

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR "A" XALOSTOC

126

MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR. CLÍNICA XALOSTOC, ISSSTE

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:



ISSSTE

DR. LUIS SORIANO AYALA

MÉXICO, D.F.

1997

10001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

**MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR. CLÍNICA XALOSTOC , ISSSTE**

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

PRESENTA:

DR. LUIS SORIANO AYALA

AUTORIZACIONES



DR. ROGELIO DELGADO PADILLA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN

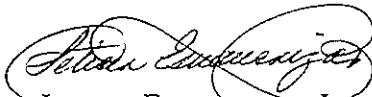
**EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR "A" XALOSTOC**



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

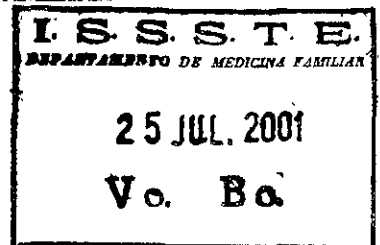
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS**



DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO

**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA Y
MEDICINA FAMILIAR DEL I S S S T. E.**




**MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR. CLÍNICA XALOSTOC , ISSSTE**

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

PRESENTA:

DR. LUIS SORIANO AYALA

AUTORIZACIONES



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



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



DR. ÁNGEL GRACIA RAMÍREZ
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

A mis padres

Como muestra de gratitud y cariño.

Quien sabiamente me orientaron por el
camino de la verdad y del estudio.

TITULO

*MODELO SISTEMÁTICO DE LA
ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR*

I N D I C E

1)	MARCO TEORICO	3
2)	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
3)	IUSTIFICACIÓN	30
4)	OBJETIVOS	31
4.1)	OBJETIVOS GENERALES	31
4.2)	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
5)	HIPÓTESIS	32
6)	METODOLOGÍA	33
6.1)	TIPO DE ESTUDIO	33
6.2)	POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	33
6.3)	TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	33
6.4)	CRITERIOS DE SELECCIÓN	33
6.5)	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	33
6.6)	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	33
6.7)	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	33
6.8)	VARIABLES A RECOLECTAR	34
6.9)	PROCEDIMIENTOS DE CAPTURA DE INFORMACIÓN	35
7)	CONSIDERACIONES ÉTICAS	36
8)	RESULTADOS	37
8.1)	DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	37
8.2)	CUADROS Y GRÁFICAS	38
9)	DISCUSIÓN O ANÁLISIS	61
10)	CONCLUSIONES	64
11)	BIBLIOGRAFÍAS	65
12)	ANEXOS	66

MARCO TEÓRICO

ORÍGENES DE LA MEDICINA DE FAMILIA

La medicina cambia en respuesta a muchas influencias, algunas científicas, y otras sociales. La medicina de familia es solo una de las muchas disciplinas nuevas que han aparecido en el curso de la historia médica. En los últimos 50 años, en todos los países, la inmensa mayoría de los médicos eran del viejo tipo de profesional que atendía al padre, a la madre, a los niños, a la abuela; que tenía una clara visión, aunque intuitiva, del médico familiar de sus pacientes. La medicina también era otra. Entonces era posible para un hombre atesorar y mejorar todo el conocimiento médico existente. (1) (9)

Una opinión más generalizada es que la especialización es consecuencia del aumento de los conocimientos científicos que obliga a limitarse a una parte más pequeña del conjunto. Pero hay quienes piensan que, de hecho, la especialización es la fuente del aumento de los conocimientos y no su resultado. (7)

Las nuevas disciplinas pueden surgir de tres formas; por transformación de una disciplina más antigua, de fusión, o por fragmentación de una disciplina más amplia. La medicina de familia procede de una rama más antigua de la medicina; la medicina general. (1)

En algunos países, la práctica general o Medicina General ha tenido una continuidad histórica y ha mantenido una imagen relativamente buena entre la gente. En estos casos, las designaciones oficiales no han cambiado. En otros países, Medicina General significaba simplemente medicina de baja calidad. En estos casos se ha advertido una tendencia a cambiar el nombre. Medicina de Familia ha sido el nombre elegido para una disciplina nueva bien cualificada. (9)

Investigación de la Medicina Familiar: Limitaciones y Alternativas (10)

En el año de 1953, cuando el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) celebraba el décimo aniversario de su establecimiento, un grupo de médicos que laboraban en las instalaciones del IMSS de Nuevo Laredo, Tamaulipas; establecieron un modelo de trabajo para los médicos en esa área. Tal procedimiento presentaba algunas cualidades fundamentales: primero, al médico adscrito a una clínica se le asignaba un número fijo de derechohabientes, en un principio fueron 3,500 derechohabientes al tiempo que se le fijaban plazos para atender la consulta externa y efectuar las consultas domiciliarias solicitadas por los integrantes de las familias encomendadas a su atención; segundo, los servicios del médico eran contratados no por horas de trabajo o número de enfermos atendidos, sino por tener la obligación de asistir a los núcleos determinados de derechohabientes.

Debido a las limitaciones en la formación de recursos humanos, el IMSS se vio obligado a contratar médicos que carecían de la capacitación indispensable para actuar como médicos de familia. La mayor parte eran médicos generales con deficiencias en la calidad de sus conocimientos, sin actitudes para atender fundamentalmente los problemas de salud que afectaban a familias que estaban bajo su cuidado, o bien, médicos procedentes de otras especialidades que no encontraban espacio para practicar la disciplina en la cual se habían formado. Los médicos familiares en las décadas de los cincuenta y sesenta, ignoraban algunas de las cualidades fundamentales de la especialidad, atender a los miembros de la familia sin importar edad, sexo o patología específica, observando a las familias como grupo insertados en una población en riesgo, implementando estrategias eficaces de prevención, para constituirse finalmente en la puerta de entrada al sistema de salud. Al perder de vista estos parámetros, el médico de familia se veía obligado a ejercer en

na empírica el cuidado de la salud de las familias encomendadas a él; con la consecuente insatisfacción y de eficiencia, que no pocas veces culminaba con actitudes hostiles de los pacientes del mismo médico. a 1970. La formación de especialistas del área en el Continente Americano. Sólo existía en Estados los y Canadá, en cuya génesis intervinieron diversos factores, predominando los económicos sobre los de d, las necesidades sociales o los epidemiológicos; no obstante esta circunstancia, estos países arrollaron un modelo interesante que en la actualidad ha logrado un avance considerable y es obligado to de estudio y referencia. (11)

describir la medicina de familia, por tanto, es preferible comenzar con los principios que gobiernan stras acciones. Describiremos nueve de ellos.

El médico de familia esta comprometido más con la persona que con un cuerpo particular de conocimientos, grupos de enfermedades o técnicas especiales. El interés esta abierto en dos sentidos. En primer lugar, no se limita a un tipo de problema sanitario. El médico de familia se encuentra disponible para cualquier problema de salud experimentado por personas de cualquier sexo y edad. Su ejercicio profesional no se limita a problemas sanitarios estrictamente definidos; el paciente es el que define el problema. En segundo lugar, el compromiso no tienen un punto final definido. No termina con la curación de la enfermedad, el final del ciclo de tratamiento o el diagnostico de una enfermedad incurable. En muchos caso el compromiso comienza cuando la persona esta sana, antes de que haya desarrollado cualquier problema.

El médico de familia intenta comprender el contexto de la enfermedad para comprender bien una cosa, necesitamos verla fuera y dentro de su medio ambiente, y tener en cuenta toda su gama de variaciones, escribió William James. Muchas enfermedades atendidas en la práctica familiar no se pueden comprender a fondo si no son consideradas en su contexto personal, familiar y social.

El médico de familia considera cada contacto con sus pacientes como una ocasión ideal para aplicar medidas de prevención o educación sanitaria. Puesto que como media, el médico de familia ve a cada paciente unas cuatro veces al año, tiene muchas oportunidades para practicar la medicina preventiva.

El médico de familia considera al conjunto de sus pacientes como una población en riesgo. Los clínicos piensan normalmente en términos de un solo paciente, y no en grupos de población. El médico de familia tienen que considerar ambos aspectos.

El médico de familia se considera así mismo parte de la red comunitana de apoyo y atención sanitaria.

Desde un punto de vista ideal, los médicos de familia deben compartir el mismo hábitat que sus pacientes.

El médico de familia atiende a los pacientes en la consulta, en sus domicilio y en el hospital.

El médico de familia concede más importancia a los aspectos subjetivos de la medicina. Durante la mayor parte de este ciclo, la medicina ha estado dominada por una actitud estrictamente objetiva y positiva hacia los problemas sanitarios. Los médicos de familia siempre han tenido que reconciliar esa actitud con las sensibilidad hacia los sentimientos y la valoración de las relaciones.

El médico de familia es un gestor de recursos. Como médico general y médico de primer contacto, tiene el control de muchos recursos y, dentro de ciertos límites, puede controlar el ingreso en los hospitales, el empleo de pruebas complementarias, la prescripción de tratamientos y el envío a especialistas. (1)

características especiales de la medicina familiar o práctica general son las siguientes:

El paciente tiene un acceso directo y continuo al médico.

El médico tiene que trabajar con un espectro no determinado de enfermedades de situaciones familiares.

El médico trabaja con una población que estadísticamente no rebasa las 2,000 ó 3,000 personas.

El médico proporciona atención continua y prolongada.

Las enfermedades que encontrará son "las enfermedades que ocurren comúnmente", así como "las enfermedades raras que ocasionalmente ocurren" entre una población de 2,000 ó 3,000 personas.

El papel del médico consistirá en evaluar las necesidades personales y familiares de los pacientes, coordinar y manipular las instalaciones disponibles para atenderlos y protegerlos de los hospitales y viceversa. (18)

aspectos ampliamente difundidos sobre los servicios de los médicos de familia son la continuidad y la extensión.

proveer continuidad a la atención, como responsabilidad del médico de familia con los individuos de la población asignada a su práctica, atraviesa todos los aspectos importantes de la Medicina familiar: primer contacto, responsabilidad longitudinal, integración de los cuidados y conocimiento de la familia como una unidad de atención.

El médico de primer contacto significa tanto ser el médico más cercano al paciente como ser el primer médico al que concurre. Ello comprende la responsabilidad de ser el abogado personal, protector, intérprete e integrador de los cuidados para el paciente, no importa donde esté ni en qué etapa de su enfermedad se pueda encontrar.

La continuidad de la atención tiene cuatro dimensiones fundamentales: cronológica, geográfica, multidisciplinaria e interpersonal.

Extensión de la Atención

La amplitud o alcance de la atención está descrita en forma simple por McWhinney. Los médicos de familia dirán lo siento, pero su problema no está en mi campo, usted tendrá que ver a algún otro médico. La reunión internacional de médicos de familia de más de treinta países, en la cual la Organización Mundial de la Salud -OMS- y la Organización Mundial de Médicos de Familia -WONCA- conjugaron sus ideas advirtió que los médicos de familia deberán ser muy competentes para proveer cuidados individuales esenciales de alta calidad y al mismo tiempo integrar la atención de la salud individual y comunitaria.

Mientras los servicios clínicos esenciales pueden diferir de un país a otro se requieren en forma universal el diagnóstico agudo de las enfermedades comunes fácilmente tratables, servicios preventivos tales como vacunaciones, planificación familiar, control de la infección y educación para la salud. Se distinguen las actividades de salud pública altamente costo-efectivas y los servicios clínicos esenciales. Estos últimos se refieren a las causas mayores de morbilidad y mortalidad prematura: servicios de atención prenatal, parto y postparto, enfermedades agudas de la infancia exacerbadas por malnutrición, incluyendo la diarrea, infección bacteriana, sarampión y malaria; servicios de planificación familiar, control de la tuberculosis, lesiones e

ciones comunes. De esta manera el alcance de los servicios provistos por los médicos de familia incluye disposición a encarar inicialmente cualquier problema que se presente, demostrar alta competencia en la prestación de servicios clínicos esenciales y capacidad de integrar la atención de la salud individual y comunitaria. Las intervenciones preventivas son aplicables tanto en el ámbito de la atención clínica como en el comunitario. (9)

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS

En la actualidad 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 brindarles apoyo emocional y físico. (4)

Una de las explicaciones sobre la etimología del término familia, es propuesta por el Marqués de Morante y proviene 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. (4)

Leñero en su investigación de las familias en México, las clasifica desde el punto de vista sociocultural, y considera diversos factores estructurales que dan origen a diversos tipos de familia: considera el nivel socio-económico, ubicación geo-social, socio-demográfica, composición del núcleo familiar y cultural. Se clasifican:

Según la cultura o subcultura de las comunidades a las que pertenecen

Familias de cultura indígena con mayor o menor mestizaje

Familias de comunidad rural tradicional

Familias de comunidad o aglomeración urbana

De acuerdo a la pertenencia socioeconómica:

Familia de estratos marginados y subproletarios con niveles de subsistencia precaria totalmente.

Familia de estratos populares y proletarios, dependientes de actividad económica y con un menor grado de precariedad

Familias de estratos medio, participantes en mayor o menor medida en la actividad económica y que van desde el nivel de consumo básico hasta el semiestructurado.

Familias de estratos elitistas de dominio con un alto grado de consumo. (2)

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS EN BASE A SU INTEGRACION

Integrada

Semi-integrada

Desintegrada

Se denomina a una familia Integrada cuando los cónyuges viven juntos y cumplen ambos sus funciones para ir adelante a la familia. Familia semi-integrada. Cuando los cónyuges viven bajo el mismo techo pero no cumplen cada uno con sus funciones para con la familia

familia desintegrada, se denomina así cuando uno de los cónyuges falta dentro del hogar, ya sea por separación, divorcio o muerte.

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIAL CON BASE EN SU DESARROLLO.

- Moderna
- Tradicional
- Arcaica o primitiva

proporción aproximada en nuestro medio: Moderna 40% (cuando ambos cónyuges trabajan fuera del hogar para el sostenimiento de la familia), Tradicional 50% (uno sólo de los cónyuges trabaja fuera del hogar para sostener a la familia; Arcaica o primitiva 10%.

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS EN BASE A SU DEMOGRAFÍA

- Urbana
- Rural

México se clasifica a la familia como Urbana cuando viven en una comunidad de más de 5,000 habitantes que cuentan con los servicios básicos como es agua entubada, drenaje, luz, pavimentación, alcantarillado; corresponde el 60% de la población. La familia Rural se considera a la que vive en comunidades menor de 5,000 habitantes y carecen de algunos o todos los servicios básicos de urbanización y es el 40% de la población (5)

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS DESDE EL PUNTO DE VISTA TIPOLOGICO

- Campesina
- Obrera
- Profesional

esta denominación se basa en la ocupación de uno o ambos cónyuges

CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA DESDE EL PUNTO DE VISTA ESTRUCTURAL

- Familiar nuclear
- Familia extensa
- Familia extensa compuesta
- Variante

la familia nuclear esta constituida por padre, madre e hijos.

la familia extensa está constituida por padre, hijos, abuelos, primos, suegros, cuñados, ETC

la familia extensa compuesta. Esta constituida además, a los antes mencionados, se agrega miembros no consanguíneos.

los solteros son los adultos que viven solos parejas sin hijos, madres solteras

ETAPAS DE LA FAMILIA

Dentro de las diferentes épocas por las cuales atraviesa la familia de acuerdo con su propio proceso de maduración se destacan las siguientes etapas:

ETAPA PRENUPIAL

Esta etapa se caracteriza por el galanteo y la selección del futuro cónyuge. En nuestra sociedad a diferencia de tiempos anteriores, es la libre elección y no los matrimonios por intereses familiares de fortaleza de poder y/o riqueza. En el noviazgo donde se conocen la pareja y por mutuo convencimiento deciden su unión para formar una familia, cuando este conocimiento es real y sincero, es muy probable que se tenga un matrimonio fuerte por consiguiente una familia fortalecida y bien integrada. Por lo anterior existen unas recomendaciones a tenerse en cuenta por aquellas parejas que piensan formar un hogar:

- Haber alcanzado un grado de madurez físico, psicológico y social
- Tener compatibilidad de intereses y aptitudes
- Creencias afines
- Nivel sociocultural semejantes
- Completar expectativas económicas semejantes
- Compatibilidad en la vida sexual
- Buenas relaciones con la familia de la pareja (2)

ETAPA NUPCIAL

Esta etapa se caracteriza por la vida conjunta de los cónyuges desde el matrimonio hasta el nacimiento de los hijos. El primer año de vida en común representa el momento más difícil de ajuste y reconocimiento de la pareja. En esta etapa se ponen los cimientos de lo que la familia llegará ser en el futuro; representa el ambiente natural donde el ser humano debe de encontrar los roles que el padre y la madre van teniendo. Uno de los principales problemas que presenta esta etapa es la insatisfacción sexual.

Johnson ha descrito como los aspectos más significativos de una adecuada y madura relación sexual los siguientes puntos:

- Mutualidad de orgasmo
- Con el compañero amado
- Del otro sexo
- Con quien uno puede y quiere compartir una confianza mutua
- Con quien uno puede y quiere regular los ciclos de trabajo, procreación y recreación.
- A fin de asegurar a la descendencia en forma satisfactoria las etapas de un desarrollo armónico y funcional.

La sexualidad implica un logro en tres áreas que se complementan: la biológica y la social. La vida sexual se actualiza a través de una función orgánica que tiene una carga emocional y social. (1)

EL CICLO VITAL DE LA FAMILIA

La familia es en esencia un sistema vivo de tipo "abierto", tal como lo describió Bertalanffy en 1968. Al conceptualizarlo así, veremos que dicho sistema se encuentra ligado e intercomunicado con otros sistemas como el biológico, psicológico, el social y el ecológico. Además la familia pasa por un ciclo donde despliega funciones: nacer, crecer, reproducirse y morir, las cuales pueden encontrarse dentro de un marco de normalidad o bien adquirir ciertas características de enfermedad o patología.

Al enfocarse el "sistema familia" atravesando por un ciclo vital, podemos hacer algunas consideraciones, ya sea de tipo práctico, teórico o clínico, para su mejor comprensión y entendimiento. De tal suerte que, dado el caso, tengamos la posibilidad y la oportunidad de tomar medidas —ya sean preventivas o de tratamiento— que contribuyan a salvar o guardar este "sistema", tanto de la enfermedad como de su destrucción total.

Las ventajas que ofrece trabajar con esta herramienta del "ciclo vital", son primordialmente dos:

El concepto del ciclo vital ofrece un instrumento de organización y sistematización invaluable para el pensamiento clínico que permite llegar con menos tropiezos al diagnóstico.

Brinda además la oportunidad de revisar casos clínicos que suelen dar la pauta para reconocer fenómenos similares en otras familias y que indican también las vías que conducen a la intervención terapéutica oportuna. Así la familia tiene las siguientes etapas. (1) (19)

Fase de matrimonio

Fase de expansión

Fase de dispersión

Fase de independencia

Fase de retiro y muerte

Este esquema fue propuesto por Gemán en 1980 y es el que se utiliza con mayor frecuencia en México y se conoce como Modelo Santa Cruz. Este conocimiento del ciclo vital de la familia, permite al médico familiar trabajar a las familias en cada una de las fases y así puede prever acontecimientos que pueden repercutir en su buen funcionamiento y estabilidad familiar.

FASE DE MATRIMONIO

Considera desde la elección de la pareja (noviazgo), el matrimonio y termina con la llegada del primer hijo. La función es atender las tareas básicas del compañero y los ajustes de la vida cotidiana. Esta fase es difícil porque la integración como pareja, ya que salen a relucir "defectos" que no se había conocido en la etapa de noviazgo.

El individuo no puede vivir sólo o aislado y quienes así lo hacen están destinados a vivir en forma aislada del núcleo social en que vive y puede llegar a desintegrarse como individuo.

FASE DE EXPANSIÓN

Se caracteriza por la llegada del primer hijo, teniendo como parte importante el ajuste por partes de la pareja al nuevo miembro. En esta etapa debe haber amor y disciplina, el exceso o falta de cualquiera de estos elementos puede producir secuelas patológicas en el niño. El lograr el equilibrio de ambos es la tarea

importante de los padres, por lo que se requiere que la pareja sea funcional para que las decisiones sobre la crianza de los hijos sea compartida por ambos; nunca deberán involucrar en sus problemas conyugales a los hijos.

E DE DISPERSIÓN

Se identifica porque los hijos asisten a la escuela sin que trabaje ninguno de ellos. En esta etapa de la vida familiar se prepara el camino para la próxima independencia de los hijos mayores ya que se encuentran en la adolescencia. Para los padres encuentran nuevos retos por el rápido desarrollo del hijo con cambios conductivos de conducta por lo que motiva no pocas divergencias las cuales deben los padres afrontarlas con tranquilidad y conciencia a fin de que los enfrentamientos no culminen con una disfunción familiar. Por el otro lado independencia emocional, que le puede impedir crear y encontrar su camino por sí mismo.

En esta etapa en la cual el objeto principal es de preparar a los adolescentes para ser adultos. Es importante considerar tres aspectos fundamentales: la emancipación, la cultura juvenil, la brecha generacional y no olvidar que es a través de la rebelión como el adolescente reafirma su identidad. (2)

E DE INDEPENDENCIA

Al inicio de esta fase, la pareja debe aprender a vivir nuevamente en "independencia" los hijos ya preparados forman nuevas familias, retirándose del hogar, sin embargo los lazos de unión entre padres e hijos se deben fortalecer ante el riesgo de un posible debilitamiento y no se debe de olvidar el clima de respeto a las nuevas familias que se están formando. La culminación del proceso educativo de la familia para con los hijos llegando cuando estos cumplen la mayoría de edad. Lo ideal es que todo padre llegue a formar hijos libres a través de un proceso de crecimiento y desarrollo para que lleguen a ser unos adultos sanos. En esta etapa donde los hijos han abandonado el hogar, ya sea por haberse casado o por simple independencia, la pareja se encuentra sola y se le conoce a esta etapa también como "síndrome del nido vacío" tomando en consideración el aislamiento y depresión de la pareja. Esta fase suele tener una duración aproximada entre 15 y 30 años. (2)

E DE RETIRO Y MUERTE

En contraste entre la etapa inicial del ciclo familiar por el entusiasmo de los jóvenes cónyuges, con la vejez y el ridículo y temor al iniciar el último ciclo de la familia que ya ancianos con capacidad para laborar son relegados en nuestra sociedad moderna a una vida de ostracismo y olvido con lo que perdemos la sabiduría adquirida por la experiencia que dan los años de servicio en una profesión u oficio. En las culturas antiguas y modernas aún persisten en nuestras etnias en todo el país, el consejo de ancianos sigue teniendo una presencia importante en el desarrollo armónico de la comunidad. (4)

Se ofrecen 4 circunstancias más difíciles que se han identificado en esta etapa:

1. Incapacidad para laborar (desempleo debido a enfermedades crónico-degenerativas)
2. Desempleo

3. Agotamiento de los recursos económicos familiares

4. Las familias de los hijos casados en fase de expansión, sin posibilidades de proporcionar asistencia económica a sus padres, los abandonan en sus hogares de origen o los llevan a casa de asistencia social

El ciclo vital llega a su final natural e inevitable con la muerte y se debe de aceptar; no hacerlo implica estar sometido a una fuerte depresión lo que hace más difícil la vida con la pareja.

El rol del médico familiar es muy importante para preparar psicológicamente al anciano para aceptar lo inevitable, que se sienta apoyado y comprendido.

El ciclo vital de la familia puede ser descrito de varias formas y ha habido un gran número de investigadores interesados en su clasificación (Folak, Levison, Estrada, Imda, Etc.); esto habla que el conocimiento del ciclo vital de la familia es de gran importancia ya que se podrán concebir programas preventivos, diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación a las familias que se encuentran bajo el cuidado del médico familiar.

FUNCIONES DE LA FAMILIA

Estructura y función de la familia

Las familias tienen tanto una estructura como una función. A los miembros de la familia se les asigna papeles específicos para que desempeñen una función dentro de la misma. A primera vista, el grupo familiar no parece estar estructurado sobre un modelo eficaz, pero los esfuerzos del afecto y de las obligaciones ayudan a compensar la aparente torpe organización (6)

Estructura y función

Para comprender mejor a las familias pueden considerarse en términos de estructura y función. Aunque una familia puede definirse en muchas formas, para el propósito de este análisis, se define como un hombre y una mujer casados con o sin hijos y con o sin padres vivos. A la pareja y a los hijos se les conoce con frecuencia como familia nuclear. Si se incluye a los padres de la pareja, entonces se trata de la familia extensa. La familia es un tipo especial del grupo pequeño, uno que tiene potencialidades inherentes debido a factores comunes heredados o de desarrollo, nexos de afecto y expectativas sociales que debe manejar en varias formas. El ser miembro de una familia implica una participación durante toda la vida sin posibilidades de desligarse totalmente de ella; uno nunca puede negar totalmente a su padre, hermanos o hijos. La familia proporciona a sus miembros una sensación de pertenencia lo mismo que de afecto, compañía y seguridad. También es una fuente de consejo y ayuda. (4)

La familia desempeña cinco funciones básicas.

- Socialización (desarrollo de habilidades sociales, relaciones interpersonales).
- Atención.- (proporcionar refugio, cordialidad, alimento y protección).
- Proporcionar afecto.- (dar amor, cariño, preocupación y cuidados).
- Reproducción.- (relaciones sexuales con o sin anticoncepción).
- Proporcionar un status. (factores socioeconómicos, educacionales y ocupacionales).

del de cada miembro de la familia

esquema presentado por vez primera por Epstein y col. Hace 12 años, es sumamente valioso para comprender la función familiar.

El papel tradicional de la esposa y madre fue considerado hasta hace poco como principalmente expresivo o activo; incluía la maternidad, la atención del hogar, la actividad sexual y representar conductas "femeninas" ante los hijos.

El papel del esposo y padre fue tradicionalmente más instrumental comprendiendo el sostenimiento económico y la responsabilidad para la toma de decisiones importantes y servir de modelo de conducta "masculina" ante los hijos.

El papel de los hijos se ha considerado con frecuencia como de tipo pasivo, pero se está transformando cada vez más en activo.

Comunicación en la familia

En toda comunicación básicamente hay un emisor, un mensaje y un receptor. Cuando se efectúa la comunicación. Epstein y col. Bosquejan tres niveles de comunicación dentro de la familia.

El primer nivel describe qué se está comunicando. El "qué" puede ser sentimiento o información. Si se relaciona con los sentimientos se le denomina comunicación afectiva. Si se relaciona con cumplir las habituales tareas de vivir pasando información o efectuando labores mecánicas, se llama comunicación instrumental.

El segundo nivel de comunicación se refiere a que la entrega del mensaje sea clara, evidente o poco clara o enmascarada, ambigua y confusa.

El tercer nivel de comunicación se relaciona con el receptor del mensaje. La comunicación directa apunta directamente al receptor a quien va encaminada. La comunicación desplazada puede apuntar a algún otro individuo y no a la persona hacia que está orientada.

Cuando la función de la familia falla, la comunicación afectiva es la primera que se ve afectada. Cuando la comunicación instrumental también se rompe, la familia se encuentra probablemente en serios problemas, es más factible que se presenten comunicaciones enmascaradas y desplazadas en la medida en que las familias estén en mayor perturbación en su función. (1)

LISTA DE REVISIÓN PARA VALORAR LA FUNCIÓN FAMILIAR

- ¿Cuántos miembros forman la familia?
- ¿Quién vive en el hogar?
- ¿En qué fase del ciclo familiar se encuentra la familia?
- ¿Qué problemas presenta esto en el momento actual?
- ¿Qué problemas importantes ha tenido la familia en el pasado (muerte-enfermedad etc.)?
- ¿Cree la familia que estos problemas se manejan en forma satisfactoria?
- ¿Hay antecedentes de alcoholismo, abuso de drogas o delincuencia en la familia?
- ¿Cómo se toman las decisiones importantes en la familia y por quien?

¿Qué es lo que espera cada uno de los padres de cada uno de los hijos, tanto en la vida cotidiana como en el futuro?

¿Qué es lo que hace cada miembro de la familia para lograr atención?

¿Qué tanta tolerancia para las diferencias individuales hay en la familia?

¿Cuáles son los objetivos, intereses, y valores (se incluyen los religiosos) de la familia?

¿Trabajan juntos todos los miembros de la familia para obtener objetivos?

¿Cuál es el nivel de educacional y el estado financiero de los padres?

¿Son útiles los familiares y parientes políticos? (le crean problemas a la familia)?

¿Tienen los miembros de la familia muchos amigos en su vecindario? ¿A qué grupos o clubes pertenecen los miembros de la familia?

¿Qué tipos de recursos de la comunidad (servicios de salud, policía, desarrollo integral de la familia, etc.) ha usado la familia? ¿Volvería a recurrir a ellos?

¿No ha usado esta familia los recursos de la comunidad en los momentos en que hubiera resultado adecuado?

Importa lo bien que la familia funcione, habrá ocasiones en su evolución en que tendrá que enfrentarse a amenazas contra su integridad, desarrollo o incluso su sobrevivencia. Este tipo de stress se maneja de diferentes formas en las distintas familias y, asimismo, por los diferentes miembros de una misma familia. (4 2)

El mundo se enfrenta en forma constante a un stress. Cuando el grado de stress sufrido excede a la capacidad del individuo para poder manejarlo, la función sufre. El desajuste resultante puede presentarse en formas sociales, psicológicas o físicas, pero es muy probable que se produzca un quebranto de la salud. El médico familiar debe conocer los factores estresantes que actúan sobre el paciente y la familia, así como sus capacidades para hacerles frente.

La función de la familia interna se refiere a la protección: biológica, psicológica y social del individuo. Las funciones externas tienen como fin transmitir al individuo una serie de valores culturales con el propósito de que se incorpore a su cultura y de esta manera perpetuar dichos valores a través del tiempo.

Existen otras formas de enfocar las funciones de la familia que son más descriptivas y que permiten comprender más fácilmente las funciones familiares, una de estas formas señala que las funciones de la familia son: la seguridad psíquica de sus miembros, la procreación, la socialización de la prole, la contribución económica, la conservación y la transmisión de las costumbres.

FUNCIONES DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

FUNCIONES DE LOS PADRES

El cuidado del hogar

Motivar la superación personal educativa manteniendo una constante capacitación

Planeación familiar

Transmitir en forma consciente los valores naturales

Ejercer la autoridad racional de la familia de acuerdo a la etapa de crecimiento de los hijos y compartir democráticamente la responsabilidad del hogar.

Formar el patrimonio familiar

Cuidar la salud y bienestar familiar

Realizar los registros y legalización civiles que aseguren su origen (nacionalidad, parentesco) y transmisión de los bienes.

FUNCIONES DEL PADRE SON:

Proveer los bienes económicos y educativos
Figurar como patrón de identidad masculina
Servir de cimiento en la estabilidad material y emocional
Ser educador no sólo de palabra sino también de hecho
Configurar como responsable de un núcleo familiar
Encausar a la familia hacia la superación colectiva.

FUNCIONES DE LA MADRE SON:

Ser la administradora del hogar y organizar la vida doméstica
Figurar como patrón de identidad femenina
Ser esposa, compañera y figura central de la familia
Vigilar y estimular la educación de los hijos
Adoptar la responsabilidad del hogar en ausencia del esposo

FUNCIONES DE LOS HIJOS SON:

Vivir bajo la patria potestad de los padres hasta alcanzar la mayoría de edad o la etapa de independencia.
Respetar y obedecer a sus padres
Cuidar del hogar y de los bienes patrimoniales
Aprovechar todas las oportunidades educativas para su formación profesional a fin de alcanzar su autosuficiencia y emancipación. (1)
La función de la mujer moderna ha cambiado, adoptando un rol más participativo en el aporte del ingreso familiar, lo que ocasiona que el esposo adopte una actitud de más participación en las labores propias del hogar.

PAS CRITICAS DE LA FAMILIA

innumerables las oportunidades que se presentan al Médico Familiar, para intervenir en la adaptación de familia a lo largo del ciclo vital familiar y en particular en las etapas críticas. Éstas son:

EMBARAZO
NACIMIENTO
ENSEÑANZA DE LA SEXUALIDAD
ESTADO LABORAL
MUERTE DE UN MIEMBRO

EMBARAZO - Se inicia desde la elección de la pareja, matrimonio, embarazo el cual debe proporcionar gran alegría ya que cumple uno de los objetivos del ciclo familiar, por lo que resulta importante que sea deseado, que de no serlo el embarazo representa un problema dentro de la etapa crítica de la familia. (27)

NACIMIENTO.- El nacimiento de un hijo repercute desde diferentes ángulos en la dinámica familiar; desde el punto de vista económico, si se trata de una familia de clase alta no habrá desajuste presupuestario; si se trata de clase media y media baja este nuevo miembro actuará como estímulo para que los padres traten de variar su nivel de vida; si son clase baja y más si se encuentran desempleados los padres, la llegada de un nuevo miembro actuará como una carga y puede repercutir en su desajuste que puede llevar a la disfunción de la familia. Desde el punto de vista social el padre se sentirá decepcionado si el primer hijo no es varón, ya que dentro de la idiosincrasia de nuestra sociedad, el ser varón el primogénito reafirma su "hombria", esto repercute negativamente en el nacimiento de su primogénita, y puede dar lugar al hostigamiento tanto de la hija como de la madre por no darle un hijo varón; cuando el primogénito es varón y con ello refuerza la "hombria", el trato para la esposa y el hijo es positivo, con lo que la esposa responde reforzando la cohesión familiar. (6)

ENSEÑANZA DE LA SEXUALIDAD.- Esta actividad familiar, debe ser valorada desde el punto de vista sociocultural, ya que la enseñanza que se recibe con respecto a la sexualidad, depende en muchas ocasiones del estrato social en que se desenvuelve y del acervo cultural y religioso de la familia. De acuerdo con el sexo del niño o del adolescente, será la educación sexual que se otorga. En la mayoría de las familias mexicanas a la hija se le ocultan los problemas sexuales que puede enfrentar en esta etapa de su vida. Fortunadamente la reforma educativa, ha venido a cubrir esta deficiencia ancestral. La enseñanza de la sexualidad que proporciona la familia puede ser:

Orientadora: positiva cuando el niño recibe información real y adecuada acerca del sexo; negativa, cuando se recibe información deformada y prejuiciosa con respecto a la sexualidad humana.

Indiferente: cuando los padres no se comprometen, con la excusa de no tener tiempo disponible para brindar la mínima orientación sexual. Es importante recordar que una falta de orientación sexual por parte de los padres, provocará en los hijos: desorientación, angustia y en ocasiones facilitar la presencia de factores que provoquen desestabilización en la dinámica familiar.

ESTADO LABORAL.- Los principales factores de riesgo para la familia, en cuanto al estado laboral son en primer lugar, la desocupación, búsqueda y cambio de trabajo.

Desocupación.- Se debe tomar en cuenta su causa, si fue por edad avanza, negligencia, disminución de la fuente de trabajo, preparación deficiente o nula, así como invalidez.

Búsqueda de trabajo.- Como consecuencia de la actual crisis económica, México, se ha colocado en un nivel de desempleo muy alto, lo cual dificulta las oportunidades de trabajo ya que la mano de obra disponible excede a la demanda, dando como resultado pocos empleos estables, abandono del hogar por parte del padre para emigrar en busca económica y emocional en el núcleo familiar.

Cambio de empleo - el médico familiar deberá estudiar los motivos del cambio, si fue para mejorar económica o culturalmente, en ocasiones se ofrece un trabajo menor remunerado pero con mayor satisfacción intelectual, requiriendo mayor tiempo ocupacional, lo cual puede conducir a ausencias de un miembro de la familia (padre o madre), repercutiendo emocional, social e incluso sexualmente, propiciando abandono, adulterio y diversas sociopatías de la familia. (6)

Muerte de un miembro.- Esta crisis familiar puede enfocarse desde los ángulos social y psicológico, tomando en cuenta el número de hijos y la edad de ellos dependiendo si la muerte se da en el padre, la madre o un hijo. Desde el punto de vista económico si el que muere es el padre y representa la única fuente de ingresos, la situación obligará a la madre a trabajar para sostener a la familia, si está preparada, el problema será menor, se adaptará pronto a la situación, si la escolaridad es baja se producirá un desajuste económico importante disminuyendo el nivel económico. El hijo mayor sustituirá

al padre constituyéndose en el sostén de la familia, lo que lleva a abandonar sus estudios, alteraciones en su desarrollo y modificaciones importantes en su personalidad.

cionalmente, el choque por la pérdida de un miembro, puede llegar a provocar ruptura de la integración familiar, su dispersión, así como situaciones conflictivas. Si el padre no constituye el principal apoyo económico, la repercusión será emocional, pudiendo en este caso conservarse la estructura familiar. Si quien muere es la madre, puede no responsabilizarse el padre de la crianza y educación de los hijos, produciendo integración en la familia con sustitución por parte de la hija mayor, y desajuste emocional.

DINÁMICA FAMILIAR

El estudio y el conocimiento de la dinámica familiar es otro de los múltiples elementos teóricos indispensables para el médico familiar, el cual consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas, que van a afectar el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que ésta funcione positiva o negativamente como unidad. La dinámica familiar normal es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuos y les infunde el sentimiento de no estar aislados y de poder contar con el apoyo de los demás.

La familia es siempre algo más que el resultado de la suma de las personalidades de sus integrantes, pues al relacionarse producen una organización en constante cambio y crecimiento; constituyendo un sistema abierto formado por varios subsistemas organizados por generación, sexo, intereses y funciones; así tenemos los subsistemas de esposo-esposa, los esposos como padres, el binomio madre-hijo, o el padre-hija con otro miembro de la familia nuclear extensa.

El estudio de la dinámica familiar, da el enfoque de la organización principal en constante cambio y crecimiento, definiendo las diferentes alianzas que llevarán al éxito o fracaso de la dinámica familiar. Entre hombre-mujer, o sea esposo-esposa, debe existir la unidad, no la competitividad, para que el cariño, amor y armonía pasen a ser el apoyo de los hijos, y a cada uno de estos miembros de la familia deben tomar las decisiones que les corresponden por el bien familiar, respetando siempre la decisión como pareja. Con el crecimiento de otro miembro de la familia es necesario un buen resultado, aunque esto no es tarea fácil ya que la educación, el amor y la disciplina deben ser con delicadez y sin agresividad. Esto es con todos los hijos aún cuando se cuente con uno solo (4) (28)

Disfunción familiar, un reto diagnóstico-terapéutico (12)

Debido a su frecuencia y complejidad, la disfunción familiar constituye un verdadero reto para el médico familiar, tanto en la precisión diagnóstica, como en la orientación psicodinámica e integradora que exige el tratamiento.

La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación, basta identificar que el ser humano al encontrarse solo o al sentirse solo, encara un problema de relación consigo mismo y con las estructuras familiares, complejidad que se incrementa al fusionarse maritalmente, ya que se compromete además a una relación íntima, satisfactoria y quizás por siempre; situación compleja en sí misma, ya que requiere de modificaciones estructurales y adaptativas de fondo en todos los órdenes: confrontación de valores, hábitos, costumbres domésticas y sociales, deseos sexuales, prácticas religiosas, nivel económico, etc. que determinan la continuidad de la pareja con diferente grado de felicidad, situación que tiende al optimismo con el nacimiento de los hijos o con la incorporación de individuos de las familias de procedencia

interactuar de fuerzas positivas y negativas en su conjunto, determinan las características de la dinámica familiar, variable en cada núcleo. Ante esta situación, los integrantes de un núcleo familiar se ven forzados a usar sus recursos biológicos, sociales y psicológicos para mantener una interrelación madura y satisfactoria para continuar con su trayecto natural.

Es muy importante para la medicina familiar establecer el diagnóstico de salud de los grupos familiares a su debido tiempo, ya que se considera inapropiado que el dinamismo familiar sea calificado como normal o anormal, dada la estrecha línea entre ambos, y debe considerarse que es más apropiado preocuparse por mantener el grado de funcionalidad familiar.

Una corriente propone investigar cuatro criterios para definir la funcionalidad familiar: comunicación, autonomía de sus miembros, toma de decisiones y reacción ante las demandas de cambio.

Otra corriente califica la funcionalidad a través de evaluar la naturaleza y características de los límites de los sistemas, formación de alianzas y capacidad de modificarse, de tal manera que la adecuada funcionalidad oscila entre el amalgamamiento y la desvinculación.

Un intento de delimitar la funcionalidad familiar, que ganó un número importante de adeptos, propuso clasificar la funcionalidad familiar a partir de tres ejes básicos o dimensionales.

- I: Aspectos del desarrollo de la familia
- II: Disfunciones en subsistemas familiares
- III: Disfunciones de la familia como sistema

Sin embargo, estas clasificaciones están orientadas exclusivamente a la funcionalidad psicodinámica y se centran en la valoración de los aspectos biológicos y sociales, es decir, no consideran a la familia inmersa en un contexto social ni participan en la dinámica del proceso salud-enfermedad; por ello, esta metodología puede ser útil para el abordaje familiar que realizan los psicólogos, pediatras, terapeutas familiares y psiquiatras; no obstante, para el especialista en medicina familiar es un recurso restringido y debe utilizar otra estrategia metodológica que contemple a la familia integralmente con los aspectos bio-psico-sociales, y por ende como una unidad de salud y atención médica con dinamismo propio (15)

Como se vio en lo anterior, se propone diagnosticar el grado de la salud psicodinámica y familiar por medio de la valoración de las funciones familiares; situación comprensible ya que la familia trata de conservar su cohesión, salud física, coherencia y afecto, para lograrlo hace uso de sus recursos intelectuales, morales, emocionales, etc., a fin de mantener el núcleo familiar en una homeostasis biológica y psicoafectiva para prevenir o generar acciones tendientes a cumplir cinco funciones básicas, que son:

Mantener una relación afectiva sólida, íntima y genuina entre sus miembros, sin coartación en su forma y calidad de expresión para que cada uno de sus miembros puedan independizarse como una manifestación de madurez afectiva de la familia

Organización del sistema parental para brindar a cada uno de los integrantes del núcleo familiar un hábitat adecuado, satisfacer sus necesidades de alimentación, vestido y, en general, protegerlo de agentes agresores, asumiendo diferentes papeles tanto el padre como la madre

Reproducción, entendida esta función familiar como la proveedora de nuevos miembros a la sociedad, actividad que rebasa a la genitalidad; ya que la familia debe asumir las responsabilidades ante la concepción, desarrollo fetal, parto y procurar el bienestar de los individuos en las primeras etapas de la vida, así como transmitir patrones y costumbres sexuales.

Es indispensable que los individuos sean útiles a sí mismos, a su núcleo de procedencia y en general a su sociedad, lo cual se desarrolla por un proceso de aprendizaje y ejecución de normas familiares y sociales que se conocen como socialización, en donde la familia juega un papel vital al imprimir a los individuos un troquel definitivo en su comportamiento ulterior, lo que trasciende positiva o negativamente en la sociedad.

La quinta función, status, consiste en que el sistema parental establece una serie de acciones y compromisos sociales de diversa índole en relación con su medio ambiente social, para formar una plataforma de interrelación con las organizaciones sociales a partir de la cual se propicia el desarrollo de sus integrantes, se fortalece el sentido de pertenencia y se identifica la naturaleza social de la familia.

ología de la vida en familia: una visión estructural (18)

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 que satisfacen las necesidades biológicas y psicológicas de los niños y representa la influencia más temprana y duradera en el proceso de socialización. Minuchin ha afirmado que la familia constituye la parte extracerebral de la mente, que determina en gran medida las respuestas del niño y de sus otros miembros ya que la vida psicológica es exclusivamente un proceso interno. Harley afirma que la causa de la conducta humana no se localiza dentro del individuo sino en un contexto social más amplio, su familia en primer término. De ahí la importancia de conocer los aspectos fundamentales de la estructura familiar para determinar su funcionalidad y en su caso, implementar las orientaciones terapéuticas pertinentes.

La estructura de una familia está constituida por las pautas de interacción que se establecen entre sus miembros, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema en una forma altamente recíproca y cooperativa. Con fines de estudio es posible, especificar esas interacciones en los siguientes parámetros: jerarquía, alianzas, límites, roles o papeles y redes de apoyo. Existen además otras dos dimensiones temáticas que matizan a los parámetros mencionados: la comunicación y la flexibilidad.

Jerarquía

En todo sistema, en la familia se establecen diferentes niveles de autoridad que varían de acuerdo con las etapas del ciclo vital, las características de personalidad de sus miembros, la dinámica de las relaciones conjugales, el orden del nacimiento, etc. Cada individuo pertenece a varios subsistemas y en ellos adopta diversos niveles de autoridad. La distribución funcional de la autoridad requiere que ésta quede bien definida en cada contexto de la vida familiar. Lo deseable es que la jerarquía más alta sea compartida flexiblemente por los padres en la proporción que ellos decidan.

Alianzas

Se llama así a la asociación abierta o encubierta entre dos o más integrantes de la familia. Las alianzas más funcionales son aquellas que incluyen a miembros de la misma generación, como las que se dan entre

osos, hermanos, etc. Generalmente también son funcionales las alianzas entre personas del mismo sexo. En los casos donde las alianzas son rígidamente persistentes o si se dan entre miembros de diferentes generaciones con el objeto de perjudicar a un tercero se establece una asociación disfuncional llamada *aliciación*.

Límites

Se refiere a aspectos de cercanía / distancia entre diversas personas o subsistemas (el subsistema de los padres, el de los hijos, el de los varones, el de las mujeres, el de la familia nuclear, el de los trabajadores, el de los opositoristas, etc.). Los límites son fronteras o membranas imaginarias que separan a los individuos de los subsistemas, regulando el contacto que establecen con los demás en términos de permisividad, dependencia emocional, derechos, autonomía, etc. Los límites definen los derechos de cada persona y de cada subsistema en la convivencia grupal. Cuando son firmes, los límites determinan cierta separación y regulan la autonomía relativa. Sin embargo, es deseable que los límites conserven cierta permeabilidad para permitir acercamientos, expresiones de afecto, confiar secretos, etc. La función de los límites consiste en marcar una diferenciación entre los subsistemas y su definición es fundamental para el buen funcionamiento de la familia. En una familia con límites funcionales existe entre sus miembros lealtad suficiente para mantenerlos unidos con flexibilidad a pesar de las diferencias individuales. También se promueve el desarrollo personal y se respeta la autonomía.

Roles

Los roles o papeles son conductas repetitivas que implican la existencia de actividades recíprocas en otros miembros de la familia. Un rol equivale a la conducta que se espera de un individuo en determinado contexto. Todos los miembros del grupo familiar asumen una variedad de roles de cuya integración depende que la familia realice sus tareas con éxito. La funcionalidad de los roles depende de su consistencia interna, es decir, si cada miembro se ve a sí mismo como lo ven los demás y hay acuerdo sobre lo que se espera de él. Lo importante es la definición de roles es que faciliten el funcionamiento del grupo y que sean aceptados y actuados de común acuerdo. También es importante que haya flexibilidad en su asignación de manera que se puedan realizar ajustes periódicos en caso necesario.

Redes de Apoyo

La función básica de las redes de apoyo extrafamiliares consiste en las acciones de solidaridad que facilitan el cuidado y la crianza de los hijos y compensan deficiencias tales como la ausencia de los padres, las limitaciones económicas, etc. Las redes de apoyo están constituidas por miembros de la familia extensa, amigos y vecinos que proporcionan ayuda solidaria, además de las agencias sociales de los sectores públicos involucrados. La carencia de este tipo de redes promueve el surgimiento de patología social como el maltrato a los menores. La trascendencia de las redes de apoyo en las familias pobres ha quedado de manifiesto en estudios socio-antropológicos realizados en nuestro medio. En uno de ellos se muestra que la mortalidad infantil en las familias pobres es significativamente menor cuando se cuentan con redes de apoyo familiar y comunitaria.

Comunicación

Para el correcto desempeño de los roles y la realización de las tareas propias de la vida de la familia se requiere de la comprensión mutua, es decir, que los mensajes intercambiados sean claros, directos y sencillos y quienes lo reciban lo hagan con apertura y buena disposición para evitar distorsiones. Una comunicación funcional es a la vez clara, específica y honesta. Si así ocurre, es más factible manejar a satisfacción las dificultades inevitables en todo tipo de convivencia. Una familia funcional se diferencia de otra no funcional en el manejo que hace de sus conflictos, no en la presencia o ausencia de estos. En las familias funcionales se emplea correctamente la comunicación para identificar y resolver problemas.

Flexibilidad

Esta dimensión se encuentra íntimamente relacionada con la comunicación y permea todas las facetas de la estructura familiar. Se requiere de flexibilidad para respetar las diferencias individuales y facilitar la adaptación del sistema ante las demandas de cambio, tanto las internas (propias del desarrollo y cambios en la familia) como las externas las que se originan en modificaciones ambientales. Cuando el grado de flexibilidad es adecuado la familia cuenta con un repertorio conductual suficiente para emplearlo en la solución de sus problemas. Las familias disfuncionales en cambio se caracterizan por una rigidez que no les permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y formación de síntomas.

De acuerdo con los lineamientos derivados del enfoque estructural en la psicoterapia familiar, una familia funcional posee las siguientes características.

La jerarquía consta de un subsistema parental especialmente fuerte, pues aunque la tendencia de la familia sea democrática el liderazgo pertenece a uno o ambos padres, quienes se apoyan mutuamente en sus actitudes de crianza.

Los límites entre los individuos y entre los subsistemas son claros y firmes, no difusos ni rígidos.

Las alianzas se basan en afinidades y metas comunes no en el propósito de perjudicar a nadie.

Los roles son complementarios y tienen consistencia interna. No son inmutables y experimentan variaciones de acuerdo con las circunstancias cambiantes.

Existe una actitud de apertura que permite la formación de redes de apoyo con otros grupos y personas fuera del núcleo familiar.

Hay la suficiente flexibilidad para garantizar la autonomía e independencia de los integrantes de la familia y para procurar tanto el crecimiento individual de éstos como el mantenimiento del sistema.

Se favorece la continuidad y también la adaptabilidad ante las demandas de cambio internas (las propias del desarrollo) como las externas (las ambientales). (18)

TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Ante la mayor parte de la historia de la humanidad la población aumentó a ritmo lento; la tasa de mortalidad era elevada pero también lo era la natalidad. Las hambrunas periódicas, las pestes y las guerras y sus secuelas de muertes masivas, mantuvieron bajo el nivel de población. La población apenas si se duplicó entre el comienzo de la era Cristiana y el año 1650 (en esta fecha la tierra tenía aproximadamente mil millones de habitantes). En los dos siglos siguientes la cifra se dobló en menos de un siglo más se duplicó de nuevo y con las tasas actuales doblará nuevamente en un tercio de siglo.

El número de habitantes del planeta aumenta a ritmo acelerado; de continuar la tasa anual de crecimiento, del 2%, en el año 2000 la población será el doble de lo que era en 1965 (de 3000 millones se pasará a 6000 millones o más). En el año 1976 se alcanzaron los 4.000 millones de habitantes.

En la década de 1960 a 1970, fue para México del 3.4%, de proseguir este crecimiento la población se duplicará en 20 años y fracción. (25)

México enfrenta hoy, a fines de siglo, desafíos de mayor complejidad que en el pasado. En materia de salud el país atraviesa por una transición epidemiológica que muestra rápidos cambios y grandes contrastes en las necesidades de la población. Por un lado, tenemos importantes rezagos que corregir y, por el otro, nuevos problemas que resolver.

El nuestro sistema de salud enfrenta el doble reto que le impone la yuxtaposición de los viejos con los nuevos problemas. De un lado están las enfermedades infecciosas, la desnutrición y los problemas ligados a la reproducción, que conforman el rezago epidemiológico. Del otro lado están las enfermedades no transmisibles y las lesiones accidentales e intencionales, que representan los problemas emergentes.

Los importantes avances de los últimos años en el campo de la salud han permitido mejorar de manera considerable los niveles de bienestar en casi todo el mundo. El aumento de la esperanza de vida expresa estos avances. También para México el balance en materia de salud es positivo. Si embargo, todavía queda mucho por hacer en algunas regiones del país en donde las enfermedades transmisibles, los males relacionados con alimentación deficiente y los padecimientos ligados a la reproducción siguen siendo muy frecuentes.

Los avances en la ciencia y la tecnología, así como en los esquemas de la organización, han contribuido de manera importante a consolidar los logros sanitarios de los últimos años. Sin embargo, la distribución del progreso entre las entidades federativas del país ha acentuado las desigualdades, confiriendo a éstas un carácter básicamente cualitativo. En efecto, los pobres en México presentan un riesgo de morir en edades tempranas más alto que los que no son pobres; además padecen aún enfermedades que han sido superadas por el resto de la población. Ello favorece que la brecha entre los distintos sectores de la sociedad se mantenga e incluso llegue a incrementarse, intensificando la dolorosa polarización. (13)

Se ha denominado "transición demográfica", al cambio a través del tiempo en los niveles de natalidad y mortalidad. Se han descrito 4 etapas en esta transición. No hay país en el mundo que no haya entrado en etapas tempranas de este proceso o pasado a través de ellas. Tales etapas son:

- La I etapa de la transición demográfica (estacionaria alta) se caracteriza por alta mortalidad y alta natalidad

- La etapa II (expansión creciente inicial) se caracteriza por natalidad alta y mortalidad en descenso.
- La etapa III (expansión tardía) se caracteriza por natalidad en descenso y mortalidad baja.
- La etapa IV (estacionaria baja) se caracteriza por natalidad y morbilidad baja. (25)

NUEVOS CAMBIOS DEMOGRAFICOS

Alrededor de 1940 comenzaron a presentarse cambios demográficos en las naciones menos desarrolladas. Un nuevo patrón comenzó a emerger, el que por ciertos aspectos se semejaba a la antigua transición demográfica, pero al mismo tiempo presentaba diferencias fundamentales, porque tenía lugar en un mundo diferente al del siglo XVII.

Probablemente el factor determinante es la posibilidad que existe actualmente de reducir rápidamente la tasa de mortalidad sin modernizar la economía.

En el pasado los conocimientos médicos se desarrollaron a un ritmo lento, concomitante al de la transformación económica; había tiempo para que cambiaran las actitudes y se efectuaran las adaptaciones necesarias. Algunas de las armas más efectivas contra la enfermedad y la muerte son productos muy recientes de los países industrializados, inclusive posteriores al descenso del patrón de la familia reducida.

En cambio los países en vías de desarrollo han podido aprovechar los conocimientos médicos y sanitarios modernos sin haber modificado sus economías. A diferencia de los métodos anteriores de control de la natalidad, los medios provienen del exterior, en vez de haberse desarrollado lentamente dentro de la economía.

En los países en desarrollo no solo aumenta muy rápidamente el número de habitantes, sino que además la población "en explosión" es mucho más numerosa de lo que fue en cualquier otro momento de la historia.

La explosión demográfica anterior dio lugar a migraciones internacionales masivas, como las que se efectuaron de Europa al nuevo Mundo. En la actualidad existen muy pocas regiones a las que puedan trasladarse millones de personas, por lo tanto la migración internacional como sistema de aliviar las tensiones demográficas, no parece ser una posibilidad muy realista. En algunos países en vías de desarrollo existen indicaciones de que el movimiento hacia las ciudades se acompaña de una disminución importante del tamaño de la familia, con la correspondiente reducción de la tasa de natalidad. Aunque los padres con un nivel más elevado de instrucción y especialmente los de mayor movilidad social, tienden a tener menos hijos este grupo más urbano no es todavía lo suficientemente numeroso como para influir significativamente sobre la natalidad urbana.

El rápido crecimiento demográfico de nuestros países puede constituir un obstáculo insuperable a los cambios sociales y económicos que en el pasado condujeron a la reducción de la natalidad. El crecimiento demográfico en México ha tenido ritmos diferentes según las épocas:

Periodo	Tasa de Crecimiento Medio Anual %
95-1900	1.5 %
00-1910	1.1 %
10-1921	-0.5 %
21-1930	1.1 %
30-1940	1.7 %
40-1950	2.7 %
50-1960	3.1 %
60-1970	3.4 %

cambios observados en el ritmo de crecimiento de la población resultan de las tendencias de la natalidad y la mortalidad. La natalidad se ha mantenido desde 1900 en niveles superiores al 40%.

mortalidad en cambio ha experimentado una disminución notable. La tasa bruta de mortalidad pasó de 35 defunciones por cada mil habitantes en 1895 – 1910 a 23.3 en 1925 – 1929 y a 9.4 en 1965. En esta etapa el factor demográfico directo y único que ha determinado el incremento de la población ha sido la disminución de la mortalidad. (13)

correspondencia con ellos, se ha dado un incremento particular en la esperanza de vida; entre 1940 y 1965, ésta pasó de 40.4 a 66.6 años en los varones y de 42.5 a 73.0 años en las mujeres.

Los cambios principales caracterizan a la transición epidemiológica: A) en la estructura por edades de la población; B) en las principales causas de muerte, y C) en el paso relativo de morbilidad con respecto a la mortalidad. (25)

Cambios en la distribución por edades de la mortalidad

Una de las principales características de la evolución de la mortalidad en México es el cambio de su distribución por edades, como se puede apreciar en la gráfica No 2, hace 60 años la estructura de la mortalidad en México era muy diferente a la actual. En esas fechas prácticamente una de cada 2 defunciones ocurría antes de los 5 años de edad, independientemente del género; en los adultos jóvenes (15-49 años) se encontraba 25 % de las defunciones y los mayores de cincuenta años generaban una cuarta parte del total de las muertes.

Región	Equivalente en muertes infantiles 1991 (miles)	Muertes Infantiles 1991 (miles)	Muertes Infantiles 1987-1990 (miles)
América Latina	199.5	58.6	262.3
América Latina y el Caribe	187.7	33.9	151.3
Total	387.2	92.4	413.7

La elevada participación de las muertes en la infancia se mantuvo más o menos estable desde la década de los treinta hasta los años setenta, cuando empieza a descender de manera notable.

...mientras que en 1930 una de cada defunciones se dio en un menor de cinco años, esta proporción bajó en 1992 a una de cada seis. De mantenerse este descenso, en el año 2010 la proporción será 1 de cada 10, es decir, muy similar a la que actualmente se observa en los países más ricos del mundo.

...las defunciones en los adultos de 50 a 69 años y mayores de 70 años siguen un patrón opuesto al de las defunciones en la infancia. En los primeros se observan dos patrones diferentes: la proporción de defunciones masculinas no ha cambiado mientras que en las mujeres ha aumentado 10 puntos. Por su parte, en los adultos mayores se observan un crecimiento importante; en 1930 una de cada 5 defunciones se presentaba después de los 50 años de edad; en 1992 una de cada dos muertes en los varones y dos de cada tres en las mujeres se produce después de esta edad.

...los mecanismos subyacen al cambio de la distribución de las defunciones por edades: por un lado, el descenso de las tasas de incidencia y letalidad de las enfermedades infecciosas que beneficia en mayor medida a la población joven; por el otro, el cambio en la estructura de edades de la población producto de la transición demográfica, que genera mayor proporción de adultos. (13)

MORTALIDAD INFANTIL EN MÉXICO (14)

...la mortalidad infantil se define como el número de fallecimientos en menores de un año por mil nacidos vivos. Su expresión es una tasa que mide la frecuencia de los decesos ocurridos en los lactantes de una unidad durante un año respecto a los recién nacidos en el mismo lapso.

...esta tasa es una relación en la que se ligan cuatro componentes:

- 1) el número de lactantes muertos,
- 2) un intervalo de tiempo: el primer año de vida,
- 3) una población de referencia: los recién nacidos vivos durante un año calendario y
- 4) el parámetro de escala: mil.

...constatarse que en la primera semana de vida acontecía la mitad de los fallecimientos de los lactantes, se originó la división de la mortalidad infantil. En la actualidad se manejan las tasas de:

- Mortalidad hebdomadal, neonatal temprana o semanatal: recién nacidos muertos antes de cumplir una semana de vida.
- Mortalidad neonatal tardía: fallecimientos ocurridos entre los 7 y 28 días de vida.
- Mortalidad neonatal: los decesos registrados en las primeras cuatro semanas de vida.
- Mortalidad postneonatal: el número de lactantes muertos después de las primeras 4 semanas y antes de cumplir la edad de un año.
- Mortalidad infantil: la suma de las mortalidades neonatal y postneonatal.

...por las ellas se manejan con base en mil nacidos vivos en el año calendario de su ocurrencia.

...tanto que la natalidad y la mortalidad infantil no cambien muy rápidamente, la estimación es muy aproximada. Si los cambios ocurren muy desfasados, una disminución muy pronunciada en la letalidad en el pasado anterior por la introducción de la terapia de hidratación oral, una campaña masiva de vacunación y la mejora de la nutrición por incremento en alimentación al seno materno, manteniéndose el mismo número de

mientos, se tendrá un descenso en la mortalidad infantil no coincidente con el año registrado. Por otra parte, si la tasa de natalidad desciende muy bruscamente un año dado, el menor número del denominador hará que la mortalidad infantil sin correspondencia cronológica con el año calendario informado.

Según la IX Clasificación Internacional de enfermedades (OMS-1975): "Un nacido vivo es la expulsión o acción completa del producto de la concepción independientemente de la duración del embarazo y que después de su separación; 1) respira; 2) muestra otra evidencia de vida, a) latido del corazón, b) pulsación del cordón umbilical; o 3) tiene movimientos voluntarios de los músculos, se haya o no cortado el cordón umbilical o la placenta esté todavía implantada".

En los países con atención profesional de embarazo y parto la mortalidad fetal se registra como:

- Temprana, antes de la 20ª semana gestacional,
- Intermedia, después de la 20ª y antes de la 28ª y
- Tardía, después de la 28ª

La mortalidad infantil es el indicador más valioso de las condiciones de salud prevalentes en una comunidad y su virtud de:

- 1) Reflejar fielmente la aportación de los factores asistenciales, económicos, educativos y políticos, determinantes del bienestar y convivencia sociales,
- 2) registrar la elevada tasa de mortalidad comparativamente con las de los siguientes 60 años,
- 3) marcar la influencia preponderante en la esperanza de vida al nacimiento en los países subdesarrollados y su menor peso cuando se han alcanzado valores menores a 20 por mil nacidos vivos, y
- 4) constatar la posibilidad de lograr reducciones importantes con recursos asequibles a los presupuestos de los países pobres.

Entre las estrategias se la supervivencia infantil

El Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) ha propuesto e impulsa vigorosamente un conjunto de acciones y prácticas que incluyen:

- 1) La vigilancia del crecimiento y desarrollo,
- 2) El uso de la hidratación oral en el manejo de los episodios diarreicos,
- 3) La promoción de la alimentación al seno materno durante por lo menos 6 meses,
- 4) La administración de las 8 dosis de las 6 vacunas del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) recomendado por la OPS/OMS y
- 5) El establecimiento e impulso de un programa nacional de planificación familiar.

La transición epidemiológica es un término que fue acuñado en los años setenta por Omran, investigador de Egipto que era profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Carolina del Norte. La transición epidemiológica se refiere a los procesos de cambio, en el largo plazo, que siguen los patrones de salud, enfermedad, discapacidad y muerte de una población.

La transición epidemiológica se refiere estrictamente a las condiciones de salud, independientemente de cuál sea el papel que tenga el sistema de salud y comprende cuatro grandes patrones de cambio: El primero es la estructura por causas de la mortalidad; el segundo es la estructura por edades de mortalidad; el tercero

el peso relativo que tiene la mortalidad y morbilidad al definir la situación de salud de una población; y el otro es el cambio en el significado social de la enfermedad. (25)

MORBILIDAD

Definición.- Numero proporcional de personas que enferman en una población en un tiempo determinado.

La función de la medicina es prevenir, recuperar y conservar el estado de salud de los individuos, por lo cual la planificación, la organización y la evolución de los servicios debe sustentarse en las necesidades de la población según su problemática, la causa en gran parte se determina mediante los niveles de morbilidad, la presión cuantitativa de la enfermedad. (26)

El análisis de la situación de los pueblos del mundo es algo que preocupa a todos los miembros de salud, por lo cual el estudio de la morbilidad resulta prioritario, ya que es un parámetro fundamental para definir el perfil de la salud de las comunidades y un elemento valioso en la epidemiología, Ciencia que estudia los factores y Condiciones que intervienen en el Proceso de Salud. Enfermedad, mediante la recolección de informaciones que miden el estado de salud, la prevalencia de los riesgos y los impactos de las acciones desarrolladas, de cuyo análisis e interpretación se deciden las alternativas para la prevención y control de daños, y se establecen las políticas y estrategias a seguir. Dentro de dichas informaciones destaca la morbilidad, cuyo estudio explicado debido a que la enfermedad no es suceso único si no múltiple, pudiendo afectar al ser humano en un momento de su vida, o a lo largo de toda su existencia. (27)

El estudio de las enfermedades debe sustentarse en el reconocimiento de que muchas de ellas son prevenibles, y que gran proporción de la patología predominantemente que afecta a la población es susceptible de ser evitada. Los datos sobre la enfermedad pueden resumirse en lo relativo a su frecuencia, gravedad, duración, características de los paciente, variables referentes a cada afección, las secuelas e invalidez que provocan, etc. Las que son medidas por una serie de indicadores, recomendados a un nivel internacional para asegurar su comparabilidad, siendo sus fuentes de obtención la notificación de enfermedades transmisibles y no transmisibles. (27) (26)

Los médicos generales - familiares recopilan mucha información sobre morbilidad en el curso de su trabajo diario, y las historias médicas reflejan mas exactamente las verdaderas frecuencias relativas a muchas enfermedades que los registros hospitalarios o de morbilidad. En los países en que los médicos familiares son responsables de una relación definida de datos poblacionales sobre las cifras de consultas por distintos turnos, estos datos pueden convertirse fácilmente en tasas de morbilidad. Los cuadros frecuentes pueden estudiarse utilizando los registros de un solo consultorio, o de un grupo de consultorios vecinos, pero el estudio de enfermedades menos frecuentes precisa de un gran número de historias clínicas procedentes de muchas consultas. (25)

El área de obtener datos confiables sobre de la enfermedades que afectan a la población de México presentan obstáculos hasta el momento no superados. Si bien es cierto que con base en las defunciones puede calcularse en número de enfermos, también lo es que muchas enfermedades no conducen a la muerte, que puedan representar problemas de salud pública por magnitud o sus consecuencias sociales.

Enfermedades transmisibles

Como la información oficial disponible es incompleta se usa para la evolución que estos problemas han sufrido a través del tiempo debido a variaciones estacionales, epidemias etc; y comprender la eficiencia de las acciones sanitarias y los resultados de la introducción de nuevos recursos médicos.

Como no se ha expresado, morbilidad, y la mortalidad y la invalidez no son indicadores de salud estrictamente hablando, sino daños a la misma. Uno de los indicadores positivos disponibles en México es la esperanza de vida que expresa la posibilidad de prolongar esta o acortarla, sin considerar la calidad de la misma. La esperanza de vida se obtiene del análisis de la experiencia en mortalidad, unido a otros indicadores positivos de una población e incluso estudio de su susceptibilidad, bienestar, vitalidad, felicidad etc; y de los que miden saneamiento del medio, calidad ecológica, condiciones materiales de vida y trabajo, que puedan en un futuro ofrecer la forma de vida satisfactoria de la familia y una salud colectiva. (26) (25)

MORBILIDAD GENERAL

DIAGNÓSTICO	TASA *
Infecciones respiratorias	27.686.4
Infección intestinal	5.500.0
Tuberculosis	1.574.0
Accidentes	1.574.0
Enfermedades hipertensivas	1.101.7
Diabetes Mellitus	705.4
Leishmaniasis	576.6
Leishmaniasis	562.8
Angina estreptocócica	218.5
Amoebiasis	212.3

por 100,000 derechohabientes

Fuente: anuario de información epidemiológica 1998

<http://informatica.issste.gob.mx/website/serviciomed/perfil.htm>

Anteamiento del Problema

¿Cuáles son las características biosociales de las familias adscritas al consultorio 1 de la Unidad de Medicina Familiar "A" Xalostoc del ISSSTE ; así como sus principales causas de demanda de consulta ?

La atención médica que se ofrece a los derechohabientes de la UMF "A" Xalostoc es el conocimiento de la estructura familiar, con una clasificación adecuada de cada familia para poder integrar un buen diagnóstico familiar y como médico familiar encargado de su atención, promover medidas encaminadas a mejorar las relaciones interfamiliares cuando se detectan disfunciones y que sean tratables en el primer nivel y cuando no lo requieren se canalizan a un segundo nivel.

Uno de los objetivos planteados por la Subdirección Médica del ISSSTE es la de promover y mejorar de manera integral la consulta de primer nivel de atención, para ver cada paciente como un miembro integrante de una familia y no como un ente solo, Esto tiene gran importancia ya que se da prioridad a los problemas que surgen en cada núcleo familiar y así tomar medidas preventivas y orientadoras para posibles desórdenes provenientes de su medio, sean físicos o psicológicos.

Justificación:

Las principales causas para realizar este trabajo son las siguientes :

Considero la necesidad de un sistema efectivo que de como resultado cuales son las principales causas de enfermedad en una región determinada, para que por medio de su mismo sistema se tomen las precauciones necesarias para erradicar o prevenir dichas enfermedades y la atención medica sea más eficiente..

Dentro del programa de reformas a los servicios médicos, figura en primer término la reorganización del llamado Sistema Médico Familiar, que tiene por objeto la atención de adultos y niños en el nivel de medicina general. Se considera que los servicios de la medicina general absorben la gran mayoría de las atenciones y representan el primer contacto entre los derechohabientes y las unidades médicas. Son por lo mismo el primer escalón para seleccionar a los pacientes que deben acudir a consultas de especialidad, así como de enfermos que deben ser atendidos en forma hospitalaria. Puede afirmarse así que los servicios de medicina familiar son la base para impartir todas las atenciones médicas y que de su eficiencia dependerá en gran parte la eficacia de las prestaciones desde el nivel de la misma medicina familiar hasta las atenciones especializadas en las clínicas o en los hospitales. (28)

La estructura económico-social del país es la que ejerce una determinación primaria sobre la salud y la enfermedad. Las crisis que aquella experimenta traen como consecuencia una agudización de los daños correspondientes a la esfera sanitaria. La expresión colectiva de la salud y la enfermedad no constituye un simple reflejo mecánico de los hechos estructurales. Estos se suman a las características de la naturaleza, localizada y transformada, que están presentes en un ámbito específico, así como a la dinámica social y a los factores culturales de ella surgidos. (27)

Los sistemas médicos familiares tienen por base esencial la adscripción fija de un determinado número de asegurados y beneficiarios a un solo médico. A existido insatisfacción por la atención médica en México, sobre todo en un médico de consultorio debido al insuficiente manejo al derechohabiente, ya que existe una serie de carencias tanto a nivel humano como socio-económico, así como los recursos generales.

OBJETIVO

Objetivo General:

Identificar algunas características familiares y las diez principales causas de consulta de consultorio 1 de MF "A" Xalostoc .

Objetivos específicos

- 1.- Conocer el tipo de Familia en la que se encuentran los derechohabientes estudiados
- 2.- Identificar el ciclo Vital de la familia
- 3.- Identificar el nivel socioeconómico de los pacientes
- 4.- Identificar el grado de escolaridad
- 5.- Identificar el número o de mujeres en edad fértil
- 6.- Identificar el número de niños en edad para la vacunación
- 7.- Determinar el número de mujeres susceptibles a detección de cáncer
- 8.- Determinar la Pirámide Poblacional del Consultorio 1
- 9.- Determinar las 10 principales Causas de atención
- 10.- Establecer el Modelo Sistemático de Atención Médico Familiar en el propósito de hacer aplicativo los 3 ejes que sustentan la práctica de la Medicina Familiar

Metodología

Tipo de investigación

Según la Clasificación de Liliendfel , en la presente investigación se efectúa un estudio observacional, descriptivo y de cohorte Transversal y retrospectivo-prospectivo. (8)

Población, lugar y tiempo

Se estudiarán pacientes y hojas de informe diario del médico, para conocer las características socio-médicas, derechohabientes de la UMF "A" Xalostoc del consultorio 1. En el periodo comprendido entre los meses de septiembre a noviembre del 2000 así como las hojas de registro de 2000.

Tipo y tamaño de la muestra

Censo poblacional del consultorio 1 de la UMF "A" Xalostoc, número de derechohabientes activos.

Los criterios para la selección de pacientes fueron los siguientes:

II. Criterios de Inclusión

- Pacientes que pertenezcan al consultorio 1
- Derechohabientes de la UMF "A" Xalostoc del ISSSTE
- Pacientes que acepten colaborar con el estudio
- De ambos sexos
- Pacientes de diferentes grados de escolaridad
- De todos los niveles socioeconómicos

III. Criterios de Exclusión

- Paciente que no aceptan colaborar con el estudio
- No derechohabientes de la UMF "A" Xalostoc del ISSSTE
- Pacientes que presenten problemas psiquiátricos
- Paciente que no pertenezcan al consultorio 1

IV. Criterios de Eliminación

- Hojas de informe diario del médico incompleta
- Cuestionarios de respuestas incompletas

Información a Recolectar

Para la obtención de la información se utilizara un cuestionario con 13 variables (cedula de recolección de datos) (anexo 1) , el cual se llenara con datos que otorgue el paciente y son los siguientes:

- Nombre de la familia
- Estado civil
- Años de unión conyugal
- Escolaridad
- Edad del padre
- Edad de la madre
- Número de hijos (hasta de 10 años en adelante)
- Número de hijos (de 11 a 19 años de edad)
- Número de hijos (de 20 años en adelante)
- Ocupación de los padres de familia
- Tipo de familia
- Etapa del ciclo vital de la familia

Para la identificación de las causas de consulta las variables son:

- Los 10 primeros motivos de consulta, por grupos de edad y sexo (hoja de informe diario del Médico) (anexo2)

Para el censo poblacional sus variables son:

- Número total de individuos
- Número total de individuos del sexo masculino
- Número total de individuos del sexo femenino
- Número de individuos del sexo masculino por grupo etáreo
- Número de individuos del sexo femenino por grupo etáreo (anexo2)

cedimiento para recolectar la información

A) Para el estudio de la comunidad

- 1) Se aplicará el cuestionario para el estudio de la comunidad del consultorio 1, a la población mayor de 18 años en el horario de 8:00 a 14:00 Hrs. del 1ro de octubre de 2000 al 30 de noviembre del mismo año.
- 2) Se aplicará el cuestionario al Padre o Madre de la familia que den los datos para su correcto llenado, que se incluye. (anexo1) (identificación Familiar)

B) Para conocer el cuestionario aplicado de las diez principales causas de enfermedad y censo de la población.

- 1.- Se utilizara la hoja del informe diario del médico formatos SM 10-1 (anexo 2)
- 2.- Datos registrados en el servicio de estadística el cual se hablará con el encargado del servicio, así como la persona encargada de la computadora.
- 3.- La recolección de los datos se llevó acabo en la UMF "A" Xalostoc .

Consideraciones Éticas

Este trabajo se apega a las recomendaciones establecidas en la declaración de Helsinki y Reglamento Ley General de Salud y Material de Investigación de la Secretaría de Salubridad. (3)

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO

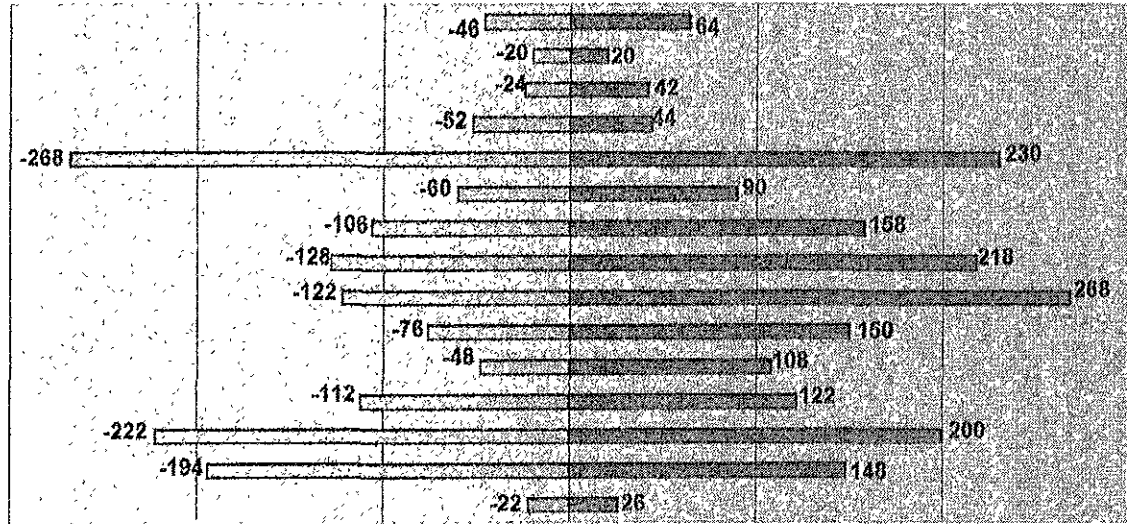
UMF "A" XALOSTOC. NOVIEMBRE 2000

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	PORCENTAJE
+64	46	64	110	3.25 %
60 - 64	20	20	40	1.18 %
55 - 59	24	42	66	1.94 %
50 - 54	52	44	96	2.83 %
45 - 49	60	90	150	4.42 %
40 - 44	106	158	264	7.79 %
35 - 39	128	218	346	10.21 %
30 - 34	122	268	390	11.51 %
25 - 29	76	150	226	6.67 %
20 - 24	48	108	156	4.60 %
15 - 19	112	122	234	6.90 %
10 - 14	222	200	422	12.45 %
5 - 9	268	230	498	14.69 %
1 - 4	194	148	342	10.09 %
0 - 1	22	26	48	1.41 %
TOTAL	1500	1888	3388	100 %

Fuente: Cédula de Recolección de Datos.

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICO FAMILIAR UMF "A" XALOSTOC C
 1. DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR EDAD Y SEXO. NOVIEMBRE 2000

□ HOMBRES
 ■ MUJERES



	0A1	1 A 4	10 A 14	15 A 19	20 A 24	25 A 29	30 A 34	35 A 39	40 A 44	45 A 49	5 A 9	50 A 54	55 A 59	60 A 64	MAS DE 64
MUJERES	28	148	200	122	108	150	268	218	158	90	230	44	42	20	64
HOMBRES	-22	-194	-222	-112	-48	-76	-122	-128	-108	-60	-268	-52	-24	-20	-46

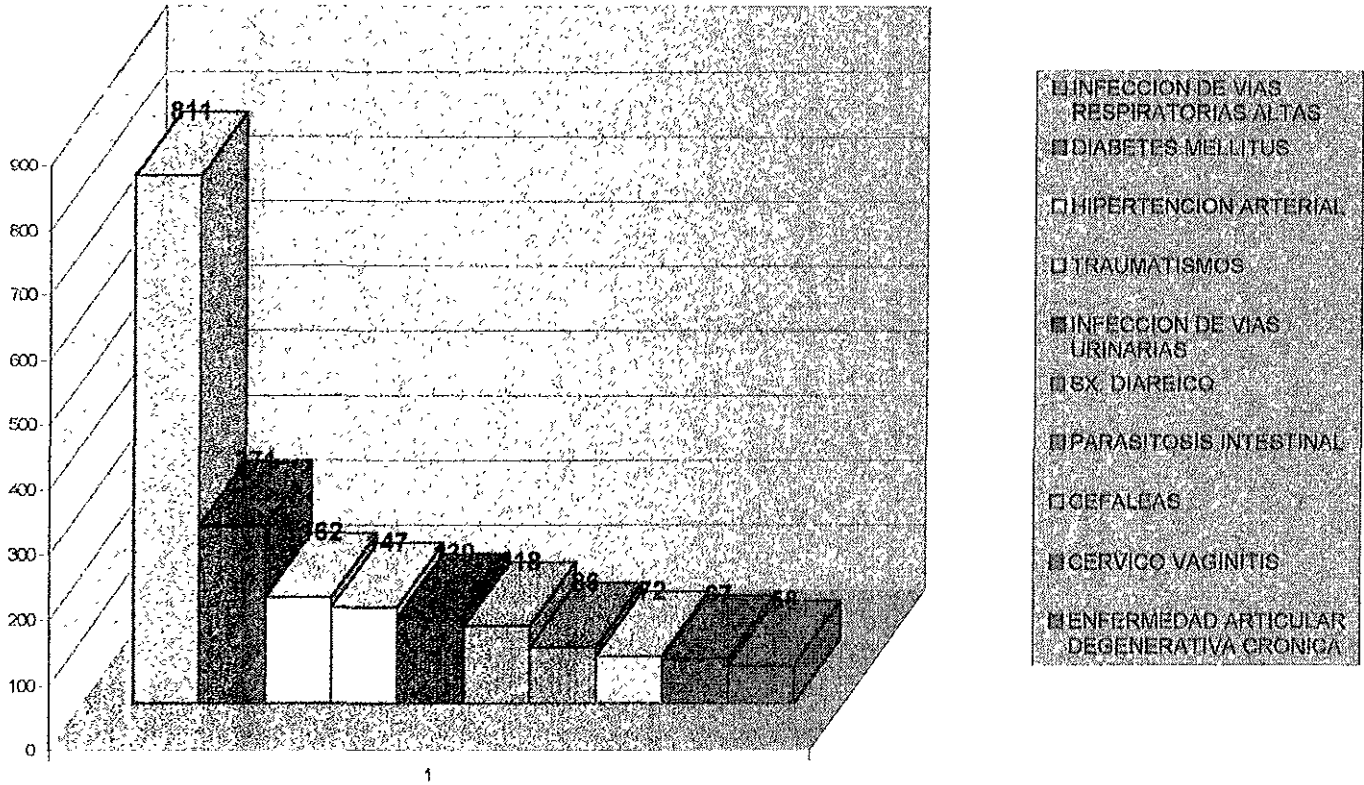
Fuente: Cédula de identificación familiar

LAS DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA DEL CONSULTORIO NO. 1 DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "A" XALOSTOC.
NOVIEMBRE 2000

1	INFECCIÓN DE VIAS RESPIRATORIAS ALTAS	811
2	DIABETES MELLITUS	271
3	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	162
4	TRAUMATISMOS	147
5	INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS	130
6	SX. DIARREICO	118
7	PARASITOSIS INTESTINAL	86
8	CEFALEAS	72
9	CERVICO VAGINITIS	67
10	ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA CRÓNICA	58

Fuente: Hoja de Informe Diario de Labores del Médico (Sm 10-1)

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA DEL CONSULTORIO NO. 1 DE LA CLINICA
 DE MEDICINA FAMILIA "A" XALOSTOC
 NOVIEMBRE 2000



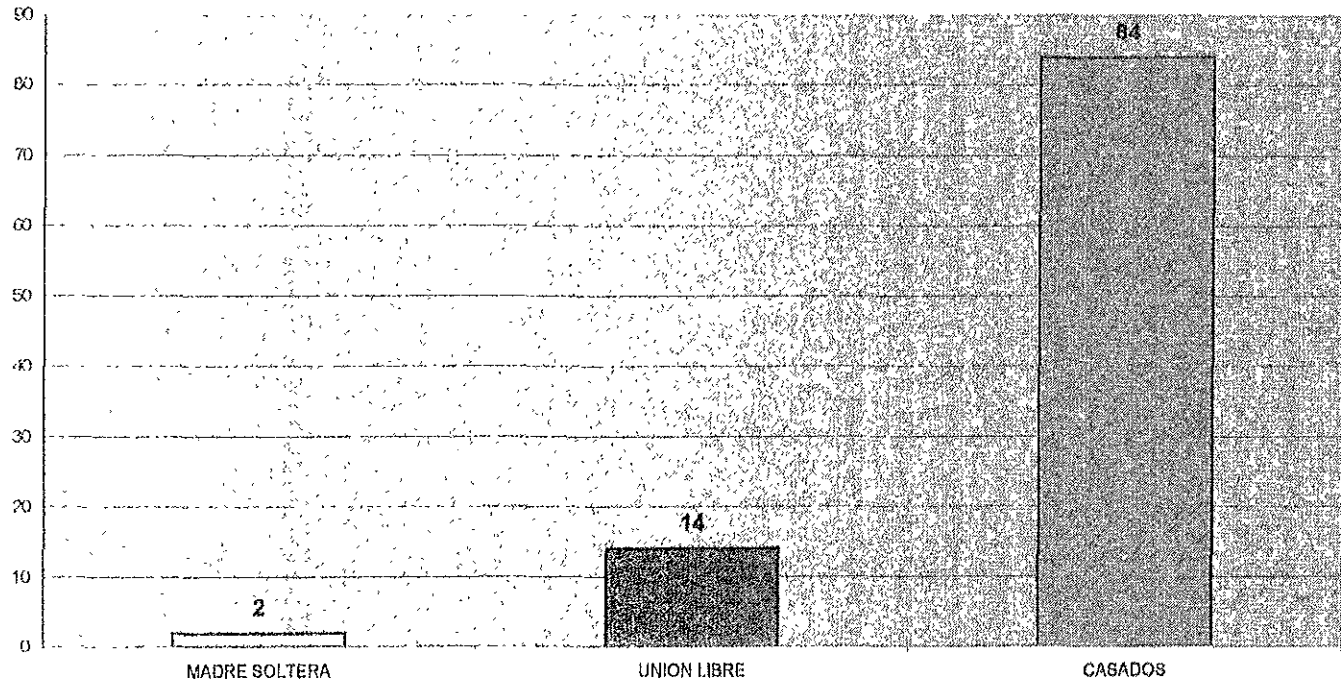
Fuente: Hoja de informe diario de labores del Médico (Sm10-1)

Distribución de las familias adscritas al consultorio 1 de la UMF "A" Xalostoc,
según Estado Civil. Noviembre 2000

ESTADO CIVIL	NUMERO	PORCENTAJE	TOTALES
CASADOS	84	84%	84
UNION LIBRE	14	14%	14
MADRE SOLTERA	02	2%	02
TOTALES	100	100 %	100

Fuente: Cédula de Identificación Familiar

MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR
Distribución de las familias adscritas al consultorio 1 de la UMF "A" Xalostoc, según
Estado Civil. Noviembre 2000

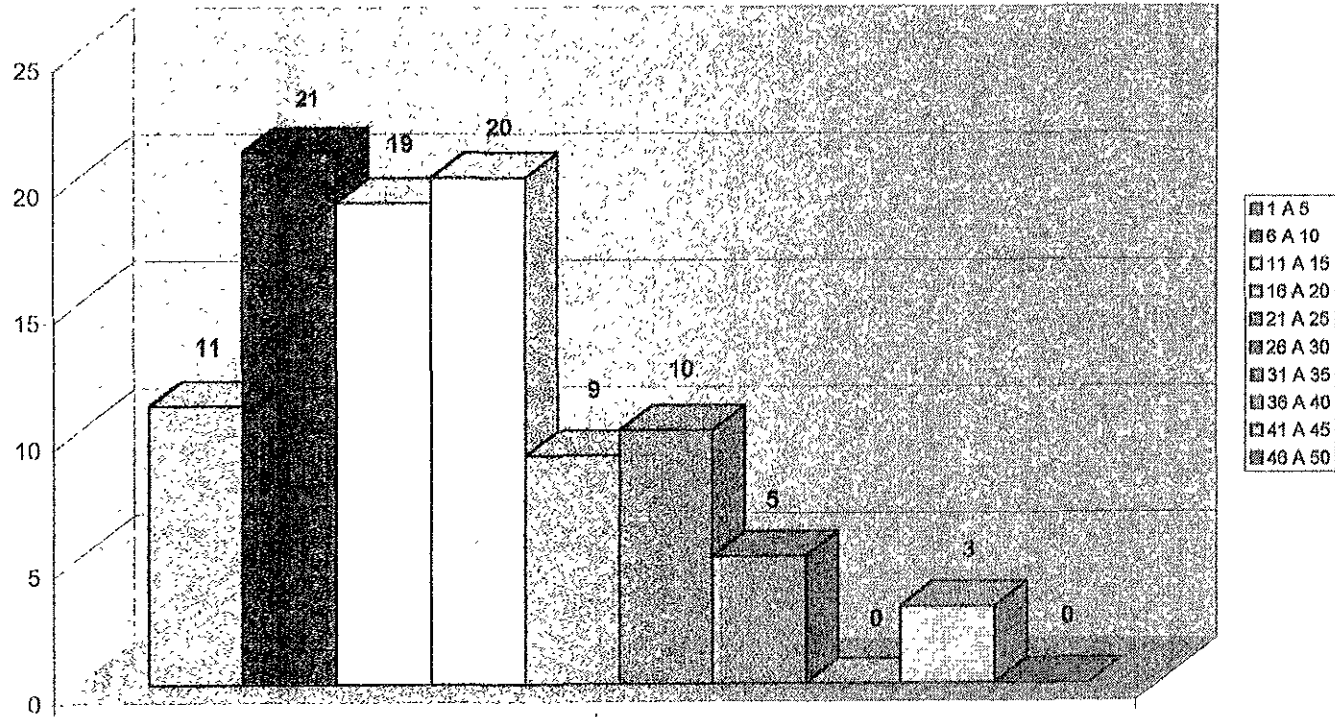


AÑOS DE UNION CONYUGAL, NOVIEMBRE 2000

AÑOS DE VIDA CONYUGAL	NUMERO	PORCENTAJE	TOTALES
1 - 5	11	11 %	11
6 - 10	21	21 %	21
11 - 15	19	19 %	19
16 - 20	20	20 %	20
21 - 25	09	09 %	09
26 - 30	10	10 %	10
31 - 35	5	5 %	5
36 - 40			
41 - 45	3	3 %	3
46 - 50			
TOTALES	98	98 %	98

NOTA: 2 MADRES SOLTERAS

Fuente: Cédula de Identificación Familiar



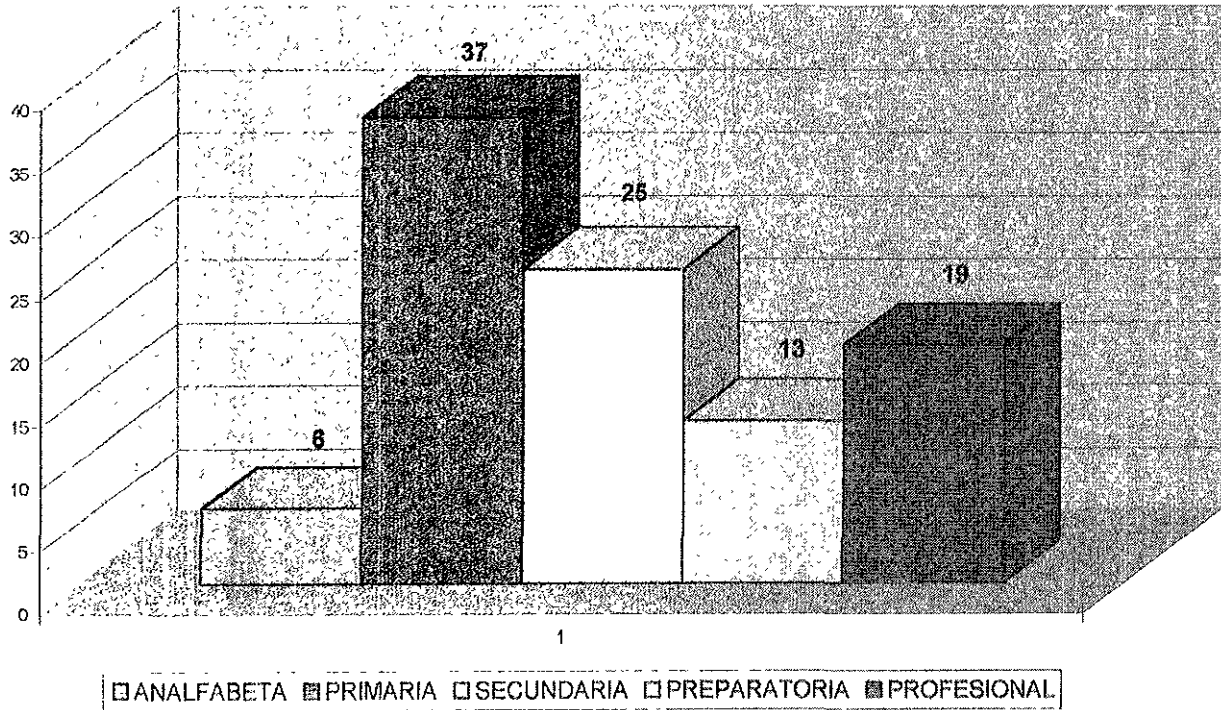
Fuente: Cédula de identificación familiar

MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR UMF "A" XALOSTOC C 1.
 ESCOLARIDAD DE CÓNYUGE ENCUESTADO. NOVIEMBRE 2000

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES	NUMERO	PORCENTAJE	TOTALES
ANALFABETA	6	6 %	6
PRIMARIA	37	37 %	37
SECUNDARIA	25	25 %	25
PREPARATORIA	13	13 %	13
PROFESIONAL	19	19 %	19
TOTALES	100	100 %	100

Fuente: Cédula de Identificación Familiar

MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR (SMF) A
XALOSTOC C 1. ESCOLARIDAD DEL CONYUGE CONSULTADO. NOVIEMBRE
2000

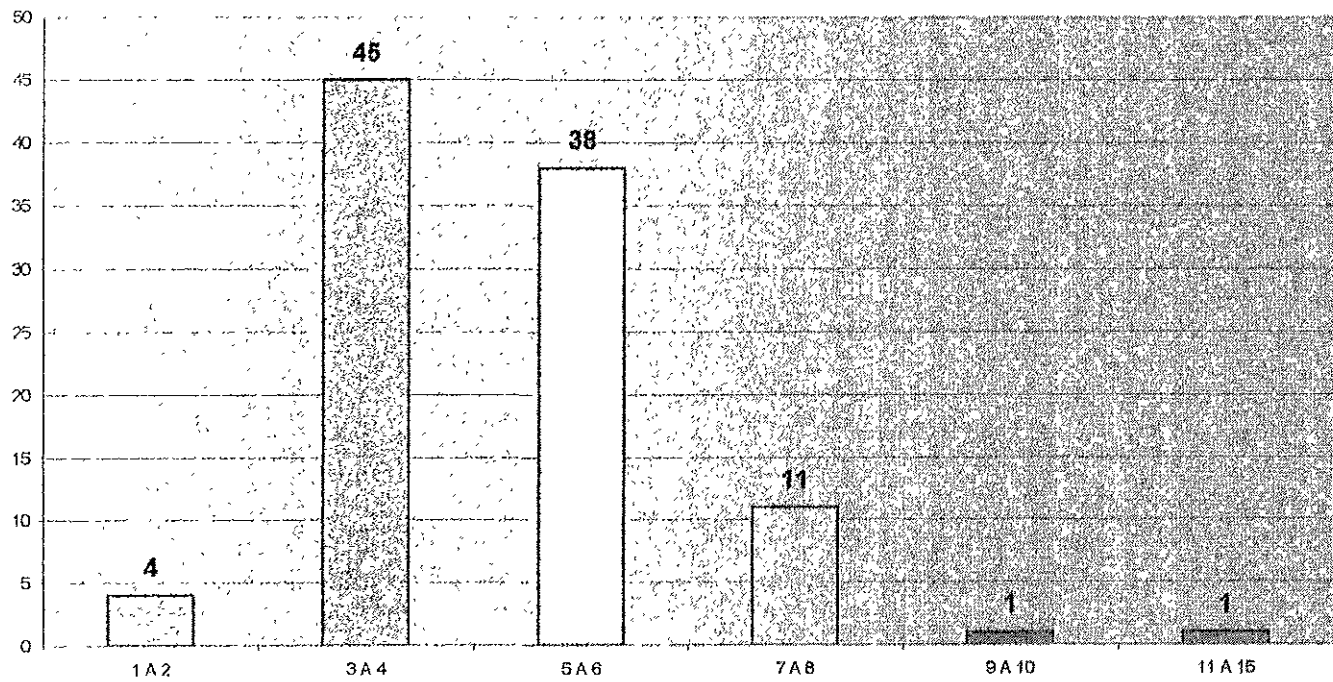


NUMERO DE INTEGRANTES POR FAMILIA. NOVIEMBRE 2000

NO. DE INTEGRANTES	NUMERO	PORCENTAJE	TOTALES
1 - 2	4	4 %	4
3 - 4	45	45 %	45
5 - 6	38	38 %	38
7 - 8	11	11 %	11
9 - 10	1	1 %	1
11 - 15	1	1 %	1
TOTALES	100	100 %	100

Fuente : Cédula de identificación familiar

MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR UMF "A"
XALOSTOC C 1. NÚMERO DE INTEGRANTES POR FAMILIA.
NOVIEMBRE 2000



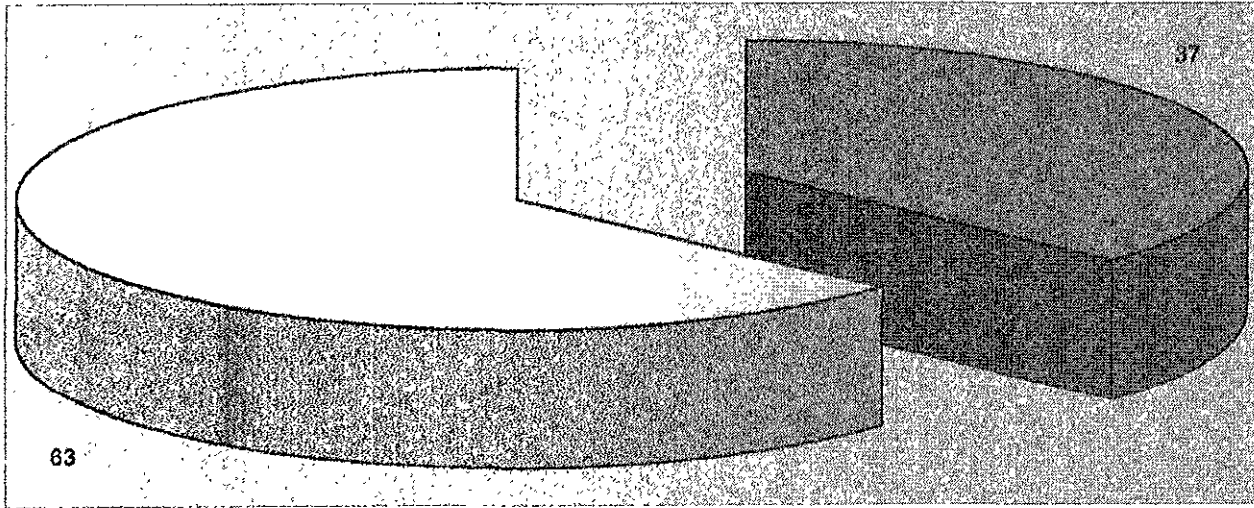
Fuente: Cédula de identificación familiar

MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR UMF "A" XALOSTOC C 1.
TIPO DE FAMILIA EN BASE A SU DESARROLLO. NOVIEMBRE 2000

TIPO DE FAMILIA	NUMERO	PORCENTAJE	TOTALES
MODERNA	37	37 %	37
TRADICIONAL	63	63 %	63

Fuente: Cédula de Identificación Familiar

MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MEDICO FAMILIAR CMF - X
XALOSTOC C 1. TIPO DE FAMILIA EN BASE A SU DESARROLLO. NOVIEMBRE
2000

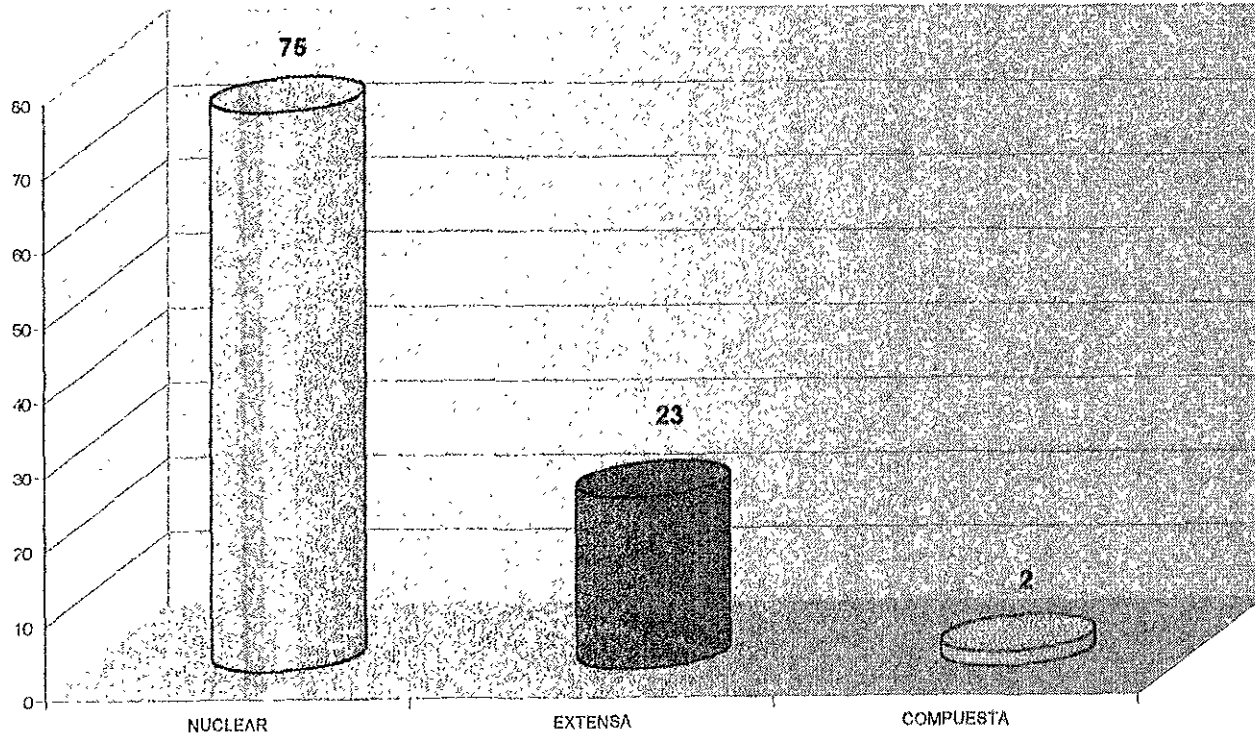


COMPOSICIÓN DE LA FAMILIA. NOVIEMBRE 2000

COMPOSICIÓN DE LA FAMILIA	NUMERO	PORCENTAJE	TOTALES
NUCLEAR	75	75 %	75
EXTENSA	23	23 %	23
COMPUESTA	2	2 %	2
TOTALES	100	100 %	100

Fuente: Cédula de Identificación Familiar

MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR UMF "A"
XALOSTOC C 1. COMPOSICIÓN DE LA FAMILIA. NOVIEMBRE 2000



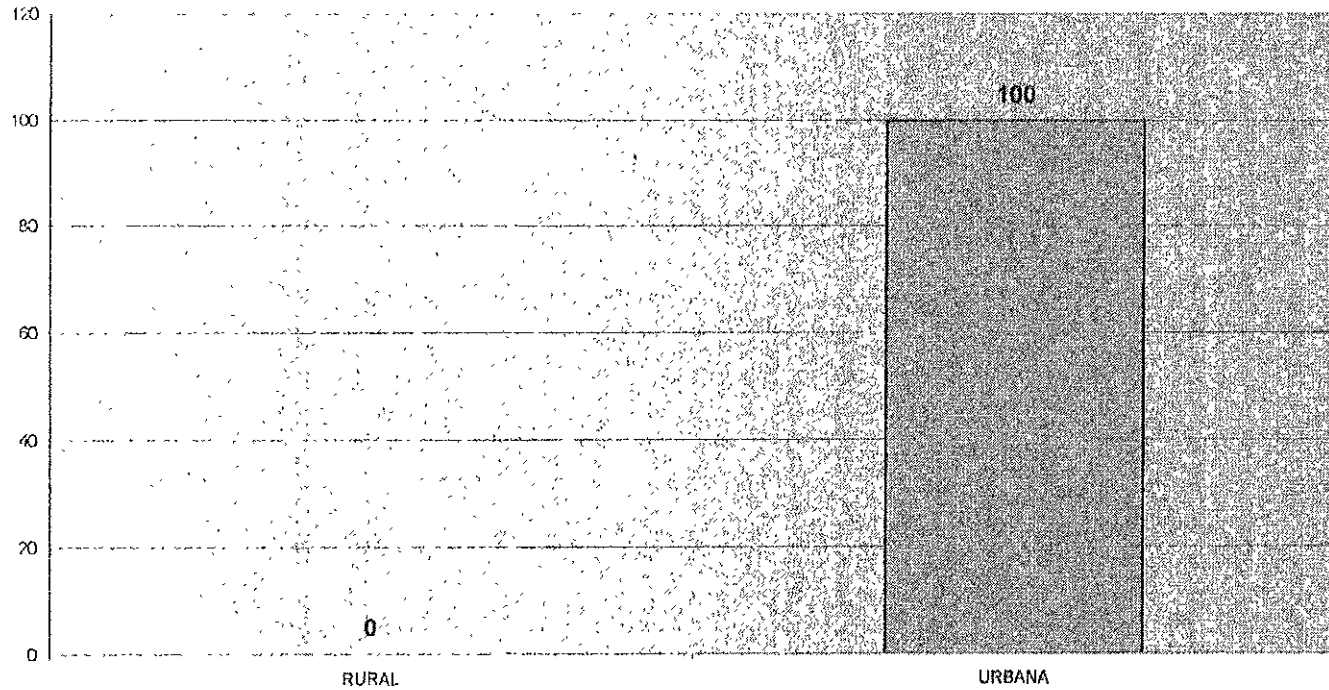
Fuente: Cédula de identificación familiar

MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR UMF "A" XALOSTOC C 1.
TIPO DE FAMILIA EN BASE A SU DEMOGRAFÍA. NOVIEMBRE 2000

DEMOGRAFÍA	NUMERO	PORCENTAJE	TOTALES
RURAL	0	0	0
URBANA	100	100 %	100

Fuente: Cédula de Identificación Familiar

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICO FAMILIAR UMF "A"
XALOSTOC C 1. TIPO DE FAMILIA EN BASE A SU DEMOGRAFÍA. NOVIEMBRE
2000

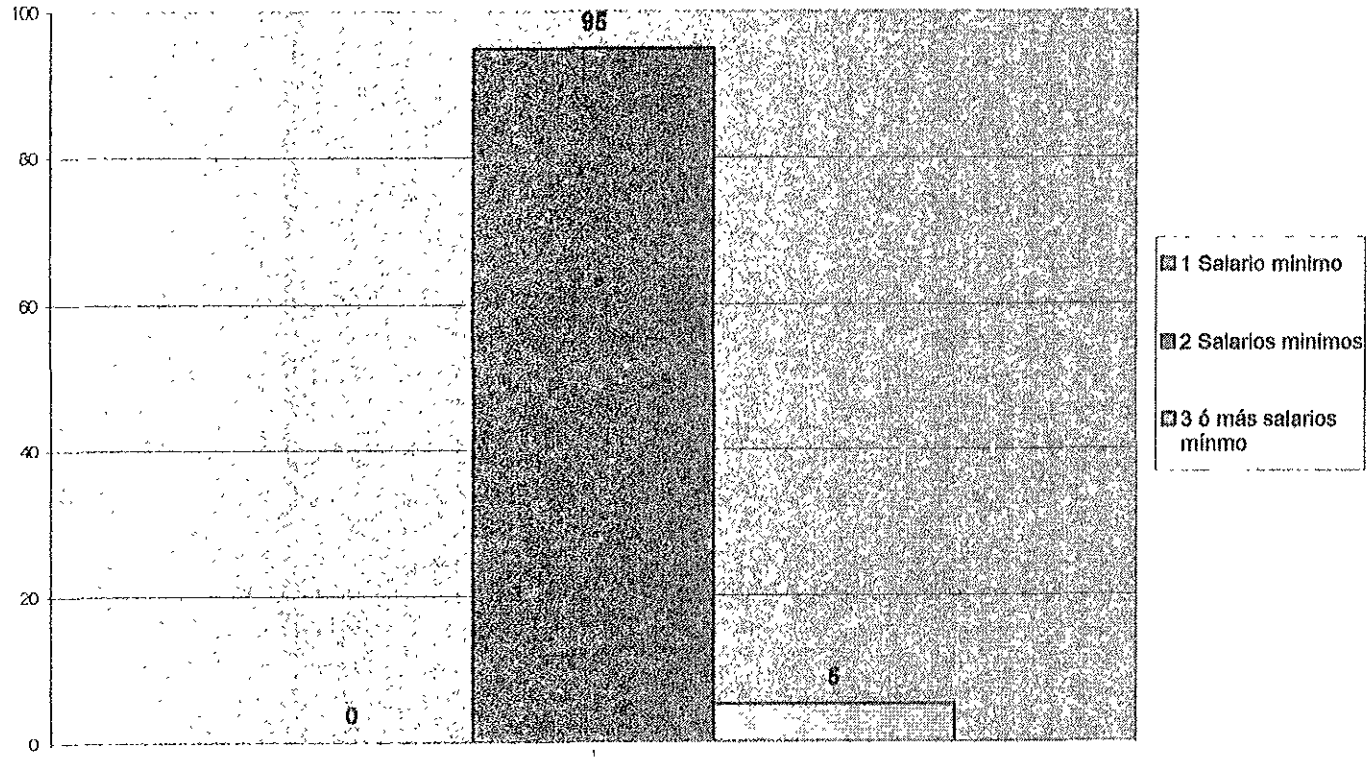


INGRESO MENSUAL DE LA FAMILIA. NOVIEMBRE 2000

INGRESO MENSUAL	NUMERO	PORCENTAJE	TOTALES
DE 1 SALARIO MINIMO	0	0 %	0
DE 2 SALARIOS MINIMOS	95	95 %	95
DE 3 Ó MAS SALARIOS MINIMOS	5	5 %	5
TOTALES	100	100 %	100

Fuente: Cédula de Identificación Familiar

MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR UMF "A"
 XALOSTOC C 1. INGRESO MENSUAL DE LA FAMILIA. NOVIEMBRE 2000



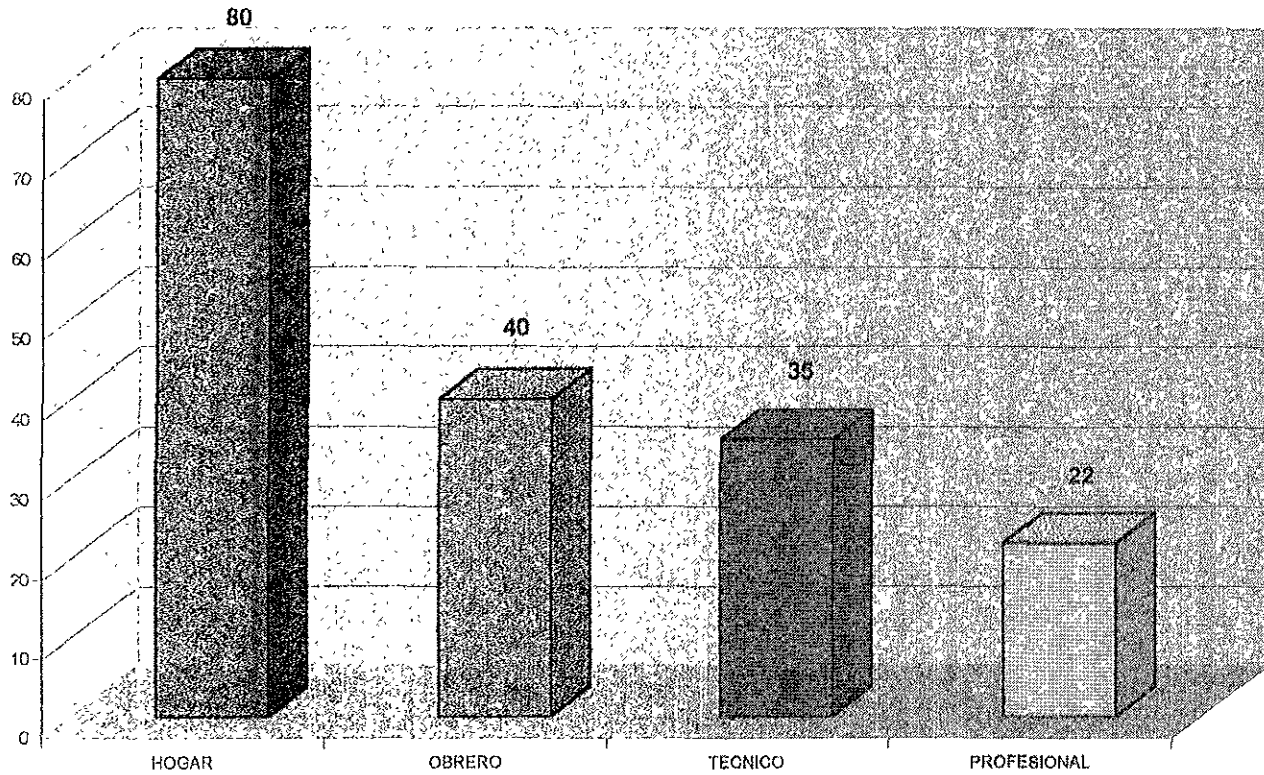
Fuente: Cédula de identificación familiar

OCUPACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA. NOVIEMBRE 2000

OCUPACIÓN PADRES DE FAMILIA	NUMERO	PORCENTAJE	TOTALES
HOGAR	80	45.2 %	80
OBRERO	40	22.6 %	40
TECNICO	35	19.7 %	35
PROFESIONAL	22	12.4 %	22
TOTALES	177	100 %	177

Fuente: Cédula de Identificación Familiar

MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR UMF "A"
XALOSTOC C 1. OCUPACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA. NOVIEMBRE 2000



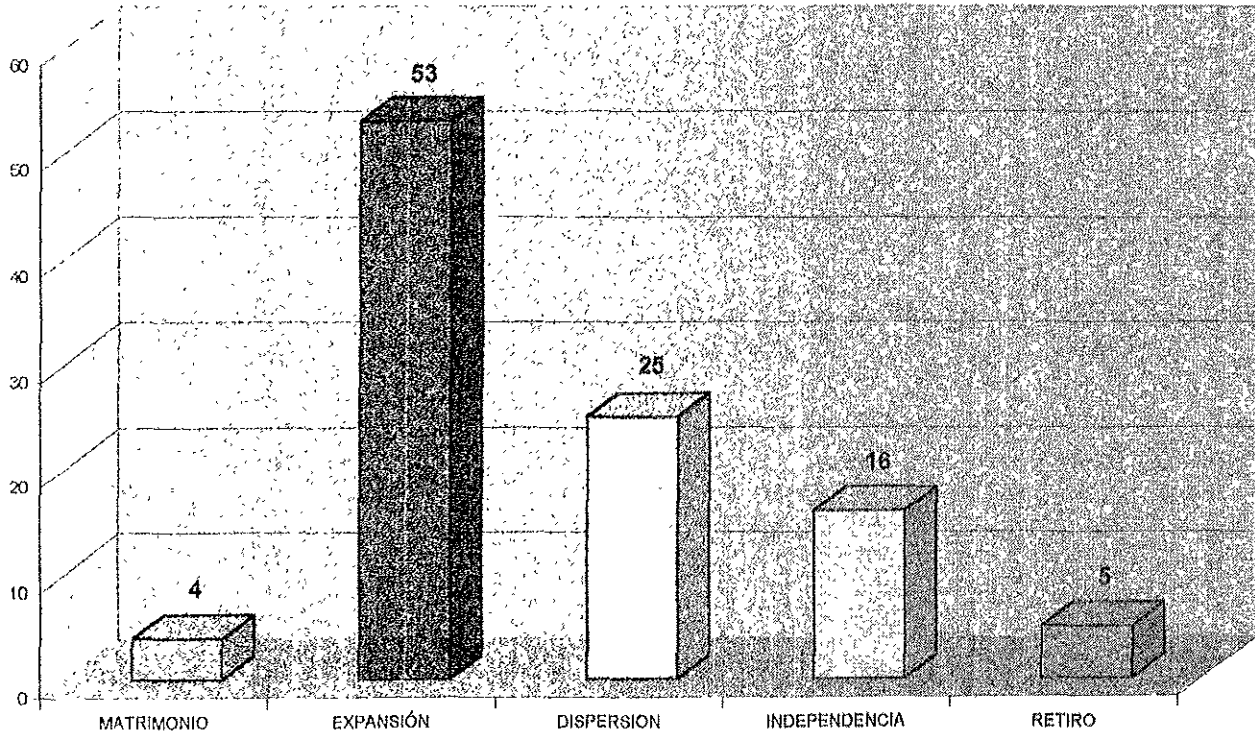
ETAPA DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA. NOVIEMBRE 2000

CICLO VITAL DE LA FAMILIA	NUMERO	PORCENTAJE	TOTALES
MATRIMONIO	4	4 %	4
EXPANSIÓN	53	53 %	53
DISPERSIÓN	25	25 %	25
INMDEPENDENCIA	16	16 %	16
RETIRO	5	5 %	5
TOTALES	100	100 %	100

Fuente: Cédula de Identificación Familiar

ESTADÍSTICA NO SUJE
 A LA SELECCIÓN

MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR UMF "A"
XALOSTOC C 1. CICLO VITAL DE LA FAMILIA. NOVIEMBRE 2000



Fuente: Cédula de identificación familiar

LISIS

La finalidad del MOSAMEF dar una interpretación de proceso salud y enfermedad de nuestra población diada, es por ello que se necesita tener frecuentemente actualizada nuestra morbilidad con el fin de proponer nuestras estrategias de acción.

Las enfermedades más frecuentes en el consultorio 1 de la UMF "A" Xalostoc se tiene que las enfermedades respiratorias ocuparon el primer lugar en la morbilidad en el grupo de edad entre, lo menores 4 años, las líneas de acción que se proponen son:

Capacitar a los padres de familia mediante mensajes en la sala de espera, pláticas informativas y educativas sobre el auto-cuidado de la salud haciendo especial énfasis en temporada de alto riesgo, en caso de enfermedad se les instruirá mediante los cuidados generales y los signos de alarma, de complicación de la enfermedad, estas acciones se llevarán a cabo por el equipo multidisciplinario de salud. De acuerdo a la lista de morbilidad general, las afecciones principales agudas según la frecuencia son las enfermedades respiratorias, según los estudios reportados por el instituto de epidemiología. (27)

Respecto a la diabetes Mellitus y la hipertensión arterial y la enfermedad articular degenerativa crónica se sabe que es frecuente observarlos dentro de los 10 primeros lugares de morbilidad, esto considerando que es frecuente encontrar estas patologías en el adulto joven (por cuestiones socioculturales y genéticas) y en la vejez, por lo mismo considerando que la esperanza de vida a aumentado. Es importante mencionar que este tipo de patologías se reciclan ya que un mismo paciente puede presentar las 3 patologías. Las propuestas son:

Realizar un censo real de pacientes con DM. HAS. EAD y pacientes de la tercera edad, con el fin de registrarlos, formar grupos de patología común y que reciban información por el equipo multidisciplinario de salud, lo cual se traducirá con un mejor conocimiento de nuestra población y una mejor calidad de vida.

Respecto a traumatismos es importante identificar en donde se producen más frecuentemente con el fin de proporcionar las medidas de seguridad, ya sea en el trabajo, hogar o vía pública. México alcanza una cifra mucho mayor con 35 muertes al año por cada 100 mil habitantes. En suma, la tasa global por accidentes, envenenamientos y violencia es un 80% mayor que la Cuba y un 50% más elevada que los estados Unidos (27)

Respecto al rubro de IVU. Sx. Diarreico, es importante la capacitación en medidas, higiénico-dietéticas y un programa de hidratación oral. Apegados por el equipo de salud.

Las cefaleas ocuparon el octavo lugar en la morbilidad del consultorio No 1. Aquí es importante destacar la patología orgánica y una vez descartada identificar cuales son los factores externos que las pudieran generar o lo son, el Estrés, Neurosis, Depresión con el fin de apoyar con un programa de salud mental.

Respecto a las parasitosis y las cervicovaginitis, su diagnostico, en su gran mayoría fue empírico, por lo que es importante apoyarnos con el laboratorio, con el fin de identificar los gérmenes causales y en caso de ser negativa, realizar una semiológica más profunda con el fin de llegar a un diagnostico de certeza.

Como antes analizado y sugerido observamos que el panorama de nuestro proceso salud y enfermedad es dinámico y cambiante por lo que debemos de estar actualizados y nuestras familias también cambian, tienen estrés y desequilibrio psicopsicosocial por lo tanto de enfermedad. Es por ello que el medico familiar tiene que preocuparse en el 100 % con ellos y con su proceso de salud-enfermedad con el fin de anticiparnos al daño para poder proporcionar una mejor calidad de vida.

o de familia en base a su desarrollo, en la que se encuentran nuestros derechohabientes, con un 63% dando el 1er lugar la familia tradicional, ya esperábamos este resultado ya que por la cultura en que vivimos se da este tipo de familias, este fenómeno ya estudiado por el Dr. Irigoyen y Col. Señalan a la familia tradicional con un 50%. (4)

Analizo el ciclo vital de las familias el cual se encuentra en etapa de expansión con un 53%, esta etapa es importante ya que se incorporan nuevos miembros de la familia, en esta etapa la pareja debe lograr un equilibrio, para que sea funcional para la toma de decisiones en la formación y crianza de los hijos. En esta etapa es donde se dan las siguientes funciones de la familia Socialización, atención, afecto.

Nivel económico de las familias estudiadas, no es favorable ya que su ingreso mensual es de 2 salarios, tenemos el cual no es satisfactorio para cumplir con sus necesidades básicas como: alimentación, vestido, vivienda, transporte, etc; en términos generales la demanda aumenta junto con el ingreso percapita familiar.

Nivel de escolaridad del cónyuge encuestado, en este caso la mayoría tienen la primaria un 37% seguidos por 25% con sec. Y el 19% son profesionistas. Es importante resaltar estos porcentajes ya que a medida que el padre de familia ó uno de ellos tenga mejor preparación, la petición de los servicios médicos mejorara de acuerdo a su problemática de salud. Estos datos representan los grandes rezagos en materia de educación que tiene el estado

Número de años de unión conyugal fueron de 6 a 10 años con 21% seguido de un 20% de 21 a 25 años y en tercer lugar el 19% con 11 a 15 años de unión conyugal, lo que demuestra una vez mas que en esta zona la población sigue respetando el matrimonio. un número de integrantes por familia de 3 a 4 que un 45% de la muestra estudiada.

Número de integrantes por familia, Dentro de nuestras encuestas obtuvimos los siguientes resultados, el 38% del total de la muestra estudiada la integran 3 – 4 integrantes por familia seguida de un 38% con 5 – 6 integrantes.

Estado civil, según resultados de las cédulas de identificación familiar (MOSAMEF B1) encontramos que en su gran mayoría las familias adscritas al C 1 de la UMF "A" xalostoc, todavía creen que el matrimonio es el núcleo básico de la sociedad y lo respetan como tal, ya que el 84% de la población se encuentra casada, un porcentaje elevado con respecto a las tendencias nacionales y mundiales (CENSO poblacional 1990 y OMS 1995)

Composición de la familia. El 75% son familiares nucleares, el 23% extensas y el 2% familias compuestas; estos datos son un reflejo de los problemas económicos, ya que por los mismos ahora es más difícil mantener a más personas por lo que las grandes familias de antaño han tenido que dividirse para poder alcanzar un mejor nivel vida.

Según base a su demografía, tenemos que el 100% fueron urbanas y cuentan con todos los servicios domiciliarios.

En el ciclo familiar, dentro de este rubro tenemos que las familias de nuestro estudio se encuentran en etapa de expansión con un 53% y los porcentajes van decreciendo hasta alcanzar su punto mínimo en las

familias en la etapa de retiro, estas cifras concuerdan con las tendencias demográficas en países en vías de desarrollo y en algunos países desarrollados de América del Norte, Oriente y Oceanía; donde el grueso de familias se encuentran en la etapa de desarrollo formando una pirámide poblacional con la base más ancha, por el contrario de los países desarrollados en Europa Central principalmente, donde las familias se encuentran en su mayoría en la etapa de retiro (29).

CONCLUSIONES

En el estudio MOSAMEF se logró detectar las características socio-médicas de los derechohabientes, las cuales incluyen el factor médico, social y cultural, del consultorio 1 de la UMF "A" Xalostoc.

En el consultorio No 1 de la UMF "A" Xalostoc en base a las 10 principales causas de atención de consultas diarias fueron: infección de vías respiratorias altas, diabetes mellitus, hipertensión arterial, asma, infecciones de vías urinarias; Sx. Diarreico, parasitosis Intestinal, cefaleas, Cerviño vaginitis, y artrosis articular degenerativa crónica.

Se identificaron las características familiares de la muestra estudiada, encontrando que la mayoría son familias urbanas, que cuentan con un ingreso económico bajo, su educación fue principalmente la primaria, donde se observa un 25% con secundaria y un 19% son profesionistas.

Respecto a las familias que se estudiaron la mayoría son familias nucleares, tradicionales, bien integradas y encontrándose en el ciclo vital en etapa de dispersión en su mayoría.

El número de hijos que integran en promedio de las familias en estudio son de 2 a 3 hijos.

Se encontró mucha similitud con la problemática de salud a nivel nacional y con países tercermundistas. En este estudio encontramos que los factores económico, político, social y cultural están íntimamente ligados entre sí, por lo que este trabajo cumple con los objetivos donde se han cualificado los principales problemas y se han identificado.

Finalmente se cumplió satisfactoriamente al haber clasificado las 10 principales causas de demanda de consulta de nuestra población derechohabiente, así como haber clasificado los núcleos familiares y conocer la forma real de la estructura de cada familia, sus necesidades y limitaciones, lo que permite un mejor conocimiento de nuestra población, por lo que concluiría diciendo, que la aplicación del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar tiene demasiadas bondades y que debería promoverse su establecimiento en la atención médica familiar.

- 1) Iam R. Mc. Whinney, "Medicina de Familia", Edit. morisy/Doyma Libros , Ed. I, Español, 1995
- 2) Arnulfo Irigoyen Coria, "Diagnostico Familiar", Edit, Medicina Familiar Mexicana 5ta edición 1996
- 3) Joaquín Ocampo Martínez , "Del Código de Numeremberg a la Declaración de Helsinki II", Rev. De la Facultad de Medicina UNAM, Vol. 41, Numero 6 Noviembre -Diciembre 1998
- 4) Irigoyen C. A. 1996, "Fundamentos de Medicina Familiar", ED. Medicina Familiar, 4ta edición México, D.F. .
- 5) Arnulfo Irigoyen Coria y Col. ; "A Cuarenta años de la Propuesta de Atención Médica Familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social", Rev.Méd. IMSS 1993, Vol. 31 p.p. 287-291
- 6) Cuevas ML Uriostegui MCD 1991; "Relaciones entre Medicina y Paciente en la consulta Externa de Unidades de Primer Nivel de Atención Medica", p.p. 576-584
- 7) Julio Ceitlin, "¿Que es la Medicina Familiar?" Edit, Arte 2da Edición 1982
- 8) Ignacio Méndez Ramírez et al. El protocolo de investigación, Lineamientos para su elaboración: Ed. Trillas 1996
- 9) Julio Ceitlin , Tomás Gómez Gascón, "Medicina de Familia : La clave de un nuevo modelo", Edit. semFYC y CIMF 1997.
- 10) Juan José Ramírez y Col. "La investigación en Medicina Familiar: Limitaciones y Alternativas", Rev. IMSS, 1993, Vol. 33: pp. 223 - 226.
- 11) Rubén Velasco orellana ; 1992 , "Reflexiones y Pronostico de Medicina Familiar" , Rev. Méd. IMSS, No 4 Vol. 30
- 12) Rubén Velasco Orellana y Víctor Chávez Aguilar, "La disfunción Familiar, un reto Diagnostico Terapéutico", Rev. Med. IMSS 1994, Vol.32 , pp 271 – 275.
- 13) Economía y Salud "Propuestas para el avance de Sistema de Salud en México Ed. Fundación Mexicana para la Salud , pp. 100 –123
- 14) Jesús Kumate Rodríguez, 1990 " la Mortalidad" en México" , Gaceta Medica de México Vol. 126, NO 6 PP 475 – 479
- 15) C. Jiménez Meza y Col. "Análisis de la Cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud según grupos de edad" , Atención Primaria Vol 12 No 5 1993

- 6) M.P. Estebanal arnal, J.A. y Col. "Actuación derivada de la aplicación de un programa de actividades preventivas", Atención Primaria, Vol. 10 Num. 1. 1992
- 7) Jhon Fry. "la Contribución de la investigación al mejoramiento de la Practica Familiar
- 8) Juan Manuel Saucedo García, "Psicología de la vida en familia: una visión estructural" Rev. Med. IMSS, 1991. Vol. 29, pp. 61 -67.
- 9) Lauro Estrada Inda, El ciclo vital de la familia, Edit. Posada. 7ma edición 1993
- 20) <http://www.ssa.gob.mx>
- 21) <http://www-inegi.gob.mx>
- 22) <http://altavista /query/disease/.com>
- 23) <http://www.doc/h78/mcd/br>
- 24) <http://www.familymedical.org/h78/.com>
- 25) apuntes de la residencia de Medicina Familiar de la UMF 20 IMSS. Delegación I noroeste del D.F.
- 26) A. Martín Zurro y col. "Actividades de prevención y promoción de la salud en las consultas de atención primaria. Ed. Manual de atención primaria . Barcelona, Doyma, 1889, pp.661-671
- 27) Daniel López Acuña. "La Salud Desigual en México" Edit. Siglo veintiuno editores. 9ma edición 1993
- 28) Bernardo Sepúlveda Gutierrez y Luis Méndez Hernández, "Programa para la implantación del nuevo Sistema Médico Familiar" , Rev. Méd IMSS 1993, Vol. 31, pp 407 - 410.
- 29) Base de Datos ITESM Campus Edo. Mex.. Enciclopedia Multimedia Grolier.

ANEXOS

- A) HOJA TABULAR ESTUSIO SISTEMATICO FAMILIAR**
- B) HOJA INFORME MEDICO DIARIA. FORMA SM 10-1**

ANEXO 2

Glosario de términos para el llenado de la hoja de identificación familiar

Familia:	Se anotarán los apellidos que identifiquen a la familia
Años de unión conyugal:	Anotar en años cumplidos el tiempo que llevan de vivir en pareja
Escolaridad:	Se anotará el grado máximo de estudios que haya alcanzado el entrevistado
Domicilio:	Se anotarán Calle, Numero, (interior si lo hubiere) Colonia y Código Postal
Familia moderna:	Se considera así cuando ambos conyuges trabajan fuera del hogar
Familia tradicional:	Es la familia en que sólo uno de los conyuges trabaja fuera del hogar
Familia urbana:	Es la familia que habita en una comunidad de mas de 5000 habitantes, y que cuenta con los servicios basicos de urbanización agua entubada (intra o extradomiciliaria), energía eléctrica, drenaje subterráneo y pavimentación
Familia suburbana:	Es la familia que habita en una comunidad de mas de 5000 habitantes y que carece de alguno de los servicios basicos 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 hay familiares con lazos consanguíneos, amigos, etc)
Ocupación de los padres de familia:	Se anotaran las ocupaciones de ambos padres Ejemplo Padre albañil, madre hogar
Etapas de expansión:	Comprende desde el nacimiento del primer hijo hasta la presencia de algun acontecimiento que defina alguna de las siguientes etapas
Etapas de dispersión:	Comprende el periodo en que todos los hijos acuden a la escuela, pero ninguno de ellos trabaja
Etapas de independencia:	Se inicia cuando se ha dado lugar a la formación de nuevas familias (cuando alguno de los hijos ya se ha casado)
Etapas de retro:	Se inicia cuando todos los hijos han abandonado el nucleo familiar o cuando los padres se han jubilado

IDENTIFICACION FAMILIAR

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

Años de unión conyugal: _____

Nombre de la persona que responde el test: _____

Edad. _____ Sexo. M F Escolardad: _____

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 () Semirurbana ()

Composición: Nuclear ()
Extensa ()
Compuesta ()

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

Ocupación de los padres de la familia: _____

Etapa del ciclo vital familiar: Expansión () Dispersión ()
Independencia () Retiro ()

Observaciones: _____

IDENTIFICACION FAMILIAR

ESTUDIO DE LA COMUNIDAD

(ANEXO 1)

_____ Edo. Civil Casados ()
U. Libre ()
Años de unión conyugal _____

_____ re de la persona que responde el Test _____

_____ Sexo M F Escolaridad _____

_____ del Padre _____ Edad de la Madre _____

_____ ro de hijos (hasta de 10 años de edad) _____

_____ ro de hijos (de 11 a 19 años de edad) _____

_____ ro de hijos (de 20 o más años de edad) _____

TOTAL _____

_____ de Familia ; marque con una equis (X)

_____ rollo; Moderna () Demografía ; Urbana ()
Tradicional () Rural ()

_____ osición ; Nuclear ()
Extensa ()
Compuesta ()

_____ sos mensuales aproximados ; De 1 salario mínimo () ()
De 1 a 2 salarios mínimos () ()
3 o más slarios mínimos ()

_____ ación de los padres de la familia; _____

_____ a del ciclo vital de la Familia, Expación () Dispersión ()
Independencia () Retiro ()

_____ rvaciones. _____

**CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS
PARA CAUSA DE CONSULTA DE ENERO - DICIEMBRE DE 1995
(ANEXO 2)**

GRUPO DE EDAD Y SEXO																		
DIAGNOSTICO	0-9 /12		1 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 19		20 - 24		25 - 30		31 - 34		34 o MAS	65 O MAS

Fuente : Hoja de informe diario del médico

Formato SM10-1