los varones y de 7.6 (D. E. 7.9) en las mujeres, en un rango grupal de 1 a 120 días con una moda de 2. -- Los servicios involucrados fueron: Medicina Interna (36). Urgencias, Urgencias, Cirugía y Pediatría en el 18% respectivamente; en tonato que Gineco-Obstetricia en un 10%.

El familiar participante fué del sexo femenino en el 83.3% de los casos con paciente masculino y 55.5% lo fué en los casos femeninos. El rango de edad de los familiares fué de 19 a 76 años con una média aritmética de 39.7 (D. E. 17.3) años. El parentesco fué Hija (o) 36%, Esposa (o) 34%, Madre 24%; Hermano 4% y en el 2% -- respectivamente: sobriña, padre y nieto. El antecedente de convivencia en el mismo hogar fué positivo en el 68% de los casos. En 20% se refirió que además del entrevistado también se encontraba otro familiar acompañante, siendo esto más común en el servicio de Urgencias. El tiempo de estancia del familiar en la Unidad Hospitalaria fué del 76% en el período de 7 a 12 hrs, en un 14% en el de 1 a 6 horas, en un 8% de 19 a 24 horas y en un 2% en el período de 13 a 18 hrs.

El mecanismo a través del cuál se informaron del internamiento del paciente fué: acompañante del paciente en un 64%, mediante otro familiar 34% y por el departamento de trabajo social 2%.

De los 50 familiares entrevistados, 38 anotaron contar inicialmente con una programación de turnos para permanecer en el ser-

vivio en el que se encontraba hospitalizado el paciente. De éstos 21 se relacionaron con los 30 pacientes masculinos y 17 con los - femeninos. De las programaciones relacionadas con pacientes mascu-linos en un 19%, se incluyo a la totalidad de los integrantes a--lultos de la familia, en tanto que en los roles de pacientes feme-ninos, éste fué del 35.3% (Cuadro 2). La no inclusión de la tota-lidad de los adultos que integraban la familia, se debió en orden decreciente a: "Sólo permitir la entrada de los padres", "Falta de tiempo de los familiares", "Falta de tiempo y residencia aleja-dada de la Unidad" y "Motivos de trabajo" (Cuadro 3). La organiza--lción de la programación originalmente fueron planteadas en el --- 36.8% por los hijos mayores del paciente y seguidos en proporción menor por: el conyuge, la madre, hijos menores; el padre, todos - los integrantes de la familia ó por un hermano (Cuadro 4). Con la aceptación de la programación en un 52.4% de los pacientes mascu-linos y 70.6% de los femeninos (Cuadro 2).

La falta de programación inicial, reportado en 12 casos se de-bió a: "no contar con otros familiares adultos", "Falta de tiempo de otros familiares", "Por problemas familiares" y "Temor al con-tagio de la enfermedad (principalmente SIDA) del paciente" (Cua-dro 3".

Independientemente de la organización, en el 100% de los casos se refirió la necesidad de permanecer las 24 horas en la Unidad - hospitalaria, siendo ello motivado en base por; la solicitud del personal (36%), desición de uno de los integrantes de la familia (10%), por compromiso familiar adquirido (8%) y por la combinaci-lón de los tres elementos (46%).

Las relaciones de parentesco más comúnmente involucradas en - la permanencia hospitalaria fueron: Esposa (o) e hijos en un 32% y la de padre y madre en un 10% (Cuadro 5); mientras que los invo-lucrados en las programaciones iniciales de éstas fueron hijos y padres (Cuadro 6).

El tipo de actividades abandonadas por la permanencia hospita-laria fueron relacionadas con: el hogar en el 50% de los casos, - con el trabajo en el 22%, hogar-trabajo en el 26% y escolares-ho-

gar en el 2%.

De 23 casos en los que la permanencia hospitalaria requería - obtener permiso laboral, éste se otorgó en un 60.9%, la repercusión económica asociada a la estancia hospitalaria del familiar - se reportó en un 60% del total de los casos.

En 41 de los casos se refirió la contingencia del cuidado de los hijos menores del 2 años, la cual fué enfrentada: llevándolos a casa de otro familiar (46.3%), dejándolos al cuidado de un adulto que vivía en la misma casa (36.6), un familiar adulto acudió a cuidarlos (9.8%) ó bien dejándolos s^ólos (7.3%).

Los efectos individuales que se consignaron más frecuentemente secundarios a la hospitalización fueron: desgaste físico y moral (28%), irritabilidad y angústia (26%), desgaste físico y psicológico (24%). En tanto que a nivel de la familia fueron: = disminución de los ingresos económicos (46%), disminución de -- los ingresos económicos y descuido de los hijos (34%) y finalmente descuido del hogar y de los cuidados de la familia (10%).

El 52% de las encuestas consideraron que a nivel familiar e-- existía adaptabilidad, participación y resolución familiar; el 26% consideró que en su familia no existía ninguna de las tres características contempladas en el APGAR FAMILIAR para éstas situaciones, el 16% consideró la existencia tanto de adaptabilidad como - de participación, pero sin el criterio de resolución y en un 2% a la ausencia de adaptabilidad y resolución.

CUADRO 1.

Edad, por intervalos de pacientes por sexo.

EDAD	SEXO		TOTAL	
	MASCULINO	FEMENINO	No.	%
80 - 89	1	2	3	6
70 - 79	7	1	8	16
60 - 69	5	7	12	24
50 - 59	4	1	5	10
40 - 49	2	1	3	6
30 - 39	2	4	6	12
20 - 29	1	1	2	4
10 - 19	3	1	4	8
01 - 09	4	1	5	10
01	1	1	2	4
TOTAL	30	20	50	100

CUADRO 2.

Características de la programación familiar
para la estancia hospitalaria.

Características	Pacientes Masculinos		Pacientes Femeninos		Total	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Programación Inicial	21	9	17	3	38	12
Inclusión del total de los adultos	4	17	6	11	10	28
Aceptación inicial de los involucrados	11	10	12	5	23	15

CUADRO 3.

Exigencias familiares relacionadas
con la Programación de la Estancia
Hospítalaria.

	No inclusión de todos los adultos.	Falta de pro- gramación ini- cial.
Permitir solo la entrada a padres *	9	---
Falta de tiempo de los familiares *	6	3
Falta de tiempo y residencia leja- na. *	7	---
Familiares en edad avanzada y re- sidencia lejana. *	4	---
Motivos de trabajo. *	2	---
Problemas familiares **	---	2
No contar con otros familiares - adultos. *	---	6
Temor a contagio. **	---	1
TOTAL	28	12

CUADRO 4.

Organizadores del programa de
estancia hospitalaria familiar.

Organizador	Frecuencia	
	No.	%
Hijos mayores	14	36.8
Cónyuge	8	21.0
Madre	5	13.2
Hijos menores	5	13.2
Padre	3	7.9
Todos los integrantes de la familia	2	5.3
Hermano	1	2.6
TOTAL	38	100

CUADRO 5.

Posiciones familiares involucradas en la permanencia hospitalaria.

Posición (es)	Frecuencia	
	No.	%
Esposa (o.) é hijos	16	32
Padre y madre	5	10
Hijos	4	8
Padres, suegra y conyuge.	4	8
Esposa.	4*	8
Hijos, yernos y nueras	3	6
Hijos y otros familiares.	3	6
Madre	3*	6
Esposo	2*	4
Hermanos	2*	4
Hermanos - Conyuge	1	2
Padres y hermanos	1	2
Esposa y otro familiar.	1*	2
Nietos y nuera	1	2
TOTAL	50	100

* Sin programación inicial de permanencia hospitalaria.

CUADRO 6.

Posiciones Familiares Involucradas en la programación para la permanencia hospitalaria y la convivencia.

Posición	CONVIVENCIA	
	SI	NO
Hijos	12	11
Padres	10	3
Nueras - Yernos	1	3
Hermanos	2	2
Nietos	0	1
Otros	0	2

DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

Los tres elementos que constituyen las exigencias familiares son: 1) los estresores que involucran aquellas situaciones que o curren como parte del desarrollo y la maduración de la familia -- (normativos) y las que se presentan en forma repentina e inesperada (no normativas) y que producen o exigen un cambio (5, 7). 2) Las tensiones, que se caracterizan por ser aquellas situacio-- nes que surgen como producto de estresores previos (tratamiento de enfermedad crónica) y 3) Las contingencias, que se encuentran representadas por la modificación de los hábitos y costumbres de la " vida diaria " (7) .

En lo relativo a estresores, se puede considerar que en el 40 por ciento de los casos fué de tipo normativo en virtud de que el motivo de ingreso del paciente fué una entidad nosológica conside rada como aguda y sin antecedentes de ingresos hospitalarios pre- vios.

Las tensiones, inicialmente se encontraron representadas en - el 60% de los casos, por la entidad que motivo el ingreso del pa- ciente, la cual fué de tipo crónico-degenerativo; así como las re lativas a " problemas familiares ", las cuales determinaron que - en el 4% de los casos no contaran inicialmente con un programa-- ción para la estancia familiar y en el 2% el temor al contagio.

El rubro de las contingencias, es el de tipo de exigencia, da- to que se presento con mayor diversidad en relación a la hospita- lización, la cual por sí sola. fué precipitada por la solicitud - por parte del personal de " un familiar debe permanecer las 24 ho- ras del día ", relacionándose ésto única y exclusivamente con el servicio de Urgencias; otra situación relacionada con el hospital que genero contingencia, fué que en el caso de la hospitalización en el servicio de Pediatría " sólo se permite la entrada de los - padres ", tal situación se convierte en una exigencia en virtud - de que no era esperada por los familiares. Condicionando ello una

disminución en el recurso humano para efectuar la programación de ellos para la estancia hospitalaria. Otras contingencias que no dependieron de la Unidad fueron: el no obtener permiso laboral (40%), el cuidado de los hijos menores de 12 años (82%).

Los recursos que utiliza la familia para hacer frente a las exigencias pueden ser individuales, familiares y comunales (7). Respecto a las familiares en el sentido de número de elementos -- con los que contaban los familiares para permanecer las 24 horas, tuvo un Rango de 1 a 10 elementos y medidas de tendencia central (D. E. 2.29)., también se detecto que contaron con familiares para cuidar a los hijos (92.7%). También se determinó la existencia de la adaptabilidad, participación y resolución hasta en un 52% de los casos.

Resulta de interés que: el familiar más frecuentemente involucrado en la permanencia hospitalaria haya sido del sexo femenino (72%), que salvo en el servicio de Gineco-Obstetricia, el paciente femenino tuvo mayor cobertura por parte de los familiares, en un rango de 63.3% al 82.9% de los casos; y que la proporción de cobertura en relación al grupo etáreo del paciente se efectúa más en los preseniles (83.3% para femeninos y 51.8% para masculinos) y en los seniles (67% para masculinos y 62% para femeninos), mientras que los pacientes con estado de salud considerado como grave, tuvieron una cobertura familiar en un rango del 51.1% al 77.8%. En cuanto a los días de estancia hospitalaria, la proporción de cobertura, fué inversamente proporcional para los pacientes del sexo masculino (63% a 46%) y directamente proporcional para los femeninos (59% a 74%).

CONCLUSIONES

El estresor más frecuentemente e incluso único lo constituye la enfermedad aguda del paciente.

La enfermedad crónica cumple la función de tensionante principal y puede asociarse con baja frecuencia a tensionantes propios de la dinámica familiar y la evolución en el ciclo de la vida familiar.

En el servicio de Urgencias se crea en el 100% de los casos - la contingencia de " debe permanecer un familiar las 24 horas del día ".

Las contingencias extrahospitalarias son más frecuentemente a sociadas a permisos laborales y el cuidado de los hijos menores de 12 años.

El recurso del familiar femenino es el más frecuentemente empleado para hacer frente a la estancia hospitalaria.

La adaptabilidad, la participación y la resolución es baja.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Haller JA, Talbert JL, Dombro R H. El niño hospitalizado y su familia. México: El Ateneo, 1178: 1 - 20, 38 - 79.
- 2.- Robles T, Eustace R, Fernández M. Elenfermo crónico y su familia. Propuéstas Terapéuticas. México: Nuevomar, 1987: 55 - 77
- 3.- Patterson J M. Reforzos para familias en situaciones de es--- tres. Clínicas Pediátricas de Norteamérica 1995; 1: 41 - 56.
- 4.- William I J, Leaman L T. Estructura y función de familia. Euconn F H, Rakel E R, Johnson W T. Medicina Familiar Teoria y Práctica. México: Interamericana, 1974: 2 - 15.
- 5.- Madalie J H. Medicina Familiar Principios. México: Limusa, 1987: 141 - 2.
- 6.- Irigoyen A, Gómez F J, Hernández C, Farfan G. Unidades de Holmes para evaluar situaciones de estrés familiar, recomendiaciones para la elaboración del test de Holmes. En. Diagnóstico - Familiar. 4a ed., México: Medicina Familiar Mexicana, 1994: - 36 - 40.
- 7.- Burns A E. Intervención en la crisis, En Taylor B R. Medicina familiar. Barcelona Doyma 1991: 76 - 84
- 8.- Subdirección General Médica, Jefatura de Servicios de Atención Médica. Documento. Instructivo paranormar procedimiento de información y visita del familiar al paciente atendido en los servicios de Urgencias de los Hospitales Generales y de Especialidades. Octubre 1994.
- 9.- Subdirección General Médica. Documento. Programa madre ó familiar participante. S. A..

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION DEL ESTADO DE MEXICO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA
CON
MEDICINA FAMILIAR No. 68.

ANEXO I

El cuestionario es anónimo y su finalidad es detectar los mecanismos de ajuste familiar, cuando es hospitalizado alguno de sus integrantes.

Nos gustaria que usted colabore con nosotros, respondiendo - las siguientes preguntas:

I.- CARACTERISTICAS DE PACIENTE:

1.- SEXO: MASCULINO () FEMENINO ()

2.- EDAD _____ AÑOS.

3.- ¿ Es la primera vez que se hospitaliza ?

SI NO
4.- Qué nefermedad originó su hospitalización?.

AGUDA SI NO
CRONICA AGUDIZADA SI NO

5.- ¿Cuántas ocasiones ha estado hospitalizado en lo que va del año, poe ésta enfermedad ?,

1 2 a 3 4 a 5 más de 5

6.- ¿ Qué timestpo de estancia hospitalaria ha requerido - en ésta ocasión ?.

DIAS . _____ Y/U HORAS _____

7.-¿ Qué servicio le da atención hospitalaria?.

URGENCIAS CIRUGIA PEDIATRIA
MEDICINA INTERNA GINECO-OBSTETRICIA.

8.- ¿Cuál es el reporte salud de su familiar?.

DELICADO MUY DELICADO GRAVE
MUY GRAVE.

11.- CARACTERISTICAS DEL ENTREVISTADO

9.- SEXO: MASCULINO FEMENINO.

10.- EDAD _____ AÑOS.

11.- Relación o parentesco con el paciente:

Padre () Madre () Esposo - a ()

Hijo () Otros ()

Especifique _____

12.- ¿ Habita en el mismo domicilio del paciente ?

SI NO

13.- ¿ Cuánto tiempo permanece usted en el servicio ?

_____ HORAS.

14.- ¿ Hay más acompañantes en el momento de la entrevista?

NOMBRE	PARENTESCO	TIEMPO DE ESTANCIA	VIVE CON EL PACI= ENTE.	ACTIVIDAD
--------	------------	--------------------	-------------------------	-----------

15.- ¿ Quién le informó del internamiento del paciente ?

16.- ¿ Por qué medio se informó del internamiento?

DIRECTA - PERSONAL TELEFONO OTROS

17.- ¿ Cuenta con una programación por turnos para relevarse y permanecer en el servicio?

SI NO

18.- ¿ Quién (es) lo integra (n) y en qué horario?

NOMBRE	RELACION	HORARIO	VIVE CON EL PAC.	ACTIVIDAD O PROFESION.
--------	----------	---------	------------------	------------------------

19.- ¿ Estan incluidos todos los elementos que " deberían estar " ?.

SI NO

20.- ¿ Cuántas personas deberían estar disponibles para la programación ?

NOMBRE	PARENTESCO
--------	------------

21.- ¿Cuál es el motivo por el cual no cuenta con esos familiares.?

NOMBRE	MOTIVO
_____	_____
_____	_____
_____	_____

22.- ¿ Quién realizó la programación para rolarse?.

NOMBRE	PARENTESCO
_____	_____
_____	_____
_____	_____

23.- ¿ Se pueden hacer cambios de última hora en la programación?.

SI NO

24.- ¿ Todos los involucrados aceptaron la programación desde un principio?.

SI NO

25.- ¿ Qué tipo de actividad (es) se abandonan por permanecer en el servicio?.

NOMBRE	ACTIVIDAD
_____	_____
_____	_____
_____	_____

26.- ¿ El o los que se quedan cuentan con permiso laboral sin afectar su economía familiar?

NOMBRE	PERMISO
_____	_____
_____	_____
_____	_____

27.- A los hijos menores de 12 años, de las personas que permanecen en el servicio, generalmente:

- A) Son llevados a casa de otro familiar.
- B) Un familiar adulto acude a su casa para cuidarlos.
- C) Se quedan en casa sin estar un adulto al cuidado.
- D) Se quedan en casa con un adulto que habita en la misma casa.

28.- ¿ Cómo se ve usted y su familia afectados por la hospitalización de su familiar.?

III.- APGAR FAMILIAR.

29.- ¿ Hasta éste momento se siente satisfecho (a) con la ayuda que ha recibido del resto de los integrantes de la familia?.=

SI NO

¿ POR QUE?: _____

30.- ¿ Hasta éste momento esta satisfecho (A) de la manera en que el resto de la familia muestra interés en la resolución de los problemas secundarios a la hospitalización de su familiar?.

SI NO

¿ POR QUE ? : _____

31.- ¿ HASTA éste momento esta satisfecho (a) con la cantidad de tiempo y otros recursos que el resto de los integrantes de la familia, aportan en estos momentos de -- " CRISIS FAMILIAR " .?

SI NO

¿ POR QUE?: _____

32.* ¿ La permanencia de un familiar en forma continua las 24 hrs en el hospital, se debe a:?

- a) Solicitud del personal de la unidad.
- b) Por decisión de uno de los integrantes de la familia.
- c) Por compromiso adquirido con el resto de la familia
- d) Lo referido en a, b y c.

* No forma parte del cuestionario escrito, se realiza en forma verbal, después de la contestación del instrumento.