

11226
66

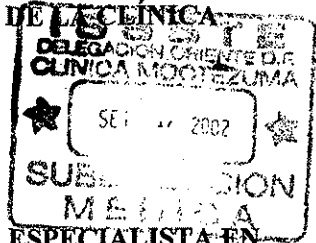


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA
C.M.F. MOCTEZUMA DISTRITO FEDERAL MÉXICO

APGAR FAMILIAR E ÍNDICE DE MARGINALIDAD FAMILIAR EN
POBLACIÓN ADSCRITA AL CONSULTORIO 15 DE LA CLÍNICA
MOCTEZUMA I.S.S.S.T.E.



TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:



ISSSTE

DRA. ALMA ROSA GÓMEZ PÉREZ

[Handwritten signature]

MÉXICO, D.F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**APGAR FAMILIAR E INDICE DE MARGINALIDAD FAMILIAR LA
POBLACIÓN ADSCRITA AL CONSULTORIO 15 DE LA CLINICA
MOCTEZUMA I.S.S.S.T.E.**

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

DRA. ALMA ROSA GÓMEZ PÉREZ

AUTORIZACIONES

**DRA. CONCEPCION LUCERO TREJO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
UM.F. MOCTEZUMA**

**DR. MIGUEL ANGEL HERNANDEZ HERNANDEZ
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS**

**DR. ROBERTO SANCHEZ AHEDO
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS DEL I.S.S.S.T.E.**

**DR. GUSTAVO ADOLEO CASTRO HERRERA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DEL FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS
PARA LA SALUD.
COORDINACIÓN NACIONAL DE POLÍTICAS Y DESARROLLO EDUCATIVO
I.S.S.S.T.E.**

MÉXICO. D.F.

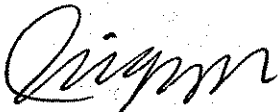
**APGAR FAMILIAR E INDICE DE MARGINALIDAD FAMILIAR EN LA
POBLACIÓN ADSCRITA AL CONSULTORIO 15 DELA CLINICA
MOCTEZUMA I.S.S.S.T.E.**

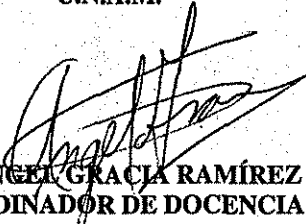
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA**

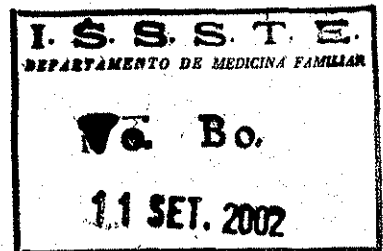
DRA. ALMA ROSA GÓMEZ PÉREZ

AUTORIZACIONES

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


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


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



INDICE

	Pág.
Introducción	1
Marco Teórico	2
Planteamiento del problema	14
Justificación	14
Objetivos	15
Metodología	15
Información a recolectar	16
Procedimiento para captar la información	16
Consideraciones éticas	17
Descripción de resultados	18
Cuadros y gráficas	20
Discusión	31
Conclusiones	32
Referencias	33
Anexos	35

Apgar familiar e índice de marginalidad familiar

En la población adscrita al consultorio 15 de la clínica Moctezuma I.S.S.S.T.E.

INTRODUCCION. La definición de salud aportada por la OMS, hace referencia a un bienestar general, mas allá de la sola ausencia de enfermedad. Los factores sociofamiliares tienen una influencia apreciable sobre la salud del individuo. Podremos afirmar que la familia, como todo ecosistema, altera su desarrollo psicossomático en niveles que hacen inevitables su catalogación tanto en la prevención como en la curación de enfermedades. La complejidad de las relaciones que se entrecruzan hacen imposible a priori una adecuada percepción de las causas disfuncionantes estas terminan tratándose farmacológicamente cuando los efectos distorcionantes tienen su raíz en el ambiente familiar. (1)

La percepción individual de la familia debería estar presente en las observaciones sanitarias como posible marcador de situaciones vitales estresantes que se manifiesten como una enfermedad psicossomática. (3,4)

Es imprescindible que la atención primaria cuente con un instrumento que permita clasificar adecuadamente la red de relaciones establecidas en el entorno familiar; para determinar posibles disfunciones que influyan en la salud del individuo. (1)

Para cuantificar la función familiar disponemos de diversos instrumentos, uno de los cuales es el Cuestionario Apgar-Familiar desarrollado por SmilKstein.(7)

El Apgar Familiar puede determinar el grado de satisfacción que el encuestado percibe en el entorno familiar, y nos presenta una serie de ventajas como su fácil realización por el poco tiempo requerido, permite relacionar con suficiencia problemas psicossomaticos con disfunción familiar y graduar dicha disfunción para realizar intervenciones posteriores en grupos de riesgo. (1)

El cuestionario Apgar Familiar es una técnica adecuada para un acercamiento científico a la disfunción familiar, permitiendo eliminar la rutina adquirida con el trabajo diario y que muchas veces nos induce a errores de apreciación o intervenciones ineficaces.

El Índice Simplificado de Marginación Familiar (ISMF) toma la denominación de simplificado por incluir solamente tres de las dimensiones socioeconómicas esenciales para la vida humana. Primera dimensión económica (Ingreso económico familiar y número de hijos dependientes) segunda dimensión, educación (escolaridad materna), tercera dimensión, vivienda (hacinamiento). (10)

El médico de familia puede participar en la formación y fortalecimiento de redes de apoyo multidisciplinarias, dirigidos a la aplicación de estrategias que ayuden a la solución de los problemas de salud relacionados con la pobreza y su impacto sobre la familia.(6)

MARCO TEORICO.

La familia es una unidad biopsicosocial que tiene un comportamiento como tal frente a la salud y a la atención sanitaria, de manera que, mediante la transmisión de creencias y valores de padres a hijos, todo el proceso que acontece desde que se reconoce una enfermedad hasta que se cura o desaparece está influido por las decisiones que se adoptan en el seno del grupo familiar (2)

Se define a la Familia sana como aquella que desempeña adecuadamente sus funciones, y es, por tanto, normofuncional. La familia es capaz de cumplir las tareas que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentra y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo o entorno.(4)

Henenn señala, las familias tienen que atender a cinco tareas básicas que deben ser Asumidas en cualquier momento de su evolución histórica. Estas cinco tareas son:

- a) Socialización o desarrollo de habilidades sociales.
- b) Atención o aporte de alimentos y protección.
- c) Afecto o relación de cariño o amor y suministro de cuidados.
- d) Reproducción y relaciones sexuales.
- e) Estatus o legitimación y transición de las características de grupo social de origen. (4)

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 incluyen los padres de la pareja, entonces se trata de la familia extensa.

Cualquier interrupción del funcionamiento familiar repercute sobre todos los miembros de la familia. (27)

Una familia disfuncional es aquella que no cumple sus funciones, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentra y su relación con las demandas que percibe de su entorno.

Este equilibrio funcional de la familia puede alterarse en determinadas circunstancias, y ese hecho puede producir manifestaciones patológicas en algún miembro de la familia.

Las familias tienen tanto una estructura como una función. A los miembros de la familia se les asignan papeles específicos para que desempeñen alguna función dentro de la misma. A primera vista, el grupo familiar no parece estar estructurado sobre un modelo eficaz pero los refuerzos del afecto y de las obligaciones tienden a compensar la aparente torpe organización. (27)

Entre los elementos que afectan a la dinámica familiar conviene destacar dos por su importancia: en primer lugar, los cambios obligados que se producen en el tránsito de una etapa a otra del ciclo vital, y en segunda, la presentación de acontecimientos vitales estresantes, algunos provocan las crisis y disfunciones familiares. (3)

En la génesis de la disfunción familiar intervienen dos fuerzas antagónicas, una negativa que desajusta la función familiar, la incapacita para realizar sus tareas y modifica los roles de los miembros, y que esta en relación con los cambios del ciclo vital y los acontecimientos estresantes. Otra positiva, constituida por los recursos, bienes o activos que cada grupo familiar posee o busca en su entorno.(4,25)

Del predominio de una u otra dependerá el equilibrio o desequilibrio en el funcionamiento familiar.

Ante un acontecimiento vital estresante la familia entra en crisis, esto es, ve afectado su funcionamiento y alterado sus roles, lo que le impide resolver el problema.

Cuando los apoyos sean inadecuados o insuficiente, se mantendrá la crisis, y para salir de ella tendrá que recurrir a recursos extrafamiliares. Su importancia dependerá, en parte de la calidad y extensión de su red social. (3,25)

Entre éstos merecen especial mención los servicios sanitarios, sobre todo el médico de familia, al que debemos considerar como un importante recurso extrafamiliar.

Si estos apoyos extrafamiliares son suficientes se volverá a la etapa de adaptación y normalidad. Por el contrario, si los recursos son insuficientes se pasará a una fase de inadaptación, que obligará a poner en marcha mecanismos de defensa que colocarán a la familia en equilibrio patológico o disfunción y se llegará en casos límite a la ruptura familiar. (4)

La disfunción familiar suele manifestarse porque algunos de sus miembros se hacen sintomáticos: son las familias propensas a enfermar. Gran número de problemas psicosociales tiene su origen en la disfunción familiar, y muchos hiperutilizadores de servicios sanitarios lo son porque viven en familias en desequilibrio patológico. Los miembros de las familias disfuncionales suelen consultar por molestias poco definidas, náuseas, vómitos, dolores osteomusculares, etc. o por manifestaciones somatiformes, trastornos afectivos o ansiedad.(21)

En caso de que se sospeche de disfunción familiar será necesario proceder a evaluar el grado de alteración y los elementos de la función familiar que se encuentran afectados. (4)

El estudio de la familia desde una perspectiva médica, requiere de la consideración de dos elementos fundamentales: su estructura y su funcionalidad. (8) La estructura se puede valorar mediante la evaluación demográfica familiar que incluye el esquema de clasificación integral de la familia, (9) la identificación de la etapa de su ciclo vital y el diseño de su genograma. De esta manera, el conocimiento de la estructura familiar contribuye a la obtención de importantes datos como: roles intra familiares, característicos

generales de cada uno de los integrantes del grupo familiar, relaciones afectivas y enfermedades que padecen. (5)

La evaluación de la funcionalidad familiar se apoya en diversas bases teóricas y disciplinas científicas. El efecto que produce la enfermedad sobre alguno de los miembros de la familia, así como la respuesta del grupo familiar para afrontar este evento, ha llamado la atención de los investigadores. De esta manera, la evaluación de la familia impone el uso de instrumentos y modelos con sustento teórico, basados en investigaciones que los respalden, apoyándose en tres elementos fundamentales: el propósito que condujo a su creación, la naturaleza de los elementos que pretenden medir y el grado de confianza que se puede tener de esta medición. (7)

MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN FAMILIAR.

Observacionales:

Permiten la evaluación directa de los patrones de interacción familiar. No obstante, los métodos e instrumentos que se utilizan en forma observacional, proveen solamente de una visión "externa" del fenómeno. (7)

A los instrumentos observacionales se les ha cuestionado su confiabilidad y validez, pues la primera se ve afectada por el grado de capacitación del codificador, (terapeuta y observador) las variaciones en la codificación y la claridad del constructo de los instrumentos. Por otra parte, su validez se cuestiona al identificar otros elementos como el efecto presencial del terapeuta, el conocimiento de la intervención, las locaciones y áreas físicas, la reactividad individual u grupal, etc. (8)

De autoaplicación:

Estos instrumentos proporcionan una perspectiva "interna" de la funcionalidad. Los instrumentos de autoaplicación son cuestionarios estandarizados que proveen de información individual de los integrantes de una familia, incluyendo percepciones sobre sí mismo, sobre los demás miembros de la familia, actitudes, roles, valores, etc. El propósito de este tipo de instrumentos es la evaluación de la calidad de las relaciones dentro de las familias y las características de su ambiente que permitan identificar una funcionalidad saludable. (11).

Los instrumentos de autoaplicación pueden ofrecer una valoración individual más que grupal de los eventos familiares y requerirían ser aplicados a la totalidad de los integrantes de las familias. No obstante, existen la posibilidad de que alguno o algunos de los participantes pudieran ser predominantes en cierta perspectiva, con lo cual limitan el verdadero valor del diagnóstico. (7)

Aunque los instrumentos de autoaplicación tienen algunas desventajas, pueden presentar una imagen realista de la gran diversidad de conductas y comportamientos de los grupos familiares.

La gran diversidad de instrumentos, enfoques, propósitos y metodologías empleadas para desarrollarlos, presentan un complejo panorama, difícil de valorar por el médico familiar. Con fundamentos en análisis previos se proponen los siguientes criterios de selección: (5)

1. El objetivo del instrumento de evaluación deberá permitir obtener una muestra de las dimensiones conductuales que reflejan la conceptualización de su autor y de las principales características de las familias como un todo.
2. Disponibilidad de publicaciones que permitan identificar información de su diseño y propiedades psicométricas (validez de contenido, constructo y análisis de confiabilidad).
3. El instrumento deberá ser de autoaplicación.
4. De preferencia deberá ser breve.
5. Evaluar el tipo de población o muestras en las que ha sido aplicado.
6. El modelo teórico que lo fundamente no deberá ser complejo.

Estos criterios favorecen que el o los instrumentos elegidos puedan ser aplicados por médicos familiares, tomando en cuenta que en sus actividades asistenciales generalmente se dispone de poco tiempo y que su capacitación técnica está dirigida hacia la orientación más que a la terapia psicológica. (5)

Con base en estos criterios, se han identificado al menos ocho instrumentos:

- Family Assessment Device (FAD).

El FAD es un instrumento diseñado por Epstein, Bishop y Baldwin para proporcionar información de la funcionalidad familiar con base en dimensiones que ellos consideraron clínicamente relevantes, identificando problemas y operando el Modelo de Funcionalidad Familiar de McMaster (MFFM); (6). El FAD está integrado por 53 enunciados en relación con la familia.

- Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES).

A finales de los setentas, Olson y sus colaboradores desarrollaron FACES para hacer operativas dos de las tres dimensiones del Modelo Circunflejo de los Sistemas Familiares y Conyugales (6). El Modelo Circunflejo integra tres dimensiones de la vida familiar: cohesión, adaptabilidad y comunicación. Las dos primeras son las principales y se estima que la comunicación es una dimensión facilitadora que contribuye a que las otras dos se mantengan en niveles saludables.

Es necesario indicar que el Modelo Circunflejo dio origen al paquete de Evaluación Circunfleja (CAP) que incluye once instrumentos dentro de los cuales se encuentra FACES III.

- The Self-Report Family Inventory (SFI).

El SFI es un instrumento creado para operacionalizar las percepciones de los miembros de la familia mediante dos dimensiones: competencia y estilo, las cuales constituyen el sustento del Modelo Sistemático de Beavers para la Funcionalidad Familiar (BSM). El principal propósito del instrumento fue la provisión de los investigadores de un instrumento para identificar familias de alto riesgo y determinar

los cambios consecutivos a una intervención por parte de los terapeutas clínicos. El SFI es un instrumento relativamente reciente cuyo análisis factorial agrupó cuatro factores: salud, expresividad, liderazgo y estilo. Dando origen a la segunda versión la cual contiene 36 items. (7)

- **The Family Assessment Measure (FAM).**

El FAM se desarrolló para proporcionar una definición operativa de los constructos del Modelo Proceso (MP) de la funcionalidad Familiar, el cual se basa en el MFFM. El FAM se formuló inicialmente con 800 reactivos los cuales fueron depurados con base en su relevancia clínica, evaluación de su claridad y saturación de constructo reduciéndose a 30 reactivos para cada una de las siete dimensiones que lo integran. Los autores señalan que se requiere de 30 a 45 minutos para su aplicación.(7)

- **The Family Environment Scale (FES).**

Los autores del FES crearon este instrumento probablemente con el propósito de evaluar como un todo la funcionalidad familiar mediante un instrumento de autoaplicación, del cual no se manifiesta en forma explícita las razones de su diseño ni el modelo de funcionalidad familiar que lo respalda. (7)

- **The Family Functioning Index (FFI).**

La creación de este instrumento se basó en la idea de contar con un cuestionario que permitiera discriminar las familias que requieren de apoyo terapéutico de las que no lo requieren. El FFI está integrado por 19 reactivos, algunos de los cuales cuentan con subitems. Las instrucciones para aplicarlo son escuetas y los criterios de calificación e interpretación no son muy claros. (7)

- **The Family APGAR (FAPGAR).**

Este es uno de los primeros instrumentos elaborados por un médico familiar. Smilkstein publicó el FAPGAR, con el propósito de diseñar un breve instrumento de tamizaje para uso diario en el consultorio del médico de familia, para obtener datos que reflejaran el punto de vista de sus pacientes en relación con la situación funcional de sus familias. (1,2)

- **The Family Functioning Questionnaire (FFQ).**

El FFQ es un cuestionario integrado por ocho reactivos o items que explora ocho áreas: la estima, conversación abierta, ayuda de la familia, expresión de amor, tiempo empleado juntos, toma de decisiones, contactos externos a la familia y sentimiento de cercanía. Debido a su brevedad, realmente evalúa un solo constructo. Se desconoce su verdadero valor clínico y su capacidad discriminativa (7)

Cada uno de los instrumentos descritos ha seguido un desarrollo propio y se encuentra en diferente nivel de prueba de sus características estadísticas y psicométricas.

En nuestra experiencia (7,8,11), FAPGAR permite un buen acercamiento a la evaluación clínica de la funcionalidad familiar. Es imprescindible que el médico familiar evalúe las características de la familia, su estilo de vida, elementos

conductuales, manejo del estrés y capacidad adaptativa, los cuales pueden ser de gran utilidad clínica en la práctica de la medicina familiar.

En base a los instrumentos señalados anteriormente y determinando las ventajas que nos ofrece el Apgar Familiar por su fácil realización por el poco tiempo requerido, se seleccionó este instrumento para determinar posibles disfunciones familiares y graduar dicha disfunción para realizar intervenciones posteriores en grupos de riesgo.

El Apgar Familiar es una técnica rápida y sencilla para explorar la función familiar, que fue desarrollada por Smilkstein en 1978. Este instrumento se ha venido incorporando a la práctica clínica del médico familiar como una herramienta para el abordaje de los problemas familiares, tanto de forma experimental como en la asistencia clínica diaria.(1,2,7)

Smilkstein utilizó el acrónimo APGAR para recordar los cinco componentes de la función familiar:

- a) Adaptación (Adaptation) = Calidad de utilizar los recursos en función del bien común.
- b) Compañerismo (Partnership) = Distribución equitativa de responsabilidades compartiendo de manera solidaria los problemas familiares.
- c) Crecimiento (Growth) = Grado de crecimiento humano en los miembros de la familia como expresión del apoyo mutuo.
- d) Afecto (Attachment) = Relaciones de cuidado y cariño que deben existir entre los diferentes miembros de la familia.
- e) Resolución (Resolution) = Capacidad para resolver los problemas familiares dedicando el tiempo.

Objetivos de Apgar familiar: mide cualitativamente la satisfacción de los diferentes Miembros de la familia, en cada componente de las funciones familiares.

Este equilibrio funcional de la familia puede alterarse en determinadas circunstancias Y ese hecho puede producir manifestaciones patológicas en algún miembro de la familia.
(2)

El médico de primer nivel se enfrenta cada día con un alta prevalencia de Enfermedades psicosomáticas que requieren un abordaje algo más que biológico.

APGAR FAMILIAR

1. Adaptación. (Se comparten los recursos, existe ayuda mutua).

Casi siempre _____ a veces _____ casi nunca _____

2. Compañerismo. (Se comunica bien la familia, se comparte la toma de decisiones).

Casi siempre _____ a veces _____ casi nunca _____

3. Crecimiento. (Tienen los miembros la libertad para desarrollarse y funcionar independientemente).

Casi siempre _____ a veces _____ casi nunca _____

4. Afecto. (Se comparten las emociones, se mantienen, se manifiestan abiertamente los sentimientos).

Casi siempre _____ a veces _____ casi nunca _____

5. Tiempo y recursos. (Cuánto tiempo se comparten juntos, se comparte el dinero y otros recursos).

Casi siempre _____ a veces _____ casi nunca _____

Casi siempre: 2	7-10 Altamente funcional
A veces: 1	4-6 Disfunción moderada
Casi nunca: 0	0-3 Disfunción grave.

Hay evidencias contrastadas en la práctica clínica diaria de que hay asociación de trastornos de Ansiedad en relación con familias disfuncionales (3)

El estudio del impacto de la pobreza sobre la salud de las familias, constituye una tarea fundamental importancia para los prestadores de servicios y, en particular para el médico familiar, quien debe considerar al conjunto de sus pacientes como una población de riesgo, analizando los daños a la salud de las familias como un fenómeno multicausal .

El conocimiento de la información obtenida mediante el estudio de la marginación y la pobreza y sus relaciones con los daños a la salud, puede proporcionar elementos para establecer estrategias de solución a problemas que requieren de una precisa identificación de la magnitud de sus componentes, así como de los recursos familiares y extrafamiliares que pueden servir de apoyo para enfrentarlos.(17)

De las investigaciones más significativas realizadas en México, pueden citarse las publicadas por la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) en 1982, señalan que la desigualdad social, inequidad, marginación y pobreza se relacionan.

Es posible valorar la marginación social en función de múltiples factores de tipo económico, cultural y político; no obstante la complejidad del proceso ha dificultado la identificación de estrategias para enfrentar los efectos de la pobreza, relacionadas con daños a la salud y las diversas formas de atención médica. (13)

La pobreza fue definida en el Proyecto Regional para la Superación de la Pobreza del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo(PNUD) como la ausencia de satisfactores apropiados para cubrir un mínimo de ciertas necesidades llamadas básicas, como alimentación, salud, vivienda, educación básica, accesos a servicios de información, recreación, cultura, vestido, calzado, transporte público, correo y acceso al teléfono. (20)

Se ha considerado a la pobreza y a la marginación como sinónimos. El nivel de salud de las familias se ve afectado en relación con su grado de marginación, reflejándose en indicadores como la morbilidad, mortalidad, fecundidad, educación, condiciones de la vivienda e ingreso económico.

La pobreza se ha identificado como elemento determinante de la inequidad, desigualdad y marginación social. (19)

El estudio del impacto de la pobreza sobre la salud de las familias, constituye una tarea de fundamental importancia para los prestadores de servicios de salud y, en particular para el médico familiar, quien debe considerar al conjunto de sus pacientes como una población en riesgo, analizando los daños a la salud de las familias como un fenómeno multicausal, bajo una visión holística del proceso, que excluye la posibilidad de centrarse únicamente en la atención de la enfermedad. (16)

Para identificar a la población marginada de la República Mexicana el Consejo Nacional de Población (CONAPO) efectuó el proyecto desigualdad regional y marginación municipal en México, 1990. (20)

Con base en este estudio el gobierno de México clasifica las entidades federativas e identifico nueve estados con mayor marginación, clasificándolos como entidades para atención prioritaria. (6)

La crisis económica de 1994 limitó aun más el ciclo de crecimiento iniciado desde los fines de los años treinta y freno la tendencia descendente de la pobreza.

En este escenario se estima que la población marginada de la ciudad de México es de aproximadamente el 30% la cual subsiste a través de dos fenómenos sociales:

- a) La creciente economía informal.
- b) La utilización del trabajo intensivo no remunerado de hijos y parientes. (6)

Para comprender el proceso de producción y reproducción de la inequidad, pobreza y marginación social, el estudio de la familia ofrece una visión estratégica, que facilita el entendimiento de la transmisión generacional de estos fenómenos, como un proceso que se gesta en el seno de la familia y que tiende a continuarse, caracterizando así, la pertenencia a un determinado estrato socioeconómico. No debe perderse de vista que la movilidad social es un factor que tiende a neutralizar esta perspectiva determinada, debido a que no necesariamente los descendientes de un grupo familiar pobre en forma obligada tendrán que ser pobres (16).

Las sucesivas crisis económicas han producido un marcado debilitamiento en las diversas formas de vida y organización familiar; principalmente en los sectores con menores recursos económicos, donde las funciones características de la familia como el desarrollo de valores, madurez afectiva, identificación de roles, ayuda en el proceso educativo escolar y sentido de pertenencia a un determinado grupo, se ha visto fuertemente afectadas, generando un alto costo sanitario y social, evidenciado por el incremento en los casos de desnutrición, mortalidad materna e infantil, depresión, alcoholismo, fármaco dependencia, violencia intrafamiliar y maltrato infantil que pueden manifestarse socialmente en los elevados índices de criminalidad e inseguridad pública. (16)

El Índice Simplificado de Marginación Familiar (ISMF) toma como unidad de análisis a la familia e incluye tres de las dimensiones socioeconómicas esenciales para la vida humana:

- 1) Primera Dimensión, economía (ingreso económico familiar y número de hijos dependientes).
- 2) Segunda Dimensión, educación (escolaridad materna).
- 3) Tercera Dimensión, vivienda (hacinamiento).

Un índice se define como un número derivado de una fórmula para caracterizar un conjunto de datos o indicadores.

Un índice de este tipo esta sujeto a un elevado número de variaciones que no pueden medirse a través de intervalos numéricos, por esta razón es necesario utilizar categorías específicas cualitativas de orden económico psicosocial y cultural, las cuales vendrán a caracterizar a diferentes unidades de análisis. Los índices contenidos de esta manera dan por resultado relaciones predictivas múltiples no lineales del efecto de la pobreza sobre la salud de las familias. (18)

Los indicadores son datos que se aplican a una unidad de análisis (individuo, familia, municipio, país) para medir o clasificar fenómenos sociales o de salud y pueden ser muy concretos y mensurables como en el caso de la mortalidad infantil, o relativamente abstracto como el estilo de vida. (6,11,25)

Para cada dimensión se consideraron indicadores que hicieran posible la valoración del nivel de pobreza con el posible riesgo contra la salud.(8)

Primera dimensión del ISMF (Economía).

Ingreso económico familiar.

Los indicadores que se estimaron más adecuados para valorar la economía en el hogar fueron los ingresos y el número de hijos dependientes.

El censo de población de 1990 informo que el 19.67% de la población económicamente activa (PEA) en el Distrito Federal obtiene menos de un salario mínimo y el 39.74% entre uno y dos salarios, y el 15.38% hasta tres salarios mínimos. (20)

Numero de hijos dependientes.

Según datos de 1994 en México, las personas que cumplen el rol de hijos y que viven en el hogar paterno, en el 91.5% de los casos son solteros. El 65% esta casado o en unión libre y el 1.7% esta separado o divorciado.

Es de capital importancia precisar no-solo el número de hijos por familia sino su carácter de dependencia al jefe de la misma.

Segunda Dimensión del ISMF. (Educación).(20)

Escolaridad de la madre.

Con base en el IX Censo General de Población y Vivienda (1990) la encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares (1994) y la encuesta nacional de empleo (1995), se considera que la República Mexicana, el nivel educativo de las personas en edad de trabajar se circunscribe a la educación básica, debido a que las personas mayores de doce años que se agrupan en las familias: El 11.8% carece de instrucción, el 30.3% cuenta con primaria completa o bien cursaron algún año de instrucción secundaria, el 28% con instrucción media y el 7.3% tiene estudios de nivel superior.

De acuerdo con la Información de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 1992). Existían en México 12.7 millones de familias formadas por parejas con hijos que representan el 74.6% del total de los hogares familiares (hogar en el que por lo menos uno de los miembros tiene una relación de parentesco con el jefe de la familia) lo que significa que tres de cada cuatro familias pueden considerarse como familias completas.

Entre los elementos que se tomaron en cuenta para decidir la incorporación de la escolaridad materna como indicador del IMSF. Figuran los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Fecundidad en Salud, en donde se informo que dos terceras partes de las mujeres con la más alta escolaridad tenían su primer hijo después de los 20 años de edad contrastando con el 70% de las mujeres que carecían de instrucción.

Sin duda alguna, la escolaridad de las madres de familia es la que mayores efectos generan sobre la salud con la enfermedad del resto de los integrantes de las familias(16)

Tercera dimensión del ISMF (Vivienda).20)

Hacinamiento.

Las características de la vivienda, históricamente se han tomado en cuenta para realizar análisis y estudios sistemáticos en el campo de la demografía y la sociología; se consideran indicadores fundamentales para establecer el nivel de bienestar y estado de salud de una población (14)

En el rubro de necesidades básicas relacionadas con las condiciones de la vivienda, se toman en cuenta cuatro tipos de índices de adecuación:

- a) de la vivienda
- b) de los espacios
- c) sanitaria
- d) energética

En el caso de ISMF se dio prioridad a la adecuación de los espacios de la vivienda y de estos se privilegiaron los espacios destinados para dormir, estimando el número de personas que habitan por cuarto dormitorio(11)

Para determinar la confiabilidad del instrumento del Índice de Simplificado de Marginal Familiar el Dr. Ponce-Rosas, Irigoyen-Coria, realizaron 347 cuestionario de una encuesta domiciliaria de la población del área de influencia en el Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana", en la Delegación Tlalpan , Distrito Federal, encontrando que la prueba piloto aplicada en unidades de medicina familiar mediante entrevista directa, permitió identificar la sencillez del procedimiento, así como la celeridad con que puede llevarse a cabo (entre 45 y 60 segundos). La confiabilidad obtenida en la escala de medición del Índice simplificado de Marginalidad Familiar fue considerada como buena ya que respondió a lo esperado en el marco de la consistencia interna de un instrumento que puede ser útil en la práctica clínica y social de los profesionales de la salud. Aunque el ISMF está integrado solamente por cuatro variables, éstas mostraron en su conjunto, su eficacia para medir rápidamente con un enfoque práctico la marginación de la población estudiada. (10)

**VALORACION DE FACTORES SOCIALES DETERMINANTES DE RIESGO A
NIVEL FAMILIAR
(INDICE DE MARGINACION FAMILIAR)**

Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina FJ, Ponce Rosas ER, Terán-Trillo M

INGRESO ECONOMICO		HACINAMIENTO	
MENOS DE UN SALARIO MÍNIMO	3	5 O MÁS POR DORMITORIO	3
1 A 2 SALARIOS MÍNIMOS	2	4 PERSONAS POR DORMITORIO	2
3 A 4 SALARIOS MÍNIMOS	1	3 PERSONAS POR DORMITORIO	1
5 O MÁS SALARIOS	0	1 A 2 PERSONAS POR DORMITORIO	0

EDUCACION MATERNA		HIJOS DEPENDIENTES	
SIN INSTRUCCIÓN	3	3 O MÁS	3
PRIMARIA INCOMPLETA	2	2	2
PRIMARIA COMPLETA	1	1	1
POSPRIMARIA	0	NINGUNO	0

Estos instrumentos auxilian eficazmente en la identificación de las diferencias socioeconómicas y, de marginación en áreas geográficas pequeñas, no obstante resulta necesario construir un instrumento que ayude a los médicos familiares a planificar actividades destinadas a resolver en forma adecuada, eficaz y eficiente los problemas de salud de su población.(11)

Los médicos de familia se encuentran frecuentemente inmersos en el ambiente sociocultural de su paciente, centrándose en la familia y otorgando servicios tanto preventivos como curativos. 13)

Por otra parte, al trabajar sobre una población definida tienen la oportunidad de revertir los efectos de la llamada ley de cuidados inversos: aquellos que más necesitan los cuidados son quienes menos los reciben. Este compromiso del médico familiar requiere del conocimiento de su población por principio de una relación nominal, por edad y sexo de la totalidad de su población.(14)

Estos dos argumentos cobran mayor importancia cuando se trata de poblaciones inmersas en la pobreza como en el caso de México en donde se acepta que aproximadamente el 20% de la población se encuentra catalogada en las categorías de pobreza y pobreza extrema. Estos argumentos justifican el desarrollo de proyectos de investigación de este fenómeno y sus efectos sobre la salud. (11)

PLANTEAMIENTO.

El médico familiar debe considerar la importancia de los elementos económicos y sociales que influyen sobre la salud de los individuos así como de los cambios en el estilo de vida y organización familiar que pueden afectar tanto su estructura como sus funciones esenciales por lo tanto ¿Cuál es el grado de disfuncionalidad familiar, detectado por medio del APGAR y su relación con el nivel socioeconómico evaluado a través del Índice de Marginalidad Familiar en los derechohabientes del consultorio 15 de la Clínica de Medicina Familiar Moctezuma en el periodo comprendido de Julio a Octubre del 2001?

JUSTIFICACION:

Magnitud: En su carácter de unidad social básica la constelación familiar es una fuente primordial de problemas de salud. Ya que uno generalmente debe tratar la causa, la familia se transforma muchas veces es el foco para el manejo de los problemas de salud que deriva de su mal funcionamiento.

Huerta Martínez señala que en las sociedades modernas la posibilidad de pertenecer a una familia disfuncional es aproximadamente del 88 por ciento. La consulta médica solicitada por pacientes con signos y síntomas mal definidos tienen un riesgo de 6.21 veces mayor de presentar una disfunción familiar que el resto de los consultantes.

La pobreza es un problema que afecta importantemente en el nivel de salud de las familias. Irigoyen menciona que la población marginada de la Ciudad de México es de aproximadamente 30%. Las crisis económicas han producido un marcado debilitamiento en las diversas formas de vida y organización familiar, principalmente en los sectores con menos recursos económicos.

Trascendencia: La práctica de la medicina familiar constituye un espacio idóneo para identificar elementos que propicien o limiten el desarrollo de diversos padecimientos, de esta manera el médico de familia puede participar en la formación y fortalecimiento de redes de apoyo entre profesionales de la salud que coadyuvan a la solución de problemas de salud relacionados con la pobreza.

Vulnerabilidad: Las características que se encuentran en la población del consultorio 15 de CMF Moctezuma en cuanto a la economía, tipo de vivienda (índice de marginalidad) como el nivel de disfuncionalidad, puede provocar el logro o fracaso de este proceso, ya que no se necesita del financiamiento u otro tipo de ayuda mas que la profesional con la cual contamos en nuestro entorno laboral, teniendo como única desventaja la ausencia de la familia en la consulta externa o la no cooperación para lograr un fin definido como lo es la estabilidad familiar.

Factibilidad: El conocimiento de la información obtenida mediante el estudio de la marginación, la pobreza y sus relaciones con los daños a la salud (por ejemplo desnutrición, anemia, deficiencias de crecimiento peso-edad) pueden propiciar elementos para establecer estrategias de solución, así como los recursos familiares y extrafamiliares que pueden servir de apoyo para enfrentarlos.

PLANTEAMIENTO.

El médico familiar debe considerar la importancia de los elementos económicos y sociales que influyen sobre la salud de los individuos así como de los cambios en el estilo de vida y organización familiar que pueden afectar tanto su estructura como sus funciones esenciales por lo tanto ¿Cuál es el grado de disfuncionalidad familiar, detectado por medio del APGAR y su relación con el nivel socioeconómico evaluado a través del Índice de Marginalidad Familiar en los derechohabientes del consultorio 15 de la Clínica de Medicina Familiar Moctezuma en el periodo comprendido de Julio a Octubre del 2001?

JUSTIFICACION:

Magnitud: En su carácter de unidad social básica la constelación familiar es una fuente primordial de problemas de salud. Ya que uno generalmente debe tratar la causa, la familia se transforma muchas veces es el foco para el manejo de los problemas de salud que deriva de su mal funcionamiento.

Huerta Martínez señala que en las sociedades modernas la posibilidad de pertenecer a una familia disfuncional es aproximadamente del 88 por ciento. La consulta médica solicitada por pacientes con signos y síntomas mal definidos tienen un riesgo de 6.21 veces mayor de presentar una disfunción familiar que el resto de los consultantes.

La pobreza es un problema que afecta importantemente en el nivel de salud de las familias. Irigoyen menciona que la población marginada de la Ciudad de México es de aproximadamente 30%. Las crisis económicas han producido un marcado debilitamiento en las diversas formas de vida y organización familiar, principalmente en los sectores con menos recursos económicos.

Trascendencia: La práctica de la medicina familiar constituye un espacio idóneo para identificar elementos que propicien o limiten el desarrollo de diversos padecimientos, de esta manera el médico de familia puede participar en la formación y fortalecimiento de redes de apoyo entre profesionales de la salud que coadyuvan a la solución de problemas de salud relacionados con la pobreza.

Vulnerabilidad: Las características que se encuentran en la población del consultorio 15 de CMF Moctezuma en cuanto a la economía, tipo de vivienda (índice de marginalidad) como el nivel de disfuncionalidad, puede provocar el logro o fracaso de este proceso, ya que no se necesita del financiamiento u otro tipo de ayuda mas que la profesional con la cual contamos en nuestro entorno laboral, teniendo como única desventaja la ausencia de la familia en la consulta externa o la no cooperación para lograr un fin definido como lo es la estabilidad familiar.

Factibilidad: El conocimiento de la información obtenida mediante el estudio de la marginación, la pobreza y sus relaciones con los daños a la salud (por ejemplo desnutrición, anemia, deficiencias de crecimiento peso-edad) pueden propiciar elementos para establecer estrategias de solución, así como los recursos familiares y extrafamiliares que pueden servir de apoyo para enfrentarlos.

Factibilidad: El conocimiento de la información obtenida mediante el estudio de la marginación, la pobreza y sus relaciones con los daños a la salud (por ejemplo desnutrición, anemia, deficiencias de crecimiento peso-edad) pueden propiciar elementos para establecer estrategias de solución, así como los recursos familiares y extrafamiliares que pueden servir de apoyo para enfrentarlos.

OBJETIVO GENERAL

Identificar el grado de Disfuncionalidad Familiar a través el APGAR Familiar y su relación con el nivel socioeconómico evaluado a través del índice de Marginalidad Familiar en los derechohabientes del consultorio 15 de la Clínica de Medicina Familiar Moctezuma.

OBJETIVO ESPECIFICOS

Identificar la frecuencia de los factores que influyen sobre la marginalidad familiar como son:

- 1.- Economía
- 2.- Vivienda
- 3.- Educación
- 4.- Dependencia

METODOLOGÍA.

Tipo de Estudio: Es un estudio de tipo, transversal y prospectivo.

Población, lugar y tiempo: El estudio se realizó en la Clínica de medicina Familiar Moctezuma ubicada en Calle Oriente 144 esquina Norte 21 Col. Moctezuma 2ª. Sección, el total de derechohabientes que se encuentran adscritos es de 48,628 de los cuales 20,704 son hombres y 26,924 son mujeres. El consultorio 15 tiene una población total de 2889 derechohabientes. Practicándose las encuestas durante el mes de julio a octubre del 2001.

Tipo y Tamaño de la Muestra: Muestreo no probabilístico, por cuotas. Realizándose un total de 150 pacientes entrevistados, aplicándoles el Instrumento I APGAR Familiar y el Instrumento II de Marginalidad Familiar, con una duración de 5 minutos cada una.

Criterio de inclusión:

1. Que sean derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar Moctezuma.
2. Familias que acude a consulta.
3. Personas que sean mayores de edad.
4. Personas que sepan leer y escribir.
5. Personas que deseen cooperar y contestar los cuestionarios.

Factibilidad: El conocimiento de la información obtenida mediante el estudio de la marginación, la pobreza y sus relaciones con los daños a la salud (por ejemplo desnutrición, anemia, deficiencias de crecimiento peso-edad) pueden propiciar elementos para establecer estrategias de solución, así como los recursos familiares y extrafamiliares que pueden servir de apoyo para enfrentarlos.

OBJETIVO GENERAL

Identificar el grado de Disfuncionalidad Familiar a través el APGAR Familiar y su relación con el nivel socioeconómico evaluado a través del índice de Marginalidad Familiar en los derechohabientes del consultorio 15 de la Clínica de Medicina Familiar Moctezuma.

OBJETIVO ESPECIFICOS

Identificar la frecuencia de los factores que influyen sobre la marginalidad familiar como son:

- 1.- Economía
- 2.- Vivienda
- 3.- Educación
- 4.- Dependencia

METODOLOGÍA.

Tipo de Estudio: Es un estudio de tipo, transversal y prospectivo.

Población, lugar y tiempo: El estudio se realizó en la Clínica de medicina Familiar Moctezuma ubicada en Calle Oriente 144 esquina Norte 21 Col. Moctezuma 2ª. Sección, el total de derechohabientes que se encuentran adscritos es de 48,628 de los cuales 20,704 son hombres y 26,924 son mujeres. El consultorio 15 tiene una población total de 2889 derechohabientes. Practicándose las encuestas durante el mes de julio a octubre del 2001.

Tipo y Tamaño de la Muestra: Muestreo no probabilístico, por cuotas. Realizándose un total de 150 pacientes entrevistados, aplicándoles el Instrumento I APGAR Familiar y el Instrumento II de Marginalidad Familiar, con una duración de 5 minutos cada una.

Criterio de inclusión:

1. Que sean derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar Moctezuma.
2. Familias que acude a consulta.
3. Personas que sean mayores de edad.
4. Personas que sepan leer y escribir.
5. Personas que deseen cooperar y contestar los cuestionarios.

Factibilidad: El conocimiento de la información obtenida mediante el estudio de la marginación, la pobreza y sus relaciones con los daños a la salud (por ejemplo desnutrición, anemia, deficiencias de crecimiento peso-edad) pueden propiciar elementos para establecer estrategias de solución, así como los recursos familiares y extrafamiliares que pueden servir de apoyo para enfrentarlos.

OBJETIVO GENERAL

Identificar el grado de Disfuncionalidad Familiar a través el APGAR Familiar y su relación con el nivel socioeconómico evaluado a través del índice de Marginalidad Familiar en los derechohabientes del consultorio 15 de la Clínica de Medicina Familiar Moctezuma.

OBJETIVO ESPECIFICOS

Identificar la frecuencia de los factores que influyen sobre la marginalidad familiar como son:

- 1.- Economía
- 2.- Vivienda
- 3.- Educación
- 4.- Dependencia

METODOLOGÍA.

Tipo de Estudio: Es un estudio de tipo, transversal y prospectivo.

Población, lugar y tiempo: El estudio se realizó en la Clínica de medicina Familiar Moctezuma ubicada en Calle Oriente 144 esquina Norte 21 Col. Moctezuma 2ª. Sección, el total de derechohabientes que se encuentran adscritos es de 48,628 de los cuales 20,704 son hombres y 26,924 son mujeres. El consultorio 15 tiene una población total de 2889 derechohabientes. Practicándose las encuestas durante el mes de julio a octubre del 2001.

Tipo y Tamaño de la Muestra: Muestreo no probabilístico, por cuotas. Realizándose un total de 150 pacientes entrevistados, aplicándoles el Instrumento I APGAR Familiar y el Instrumento II de Marginalidad Familiar, con una duración de 5 minutos cada una.

Criterio de inclusión:

1. Que sean derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar Moctezuma.
2. Familias que acude a consulta.
3. Personas que sean mayores de edad.
4. Personas que sepan leer y escribir.
5. Personas que deseen cooperar y contestar los cuestionarios.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes no derechohabientes.
2. Que no deseen contestar.
3. Que no correspondan a la zona comprendida de la Colonia El Sol.

Criterios de eliminación:

1. Cuestionarios incompletos o mal contestados.

Información a recolectar:

VARIABLES CUALITATIVAS: adaptación, compañerismo, crecimiento, afecto y tiempo.

VARIABLES CUANTITATIVAS: ingreso económico, número de personas por dormitorio, escolaridad materna, número de hijos dependientes.

Método o procedimiento para captar la información: se solicita la anuencia de las autoridades de la clínica moctezuma y de la delegación oriente del I.S.S.S.T.E. para la realización de dos tipos de encuestas (apgar e índice de marginalidad) para que al otorgar la consulta se aborde al paciente y solicitar su cooperación libre y sin componendas para la realización del trabajo que nos ocupa teniendo un tiempo aproximado de 10 minutos para contestar edad del padre de familia, ocupación estudios No. De hijos, estado civil, tipo de vivienda No. De cuartos, No. De habitantes así como la contestación lo más verídica posible de los 2 instrumentos ocupados en este trabajo que son los de Marginalidad y Apgar con un total de 150 encuestados. (ver anexos). Captada la información se procede a clasificar y organizar para la elaboración de cuadros estadísticos con porcentajes y gráficas para realizar el análisis e interpretación de la información recabada.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes no derechohabientes.
2. Que no deseen contestar.
3. Que no correspondan a la zona comprendida de la Colonia El Sol.

Criterios de eliminación:

1. Cuestionarios incompletos o mal contestados.

Información a recolectar:

VARIABLES CUALITATIVAS: adaptación, compañerismo, crecimiento, afecto y tiempo.

VARIABLES CUANTITATIVAS: ingreso económico, número de personas por dormitorio, escolaridad materna, número de hijos dependientes.

Método o procedimiento para captar la información: se solicita la anuencia de las autoridades de la clínica moctezuma y de la delegación oriente del I.S.S.S.T.E. para la realización de dos tipos de encuestas (apgar e índice de marginalidad) para que al otorgar la consulta se aborde al paciente y solicitar su cooperación libre y sin componendas para la realización del trabajo que nos ocupa teniendo un tiempo aproximado de 10 minutos para contestar edad del padre de familia, ocupación estudios No. De hijos, estado civil, tipo de vivienda No. De cuartos, No. De habitantes así como la contestación lo más verídica posible de los 2 instrumentos ocupados en este trabajo que son los de Marginalidad y Apgar con un total de 150 encuestados. (ver anexos). Captada la información se procede a clasificar y organizar para la elaboración de cuadros estadísticos con porcentajes y gráficas para realizar el análisis e interpretación de la información recabada.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes no derechohabientes.
2. Que no deseen contestar.
3. Que no correspondan a la zona comprendida de la Colonia El Sol.

Criterios de eliminación:

1. Cuestionarios incompletos o mal contestados.

Información a recolectar:

VARIABLES CUALITATIVAS: adaptación, compañerismo, crecimiento, afecto y tiempo.

VARIABLES CUANTITATIVAS: ingreso económico, número de personas por dormitorio, escolaridad materna, número de hijos dependientes.

Método o procedimiento para captar la información: se solicita la anuencia de las autoridades de la clínica moctezuma y de la delegación oriente del I.S.S.S.T.E. para la realización de dos tipos de encuestas (apgar e índice de marginalidad) para que al otorgar la consulta se aborde al paciente y solicitar su cooperación libre y sin componendas para la realización del trabajo que nos ocupa teniendo un tiempo aproximado de 10 minutos para contestar edad del padre de familia, ocupación estudios No. De hijos, estado civil, tipo de vivienda No. De cuartos, No. De habitantes así como la contestación lo más verídica posible de los 2 instrumentos ocupados en este trabajo que son los de Marginalidad y Apgar con un total de 150 encuestados. (ver anexos). Captada la información se procede a clasificar y organizar para la elaboración de cuadros estadísticos con porcentajes y gráficas para realizar el análisis e interpretación de la información recabada.

CONSIDERACIONES ETICAS: DECLARACIÓN DE HELSINKI.

El Código Internacional de Ética Médica declara que : "Cualquier acto o consejo que pudiera debilitar la resistencia física y mental de un ser humano debe ser usada únicamente en su propio beneficio".

I. Principios Básicos:

Todo proyecto de investigación biomédica que involucre seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa evaluación de los riesgos predecibles en comparación con los posibles beneficios para el sujeto o para otros seres humanos. En lo que concierne a los derechos del sujeto, éstos siempre deben prevalecer sobre el interés de la ciencia y de la sociedad.

Se debe respetar el derecho de cada sujeto a salvaguardar su integridad. Deben tomarse todas las precauciones para respetar la vida privada y para minimizar el impacto del estudio en la integridad física y mental y en la personalidad del sujeto.

Investigación Biomédica no Terapéutica que involucre sujetos humanos (Investigación biomédica no clínica).

Los sujetos deberán ser voluntarios, ya se trate de personas sanas o de pacientes para quienes el diseño experimental no esté relacionado con sus enfermedades .

En la investigación humana, el interés de la ciencia y la sociedad nunca deberá estar por encima de las consideraciones relacionada con el bienestar de los sujetos.

DESCRIPCION DE RESULTADOS

RESULTADOS

Se realizó la recolección de datos en la población correspondiente al consultorio 15 de la C.M. F. Moctezuma en el transcurso de los meses de julio a octubre del 2001 los cuales arrojan lo siguiente:

Se utilizó el cuestionario de Apgar-Familiar (ver Instrumento I) analizando variables, como edad, dependientes, profesión, economía y estado civil. La fuente de datos se obtuvo durante la consulta de medicina general con una edad comprendida entre la segunda y sexta década de la vida encontrándose en 150 familias comprendidas en normofunción el 53.33% correspondiente a 80 de ellas y para disfunción de 46.66% correspondiente a 70 familias, de las cuales 50 de estas con disfunción moderada para un 33.33% y con disfunción grave 20 para un 13.33% (Grafica 1)

Por ingresos por quincena se encuentra:

Menor de 1000.00 11.13% correspondiente a 17 familias; de 1001 a 2000.00 55.3% de 83 familias; de 2001 a 3000.00 22% de 33 familias; de 3001 a 4000.00 8% de 12 familias; de 4001 a 5000.00 0.66% de 1 familia; demás de 5000.00 2.6% de 4 familias. (Ver grafica 2)

Según la ocupación del jefe de familia y/o el que sustenta la familia es:

Empleados (Profesionistas, policías, empleados de limpieza, jardineros) 77.33% de 116 familias; jubilados o pensionados 22.67% de 34 familias. (Ver grafica 3)

De acuerdo a escolaridad:

Primaria 15.3% de 23 familias; secundaria 42% de 63 familias; preparatoria 24.6% de 37 familias; profesional 18% de 27 familias. (Ver grafica 4)

Por casa habitación:

Casa propia 40.6% de 61 familias; rentada 39.3% de 59 familias; casa paterna 20% de 30 familias. (Ver grafica 5)

Según número de cuartos:

Con 1 cuarto 29.3% 44 familias; con 2 cuartos 46% 69 familias; con 3 cuartos 16% 24 familias; con 4 cuartos 8.6% 13 familias. (Ver grafica 6)

Por dependientes.

De 1 a 3 70% 105 familias; de 4 a 6 28.66% 43 familias; de 7 o más 1.33% 2 familias. (Ver grafica 7)

Por edad:

20-29 años 16.6% 25 personas; 30 a 39 años 37.3 % 56 personas; 40 a 49 años 17.3% 26 personas; 50 a 59 años 15.3% 23 personas; 60 ó más años 13.3 % 20 personas. (Ver grafica 8)

Según estado civil: Casados 75.3% 113 parejas; divorciados 6.66% 10 parejas; solteros 6.66% 10 personas; viudos 4.66% 7 personas; unión libre 6.66 10 personas. (Ver grafica 9)

De acuerdo con la tabla de valoración de factores sociales y determinantes del riesgo de nivel familiar (ver en anexos) se concluyó lo siguiente:

Con una encuesta por ISMF. (ver Instrumento II) se realizó la calificación de 150 encuestados encontrando calificación de 9 para 3.31% con frecuencia de 5 familias; con calificación de 8 para 6.62% con frecuencia de 10 de familias; con calificación de 7 para 10.60% con frecuencia de 16 familias; con calificación de 6 con 15.89% para una frecuencia de 24 familias; con calificación de 5 para 19.87% con frecuencia de 30 familias; con calificación de 4 para 21.19% con una frecuencia de 32 familias; con calificación de 3 con 15.89% para 24 familias; con 2 para 3.31% con una frecuencia de 5 familias; y con calificación de 1 para 8.33% con una frecuencia de 4 familias. (Ver grafica 10)

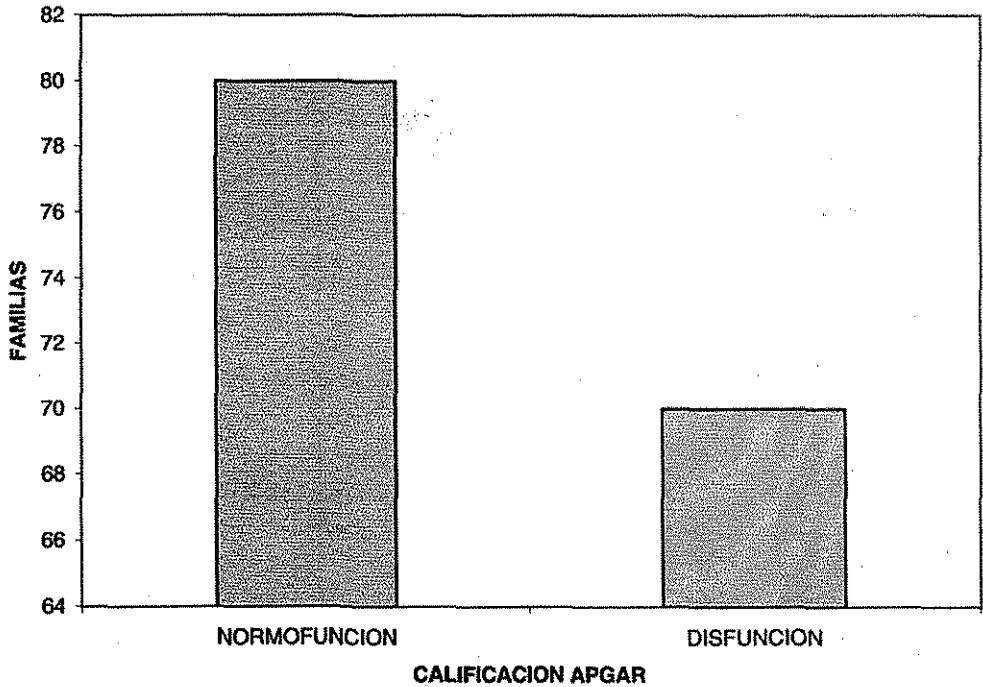
Podemos informar que la relación de 150 familias encontrada entre índice de marginalidad y apgar de acuerdo a la clasificación y la funcionalidad familiar por sus modalidades en grave, moderada y normofuncional así como de marginalidad en alta, media y baja encontramos:

Una marginalidad alta con disfunción grave de 5 familias 3.33%; con marginalidad moderada y disfunción grave a 10 familias 10%; una marginalidad media y disfunción moderada 44 familias 29.33%; una marginalidad baja y disfunción moderada 6 familias 4%; una marginalidad media y normofunción 52 familias 34.66%; y marginalidad baja y normofunción 28 familias 18.66%. (Ver grafica 11)

FUNCIONALIDAD FAMILIAR APGAR
CUADRO 1

	FAMILIAS	PORCENTAJE
NORMOFUNCION	80	0.53
DISFUNCION	70	0.47
TOTAL	150	1.00

FRECUENCIA POR FUNCIONALIDAD FAMILIAR
C.M.F. MOCTEZUMA
JULIO-OCTUBRE 2001
GRAFICA 1



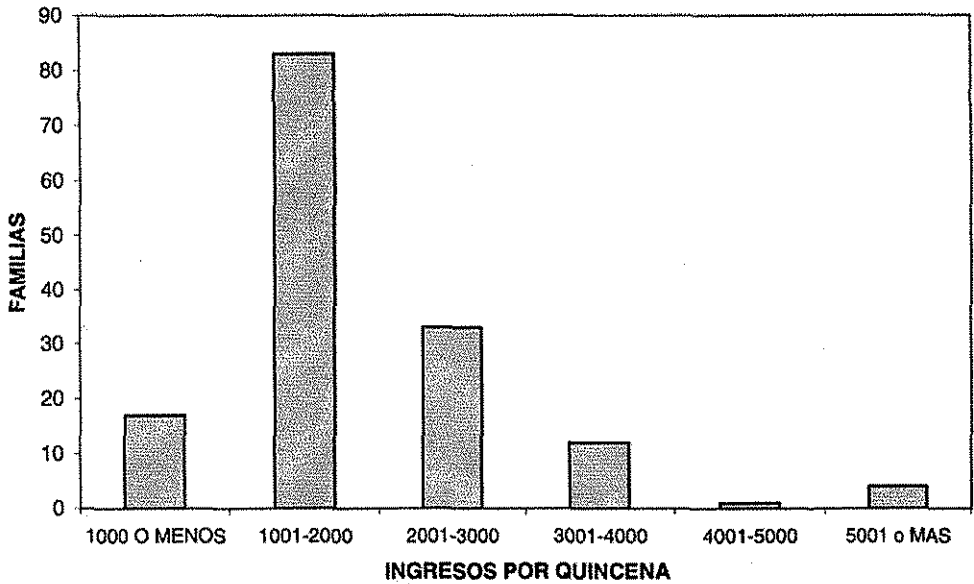
FUENTE: INSTRUMENTO 1

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**INGRESOS ECONOMICOS
CUADRO 2**

	FAMILIAS	PORCENTAJE
1000 O MENOS	17	11.33%
1001-2000	83	55.33%
2001-3000	33	22.00%
3001-4000	12	8.00%
4001-5000	1	0.67%
5001 o MAS	4	2.67%
TOTAL	150	100.00%

FRECUENCIA POR INGRESOS
C.M.F. MOCTEZUMA
JULIO-OCTUBRE 2001
GRAFICA 2



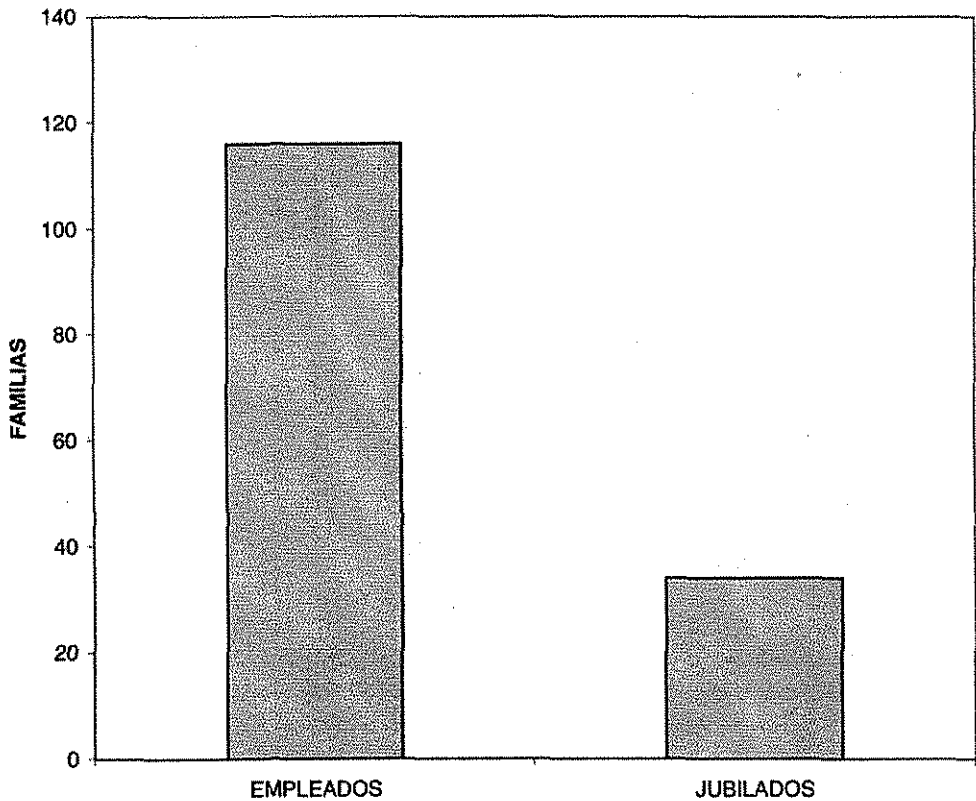
FUENTE: INSTRUMENTO 2 MARGINALIDAD FAMILIAR

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**OCUPACION
CUADRO 3**

	FAMILIAS	PORCENTAJE
EMPLEADOS	116	77.33%
JUBILADOS	34	22.67%
TOTAL	150	100.00%

FRECUENCIA POR OCUPACIÓN
C.M.F. MOCTEZUMA
JULIO-OCTUBRE 2001
GRAFICA 3



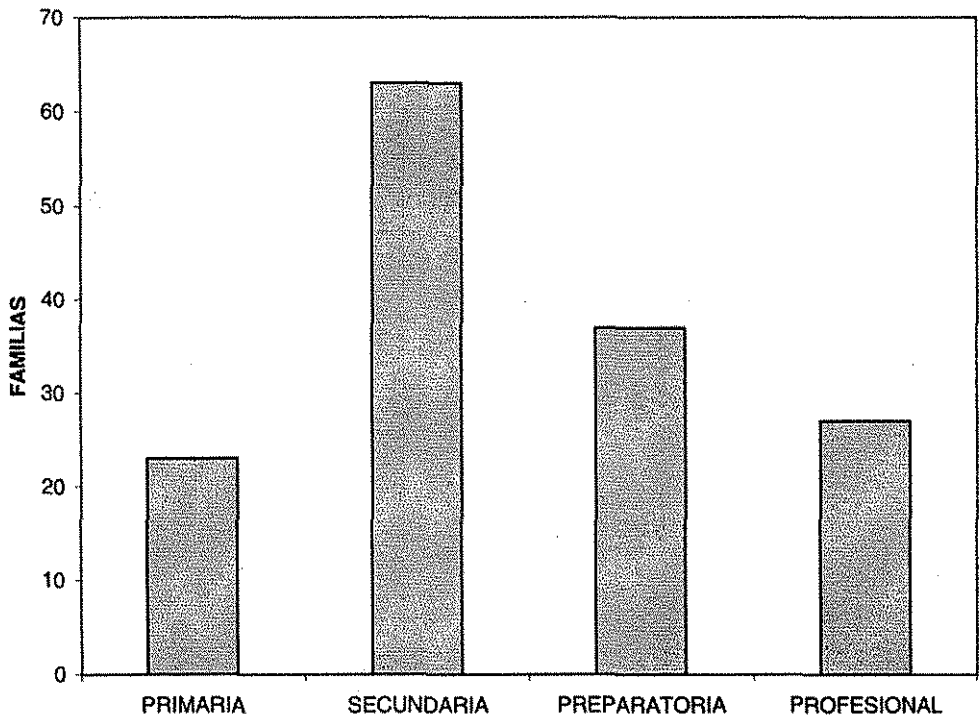
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**ESCOLARIDAD
CUADRO 4**

	FAMILIAS	PORCENTAJE
PRIMARIA	23	15.33%
SECUNDARIA	63	42.00%
PREPARATORIA	37	24.67%
PROFESIONAL	27	18.00%
TOTAL	150	100.00%

FRECUENCIA POR ESCOLARIDAD
C.M.F. MOCTEZUMA
JULIO-OCTUBRE 2001
GRAFICA 4

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

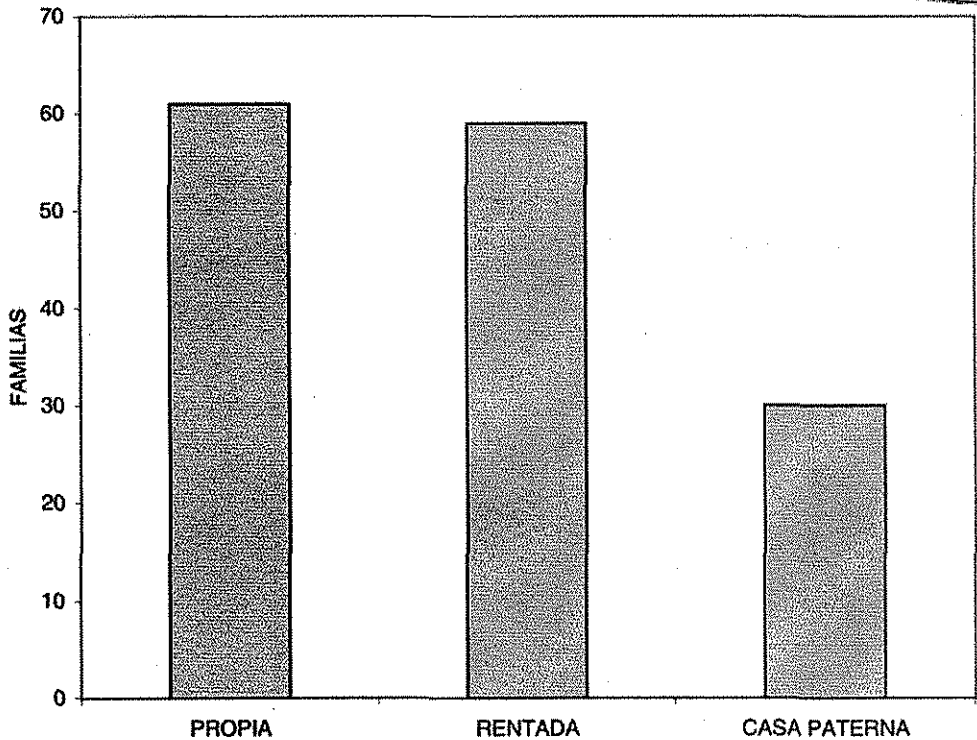


**TIPO CASA HABITACION
CUADRO 5**

	FAMILIAS	PORCENTAJE
PROPIA	61	40.67%
RENTADA	59	39.33%
CASA PATERNA	30	20.00%
TOTAL	150	100.00%

FRECUENCIA POR CASA HABITACIÓN
C.M.F. MOCTEZUMA
JULIO-OCTUBRE 2001
GRAFICA 5

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

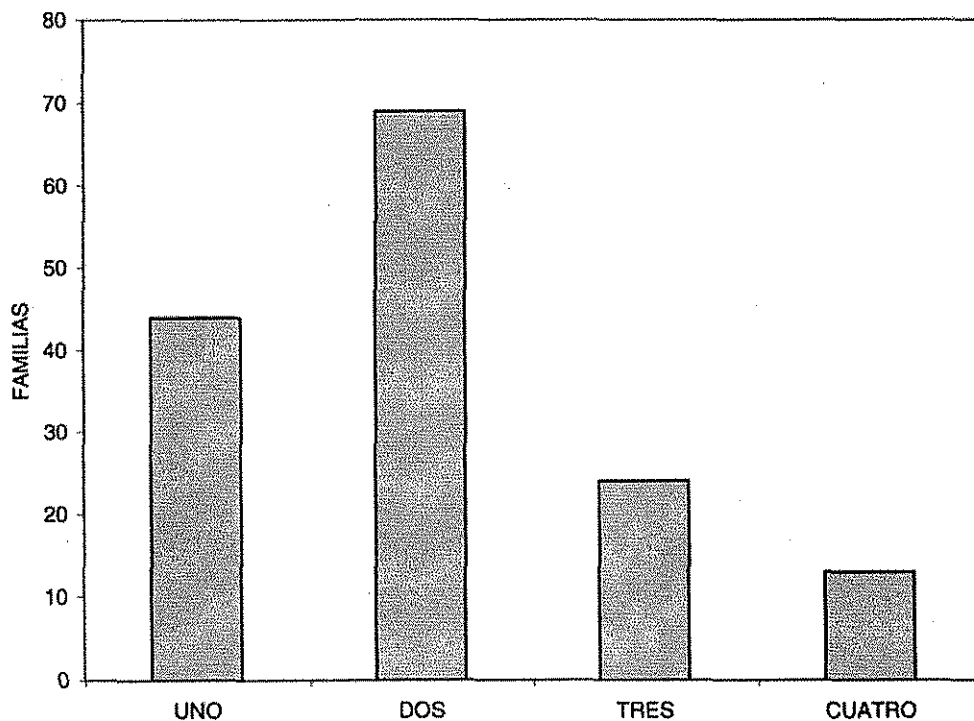


**NUMERO DE CUARTOS (RECAMARAS)
CUADRO 6**

	FAMILIAS	PORCENTAJE
UNO	44	29.33%
DOS	69	46.00%
TRES	24	16.00%
CUATRO	13	8.67%
TOTAL	150	100.00%

FRECUENCIA POR NUMERO DE CUARTOS
C.M.F. MOCTEZUMA
JULIO-OCTUBRE 2001
GRAFICA 6

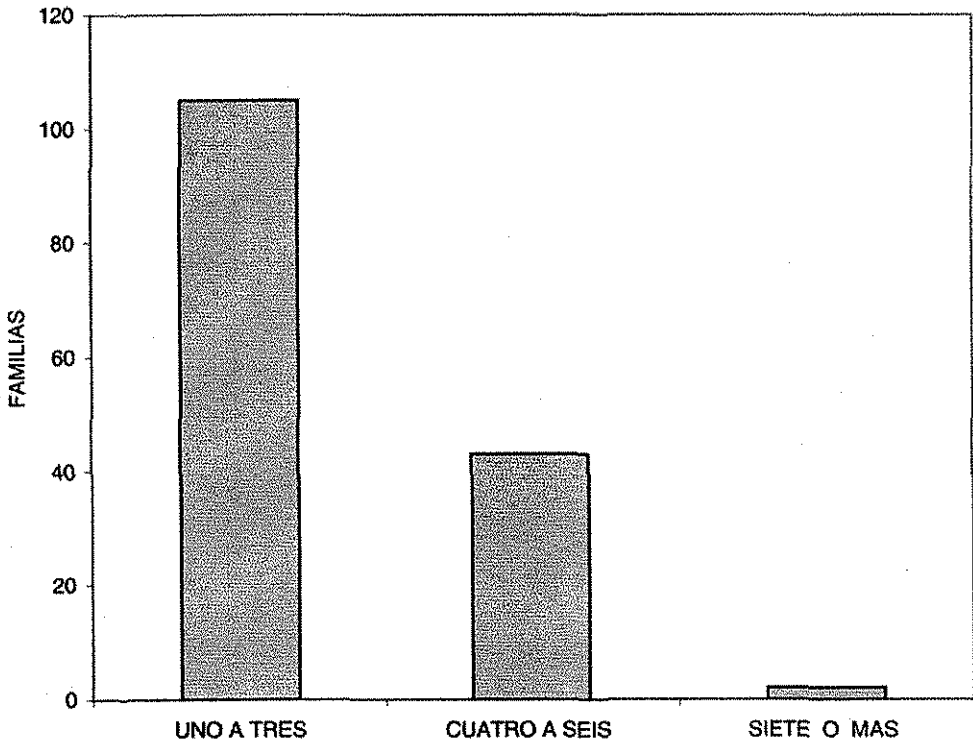
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



**DEPENDIENTES
CUADRO 7**

	FAMILIAS	PORCENTAJE
UNO A TRES	105	70.00%
CUATRO A SEIS	43	28.67%
SIETE O MAS	2	1.33%
TOTAL	150	100.00%

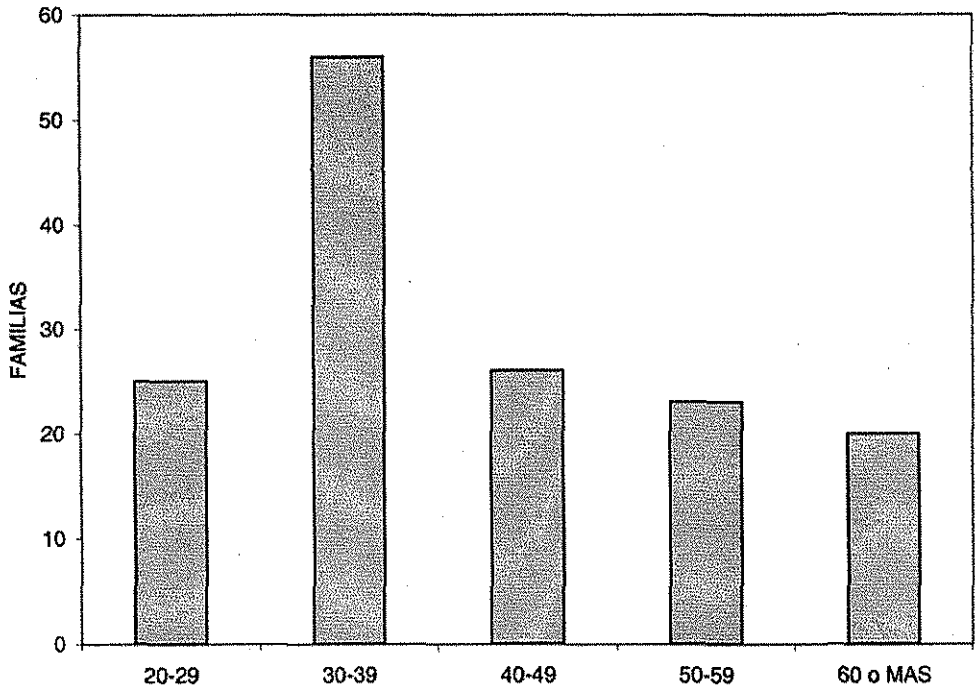
FRECUENCIA POR NUMERO DE DEPENDIENTES POR FAMILIA
C.M.F. MOCTEZUMA
JULIO-OCTUBRE 2001
GRAFICA 7



**POR EDAD
CUADRO 8**

	FAMILIAS	PORCENTAJE
20-29	25	16.67%
30-39	56	37.33%
40-49	26	17.33%
50-59	23	15.33%
60 o MAS	20	13.33%
TOTAL	150	100.00%

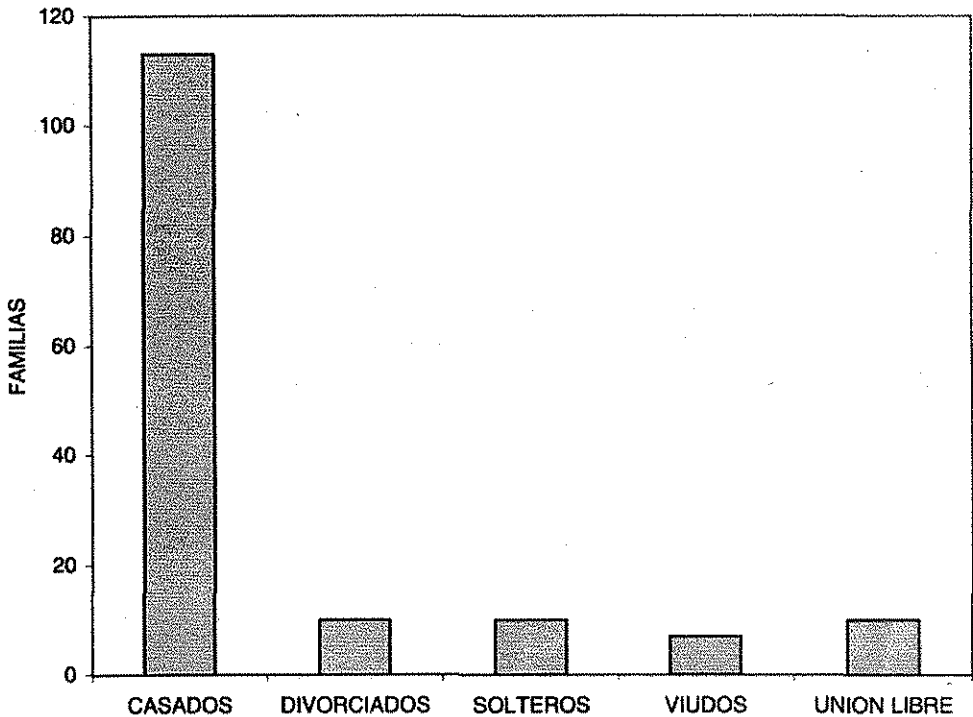
FRECUENCIA POR EDAD
C.M.F. MOCTEZUMA
JULIO-OCTUBRE 2001
GRAFICA 8



**ESTADO CIVIL
CUADRO 9**

	FAMILIAS	PORCENTAJE
CASADOS	113	75.33%
DIVORCIADOS	10	6.67%
SOLTEROS	10	6.67%
VIUDOS	7	4.67%
UNION LIBRE	10	6.67%
TOTAL	150	100.00%

FRECUENCIA POR ESTADO CIVIL
C.M.F. MOCTEZUMA
JULIO-OCTUBRE 2001
GRAFICA 9



FUENTE: INSTRUMENTO 2 MARGINALIDAD FAMILIAR

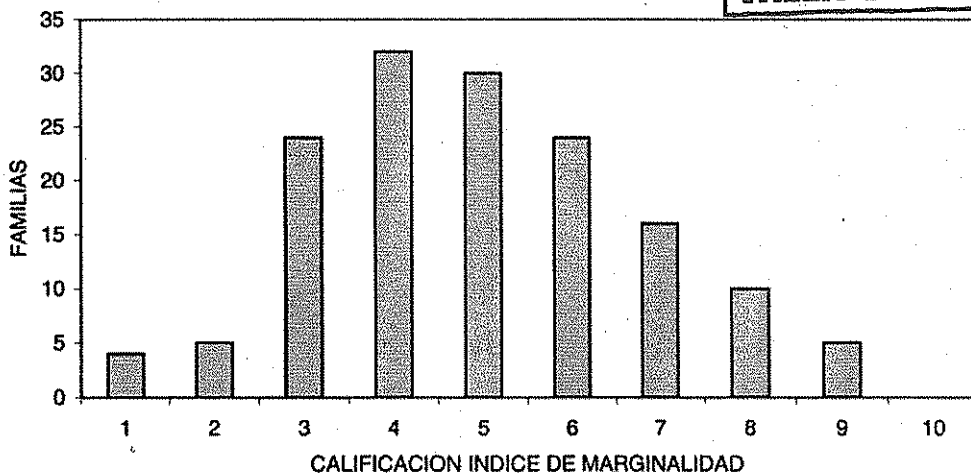
CON
FALLA DE ORIGEN

**CALIFICACION INDICE DE MARGINALIDAD FAMILIAR
CUADRO 10**

	FAMILIAS	PORCENTAJE
CALIFICACION		
1	4	2.67%
2	5	3.33%
3	24	16.00%
4	32	21.33%
5	30	20.00%
6	24	16.00%
7	16	10.67%
8	10	6.67%
9	5	3.33%
12	0	0.00%
TOTAL	150	100.00%

FRECUENCIA POR CALIFICACION INDICE DE MARGINALIDAD
C.M.F. MOCTEZUMA
JULIO-OCTUBRE 2001
GRAFICA 10

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



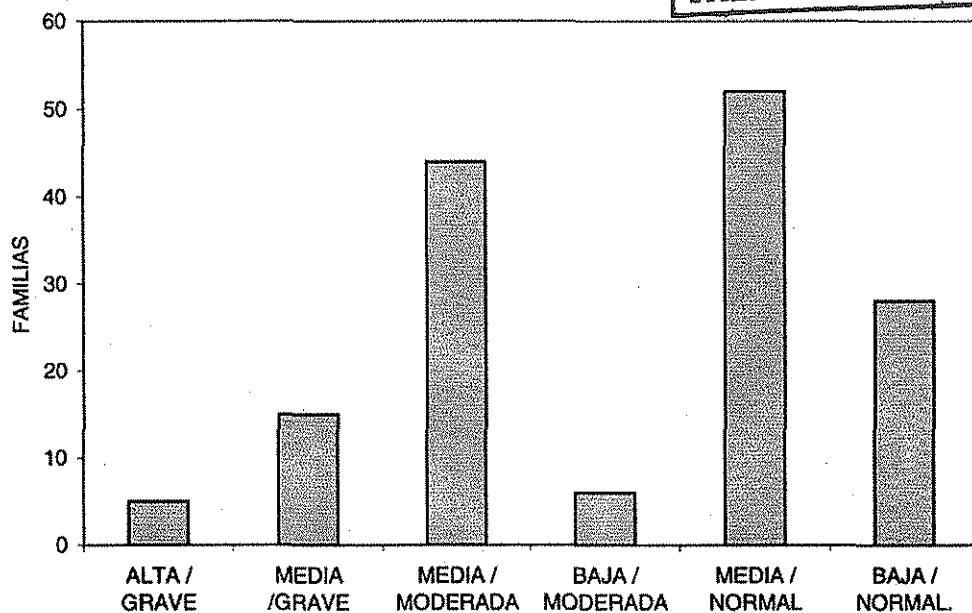
ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA

**RELACION DE MARGINALIDAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR
CUADRO 11**

	FAMILIAS	PORCENTAJE
ALTA / GRAVE	5	3.33%
MEDIA /GRAVE	15	10.00%
MEDIA / MODERADA	44	29.33%
BAJA / MODERADA	6	4.00%
MEDIA / NORMAL	52	34.67%
BAJA / NORMAL.	28	18.67%
TOTAL	150	100.00%

RELACION ENTRE MARGINALIDAD Y APGAR FAMILIAR
C.M.F. MOCTEZUMA
JULIO-OCTUBRE 2001
GRAFICA 11

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



DISCUSIÓN:

Correlacionando los factores que influyen en el índice de marginalidad y por ende la clasificación de funcionalidad familiar de los encuestados podemos integrar que de acuerdo a su ingreso, escolaridad y dependientes gira la necesidad de una mejor preparación académica y mejoría en los ingresos familiares para obtener una solvencia per cápita en todos los aspectos que conforman las prioridades en un hogar, permitiéndonos integrar que no existe relación entre marginalidad y funcionalidad familiar ya que de los encuestados se encuentra que hay familias normofuncionales con índice de marginalidad medio así como disfuncionales en sus modalidades de grave y moderada y nos permite decir que a una marginalidad alta encontramos disfuncionalidad grave en los casos encontrados en la recolección de datos no aleatorios.

En relación con la percepción de la función familiar, hemos obtenido un menor porcentaje 46.66% a comparaciones de los autores de Revilla y Huerta Martínez, encontrando que en su estudio elaborado en la C.M.F. Gustavo A. Madero reporta una disfunción familiar del 88.92%.

La pobreza es un problema que afecta importantemente a la salud, lo que nos lleva a tener un déficit en la higiene, en sus hábitos alimenticios, cambios en el estilo de vida y organización social. Irigoyen refiere que cerca del 30% de la población mundial sufre de una o más de las múltiples formas de desnutrición.

CONCLUSIONES:

La familia como sistema abierto nos hace pensar que al haber disfunción familiar también deben existir alteraciones biopsicosociales a nivel individual.

La disfunción familiar es un problema de importancia en esta clínica de medicina familiar. En caso de que se sospeche de disfunción familiar será necesario proceder a evaluar el grado de alteración y los elementos de la función familiar que se encuentran afectados. Para estudiar el equilibrio familiar podemos recurrir a distintos métodos, como la entrevista clínica, el genograma, el estudio del ciclo vital, o cuestionarios para medir directamente la función familiar entre ellos recomendamos el índice Apgar Familiar de Smilkstein por tratarse de una herramienta de rápido y fácil manejo, que no supone un aumento de la carga de trabajo en la consulta.

Respecto a la relación entre la marginalidad familiar y el Apgar se puede deducir que la muestra realizada en el consultorio 15 de la CMF. MOCTEZUMA tiene como factor un ingreso de entre \$1000.00 y 2000.00 y un índice de marginalidad estimado de moderado a alto se considera que hay relación estrecha entre el ingreso y las necesidades familiares que no son satisfechas que traen como consecuencia la disfunción familiar entre moderada a grave con lo que el objetivo general de este estudio se alcanza.

Es indispensable que el médico de familia identifique la importancia de los elementos económicos y sociales que influyen sobre la salud de los individuos y sus familias ya que la pobreza y marginación social ha generado cambios en estilo de vida y por ende de la organización familiar afectando por lo consiguiente sus funciones esenciales.

En las unidades de medicina familiar se requiere de compromiso a fin de realizar un manejo más estrecho con los familias disfuncionales, con personal médico y paramédico (Psicólogos, trabajadores sociales) interesados en el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud familiar o bien referir precozmente a especialistas en Terapia familiar.

La promoción y protección de la salud son esenciales para el proceso de erradicación de la pobreza y para el desarrollo humano.

REFERENCIAS

1. - Rodríguez FE. Estudio de la función familiar a través del cuestionario Apgar. *Aten Primaria* 1996; 17:338-341.
2. - Bellón SJA. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria* 1996; 18:289-296.
3. - Montalbán SJ. Relación entre ansiedad y dinámica familiar. *Atención Primaria* 1998; 21: 67-76.
4. - De la Revilla L. La disfunción familiar. *Atención Primaria* 1992; 10: 582-583.
5. - De la Revilla L, Felitas L. Influencias socioculturales en los cuidados de salud. Enfoque familiar en Atención Primaria de Salud. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, eds. *Manual de Atención Primaria* 3ª. Ed. Barcelona: Ed. Doyma S.A., 1994; 70-81
6. - Irigoyen CA. Pobreza y daños a la salud a nivel familiar. *Archivos en Medicina Familiar* 1999; 1: 27-34.
7. - Gómez CFJ. y cols. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. *Archivos en Medicina Familiar* 1999; 1: 45-57.
8. - Gómez-Clavelina FJ. Diagnóstico de salud familiar. En: Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina FJ. (Eds.) *Fundamentos de Medicina Familiar*. 5ª. Edición. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana; 1998. p.101-140.
9. - Reyes-Fraustro S, Bobadilla-Fernández J, Karchmer-Krivityz S, Martínez-González. Efecto de la muerte materna sobre la dinámica familiar y la sobrevivencia infantil. *Ginecol y Obst Mex* 1998; 66:428-433.
10. - Ponce RER. y cols. Confiabilidad del Índice Simplificado de Marginación Familiar. *Archivos en Medicina Familiar* 1999; 1: 99-104.
11. - Irigoyen CA. y cols. Fundamentos teóricos del Índice Simplificado de Marginación Familiar. *Archivos de Medicina Familiar* 1999; 1:89-95.
12. - Frenk JLR., González BMA et al. Economía en salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México. Informe Final. México: Fundación Mexicana para la Salud, 1994.
- 13.- Chávez AV. La atención integral en medicina familiar. *Revista médica del I.M.S.S.* 1995; 2: 167-171.
- 14.- Chávez AH. El médico familiar en la atención primaria a la salud. *Revista médica I.M.S.S.* 1995; 2:173-176.
- 15.- Aguirre HE. La corresponsabilidad operativa en la atención primaria a la salud. *Salud Pública Mex* 1994; 36: 210-213.
- 16.- Salles V. Pobreza, pobreza y más pobreza. En: Grupo Interdisciplinario sobre mujer, trabajo y pobreza. Eds. *Las mujeres en la pobreza: El Colegio de México.* 1997; 47-71.
- 17.- Urbina-fuentes M. Slud, marginación y desarrollo regional. *Gac Med Mex* 1996; 132(6):575-576.
- 18.- Aberti R, Pelayo AM. Construcción y validación inicial de un cuestionario de actitudes hacia la investigación en atención primaria. *Atn Primaria.* 1998; 21: 289-394.
- 19.- Organización Panamericana de la Salud. En busca de la equidad. Washington DC. 1995 Documento oficial 277.
- 20.- Vázquez RG. Ramírez LJ. *Marginación y pobreza en México* 1ªed. México: Ariel; 1995.
- 21.- Frenk JLR. Et al. Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México. Informe final. México: Fundación Mexicana para la salud; 1994.

22. - McDaniel S, Campbell TL, Seabum DB. Family-oriented primary care. New York, NY: Springer-Verlag; 1990.
23. - Institute of Medicine. Primary care: America's health in a new era. Washington, DC: National Academy Press; 1996.
24. - Medalie JH, Zyzanski S, Langa D, Stange KC. The family in family practice: is it a reality? J Fam Pract 1998;46:390-396.
- 25.- De la RevillaL, De los Rios AM. La utilización de servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfuncionalidad familiar. Ate Primaria 1994; 12:37-40.
- 26.- Gérvas J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. Aten Primaria 1995; 16:501-505.
- 27.- Shires DB. Medicina Familiar Guía Practica. 1983:3-22.
- 28.- Huerta Martínez N, y cols. Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de medicina familiar del ISSSTE en la Ciudad de México. Archivos en medicina familiar 2001; 3:95-98.

ANEXOS

INSTRUMENTO 1 APGAR FAMILIAR

1. Adaptación. (Se comparten los recursos, existe ayuda mutua).

Casi siempre _____ a veces _____ casi nunca _____

2. Compañerismo. (Se comunica bien la familia, se comparte la toma de decisiones).

Casi siempre _____ a veces _____ casi nunca _____

3. Crecimiento. (Tienen los miembros la libertad para desarrollarse y funcionar independientemente).

Casi siempre _____ a veces _____ casi nunca _____

4. Afecto. (Se comparten las emociones, se mantienen, se manifiestan abiertamente los sentimientos).

Casi siempre _____ a veces _____ casi nunca _____

5. Tiempo y recursos. (Cuánto tiempo se comparten juntos, se comparte el dinero y otros recursos).

Casi siempre _____ a veces _____ casi nunca _____

Casi siempre: 2	7-10 Altamente funcional
A veces: 1	4-6 Disfunción moderada
Casi nunca: 0	0-3 Disfunción grave.

INSTRUMENTO 2 MARGINALIDAD FAMILIAR

Conteste y Marque con una X la respuesta correcta:

Fecha:

Edad: Sexo: Masculino Femenino:

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Unión libre Viudo

Ingresos económicos mensuales: < 1000 pesos
1001 – 2000
2001 – 3000
3001 - 4000
4001 - 5000
5001 - 6 más.

Número de hijos Dependientes: 3 o más 2 hijos 1 hijo 0 hijos

Escolaridad Materna: Sin Instrucción Primaria Secundaria
Preparatoria Profesional

Hacinamiento Número de personas por dormitorio:
5 o más 4 personas 3 personas 1 – 2 personas

Calificación: Marginalidad Alta 7 a 9
Marginalidad Media 4 a 6
Marginalidad Baja 1 a 3

**VALORACION DE FACTORES SOCIALES DETERMINANTES DE RIESGO A
NIVEL FAMILIAR
(INDICE DE MARGINACION FAMILIAR)**

Irigoyen-Coria A, Gomez-Clavelina FJ, Ponce Rosas ER, Terán-Trillo M

INGRESO ECONOMICO		HACINAMIENTO	
MENOS DE UN SALARIO MÍNIMO	3	5 O MÁS POR DORMITORIO	3
1 A 2 SALARIOS MÍNIMOS	2	4 PERSONAS POR DORMITORIO	2
3 A 4 SALARIOS MÍNIMOS	1	3 PERSONAS POR DORMITORIO	1
5 O MÁS SALARIOS	0	1 A 2 PERSONAS POR DORMITORIO	0
 EDUCACION MATERNA		 HIJOS DEPENDIENTES	
SIN INSTRUCCIÓN	3	3 O MÁS	3
PRIMARIA INCOMPLETA	2	2	2
PRIMARIA COMPLETA	1	1	1
POSPRIMARIA	0	NINGUNO	0