



11226
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

82

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA
HOSPITAL GENERAL PACHUCA I.S.S.S.T.E.

MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A:
DRA. CECILIA MARTÍNEZ PEDRAZA



ISSSTE

ISSSTE



HOSPITAL
GENERAL
PACHUCA

PACHUCA, HGO., 1995



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.

MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

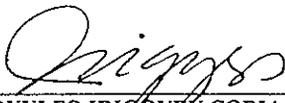
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DRA. CECILIA MARTÍNEZ PEDRAZA

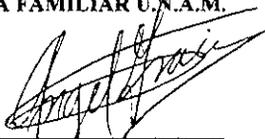
AUTORIZACIONES:



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



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



DR. ANGEL GRACIA RAMÍREZ
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.

MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

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

DRA. CECILIA MARTÍNEZ PEDRAZA.

AUTORIZACIONES:



DR. BENJAMÍN NAJERA ISLAS.

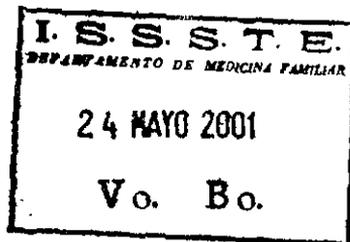
PROF. TITULAR DEL CURSO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES EN PACHUCA HIDALGO.



DR. JOSE CASTRO CANTE.
ASESOR DE TESIS
ISSSTE.



DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.



DEDICATORIA

A MIS HIJOS

Con todo mi amor y cariño

A MIS PADRES Y HERMANOS

Por todo ♪ su apoyo y comprensión
de toda la vida

CONTENIDO

MARCO TEÓRICO	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
JUSTIFICACIÓN	29
OBJETIVOS	30
HIPÓTESIS	31
METODOLOGÍA	
TIPO DE ESTUDIO	32
POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	
CRITERIOS DE SELECCIÓN	
CRITERIOS DE INCLUSION	
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	
VARIABLES DE MEDICIÓN	
METODO DE CAPTURA DE LA INFORMACIÓN	
CONSIDERACIONES ÉTICAS	35
RESULTADOS	36
ANÁLISIS	48
SUGERENCIAS	49
CONCLUSIONES	50
BIBLIOGRAFIA	51
ANEXOS	52

MARCO TEÓRICO

1.- FAMILIA

ANTECEDENTES

El ambiente social en el que el individuo se desarrolla es determinante para el desenvolvimiento adecuado del proceso de socialización. En este proceso influyen la escuela y la religión, así como la familia, e indudablemente que es el ambiente familiar el de mayor importancia. De las relaciones que entre los miembros de la familia se establezcan dependerá el adecuado desarrollo de sus elementos.

Ackerman, considera a la familia como un grupo en el que experimentamos nuestros amores más fuertes, nuestros odios más grandes, donde disfrutamos las satisfacciones más profundas y las penas más intensas.

Richardson, en 1948 fue uno de los primeros en observar al paciente dentro del contexto de su familia al mencionar ... decir que el paciente tiene familia es igual a decir que el órgano enfermo es parte del individuo...

Meissner señala que la enfermedad en el ser humano además del componente patológico consta de uno ecológico en el que la familia constituye en contexto social más significativo y duradero.

Como se observa, en el ambiente familiar se transforma en un medio que puede influir favorable o desfavorablemente en la historia natural de la enfermedad. Y a raíz de que se ha precisado que la familia afecta a la salud del individuo y con ello a la sociedad, la ciencia médica está actualmente retomando a este grupo social como unidad de análisis.

El mundo occidental enfrenta constantes cambios, por lo que la familia requiere adaptarse a la sociedad transformándose al mismo tiempo

Precisamente por las dificultades que implica la transición, la tarea de apoyo que la familia brinda a sus miembros adquiere más importancia que nunca, ya que solo la familia puede transformar, y al mismo tiempo mantener una continuidad suficiente (1).

Un individuo con diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a su familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre la conducta terapéutica y, por lo tanto, en el control de la diabetes (2).

Las actitudes de los parientes acerca del dolor, invalidez, regímenes terapéuticos; en la diabetes pueden establecer la reacción del paciente a sus síntomas o complicaciones.

El estudio que tiene la influencia que tiene la familia sobre el individuo diabético resulta complicado, como por los parientes y la red social que los rodea con frecuencia son los de gran magnitud.

Las reacciones de la familia ante la presencia de la enfermedad dependerán de varios factores. del tipo de familia, la cultura y educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a la enfermedad y sus tratamientos, lo que influye en el enfermo.

ETIMOLOGÍA

A continuación se incluyen algunas de las definiciones etimológicas de la palabra familia que resultan más concordantes con nuestro estudio, recordando que la etimología nos proporciona el origen de las palabras, la razón de su existencia, de su significación y de su forma.

El Márquez de Morante propone a la palabra familia como derivada del latín *fámulos*, que significa sirviente o esclavo doméstico. En un principio la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre

HIPÓTESIS ETIMOLÓGICAS DEL ORIGEN DE LA FAMILIA

AUTOR

CONCEPTO ETIMOLÓGICO

Taparelli

La palabra familia deriva del latín **fames** que significa **hambre**, ya que es una de las necesidades que resulte esta asociación.

Márquez de Morante

La palabra familia deriva de **fámulos** (siervo), a su vez del primitivo **famul** originado de la voz osca famel significa esclavo.

Mendizábal y Martín

El origen de la familia deriva de **femes** (hambre), por lo que tenemos en castellano; hambriento de hambre, hambriento

Rodríguez de Cepeda

Conjunto de personas que viven bajo un mismo techo subordinados a un superior común, y unidos por vinculados que se derivan inmediatamente de la ley natural.

Trendelenbrug

Existe en la familia tres sociedades unidas: la conyugal, la filial y la heril.

Anónimo del siglo XIII

Gente que vive en una casa autoridades del señor de ella

Fernández de Moratín	Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje.
Góngora	Cuerpo de una orden o religión o parte considerable de ella.
Alarcón	Gente que el señor sustenta dentro de su cama (1) (2)

DEFINICIÓN

CONSENSO CANADIENSE

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

CONSENSO NORTEAMERICANO

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

SEGÚN LA O.M.S

Menciona en su documento serie “M” número 44 en relación a los principios y recomendaciones relativos los censos de población 1970, que como familia se entiende a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio

Aunque el término familia se ha definido de distintas formas, el grupo formado por marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica de la cultura de occidente, conservando aún responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otórgales apoyo emocional y físico.

Por otra parte, la familia es la institución básica de la gran mayoría de las sociedades humanas, representando al fundamento lógico de todo desarrollo cultural. Si entendemos a la familia como una asociación que se caracteriza por una relación sexual los suficiente precisa y duradera para facilitar la procreación y crianza de los hijos, encontramos que el grupo familiar gira entorno de la legitimación de la vida sexual entre los padres y de la formación y cuidado de los hijos.

Este concepto no establece diferencia en cuanto a cómo la familia sea definida o cómo esté constituida, siempre y cuando los individuos estén involucrados emocionalmente entre ellos y en estrecha proximidad geográfica.

En la familia existen niños, jóvenes y viejos, corpulentos y pequeños, altos y bajos de estatura, fuertes y débiles, en fin una gran cantidad de dualidades están presentes. De la diferencia nace la unión, de la unión nace la diferencia y nuevamente la unión y así a perpetuidad (1) (2).

FUNCIONES ESENCIALES DE LA FAMILIA

SOCIALIZACIÓN

La tarea primordial de la familia es transformar en un tiempo determinado a un niño totalmente de sus padres en un individuo autónomo con plena independencia para desarrollarse en la sociedad. Los estudios de la familia han colocado la madre como un educador primario de la familia, con la responsabilidad de socializar en la etapa lactante y pre- escolar constituyéndose en parte como un soporte a sus acciones, por lo menos en estas etapas primarias. ya que posteriormente la responsabilidad de socializar a los nuevos miembros de la familia es compartida por profesores, padres, clubes, Ftc

CUIDADO

Esta función significa para la vida familiar, el resolver de la manera más adecuada las necesidades de alimentación, vestido, seguridad física acceso a los sistemas de salud, Etc. En cada uno de sus miembros. Para Coon y otros investigadores se encuentra una relación directamente proporcional entre larga vida / estándares de salud satisfactorios y el nivel socioeconómico familiar.

AFECTO

En cuanto a la institución familiar se refiere consistente en proporcionar ánimo, amor y cariño. Al observar críticamente a la familia desde un enfoque de sistemas, se concluye que cada uno de los subsistemas que la componen como son: el conyugal, paternal, filial, etc.; se encuentran estrechamente relacionados por la necesidad de cubrir sus necesidades afectivas, proporcionando así, la recompensa básica de la vida familiar.

REPRODUCCIÓN

Históricamente el matrimonio como una institución legal, sacramento de la iglesia, etc.; nace para regular dos factores fundamentales dentro de la familia y por lo tanto de la sociedad: el ambiente sexual y la reproducción. La reproducción cumple una función esencial de la familia que es proveer de nuevos miembros a la sociedad.

ESTATUS Y NIVEL SOCIOECONÓMICO

El término estatus se deriva de la locución latina **statuquo** que en castellano se emplea como sustantivo en la diplomacia para describir el estado de cosas anterior o posterior a la guerra. De ahí que resulta más correcto hablar de niveles socioeconómicos que de status socioeconómico. Aceptado en le

concepto dinámico de la familia como institución mediadora entre el individuo y la sociedad entenderemos claramente como el conferir a un miembro de la familia tal o cuál nivel socioeconómico equivale a transferirle derechos y tradiciones, esta conducta familiar se ejemplifica claramente en la expectación que causaba el nacimiento del primer hijo, los mayores recursos de la familia eran invertidos en el primer nacimiento, más aún cuando se trataba de un hijo varón en quien la responsabilidad familiar se transmitía y prolongaba, pues la mujer más que como principio, se consideraba como fin de la familia (2)(3).

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y DE LA FUNCIONALIDAD

FAMILIAR

Los instrumentos más útiles que tiene el médico familiar para evaluar el funcionamiento de sus familias son: El familiograma, el modelo Mc Master el modelo fases II, modelo fases II- DIF y el Apgar familiar.

El *familiograma* es el método más empleado por el médico familiar para interrogar sobre dinámica familiar durante su consulta diaria. Este método requiere el conocimiento de su código de manejo y aunque sus catorce aspectos que dan información brindan un panorama amplio de la dinámica de la familia en cuestión, hay algunos puntos que, como menciona Bustos y Becerra, no son valorados adecuadamente, dado que su código no es lo suficientemente completo.

De los modelos Mc Master y Fases II, se consideran que son métodos que se aplican más detalladamente a familias en las cuales se detecte psicopatología. Sin embargo, dentro de las desventajas que mencionan Bustos y Becerra, está la de que han sido empleados en familias no mexicanas y por tal motivo no se puede confiar en que los buenos resultados también se obtengan al aplicarlos en nuestro medio. El modelo Fase II-DIF, con estructura similar al inicial Fases II, se considera que puede llegar a ser un instrumento de aplicación a nuestro medio, ya que actualmente se está trabajando en el Instituto Nacional de Salud Mental y se tendrá que esperar más que considerarlo aplicable a las familias mexicanas(5)

EL APGAR FAMILIAR

El apgar familiar fue introducido en el año de 1978, como un instrumento para evaluar la funcionalidad familiar. Fue elaborado por Gabriel Smilk Stein, de Seattle, Washington.

Esta herramienta fue ideada por su autor partiendo de la siguiente consideración “dado que la estructura y función familiar juegan un papel importante en el manejo de la dolencia de un paciente y de la familia en crisis la siguiente definición de la familia en términos operacionales se recomienda para el médico que esta relacionado con el análisis de la familia: La familia es un grupo Psicosocial consistente del paciente y una o más personas, adultos o niños, en el cual hay un compromiso para la crianza de los demás.” El autor evalúa la funcionalidad familiar mediante cinco componentes básicos de la función familiar.

Estos componentes los eligió Smilkstein dado que aparecieron como representantes comunes en la literatura de las ciencias sociales que tratan con la familia. La decisión de tomar estos cinco componentes permitió el desarrollo de un paradigma de la función familiar que puede ser comparado con el sistema orgánico del cuerpo en el que cada componente tiene una función única, mientras que cada uno se encuentra interrelacionado con el resto. De esta manera, la salud funcional en la familia puede considerarse como un proceso de crianza mutua que demuestra su integridad al realizar sus componentes que son:

- .- **A** daptability..... adaptabilidad
- .- **P** artnersthdip. asociaciones
- .- **G** rowth progreso
- .- **A** ffection afecto
- **R** esolve... .. acuerdo, decisiones

DEFINICIONES DE LOS COMPONENTES DEL APGAR FAMILIAR

ADAPTABILIDAD: La adaptación es la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar es forzado.

ASOCIACIONES: Es la participación de responsabilidades del trabajo y educación por los miembros de la familia.

PROGRESIÓN: Es la maduración física y emocional, plenitud misma que es llevada a cabo por miembros de la familia a través del apoyo mutuo y dirección.

AFECTO: Es lo que se refiere a las relaciones de cuidado o cariño que existen entre los miembros de la familia.

ACUERDOS Y DECISIONES: Es la tarea de dedicar tiempo a todos los miembros de la familia para su educación física y emocional. Usualmente también involucra una decisión de la participación de la riqueza y espacio.

MODALIDADES DE APGAR FAMILIAR

Antes de escribir el cuestionario se deben mencionar que existen dos modalidades: el de tres opciones de respuesta para cada pregunta, que es considerado como el más apropiado para el uso clínico general, dado que es más simple, representado para el médico el consumo de poco tiempo en su aplicación

La otra variedad del cuestionario es de cinco opciones de respuesta para cada pregunta, algunos autores concluyeron que es de mejor calidad, recomendándose el empleo de este formato para fines de investigación.

En los estudios de validación de estos cuestionarios se observó que el formato de cinco respuestas produce algo de mejoría en las cualidades Psicométricas del instrumento, sin embargo, el de tres opciones de respuesta también tiene una buena escala de calidad y es más simple. Estas pruebas de correlación fueron evaluadas mediante una prueba conocida como Alfa de Cronbach s. dado un

resultado de 0.80 para el formato de tres opciones y un resultado de 0.86 para el de cinco opciones.

El Apgar familiar esta hecho para aplicarse en los miembros de una familia Nuclear o de cualquier otro estilo de vida familiar y que cuenten con 12 años de edad o más.

FORMATO DE TRES OPCIONES

RESPUESTA	PUNTUACIÓN
Difícilmente	0
Algunas veces	1
Casi siempre	2

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS SEGÚN EL RESULTADO DEL APGAR EN EL FORMATO DE TRES OPCIONES DE RESPUESTA

- 7 A 10 PUNTOS : Gran funcionamiento familiar
- 4 A 6 PUNTOS: Disfuncionalidad moderada
- 0 A 3 PUNTOS: Disfuncionalidad severa

En el formato de tres opciones el paciente elige una de las tres respuestas y al puntuación para cada respuesta es la indicada anteriormente. Una vez que el paciente termina de contestar todas las preguntas se suma la puntuación y según el total alcanzado, se clasifica las familias en las categorías establecidas. Gran funcionamiento familiar, disfuncionalidad moderada y disfuncionalidad severa

CONDICIONES EN LAS QUE EMPLEA EL APGAR

Gabriel Smilkstein y Cols menciona cuatro condiciones en la que deberá emplearse:

- a).- Cuando la familia tiene a su cargo el cuidado de un paciente.
- b).- Cuando se trata de un nuevo paciente es importante tener una idea al menos superficialmente de las alteraciones de esta unidad familiar, nueva para el médico tratante .
- c).- Cuando se esta tratando un paciente cuya familia esta alterada.
- d).- Cuando a través de la conducta de un paciente se sospecha de algún trastorno de tipo Psicosocial.

Se puede agregar otra, la de investigación documental o como la que pretende este trabajo (6) (7).

CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA

Desde el punto de vista social se ha encontrado la siguiente clasificación:

CON BASE EN SU DESARROLLO

Moderna
Tradicional
Arcaica o primitiva

Proporción aproximada en nuestro: Moderna 40% Arcaica o Primitiva 10%.

EN BASE A SU DEMOGRAFÍA

Rural
Urbana

Proporción aproximada en nuestro medio rural 40% Urbana 60%

EN BASE A SU INTEGRACIÓN:

Integrada
Semi-integrada
Desintegrada.

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

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

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

EN BASE A SU COMPOSICIÓN

Nuclear

Extensa

Extensa compuesta.

Nuclear : modelo de la familia actual, formada por padre, madre e hijos.

Extensa : formada por padre, madre, hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos, de adaptación o bien de afinidad.

Extensa compuesta. además que los incluyen la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como el caso de amigos y "compadres "

DESDE EL PUNTO DE VISTA TIPOLOGICO

Campesina
Obrera
Profesional

Esta característica esta dada según la ocupación de uno o ambos cónyuges (3)

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Al hablar de dinámica familiar es preferible no emplear los términos “normal” o “anormal”, puesto que en la naturaleza tan compleja del sistema familiar hace casi imposible establecer con exactitud tales términos funcional o disfuncional y considerar con Chagoya que....”Una familia funcional es aquella en que los hijos no presentan trastornos graves de conducta y cuyos padres no están en lucha continua....”

También es conveniente hacer la consideración que hace este mismo autor a decir que la familia sin problemas no existe. Chagoya opina que es humanamente imposible experimentar constantemente sentimientos positivos hacia una misma persona; continua diciendo que la ambivalencia es una de las características más notorias del ser humano y que aún en las familias con funcionamiento adecuado, se encontrarán aspectos de ambivalencia y que, puesto que la familia está compuesta de varios individuos diferentes, es imposible para cada miembro satisfacer completamente de los otros todo el tiempo.

De esta manera Chagoya concluye que la dinámica de la familia funcional es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre todos los miembros de una familia, que permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuos y que le da el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los otros miembros.

DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

Una vez que se ha definido la funcionalidad familiar, podrá comprenderse el significado de la disfuncionalidad familiar sencillamente como lo opuesto, es decir; la familia disfuncional emplea sus problemas como un arma y no como un medio de acercamiento. En la familia con buen funcionamiento los problemas son vistos como situación que afecta a todos, por ejemplo: si es dinero lo que falta, el padre procurará la manera de traer más dinero a casa, la madre limitará sus gastos y sus hijos no exigirán beneficios superfluos. En este ejemplo, todos colaboraran según su papel en la solución de su problema

Ningún miembro usa el problema para atacar, humillar o castigar a otro y la estabilidad de los miembros no está gravemente amenazada. En cambio en la familia disfuncional ocurre todo lo contrario en determinado grado(7)(8).

ETAPAS DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA

DUVALL (1977)

PRIMERA ETAPA

(pareja sin hijos)

SEGUNDA ETAPA

(Nace 1º hijo)

TERCERA ETAPA

(Hijos preescolares)

CUARTA ETAPA

(Hijos escolares)

QUINTA ETAPA

(hijos adolescentes)

SEXTA ETAPA

(Desprendimiento)

SÉPTIMA ETAPA

(Padres solos)

OCTAVA ETAPA

(Padres ancianos)

Por su tipología puede ser clasificada según DUVALL

1ª ETAPA (Parejas Sin hijos). autonomía en relación con la familia de origen. Adaptación a la pareja con la implantación de límites de poder e intimidad.

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

3ª ETAPA (Hijo en edad preescolar) el hijo mayor se encuentra entre los dos años y medio y seis años de edad

“En esta etapa los niños comienzan a demostrar sus características personales a afinar su identidad de genero, los padres deben acomodarse para brindarles espacio para este nuevo desarrollo y al mismo tiempo, aceptar que tienen menos tiempo y energía para ellos mismos como pareja”.

4ª ETAPA (hijos escolares, hijo mayor de 6 a 13 años) se incorporan a la escuela como institución colaboradora en la formación de los seres humanos. Los hijos contrastan su sistema familiar con el de sus amigos y compañeros.

5ª ETAPA (Hijos adolescentes, hijo mayor entre los 13 y 19 años) “ en esta fase se hace crucial el permitir la autonomía de los hijos.....”

6ª ETAPA (desprendimiento, hijo mayor con más de 20 años de edad) se forman familias colaterales al empezarse a casar los hijos, surgiendo el llamado “nido vacío”

7ª ETAPA (padres solos) enfrentamiento a la vejez y aparición de enfermedades crónico degenerativas.

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

CICLO VITAL DE LA FAMILIA SEGÚN GEYMAN (1980)

Es el que se utiliza con mayor frecuencia en México. La familia como todo el grupo humano, es engendrado, nace, crece, se desarrolla, se reproduce y Muere; la familia por su parte sigue un patrón similar.

FASE DE MATRIMONIO

Se inicia precisamente con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo; lógicamente que el arribo de un nuevo miembro tiene repercusiones importantes en las relaciones de la pareja, precipitando ajustes a la vida cotidiana.

FASE EXPANSIÓN

Es el momento que a mayor velocidad se incorporan miembros a la familia como su nombre lo indica, la familia se dilata, se "Expande". Es muy conocido el ejemplo de los jóvenes esposos, que deben organizarse de manera muy "armónica" para levantarse por la madrugada y proporcionar su biberón al bebé, cuidando que esta situación altere lo menos posible sus actividades diurnas

FASE DE DISPERSIÓN

Para algunos investigadores esta fase se identifica claramente por el hecho de que todos los hijos asisten a la escuela y ni uno solo se encuentra trabajando. En esta etapa de la vida familiar, se presenta el camino para la nueva independencia de los hijos mayores ya que se encuentran en plena adolescencia. Los padres se ven sometidos a nuevos retos; ellos mismos se deben ajustar al pensamiento de los jóvenes, hecho que proporciona no pocas divergencias; para ilustrar lo anterior citemos una curiosa anécdota del Dr. Passmore:

" para centrar más exactamente nuestra discusión sobre el periodo de la adolescencia, haré la siguiente cita: el mundo está atravesando una época turbulenta, la gente joven no tiene respeto a sus padres; les impacientan las restricciones, hablan como solo ellos lo supieran todo, y lo que entre nosotros pasa por sabiduría, es para ellos. Esto está tomado, no de los editoriales de un periódico de hoy, sino de los escritos de Pedro el "Ermitaño", en el siglo XI.

FASE DE INDEPENDENCIA

Es difícil precisar el número de años transcurridos, al inicio de esta fase, la pareja aprende a vivir nuevamente en "independencia", sus hijos han formado nuevas familias. Los lazos de unión entre padres e hijos deben fortalecerse ante el riesgo de un progresivo debilitamiento, sin olvidar el clima de profundo respeto que debe privar hacia las nuevas familias que recientemente se están

formando. Esta fase suele tener una duración aproximadamente entre 20 y 30 años.

FASE DE RETIRO Y MUERTE

Al igual que muchas situaciones paradójicas en la naturaleza, observamos el contraste entre el entusiasmo e ilusión que caracterizaban la fase de matrimonio, con la incertidumbre y nostalgia que con gran frecuencia se ve marcada en esta fase del desarrollo familiar. Cuatro son las circunstancias más difíciles que hemos identificado

- Incapacidad para laborar debido a la presencia de enfermedad crónico-degenerativa.
- Desempleo
- Agotamiento de los recursos económicos
- Las familias de los hijos casados en fase de expansión, sin posibilidad

De proporcionar recursos a los padres, abandonándolos en lo hogares de origen, o recluyéndolos en asilos para ancianos.

En nuestro medio se dan con frecuencia las familias en que los abuelos participan abiertamente en el seno de la familia; esta situación que conlleva el riesgo de provocar “ingerencias peligrosas” en la toma de decisiones, también permite perpetuar la protección a los ancianos, aprovechando la experiencia y sabiduría, costumbre que asumida con responsabilidad y cautela no debe perderse, porque es signo viviente de nuestra tradición cultural (4).

EL FAMILIOGRAMA

El familiograma es un instrumento clínico versátil que puede ayudar a los médicos familiares a integrar información de la familia del paciente dentro del proceso de aclaración del problema médico para una mejor atención al propio paciente

Los médicos en atención primaria tratan a menudo con pacientes que padecen enfermedades serias(trastornos cardiovasculares diabetes hipertensión, etc.) en combinación con problemas psicosociales violencia domestica, abuso de sustancias, relaciones conflictivas, etc) El conocimiento de los aspectos tanto

biomédicos como psicológicos es necesario para diagnosticar y manejar tales pacientes.

El famioliograma (Árbol familiar, genograma o Pedigree) ofrece una valiosa oportunidad para obtener, más fácilmente, el historial familiar médico y social de los pacientes y para ampliar la comprensión del médico familiar sobre la problemática presente, proporcionando una descripción inmediata del contexto en el cual ocurre (6).

Los famioliogramas han sido comparados con los instrumentos médicos más tradicionales, como la rayos X y los electrocardiogramas, que facilitan la generación de hipótesis, los diagnósticos diferenciales y, finalmente un plan de manejo para el paciente.

El famioliograma puede ser considerado como una radiografía de la familia; proporciona al médico y al paciente una exposición gráfica de la misma, incluyendo los factores familiares de enfermedad y problemas psicosociales.

CONSTRUYENDO UN FAMILIOGRAMA

Los símbolos de los famioliogramas han sido estandarizados, permitiendo a los médicos elaborar una descripción de la estructura familiar rápidamente y ver cómo ésta afecta la capacidad de un paciente para enfrentar una enfermedad u otras tensiones significativas de la vida.

SÍMBOLOS DE LOS FAMILIOGRAMAS

Un famioliograma congrega y registra información familiar de tres generaciones en seis categorías específicas.

- Estructura familiar
- Estado del ciclo vital
- Patrón de repetición a través de las generaciones
- Eventos de la vida y funcionamiento familiar
- Patrones de relación y triángulos
- Equilibrio y desequilibrio familiar

FASE DE MATRIMONIO

Se inicia precisamente con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo; lógicamente que el arribo de un nuevo miembro tiene repercusiones importantes en las relaciones de la pareja, precipitando ajustes a la vida cotidiana.

FASE EXPANSIÓN

Es el momento que a mayor velocidad se incorporan miembros a la familia como su nombre lo indica, la familia se dilata, se "Expande". Es muy conocido el ejemplo de los jóvenes esposos, que deben organizarse de manera muy "armónica" para levantarse por la madrugada y proporcionar su biberón al bebé, cuidando que esta situación altere lo menos posible sus actividades diurnas.

FASE DE DISPERSIÓN

Para algunos investigadores esta fase se identifica claramente por el hecho de que todos los hijos asisten a la escuela y ni uno solo se encuentra trabajando. En esta etapa de la vida familiar, se presenta el camino para la nueva independencia de los hijos mayores ya que se encuentran en plena adolescencia. Los padres se ven sometidos a nuevos retos; ellos mismos se deben ajustar al pensamiento de los jóvenes, hecho que proporciona no pocas divergencias; para ilustrar lo anterior citemos una curiosa anécdota del Dr. Passmore:

" para centrar más exactamente nuestra discusión sobre el periodo de la adolescencia, haré la siguiente cita. el mudo esta atravesando una época turbulenta, la gente joven no tiene respeto a sus padres; les impacientan las restricciones, hablan como solo ellos lo supieran todo, y lo que entre nosotros pasa por sabiduría, es para ellos. Esto esta tomado, no de lo editoriales de un periódico de hoy, sino de los escritos de Pedro el "Ermitaño", en el siglo XI

FASE DE INDEPENDENCIA

Es difícil precisar el número de años transcurridos, al inicio de esta fase, la pareja aprende a vivir nuevamente en "independencia", sus hijos han formado nuevas familias. Los lazos de unión entre padres e hijos deben fortalecerse ante el riesgo de un progresivo debilitamiento, sin olvidar el clima de profundo respeto que debe privar hacia las nuevas familias que recientemente se están

formando. Esta fase suele tener una duración aproximadamente entre 20 y 30 años.

FASE DE RETIRO Y MUERTE

Al igual que muchas situaciones paradójicas en la naturaleza, observamos el contraste entre el entusiasmo e ilusión que caracterizaban la fase de matrimonio, con la incertidumbre y nostalgia que con gran frecuencia se ve marcada en esta fase del desarrollo familiar. Cuatro son las circunstancias más difíciles que hemos identificado

- Incapacidad para laborar debido a la presencia de enfermedad crónico-degenerativa.
- Desempleo
- Agotamiento de los recursos económicos
- Las familias de los hijos casados en fase de expansión, sin posibilidad

De proporcionar recursos a los padres, abandonándolos en lo hogares de origen, o recluyéndolos en asilos para ancianos.

En nuestro medio se dan con frecuencia las familias en que los abuelos participan abiertamente en el seno de la familia; esta situación que conlleva el riesgo de provocar "ingerencias peligrosas" en la toma de decisiones, también permite perpetuar la protección a los ancianos, aprovechando la experiencia y sabiduría, costumbre que asumida con responsabilidad y cautela no debe perderse, porque es signo viviente de nuestra tradición cultural (4).

EL FAMILIOGRAMA

El familiograma es un instrumento clínico versátil que puede ayudar a los médicos familiares a integrar información de la familia del paciente dentro del proceso de aclaración del problema médico para una mejor atención al propio paciente

Los médicos en atención primaria tratan a menudo con pacientes que padecen enfermedades serias(trastornos cardiovasculares diabetes hipertensión, etc.) en combinación con problemas psicosociales violencia domestica, abuso de sustancias, relaciones conflictivas, etc) El conocimiento de los aspectos tanto

biomédicos como psicológicos es necesario para diagnosticar y manejar tales pacientes.

El familiograma (Árbol familiar, genograma o Pedigree) ofrece una valiosa oportunidad para obtener, más fácilmente, el historial familiar médico y social de los pacientes y para ampliar la comprensión del médico familiar sobre la problemática presente, proporcionando una descripción inmediata del contexto en el cual ocurre (6).

Los familiogramas han sido comparados con los instrumentos médicos más tradicionales, como la rayos X y los electrocardiogramas, que facilitan la generación de hipótesis, los diagnósticos diferenciales y, finalmente un plan de manejo para el paciente.

El familiograma puede ser considerado como una radiografía de la familia; proporciona al médico y al paciente una exposición gráfica de la misma, incluyendo los factores familiares de enfermedad y problemas psicosociales.

CONSTRUYENDO UN FAMILIOGRAMA

Los símbolos de los familiogramas han sido estandarizados, permitiendo a los médicos elaborar una descripción de la estructura familiar rápidamente y ver cómo ésta afecta la capacidad de un paciente para enfrentar una enfermedad u otras tensiones significativas de la vida.

SÍMBOLOS DE LOS FAMILIOGRAMAS

Un familiograma congrega y registra información familiar de tres generaciones en seis categorías específicas:

- Estructura familiar
- Estado del ciclo vital
- Patrón de repetición a través de las generaciones
- Eventos de la vida y funcionamiento familiar
- Patrones de relación y triángulos
- Equilibrio y desequilibrio familiar

Los médicos que requieren adoptar un sistema de orientación familiar para la atención de sus pacientes pueden empezar con un familiograma básico o

“esquelético”. Para completar un familiograma esquelético, una vía frecuentemente afectiva es: desarrollar una línea básica de datos en la cual los

otros miembros de la familia son quienes viven en casa, qué entorno rodea a este paciente y cuáles son los patrones familiares de enfermedad.

El familiograma esquelético toma de 5 a 20 minutos en completarse y se concreta a las preguntas de la estructura familiar, eventos familiares significativos e historia de problemas de salud familiar. A menudo un familiograma esquelético puede ser completado mientras se registra la historia familiar tradicional.

Durante la primera visita con familias compuestas es mejor limitar el familiograma a sólo dos generaciones, o solo a los miembros de la familia con problemas de salud significativos.

Los datos familiares omitidos pueden agregarse más adelante si es necesario. Los médicos familiares deberán considerar la completación de familiogramas extensos cuando confrontan con pacientes o familias con problemas clínicos significativos. Los familiogramas extensos se enfocan en los patrones de relación de tres generaciones y habitualmente toman de 20 a 30 minutos en completarse (6,9,10).

ASPECTOS PARA LOS CUALES PODRÍAN SER ÚTILES LOS FAMILIOGRAMAS.

ASPECTOS BIOPSIICOSOCIALES

- Ansiedad, depresión o ataques de pánico.
- Abuso de sustancias
- Quejas somáticas múltiples o vagas
- Falta de cooperación

ASPECTOS PSICOSOCIALES

- Historia de abuso físico, sexual o emocional

- Problemas de comportamiento en la infancia.
- Transición difícil en el ciclo

ASPECTOS MEDICO- PACIENTE

- Paciente enojado o demandante
- Paciente con antipatía hacia el médico

VENTAJAS DEL FAMILIOGRAMA

- Favorece el trazo de fronteras físicas y emocionales en el sistema familiar.
- Ayuda a definir las características de los miembros de la familia
- Es instrumento práctico de registro y visualización de los antecedentes familiares.
- Favorece la elaboración de hipótesis terapéuticas

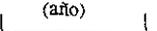
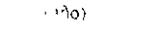
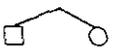
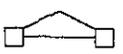
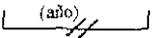
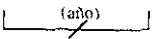
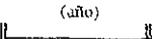
El familiograma según la teoría de Bower, se constituye en una herramienta para articular los patrones antigeneracionales (6).

CONCEPTOS BÁSICOS DE LA TEORÍA DE BOWER QUE EL FAMILIOGRAMA FACILITA OBSERVAR.

Diferencia del ser	(Diferenciación Autónoma)
Masa del Ego Familiar	(Relaciones fundidas indiferencia Das).
Sistema emocional de la	
Familia nuclear	(Conflicto marital)
Triangulación	(Alianza o Coalición)
Posición de los hermanos	(Características de la personalidad Segun su posición)

SÍMBOLOS UTILIZADOS PARA LA ESTRUCTURA DEL GENOGRAMA (9)

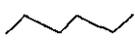
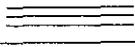
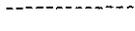
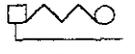
Estructura familiar enfermedad

Sexo	   Hombre Mujer Indecido
Adopción *	 
Matrimonio *	
Vínculo ascendente *	
Vínculo descendente *	
Personas que habitan la casa *	
Unión libre *	
Gemelos heterocigotos *	
Gemelos homocigotos *	
Divorcio *	
Comparación *	
Matrimonio consanguíneo **	
Presencia desconocida **	
Matrimonio sin hijos **	
Ve lejos del hogar (escuela, trabajo, etc) **	

Asociación con salud-

Aborto *	  Espontáneo Inducido
Muerte *	
Embarazo *	
Paciente identificado *	 
Óbito **	

Relaciones interpersonales afectivas

Relaciones conflictivas *	
Relaciones cerradas *	
Relaciones distantes *	
Relaciones dominantes *	
Disfunción en el matrimonio **	
Disfunción en el matrimonio y amante **	

- * Propuesto por 4 ó mas autores
- ** Propuesto por 3 ó menos autores

MOSAMEF

¿Que Es? Es un Modelo Sistemático de Atención en Medicina Familiar.

SU ESTRUCTURA CONSTA DE TRES FASES:

FASE I : CENSO POBLACIONAL :

Consiste en identificar las características demográficas de la población adscrita al consultorio "N" con especial atención en los grupos de mayor riesgo.

- Población Infantil (< 4 Años)
- Mujeres En Edad Fértil
- Ancianos

FASE II : ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR .

- Descripción de la estructura familiar(ciclo vital, desarrollo, etc).
- Elementos socioculturales. ingreso económico, escolaridad, número de hijos, etc.
- Relación de estos elementos con los factores de riesgo.

FASE III : ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DE CONSULTA.

- Relación de los principales motivos de consulta con los factores
- Demográficos, familiares culturales y económicos de las familias adscritas al consultorio "n .

VENTAJAS DEL MOSAMEF :

- Proporcionará mayor satisfacción a los usuarios.
- Promocionará el trabajo en equipo.
- Permitirá la atención medica continua.
- Ofrecerá mayor importancia a las acciones preventivas
- Promoverá la actividad académica del quipo de salud .
- Permitirá la planeación de estrategias de los Servicios de salud.
- Propicia la investigación biomédica y dará mayor satisfacción a los usuarios.

DESVENTAJAS DEL MOSAMEF.

- Que no hay una sectorización adecuada para cada consultorio
- La poca disponibilidad de los médicos.
- El escaso impacto sobre los problemas de salud.
- La falta de conocimiento del mosamef. (11).

**CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL ESTADO DE HIDALGO
EN EL AÑO 2000.**

CAUSAS INFECCIOSAS.

Enfermedad Respiratoria Aguda..	1208759
Enteritis y otras Enfermedades Diarreicas..	137553
Amibiasis Intestinal.....	80379
Infección de Vias Urnarias.....	28631
Otitis Media Aguda..	27074
Parasitosis.....	24872
Vaginitis aguda.....	24067
Conjuntivitis.....	2667

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD NO INFECCIOSA

Parto Espontáneo o por Cesárea.	29716
Hemorragia precoz del embarazo	2643
Insuficiencia renal crónica.....	2134
Fracturas y TCE	4841
Diabetes mellitus	1952
Falso trabajo de parto.....	1692
Colecistitis.....	1567
Apendicitis Aguda.	1557

FUENTE ANUARIO ESTADISTICO HIDALGO, EDICION 2000 INEGI.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL ESTADO.

Muerte fetal	378
Diabetes Mellitus.....	354
Cirrosis hepática.....	195
Cardiopatía Izquemica.	128
Hipertensión Arterial	88
Enfermedad cerebro vascular.....	57
Septicemia.....	54
Insuficiencia renal crónica.....	34
Nefritis y Síndrome Nefrótico.....	12

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN LA CLÍNICA ISSSTE DURANTE EL AÑO 2000.

Enfermedad Respiratoria Aguada	82801
Diarreas y gastroenteritis.....	11037
Amibiasis Intestinal	1906
Asacariasis.....	1149
Insuficiencia Renal crónica.....	833
Fracturas.....	764
Diabetes mellitus.....	687
Colecistitis.....	533
Varicela.....	491
Apendicitis	410

FUENTE ANUARIO ESTADÍSTICO HIDALGO, EDICIÓN 2000 INEGI

PIRÁMIDE POBLACIONAL EN EL ESTADO DE HIDALGO

EDAD	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO		NUMERO	%
	No.	%	No.	%		
<1	23667	2.2	23780	0.2	46437	2.0
1-4 AÑOS	104792	9,7	101398	8.7	216180	9.6
5-9 AÑOS	136132	12,7	139468	12.0	275590	12.3
10-14 AÑOS	136430	12,7	137343	11.8	279753	12.5
15-19 AÑOS	129944	12,1	129648	11.2	249592	11.1
20-24	96775	9,0	124855	10.8	235620	10.5
25-29	78485	7,3	95112	8.2	127332	5.7
30-34	67019	6,2	75598	6.5	151617	6.7
35-39	70858	6,6	73446	6.3	132234	5.9
40-44	49155	4,6	49153	4.2	108208	4.8
45-49	46553	4,3	47982	4.1	93345	4.1
50-54	33702	3,1	34122	2.9	89824	4.0
55-59	25527	2,4	33134	2.8	69632	3.1
60-64	25640	2,4	33216	2.8	46648	2.0
65 Y MAS	48114	4,5	53337	4.6	104373	4.6
NO ESPEC.	3137	0,3	3870	0.3	5007	0.2
	1075930	48,2	1155462	51,8	2231392	

FUENTE: ANUARIO ESTADÍSTICO DE HIDALGO
EDICIÓN 2000
INEGI

PIRÁMIDE POBLACIONAL POR EDAD Y SEXO
DEL ESTADO DE HIDALGO, AÑO 2000

MASCULINO

EDAD

FEMENINO

3137	NO ESP.	3870
48114	65 Y MAS	53337
25640	60-64	33134
25527	55-59	33216
33702	50-54	34122
46553	45-49	47982
49155	40-44	49153
70858	35-39	73446
87019	30-34	75598
78485	25-29	95112
96775	20-24	124855
9944	15-19	129648
10	10-14	137343
136132	5-9	139468
104792	1-4	101398
23667	<1	23780

FUENTE: ANUARIO ESTADÍSTICO DE HIDALGO, EDICIÓN 2000. INEGI

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Viendo la problemática que existe en la consulta externa de medicina familiar, la atención medica que decae cada vez más, la insatisfacción de los usuarios, insatisfacción de los médicos, la escasa importancia que se les da a los problemas de salud. Es urgente crear nuevas estrategias para la unificación delos núcleos familiares, la clasificación de la población en riesgo, conocer la estructura familiar, de acuerdo al nivel de desarrollo, ingreso económico, escolaridad , numero de hijos y la relación de estos elementos con los factores de riesgo . Por lo surge la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las principales características biosociales y sus principales causas de demanda de consulta de las familias usuarias en el consultorio No. 11 de medicina familiar de la clínica hospital Pachuca, Hgo.?

JUSTIFICACIÓN.

Se desconocen las características Biosociales de las familias al consultorio No. 11 de la Clínica Hospital ISSSTE Pachuca, Hgo. Así como las causas principales por las que demanda la consulta, y los problemas del entorno familiar para lograr impactar en ellos. Si llegáramos a conocerlos, podríamos implementar conductas y estrategias de atención a las familias para la mejor vinculación entre el bienestar medico-paciente y sus familias.

Si llegamos al conocimiento planeado el impacto deseado, lograremos mediante la ejecución de los programas prioritarios del instituto en la atención primaria de salud como los son:

- 1.- Difusión De La Lactancia a Embarazadas y Púérperas.
- 2.- Control Prenatal con Enfoque de Riesgo
- 3.- Hipotiroidismo Congénito
- 4.-Esquema de Vacunación
- 5.-Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo del Menor de 5 Años
- 6.- Detección de Cáncer Cervico Uterino y Mamario
- 7.- Atención a La Salud Integral del Adolescente
- 8.- Orientación Nutricional
- 9.- Prevención y Manejo de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)
- 10.- Prevención y Manejo de la Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA)
- 11.- Promoción de la Planificación Familiar
- 12.- Detección y Control de las Enfermedades Crónico Degenerativas (DM, HAS, EAD, etc.)
- 13 - Detección de Estreptococias y Fiebre Reumática
- 14.- Salud Bucal
- 15.- Salud Mental
- 16.- Salud Sexual y Reproductiva
- 17.- Enfermedades de Transmisión Sexual
- 18.- Climaterio y Menopausia
- 19 - Detección y Control de Cáncer de Próstata
- 20.- Detección y Control de la Tuberculosis
- 21 - Atención Medica al Adulto Mayor
- 22 - Promoción, Prevencion y Protección al Adulto Mayor

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Determinar de las características biosociales, así como identificar las principales causas del motivo de consulta de las familias usuarias del consultorio No. 11.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Determinar la pirámide de población por grupos de edad y sexo adscrita al consultorio No. 11.
- 2.- Determinar el estado civil , años de unión conyugal de los núcleos familiares.
- 3.- Cuantificar en No. de familias de acuerdo al desarrollo y demografía.
- 4 - Determinar el numero de hijos , su composición y ciclo vital existente.
- 5.- Determinar el nivel socioeconómico según la escolaridad y ocupación.
- 6.- Determinar las 10 principales motivos de la consulta.

HIPÓTESIS.

El siguiente estudio es de tipo descriptivo por lo no requiere de hipótesis.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Es un tipo de estudio descriptivo, transversal, observacional, cuantitativo, retrospectivo y prospectivo.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.

Familias adscritas y usuarias del consultorio No. 11 de la Clínica Hospital Regional del ISSSTE de Pachuca, Hgo En el periodo comprendido de Enero a Diciembre del año 2000.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

El tipo de muestra es aleatoria por cuotas de un total de 2,200 familias se obtuvieron una muestra de 150 que representan el 6.8 %.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

A).- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Todas las familias adscritas al consultorio No 11
- De ambos sexos
- Mayores de 18 años
- Que acepten participar contestando la encuesta del estudio
- Tener un Diagnostico de certeza en la consulta de la. Vez y Subsecuente

B).- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Pacientes no adscritos al Consultorio No. 11.
- Que no acepten contestar la encuesta.

C).- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Legibles
- Cambios de domicilio.
- Defunciones Dx No
- Diagnosticos en estudio
- Diagnosticos probables

VARIABLES DE MEDICIÓN

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN
Estado civil	cualitativo	
Años de unión conyugal	cuantitativo	años
No. de hijos		
Hasta de 10 años de edad	cuantitativo	años
De 11 a 19 años de edad	cuantitativo	años
De 20 ó más años de edad	cuantitativo	años
Clasificación de familia:		
Desarrollo	cualitativo	Moderna Tradicional Arcaica
Demografía	cualitativo	Urbana Suburbana Rural
Composición	cualitativa	Nuclear Extensa Compuesta
Escolaridad	cualitativa	Analfabetas Básica Media Superior
Etapas del ciclo vital	cualitativo	Expansión Independencia Dispersión Retiro
Ingreso mensual	cuantitativo	No. en salarios mínimos
Padecimientos más frecuentes de la consulta	cualitativo	Diagnósticos

MÉTODO DE CAPTURA DE LA INFORMACIÓN

1.- El censo de población asignado al consultorio No. 11 se obtuvo de la captura de datos recopilados del departamento de archivo y vigencia de derechos, para la realización de la pirámide de población.

2.- Segunda fase, El investigador aplicó personalmente la cedula de encuesta en el consultorio a un integrante de las familias participantes.

3.- Tercera fase se acudió al departamento de estadística a solicitar la MS10 para identificar las causa más frecuentes de motivo de la consulta del año 2000, que por medio de paloteo y elementos de estadística básica (promedios, porcentajes, Etc.) se elaboraron cuadros y grafica correspondientes.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación es básicamente descriptiva, pero se siguen los principios básicos de la declaración de Helsinki, adaptada por la asamblea médica de Helsinki, en 1964 y revisada por XXXIX asamblea mundial de Tokio, Japann 1975.

RESULTADOS:

ASE: I CENSO POBLACIONAL

De 11,000 derechohabientes usuarios al consultorio No. 11 se obtuvieron en promedio de 2,200 núcleos familiares de las cuales se encuestaron 150 que representan el 6.8%. De la Pirámide de Población se traduce un crecimiento considerable de población en edad escolar, adolescentes y mujeres en edad reproductiva. Así también se observa un buen número de adultos mayores y un grupo minoritario en edad avanzada.

PIRÁMIDE DE POBLACIÓN

CLÍNICA HOSPITAL "A" DEL ISSSTE PACHUCA HIDALGO.
CONSULTORIO No. 11 AÑO 2000

EDAD	SEXO		FEMENINO NUMERO	%	TOTAL NUMERO	%
	MASCULINO NUMERO	%				
0-4 AÑOS	97	2.0	99	1.6	196	1.8
5-9 AÑOS	392	8.0	471	7.8	863	7.8
10-14 AÑOS	456	9.3	554	9.1	1010	9.2
15-19	396	8.0	416	6.8	812	7.4
20-24	339	6.9	397	6.5	736	6.7
25-29	385	7.8	453	7.5	838	7.6
30-34	447	9.1	585	9.6	1032	9.4
35-39	434	8.8	564	9.3	998	9.1
40-44	497	10.1	533	8.8	1030	9.4
45-49	428	8.7	582	9.6	1010	9.2
50-54	358	7.3	437	7.2	795	7.2
55-59	342	6.9	532	8.8	874	7.9
60 Y MAS	352	7.2	454	7.5	806	7.3
	4923		6077		11000	

FUENTE: ARCHIVO DE LA CLÍNICA HOSPITAL DEL ISSSTE.
PACHUCA, HGO.

PIRÁMIDE DE POBLACIÓN POR GRUPO EDAD Y SEXO

CONSULTORIO No. 11 AÑO 2000.

MASCULINO	EDAD	FEMENINO
352	60 Y MAS	454
342	55-59	532
358	50-54	437
428	45-49	582
497	40-44	533
434	35-39	564
447	30-34	585
385	25-29	453
339	20-24	397
396	15-19	416
456	10-14	554
392	5-9	471
97	0-4	99

FUENTE: ARCHIVO, CLÍNICA HOSPITAL DEL ISSSTE
TACHUCA, HIDALGO

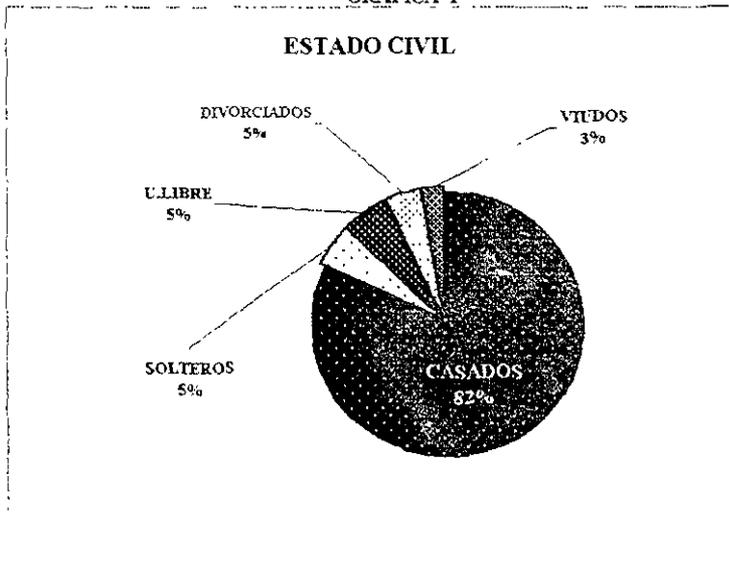
FASE II ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR

ESTADO CIVIL

Los resultados obtenidos muestran que la mayoría de las parejas que forman los núcleos familiares se encuentran casadas.

	No.	%
CASADOS	123	82
SOLTEROS	8	5
U.LIBRE	8	5
DIVORCIADOS	7	5
VIUDOS	4	3
TOTAL	150	

GRAFICA 1



FUENTE: CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL

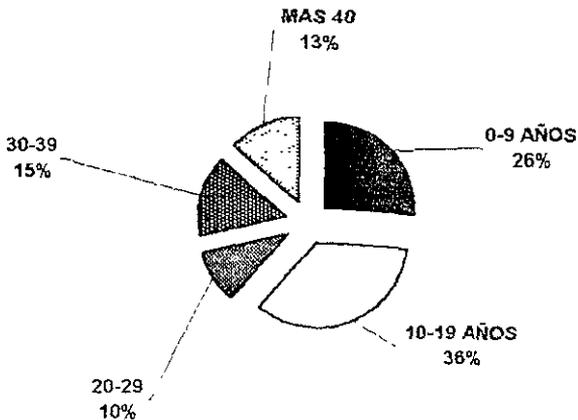
De acuerdo a las encuestas realizadas encontramos una prevaencia de matrimonios jóvenes que oscilan entre los 10 y 19 años de unión conyugal.

AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL

	No.	%
0-9 AÑOS	39	26
10-19 AÑOS	53	35
20-29	15	10
30-39	23	15
MAS 40	20	13

GRAFICA 2

UNIÓN CONYUGAL



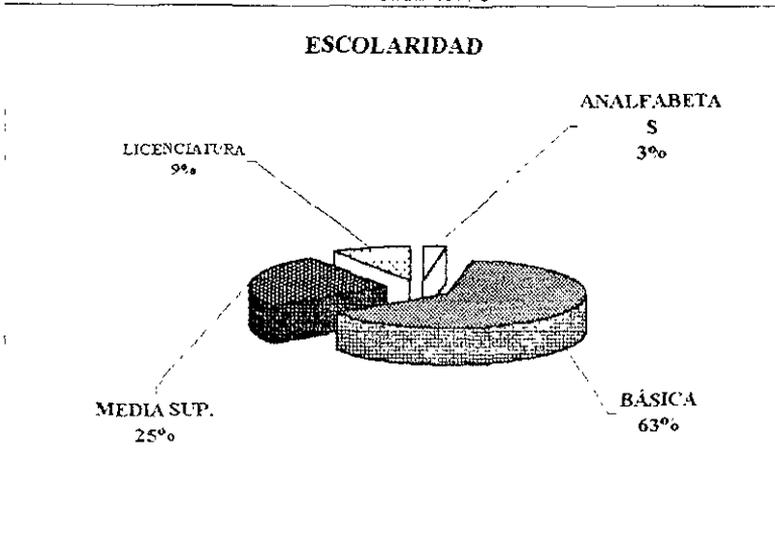
FUENTE: Cedula de recolección de datos

ESCOLARIDAD:

La población en estudio muestra que tiene una Educación Básica y Media Superior en 82%.

	No.	%
ANALFABETA:	4	3
BÁSICA	94	63
MEDIA SUP.	38	25
LICENCIATURA	14	9
TOTAL	150	

GRAFICA 3



FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

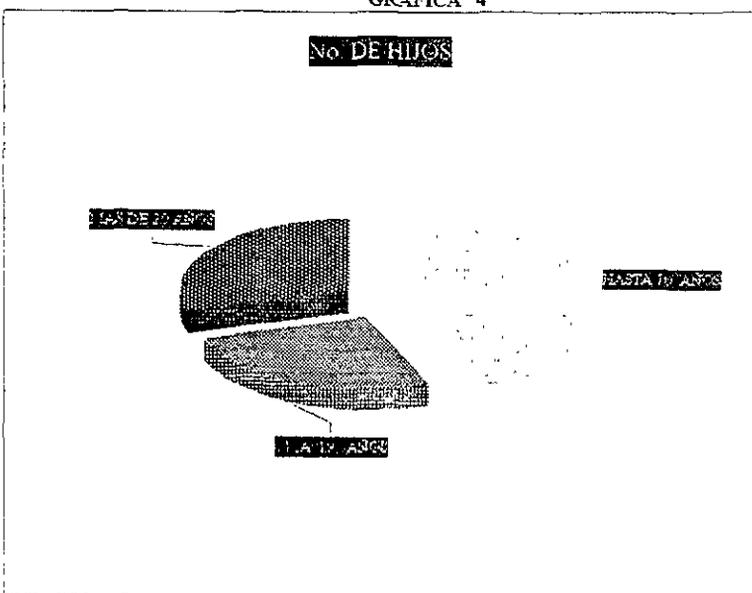
NÚMERO DE HIJOS.

En base al número de hijos por familia se encontró un porcentaje mayor en edad de Hasta 10 años.

NUMERO DE HIJOS

	No.	%
HASTA 10 AÑ	166	44
11 A 19 AÑ	99	26
MÁS DE 20 AÑ	114	30
TOTAL	379	

GRAFICA 4



FUENTE: CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CLASIFICACIÓN DE FAMILIA

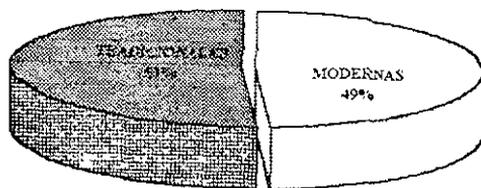
CON BASE EN SU DESARROLLO.

Encontramos que aún predominan las familias tradicionales aunque con una mínima diferencia con las modernas.

	No.	%
MODERNAS	74	49
TRADICIONA	76	51
TOTAL	150	

GRAFICA 5

DESARROLLO



FUENTE: CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

EN BASE A SU DEMOGRAFÍA

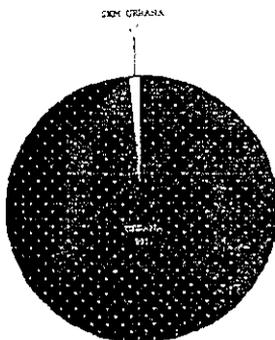
Definimos a la población como Urbana en un 99%.

EN BASE A SU DEMOGRAFÍA

	No.	%
URBANA	148	99
SEM-URBAN.	2	1
RURAL	0	
TOTAL	150	

GRAFICA 6

DEMOGRAFÍA



FUENTE: CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

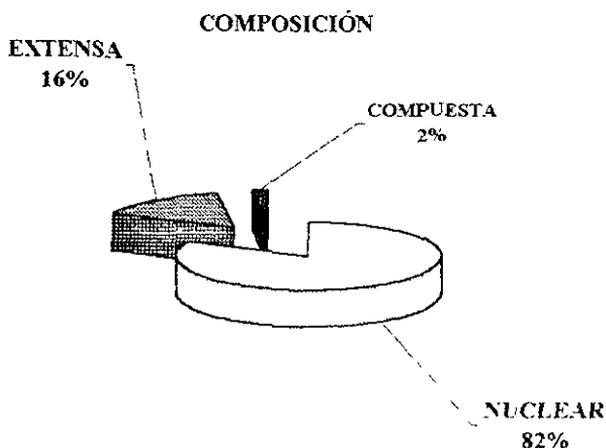
EN BASE A SU COMPOSICIÓN.

Observamos un mayor numero de familias Nucleares.

EN BASE A SU COMPOSICIÓN

	No.	%
NUCLEAR	123	82
EXTENSA	24	16
COMPUESTA	3	2
TOTAL	150	

GRAFICA 7



FUENTE: CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

EN BASE A SU ECONOMÍA

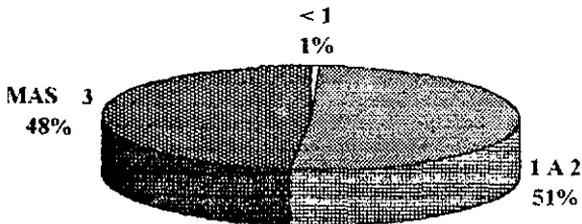
La población económicamente activa tiene una percepción mensual aproximadamente de 2 a 3 salarios mínimos por familia.

No. DE SALARIOS MÍNIMOS

	No.	%
< 1	1	1
1 A 2	79	53
MAS 3	75	50
TOTAL	150	

GRAFICA 8

No. DE SALARIOS MÍNIMOS



FUENTE: CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

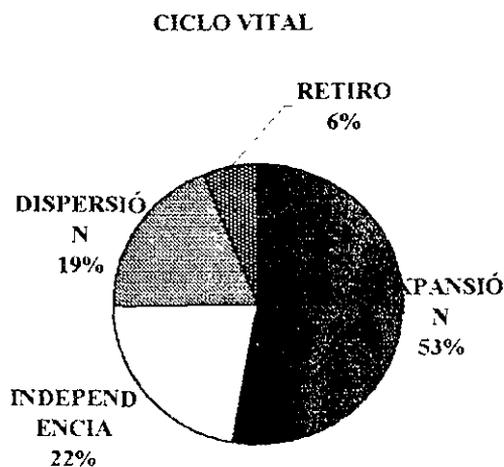
ETAPA DEL CICLO VITAL.

El reporte de las encuestas nos muestra una población en etapa de expansión y de independencia.

CICLO VITAL

	No	%
EXPANSION	79	53
INDEPENDENCIA	33	22
DISPERSIÓN	29	19
RETIRO	9	6
TOTAL	150	

GRAFICA 9



FUENTE: CFBULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FASE III .- CAUSAS DE CONSULTA**TOTAL DE CONSULTAS OTORGADAS EN EL CONSULTORIO NO. 11
DURANTE EL AÑO 2000 :**

De 1ra. Vez	3,516
Subsecuentes	1,967
Total	5,483

**LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DEL MOTIVO DE LA CONSULTA
ENCONTRADAS EN EL CONSULTORIO NO. 11 EN EL AÑO 2000.**

- *Enfermedad Respiratoria Aguda*
- *Gastroenteritis y otras enfermedades diarreicas*
- *Diabetes Mellitus*
- *Hipertensión Arterial Sistémica*
- *Otitis Media Aguda*
- *Varicela*
- *Infección De Vías Urinarias*
- *Lumbalgia*
- *Onicomycosis, Dermatomicosis*
- *Enfermedad Articular Degenerativa*

FUENTE: MS10 AÑO 2000 ESTADÍSTICA MEDICA, CLÍNICA ISSSTE.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Analizando los resultados obtenidos en ambas pirámides de población tanto la del Estado de Hidalgo como la del consultorio No. 11 de la Clínica Hospital del ISSSTE en Pachuca, Hgo. Encontramos poblaciones muy semejantes, con base en las edades de 0 a 15 años, con picos importantes de adultos jóvenes y predominio de mujeres en edad reproductiva y un relativo porcentaje de adultos mayores en ambas.

En cuanto al sexo ambas pirámides son muy paralelas

Encontramos que la población en estudio se compone de matrimonios jóvenes, legalmente casados, con pocos años de unión conyugal, pocos hijos de 2 a 3 por familia que van de los 0 a 10 años de edad. Lo que establece la etapa de Expansión que declara Gemian (1980) Acerca de la Etapa del Ciclo Vital de la Familia.

De acuerdo a la clasificación de familia se comparo con lo establecido por el Dr. Arnulfo Irigoyen mostrando resultados semejantes en cuanto a Desarrollo, Demografía, y Composición de la familia.

Desde el punto de vista económico es proporcional al nivel de escolaridad encontrado, escasos salarios mínimos por familia.

Comparando las variables relacionadas con la salud, encontramos que según las diez principales causas de morbilidad notificadas tanto en el Estado (INEGI) como en las estadísticas de la Clínica ISSSTE en Hidalgo son las Enfermedades transmisibles, nos indica que un 60% de éstas, se debe a infecciones respiratorias agudas, 20% a enteritis y otras enfermedades diarreicas, un 7% de enfermedades crónico degenerativas y un 2% de parasitosis. Es importante destacar que en términos generales las proporciones estatales son similares a las del consultorio No. 11 de la Clínica Hospital del ISSSTE, Pachuca, Hgo

SUGERENCIAS:

Para poder resolver un problema es esencial, como primer paso tomar conciencia de que este existe. Se cuenta con información que en las últimas décadas el número de pacientes ha aumentado. Con incremento en algunos padecimientos como las Enfermedades transmisibles, las crónicas degenerativas, las parasitosis, Etc. Lo cual ha repercutido en todas las instituciones de salud al constituir una de las causas principales de motivo de la consulta médica y de admisión hospitalaria.

Así entonces el paciente es el principal determinante de su estado de salud, con la participación activa guiada por los profesionales de la salud. Con las mejores perspectivas de lograr un buen manejo cuando el paciente posee una clara información de la naturaleza del padecimiento, de los recursos y de los objetivos del manejo. Por lo que es imprescindible ofrecer mejor educación al médico y al paciente con objeto de incidir en forma integral en la Historia Natural de la Enfermedad

El objetivo básico es contribuir y mejorar el Estado de Salud de los usuarios mediante la aplicación de: EL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MEDICO FAMILIAR

INSTITUTO VENEZOLANO
DE INVESTIGACIONES
CIENTÍFICAS

CONCLUSIONES:

Del siguiente trabajo concluimos: Que la población en el consultorio No. 11 esta compuesta por gente joven y su pirámide de población esta sustentada en etapas de edad escolar y adolescentes, con picos importantes de mujeres en edad reproductiva, adultos jóvenes, adultos mayores y una escasa población en edad avanzada

Además pudimos identificar que la mayoría de los núcleos familiares son parejas legalmente casadas en un 82%, con años de unión conyugal entre los 10 y 19 años.

De acuerdo al número de hijos y a su edad por familia podemos decir que se encuentran en una etapa de expansión.

En cuanto a la clasificación de familia encontramos que un 98% son principalmente urbanas. Con un desarrollo aún tradicional aunque con mínima diferencia con las familias modernas.

De acuerdo a su composición encontramos que estas son primordialmente nucleares.

Económicamente podemos decir que la percepción mensual oscila entre los 2 y 3 salarios mínimos mensuales por familia.

De las diez principales causas de demanda de la consulta durante el año 2000 en el consultorio No. 11 se encontraron, las siguientes enfermedades:

- 1.- Enfermedad Respiratoria Aguda
- 2.- Gastroenteritis y otras enfermedades diarreicas
- 3.- Diabetes Mellitus
- 4.- Hipertensión Arterial
- 5 - Otitis media
- 6.- Varicela
- 7.- Infección de vías urinarias
- 8 - Lumbalgia
- 9 - Dermatomicosis, Onicomycosis
- 10.- Enfermedad Articular Degenerativa.

BIBLIOGRAFÍA

1.-Irigoyen A., y Coles. Evolución Historia de la Familia. Fundamentos de medicina familiar. 1998. 5ª. Edición Internacional. Editorial Medicina Familiar Mexicana MCMXCVIII. Págs. 4:7

2.-Howard C., y Coles. Estructura y función de la familia. Medicina Familiar Teoría y Practica.1974, Vol. 1 Primera edición, Nueva Editorial Interamericana. Págs. Cap. 1

3.-Wall C., y Coles. La familia, Funciones de la familia, Fundamentos de Medicina Familiar. 1998. , 5ª. Edición Internacional. Editorial Medicina Familiar Mexicana MCMXCVIII, Págs. 35: 37.

4.-Irigoyen A., y Coles. Ciclo Vital de la Familia. Fundamentos de Medicina Familiar. 1998. 5ª Edición Internacional. Editorial Medicina Familiar Mexicana MCMXCVIII. Págs. 27:29

5.-Rodríguez J. L. y Coles. La primera entrevista con Familias , Un Modelo Sistemático para el Médico Familiar., Fundamentos de Medicina Familiar. 1998., 5ª Edición Internacional. Editorial Medicina Familiar Mexicana MCMXCVIII, Págs. 67:80.

6.-Irigoyen A. y Coles. Familiograma, Instrumentos útiles para los Médicos familiares Fundamentos de Medicina Familiar. 1998 , 5ª Edición Internacional. Editorial Medicina Familiar Mexicana MCMXVIII, Págs. 31:33

7.-Irigoyen a y Coles. Apgar Familiar. Fundamentos de Medicina Familiar. 1998., 5ª Edición Internacional Editorial Medicina Familiar Mexicana MCMXVIII. Págs 47 49

8.-Gómez C. y Coles. Diagnostico de Salud Familiar. Fundamentos de Medicina Familiar. 1998. , 5ª Edición Internacional. Editorial Medicina Familiar Mexicana MCMXCVIII, Págs. 105: 126.

9.-Gómez C./Irigoyen A. y Coles. Análisis comparativo de seis recomendaciones Internacionales para el diseño de Genogramas en Medicina Familiar. Archivo Médico Familiar. 1999; 1 (1) 13:20.

10.-Fernández MA, Irigoyen A. y Coles. Diseño y Aplicación de un Instrumento para la evaluación de Genogramas. Arch. Med. Fam. 1999 ;1 (1) 5:12

11.-Gómez C./ Irigoyen A. MOSAMEF. Apuntes de Medicina Familiar. Departamento de Medicina Familiar UNAM 1996.

12.-Anuario Estadístico de Hidalgo. Edición 2000. INEGI

13.-Abánades J.C. Estadística descriptiva. Formación continuada Área de salud publica y medicina comunitaria Atención primaria. Vol. 6. No. 7. Agosto-Septiembre de 1989. 61:65

14.- Salleras L. Estudios descriptivos Formación continuada. Área de salud publica y medicina comunitaria. Atención primaria. Vol. 6 No. 7 Agosto-Septiembre 1989. 72:78.

15 - Arteaga H./ Castro J La familia. Curso de especialización en medicina familiar para médicos generales Vol.1 Enero 1994 Cap. II.

16 - Arteaga H./ Castro J Estudio de la familia Curso de especialización en medicina familiar para médicos generales Vol 1 Enero 1994. Cap II

