

11226

6



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADEMICA:

CMF "GUADALUPE TEPEYAC" MEXICO, D.F.

I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION MEDICA
CLINICA GUADALUPE
DIRECCION

MOSAMEF

277577

TRABAJO DE INVESTIGACION

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. IMELDA AMBROSIO VIEYRA



ISSSTE

MEXICO, D.F.

200



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

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

TITULO

M O S A M E F

Presenta :

DRA. IMELDA AMBROSIO VIEYRA



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

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACION DE INVESTIGACIÓN DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.

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

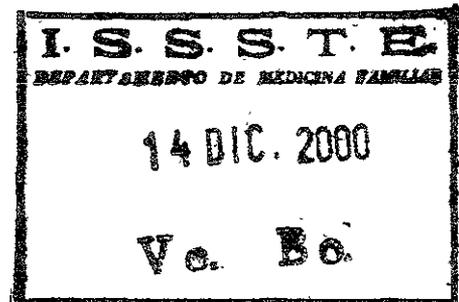
TITULO

MOSAMEF

Trabajo para obtener el diploma de especialista en
Medicina Familiar

Presenta :

DRA. IMELDA AMBROSIO VIEYRA.



AUTORIZACIONES :

A handwritten signature in cursive script, appearing to read 'Carlos Mendoza Barron'.

DR. CARLOS MENDOZA BARRON
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

A handwritten signature in cursive script, appearing to read 'Jose Castro Cante'.

DR. JOSE CASTRO CANTE
ASESOR DE TESIS ISSSTE

A handwritten signature in cursive script, appearing to read 'Leticia Esnaurrizar Jurado'.

DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR Y
EDUCACION MEDICA CONTINUA

JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA ISSSTE

INDICE

	Página
1. MARCO TEORICO	1
• Familia, Definiciones	
• Familia, Clasificaciones	
• Familia, Funciones	
• Ciclo Vital Familiar (J. Geyman 1980)	
• Ciclo Vital Familiar (Duvall 1977)	
• Elementos del Diagnóstico de Familia	
• Familiograma	
• Apgar Familiar	
• Evaluación de la Funcionalidad Familiar	
• M O S A M E F	
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
3. JUSTIFICACION	24
4. OBJETIVOS	25
5. HIPOTESIS	26

6. METODOLOGIA	27
• Población, Lugar y Tiempo	
• Tipo y Tamaño de la muestra	
• Criterios : Inclusión, Exclusión y Eliminación	
• Variables	
• Procedimiento de la captura de datos	
7. CONSIDERACIONES ETICAS	32
8. RESULTADOS	33
9. ANALISIS	36
10. CONCLUSIONES	37
• Sugerencias	
11. BIBLIOGRAFIA	38
12. ANEXOS	

MARCO TEORICO

1) MEDICINA FAMILIAR

- La **MEDICINA FAMILIAR** es una disciplina académica de especialidad médica modelo de atención a la salud que podemos conceptualizar como la atención médica integral con especial énfasis en la familia como unidad, con una responsabilidad del médico en relación con la salud, sin limitantes de edad o sexo del paciente ni del órgano o sistema afectado por la enfermedad. (1)
- La **MEDICINA FAMILIAR** es la atención especializada de las necesidades de salud familiar, dada por un especialista de corte horizontal, con una fuerte carga de materias sociales y preventivas, proponiendo como ejes de esta formación contenidos en medicina preventiva, sociología salud pública y medicina social (2). Es una disciplina académica y de especialidad médica que comprende una serie de actividades que se fundamentan en tres ejes:
 - Estudio de la Familia
 - Continuidad
 - Acción Anticipatoria

1 Residency Review Committee for Family Practice September 18, 1977, Denver, Colorado U S A

2 La atención Integral en Medicina Familiar, Revista MEDICA del IMSS, vol 33 No. 2, p168 Marzo – Abril 1995

- El papel tradicional del médico ha sido curar la enfermedad sin embargo, en los últimos años ha adquirido una importancia creciente en la prevención y la promoción de la salud familiar. Las actuaciones en los campos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad constituyen pilares de la actuación profesional del médico familiar. (3)

3 C. Jiménez Mena A. Lorenzo Rivera "Análisis de la cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud según grupos de edad "Atención Primaria, Vol 12, No 5, 30 de Septiembre de 1993.

2) FAMILIA

- La etimología del término familia es propuesta por el Marqués Morante como proveniente de la palabra latina famulus que significa sirviente o esclavo doméstico. En un principio la familia agrupaba al conjunto de esclavos, criados, propiedad de un solo hombre.
- La definición funcional de la familia como unidad de atención médica incluye en el núcleo familiar a todas las personas que conviven en una misma unidad habitacional, entre las cuales existen lazos de dependencia y obligaciones recíprocas y por lo general están ligadas por lazos de parentesco.
- El concepto de familia según la Organización de las Naciones Unidas la define como el conjunto de miembros del hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio.
- La definición Estadounidense de Familia como a un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras, por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción.
- La definición de familia que da Canadá: Es el grupo compuesto por un marido, una esposa con o sin hijos, o un padre o madre con uno o más hijos, que viven bajo el mismo techo.
- A continuación se verán diversas clasificaciones de FAMILIA:

CLASIFICACION (BOWEN)

1.- DESARROLLO:

- a) **MODERNA.**- Aquella en la cual la mujer trabaja fuera de la casa, en iguales condiciones que el hombre.

- b) **TRADICIONAL.**- Aquella en la cual el hombre es el principal proveedor y la mujer puede ayudar en el sostén de la familia pero desde dentro de su casa (costurera, repostera, etc.)

- c) **ARCAICA O PRIMITIVA.**- Es generalmente, la familia campesina cuyo sostenimiento es a través de medios anticuados o primitivos.

II.- DEMOGRAFIA

- a) TIPO URBANO.

- b) TIPO RURAL.

- c) SUBURBANA.

III.- INTEGRACION

- a) **INTEGRADA.**- Aquella en la cual los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.

- b) **SEMI - INTEGRADA.**- Aquella en la cual los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones.

- c) **DESINTEGRADA.**- Cuando falta un miembro de la pareja, bien sea por muerte, divorcio, separación o abandono.

IV.- TIPOLOGIA - OCUPACION

- a) CAMPESINA

- b) PROFESIONAL

- c) OBRERA

V.- COMPOSICION - ESTRUCTURA DE LA FAMILIA

- a) **NUCLEAR.**-Conformada por padres e hijos solamente.

- b) **EXTENSA.**- Conformada por la familia nuclear más otros miembros con lazos de consanguinidad, adopción o afinidad, tales como abuelos.

- b) **EXTENSA COMPUESTA.**- Se agregan a la anterior otros miembros sin ningún nexo legal, tales como compadres y amigos

3) FUNCIONES DE LA FAMILIA:

- Se han establecido diversos modelos para explicar el funcionamiento normal de una familia. Estos varían en la complejidad y en la manera en que son tomados en cuenta los diferentes aspectos de la vida familiar. El más claro y comprensible es el modelo familiar circunflejo descrito por Olson et al, el cual considera que hay cinco funciones básicas que son desarrolladas por todas las familias:

1. -Socialización

2.-Cuidado

3.-Afecto

4.-Reproducción

5 -Estatus y Nivel Socioeconómico

a) **SOCIALIZACION:** La familia establece autonomía e independencia para cada uno de sus miembros, lo cual facilita el crecimiento personal de los individuos en el seno familiar. Cada persona tiene una serie de roles determinados que establecen unas señas de identidad y que sirven para fundamentar su papel dentro de la sociedad

b) **CUIDADO** Proporcionar ayuda a cada uno de sus miembros. Esto incluye apoyo físico, financiero, social y emocional.

- c) **AFECTO:** Se intercambia la necesidad de recibir y dar afecto siendo determinante en las relaciones familiares.

- d) **REPRODUCCION:** Para la perpetuación de la especie humana con énfasis a la salud reproductiva.

- e) **ESTATUS Y NIVEL SOCIOECONOMICO:** Conferir al individuo derechos y obligaciones así como exigencias de perpetuar las mismas condiciones a las familias por formar.

CICLO VITAL FAMILIAR (CVF)

- Para el médico de familia es imprescindible la comprensión del CVF de cada una de las familias a su cargo, a fin de poder formular adecuadas hipótesis acerca de la problemática presentada.
- El Esquema que presenta J. GEYMAN (1980) consta de cinco etapas:

I. FASE DE NACIMIENTO DE LA FAMILIA : Se inicia con la unión de la pareja, matrimonio. / - (

II. FASE DE EXPANSION : Se inicia con el nacimiento del primer hijo y finaliza hasta que el último hijo es adulto. Es la fase de fertilidad y de maduración de los hijos.

III. FASE DE DISPERSIÓN : Empieza cuando el primer hijo abandona el hogar y termina cuando se va el último.

IV. FASE DE INDEPENDENCIA: La pareja se encuentra nuevamente sola (Nido Vacío).

V. FASE DE RETIRO Y MUERTE: Se inicia cuando los padres se jubilan de su trabajo y termina cuando muere uno de ellos. En ésta fase los padres suelen ser dependientes de sus hijos.

ETAPAS DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA

(DUVALL 1977)

Por su Tipología puede ser clasificada según Duvall:

1a. Etapa (parejas sin hijos): Autonomía en relación con la familia de origen. Adaptación a la pareja con la implantación de límites de poder e intimidad.

2a. Etapa (Nacimiento del primer hijo): Adaptación a la llegada de un nuevo miembro de la familia, pudiendo generarse situaciones de estrés en la pareja al definirse más claramente la relación madre hijo, por lo que en algunas ocasiones el padre se puede sentir desplazado.

3a. Etapa (hijo en edad preescolar): El hijo mayor se encuentra entre los dos años y medio (30 meses) y seis años de edad. "En esta etapa los niños comienzan a demostrar sus características personales y a afirmar su identidad de género, los padres deben, acomodarse para brindarles espacio para este nuevo desarrollo y al mismo tiempo, aceptar que tienen menos tiempo y energía para ellos mismos como pareja".

4a. Etapa (hijos escolares, hijo mayor de seis a trece años): Se incorporan a la "escuela" como institución colaboradora en la formación de seres humanos. Los hijos contrastan su sistema familiar con el de sus amigos y compañeros.

5a Etapa (hijos adolescentes hijo mayor entre trece y diecinueve años):

“En esta fase se hace crucial el permitir la autonomía de los hijos....”

6a. Etapa (desprendimiento, hijo mayor con más de 20 años de edad):

Se forman familias colaterales al empezarse a casar los hijos, surgiendo el llamado “Nido Vacío”.

7a. Etapa (padres solos): Enfrentamiento a la vejez y aparición de enfermedades crónico - degenerativas, aunado a la pérdida del atractivo físico y la capacidad para laborar.

8a. Etapa (padres ancianos): Pueden recorrer las siguientes fases críticas: angustia por la pérdida de los hijos, angustia por el envejecimiento pronunciado, angustia por la proximidad de la muerte y extrema necesidad de apoyo y afecto.

ELEMENTOS DEL DIAGNOSTICO DE FAMILIA

A. INSTRUMENTOS DE ANALISIS PREVIOS A LA ELABORACIÓN DEL DIAGNOSTICO:

- FAMILIOGRAMA
- ESQUEMA DE CLASIFICACION INTEGRAL DE LA FAMILIA
- APGAR FAMILIAR
- ESCALA DE HOLMES
- CIRCULO FAMILIAR
- EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

B. ANALISIS Y SINTESIS DE ELEMENTOS

C. REDACCION DEL DIAGNOSTICO FAMILIAR

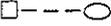
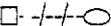
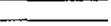
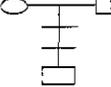
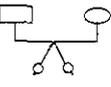
FAMILIOGRAMA

- El Familiograma es un diagrama estructural del sistema de relaciones de varias generaciones de una familia.
También es conocido como “**GENOGRAMA**”, “**FAMILIGRAMA**” “**PEDIGREE**”. Ayuda a trazar fronteras físicas y emocionales del Sistema Familiar. Las características de sus miembros, eventos importantes, representa un instrumento práctico de registro y visualización de los antecedentes familiares.
- El Familiograma permite también organizar la información de la familia en estudio, entender los patrones multigeneracionales del sistema familiar y recoger datos para la elaboración de hipótesis terapéuticas.
- El Familiograma fue desarrollado en 1978 por Murray Bowen, los conceptos básicos de su Teoría incluyen:
 - Diferenciación del ser (a mayor diferenciación del individuo, mayor autonomía).
 - Masa del ego familiar indiferenciado (relaciones fundidas indiferenciadas).
 - Sistema emocional de la familia nuclear (conflicto marital, enfermedad o disfunción en uno de los cónyuges).
 - Triangulación (alianzas o coaliciones).

- Separación de la pareja (de su familia de origen).
- Posición de los hermanos (Características de la personalidad según su posición) .

- Un FAMILIOGRAMA congrega y registra información de tres generaciones en seis categorías:
 - Estructura familiar
 - Estadio del ciclo de vida
 - Patrón de repetición a través de las generaciones
 - Eventos de la vida y funcionamiento familiar
 - Patrones de relación y triángulos
 - Equilibrio y desequilibrio familiar

SIMBOLOS COMUNES

	Masculino
	Femenino
	Casados
	Unión libre
	Divorciados
	Embarazo
	Abortado
	Aborto inducido
	Aborto espontaneo
	Muerte
	Relación conflictiva
	Relación sostenida
	Pésima relación
	Relación terminada
	Miembros de La familia
	Paciente identificado
	Residen fuera de Casa
	Gemelos
	2 Descendientes género desconocido

ABREVIACIONES COMUNES

ALC	Alcohol
ANX	Ansiedad
ARTH	Artritis
B DEFECT	Defectos de nacimiento
BLOOD D	Desordenes sanguíneos
CA	Cáncer
↓ HEAR	Sordera
DEP	Depresión
DM	Diabetes mellitus
GI, GB, HEP	GI tracto, vesícula biliar Enfermedad hepática
GLAUC	Glaucoma
HRT DIC	Enfermedad del corazón
▲ CHOL	Hipercolesterolemia
▲ BP	Hipertensión
REN DIS	Enfermedad renal
M RETARD	Retraso mental
MI	infarto al miocardio
RF	Fiebre reumática
CONVUL	Captura
CVA	Apoplejía
LUES	Sífilis
▲ THY ▼	Tiroides, hiper o hipo actividad

FECHA DE ELABORACION		

FAMILIOGRAMA

N° CARPETA FAMILIAR :

CENTRO AMBULATORIO _____	U.M.F. N° _____
--------------------------	-----------------

APELLIDOS DE LA FAMILIA : PATERNO _____	MATERNO _____
---	---------------

DIAGRAMA :

SIMBOLOGIA :

HOMBRE : 	MATRIMONIO : 	EMBARAZO : 	ADOPCION : 	Malas Relaciones
MUJER : 	UNION LIBRE : 	ABORTO : 	GEMELAR : 	Bajo el mismo techo
PACIENTE IDENTIFICADO :  	SEPARACION : 	MORTINATO :  	MUERTE :  	
	DIVORCIO : 			

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO FAMILIAR _____

APGAR FAMILIAR

- Instrumento introducido en 1978 por Smilkestein para explorar la funcionalidad familiar.
- Para establecer los parámetros por los cuales la salud funcional de la familia pudiera ser medida, se escogieron 5 componentes básicos de la función familiar.

1.- Adaptación = Adaptación

- Calidad de utilizar los recursos en función del bien común.

2.- Partnership = Compañerismo

- Distribución equitativa de responsabilidades compartiendo de manera solidaria los problemas familiares

3.- Growth = Crecimiento

- Grado de crecimiento humano en los miembros de la familia como expresión del apoyo mutuo.

4. Attachment = Afecto

- Relaciones de cuidado y cariño que deben existir entre los diferentes miembros de la familia.

5.- Resolution = Resolución

- Capacidad para resolver los problemas familiares, dedicando el tiempo.

OBJETIVOS DEL APGAR FAMILIAR.

- Medir cualitativamente la satisfacción de los diferentes miembros de la familia en cada componente de las funciones familiares.
- El family environmental scale (FES) es un cuestionario de 90 preguntas desarrollado por Moos. Los resultados de esta escala incluyen escalas separadas de parámetros familiares. El FES ha sido utilizado como un instrumento de investigación para comparar los resultados de la atención médica con las variables familiares.
- El Modelo Circunflejo de Funcionamiento Familiar de Olson, facilita la visualización integral de la estructura familiar presentando un esquema de su funcionalidad en tres dimensiones: cohesión, adaptabilidad, comunicación para lo cual se apoya en el paquete de evaluación circunfleja (CAP), y éste está integrado por una serie de instrumentos, comprendiendo la satisfacción como una dimensión más; para las dimensiones de adaptabilidad y cohesión se utilizan FACES 111 cuyas siglas significan Escalas para la Evaluación de la Adaptabilidad Cohesión Familiar.
- FACES 111, que son Escalas de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión marital.
- ENRICH: La dimensión de la comunicación entre la pareja.

- El FACES III prueba confiabilidad para la discriminación de familias funcionales de las no funcionales.

- El paciente clasifica a su propia familia a partir de 30 cuestiones según una escala de 1 a 5. El método es fácil de puntuar y tiene la ventaja de poder contrastar sus resultados con suficientes ejemplos.

- Una de las dificultades de éstos métodos es su fracaso al tener en cuenta los efectos multidimensionales del sistema familiar sobre la asistencia sanitaria o el efecto de la enfermedad sobre aquél.

- El funcionamiento de la familia no puede ser cuantificado en escalas numéricas sin una distorsión significativa.

- Estos instrumentos son también limitados por tener tan sólo en cuenta el punto de vista del individuo que realiza el cuestionario. Su uso deberá tener en consideración la comparación de los resultados de los diferentes miembros de una familia.

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR

(MOSAMEF)

Desde su aparición en México, la medicina familiar, se ha practicado conforme esquemas que, si bien han tenido un sustento médico con el propósito de atender las necesidades de salud de las familias no han contado con una base teórica respaldada por las evidencias científicas que permitan esclarecer el conocimiento de los grupos familiares asignados al cuidado de un médico. Esta situación ha limitado la práctica de las tres acciones que fundamentan el ejercicio profesional de la medicina familiar :

Estudio de la Familia, Continuidad de la Atención y Acción anticipatoria, con la consecuente insatisfacción de los usuarios y del médico, ya que su ejercicio clínico es episódico, curativo limitando la capacidad resolutive y de seguimiento.

El Modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar se presenta como una propuesta para llevar a cabo la practica de la Medicina Familiar elaborando una estrategia para iniciar acciones que definan con claridad el trabajo médico familiar y que favorezca un conocimiento lógico, analítico y crítico de las familias, el cual redundará en un adecuado estudio de las características de la población a su cuidado, definiendo los campos de acción propios de la medicina familiar y fundamentando el desarrollo de líneas de investigación en esta disciplina.

Para su realización consta de los siguientes elementos:

- CENSO POBLACIONAL
 - ESTUDIO DE COMUNIDAD.
 - IDENTIFICACION DE CAUSAS DE CONSULTA
-
- En el **Censo Poblacional** identificar si la población asignada está sectorizada, identificando el número de expedientes de los derechohabientes de nuestra población clasificándolos por edad, sexo, grupos etáreos (de 5 años), clasificando todos los expedientes por núcleos familiares.
 - En base a estos datos y mediante la técnica de paloteo elaborar las gráficas para elaborar la pirámide poblacional.
 - Para el **Estudio de Comunidad** : Se requiere reproducir las cédulas de identificación familiar para coincidir con el número de grupos familiares asignados. Hacer las gráficas correspondientes a cada rubro mencionando en la cédula de identificación utilizando números absolutos, porcentajes promedios y desviaciones estándar.

- Identificación de **Causas de Consulta** : En base a nuestro reporte diario de actividades durante un año anterior a la fecha actual llenando el formato de motivos de consulta de primera vez y subsecuentes, clasificando por grupos de edad y sexo. Se elaboran las gráficas correspondientes a cada motivo de consulta y con números absolutos y porcentajes.
- Analizando los resultados identificaremos las características demográficas de la población adscrita a nuestro consultorio prestando atención a los grupos de mayor riesgo como son niños, ancianos y mujeres en edad fértil.
- En la Fase II se describe la estructura familiar (ciclo vital, desarrollo), elementos socioculturales relación de éstos elementos con los factores de riesgo
- En la Fase III identificaremos la relación de los principales motivos de consulta demográficos y económicos de las familias adscritas a nuestro consultorio.
- Finalmente la elaboración de estrategias de acciones médico familiares preventivas, de diagnóstico tratamiento y rehabilitación.

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD
SEGUN SEXO EN 1995 ¹³**

POBLACIÓN

Grupos de Edad	Total %	Hombres %	Mujeres %
Distrito Federal	100	48.01	51.99
0-4	9.19	4.68	4.51
5-9	9.25	4.71	4.54
10-14	9.21	4.64	4.57
15-19	10	4.86	5.14
20-24	11.38	5.48	5.90
25-29	9.74	4.70	5.04
30-34	8.54	4.05	4.49
35-39	7.58	3.57	4.01
40-44	5.58	2.78	3.10
45-49	4.73	2.21	2.52
50-54	3.83	1.78	2.05
55-59	2.78	1.26	1.52
60-64	2.51	1.09	1.42
65-69	1.87	0.79	1.08
70-74	1.41	0.60	0.81
75-79	0.84	0.34	0.50
80-84	0.55	0.20	0.35
85 y más	0.49	0.17	0.32
No especificado	0.22	0.10	0.12

¹³ FUENTE : Censo de Población y Vivienda 1995 (I N E G I.)

1. Infecciones respiratorias agudas
2. Infecciones intestinales y las mal definidas
3. Amibiasis intestinal
4. Ascariasis
5. Otitis media aguda
6. Angina estreptococica
7. Candidiasis urogenital
8. Hipertensión arterial
9. Tricomoniasis urogenital
10. Otras helmintiasis
11. Intoxicación por picadura de alacrán
12. Neumonías y bronconeumonías
13. Diabefes mellitus
14. Oxiuriasis
15. Escabiasis¹²

¹² FUENTE : Sistema Único de Información para la Vigencia Epidemiológica / D G E. / S.S.A

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuales son las principales características biosociales de las familias usuarias del consultorio No.3 turno vespertino de la Clínica Guadalupe del ISSSTE así como sus principales causas de demanda de consulta?

JUSTIFICACION

La importancia de llevar a cabo el siguiente trabajo radica en el conocimiento de las principales características de las familias adscritas a mi población con el fin de tomar medidas preventivas y aplicación de programas institucionales que me permitan mantener la salud óptima de las familias a mi cargo.

El modelo Sistemático de atención Médica Familiar me permite identificar en forma concreta la estructura de las familias adscritas a mi población, el conocer las características de la piramide poblacional que conforman como grupos de edad de mayor riesgo como niños, ancianos y mujeres en edad fértil; número de hijos; Etapa del Ciclo Vital en que se encuentren; grado de escolaridad; ingreso económico y las principales causas de demanda de consulta; todo esto de fundamental importancia para el Médico Familiar lo que nos permite en base a un conocimiento lógico, analítico y crítico iniciar y/o implementar una serie de medidas preventivas y de promoción a la salud con acción anticipatoria para llegar a realizar diagnósticos precoces y tratamientos oportunos así como el seguimiento efectivo de éstas familias atendidas en las Unidades de Medicina Familiar y del Sistema de Salud del país cumpliendo así con cada uno de los cinco campos de acción planteados por la Carta de Ottawa producto de la II Conferencia Internacional de Promoción de la Salud la cual señala la reorientación de los servicios de salud, mejorando las habilidades personales en relación con los estilos de vida creando medios ambientales saludables, elaborando políticas explícitas para la salud y reforzando la acción comunitaria en salud.

OBJETIVOS

A) GENERALES:

-Identificar las principales características biosociales de las familias adscritas al consultorio No.3 del turno vespertino de la Clínica Guadalupe del ISSSTE, así como sus principales causas de demanda de consulta.

B)ESPECIFICOS:

Determinar:

- Tipo de familia
- Etapa del Ciclo Vital en que se encuentran.
- Principal método de Planificación Familiar que estén llevando a cabo.
- Ingreso Económico por Familia (promedio)
- Grado de Escolaridad
- Censo Poblacional del consultorio No.3 turno vespertino de la Clínica Guadalupe del ISSSTE
- Estudio Familiar
- Las 10 principales causas de demanda de la consulta

HIPOTESIS

- Dado que el presente trabajo es de carácter DESCRIPTIVO No requiere de hipótesis.

METODOLOGIA

Tipo de estudio Descriptivo, Prospectivo, Retrospectivo, Transversal y Observacional.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO :

- Población adscrita al consultorio N° 3 turno vespertino de la Clínica Guadalupe del I.S.S.S.T.E. de 1997 a 1998.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

- Aleatoria por cuotas con un total de 368 familias en ese lapso de tiempo.

CRITERIOS:

INCLUSION:

Que sean derechohabientes y familias asignadas al consultorio No. 3 de la U.M.F. "Guadalupe Tepeyac" del ISSSTE, grupos de edades de 0 a 70 años o más, sexo masculino y femenino. Causas de consulta agudas. Causas de consulta crónicas.

EXCLUSION:

Derechohabientes que no aceptaron participar en el estudio, foráneos o que no pertenezcan al consultorio. Que no sean derechohabientes. Sin diagnóstico de certeza.

ELIMINACION:

Encuestas Incompletas. defunciones, cambio de domicilio, pérdida de expediente, diagnósticos no claros, ilegibles o de probabilidad.

VARIABLES:

Son: **CUANTITATIVAS**

CUALITATIVAS

NOMINALES

ORDINALES

VARIABLE	TIPO
1. EDAD	CUANTITATIVA
2. SEXO	CUALITATIVA
3. ESTADO CIVIL	CUALITATIVA
4. AÑOS DE UNION CONYUGAL	CUANTITATIVA
5. NUMERO DE HIJOS	CUANTITATIVA
6. ESCOLARIDAD DE LOS PADRES	CUANTITATIVA
7. OCUPACION DE LOS PADRES	CUALITATIVA
8. PROMEDIO DE INGRESOS	CUANTITATIVA
9. TIPO DE FAMILIA	CUALITATIVA
10. ETAPA DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA	CUALITATIVA
11. METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	CUALITATIVA
12. PRINCIPALES TIPOS DE MORBILIDAD	CUALITATIVA

PROCEDIMIENTOS DE LA CAPTURA DE DATOS DE LA INFORMACION:

- Toda la Información la obtuve recabando datos del **Censo Poblacional (Anexo 1)**, identificando primeramente que la población asignada esté sectorizada y luego identificando el número de expedientes de los derechohabientes clasificándolos por edad y sexo conforme a los grupos etáreos (por quinquenios) clasificando todos los expedientes clínicos por núcleos familiares; con éstos datos formulé por técnica de paloteo y elaboré los gráficos de barras constituyendo la **Pirámide Poblacional**.

- Para el **Estudio Sistemático Familiar** reproduce las cédulas de identificación familiar necesarias (**Anexo 2**) de tal manera que coincidieran con el número de grupos familiares que me fueron asignados integrando una cédula a cada expediente familiar, llenando las cédulas de identificación familiar utilizando como referencia el glosario de términos (**Anexo 3**) y haciendo el uso de la hoja tabular (**Anexo 4**) con el propósito de clasificar la totalidad de los grupos familiares y de acuerdo con cada rubro contenido en la cédula elaboré los cuadros gráficos correspondientes a cada rubro utilizando números absolutos, porcentajes promedios y desviaciones estándar; todo ésto de capital importancia para el diseño de estrategias de prevención y control en las familias a mi cargo.

- Para la tercera fase **Análisis de Causas de Consulta** me apoyé en el reporte diario de actividades del médico o **SM-10 (Anexo 5)** durante un año anterior a la fecha actual llenando el formato de motivos de consulta así como si son de primera vez o subsecuente clasificando por grupos de edad utilizando la técnica de paloteo, posteriormente elaboré las gráficas correspondientes a cada motivo de consulta refiriéndolas en números absolutos y porcentajes.
- Acudí al Archivo Clínico de la C.M.F. "Guadalupe Tepeyac" del I.S.S.S.T.E. así como me auxilié del Servicio de Vigencia de Derechos y realicé las encuestas directas a los derechohabientes que aceptaron participar.

CONSIDERACIONES ETICAS

El presente trabajo se apega a las recomendaciones establecidas en la **DECLARACIÓN DE HELSINKI** y a la **LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN BIOMEDICA**.

RESULTADOS

RESULTADOS

Analizando los resultados en base a la **Fase 1 del MOSAMEF ó Censo Poblacional** identificamos las características demográficas de la población adscrita al Consultorio N° 3 de la Col Gertrudis Sánchez de la de la C.M.F. "Guadalupe Tepeyac" del I.S.S.S.T.E.

Así tenemos un total de **3,682** derechohabientes de los cuales **2,266** son hombres y **1,416** son mujeres.

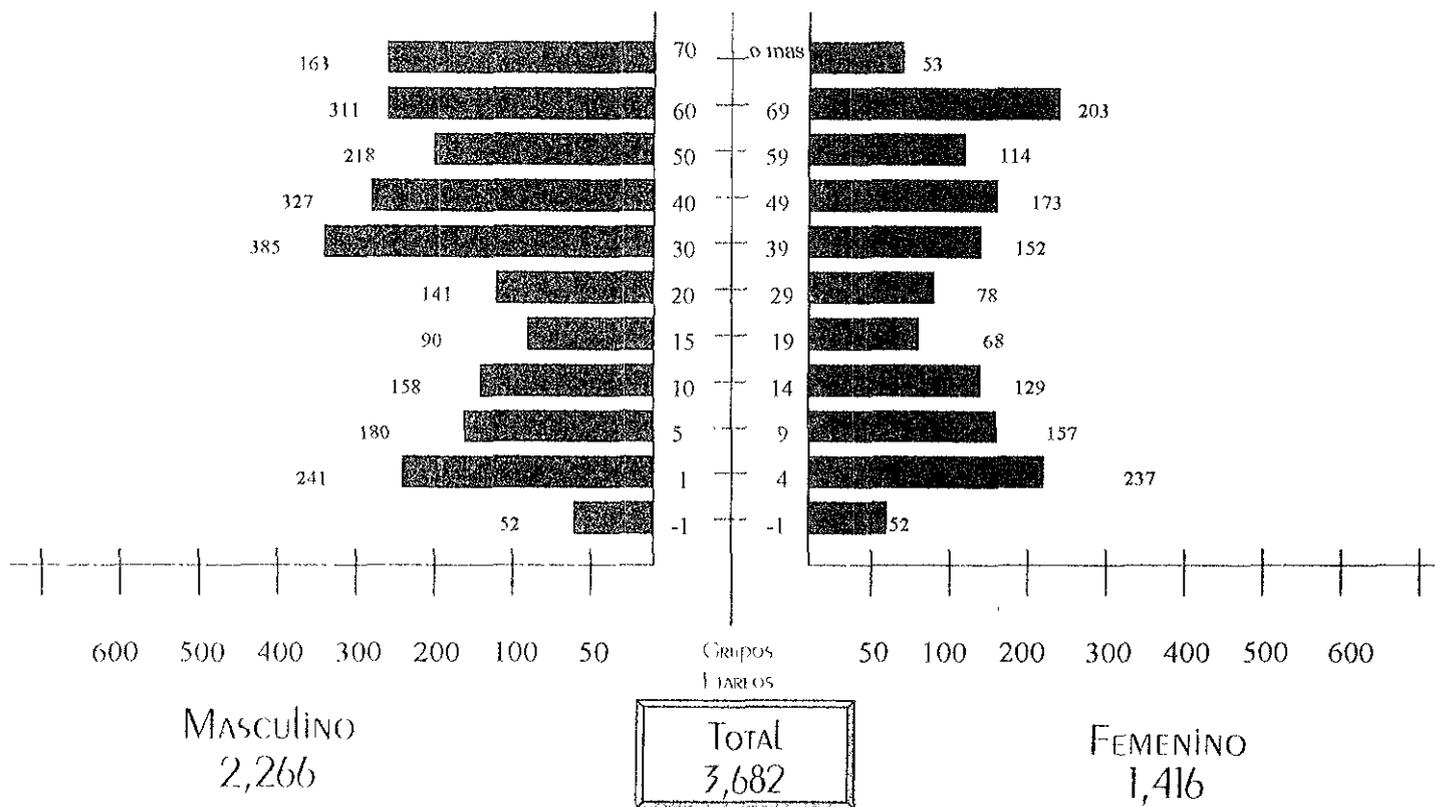
Sobresaliendo en la **Pirámide Poblacional** que el mayor número de derechohabientes masculinos fluctúan entre los 30 a 49 años de edad siendo la etapa de mayor productividad, en tanto que en el grupo femenino se observa un pico a la edad de 1 a 4 años seguido de otro de 60 a 69 años con un descenso en el número de mujeres en edad fértil

En cuanto a los Resultados de la Fase 2 del MOSAMEF ó Estudio Sistemático Familiar de la población adscrita al Consultorio N° 3 de la Col. Gertrudis Sánchez de la C.M.F. "Guadalupe Tepeyac" del I.S.S.S.T.E. identificamos un significativo predominio del sexo masculino con incidencia en edades entre los 30 a 49 años sobre el sexo femenino con su más alta incidencia entre 1 y 4 años seguido de otro de 60 a 69 años de edad con un descenso en el número de mujeres en edad fértil; tratándose de padres jóvenes en su mayoría casados por lo civil (57%) con un promedio de 6 a 10 años de unión conyugal y número de hijos de 11 a 19 años de edad ; encontrando como hecho sobresaliente que la mayoría de los padres han cursado en un 60% la educación media superior aunque inconclusa en su mayoría son empleados de instituciones gubernamentales, técnicos, obreros; con un promedio de ingreso entre ambos cónyuges de 3 ó más salarios mínimos; tratándose de Familias Modernas, Urbanas, de Composición Extensa en Fase de Dispersión.

Los resultados de la **Fase 3 del MOSAMEF ó Análisis de las Causas de Consulta** de la población adscrita al Consultorio N° 3 de la Col. Gertrudis Sánchez de la C.M.F. "Guadalupe Tepeyac" del I.S.S.S.T.E. encontrando como 10 Principales Causas de Morbilidad en base a la hoja de reporte diario del Médico (SM-10) nos muestran un predominio de las Infecciones de Vías Respiratorias Altas tanto en hombres como en mujeres seguido de Afecciones Genitourinarias en el hombre y Cardiológicas en la mujer así como en tercera instancia los padecimientos Metabólicos en ambos.

Seguidas de un no tan significativo porcentaje de afecciones en otros órganos y sistemas como lo son los Padecimientos del Tracto Gastrointestinal; Gineco-Obstétricos en la mujer; Afecciones Músculo-Esqueléticas y Padecimientos Crónico-Degenerativos con elevada incidencia en ambos sexos y ya en menor porcentaje los Trastornos Neurológicos y las Afecciones Dermatológicas.

GRAFICAS

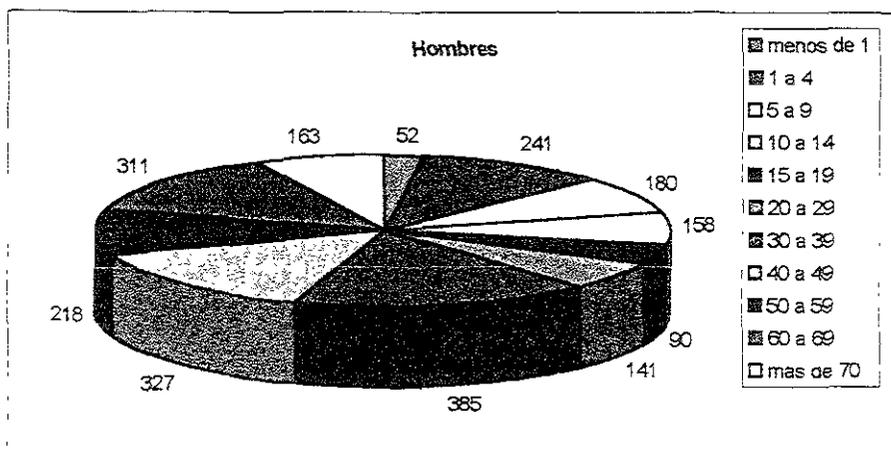


FUENTE: INFORME MENSUAL de Afiliación y Vigencia - Agosto de 1998

**Tabla de Distribución por Edad y Sexo
de la Población Adscrita al consultorio N° 3
de la Clínica Guadalupe Tepeyac durante 1999**

PIRAMIDE POBLACIONAL

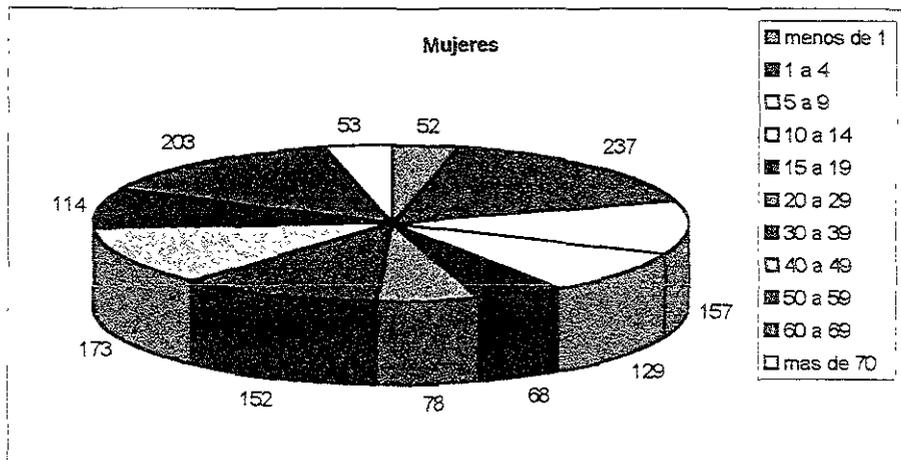
Edad	Hombres	Mujeres	Total
menos de 1	52	52	104
1 a 4	241	237	478
5 a 9	180	157	337
10 a 14	158	129	287
15 a 19	90	68	158
20 a 29	141	78	219
30 a 39	385	152	537
40 a 49	327	173	500
50 a 59	218	114	332
60 a 69	311	203	514
mas de 70	163	53	216
Total	2266	1416	3682



**Tabla de Distribución por Edad y Sexo
de la Población Adscrita al consultorio N° 3
de la Clínica Guadalupe Tepeyac durante 1999**

PIRAMIDE POBLACIONAL

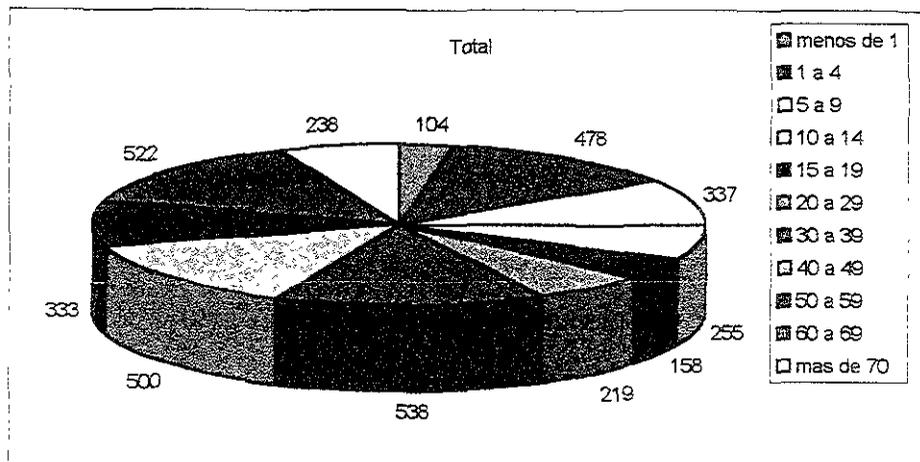
Edad	Hombres	Mujeres	Total
menos de 1	52	52	104
1 a 4	241	237	478
5 a 9	180	157	337
10 a 14	158	129	287
15 a 19	90	68	158
20 a 29	141	78	219
30 a 39	385	152	537
40 a 49	327	173	500
50 a 59	218	114	332
60 a 69	311	203	514
mas de 70	163	53	216
Total	2266	1416	3682



**Tabla de Distribución por Edad y Sexo
de la Población Adscrita al consultorio N° 3
de la Clínica Guadalupe Tepeyac durante 1999**

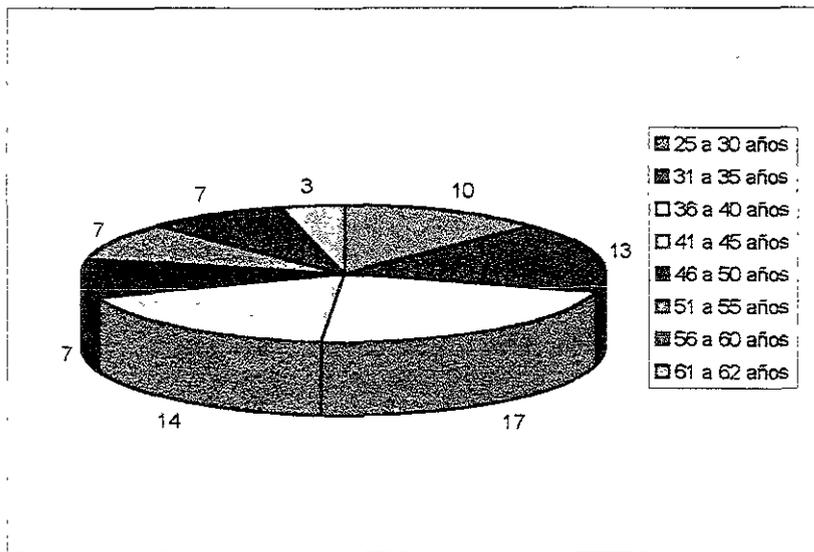
PIRAMIDE POBLACIONAL

Edad	Hombres	Mujeres	Total
menos de 1	52	52	104
1 a 4	241	237	478
5 a 9	180	157	337
10 a 14	158	129	287
15 a 19	90	68	158
20 a 29	141	78	219
30 a 39	385	152	537
40 a 49	327	173	500
50 a 59	218	114	332
60 a 69	311	203	514
mas de 70	163	53	216
Total	2266	1416	3682



RESULTADO DEL ESTUDIO SISTEMATICO FAMILIAR

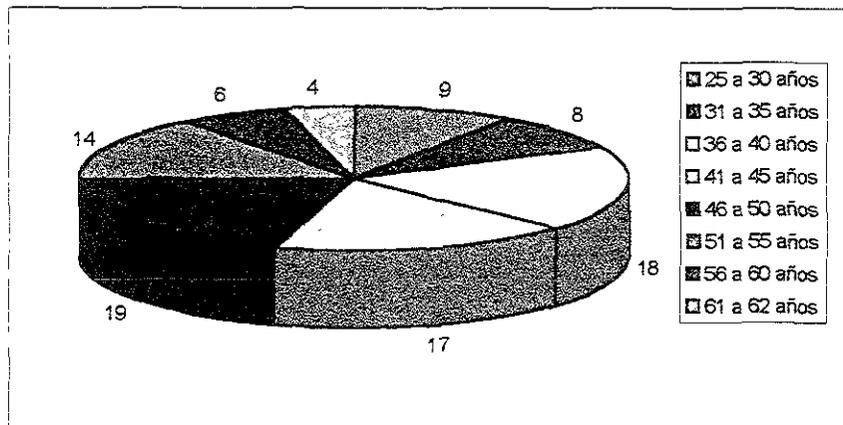
Edad del Padre	No.	%
25 a 30 años	10	13%
31 a 35 años	13	17%
36 a 40 años	17	22%
41 a 45 años	14	17%
46 a 50 años	7	9%
51 a 55 años	7	9%
56 a 60 años	7	9%
61 a 62 años	3	4%
Total	78	100%



FUENTE : Estudio Sistemático Familiar
Clínica Guadalupe del I.S.S.S.T.E. de 1998-1999

RESULTADO DEL ESTUDIO SISTEMATICO FAMILIAR

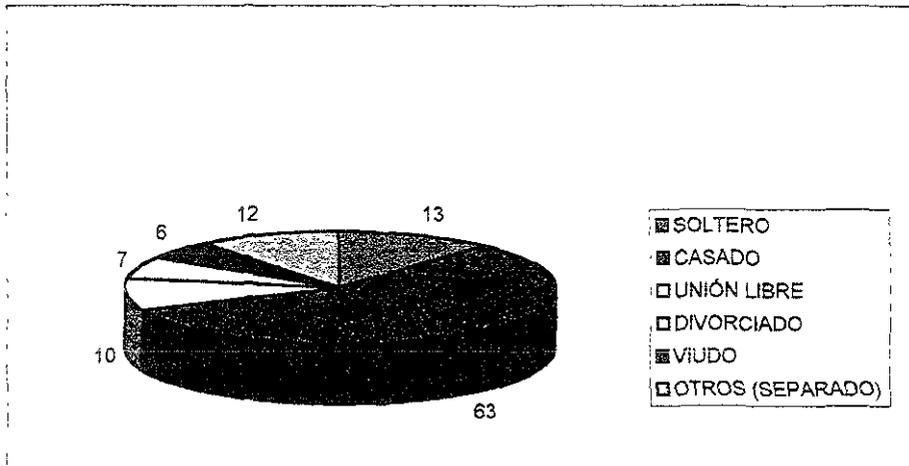
Edad de la Madre	No.	%
25 a 30 años	9	9%
31 a 35 años	8	9%
36 a 40 años	18	19%
41 a 45 años	17	18%
46 a 50 años	19	20%
51 a 55 años	14	15%
56 a 60 años	6	6%
61 a 62 años	4	4%
Total	95	100%



Fuente : Estudio Sistemático Familiar
Clínica Guadalupe I.S.S.T.E. de 1998-1999

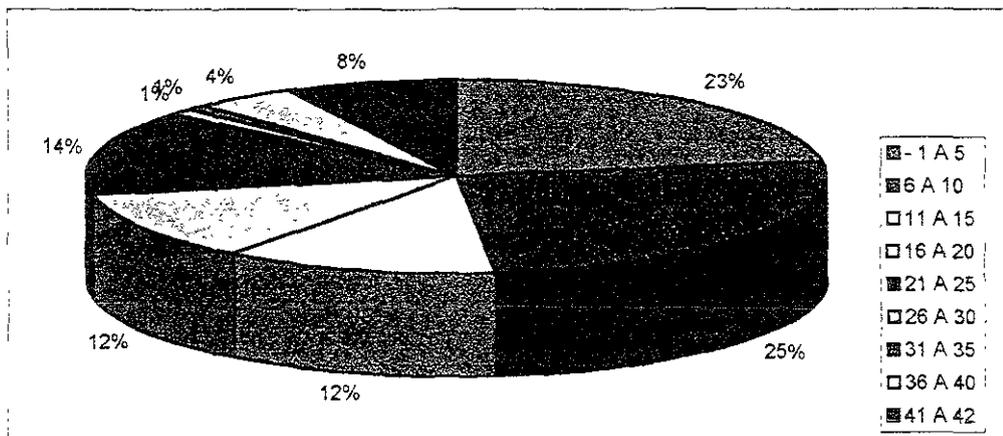
ESTADO CIVIL

CONCEPTO	N°	%
SOLTERO	13	13
CASADO	63	57
UNIÓN LIBRE	10	9
DIVORCIADO	7	6
VIUDO	6	5
OTROS (SEPARADO)	12	10
TOTAL	111	100



AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL

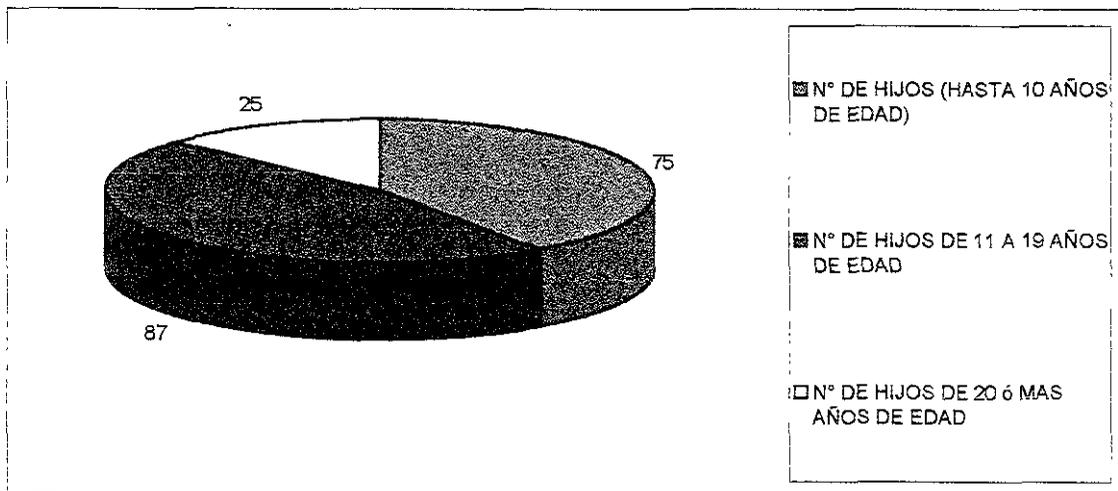
CONCEPTO	Nº	%
- 1 A 5	21	22
6 A 10	24	26
11 A 15	13	12
16 A 20	13	12
21 A 25	13	14
26 A 30	1	1
31 A 35	1	1
36 A 40	4	4
41 A 42	7	8
TOTAL	93	100



FUENTE : ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR
 ARCHIVO Y VIGENCIA DE DERECHOS
 C.M.F "GUADALUPE TEPEYAC" | S.S.S.T E
 1998 A 1999

NUMERO DE HIJOS

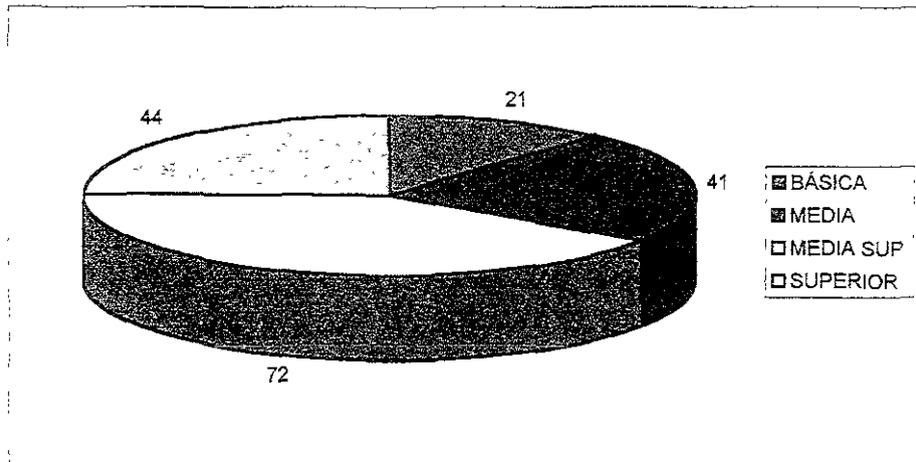
CONCEPTO	No	%
Nº DE HIJOS (HASTA 10 AÑOS DE EDAD)	75	40
Nº DE HIJOS DE 11 A 19 AÑOS DE EDAD	87	47
Nº DE HIJOS DE 20 ó MAS AÑOS DE EDAD	25	13
TOTAL	187	100



FUENTE: ESTUDIO SISTEMATICO FAMILIAR
ARCHIVO CLINICO Y VIGENCIA DE DERECHOS EN LA UMF
CLINICA GUADALUPE TEPEYAC DEL ISSSTE
DE 1996 a 1999

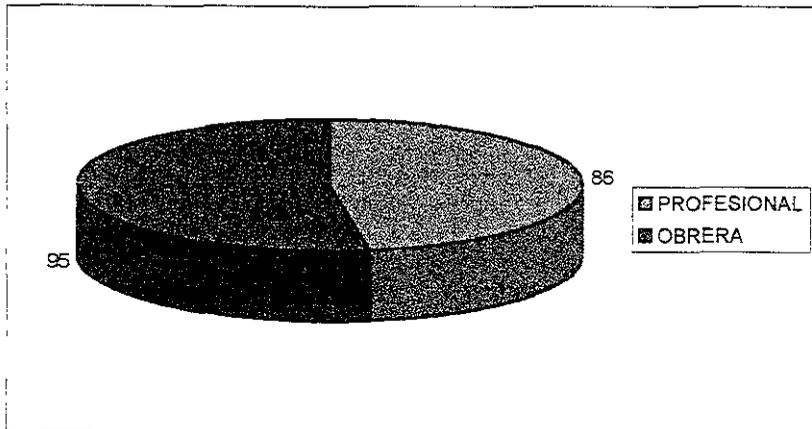
ESCOLARIDAD DE LOS PADRES

CONCEPTO	Nº	%
BÁSICA	21	12
MEDIA	41	23
MEDIA SUP	72	40
SUPERIOR	44	25
TOTAL	178	100



Tipo de Familia en Base a su Ocupación

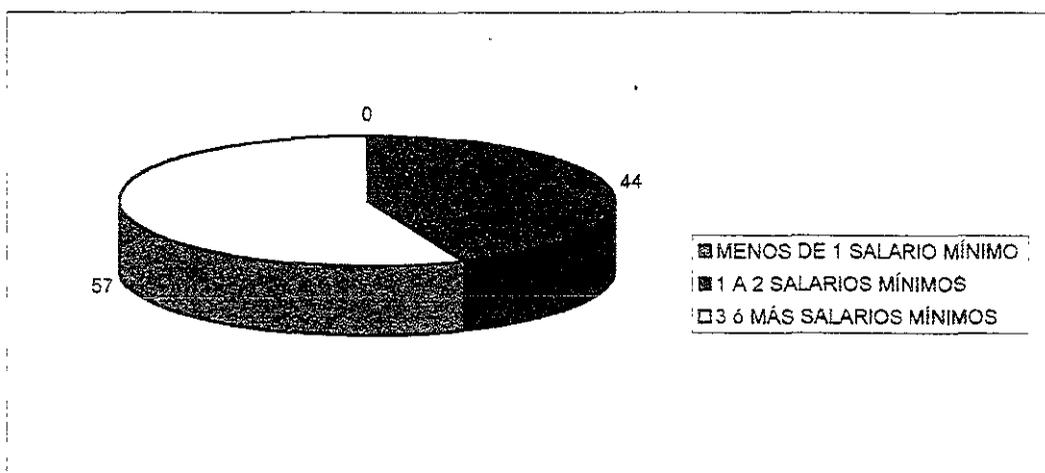
CONCEPTO	No.	%
PROFESIONAL	86	86%
OBRERA	95	14%
TOTAL	181	100%



Fuente : Estudio Sistemático Familiar
Clínica Guadalupe del I.S.S.S.T.E. de 1998-1999

PROMEDIO DE INGRESO

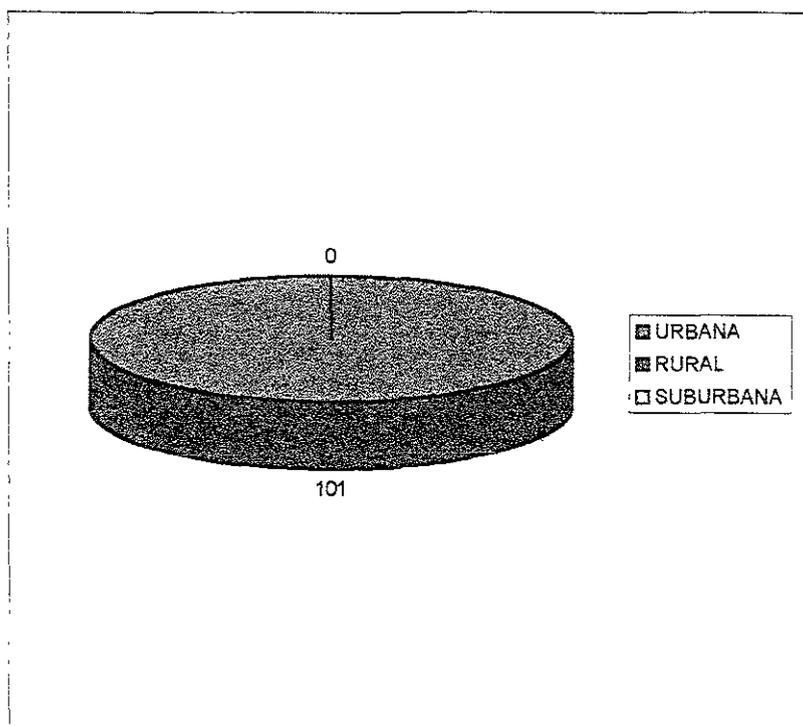
CONCEPTO	N°	%
MENOS DE 1 SALARIO MÍNIMO	0	0
1 A 2 SALARIOS MÍNIMOS	44	44
3 ó MÁS SALARIOS MÍNIMOS	57	56
TOTAL	101	100



FUENTE : ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR
C.M.F. "GUADALUPE TEPEYAC" I.S.S.S.T.E
1998 A 1999

TIPO DE FAMILIA EN BASE A DEMOGRAFIA

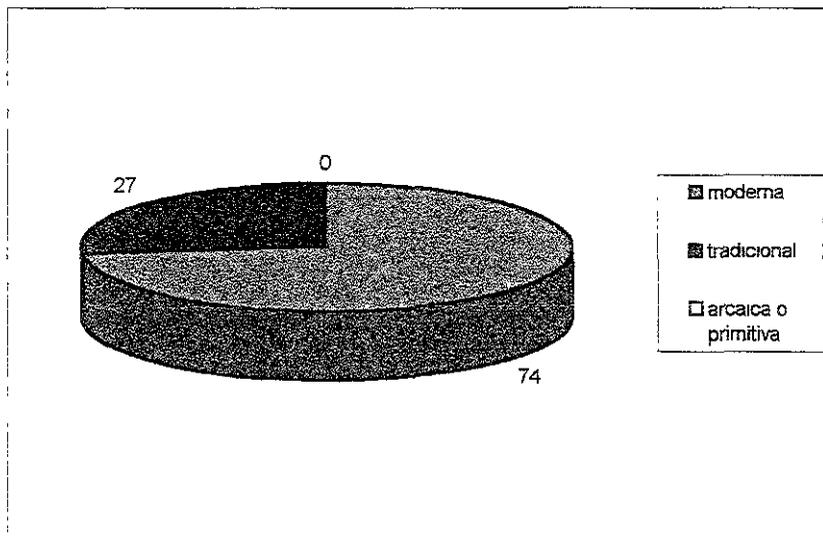
CONCEPTO	No.	%
URBANA	101	100%
RURAL	0	0%
SUBURBANA	0	0%
TOTAL	101	100%



Fuente : Estudio Sistemático Familiar:
Clínica Guadalupe del I.S.S.T.E. de 1998-1999

TIPO DE FAMILIA EN BASE A SU DESARROLLO (BOWEN)

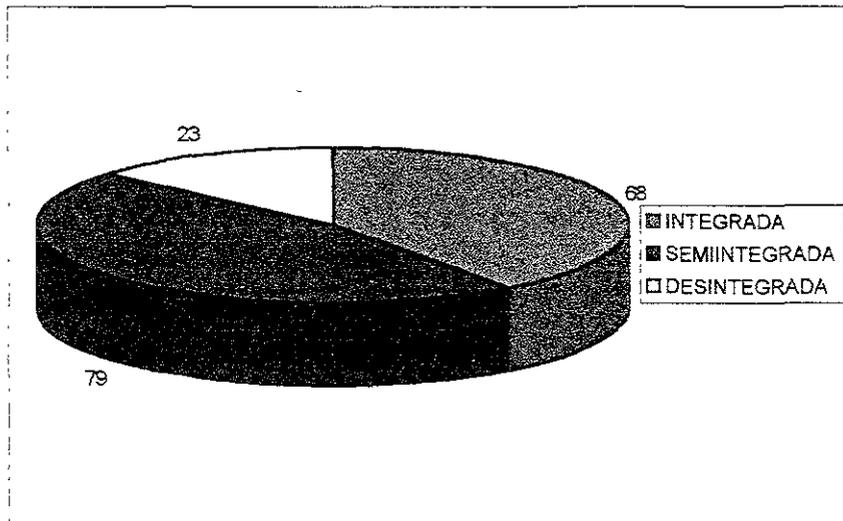
CONCEPTO	No.	%
moderna	74	73%
tradicional	27	27%
arcaica o primitiva	0	0%
TOTAL	101	100%



Fuente : Estudio Sistemático Familiar
Clínica Guadalupe del I.S.S.S.T.E. de 1998-1999

Tipo de Familia en Base a su Integración

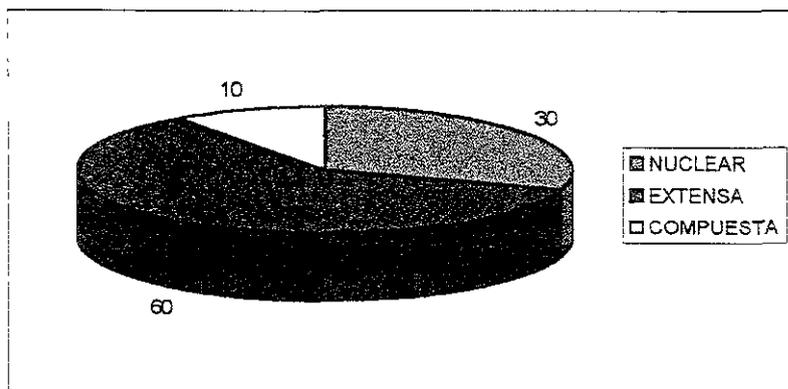
CONCEPTO	No.	%
INTEGRADA	68	40%
SEMIINTEGRADA	79	46%
DESINTEGRADA	23	14%
TOTAL	170	100%



Fuente : Estudio Sistemático Familiar
Clínica Guadalupe del I.S.S.S.T.E. de 1998-1999

Tipo de Familia en base a su Estructura

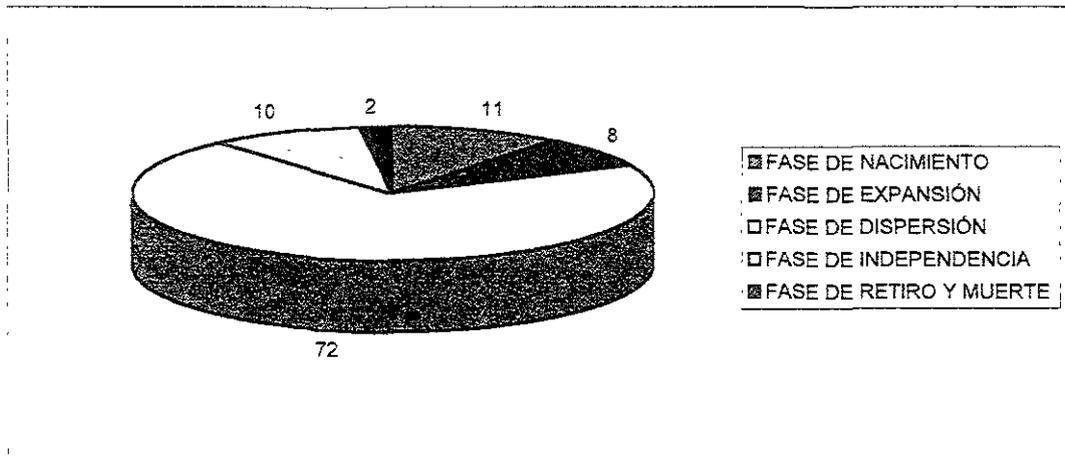
CONCEPTO	No.	%
NUCLEAR	30	30%
EXTENSA	60	60%
COMPUESTA	10	10%
TOTAL	100	100%



Fuente : Estudio Sistemático Familiar
Clínica Guadalupe del I.S.S.S.T.E. de 1998-1999

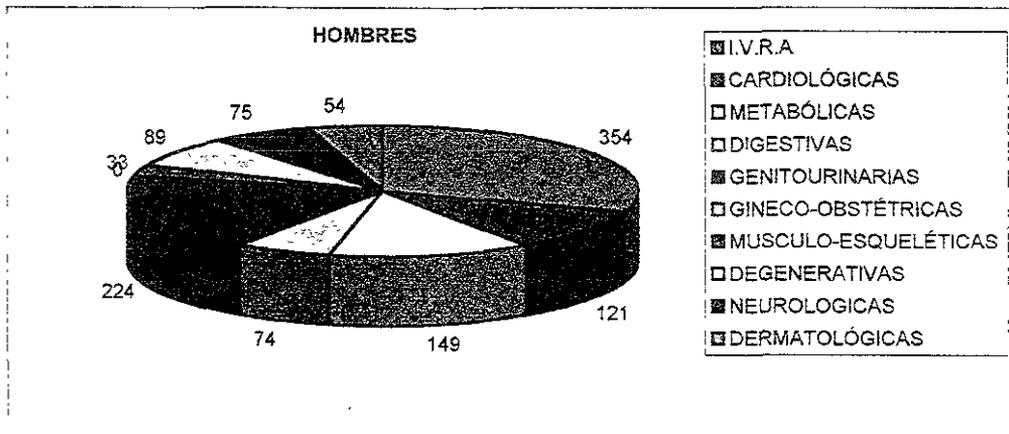
TIPO DE FAMILIA EN BASE A SU CICLO VITAL (J. GEYMAN)

CONCEPTO	Nº	%
FASE DE NACIMIENTO	11	11
FASE DE EXPANSIÓN	8	8
FASE DE DISPERSIÓN	72	70
FASE DE INDEPENDENCIA	10	10
FASE DE RETIRO Y MUERTE	2	1
TOTAL	103	100



FUENTE : ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR
C.M.F "GUADALUPE TEPEYAC" I.S.S S.T.E.
1998 A 1999

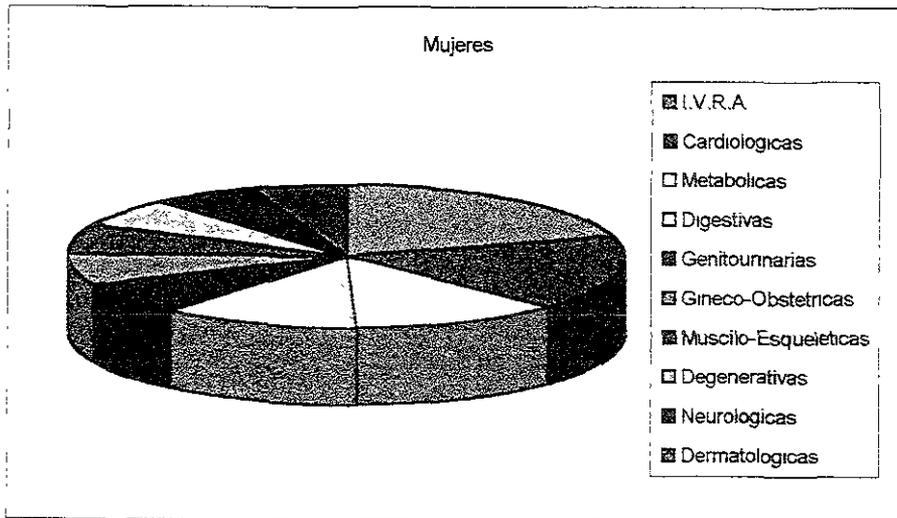
PATOLÓGICAS	HOMBRES	MUJERES
I.V.R.A.	354	509
CARDIOLÓGICAS	121	423
METABÓLICAS	149	312
DIGESTIVAS	74	283
GENITOURINARIAS	224	181
GINECO-OBSTÉTRICAS	0	178
MUSCULO-ESQUELÉTICAS	33	168
DEGENERATIVAS	89	164
NEUROLÓGICAS	75	151
DERMATOLÓGICAS	54	140
TOTAL	1173	2509



FUENTE : HOJA DIARIA DE CONSULTA
 C.M.F. "GUADALUPE TEPEYAC" I S.S.S.T.E.
 1998 A 1999

Diez Principales Causas de Consulta

Patológicas	Hombres	Mujeres
I.V.R.A	354	509
Cardiologicas	121	423
Metabolicas	149	312
Digestivas	74	283
Genitourinarias	224	181
Gineco-Obstetricas	0	178
Musculo-Esqueleticas	33	168
Degenerativas	89	164
Neurologicas	75	151
Dermatologicas	54	140
Total	1173	2509



ANALISIS

Las familias estudiadas en éste trabajo en base a la **Pirámide de Población** realizada durante 1998-1999 de la población adscrita al Consultorio No.3 de la Col. Gertrudis Sánchez de la C.M.F. "Guadalupe Tepeyac" del I.S.S.S.T.E. nos arroja un total de 3,682 derechohabientes de los cuales 2,266 son hombres y 1,416 son mujeres encontrando el mayor número de derechohabientes masculinos entre los 30 a 49 años de edad en comparación con el grupo femenino observando aquí un pico a la edad de 1 a 4 años seguido de otro entre los 60 a 69 años de edad con un descenso en el número de mujeres en edad fértil a diferencia de la información obtenida en el **Censo de Población y Vivienda (I.N.E.G.I.) en 1995 en el Distrito Federal** la cual nos reporta el mayor índice de individuos del sexo masculino y también femenino con un pico a los 20 a 24 años de edad y a partir de los 24 años y hasta los 39 años su más alta incidencia lo cual nos está señalando que se trata de una población joven la que habita en el Distrito Federal, lo cual es de suma importancia para nosotros como médicos promotores de salud lo cual nos vendría aportando información fundamental para la identificación oportuna de factores de riesgo en base a la edad y sexo y el conocimiento de los grupos vulnerables de la población como lo son niños, ancianos y mujeres en edad fértil permitiéndonos crear e implementar una serie de medidas preventivas y de promoción a la salud de la población.

También en un Análisis Comparativo de los Resultados de éste trabajo con la información obtenida por el **Sistema Unico de Información para la Vigencia Epidemiológica / D.G.E. / S.S.A.** en cuanto a la **Morbilidad registrada por el I.N.E.G.I. en los Estados Unidos Mexicanos durante el año de 1997** y los resultados de la información que obtuve de la población adscrita al consultorio N° 3 de la Col. Gertrudis Sánchez de la C.M.F. "Guadalupe Tepeyac" del I.S.S.S.T.E. durante 1998-1999 tenemos que en **1er. lugar de Causas de Morbilidad de la Población** las siguen ocupando las **Infecciones de Vías Respiratorias Altas** encontrando en **2° lugar las Infecciones Intestinales** a diferencia de los resultados arrojados en la población adscrita a mi colonia encontrando aquí como **2° lugar de Causas de Morbilidad** un porcentaje elevado de Afecciones Genitourinarias en el hombre y Padecimientos Cardiológicos en la mujer; teniendo así como en **3er. lugar de Causas de Morbilidad por el I.N.E.G.I. a las Afecciones Urogenitales** y en **4° lugar a los Padecimientos Crónico-Degenerativos** como la Hipertensión Arterial Sistemática y la Diabetes Mellitus, **no así en mi población ocupando éstos últimos un 3er. lugar de Causas de Morbilidad** seguidos de las Infecciones Intestinales y Padecimientos Gineco-Obstétricos en la mujer y con menor incidencia las Afecciones Músculo-Esqueléticas y en menor porcentaje los Trastornos Neurológicos y Dermatológicos concluyendo nuevamente con las Infecciones Intestinales reportadas por el I.N.E.G.I.

SUGERENCIAS

En base a los resultados obtenidos en éste trabajo considero es fundamental fortalecer el apoyo a la educación en todos sus aspectos, primordialmente facilidades para el término de una carrera ya que a pesar de que en la mayoría de las familias estudiadas ambos cónyuges cursaron la educación media superior ésta quedó inconclusa por tanto ocupando en su mayoría puestos de empleados, obreros, etc. percibiendo como consecuencia un bajo salario lo cual repercute en forma importante en la salud de cada uno de sus miembros ya que a mejor nivel socioeconómico, mayor disponibilidad de recursos condicionando así un índice mayor de salud en la familia.

CONCLUSIONES

El presente trabajo concluye que la mayoría de las familias del Consultorio N° 3 de la C.M.F. "Guadalupe Tepeyac" del I.S.S.S.T.E. son familias modernas, urbanas, de composición extensa en fase de dispersión, padres con edad promedio de 36 a 50 años con un grado de escolaridad media superior inconclusa en su mayoría empleados percibiendo un ingreso entre amobos cónyuges de 3 ó más salarios mínimos.

• **Teniendo como 10 principales causas de morbilidad :**

- 1) Infecciones Respiratorias Altas**
- 2) Padecimientos Cardiológicos**
- 3) Metabólicos**
- 4) Digestivos**
- 5) Genitourinarios**
- 6) Gineco-obstétricos**
- 7) Músculo-Esqueléticos**
- 8) Enfermedades Degenerativas**
- 9) Padecimientos Neurológicos**
- 10) Enfermedades Dermatológicas**

BIBLIOGRAFIA

1.-Apuntes de Medicina Familiar. Departamento de Medicina Familiar, facultad de medicina, UNAM, 1993.

2.-Jaíme AH.; Irigoyen CA: Fundamentos de la Medicina Familiar. 2a Edición, Méxio. Editorial M{endez Cervantes, 1985.

3.-Irigoyen CA, Gómez CFJF, Hernández RC, Farfán SG. "Diagnóstico Familiar". 4a.Edición. México Editorial Medicina Familiar mexicana. México 1994.

4.-Medalie JH: Medicina Familiar, principios y prácticas Editorial Limusa. 1987.

5.-Chagoya, L. "Dinámica familiar y patología". En: La Familia Medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano, Editado por E Dulanto, Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México, Octubre de 1975, pp 25-38

6.-Sauceda G. Juan Manuel, Foncerrada M, Miguel. Departamento de Higiene Mental Hospital de Pediatría Rev. Méd C M.N del IMSS; México, 1981

7.-SAUCEDA G. Y COL.:III La Exploración de la Familia Aspectos Médicos , Psicológicos y Sociales. Revista Médica. Instituto mexicano del seguro Social. (México) Vol.19.No.2. 981.

8.-Chávez Aguilar, V.y Col.: Atención Integral en Medicina Familiar. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.(México) Vol.33 núm.2, 1995.

9.-Leñero Luis. "Estéreotipos, tipos y neotipos de Familia en México". En: La Familia. Medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano, Editado por E. Dulanto, Ediciones del Hospital Infantil de México. Octubre de 1975. pp. 61-108.

10.-Chagoya, L. Psicoterapia Familiar.- Op. cit.p. 1050-2.

11.-Chávez VJ: Introducción a la Medicina Familiar, México, Editorialrial Universitaria Potosina,1992.

12.-Miller LW "Modelos de Salud ,enfermedad y atención sanitaria: En: Taylor RB. Medicina Familiar. Principios y práctica 3a Ed. Ediciones Doyma Barcelona.1991; 38-45.

13.-Narro R.J Medicina Familiar": Soberón, G. Kumate, J Laguna, "La Salud en México. Testimonios 1988" Fondo de la Cultura Económica: Tomo IV; Vol.2. 1989

14.-Velazco, Orellana, R, Trscendencia y Perspectiva de la Medicina Familiar". Revista Médica, del. Instituto Mexicano del Seguro Social (Méx.) Vol.33.núm. 1, 1995

15.-Hennen BK."Continuidad de la atención. En; Shires BD, Hennen BK Medicina Familiar, guía práctica. 1a. Ed. Editorial Mc Graw Hill. México 1980; 3-7.

16.-IFAC. Primer Simposio sobre dinámica y psicoterapia de la familia. 1a. ed. Ediciones Instituto de la Familia A. C. México. 1981.

17.-Mcwhinney, I. R: "La Medicina en Perspectiva". Rev. Fac. Med; UNAM; Vol. XXXIII, No.3, 1980.

18 -UMF 20 IMSS Interacción de ámbitos que determinan la salud familiar, mecanograma no publicado, material de apoyo en el Curso de Especialización en Medicina Familiar. México. 1994.

19.-Lesser LJ, Stewar IL. "Psicodinámica familiar". En: Conn HF, Rake1 RE; Johnson WT. Medicina Familiar. Teoría y práctica. 1a.ed. Editorial Interamericana. México 1974; 17-25

20 -Estrada MJL Carro MH, Gordo MH, Bonilla MFR. "Perfil profesional del Médico Familiar". En. Aland HJ Irigoyen CA. Fundamentos de Medicina Familiar 5a ed. Editorial MFM México 1998: 175 - 175

21.-Sánchez, A.J. "Familia y Sociedad",Ed..Joaquín Martínez, México 1180

22.-Burns EA "Intervención en crisis" En Taylor RB Medicina Familiar. Principios y práctica 3a ed Ediciones Doyma. Barcelona.1991; 77-84

23 -Bleger J Psicología de la conducta Editorial Paidós México 1995

24.-Williams JI. Leaman LT. "Estructura de la Familia". En Conn HF, Rakel RE, Johnson WT. Medicina Familiar. Teoría y práctica 1a.ed. Editorial Interamericana. México. 1974; 2-16.

25.-Saultz JW. "La atención centrada en la familia". En: Taylor RB. Medicina Familiar. Principios y práctica. 3a. ed. Ediciones Doyma Barcelona. 1991; 38-45.

ANEXOS

ANEXO 2

CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

MOSAMEF B-1

Familia: _____ Edo. civil: Casados ()
U libre ()
Soltero ()
Años de unión conyugal: _____

Edad: _____ Sexo _____ M F _____ Escolaridad: _____

Domicilio: _____

Edad del padre _____ Edad de la madre: _____

Número de hijos (hasta de 10 años de edad): _____

Número de hijos (de 11 a 19 años de edad): _____

Número de hijos (de 20 ó más años de edad): _____

Total: _____

Tipo de familia: Marque con una equis (X)

DESARROLLO: Moderna () DEMOGRAFÍA: Urbana ()
Tradicional () Semiurbana ()

COMPOSICION. Nuclear () Extensa () Compuesta ()

Ingresos mensuales aproximados: < de un salario mínimo ()
1 a 2 salarios mínimos ()
3 ó más salarios mínimos ()

OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA _____

ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR: Expansión () Dispersión ()
Independencia () Retiro ()

OBSERVACIONES Causas de mortalidad vigilancia de enfermedades
crónico-degenerativas. toxicomanías tipo de habitación familiar y
dependencia en la cual labora el trabajador.

ANEXO 3

GLOSARIO DE TÉRMINOS PARA EL LLENADO DE LA CÉDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

MOSAMEF B-2

Familia	Se anotarán los apellidos que identifiquen a la familia.
Años de unión conyugal.	Anotar en años cumplidos el tiempo que llevar de vivir en pareja.
Escolaridad:	Se anotará el grado máximo de estudios que haya alcanzado el entrevistado.
Domicilio:	Se anotarán Calle, Número, (interior si lo hubiese) Colonia y Código Postal
Familia moderna:	Se considera así cuando ambos cónyuges trabajan fuera del hogar
Familia tradicional:	Es la familia en que sólo uno de los cónyuges trabaja fuera del hogar.
Familia urbana.	Es la familia que habita en una comunidad de más de 5000 habitantes, y que cuenta con servicios básicos de urbanización. Agua entubada (intra o extradomiciliaria) energía eléctrica, drenaje subterráneo y pavimentación
Familia suburbana	Es la familia que habita en una comunidad de más de 5000 habitantes y que carece de alguno de los servicios básicos de urbanización.
Familia nuclear	Es la familia constituida por padre madre e hijos

Cont. ANEXO 3

Familia extensa Es la familia en la cual, además del padre, la madre e hijos y familiares con lazos consanguíneos, amigos, etc.

Ocupación de los padres de familia: Se anotarán las ocupaciones de ambos padres ejemplo: Padre albañil, madre hogar

Etapa de expansión: Comprende desde el nacimiento del primer hijo hasta el nacimiento del último.

Etapa de dispersión Comprende el período en que todos los hijos acuden a la escuela, pero ninguno de ellos trabaja.

Etapa de independencia: Se inicia cuando se ha dado lugar a la formación de nuevas familias (cuando alguno de los hijos ya se ha casado)

Etapa de retiro: Se inicia cuando todos los hijos han abandonado el núcleo familiar, o cuando los padres se han jubilado.

- Para identificar con claridad la etapa en que se encuentra la familia, se deberán tomar en cuenta los acontecimientos familiares en relación con el primogénito

ANEXO 4

HOJA TABULAR PARA EL ESTUDIO SISTEMATICO FAMILIAR

		N°	%
ESTADO CIVIL :			
SOLTERO			
CASADO			
UNION LIBRE			
DIVORICIO			
VIUDO			
AÑOS DE UNION CONYUGAL :			
ESCOLARIDAD		SI	NO
BASICA			
MEDIA			
MEDIA SUPERIOR O TECNICA			
SUPERIOR			
EDAD DEL PADRE			
EDAD DE LA MADRE .			
METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR		SI	NO
DIU			
ANT. ORAL			
ANT INYECTABLE			
OTB			
RITMO			
CONDON			
VASECTOMIA			
N° DE HIJOS (HASTA 10 AÑOS DE EDAD)			
N° DE HIJOS (DE 11 A 19 AÑOS DE EDAD)			
N° DE HIJOS (DE 20 ó MAS AÑOS DE EDAD)			

		N°	%
OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA			
PROFESIONAL			
TECNICO			
EMPLEADO			
HOGAR			
OTRO			
INGRESO ECONOMICO			
< 1 SALARIO MINIMO			
1 A 2 SALARIOS MINIMOS			
3 ó MAS SALARIOS MINIMOS			
TIPO DE FAMILIA			
DESARROLLO:			
MODERNA			
TRADICIONAL			
COMPOSICION:			
NUCLEAR			
EXTENSA			
COMPUESTA			
DEMOGRAFIA:			
URBANA			
RURAL			
ETAPA DEL CICLO FAMILIAR:			
EXPANSION			
DISPERSION			
INDEPENDENCIA			
RETIRO			

