

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

105

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA

LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR VICENTE GUERRERO
DEL ISSSTE

TIPOS DE FAMILIA QUE PREDOMINAN EN EL
CONSULTORIO

No. 6 DE LA UMF VICENTE GUERRERO DEL ISSSTE

208590

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, PRESENTA:

DR. CARLOS JOSE PRIETO ESCALANTE

MEXICO, D.F. A 17 DE AGOSTO DE

CLINICA GUERRERO



DIRECCION

2001



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 QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. CARLOS JOSE PRIETO ESCALANTE



DRA. GUADALUPE L. MASTRANZO CORONA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL
ISSSTE EN

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR VICENTE GUERRERO
DEL ISSSTE



DR. JOSE CASTRO CANTE
ASESOR DE TESIS



DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION MEDICA
CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA ISSSTE

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. CARLOS JOSE PRIETO ESCALANTE

AUTORIZACIONES



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


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

~~DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY~~
~~COORDINADORA DE DOCENCIA~~
~~DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR~~
~~FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.~~

INDICE

Portada	1
Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales, Asesor de Tesis, Jefe del Departamento de Educación Médica Continua y Medicina Familiar	2
Autorizaciones	3
Marco Teórico, Concepto de Medicina Familiar, Estudio de la familia	4
Continuidad, Acción anticipatoria	5
Familia, Definiciones de familia	6
Consenso Canadiense, Consenso Norteamericano	7
Clasificación de la familia desde el punto de vista social en base a su desarrollo y demografía	8
En base a su integración, desde el punto de vista tipológico en base a su composición o estructura	9
Variaciones de los tipos de familia en las sociedades Occidentales, Funciones esenciales de la familia, Socialización	10
Cuidado, Afecto	11
Reproducción, Estatus y Nivel socioeconómico, Ciclo Vital de la familia	12
Etapas del desarrollo familiar, Fase de Matrimonio, Fase de Expansión	13
Fase de Dispersión, Fase de Independencia, Fase de retiro y muerte	14
Familiograma, Familiograma Sociodinámico	15
Operatividad del Familiograma Sociodinámico	16
.....	17
Simbología de Familiograma Estructural.....	bis
.....	18
.....	19
.....	20

Simbología de Familiograma Psicodinámico.....	21
.....	22
.....	23
.....	25
Modelo sistemático de atención en medicina familiar	26
MOSAMEF	25
Fases en las que se divide el MOSAMEF	28
Planteamiento del problema, Justificación, Objetivos generales y específicos.	29
Hipótesis, Metodología, Tipo y tamaño de muestra, criterios de inclusión y exclusión.	30
Criterios de Eliminación, Variables, Procedimiento de captura de la información	31
Resultados (gráficas y cuadros)	33
Estado Civil	
Escolaridad	
Método de Planificación Familiar (Mujeres)	
Método de Planificación Familiar (Hombres)	
Número de hijos	
Ocupación de los padres de familia	
Ingreso económico	
Tipo de familia en base a su desarrollo	
Composición de las familias	
Demografía de las familias	
Etapas del ciclo familiar	
Análisis, Pirámide Poblacional	33
Análisis, Sugerencias, Conclusiones	34
Bibliografía	36
.....	37

Anexos

1-Censo Poblacional

2-Cédula de identificación familiar

3-Glosario de términos para el llenado de la cédula de identificación familiar

4-Hoja tabular para el estudio sistemático familiar

5-Hoja de motivos de consulta

MARCO TEORICO

CONCEPTO DE MEDICINA FAMILIAR:

Es la atención médica integral, con especial énfasis en la familia como unidad con una responsabilidad continua 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

Es la atención especializada de las necesidades de salud familiar por un especialista de corte horizontal y 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

En la práctica de la medicina familiar se integran las ciencias biomédicas, sociales y de la conducta. El acervo de conocimientos y de procedimientos que conjunta la Medicina Familiar, prepara al médico familiar para un papel único en la atención del paciente, que incluye el uso de destrezas cognitivas y procedimientos diagnósticos y de tratamiento, constituyéndose en un médico personal que otorga y coordina los recursos para la atención de la salud.³

La medicina familiar 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 y Acción anticipatoria.

Estudio de la familia: Permite el entendimiento del entorno biopsicosocial fundamental en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo y que señala a la familia como un grupo social en el que el proceso salud-enfermedad se maneja bajo una serie de factores de

¹ Residency Review Committee for Family Practice, September 18, 1977, Denver, Colorado, USA.

² La Atención Integral en Medicina Familiar, Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 33 N°2, p. 168. Marzo-Abril 1995

³ The Society of Teachers of Family Medicine. Newsletter, vol. 4, N°6 Nov/Dec 1984 p.3.

tipo estructural, funcional y cultural que pueden favorecer o limitar la salud ya sea individual o familiar.

Continuidad: Se comprende desde una perspectiva que integra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en un esquema longitudinal que permite el seguimiento del proceso salud-enfermedad en los individuos, sin importar edad, sexo, ni la naturaleza o estadio de las enfermedades que les afecten, estableciendo el tratamiento adecuado de las mismas y coordinando los recursos médicos, familiares y comunitarios a su alcance para su óptima aplicación.

Acción anticipatoria: Se basa en un enfoque de riesgo, el cual contribuye a la identificación de la probabilidad de que ciertas características de los individuos y/o del medio ambiente que les rodea produzcan en conjunto una enfermedad.

El enfoque de riesgo brinda la oportunidad de planear las estrategias más adecuadas para el manejo de las enfermedades, en una perspectiva integradora del tratamiento médico curativo con las medidas preventivas en los grupos expuestos a determinados factores causales.

La familia es el sistema primario por excelencia, el más poderoso al que pertenece un individuo. La vida en familia proporciona el medio más adecuado para la crianza de los hijos, en condiciones adecuadas satisface las necesidades biológicas y psicológicas de los niños y representa la influencia más temprana y duradera en su proceso de socialización. Minuchín ha afirmado que la familia constituye la parte extracerebral de la mente, pues determina en gran medida las respuestas del niño y de sus otros miembros ya que la vida psicológica no es exclusivamente un proceso interno.⁴

⁴ S. Minuchín. "Familias y Terapia Familiar". Edit. Gedisa Barcelona 1979.

El papel tradicional del médico ha sido curar la enfermedad sin embargo, en los últimos años ha adquirido una importancia creciente la prevención y la promoción de la salud.

Las actuaciones en los campos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad constituyen pilares en la actuación profesional del médico familiar.⁵

En 1961 White señalaba que sólo un enfermo de cada 250 consultas por problemas de salud era atendido en los hospitales.

Hart en 1984, propone un nuevo modelo de médico de cabecera, el cuál debe poseer una información que habitualmente no se recibe en los centros hospitalarios, una imaginación ágil y capacidad para hablar y actuar de forma no erudita.⁶

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 y criados propiedad de un solo hombre.

DEFINICIONES DE FAMILIA:

Aunque el término familia se ha definido de distintas formas, el grupo formado por marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica en la cultura de Occidente, conservando aún la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico. Aún cuando la forma de la familia varia en las diversas sociedades, toda sociedad

⁵ C. Jiménez Mena, A. Lorenzo Riera, "Análisis de la cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud según grupos de edad", *Atención primaria*, Vol., 12., Núm., 5., 30 de Septiembre 1993.

⁶ Hart, JT., "Necesitamos un nuevo tipo de médico de cabecera. *Aten., Primaria*, Vol., 1. 1984.

mantiene algún sistema típico constante, es por esto que cada forma particular de familia se tiene como un valor primario dentro de la sociedad.

Si entendemos a la familia como una asociación que se caracteriza por una relación sexual lo suficientemente precisa y duradera para facilitar la procreación y crianza de los hijos, encontramos que el grupo familiar gira en torno de la legitimación de la vida sexual entre los padres y de la formación y cuidado de los hijos. Este concepto no establece diferencia en cuanto a como la familia sea definida o como este constituida, siempre y cuando los individuos estén involucrados emocionalmente entre ellos y en estrecha proximidad geográfica.

CONSENSO CANADIENSE:

Una familia está compuesta por un marido y una esposa con o sin hijos, o un padre o madre con uno o más niños que viven bajo el mismo techo.

CONSENSO NORTEAMERICANO:

Una familia es un grupo de dos ó más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras por lazos sanguíneos de matrimonio o de adopción.

Ejerciendo una interacción recíproca porque saben que existen ellos y se consideran una unidad. En relación con este concepto la Organización de las Naciones Unidas menciona en su documento serie "M", número 44 en relación a los principios y recomendaciones relativos a los censos de población de 1970, que como familia se entiende a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio.

La familia ha demostrado históricamente ser el núcleo indispensable para el desarrollo del hombre, el cual depende de ella para alcanzar su desarrollo y crecimiento.

Para que la familia tenga asegurada la supervivencia y el crecimiento debe manejar de forma creativa dos factores siempre presentes, lo incompleto y lo diferente. Todo ello ratifica la importancia de considerar a la familia como eje, como unidad epidemiológica y base de la estructura social, la conducta científica en la práctica médica por lo tanto, deberá procurar estudiar integralmente a la familia. En la práctica de la Medicina Familiar el médico reconoce que su más grande interés ya no es la enfermedad sino la salud. Las dimensiones de salud y enfermedad en psique y soma no pueden ser separadas, la influencia del ambiente en la salud debe ser aprendida y la familia es la principal fuente y objeto de instrucción. La familia sirve como el punto básico de referencia para la consecución de un ambiente saludable.

Para los estudios de familia, desde el punto de vista social se ha encontrado útil la siguiente clasificación:

EN BASE A SU DESARROLLO

MODERNA
TRADICIONAL
ARCAICA O PRIMITIVA

Proporción aproximada en nuestro medio: Moderna: 30%,
Tradicional: 60%, Arcaica o Primitiva: 10%.

EN BASE A SU DEMOGRAFIA

URBANA
RURAL

Proporción aproximada en nuestro medio: Urbana: 40%; Rural: 60%.

EN BASE A SU INTEGRACION

INTEGRADA
SEMI- INTEGRADA
DESINTEGRADA

Integrada: En la cual los cónyuges viven y cumplen sus funciones.

Semi-integrada: En la cual los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones.

Desintegrada: Es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges por muerte, divorcio, separación o abandono.

DESDE EL PUNTO DE VISTA TIPOLOGICO

CAMPESINA
OBRERA
PROFESIONAL

Esta característica está dada según la ocupación de uno o ambos cónyuges.

EN BASE A SU COMPOSICION O ESTRUCTURA

NUCLEAR
EXTENSA
EXTENSA COMPUESTA

Nuclear: Padres e hijos. Extensa: Padres, hijos, abuelos, etc. Extensa
Compuesta: Padres, hijos, abuelos, compadres, amigos, etc.

VARIACIONES DE LOS TIPOS DE FAMILIA EN LAS SOCIEDADES OCCIDENTALES

PAREJAS SIN HIJOS
PADRE O MADRE SOLTEROS

FUNCIONES ESENCIALES DE LA FAMILIA:

SOCIALIZACION
CUIDADO
AFECTO
REPRODUCCION
ESTATUS Y NIVEL SOCIOECONOMICO

SOCIALIZACION:

La tarea primordial de la familia es transformar en un tiempo determinado, a un niño totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo con plena independencia para desarrollarse en la sociedad. Es importante aclarar que precisamente dentro de la función de socialización, la familia se perfila como una institución ideológica del estado con la misma fuerza e importancia que pudiera tener la iglesia, el sistema escolar, etc.; ya que la familia es el vínculo entre el individuo y la sociedad, por lo que cada tipo de familia responde a la sociedad y por ende al sistema económico en que está inmersa.

La madre es el educador primario de la familia, con la responsabilidad de socializar a sus hijos en la etapa lactante y pre-

escolar, constituyéndose el padre como un soporte a sus acciones por lo menos en estas etapas primarias, ya que posteriormente la responsabilidad de socializar a los miembros de la familia es compartida por profesores, padres, clubes, etc.

CUIDADO:

Esta función significa para la vida familiar el resolver de la manera más adecuada las necesidades de alimentación, vestido, seguridad física, accesos a los sistemas de salud, etc. En cada uno de sus miembros para Conn y otros investigadores se encuentra una relación directamente proporcional entre larga vida/estándares de salud satisfactorios y el nivel socioeconómico familiar. Es importante aclarar que en medicina no existen leyes, más aún en la medicina familiar; pero resulta obvio que a mayor disponibilidad de recursos, tener un índice mayor de salud en la familia es una meta más fácil de lograr.

AFECTO:

El *affectus* de los romanos, se refería a quien estaba destinado a ejercer funciones o prestar servicios en alguna dependencia. En cuanto a la institución familiar referido a proporcionar: ánimo, amor y cariño.

Al observar críticamente a la familia desde un enfoque de sistemas, se concluye que cada uno de los subsistemas que la componen como son:

Conyugal
Paternal
Filial, etc.

Se encuentran estrechamente relacionados por la necesidad de cubrir sus necesidades afectivas, proporcionando así; la recompensa básica de la vida familiar. Visto así las necesidades afectivas de los padres

cobran la misma importancia que las necesidades afectivas de los hijos.

REPRODUCCION:

Históricamente el matrimonio como una institución legal, sacramento de la iglesia, etc. Nace para regular dos factores fundamentales dentro de la familia y por tanto de la sociedad:

El ambiente sexual
La reproducción

Al parecer a través de los siglos ha mostrado sus bondades, ya que cumple con una función esencial de la familia: Proveer de nuevos miembros a la sociedad.

ESTATUS Y NIVEL SOCIOECONOMICO:

Aceptando el concepto dinámico de familia como institución mediadora entre el individuo y la sociedad, entenderemos claramente como el conferir a un miembro de la familia tal o cual nivel socioeconómico equivale a transferirle derechos y tradiciones.

7

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

Un concepto útil en medicina familiar es el ciclo vital de la familia. Así como los individuos pasan por un proceso de desarrollo igual

⁷ Henen, B., K., "Estructura y función de la familia", Atención primaria a la familia., Cap., 3., p. 16-19.

acontece con las familias. Las etapas del desarrollo familiar pueden dividirse en diferentes formas. Una de ellas es la siguiente:

FASE DE MATRIMONIO
FASE DE EXPANSION
FASE DE DISPERSION
FASE DE INDEPENDENCIA
FASE DE RETIRO Y MUERTE

FASE DE MATRIMONIO:

Es importante distinguir entre fases del ciclo vital de la familia y proceso existencial de ésta, ya que en éste último se contempla la etapa prenupcial, la etapa nupcial así como la formación y educación de los hijos. En el ciclo vital de la familia señalamos como primer componente la fase de matrimonio la cual comienza propiamente con el matrimonio y termina con la llegada del primer hijo. Las tres esferas que interactúan en esta etapa son:

Ajuste sexual
Información sobre planificación familiar
Interacción de la personalidad

El orden propuesto no es estricto, ya que estas esferas se dan en la realidad de una manera dinámica, y son mutuamente modificables. Llama la atención que la interacción de dos personalidades debe tener como soporte básico el atender las necesidades básicas del compañero, facilitando de esta manera la complementariedad, llegando per se el ajuste sexual y teniendo la información sobre la planificación familiar como un valioso recurso previniendo enfermedades venéreas, embarazos indeseados y una injustificada sensación de culpa.

FASE DE EXPANSION:

Atención y educación prenatal, atención del parto, cuidado postnatal y atención del niño sano.

Solicitudes de aborto, por parte de madres con numerosos hijos.

Atención a pacientes con síndrome de niño maltratado.

Teniendo como uno de los eventos más importantes en esta fase el ajuste por parte de la pareja a un nuevo miembro.

FASE DE DISPERSION:

Una vez alcanzado el ajuste a un nuevo miembro. En la fase de dispersión se fragua la independencia y autonomía de ese miembro, fenómeno que se da solamente si la pareja ha logrado realizar una adecuada socialización, para que él, por sí mismo empiece a cubrir sus necesidades de una manera satisfactoria.

FASE DE INDEPENDENCIA:

Resulta difícil ejemplificar cronológicamente el lapso ocurrido desde la fase de matrimonio hasta la fase de independencia, porque cada familia es particular, pero generalmente ocurren 20 o 30 años y es ahora cuando la pareja debe aprender a vivir nuevamente de manera independiente, los hijos han formado nuevas familias, sin embargo, los lazos de unión entre padres e hijos no se rompen, y es de procurar que las funciones de afecto, socialización, etc.; no se pierdan.

FASE DE RETIRO Y MUERTE:

El entusiasmo que caracterizaba el inicio del ciclo vital familiar, contrasta con la incertidumbre que se advierte al iniciar la fase final del ciclo. Los elementos que agravan la estabilidad familiar en esta etapa son las siguientes:

Incapacidad para laborar (sin desempleo)

Desempleo

Agotamiento de los recursos económicos

Las familias de los hijos casados, en fase de expansión, sin posibilidad de proporcionar recursos a los padres.⁸

FAMILIOGRAMA

En medicina familiar existen dos tipos de familiograma: Uno estructural que como su nombre lo indica únicamente señala los elementos del sistema, sus características específicas sin permitirnos realizar consideraciones en cuanto a su dinámica y el otro tipo, psicosociodinámico brinda parcialmente datos para inferir su funcionalidad.

Por lo anterior debemos tener en mente que cada uno de los familiogramas cuenta con una simbología específica que no debemos mezclar ya que podríamos hacerlo más complejo.

FAMILIOGRAMA SOCIODINAMICO

Tiene por objeto representar en forma esquemática a través de símbolos las relaciones que se establecen en la familia de estudio desde un punto de vista dinámico; por medio de líneas que indican la relación vincular entre dos o más personas y el manejo del tamaño de los símbolos para poder señalar el tipo de complementariedad, así como la posición que guardan los miembros de la familia. Es necesario plantearlo al inicio y al final del estudio con las fechas respectivas.

⁸Alarid, J., Irigoyen, A., "Fundamentos de Medicina Familiar" Editorial Medicina Familiar Mexicana, 3ª. Edición Cap. 1.p. 144-145, México 1995.

SU OPERATIVIDAD:

La connotación de familigrama en medicina familiar se considera que es el inicio general de establecer un patrón comunicacional entre aquellos que ejercen la especialidad. Es un modelo simbólico, discreto, probabilístico, estático y dinámico que representa, en un momento específico la constitución, estructuración, interrelaciones y transacciones presentes en un núcleo familiar durante su desarrollo histórico, es decir, en la fase del ciclo familiar que está cursando.

El familiograma es considerado un mapa familiar mediante el cual se representa la organización y funcionalidad de una familia en el aquí y ahora, no representando el sentido holístico de la realidad familiar por lo que únicamente constituye un recurso auxiliar de la metodología del estudio familiar integral.

Este modelo aplicado racional y objetivamente nos permite:

1. Que el abordaje del objeto de estudio de la medicina familiar, es decir, la familia, sea más simplificada.
2. Mediante su elaboración empleando la simbología específica permite realizar una recolección exhaustiva de información. Que sirve como punto de partida para realizar su interpretación.
3. Representa el momento actual de la vida familiar, y por lo tanto, constituye un marco de referencia para realizar el análisis crítico y racional de su funcionalidad.
4. Permite deslizar con claridad los integrantes o elementos que constituyen el núcleo familiar en estudio, consanguíneo o no, es decir, los que viven bajo el mismo techo y que tienen una interacción e interrelación significativa.
5. Muestra en forma simplificada los elementos constituyentes del objeto de estudio, es decir, las características objetivas de cada uno (sexo, edad, estado de salud, ocupación, escolaridad, presencia o ausencia de toxicomanía o farmacodependencia).

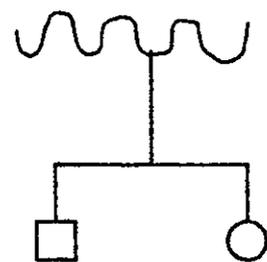
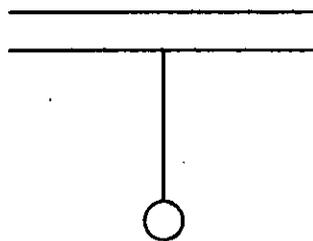
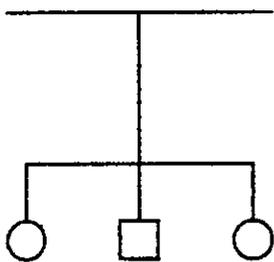
6. Indica el tipo de vínculo matrimonial presente en la familia sometida al estudio.
7. Muestra la conformación holística del sistema familiar permitiendo delimitar con claridad sus subsistemas, unidades funcionales y elementos, así como el tipo de relación, interacción y vínculo presente.
8. Su construcción establece fundamentos para identificar y diferenciar la problemática y/o pautas transaccional familiar. Es necesario aplicar los conocimientos de identificación de un problema porque, el modelo per se está elaborado con referencia al esquema cognitivo referencial y operativo del médico familiar.
9. Mediante él podemos establecer hipótesis, es decir, emitir un diagnóstico familiar como referencia de esto vemos que aplicamos la metodología científica que facilita la aplicación del proceso de toma de decisiones y generar los elementos planificados del control de los cursos de acción.
10. Así como hemos señalado los beneficios que brinda al médico, también puede ser un obstáculo.

Como todo mapa o modelo éste será más rico en tanto lo enriquezcamos porque existe la tendencia errónea de hipersimplificar la realidad.

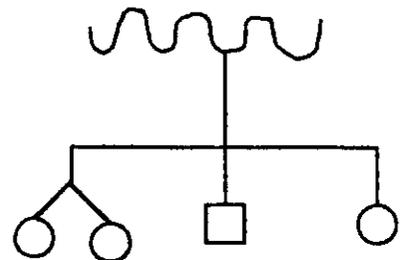
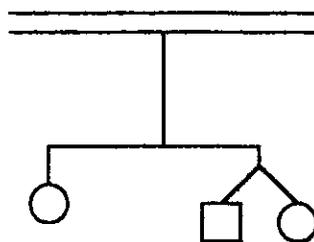
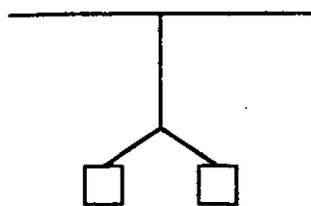
SIMBOLOGIA: FAMILIOGRAMA ESTRUCTURAL



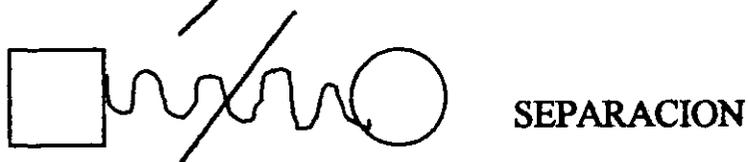
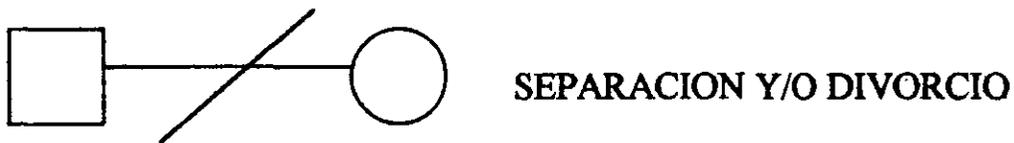
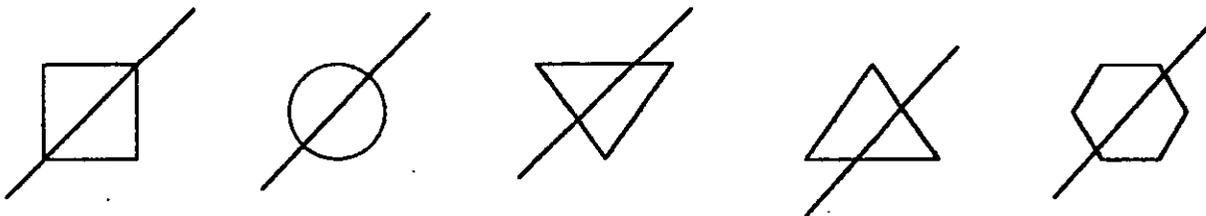
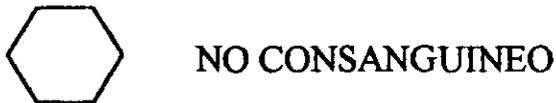
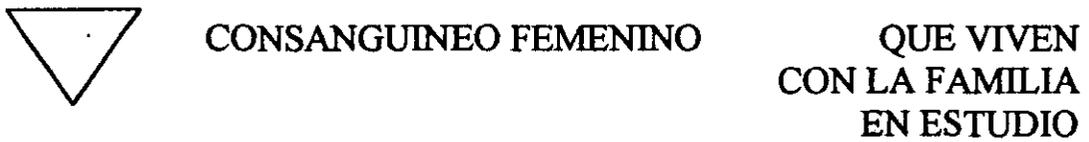
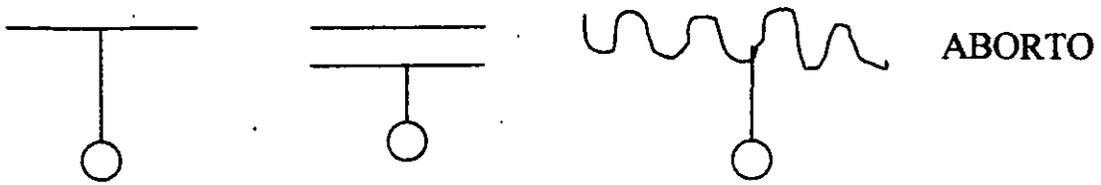
PACIENTE IDENTIFICADO



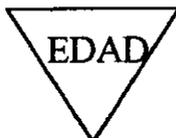
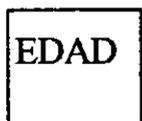
HIJOS



GEMELOS



LUGAR QUE OCUPAN LOS PADRES EN LA FAMILIA DE ESTUDIO EN SUS FAMILIAS DE ORIGEN



NOMBRE

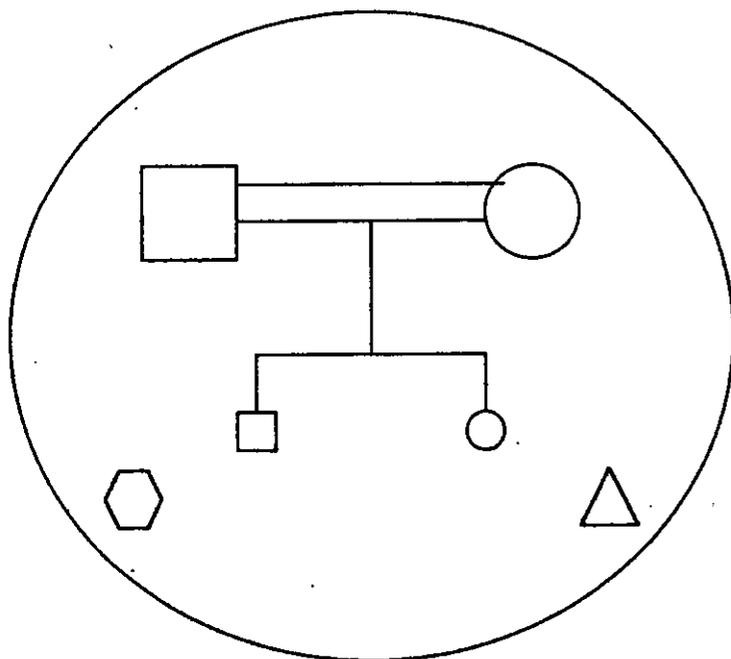
ESCOLARIDAD

OCUPACION

ANT. PERS. PAT.

ANT. PERS. NO. PAT.

PATOLOGIA ORGANICA



FAMILIA QUE VIVE BAJO EL MISMO TECHO (FAMILIA EN ESTUDIO)

RELACION NO ADECUADA (VINCULO RIGIDO)
(DESLIGAMIENTO, CONFLICTO, INDIFERENCIA, CHOQUES, FRICCIONES)

RELACION ADECUADA (VINCULO CLARO)

RELACION NO ADECUADA (VINCULO DIFUSO)
(AGLUTINACION, SOBREPOTECCION, DEPENDENCIA)

SIMBOLOGIA

VINCULOS

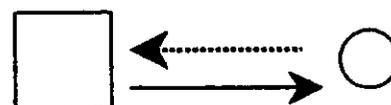
CLARO	(BUENA COMUNICACIÓN)	-----
RIGIDO	(COMUNICACIÓN INADECUADA)	—————
	BLOQUEO EN LA COMUNICACION IMPORTANTEB	——— / / ———
DIFUSO	(INVASION DE LIMITES O DEPENDENCIA EXCESIVA)

COMPLEMENTARIDAD

POSITIVA (PERMITE EL DESARROLLO
EN AMBOS)



NEGATIVA (NO PERMITE EL DESARROLLO
EN UNO O AMBOS)



PUEDE ADQUIRIR DIFERENTES
MODALIDADES, DE ACUERDO AL
TIPO DE RELACION QUE SE ESTA-
BLEZCA. PERO LO COMUN ES QUE
POR UN LADO. HAYA DOMINIO-CONTROL
POR EL OTRO PASIVIDAD-DEPENDENCIA



SIMBOLOGIA: FAMILIOGRAMA PSICODINAMICO

P PADRE **A_o** ABUELO

M MADRE **A_a** ABUELA

H HIJO **C_o** CONSANGUINEO
MASCULINO

h HIJA **C_a** CONSANGUINEO
FEMENINO

MF MEDICO FAMILIAR **NC_o** NO CONSANGUINEO
MASCULINO

NC_a NO CONSANGUINEO
FEMENINO

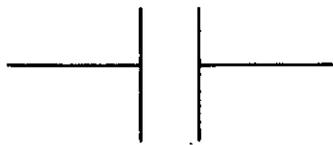
LIMITES RIGIDOS (DESLIGAMIENTO)



LIMITES CLAROS (FUNCIONALIDAD)



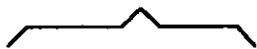
LIMITES DIFUSOS (AGLUTAMIENTO)



CONFLICTO O RECHAZO



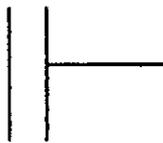
ASOCIACION (BENEFICIO)



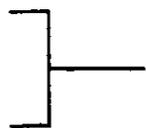
ALIANZA - CONVENIO - (PERMANENTE)



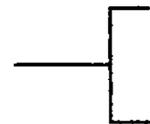
COALICION - COLISION, CHOQUE - (TEMPORAL)

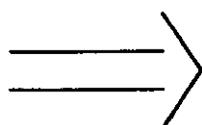


COACCION (PRESION)



COERCION (RESTRINGIR)

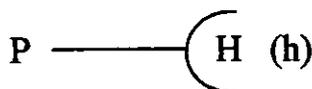


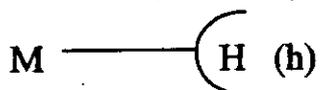
 **RODEO (RELACION DE EVASION O DESPLAZADA)**

 **RELACION DE DEPENDENCIA**

 **PADRE DEPENDIENTE DE LA MADRE**

 **MADRE DEPENDIENTE DEL PADRE**

 **HIJO (a) DEPENDIENTE DEL PADRE**

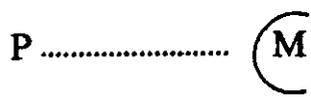
 **HIJO (a) DEPENDIENTE DE LA MADRE**

 **PADRE DEPENDIENTE DEL HIJO (a)**

 **MADRE DEPENDIENTE DEL HIJO (a)**

 **RELACION DE SOBREPOTECCION**

 **SOBREPOTECCION DE LA MADRE
HACIAELPADRE**

 **SOBREPOTECCION DEL PADRE
HACIA LA MADRE**

 **SOBREPOTECCION DEL PADRE
HACIA HIJO (a)**

MODELO SISTEMATICO DE ATENCION EN MEDICINA FAMILIAR

La medicina familiar se ha practicado conforme a 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 y que son:

EL ESTUDIO DE LA FAMILIA CONTINUIDAD DE LA ATENCION ACCION ANTICIPATORIA

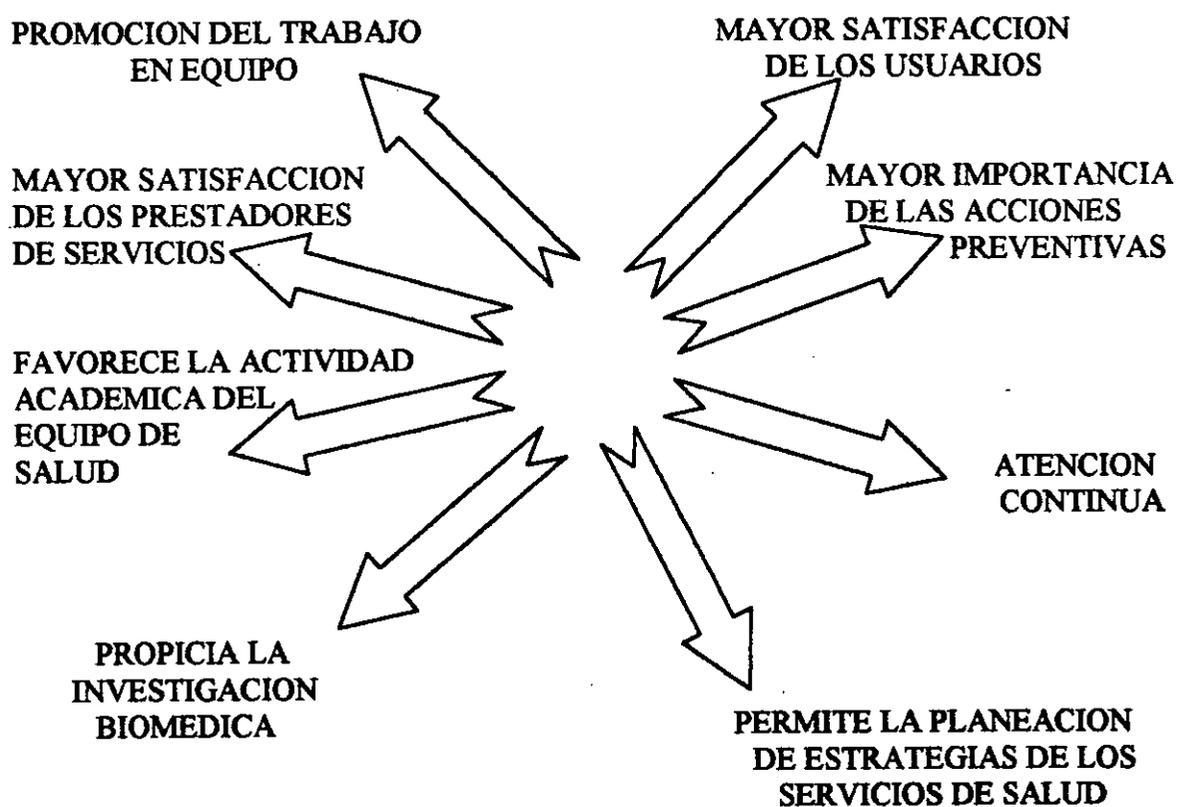
La identificación puntual de la esencia de la medicina familiar expresada en los tres ejes que la sustentan, conduce a la necesidad de definir una metodología que facilite la práctica a un nivel operativo de las habilidades y conocimientos que el médico familiar tiene como propios y exclusivos. El MOSAMEF se presenta por primera vez como una propuesta para llevar acabo la práctica de la medicina familiar favoreciendo un conocimiento lógico, analítico y crítico de las familias, el cual redundará en un adecuado estudio de las características biopsicosociales de la población a su cuidado, definiendo los campos de acción propios de la medicina familiar fundamentando el desarrollo de las líneas de investigación en esta disciplina.¹⁰

9

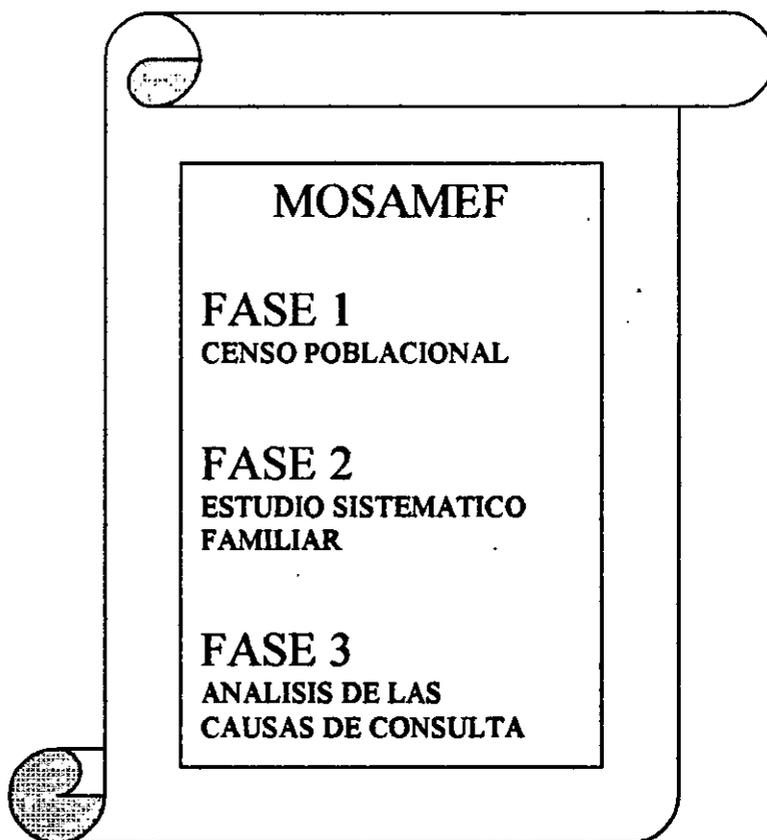
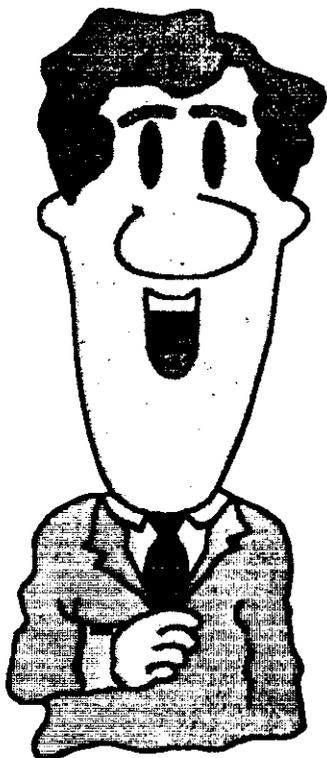
Guevara, R., Mancilla, D., "Diagnóstico Familiar II" "Familiograma Estructural y Sociodinámico" Curso Monográfico Dinámica Familiar 31 de Marzo al 4 de Abril, 1997. HGZ. No. 8 del IMSS.

¹⁰ Alarid, J., Irigoyen, A., "Fundamentos de Medicina Familiar" Editorial Medicina Familiar Mexicana, 3ª. Edición Cap. 1.p. 144-145, México 1995.

MOSAMEF
MODELO SISTEMATICO DE ATENCION EN MEDICINA
FAMILIAR



EL MOSAMEF SE DIVIDE EN LAS SIGUIENTES TRES FASES QUE SON:¹¹



¹¹ Irigoyen, A., Gómez, Clavelina, F., J., "Elementos del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar".

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿CUALES SON LAS PRINCIPALES CARACTERISTICAS BIOPSIKOSOCIALES DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 6 DE LA UMF VICENTE GUERRERO DEL ISSSTE TURNO MATUTINO?

JUSTIFICACION

Dada la importancia que tienen los factores que determinan el proceso biopsicosocial de las familias asignadas al consultorio No. 6 de la UMF Vicente Guerrero del ISSSTE turno matutino es indispensable mantener actualizado el diagnóstico de salud, ya que siendo un proceso dinámico es necesario un seguimiento periódico.

Este seguimiento nos permitirá hacer un análisis que conduzca a un mayor aprovechamiento de los recursos a través de una planeación basada en información recabada y analizada de este estudio. Lo cuál nos llevará a una mayor eficacia y eficiencia de nuestras actividades dirigidas al cuidado y mejoramiento de la salud de las familias derechohabientes de ésta unidad de medicina familiar.

OBJETIVOS

GENERAL : Identificar las características biopsicosociales y principales causas de consulta de las familias usuarias adscritas al consultorio No. 6 de la UMF Vicente Guerrero del ISSSTE turno matutino.

ESPECIFICOS : Tipo de familia, etapa del ciclo vital en la que se encuentra, composición de la familia, ingreso económico, ocupación de los padres, grado de escolaridad de los padres, método de planificación familiar que están utilizando. Identificar las 10 principales causas de consulta.

HIPOTESIS

Dado el que presente trabajo es de carácter descriptivo no requiere de hipótesis.

METODOLOGIA

Este estudio es de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo, prospectivo y transversal.

Lugar en el que se realizó este estudio es en la UMF Vicente Guerrero consultorio No. 6 turno matutino del ISSSTE.

Tiempo el que se realizó: Del 1° de Enero al 31 de Julio de 1997.

TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA

Aleatoria por cuotas con un total de 583 familias en ese lapso de tiempo.

CRITERIOS

Inclusión: Que sean derechohabientes familias asignadas al consultorio No. 6 de la UMF Vicente Guerrero del ISSSTE, grupos de edad de 0 a 70 años o más, sexo masculino y femenino.

Causas de consulta agudas.

Causas de consulta crónicas.

Exclusión: Derechohabientes que acepten participar en el estudio. Diagnóstico de certeza. Derechohabientes que no acepten participar en el estudio. Foráneos o que no pertenezcan al consultorio y que no sean derechohabientes.

Eliminación: Encuestas incompletas, cambios de domicilio, defunciones, diagnósticos no claros, ilegibles o de probabilidad.

VARIABLES

Estas son:

CUANTITATIVAS

CUALITATIVAS

NOMINALES

ORDINALES

Edad, sexo, tipo de familia, etapa del ciclo vital de la familia, número de hijos, escolaridad de los padres, ocupación de los padres, tabaquismo, obesidad, método de planificación familiar, promedio de ingresos y principales tipos de morbilidad.

PROCEDIMIENTO DE CAPTURA DE LA INFORMACION

La presente información se obtuvo de la siguiente manera:

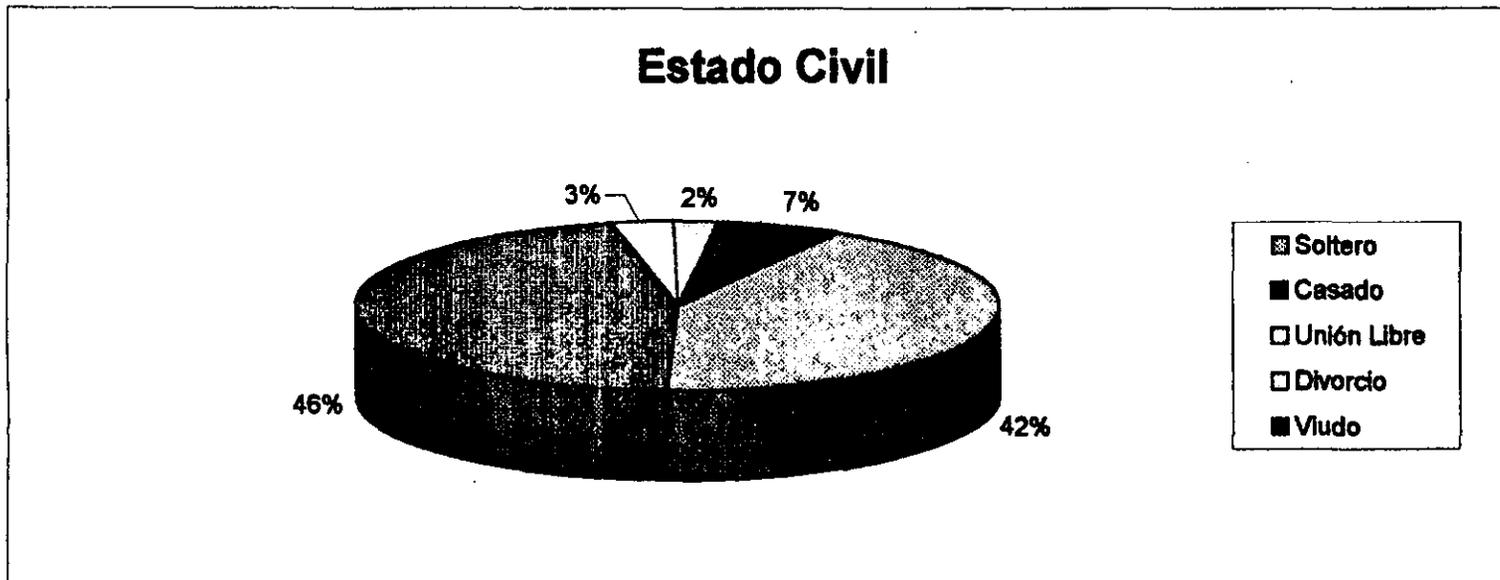
Recabando datos del censo poblacional (anexo 1), cédula de identificación familiar (anexo 2), glosario de términos para el llenado de la cédula de identificación familiar (anexo 3), hoja tabular de encuesta para el estudio sistemático familiar (anexo 4), hoja de motivos de consulta (anexo 5) SM10, archivo clínico de la UMF Vicente Guerrero del ISSSTE, servicio de Vigencia de Derechos, encuesta directa a los derechohabientes que aceptaron participar.

RESULTADOS

Ver cuadros y gráficas, anexos:

Resultados del Estudio Sistemático Familiar

Estado Civil:		
	No.	%
Soltero	720	42.3%
Casado	784	46.1%
Unión Libre	52	3.1%
Divorcio	34	2.0%
Viudo	111	6.5%
Total	1701	100.0%



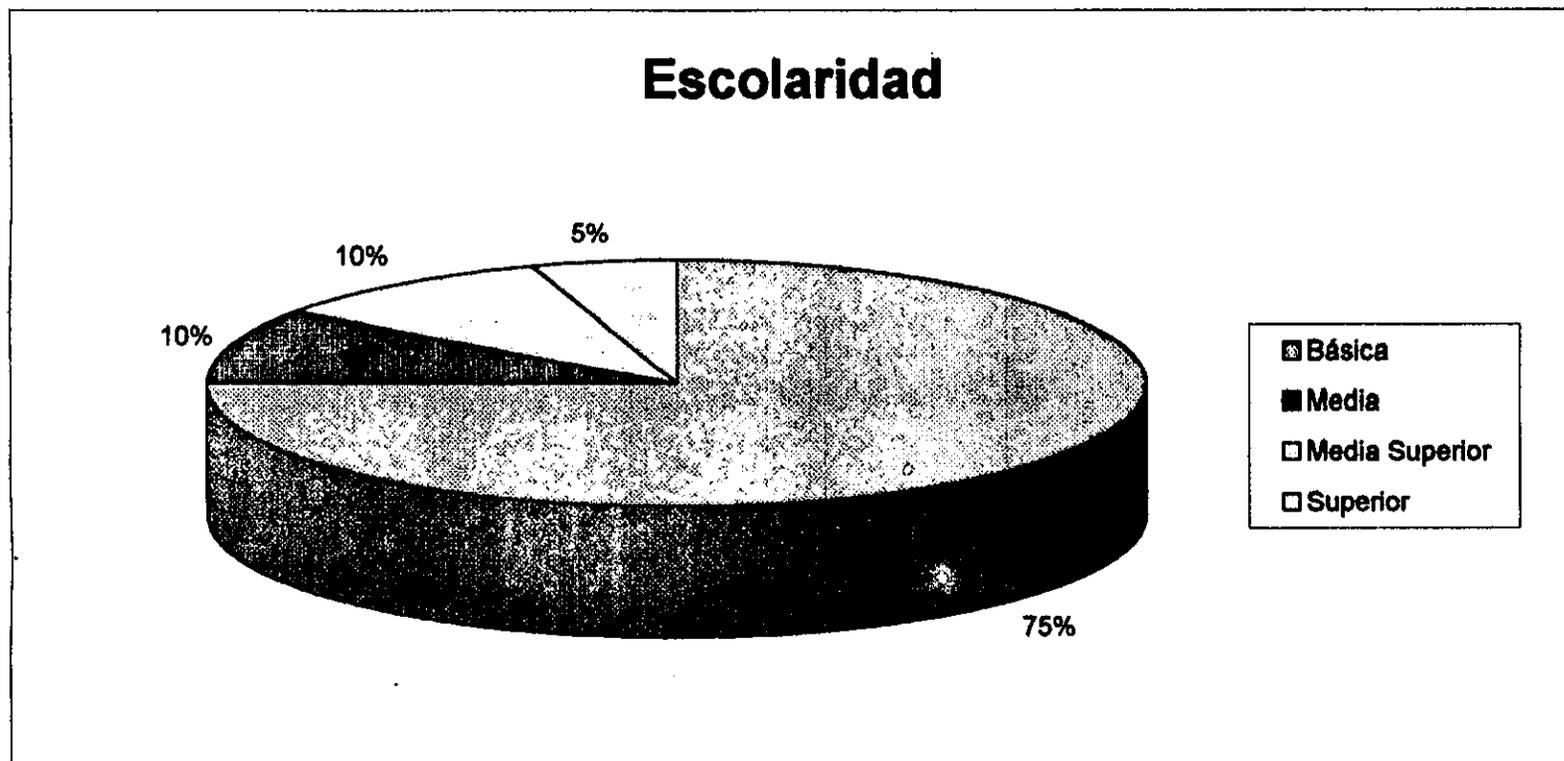
Descripción de los Resultados: Predominan las Familias Casadas.

Promedio de Edad de los Padres: Entre 46 y 47 Años

Fuente: Archivo y Vigencia de Derechos de la UMF Vicente Guerrero del ISSSTE ^{12,13}

Resultados del Estudio Sistemático Familiar

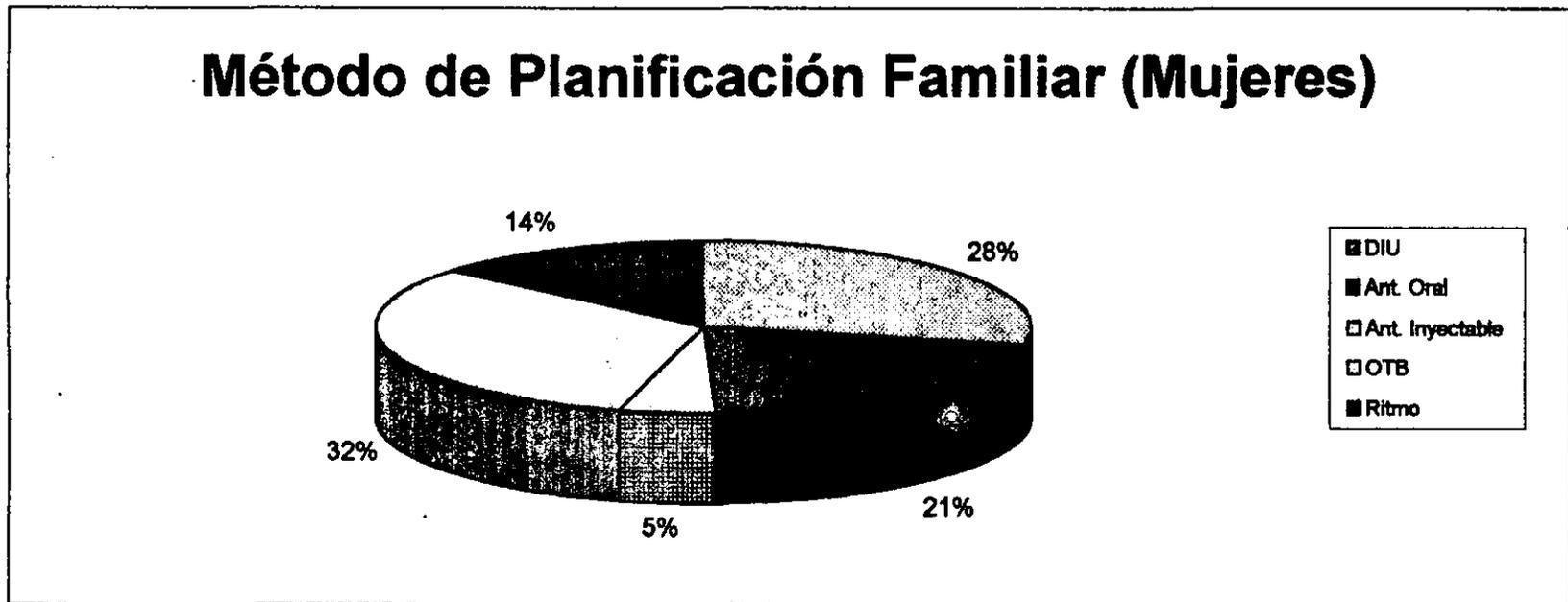
Escolaridad:		
	No.	%
Básica	1276	75.0%
Media	170	10.0%
Media Superior	170	10.0%
Superior	85	5.0%
Total	1701	100.0%



Descripción de los Resultados: Predominan las Familias con Estudios Básicos

Resultados del Estudio Sistemático Familiar

Método de Planificación Familiar:			
Mujeres:		No.	%
DIU		47	28.0%
Ant. Oral		35	21.0%
Ant. Inyectable		8	5.0%
OTB		53	32.0%
Ritmo		23	14.0%
Total		166	100.0%



Descripción de los Resultados: Predominan las Mujeres con Oclusión Tubaria Bilateral, seguidas por las usuarias de Dispositivo Intrauterino.

Resultados del Estudio Sistemático Familiar

Método de Planificación Familiar		
Hombres:	No.	%
Preservativo	260	93.0%
Vasectomía	20	7.0%
Total	280	100.0%

Método de Planificación Familiar (Hombres)

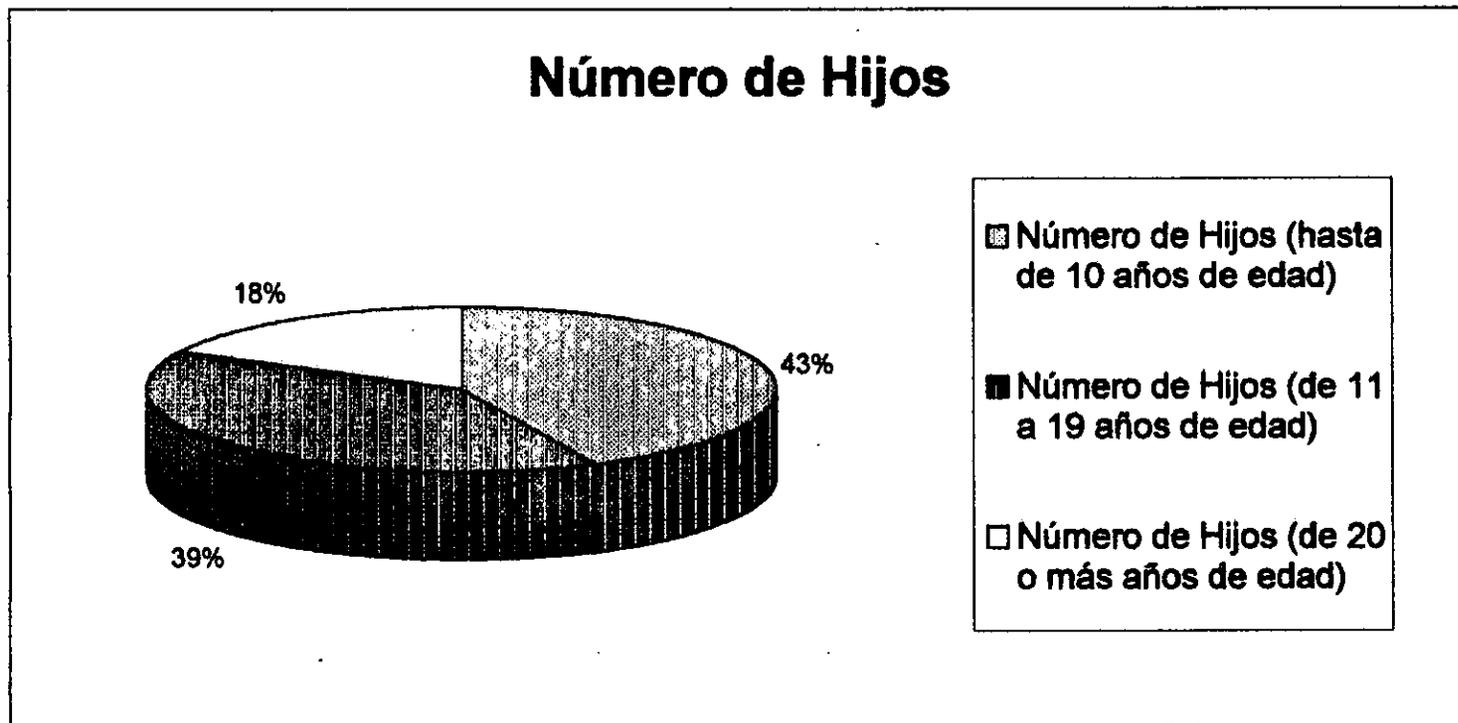


Resultados obtenidos: Predominan los Hombres con uso de Preservativo

Fuente: Encuesta efectuada en forma directa con los Derechohabientes ¹⁴

Resultados del Estudio Sistemático Familiar

Número de Hijos		
	No.	%
Número de Hijos (hasta de 10 años de edad)	281	43.2%
Número de Hijos (de 11 a 19 años de edad)	256	39.3%
Número de Hijos (de 20 o más años de edad)	114	17.5%
Total	651	100.0%

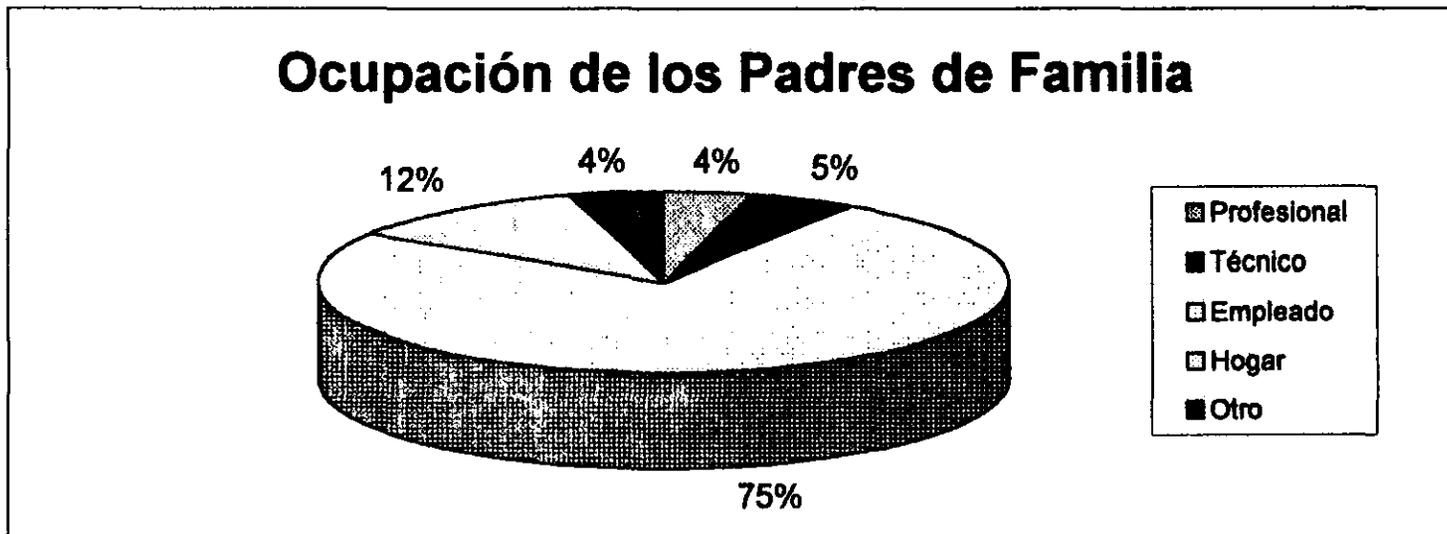


Resultados Obtenidos:

Número de Hijos: Predominan los Hijos menores de 10 años

Resultados del Estudio Sistemático Familiar

Ocupación de los Padres de Familia:		
	No.	%
Profesional	49	4.2%
Técnico	58	5.0%
Empleado	869	74.7%
Hogar	137	11.8%
Otro	51	4.4%
Total	1164	100.0%



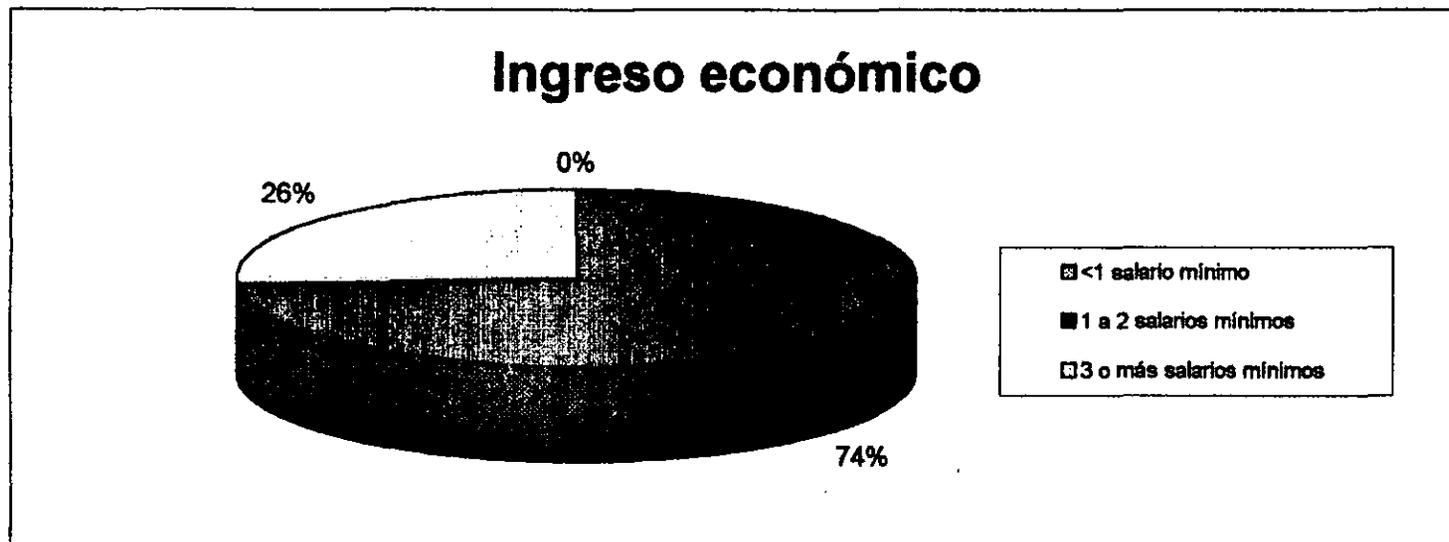
Resultados Obtenidos:

Ocupación de los Padres: Predominan los Empleados

Fuente: Archivo y Vigencia de Derechos de la UMF Vicente Guerrero del ISSSTE 12/13
Encuesta efectuada directamente con los Derechohabientes 19

Resultados del Estudio Sistemático Familiar

Ingreso económico:		
	No.	%
<1 salario mínimo	0	0.0%
1 a 2 salarios mínimos	643	74.0%
3 o más salarios mínimos	226	26.0%
Total	869	100.0%



Resultados Obtenidos:

Ingreso Económico: Predominan los que perciben de 1 a 2 Salarios Mínimos

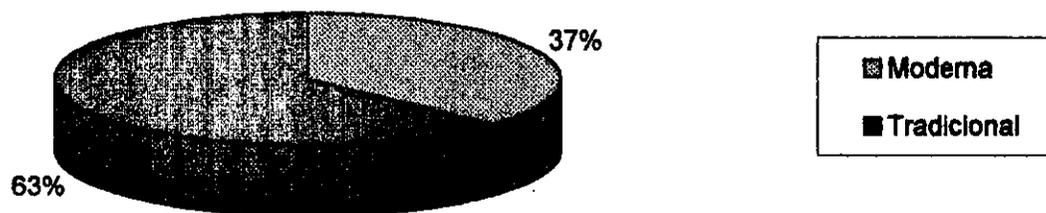
Fuente: Archivo y Vigencia de Derechos de la UMF Vicente Guerrero del ISSSTE ^{12,13}

Encuesta efectuada directamente con los Derechohabientes ¹⁴

Resultados del Estudio Sistemático Familiar

Tipo de Familia en base a su desarrollo:		
	No.	%
Moderna	309	37.0%
Tradicional	527	63.0%
Total	836	100.0%

Tipo de Familia en base a su desarrollo



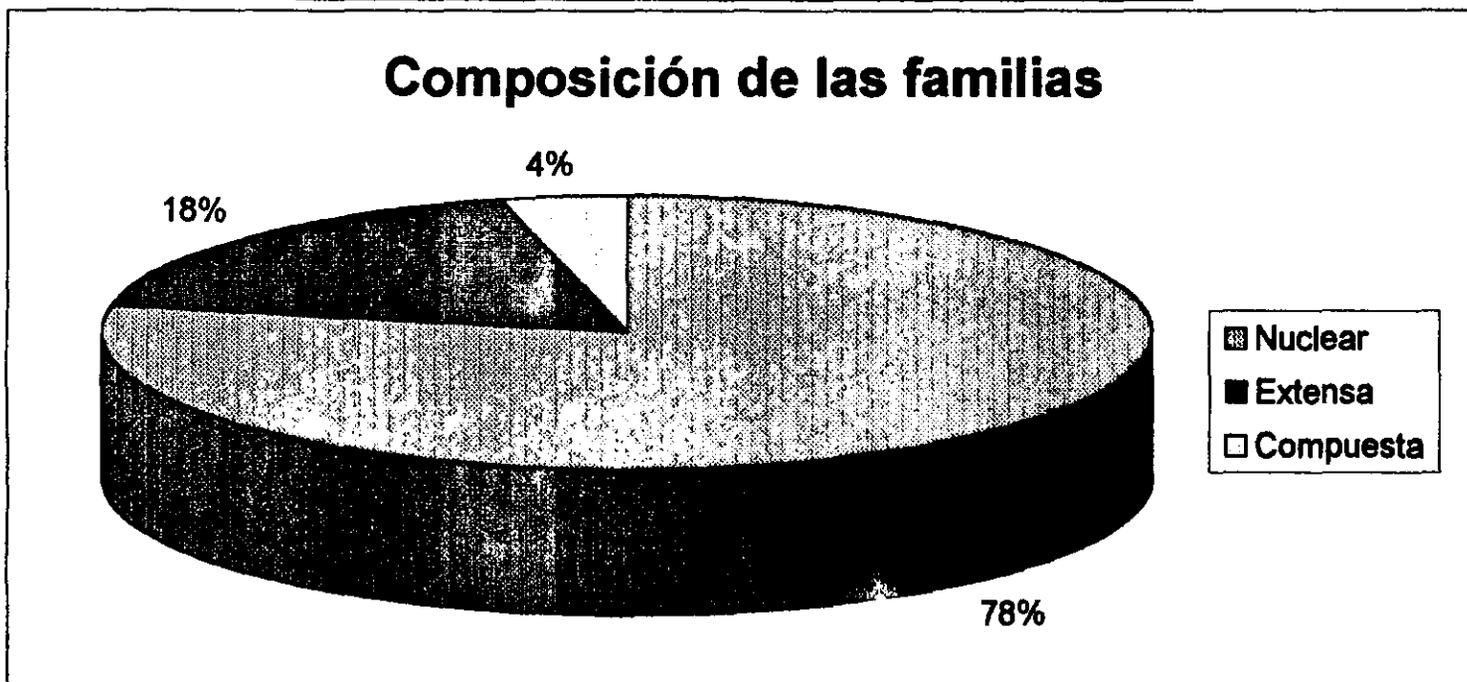
Resultados obtenidos:

Tipo de familia: Predominan las familias tradicionales

Fuente: Encuesta efectuada directamente con los derechohabientes (1)

Resultados del Estudio Sistemático Familiar

Composición:		
	No.	%
Nuclear	652	78.0%
Extensa	150	18.0%
Compuesta	33	4.0%
Total	836	100.0%

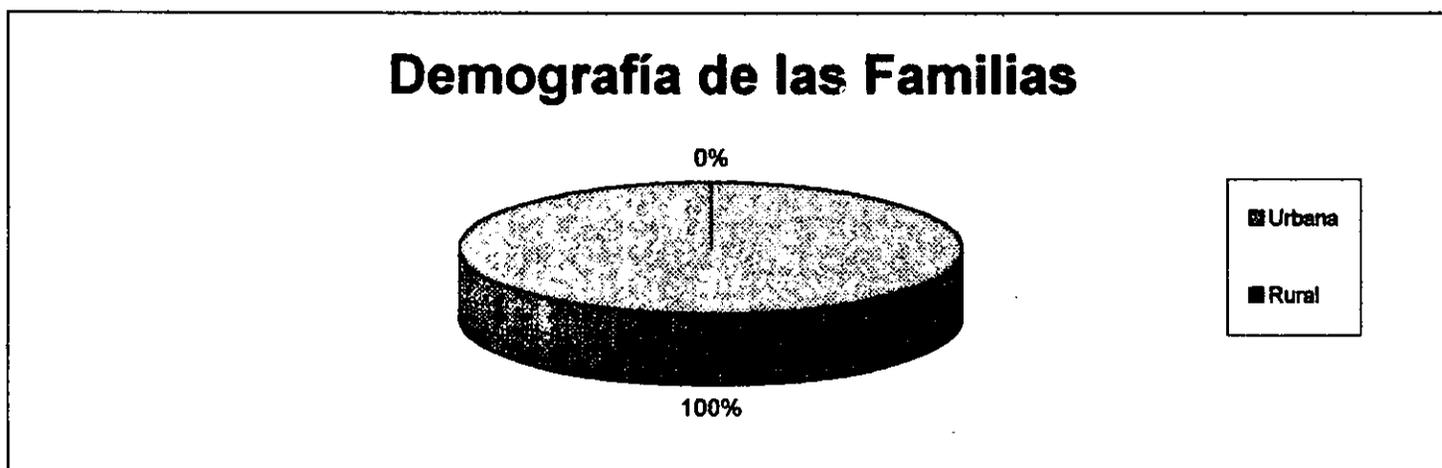


Resultados obtenidos:

En base a su composición: Predominan las familias nucleares

Resultados del Estudio Sistemático Familiar

Demografía:		
	No.	%
Urbana	836	100.0%
Rural	0	0.0%
Total	836	100.0%



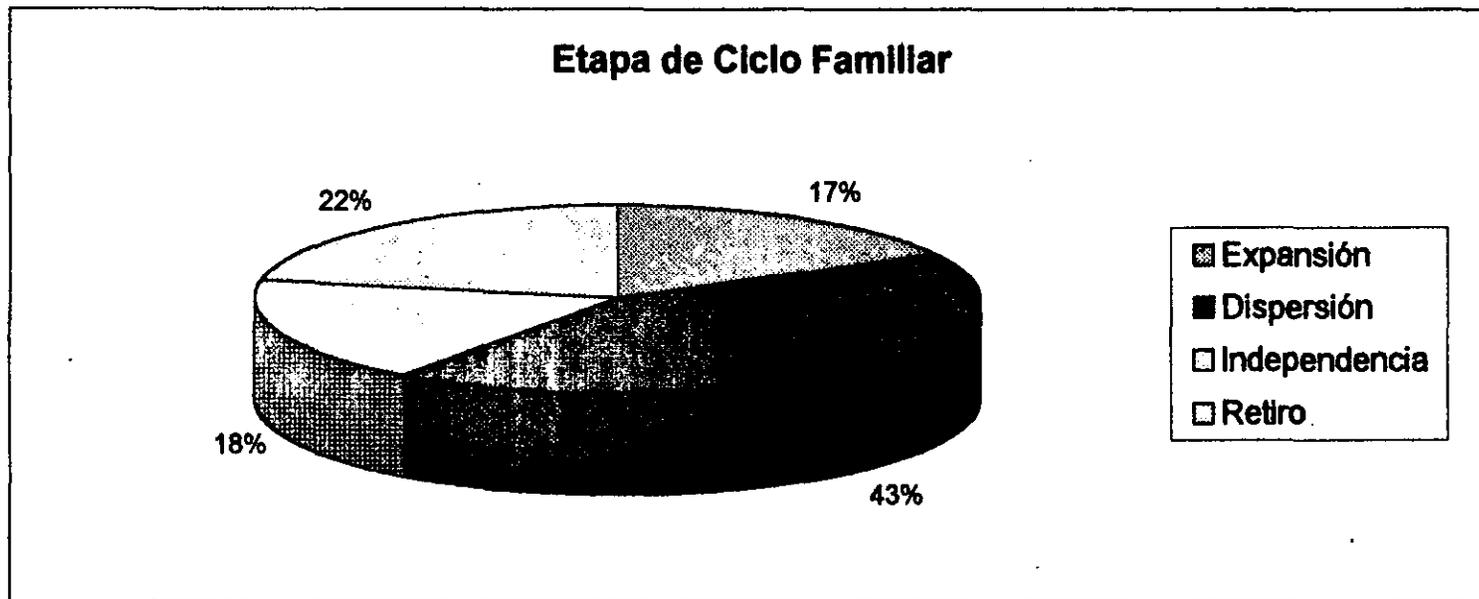
Resultados obtenidos:

En base a su demografía: El 100% de las familias son urbanas.

Fuente: Encuesta efectuada directamente con los derechohabientes. 14

Resultados del Estudio Sistemático Familiar

Etapa de Ciclo Familiar:		
	No.	%
Expansión	142	17.0%
Dispersión	359	43.0%
Independencia	150	18.0%
Retiro	184	22.0%
Total	836	100%



Resultados obtenidos:

En base a la etapa del ciclo familiar predominan: las familias de dispersión seguidas de retiro.

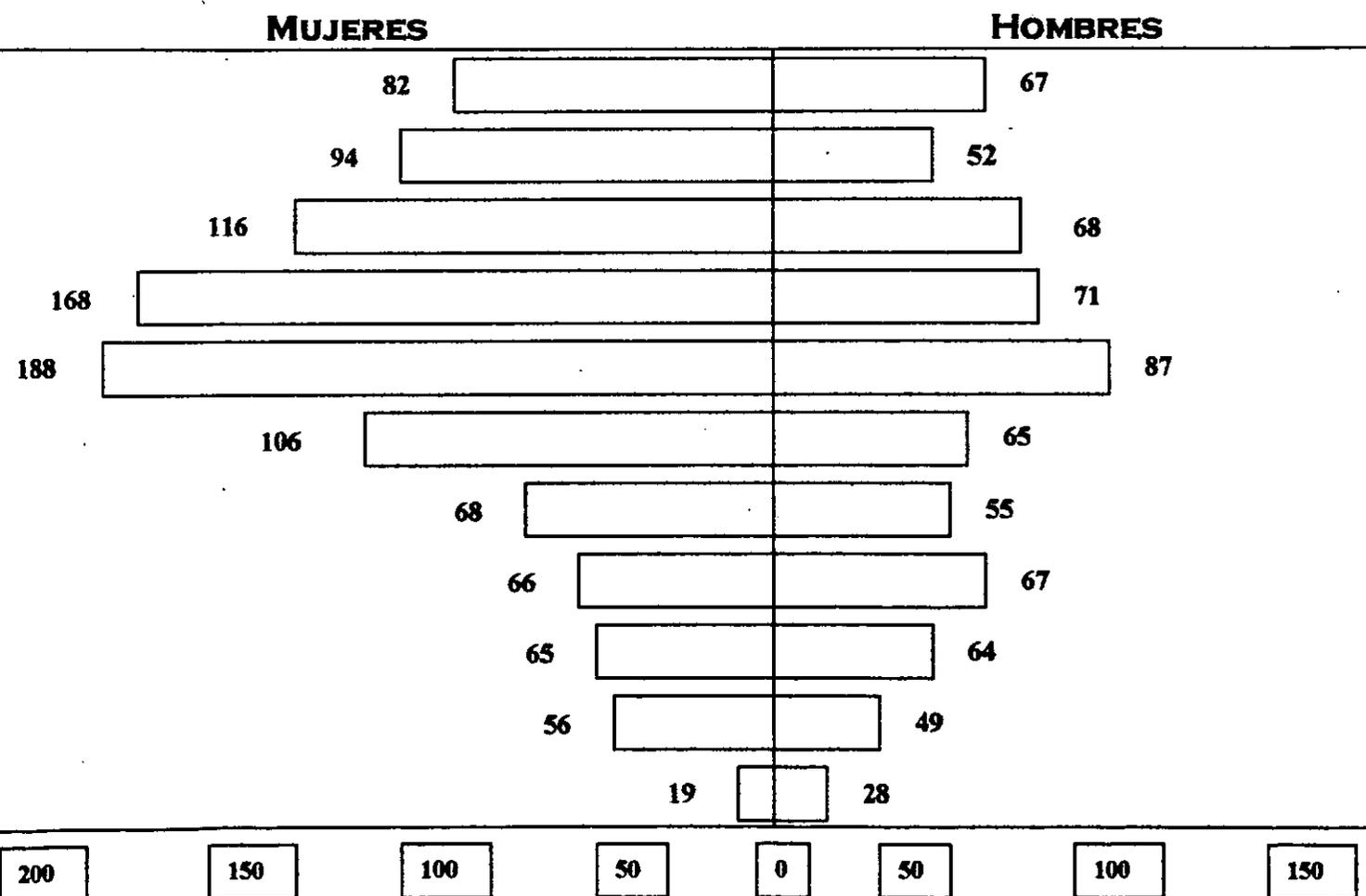
Fuente: Encuesta efectuada directamente con los derechohabientes.¹⁴

ANALISIS

Las familias estudiadas en éste trabajo en base a la pirámide de población realizada, nos muestra un predominio del sexo femenino con incidencia en edades de 20 a 59 años, siendo la edad productiva más alta entre 30 y 39 años. En comparación con el sexo masculino en ese mismo rango de edad.

Las 10 principales causas de morbilidad encontradas en éste estudio nos muestran un 41% de infecciones respiratorias agudas superiores, seguido de un 33% de enfermedades crónicas degenerativas.

PIRAMIDE DE POBLACION CONSULTORIO No. 6 UMF VICENTE GUERRERO DEL ISSSTE



ANALISIS

En este estudio me he encontrado que la población en su estado civil, son casados seguido de gente soltera, su escolaridad es básica media en un 85%, esta población a pesar de su escolaridad baja tiene un nivel medio en cuanto a su planificación familiar utilizando los métodos DIU y OTB en mujeres y respecto a los métodos de planificación en hombres es bajo el porcentaje con la vasectomía y el 93% usa el preservativo. La edad en cuanto a los hijos es de edad escolar de 10 hasta 19 años. La ocupación de los padres son la mayoría empleados de instituciones con un promedio de ingreso económico de 1 a 2 salarios mínimos. He visto que a pesar de estar en una ciudad cosmopolita, la población conserva o lleva su desarrollo en forma tradicional; siendo familias de composición nuclear y así mismo urbanas en un 100%. Así su etapa de ciclo familiar es de dispersión seguido por independencia.

SUGERENCIAS

Dado que el presente trabajo me muestra familias con bajo ingreso debido a su escolaridad básica, propongo que se den facilidades para una mejor educación en todos los aspectos tanto laboral, escolar, sexual, social, cultural, etc. que redunden para un beneficio de las familias derechohabientes.

CONCLUSIONES

El presente trabajo concluye que las principales familias del consultorio No. 6 de la UMF Vicente Guerrero del ISSSTE son familias de composición nuclear, urbanas, con tipo de familia tradicional, en etapa de dispersión, ocupación predominante de empleados, con un ingreso promedio de 1 a 2 salarios mínimos, escolaridad básica, padres con edad promedio entre 46 y 47 años, métodos de planificación familiar de OTB y DIU en mujeres y

preservativo en hombres, e hijos hasta de 10 años de edad.
Incremento de las enfermedades crónicodegenerativas.

Teniendo 10 principales causas de morbilidad del consultorio No. 6 de la UMF Vicente Guerrero del ISSSTE turno matutino en el año de 1997, y son:

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
HIPERTENSION ARTERIAL
DIABESTES MELLITUS
OSTEOARTRITIS
GASTRITIS
GRASTROENTERITIS
ACCIDENTES
PARASITOSIS
INFECCION DE VIAS URINARIAS
CERVICOVAGINITIS

Fuente: Hojas de reporte diario del médico. SM10

BIBLIOGRAFIA

1. Residency Review Committee for Family Practice, September 18, 1977, Denver, Colorado, USA.
2. La Atención Integral de Medicina Familiar, Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 33 No. 2, p. 168. Marzo-Abril 1995.
3. The Society of Teachers of Family Medicine. Newsletter, vol. 4, No. 6, Nov/Dec 1984, p. 3.
4. S. Minuchín, "Familias y Terapia Familiar". Edit. Gedisa Barcelona 1979.
5. C. Jimenez Mena, A. Lorenzo Riera, "Análisis de la cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud según grupos de edad", Atención primaria, vol. 12, Núm. 5, 30 de Septiembre de 1993.
6. Hart, JT., "Necesitamos un nuevo tipo de médico de cabecera. Aten., Primaria., Vol., 1. 1984.
7. Hennen, B.K., "La familia como unidad de atención", en : Shires, D., Hennen, B., "Medicina Familiar Guía Práctica", McGraw-Hil, 1983.
7. Peña Piña, B.A., "Ciclo Vital de la Familia". Trabajo presentado en la reunión anual de la Asociación de Médicos Generales y Familiares, A.C. p.p. - 1-16., 1990.
8. Alarid, J., Irigoyen, A., "Fundamentos de medicina familiar". Edit. Fco. Méndez Cervantes, México, 1985.
9. Guevara, R., Mancilla, D., "Diagnóstico Familiar II" "Familiograma Estructural y Sociodinámico" Curso Monográfico Dinámica Familiar 31 de Marzo al 4 de Abril, 1997. HGZ. No. 8 del IMSS.
10. Alarid, J., Irigoyen, A., "Fundamentos de Medicina Familiar" Editorial Medicina Familiar Mexicana, 3ª . Edición Cap. 1.p. 144-145, México 1995.
11. Irigoyen, A., Gómez, Clavelina, F., J., "Elementos del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar".
12. Archivo de la UMF Vicente Guerrero del ISSSTE

13. Vigencia de Derechos de la UMF Vicente Guerrero del ISSSTE.
14. Encuesta efectuada en forma directa a los derechohabientes adscritos al consultorio No. 6 de la UMF Vicente Guerrero del ISSSTE.
15. Chavez, Aguilar, V., y col: "Atención Integral en Medicina Familiar", Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (Méx.), Vol. 33, núm. 2, 1995.
16. Velazco, Orellana, R., "Trascendencia y Perspectiva de la Medicina Familiar", Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (Méx.), Vol. 33, núm. 1, 1995.
17. Sánchez, A.J., "Familia y Sociedad", Edit. Joaquín Martínez, México, 1980.
18. Saucedo, García, J., M., "Psicología de la vida en familia: una visión estructural", Revista Médica IMSS (Méx.), Vol. 29., Núm. 1., 1991.
19. V. F. Gil, F. Quirce, M. Simón Talero, D. Orozco, J. Uris y J. Merino., "Medicina en atención primaria", (asignatura optativa de pregrado en la Universidad de Alicante), Atención primaria., Vol., 12., Núm., 3., Julio/Agosto 1993.
20. Mcwhinney, I. R., "La medicina familiar en perspectiva". Rev. Fac. Med., UNAM., Vol. XXXIII, No. 3, 1980.
21. Ceitlin, J. "¿Qué es la Medicina Familiar?" Capítulo primero FEPAFEM/KELLOG., 1982.
22. Narro. R.J., "Medicina Familiar" en: Soberón, G. Kumate, J., Laguna, J., "La Salud en México: Testimonios 1988". Fondo de la Cultura Económica; Tomo IV; Vol.2., 1989.
23. Shtizel, y. Saadia, H., "Estudio de una familia", en: Medalie, J.H., Medicina Familiar "Principios y Prácticas", Limusa, México. 1987.

ANEXO 1
 CENSO POBLACIONAL
 MOSAMEF A-1

ESTA TESIS NO SALE
 DE LA BIBLIOTECA

MASCULINO						FEMENINO					
EDAD	TRABAJA- DOR	PENSIONA- DO	PADRE	HIJO	ABUELO	TRABAJA- DORA	ESPOSA	PENSIONA- DA	MADRE	HIJA	ABUELA
MENOS DE 1											
1 a 4											
5 a 9											
10 a 14											
15 a 19											
20 a 24											
25 a 29											
30 a 34											
35 a 39											
40 a 44											
45 a 49											
50 a 54											
55 a 59											
60 a 64											
65 a más											

ANEXO 2

CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

MOSAMEF B-1

Familia: _____ Edo. civil: Casados ()
U. libre ()
Soltero ()

Edad: _____ Sexo _____ M F Años de unión conyugal: _____
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 ()

COMPOSICIÓN: Nuclear () Extensa () Compuesta ()

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

OCUPACIÓN 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 IDENTIFICACIÓN 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.

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.**

HOJA TABULAR PARA EL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR

	No.	%
Estado Civil:		
Soltero		
Casado		
Unión libre		
Divorcio		
Viuado		
Años de Unión Conyugal:		
Escolaridad:		
Básica		
Media		
Media Superior ó Técnica		
Superior		
Edad del padre:	\bar{x}	σ
Edad de la Madre:		
Método de Planificación Familiar:		
DIU		
Ant. Oral		
Ant. Inyectable		
OTB		
Ritmo		
Condón		
Vasectomía		
Número de hijos (hasta de 10 años de edad):		
Número de hijos (de 11 a 19 años de edad):		
Número de hijos (de 20 o más años de edad):		

	No.	%
Ocupación de los padres de familia:		
Profesional		
Técnico		
Empleado		
Hogar		
Otro		
Ingreso económico:		
< 1 salario mínimo		
1 a 2 salarios mínimos		
3 o más salarios mínimos		
Tipo de familia:		
Desarrollo:		
Moderna		
Tradicional		
Composición:		
Nuclear		
Extensa		
Compuesta		
Demografía:		
Urbana		
Rural		
Etapa del ciclo familiar:		
Expansión		
Dispersión		
Independencia		
Retro		

