



11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL GENERAL ISSSTE PACHUCA HGO.

APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE MEDICINA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO DEL PUESTO PERIFÉRICO DE TEZONTEPEC DE A. HGO.

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

0352164

PRESENTA

DRA. MA. MAGDALENA QUIJANO LUGO

PACHUCA, HGO.,

CLINICA HOSPITAL ISSSTE PACHUCA, HGO.

DICIEMBRE DE 1995.



Coordinación de Enseñanza e Investigación

2005



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.

APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN DE  
MEDICINA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO DEL PUESTO  
PERIFÉRICO DE TEZONTEPEC DE A. HGO.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA. MA. MAGDALENA QUIJANO LUGO

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA  
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA FAMILIAR UNAM

DR. ANGEL GRACIA RAMIREZ  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



SUBDIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

PACHUCA, HGO.,

DICIEMBRE DE 1995.

APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE MEDICINA FAMILIAR EN  
EL CONSULTORIO DEL PUESTO PERIFÉRICO DE TEZONTEPEC DE  
A. HGO.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA. MA. MAGDALENA QUIJANO LUGO

AUTORIZACIONES

DR. BENJAMIN NAJERA ISLAS  
PROFR. TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES  
HOSPITAL GENERAL ISSSTE PACHUCA, HGO.

---

DRA. VIRGINIA RAMÍREZ OCHOA

DR. PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

ASESOR DE TESIS

*Virginia Ramírez Ochoa*

DR. GUSTAVO ADOLFO CASTRO HERRERA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DE RECURSOS  
HUMANOS PARA LA SALUD

COORDINACIÓN NACIONAL DE POLÍTICAS DE DESARROLLO  
EDUCATIVAS ISSSTE

---

PACHUCA, HGO.,

DICIEMBRE DE 1995.

## A MIS PADRES

SR. JUAN QUIJANO MARTINEZ  
SRA. N. CONSUELO LUGO VIVEROS

Por siempre gracias les doy, por toda la confianza que depositaron en mí, por todo el apoyo que me brindaron, por los grandes sacrificios que hicieron sin reservas, yo no hubiera podido ser lo que ahora soy.

## A MI HERMANA

LILIAN QUIJANO LUGO  
Símbolo de ayuda, unión  
Y esperanza.

## A MI ESPOSO E HIJAS

FELIX MORALES GUTIERREZ  
ITZEL MORALES QUIJANO  
JENNIFER MORALES QUIJANO

Por la gran oportunidad que han brindado y por la responsabilidad que representan. Gracias por su cariño.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.  
NOMBRE: Lugo Doña Wladislava Quijano  
FECHA: 13-10-05  
FIRMA: 

## A LOS DOCTORES

DR. BENJAMIN NAJERA ISLAS

DRA. VIRGINIA RAMIREZ OCHOA.

Por haberme formado en mi pensar  
nuevos horizontes de luz y saber que  
sin interés se preocuparon por impar-  
tirme sus conocimientos.

## A MI AMIGA

MARIA ESCAMILLA T.

Por el tiempo dedicado –  
desinteresadamente para la  
elaboración de este trabajo

## INDICE GENERAL

	PAG.
I. MARCO TEORICO	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	39
III. JUSTIFICACION	41
IV. OBJETIVOS	
IV.1 OBJETIVO GENERAL	42
IV.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	42
V. HIPOTESIS	43
VI. METODOLOGIA	44
VI.1 TIPO DE ESTUDIO	44
VI.2 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	44
VI.3 TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA	
VI.4 CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION	45
VI.5 VARIABLES DE MEDICION	46
VI.6 METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION	47
VII. CONSIDERACIONES ETICAS	49
VIII. RESULTADOS	50
VIII.1 DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS	50
VIII.2 CUADROS Y GRAFICAS	55

IX.	DISCUSION DE RESULTADOS	91
X.	CONCLUSIONES	96
XI.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	99
XII.	ANEXOS	100

## TITULO DE LA INVESTIGACION

APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN  
MÉDICA FAMILIAR (MOSAMEF) EN EL CONSULTORIO DEL  
PUESTO PERIFÉRICO DE TEZONTEPEC DE ALDAMA, HGO.

## MARCO TEORICO

### FAMILIA

La familia es la base de la sociedad. La cual se encuentra formada por un grupo de personas que viven juntas y están relacionadas con otras, con lazos sanguíneos de matrimonio o adopción, según el consejo norteamericano.(1)

La familia se define como una asociación que se caracteriza por una relación sexual lo suficientemente duradera y precisa para proveer la procreación y crianza de los hijos, encontramos que el grupo familiar gira entorno a la legitimación de la vida sexual entre los padres y de la formación y cuidado de los hijos.(2)

La familia ha demostrado por el paso del tiempo ser el núcleo indispensable para el desarrollo del hombre, el cual depende de ella para su supervivencia y su crecimiento. Para el hombre la autosuficiencia es algo imposible; sólo puede existir un grado relativo de autonomía.(3)

Existen otras definiciones como la de la OMS la cual nos menciona que la familia se extiende a los miembros del hogar entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio. Por lo que la familia sigue siendo el grupo formado por marido, mujer e hijos.(4)

En nuestra cultura describimos a una familia ideal la conformada por un varón y una mujer maduros que se encuentran sentimentalmente involucrados, con una plena confianza en si mismos y los medios económicos adecuados para una vida cómoda y proveer el futuro de la misma manera. Así como mantener contacto con amigos, familiares cercanos que les brinden apoyo y afecto y así iniciando un entorno familiar seguro y de apoyo, en el cual los hijos puedan crecer y educarse lo mejor posible. Con esto podríamos decir que el estereotipo idoneo es el de una madre dedicada por completo al hogar con

una responsabilidad básica del hogar y de sus hijos y un padre que trabaja fuera de casa y con pocas responsabilidades prioritarias en el hogar, lo cual en la actualidad ya no funciona, puesto que más de la mitad de las madres casadas con hijos menores de 6 años de edad y el 85% de padres /madres con pareja trabajan fuera del hogar. (5)

En la actualidad la estructura familiar observada, son familias reconstruidas y mezcladas, padres/madres sin pareja, por elección o involuntariamente, padres homosexuales, cuidados y custodia compartidos, pero separados, hijos adoptivos y familias sin hogar. (6)

Ser padre constituye uno de los oficios más desafiantes de los que la mayor parte de los adultos desempeñan alguna vez y el que preocupa más a la mayor parte de los mismos. La mayoría se convierte en padres con muy poca educación o formación previa. Ya que no existe una escuela para poder aprender paso por paso lo que pasará en el transcurso de dicho papel. Por esta causa, los padres confían en repetir o modificar los patrones eficaces como los perjudiciales que aprendieron a partir de sus experiencias como niño, como adolescente y como adulto joven.

El proceso íntegro de distribución de satisfacciones en la familia está dirigido por los padres. En ellos reposa especialmente el que las expectativas que pone cada miembro en otro, se encuentren destinadas a cumplirse razonablemente. Este proceso va sobre ruedas y prevalece un ambiente de amor y devoción mutua. Pero si la atmósfera familiar está llena de cambios y desvíos bruscos, pueden surgir profundos sentimientos de frustración, acompañados de resentimientos y hostilidad. El intercambio de sentimientos entre miembros de la familia gira ante todo alrededor de esta oscilación entre amor y el odio. (7)

Por lo que familias de estructuras diversas son capaces de favorecer un desarrollo saludable de sus hijos y de satisfacer sus necesidades físicas y emocionales. Así la familia proporciona el marco a partir del cual se conoce como funcionara esta familia. El compromiso constante de los padres

con sus hijos y su capacidad y voluntad de proveer de un entorno seguro y culto para desarrollarse constituyen las características fundamentales necesarias para que un niño se desarrolle.(8)

Diversos aspectos del funcionamiento familiar ayudan a los niños a adquirir una sensación de seguridad y autoestima, a aprender las habilidades sociales apropiadas, responder a las normas y limitar y controlar su cólera y agresión.(9)

Estas características incluyen:

- La provisión fiable de las necesidades vitales incluyendo los alimentos, alojamiento, vestido y asistencia médica.
- Demostración de afecto, amor incondicional y establecimiento constructivo de pautas.
- Continuidad y estabilidad de los cuidados.
- Estimulación del desarrollo cognitivo y del lenguaje.
- Modelos apropiados de relaciones adultas saludables incluyendo la intimidad.
- Cooperación entre los adultos que comparten las responsabilidades como padres.
- Ausencia de enfermedades mentales o drogadicción, incluyendo la depresión o alcoholismo.
- Apoyo adecuado por parte de familiares, amigos, vecinos y la comunidad a los adultos responsables de los cuidados.

Las relaciones fundamentales con la estructura social de la familia son bastante simples. Nuestro sistema familiar hace depender la seguridad del niño de una intensa relación emocional con unas cuantas personas, la madre especialmente. Pero al mismo tiempo, le exige que, al fundar su propia familia rompa en gran parte estos lazos, substituyéndolos por la vinculación emocional con el cónyuge. En líneas generales, se puede interpretar la rebelión de nuestros jóvenes y la afirmación de su independencia respecto a los adultos como un medio para conseguir esta necesaria separación emocional de la familia. Puesto que su independencia infantil es tan real e intensa, se requieren, por así decirlo, medidas psicológicas drásticas para conseguir la emancipación. Al mismo tiempo, cabe decir que la necesidad de dependencia es muy grande y no puede satisfacerse dentro del círculo familiar. Esta necesidad tiende, a transferirse con otros compañeros de la misma edad, cuyo grupo adquiere, de este modo, una solidaridad intensamente compulsiva. Por lo que deducimos que una necesidad básica es la de pertenecer a un grupo aceptable para él.

(10)

Los cometidos del desarrollo propios de la adolescencia pueden rivalizar con un oficio de padre eficaz, pero los adultos frecuentemente también carecen de estas habilidades.(11)

La determinación de los mejores intereses del niño, sea con respecto a la supervisión de la salud, custodia, acogida familiar o adopción, sólo puede establecerse evaluando los puntos débiles y los puntos fuertes de cada familia concreta.

Los padres no son la única fuente de apoyo y modelo de conducta necesarios para el desarrollo de un niño. Otros miembros de la familia, maestros y adultos importantes también pueden proporcionar modelos valiosos para el desarrollo óptimo. Los médicos familiares desempeñan un importante papel en el apoyo de las familias y en ayudarlas a conseguir su máximo potencial

educativo. Como inicio, pueden comunicar interés, respeto, apoyo y aliento. Como consecuencia de su compromiso regular y prolongado con las familias, también tienen la oportunidad de valorar los patrones de funcionamiento de las familias, la adecuación del compromiso de los padres para identificar en grupos de apoyo de la comunidad, su relación con otros profesionistas y las escuelas. Además pueden proporcionar orientación y recomendaciones específicas para intervenciones apropiadas y eficaces tanto directamente como en colaboración con colegas que pueden proporcionar referencias y consultas. (12,13)

Por lo que es necesario realizar en las supervisiones de salud, una evaluación de las familias para identificar los problemas existentes y así poder proporcionar un apoyo mas preciso. Atraves de algunos puntos que a continuación mencionamos.

- Identificar las personas que viven en el hogar
- Quienes participan en el cuidado del niño.
- Las personas que brindan apoyo emocional al niño.
- Donde residen los padres biológicos si no están en el hogar y cuáles son sus responsabilidades como padres.
- El grado hasta el cual son adecuados los recursos económicos de la familia.
- Cuales son las dificultades que afronta la familia con respecto a la educación de los hijos.
- Observar el desarrollo del niño.
- Las actividades del niño con compañeros.

- Los logros académicos del niño.
- La conducta del niño que es preocupante para padres o maestros.
- Las respuestas a situaciones o problemas estresantes a los que la familia se enfrenta.
- En general como se desarrolla el proceso de crecimiento y desarrollo de manera integral de una familia determinante.(9, 27, 28).

Dor que hasta ahora la actividad del médico ha estado orientada a la atención clínica curativa, es tiempo que se realicen actividades de tipo preventivo, y sabiendo de antemano que muchas de las enfermedades son de origen psíquico y que de estas la mayoría son por desajustes en la estructura o función de la familia, si se iniciara desde esta base tendríamos mayor éxito en el control de nuestras enfermedades.

El diagnóstico de salud en la práctica familiar plantea preguntas y refleja en que circunstancias se desarrollan las actividades en el primer nivel de atención; por otra parte permite ser utilizado como valioso instrumento para desarrollar una efectiva atención longitudinal en la comunidad bajo el cuidado del medico familiar.(14). Este tipo de atención para las familias debería ser el núcleo de la actividad del medico familiar, dado que este análisis le permite desarrollar actividades de prevención, tratamiento y rehabilitación en su población adscrita.(15-16)

Por lo tanto el registro de la estructura familiar resulta ser un elemento que favorece la calidad de la atención médico-familiar. La identificación del ciclo vital familiar permite evidenciar las diversas etapas de transición del grupo familiar con el propósito de orientar y desarrollar acciones en conjunto con la familia y así lograr la anticipación al daño (17-18).

## CLASIFICACION DE FAMILIA

En cuanto a la clasificación mencionaremos la que desde el punto de vista social es útil para nuestro estudio.

### CON BASE EN SU DERRALLO

- FAMILIA MODERNA 40%
- FAMILIA TRADICIONAL 50%
- ARCAICA O PRIMITIVA 10%

### CON BASE A SU DEMOGRAFIA

- FAMILIA URBANA 40%
- FAMILIA RURAL 60%

### CON BASE A SU OCUPACION

- FAMILIA CAMPEESINA
- FAMILIA OBRERA
- FAMILIA PROFESIONISTA

### CON BASE A SU INTEGRACION

- FAMILIA INTEGRADA.- Es aquella en la que los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.

- **FAMILIA SEMI-INTEGRADA.**- Es donde los cónyuges viven juntos pero no cumplen sus funciones.
- **FAMILIA DESINTEGRADA.**- Es donde se presenta la ausencia de alguno de los cónyuges por muerte, divorcio, separación o abandono.

#### **CON BASE A SU COMPOSICION**

- **FAMILIA NUCLEAR.**- Compuesta por Padre, Madre e hijos.
- **FAMILIA EXTENSA.**- Integrada por padres, hijos, abuelos u otros miembros.
- **FAMILIA EXTENSA COMPUESTA.**- Formada por padres, hijos, abuelos, compadres, amigos, etc.
- **FAMILIA RECONSTRUIDA.**- formadas por parejas en segundas nupcias.
- **FAMILIA ESPECIAL.**- madres solteras, padres con hijos.

## FUNCIONES ESENCIALES DE LA FAMILIA

### SOCIALIZACION

Lo primordial de la familia en esta función es transformar en un tiempo determinado a un niño totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo con plena independencia para desarrollarse en la sociedad. La madre ha sido colocada como un educador primario, hasta los primeros seis años ya que es la encargada de socializar a los hijos hasta este momento, ya que a partir de aquí los hijos estarán en contacto con otras instituciones que se harán cargo de su educación.

### CUIDADO

Función que permite preservar la vida familiar y el resolver adecuadamente las necesidades de alimentación, vestido, seguridad física, acceso a los sistemas de salud, etc., en cada uno de sus miembros. Otros investigadores encuentran una relación directamente proporcional entre larga vida, estándares de salud satisfactorios y el nivel socioeconómico familiar.

### APECTO

Observando de forma crítica a la familia desde un enfoque de sistemas, se concluye que cada subsistema que la componen (el conyugal, paternal, filial, etc.), se encuentra estrechamente relacionados por el deseo de cubrir sus necesidades afectivas, proporcionando así, la recompensa básica de la vida familiar. Se considera también como un momento de transición dentro de la familia.

## REPRODUCCION

Consideramos a él matrimonio como una institución encargada de proveer de nuevos miembros a la sociedad llevándola con responsabilidad por lo que en la actualidad es lo que llamamos Salud Reproductiva. Tomando a el matrimonio como institución legal en el aspecto religioso. (14)

## ESTATUS Y NIVEL SOCIOECONOMICO

En castellano nos resulta más correcto hablar de niveles socioeconómicos que de status, el cual se deriva de locución latina STATUQUO. (1-15).

La conducta familiar se ejemplifica claramente en la experiencia del nacimiento del primer hijo, pues los mayores recursos de la familia son invertidos en este evento, más aún cuando se trata 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. Por lo que concluimos que el concepto dinámico de familia como institución es mediadora confiriendo las tradiciones y derechos independientemente cual sea su nivel socioeconómico. (4).

## INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Existen diferentes métodos de evaluación de la dinámica familiar entre los más empleados y conocidos están:

- El Familiograma,
- El Modelo McMaster,
- El Modelo Faces II,
- El Apgar Familiar.

### EL FAMILIOGRAMA

Es el método más empleado por el Médico Familiar para interrogar sobre dinámica durante su consulta diaria. Este método requiere del 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, existen puntos que como menciona Bustos y Becerra, no son valorados adecuadamente, dado que su código no es suficientemente completo. Otros autores recomiendan integrar tres generaciones pretéritas.

### McMASTER Y FACES II

Se considera que son los métodos más aplicables a familias en las cuales se detecte psicopatología, sin embargo una de las desventajas que mencionan Bustos y Becerra, están las que han sido empleadas en familias no mexicanas y por tal motivo no se puede confiar en que los resultados que se obtengan sean buenos, al aplicarlos en nuestro medio.

## APGAR FAMILIAR

Es un instrumento ideado para evaluar la funcionalidad familiar en 1978, por Gabriel Smilkstein.(29).

Herramienta que es utilizada por el médico que se encarga del análisis de la familia considerando que la familia es un grupo psicosocial consistente del paciente y una o más personas en el cual existe un compromiso para la crianza de los demás. Por lo que él autor consideró que la estructura y la función familiar juegan un papel importante en el manejo de la enfermedad del paciente y de la familia en crisis.(29)

La salud funcional en la familia puede considerarse como un proceso de crianza mutua que demuestra su integridad al realizar los componentes. Dichos componente son cinco los cuales permitieron un paradigma de la función familiar que puede ser comparado con el sistema orgánico en el que cada componente tiene una función única mientras que cada una se encuentra interrelacionada con las demás. (29)

- 1.- ADAPTABILITY..... ADAPTABILIDAD
- 2.- PARTNERSTSHIP..... ASOCIACIONES
- 3.- GROWTH..... PROGRESO
- 4.- AFFECTION..... APECTO
- 5.- RESOLVE..... ACUERDOS, DECISIONES.

## DEFINICION DE LOS COMPONENTES DEL APGAR FAMILIAR

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

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

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

**APECTO:** 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. También involucra una decisión de la participación de la riqueza y espacio.(29)

## MODALIDADES DEL APGAR FAMILIAR

Existen dos modalidades del apgar familiar un cuestionario que consta de tres opciones de respuesta a la pregunta, el cual es él mas adecuado para el uso clínico ya que abrevia tiempo para su aplicación. El de cinco opciones de respuesta para cada pregunta su uso es de mejor calidad pero su empleo es mas para fines de investigación.

Estos cuestionarios fueron evaluados mediante una prueba conocida como ALFA DE CRONBACH'S, dando un resultado de 0.80 al de tres opciones y de 0.86 al de cinco opciones. Se observo que el formato de tres opciones es más simple y de buena calidad y el de cinco opciones produce una evaluación más completa de las cualidades psicometricas.

El Apgar Familiar fue formado para aplicarse a los miembros de una familia nuclear o de cualquier otro estilo de vida familiar y que cuenten con doce años de edad o más.

#### FORMATO DE TRES OPCIONES

RESPUESTA	PUNTUACION	CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS SEGÚN EL RESULTADO.
DIFICILMENTE	7 A 10 puntos	Gran funcionamiento Familiar
ALGUNAS VECES	4 a 6 puntos	Disfuncionalidad Moderada
CASI SIEMPRE	0 a 3 puntos	Disfuncionalidad Severa.

Cuando el paciente termina de contestar el cuestionario, habiendo elegido por cada pregunta una sola respuesta se califica dando la puntuación establecida según la información anteriormente presentada, clasificándose las familias en las categorías mencionadas: gran funcionamiento familiar, disfuncionalidad moderada y disfuncionalidad severa(20-21-30)

## CONDICIONES EN LAS QUE SE EMPLEA EL ADGAR

Gabriel Smilkstein y cols., mencionan cuatro condiciones en las que deberá emplearse:

- 1.- Cuando la familia tiene a su cargo el cuidado de un paciente.
- 2.- Cuando se trata de un nuevo paciente, es importante tener una idea al menos superficial de las alteraciones de esa unidad familiar, nueva para el médico tratante.
- 3.- Cuando se está tratando a un paciente cuya familia esta alterada.
- 4.- Cuando a través de la conducta de un paciente se sospecha de algún trastorno de tipo psicosocial. (29)

## FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Conviene aclarar las diferencias en torno a los términos de familia sana o enferma y familia normofuncional o disfuncional. En el primer aspecto se hace referencia a la salud familiar, es decir a la suma de los estados de salud de los miembros que la conforman, por tanto trata de la prevalencia e incidencia de enfermedades en una familia determinada.

Decimos que una familia es normofuncional cuando es capaz de cumplir las tareas que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en la que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo o entorno. (22)

Debemos mencionar también que no existen familias sin problemas ya que dicha familia se compone de varios individuos diferentes entre si y que es imposible experimentar constantemente sentimientos positivos hacia una misma persona; ya que la ambivalencia es una de las características del ser humano más notorias, y que aún en las familias con funcionamiento adecuado existen aspectos ambivalentes, y que es imposible satisfacer las necesidades de cada uno de los miembros.

Por lo que se concluye que la dinámica de una familia funcional es una mezcla de sentimientos y expectativas entre cada miembro de una familia, que le da el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los otros miembros, según Chagoya. (13).

## DISFUNCION FAMILIAR

Con el término salud familiar nos referimos al funcionamiento de la familia como agente social primario, por lo que su buen o mal funcionamiento es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad, cuando la familia enferma, se hace ineficaz y no puede ejercer sus funciones, utilizamos en término de familia disfuncional.

La familia para mantener su equilibrio, posee una dinámica interna que regula las relaciones entre sus componentes y las de estos con el medio exterior. El mantenimiento de su homeostasis es requisito indispensable para ejercer sus funciones utilizando todos sus recursos para mantenerla. (22)

Entre los elementos que afectan a la dinámica familiar conviene destacar dos por su importancia: primero, los cambios obligados, que se producen en el tránsito de una etapa a otra del ciclo vital, y en segundo la presentación de acontecimientos vitales estresantes.

En la génesis de la disfunción familiar intervienen dos fuerzas antagónicas, una negativa, que desajusta la función familiar, la incapacita para 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. Del predominio de una u otra dependerá el equilibrio o desequilibrio en el funcionamiento familiar.

Cuando los apoyos sean inadecuados e insuficientes, 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. Entre estos merecen especial mención los servicios sanitarios, sobre todo el

medico de familia, al que debemos considerar como un importante recurso  
extrafamiliar.(22- -23)

## ETAPAS DEL CICLO VITAL LA FAMILIA DUVALL 1977

PRIMERA ETAPA

(pareja sin hijos)

QUINTA ETAPA

(hijos adolescentes)

SEGUNDA ETAPA

(nace 1º hijo)

SEXTA ETAPA

(desprendimiento)

TERCERA ETAPA

(hijos pre-escolares)

SEPTIMA ETAPA

(padres solos)

CUARTA ETAPA

(hijos escolares)

OCTAVA ETAPA

(padres ancianos)

Por su tipología puede ser clasificada según Duvall:

PRIMERA ETAPA: (pareja sin hijos)

Autonomía en relación con la familia de origen.

Adaptación a la pareja con la implantación de límites de poder e intimidad.

SEGUNDA ETAPA: (nacimiento del primer hijo)

Adaptación de la llegada de un nuevo miembro de la familia pudiendo generarse situación de estrés en la pareja al definirse más claramente la relación madre-hijo por lo que en algunas acciones el padre puede sentirse desplazado.

TERCERA ETAPA: (hijo de edad pre-escolar)

El hijo mayor se encuentra entre los dos años y medio y los 30 meses y seis años de edad.

En esta etapa los niños comienzan a demostrar sus características personales y afirmar su identidad de género.

Los padres deben de acomodarse para brindarles espacios para un nuevo desarrollo y al mismo tiempo aceptar que tienen menos tiempo y energía para ellos mismos como pareja.

CUARTA ETAPA: (hijos escolares, hijos de 6 a 13 años)

Se incorpora a la escuela como institución colaboradora en la formación de seres humanos. Los hijos contrastan su sistema familiar con el de los amigos y compañeros.

QUINTA ETAPA: (hijos adolescentes, hijos mayores entre los 13 y 19 años)

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

SEXTA ETAPA: (desprendimiento del hijo mayor con más de 20 años de edad)

Se forman familias colaterales al emplearse, al casarse, surgiendo de esta manera el llamado Nido Vacío.

SEPTIMA ETAPA: (padres solos)

Enfrentamiento a la vejez y a la aparición de enfermedades crónico-degenerativas.

OCTAVA 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

La familia como todo ser vivo cumple todos los procesos de supervivencia como es el de ser engendrado, nacer, crecer, desarrollarse, reproducir y morir, por lo que su patrón de la familia lo mencionamos a continuación: (14)

A).- FASE DE MATRIMONIO

B).- FASE DE EXPANSION

C).- FASE DE DISPERCION

D).- FASE DE INDEPENDENCIA

E).- FASE DE RETIRO Y MUERTE.

## FASE DE MATRIMONIO

Se inicia principalmente con la consolidación del matrimonio concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.

## FASE DE EXPANSION

La familia se dilata, " se expande " porque llegan nuevos miembros que son los hijos y esto ocurre a mayor o menor velocidad. Un momento elegido por ambos, que les trae responsabilidades, conflictos y satisfacciones.

## FASE DE DISPERSION

Es aquella en donde los hijos salen del hogar para asistir a la escuela y existe un confrontamiento de los padres a la realidad del paso del tiempo modificando el sistema familiar.

## FASE DE INDEPENDENCIA

Cuando se presenta esta etapa han pasado muchos años en la pareja, la cual debe aprender a vivir nuevamente en independencia, ya que los hijos forman nuevas familias.

Los lazos de unión entre padres e hijos se deben fortalecer 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.

## FASE DE RETIRO Y MUERTE

Esta fase se ve caracterizada por la incertidumbre y la nostalgia. Cuatro son las circunstancias más difíciles que hemos identificado:

- Incapacidad para laborar (con desempleo debido a las enfermedades crónico-degenerativas).
- 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 sus hogares de origen o recluyéndolos en asilos para ancianos. (14)

## FAMILIOGRAMA (ARBOL FAMILIAR, GENOGRAMA O PEDIGREE)

Para ayudar al médico familiar a integrar información de la familia del paciente dentro del proceso de aclaración del problema médico utiliza este instrumento para una mejor atención del propio paciente. Debemos conocer los aspectos biomédicos y psicológicos para un diagnóstico y manejo de los pacientes.

El conocimiento de los aspectos tanto biomédicos como psicológicos es necesario para diagnosticar y manejar tales pacientes. El Genograma ( árbol familiar o genograma) 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 la cual ocurre.

En los últimos años las investigaciones realizadas han demostrado que existe una estrecha relación entre la funcionalidad familiar y el bienestar físico y emocional del individuo.(31) La orientación familiar para atención del paciente, es promovida por los sistemas de medicina familiar, desarrollando diversos instrumentos de evaluación que integran información familiar y psicosocial a la atención médica.(31)

El genograma es considerado como una radiografía de la familia; proporcionando al médico y al paciente una exposición gráfica de la misma, incluyendo los patrones familiares de enfermedad y problemas psicosociales.(31)

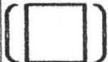
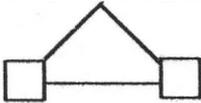
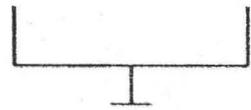
## FAMILIOGRAMA O ARBOL FAMILIAR

- ESTRUCTURA FAMILIAR
- ESTADIO DEL CICLO DE VIDA
- PATRON DE REPETICION ATRAVES DE LAS GENERACIONES
- EVENTOS DE LA VIDA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR
- PATRONES DE RELACION Y TRIANGULOS
- EQUILIBRIO Y DESEQUILIBRIO FAMILIAR

Los símbolos de los familiogramas han sido unificados, permitiendo a los médicos elaborar una descripción gráfica de la estructura familiar rápidamente y ver como ésta afecta la capacidad de un paciente para enfrentar una enfermedad u otras tensiones significativas en la vida.(19).

# SIMBOLOS DEL GENOGRAMA

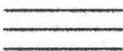
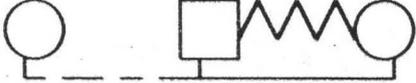
## ESTRUCTURA FAMILIAR

SEXO	VARON	MUJER	INDIFINIDO
			
ADOPCION *			
MATRIMONIO *			
VINCULO ASCEDENTE *			
VINCULO DESCENDENTE *			
PERSONAS QUE HABITAN LA CASA *			
UNION LIBRE *			
GEMELOS HETEROCIGOTOS *			
GEMELOS HOMOCIGOTOS *			
DIVORCIO *			
SEPARACION *			
MATRIMONIO CONSANGUINEO **			
DESCENDENCIA DESCONOCIDA **			
MATRIMONIO SIN EMBARAZOS NI HIJOS **			
VIVE LEJOS DEL HOGAR **			

## ASOCIACION CON SALUD ENFERMEDAD

ABORTO *	
MUERTE *	
EMBARAZO *	
PACIENTE IDENTIFICADO **	
OBITO **	

## RELACIONES INTERPERSONALES

RELACIONES CONFLICTIVAS *	
RELACIONES CERRADAS *	
RELACIONES DISTANTES *	
RELACIONES DOMINANTES *	
DISFUNCION EN EL MATRIMONIO **	
DISFUNCION EN EL MATRIMONIO Y AMANTE **	

\* PROPUESTO POR CUATRO O MAS AUTODES.

\*\* PROPUESTO POR TRES O MENOS AUTODES. (33).

## MOSAMEF

El modelo sistemático de la atención de Medicina Familiar se presenta como una propuesta para la práctica de la Medicina Familiar que un grupo de especialistas elaboraron en 1995, para analizar estrategias que el Médico Familiar puede definir con claridad su trabajo. Esta situación ha limitado la práctica de las tres acciones que fundamentan el ejercicio profesional de la Medicina Familiar.(25)

La esencia de la Medicina Familiar sustentada en los tres ejes: el estudio de la familia, la comunidad de la atención y la acción anticipatoria basada en un enfoque de riesgo. Nos guía a establecer una metodología que nos facilite en la práctica habilidades y conocimientos propios del Médico Familiar y del modelo sistemático de la atención de Medicina Familiar.(24).

La función primaria del médico familiar es ayudar a las familias a que manejen las enfermedades comunes y mostrarles cómo prevenir, o por lo menos reducir, la posibilidad de futuras enfermedades.

El médico familiar debe cumplir esta función dentro de la trama de un sistema social cada vez más complejo, caracterizado por rápidos adelantos tecnológicos. El médico también debe tomar en cuenta los patrones cambiantes de la enfermedad y las expectativas cambiantes respecto de la salud. (22)

Deberá ser un profesional que trabaje en equipo para orientar de forma integral los problemas de salud de sus pacientes a través de la entrevista clínica, utilizando los métodos diagnósticos y terapéuticos adecuados, programando y evaluando el proceso y aceptando la participación comunitaria.(24).

Para que un médico se llame médico de familia debe realizar actividades en cinco áreas.

- 1.- área de atención al individuo
- 2.- área de atención a la familia
- 3.- área de atención a la comunidad
- 4.- área de formación, docencia e investigación
- 5.- área de apoyo que incluye trabajo en equipo, sistemas de registro e información, gestión de recursos-administración sanitaria y por último la garantía de calidad. (32)

El médico familiar debe tener una sólida formación clínica que le permita prestar una atención al individuo efectiva y eficiente y en la cual, la relación médico-paciente ocupe un lugar privilegiado en su práctica diaria.(32)

## PERSPECTIVAS DEL MOSAMEF

La aplicación del MOSAMEF deberá incluir un proceso de:

- Actualización periódica
- Evaluación operativa
- Establecimiento de estrategias para la solución de problemas de salud y anticipando el daño.

Deberá responder a los programas propios de calidad total que incluyen cuatro fases:

- Identificación de características de la comunidad a estudiar.
- Señalamiento puntual de los problemas de salud de la población
- Modificación a los problemas detectados, principalmente a desviaciones en la práctica asistencial
- Seguimiento del impacto de la intervención.

## M O S A M E F

### ESTRUCTURAS DE FASES

#### FASE 1

Identificar las características demográficas de la población adscrita al consultorio, con especial atención en los grupos de mayor riesgo.

- Población infantil (menores de cuatro años)
- Mujeres en edad fértil
- Ancianos

#### FASE 2

Se hará descripción en base a su estructura familiar (ciclo vital, desarrollo, etc).

Los elementos socioculturales: ingreso económico, escolaridad, número de hijos, religión, etc.

La relación de estos elementos con los factores de riesgo.

#### FASE 3

Relación de las principales causas de la consulta, con los factores demográficos, familiares, culturales y económicos de las familias adscritas en el consultorio.

CONCLUSIONES: la elaboración de las estrategias de acción Médico-Familiar en el consultorio son:

- Preventivas
- Diagnosticas y de Tratamiento
- De rehabilitación.

## MOSAMEF

### FASE I

### CENSO POBLACIONAL

¿La población de la unidad esta sectorizada?

SI

NO

Identificar el número de expedientes de los derechohabientes que me fueron asignados

solicite a la autoridad competente la asignación de la población fija.

Localice todos los expedientes y se Clasificaran por grupo de edad y sexo según los grupos etéreos.

Clasifique todos los expedientes clínicos por núcleos familiares.

### FASE 2:

En el ISSSTE los expedientes se clasifican de la siguiente manera:

El registro federal de causantes del derechohabiente al cual se le anexa una clave numérica para diferenciarlos, ejemplo:

- 1.- TRABAJADOR
- 2.- TRABAJADORA
- 3.- ESPOSA
- 4.- ESPOSO
- 5.- PADRE
- 6.- MADRE
- 7.- HIJO
- 8.- HIJA
- 9.- PENSIONADO.

### FASE 3

¿ Esta clasificada la población por grupos etéreos y núcleos familiares?

SI

NO

Llenar la hoja tabular (MOSAMEF-1)  
utilizando la técnica de paloteo.

Se elaborarán las gráficas de barra que constituirán la pirámide poblacional.

### ESTUDIO SISTEMATICO FAMILIAR

1.- Reproducir cuantas cédulas de identificación familiar (MOSAMEF B1), sean necesarias de tal manera que coincida con el número de grupos familiares que me fueron asignados.

2.- recordar que el contenido de la cédula de identificación familiar ( MOSAMEF B1) es muy importante para el diseño de estrategias de prevención y control de las familias a su cargo.

3.- Llenar las cédulas de identificación familiar utilizando como referencia el glosario de términos MOSAMEF B2.

Hacer uso de la hoja tabular MOSAMEF B3 con el propósito de clasificar la totalidad de grupos familiares, de acuerdo con cada rubro contenido en la cédula MOSAMEF B1.

Elaborar los cuadros gráficos correspondientes a cada rubro, utilizando números absolutos, porcentajes, promedios y desviaciones estándar. (24).

## CAUSAS DE CONSULTA

- Acudir al archivo del consultorio y solicitar las formas SM1-10 ( informe diario de actividades del médico) correspondientes a los 12 meses del año 2000).
- Llenar la hoja de motivos de consulta MOSAMEF B1 identificando los diagnósticos si son de primera vez o subsecuentes, clasificándolos por grupos de edad y utilizando el método del paloteo.
- Elaborar las gráficas correspondientes a cada motivo de consulta, separándolos por primera vez y subsecuentes refiriéndolas en números absolutos con su porcentaje correspondiente.

## VENTAJAS DEL MOSAMEF

- Promoción del trabajo en equipo
- Mayor satisfacción de los prestadores de servicio
- Favorece la actitud económica del equipo de salud.
- Propicia la investigación biomédica.
- Permite la planeación de estrategias de los servicios de salud.
- Atención continua.
- Mayor importancia de las acciones preventivas.
- Mayor satisfacción de los usuarios.

## DESVENTAJAS DEL SISTEMA TRADICIONAL DE ATENCION MEDICA ACTUAL

- Insatisfactoria para los médicos.
- Insatisfactoria para los usuarios.
- Episódica.
- Escaso impacto sobre los problemas de salud.
- Escasamente resolutive.

## MORBILIDAD

La morbilidad, es la proporción de individuos de una población que padece una enfermedad en particular. Puede depender de la densidad de los individuos en la población. Las enfermedades infecciosas presentan mayor morbilidad a altas densidades de población debido a que la cercanía de los individuos aumenta la probabilidad de contagio.

La alta densidad también puede provocar, entre los individuos, competencia por los alimentos, lo que origina un debilitamiento de éstos, haciendo que sean más susceptibles de contraer la enfermedad y provocando un aumento de la morbilidad. La existencia previa de una enfermedad también puede facilitar el contagio de una segunda enfermedad, e incrementar la incidencia de ésta.(26)

Cuando el causante de la enfermedad es un agente diferenciado (un microorganismo o un agente tóxico) se califica a este como morbígeno.(26)

Teniendo presente lo que significa morbilidad, tomaremos en cuenta que influyen en ella diversos factores como ambientales, sociales, culturales y económicos, por lo que es interesante comparar nuestra morbilidad con otras comunidad y con las propias del mismo estado, así esta manera observar que aún en diferentes condiciones de vida, coincidimos con la misma morbilidad en algunos casos. Por lo que presentamos morbilidad del Estado de Hidalgo, la Morbilidad Nacional y la del Estado de Puebla para nuestro estudio.

## MORBILIDAD ESTATAL HIDALGO

NUM.	CAUSA DE MORBILIDAD	TOTAL	%
1	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	773122	74.14
2	ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS	87139	8.3
3	PARASITOSIS	65830	6.3
4	CARIES DENTAL	33861	3.2
5	INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL	28705	2.7
6	INFECCIONES DE VIAS URINARIAS	28197	2.7
7	HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	7193	.68
8	CONJUNTIVITIS	6447	.61
9	VARICELA	6352	.60
10	NEUMONIAS Y BRONCONEUMONIAS	5802	.55
TOTAL		1042648	100

FUENTE: DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA ESTATAL.

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN LA ZONA No. 2, UMF ISSSTE, PUEBLA, 1998.

No.	DIAGNOSTICO	No. DE CONSULTAS	%
1	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	3070	43.5
2	ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS	2700	38.3
3	HIPERTENSION ARTERIAL	490	6.9
4	INFECCIONES DE VIAS URINARIAS	300	4.2
5	EMBARAZO NORMAL	120	1.7
6	PARASITOSIS	92	1.3
7	ACCIDENTES	80	1.1
8	LUMBAGO	71	1.0
9	GASTROENTERITIS	68	0.9
10	TRASTORNOS DE REFRACCION Y ACOMODACION DE LOS OJOS	52	0.7
	TOTAL	7043	100

FUENTE: TRABAJO DE INVESTIGACION MOSAMEF EN LA ZONA No. 2 DE UMF ISSSTE PUEBLA.

10 PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD NACIONAL DISTRIBUCION DE LOS CASOS POR GRUPO DE EDAD

NUM	PADECIMIENTO	< 1	1 - 4	5 - 14	15 - 24	25 - 44	45 - 64	65 Y +	IGN.	TOTAL
1	INFECCION RESPIRATORIAS AGUDAS	3715168	7114203	6368888	3074714	5246596	2383438	1011379	16543	29130929
2	INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS Y MAL DEFINIDAS	637665	980450	696102	578981	1162487	560101	243842	2990	4862618
3	AMIBIASIS INTESTINAL	94681	310689	374399	207356	311134	154792	62293	1501	1516845
4	OTRAS HELMINTIASIS	27375	152037	228332	105085	138596	61583	24095	137	737240
5	OTITIS MEDIA AGUDA	33115	117947	174436	78312	118220	53392	19758	1335	596515
6	ASCARIASIS	7363	124380	170261	42509	43494	18796	6549	163	413515
7	HIPERTENSION ARTERIAL	104	125	579	7368	99094	192118	105013	1286	405687
8	CANDIDIASIS UROGENITAL	878	1808	5849	67397	167379	41049	5577	283	290220
9	DIABETES MELLITUS	82	198	1001	4562	66636	146883	64628	821	284811
10	VARICELA	17438	72819	112046	50464	27944	1649	664	154	283178

10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN LA ZONA NO. 2, UMF 1888TE, PUEBLA.

NUM	PADECIMIENTO	< 1	1 - 4	5 - 14	15- 24	25 - 44	45 - 64	65 Y +	TOTAL
1	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	51	354	962	544	439	567	209	3126
2	ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS	38	381	813	381	442	466	179	2700
3	HIPERTENSION ARTERIAL	0	0	0	0	95	315	140	550
4	INFECCION DE VIAS URINARIAS	0	1	6	18	147	104	14	290
5	EMBARAZO NORMAL	0	0	0	11	109	1	0	121
6	PARASITOSIS	0	1	12	19	24	25	11	92
7	ACCIDENTES	0	0	6	25	30	13	4	78
8	LUMBALGO	0	0	0	0	28	30	13	71
9	GASTROENTERITIS	0	5	15	14	17	12	5	68
10	TRASTORNOS DE REFRACCION Y ACOMODACION DE LOS OJOS	0	0	0	0	14	20	18	52

FUENTE: HOJAS DEL REPORTE DIARIO DEL MEDICO DE ZONA 2 UMF, 1888TE, PUEBLA.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como hemos mencionado a través del estudio de la familia nos percatamos que muchas de las enfermedades o de los trastornos de un paciente X, influye mucho en el bienestar de la familia por lo que de ella depende la salud de los integrantes de cada una de las familias y el equilibrio emocional de las mismas.

Un problema serio que encontramos dentro de la población adscrita a este consultorio son la presencia de enfermedades infecciosas del aparato respiratorio, padecimiento que lo encontramos en la población más susceptible y desprotegida, como son los niños y ancianos; aunando a esto los cambios ambientales extremos.

No de menos importancia los problemas relacionados con los trastornos metabólicos y crónico degenerativos que significan una amenaza para la estabilidad familiar y social, lo cual representa una responsabilidad para el sector salud.

Uno de los problemas que se ha observado en la población es la presencia de hábitos higiénico dietéticos deficientes por lo que se presentan enfermedades gastrointestinales frecuentes, principalmente parasitarias.

Otra situación interesante es la presencia de enfermedades genitourinarias las cuales presentan un significativo problema de salud pública. Así como las enfermedades de la piel, por el medio ambiente en el cual se desenvuelven las personas, tomando en cuenta que el Municipio cuenta con aguas termales y manantiales utilizados constantemente por la población, por lo que hemos decidido estudiar estas patologías por la frecuencia en la que se presentan en el consultorio, aplicando el Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar.

Frente a estos problemas planteados nos preguntaríamos ¿ Cuales son las principales causas de morbilidad y las características bio-sociales de las familias adscritas a la clínica del Consultorio del Puesto Periférico de Tezontepec de A. Hgo, en el periodo de 2000?

## JUSTIFICACION

El médico familiar dedicado a la atención de la familia como su objetivo principal de la actividad profesional, es necesario que tenga conocimientos suficientes que se fundamenten en un proceso de formación teórico-práctico, que se base en el análisis sistemático y crítico de los estudios de identificación de los elementos que interactúan entre la familia y su medio que la rodea (bio-psico-social) y al identificarlos, como problemas de disfunción, dar alternativas de solución para establecer un equilibrio familiar.

Por lo que el médico familiar deberá satisfacer las necesidades de los derechohabientes, como su principal objetivo proporcionando una atención de calidad y calidez a un bajo costo.

La importancia de la detección de cada una de estas patologías identificadas, estaremos proporcionando un tratamiento oportuno pero a la vez un diagnóstico temprano y medidas de prevención para cada uno de los integrantes de la familia, ya que lograremos identificar factores predisponentes para cada miembro de la familia.

Actualmente existen programas y campañas de salud para prevención y detección de enfermedades a las que oportunamente se pueden identificar y así proporcionar un tratamiento precoz.

De esta manera la trascendencia que logramos en nuestra población es muy amplia y podremos identificar que cada una de las enfermedades va disminuyendo en su incidencia. Quedando a nosotros como médico familiar la satisfacción de poder y estar ayudando a nuestra población derechohabiente a llevar una vida plena en salud

## OBJETIVO GENERAL

Identificar las principales características bio-sociales y causas de morbilidad en la consulta, de las familias adscritas al consultorio del Puesto Periférico de Tezontepec de Aldama, Hgo., del ISSSTE.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Determinar la pirámide de población en el consultorio del Puesto-Periférico de Tezontepec de A. Hgo., del ISSSTE.
- 2.- Identificar las 10 principales causas de morbilidad del consultorio de Tezontepec de Aldama, Hgo., del ISSSTE.
- 3.- Identificar las características de las familias derechohabientes: estado-civil, edad, sexo, escolaridad, ciclo vital de la familia moderna o tradicional, composición, con base a su integración, ingreso económico y — etapa del ciclo vital.

## HIPOTESIS

El presente trabajo es de tipo descriptivo por lo que no se requiere de hipótesis.

# METODOLOGIA

## I TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, observacional, retrospectivo parcial.

## II POBLACION LUGAR Y TIEMPO

Se realizara en Familias adscritas y usuarias del consultorio del Puesto Periférico de Tezontepec de Aldama, Hgo., Del ISSSTE, en el periodo de enero a diciembre del 2000. Además las hojas del registro diario del médico (SM1-10), para obtener la morbilidad.

## III TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Nuestra muestra es no aleatoria por cuotas.

El tamaño de la muestra se integro de la siguiente manera: se tomaron el 10% de las familias pertenecientes al consultorio del Puesto Periférico de Tezontepec de A. Hgo., formando un grupo de 63 familias estudiadas.

## IV CRITERIOS DE SELECCION

### 1.- CRITERIOS DE INCLUSION

- Las familias adscritas al consultorio del Puesto Periférico de Tezontepec de Aldama, Hgo., Del ISSSTE. Que acepten contestar la encuesta.
- Ambos sexos
- Que sea el jefe de familia o la esposa.
- Diagnóstico de certeza.
- Consultas de primera vez.
- Consulta subsecuente.
- Que la hoja del registro diario del médico sea legible.

### 2.- CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.
- Pacientes no adscritas al consultorio.
- Pacientes que no se localicen para llenar el cuestionario.
- Pacientes sin registro ante vigencia de derechos en ese momento.

### 3.- CRITERIOS DE ELIMINACION

- Cambio de residencia.
- Diagnóstico no legible.
- Diagnóstico de probabilidad
- Diagnóstico de estudio.

## VARIABLES DE MEDICION

En el presente estudio utilizamos variables de tipo:

CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICION
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL
AÑOS DE VIDA CONYUGAL	CUANTITATIVA	DISCONTINUA
EDAD DEL INFORMANTE	CUANTITATIVO	DISCONTINUA
SEXO DEL INFORMANTE	CUALITATIVA	NOMINAL
ESCOLARIDAD DEL INFORMANTE	CUANTITATIVO	DISCONTINUO
EDAD DEL PADRE Y MADRE DE LA FAMILIA	CUANTITATIVA	DISCONTINUA
NO. DE HIJOS POR FAMILIA	CUANTITATIVA	DISCONTINUA
EDAD DE LOS HIJOS DE LAS FAMILIAS	CUANTITATIVO	DISCONTINUA
TIPO DE FAMILIA	CUALITATIVA	NOMINAL
INGRESOS MENSUALES	CUANTITATIVO	CONTINUO
OCUPACION DE PADRES DE FAMILIA	CUALITATIVA	NOMINAL
ESCOLARIDAD DE PADRES DE FAMILIA	CUANTITATIVO	DISCONTINUO
ETAPA DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA	CUALITATIVA	NOMINAL

## METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION

### UTILIZANDO LAS TRES FASES DEL MOSAMEF:

#### FASE I

➤ Para el censo poblacional: las variables fueron tanto cualitativas como cuantitativas, identificando la escala nominal u ordinal para las primeras y de intervalo para las segundas, según sea el caso. Obteniendo las siguientes variables.

- 1.- número total de individuos
- 2.- número total de individuos por sexo
- 3.- número total de individuos por sexo y grupo etáreo.

➤ Los grupos etáreos se conformaron en una amplitud de 5 años.

➤ Contando como fuente de datos el archivo de Vigencia de Derechos de la Clínica UMF Mixquiahuala a la cual pertenece el consultorio del Puesto Periférico de Tezontepec de A. En el aspecto administrativo.

#### FASE II

➤ En el ISSSTE la clasificación de expedientes es de la siguiente manera: dependiendo del R.F.C. del derechohabiente y agregándole una clave numérica al final para identificar el tipo de derechohabiente, misma que a continuación describimos:

- 1.- Trabajador
- 2.- Trabajadora
- 3.- Esposa

- 4.- Esposo
- 5.- Padre
- 6.- Madre
- 7.- Hijo
- 8.- Hija
- 9.- Pensionado.

➤ También se realizó el estudio sistemático familiar mediante la encuesta aplicada a cada uno de los padres o madres de familia, diseñadas para tal finalidad.

### FASE III

➤ Se identificó las principales causas de consulta de la población adscrita al Consultorio del Puesto Periférico de Tezontepec de A. Hgo., mediante la hoja de informe diario de consulta (formato SM1-10), del año correspondiente al 2000.

➤ Las 10 principales causas de morbilidad son:

- 1.- Infecciones Respiratorias Agudas,
- 2.- Hipertensión Arterial Sistémica,
- 3.- Diabetes Mellitus tipo II,
- 4.- Enfermedades de la piel (tiña pedis, onicomicosis, dermatitis atópicas y por contacto).
- 5.- Infecciones de vías urinarias altas y bajas,
- 6.- Contusiones, Esguinces y Fracturas,
- 7.- Artritis gotosa y osteoartritis,
- 8.- Candidiasis vaginal, Tricomoniasis y Sangrado Transvaginal Disfuncional,
- 9.- Amibiasis y
- 10.- Cefaleas y Migrañas.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

La información es estrictamente confidencial y se tendrá discreción en el manejo de la misma, de acuerdo al comunicado de la norma de la Ley General de la salud en materia de investigación publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 26 de enero de 1982, así como de las declaraciones de Helsinki y con la adición en Tokio 1975.

## RESULTADOS

### FASE I: DESCRIPCIÓN DE PIRAMIDE POBLACIONAL.

El total de la población estudiada fue de 63 familias, a las cuales se les aplicó la cédula de identificación familiar empleada, cuya distribución por edad y sexo, el grupo de mayor incidencia fue el de menores de 9 años con un total de 337 (18.1 %), el otro grupo numeroso es de la edad productiva de los 25 a los 39 años con 483 (26 %), el último grupo con mayor relevancia es de los 60 años y más con un total de 213 (11.4%); siendo el sexo femenino el de mayor frecuencia, como se muestra en la gráfica 1 y 1 A y cuadro número 1.

### FASE II: ESTUDIO DE ESTRUCTURA FAMILIAR

De estas familias estudiadas se obtuvieron los siguientes resultados:

ESTADO CIVIL: de las 63 familias a las que se realizó la encuesta se obtuvo que son casados 45 (71.4%); en unión libre 10 (15.8%); familias divorciadas son 4, (6.3%); personas viudas, 3 (4.7%); y madre soltera 1 (1.5%). Cuadro y gráfica No. 2.

AÑOS DE UNION CONYUGAL: Fueron distribuidos en grupos de 5 años. Tenemos de 0-4 años, 5 familias (7.9%); de 5-9 años, 6 (9.5%); de 10 a 14 años, 8 (12.6); de 15 a 19 años 7 (11.1%); 20 a 24 años, 3 familias (4.7%); de 25 a 29 años 6 familias (9.5%); de 30 a 34 años 8 (12.6%); de 35 a 39 años, 11 (17.4%) familias; de 40 a 44 años, 3 (4.7%) familias; de 45 a 49 años 2 (3.1%) familia; de 50 a 54 años, 1 (1.5%) familia y por último en el rango de 55 a 59 años de edad se encuentran 3 (4.7%) de familias. Cuadro y gráfica No. 3.

EDAD Y SEXO DEL INFORMANTE DE LA ENCUESTA: También se realiza en grupos de 5 años, formando trece grupos de edad. En el grupo de 11-14 años, 2 (3.1%) del sexo femenino; de 15 a 19 años no se encuentran informantes; de 20 - 24, son 2 (3.1%) del sexo femenino; de 25 - 29, 4 (6.3%), 3 del sexo femenino y 1 sexo masculino; de 30 - 34 años 9 (14.2%) personas de las cuales 1 del sexo masculino y 8 del sexo femeninos; de 35 - 39 se registraron un total de 8 (12.6%) todas del sexo femenino; en el grupo 40 - 44 años, 7 (11.1%) personas femeninas; en el grupo de 45 - 49 años con 5 (7.9%) del sexo femenino; de 50-54 años 9 (14.2%), 1 masculino y 8 femeninos; de 55-59 años, 6(9.5%), 1 masculino y 5 femeninos; de 60- 64 años, 4(6.3%) personas, 1 masculino y 3 femeninos; de 65 - 69 años, 2 (3.1%), 1 masculino y 1 femenino; el último el grupo de 70-74 años con 5 (7.9%), todas del sexo femenino. Cabe mencionar que los de sexo femenino son las madres de familia y los masculino son padres de familia quienes contestaron la encuesta a diferencia de las dos primeras que son hijas de la familia. Cuadro y gráfica No. 4

ESCOLARIDAD DEL INFORMANTE: En años de escolaridad terminados. De los 63 informantes encontramos que no saben leer ni escribir 5 (7.9%); de 1-3 años de primaria, 10 (15.8%) personas; de 4-5 años de primaria 6 (9.5%); con secundaria incompleta 6 (9.5%); con primaria completa son 11 (17.4%); secundaria completa 1 (1.5%); bachillerato o preparatoria 5 (7.9%); con estudios de normal básica o superior 11 (17.4%); y por último en otras profesiones como enfermeras, ingenieros y comercio 8 (12.6%) personas. Cuadro y gráfica No. 5.

EDAD DEL PADRE Y MADRE DE CADA FAMILIA: Se ubicaron en grupos de edad por quinquenios. En el grupo de 20 -25 años, son 4 (3.9%); 1 padre y 3 madres; 26 - 30, 13 (10.3%), 6 padres y 7 madres; de 31 -35 años, 13 (10.6%), 6 padres y 7 madres; 36- 40, encontramos 19 (15.0%), 11 padres y 8 madres; de 41 - 45, 8 (6.3%), 4 padres y 4 madres; 46-50, 12 (9.5%), 3 padres y 9 madres; de 51 -55, 13 (10.3%), 9 padres y 4 madres; de 56 - 60, 18 (14.2%), 9 padres y 9 madres; de 61 - 65, 10

(7.9%), 5 padres y 5 madres; de 66 – 70, 5 (3.9%), 4 padres y 1 madre; de 71 – 75, 7 (5.5%), 2 padres y 5 madres; de 76 – 80 años, 1 (.79%), del sexo masculino; de 81 – 85 no se registraron datos; de 86 – 90, 1 (.79%), del sexo masculino; ignora su edad, 1 (.79%), del sexo masculino. Cuadro y gráfica No. 6 y 6-A.

NUMERO DE HIJOS POR FAMILIA: Encontramos los siguientes datos: familias con 0 hijos 1 (1.58%); con 1 hijo 6 (9.5%); con 2 hijos 11 (17.4%); con 3 hijos a 12 (19.0%); con 4 hijos 11 (17.4%); con 5 hijos 2 (3.1%); con 6 hijos 11 (17.4%); con 7 hijos 4 (6.3%); con 8 hijos no se registraron familias; con 9 hijos 2 (3.1%); y por último con 10 hijos 3 (4.7%) familias. Cuadro y Gráfica No. 7.

EDAD DE LOS HIJOS DE LAS FAMILIAS: Nuevamente nuestra clasificación ha sido por quinquenios. En el primer quinquenio de 0 – 5 años, 16 (6.2%) hijos; de 6 – 10 años, 21 (8.1%); 11 – 15 años 24 (9.3%); 16 – 20 años, 33 (12.8%); en el grupo de 21 – 25 años, 33 (12.8%); de 26 – 30 años, 43 (16.7%); de 31 – 35 años, 40 (15.5%); 36 - 40 años, 22 (8.5%); de 41 – 45, 14 (5.4%); de 46 – 50 años, 7 (2.7%); de 51 – 55 años, 4 (1.5%). Cuadro y Gráfica No. 8.

SEGÚN SU DESARROLLO: Familias modernas 24 (38.0%); y familias tradicionales 39 (61.9%). Cuadro y Gráfica No. 9

SEGÚN SU DEMOGRAFIA: Familias urbanas 47 (74.6%); y familias semiurbanas 16 (25.3%). Cuadro y Gráfica No. 10.

COMPOSICION DE LA FAMILIA: Familias nucleares 43 (68.2%); familias extensas 14 (22.2%); familias compuestas 2 (3.1%); familias extensa compuesta 4 (6.3%). Cuadro y Gráfica No. 11.

### CLASIFICACION DE FAMILIA SEGÚN SU OCUPACION:

Familias obreras 29 (46.0%); familias profesionistas 20 (31.7%); familias campesinas, 14 (22.2%). Cuadro y Gráfica No. 12

### CLASIFICACION DE FAMILIA SEGÚN SU INTEGRACION:

familias integradas 30 (47.6 %); familias semi-integradas 26 (41.2%); y familias desintegradas 7 (11.1%). Cuadro y Gráfica No 13.

ETAPAS DEL CICLO VITAL: Se encuentran las familias encuestadas de la siguiente manera 17 (26.9%); en etapa de expansión; en etapa de dispersión, 15 (23.8 %) familias; en etapa de independencia se encuentran 28 (44.4 %); en etapa de retiro 3 (4.7 %) familias. Cuadro y Gráfica No. 14.

INGRESO ECONOMICO MENSUAL: Registramos con menos de un salario mínimo, 17 (26.9 %); con 1 a 2 salarios mínimos 14 familias (22.2%); más de 3 salarios mínimos 32 familias (50.7%). Cuadro y Gráfica No. 15.

### FASE III: IDENTIFICACION DE LAS CAUSAS DE MORBILIDAD.

En la gráfica No. 16 nos muestra las 10 principales causas de morbilidad en la consulta diaria del médico, del Puesto Periférico de Tezontepec de Aldama Hgo., en donde se observa: 1.- las infecciones respiratorias agudas 335 (20.8%); 2.- Hipertensión Arterial Sistémica 332 (20.6%); 3.- Diabetes Mellitus tipo II 208 (12.9%), 4.- enfermedades de la piel (tiña pedis, onicomiasis, dermatitis por contacto y dermatitis atópica 143 (8.8%), 5.- infecciones urinarias altas y bajas 143 (8.8%), 6.- contusiones, esguinces y fracturas 132 (8.2), 7.- artritis gotosas y osteoartritis 91 (5.6%), 8.- Candidiasis y Tricomoniasis y STV disfuncionales 79 (4.9), 9.- Amibiasis 78 (4.8%), y 10.- cefaleas y migrañas 66 (4.1%). Cuadro y gráfica No. 16.

Los motivos de consulta por primera vez son en menor porcentaje que las consultas subsecuentes, esto nos da una pauta de que nuestros pacientes han presentado un cuadro previo de su padecimiento en el año, excepto las enfermedades crónico degenerativas y las artritis y osteoartritis que son padecimientos de control mes con mes.

Con relación a consultas de primera vez y subsecuentes se obtuvo que las infecciones respiratorias son 163 (10.1%) consultas de primera vez y 172 (10.7%) subsecuentes. En Hipertensión Arterial de primera vez 59 (3.6%) y subsecuentes 273 (16.9%); Diabetes Mellitus de primera vez 38 (2.3%) subsecuentes 170 (10.5%); enfermedades de la piel de primera vez 70 (4.3%) y subsecuentes 73 (4.5%); en infecciones de vías urinarias de primera vez 69 (10.5%) y subsecuentes 74 (4.6%); contusiones esguinces y fracturas de primera vez 64 (3.9%) y subsecuentes 68 (4.2%); artritis gotosa y osteoartritis de primera vez 38 (2.3%) y subsecuentes 47 (2.9%); candidiasis, tricomoniasis y sangrado transvaginal disfuncional de primera vez 38 (2.3%) y subsecuentes 41 (2.5%); amibiasis 37 (2.3%) y subsecuentes 41 (2.5%); en cefaleas y migrañas de primera vez 72 (1.9%) y subsecuentes 34 (2.1%); en un total de 779 consultas de primera vez (48.7%) y subsecuentes con 828 (51.2%). Cuadro y Gráfica No. 17.

**POBLACION DE DERECHOHABIENTES DEL CONSULTORIO  
DEL PUESTO PERIFERICO DE TEZONTEPEC DE ALDAMA, HGO.  
DEL 2000.**

GRUPO DE EDAD	HOMBRES	%	MUJERES	%	TOTAL	%
0 - 1	10	.53	4	.21	14	.75
1 - 4	61	3.1	61	3.1	122	6.5
5 - 9	101	5.4	100	5.3	210	10.8
10 - 14	80	4.3	95	5.1	175	9.4
15 - 19	81	4.3	72	3.8	153	8.2
20 - 24	40	2.1	81	4.3	121	6.5
25 - 29	65	3.5	85	4.5	150	8.0
30 - 34	62	3.3	109	5.8	171	9.2
35 - 39	63	3.3	99	5.3	162	8.7
40 - 44	44	2.3	55	2.9	99	5.3
45 - 49	30	1.6	66	3.5	96	5.1
50 - 54	38	2.0	44	2.3	82	4.4
55 - 59	52	2.8	42	2.2	94	5.0
60 Y +	114	6.1	99	5.3	213	11.4
<b>TOTAL</b>	<b>841</b>	<b>45.3</b>	<b>1012</b>	<b>54.6</b>	<b>1853</b>	<b>100</b>

CUADRO No. 1

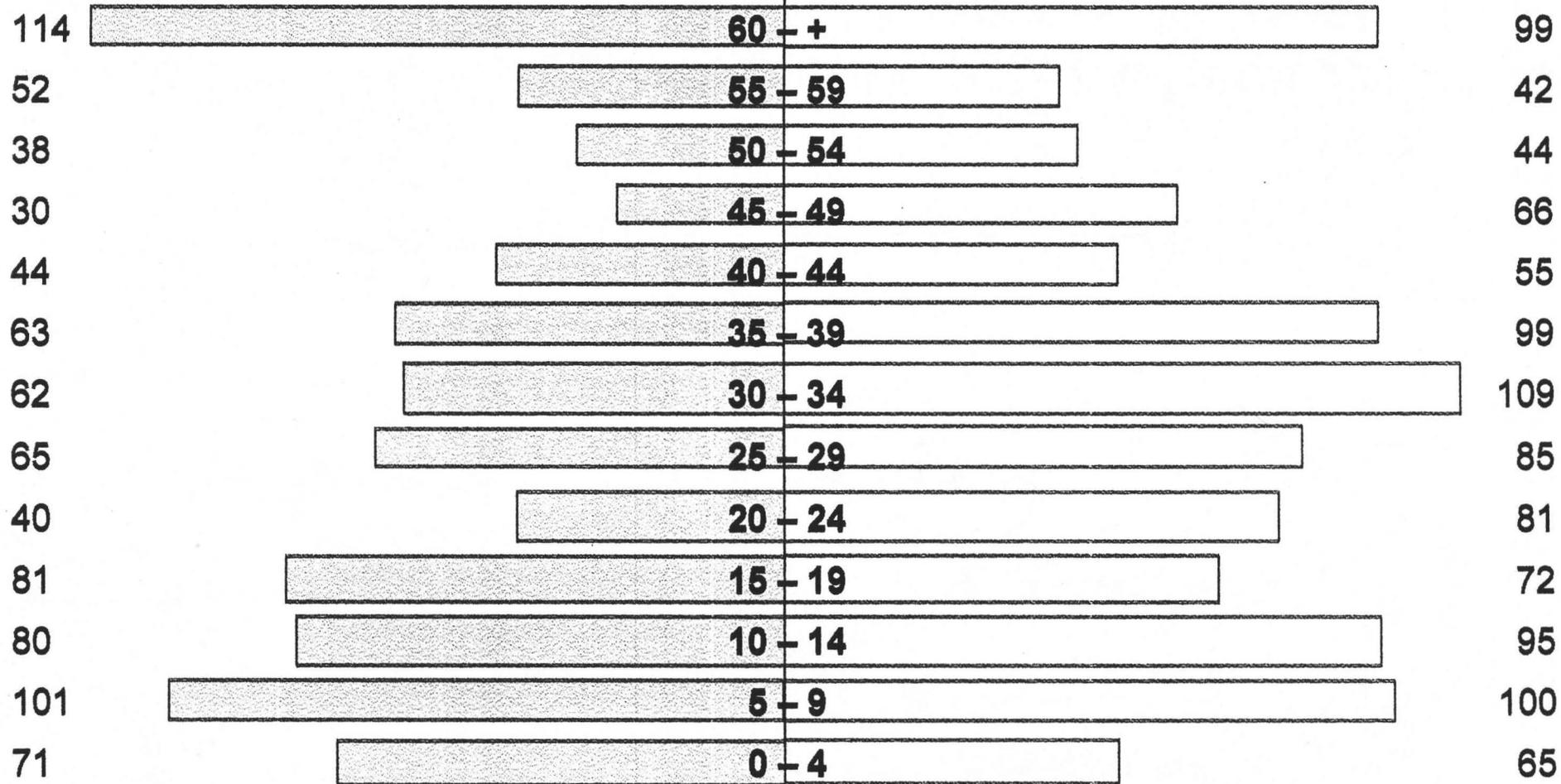
FUENTE: HOJA SM1-10

# PIRÁMIDE POBLACIONAL DEL CONSULTORIO DEL PUESTO PERIFERICO DE TEZONTEPEC DE ALDAMA, HGO. 2000

SEXO MASCULINO

GRUPO DE EDAD

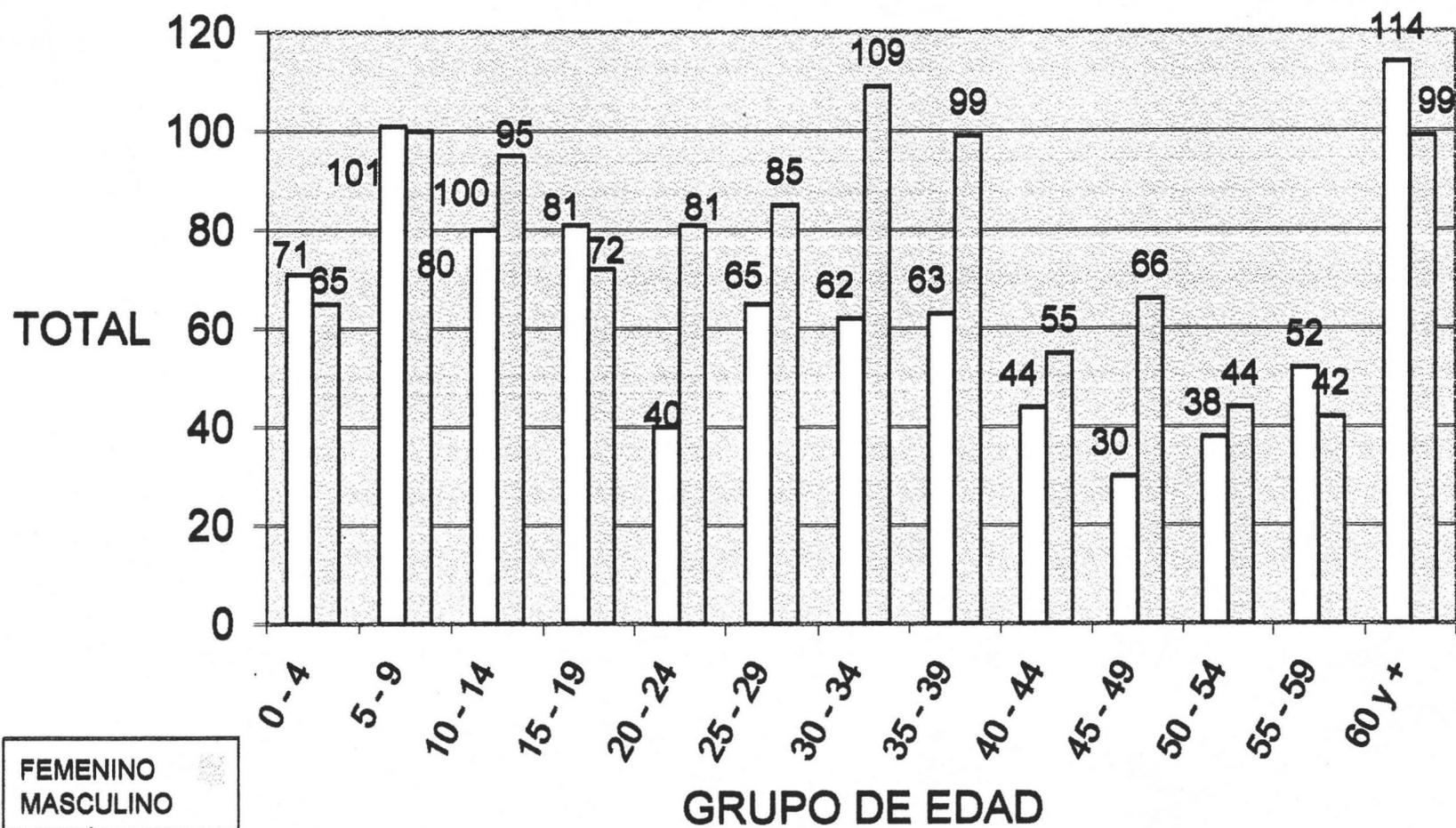
SEXO FEMENINO



FUENTE: ESTADÍSTICA

GRAFICA 1

## POBLACION DERECHOHABIENTE DEL CONSULTORIO DEL ISSSTE TEZONTEPEC DE ALDAMA, HGO., 2000



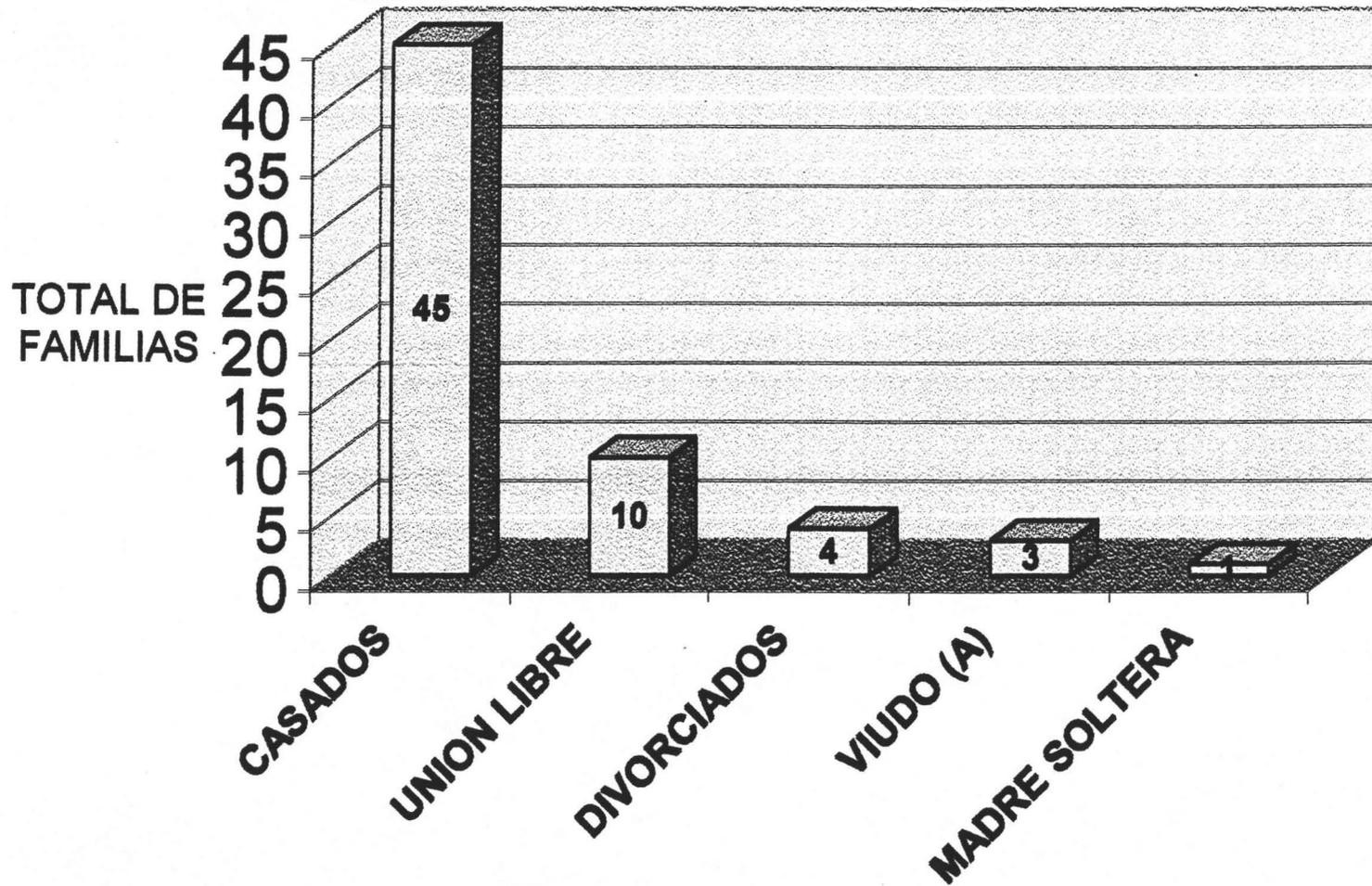
ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS DEL PUESTO  
PERIFERICO DEL ISSSTE DE TEZONTEPEC DE A. HGO.  
2000.

ESTADO CIVIL	NUMERO DE FAMILIAS	%
CASADOS	45	71.4
UNION LIBRE	10	15.8
DIVORCIADOS	4	6.3
VIUDO (A)	3 (6,8,10 AÑOS)	4.7
MADRE SOLTERA	1	1.5
TOTAL	63	100

CUADRO No. 2

FUENTE: ENCUESTA FAMILIAR

### ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO DEL ISSSTE DE TEZONTEPEC DE A. HGO. 2000.



65 FUENTE: ENCUESTA FAMILIAR

GRAFICA 2

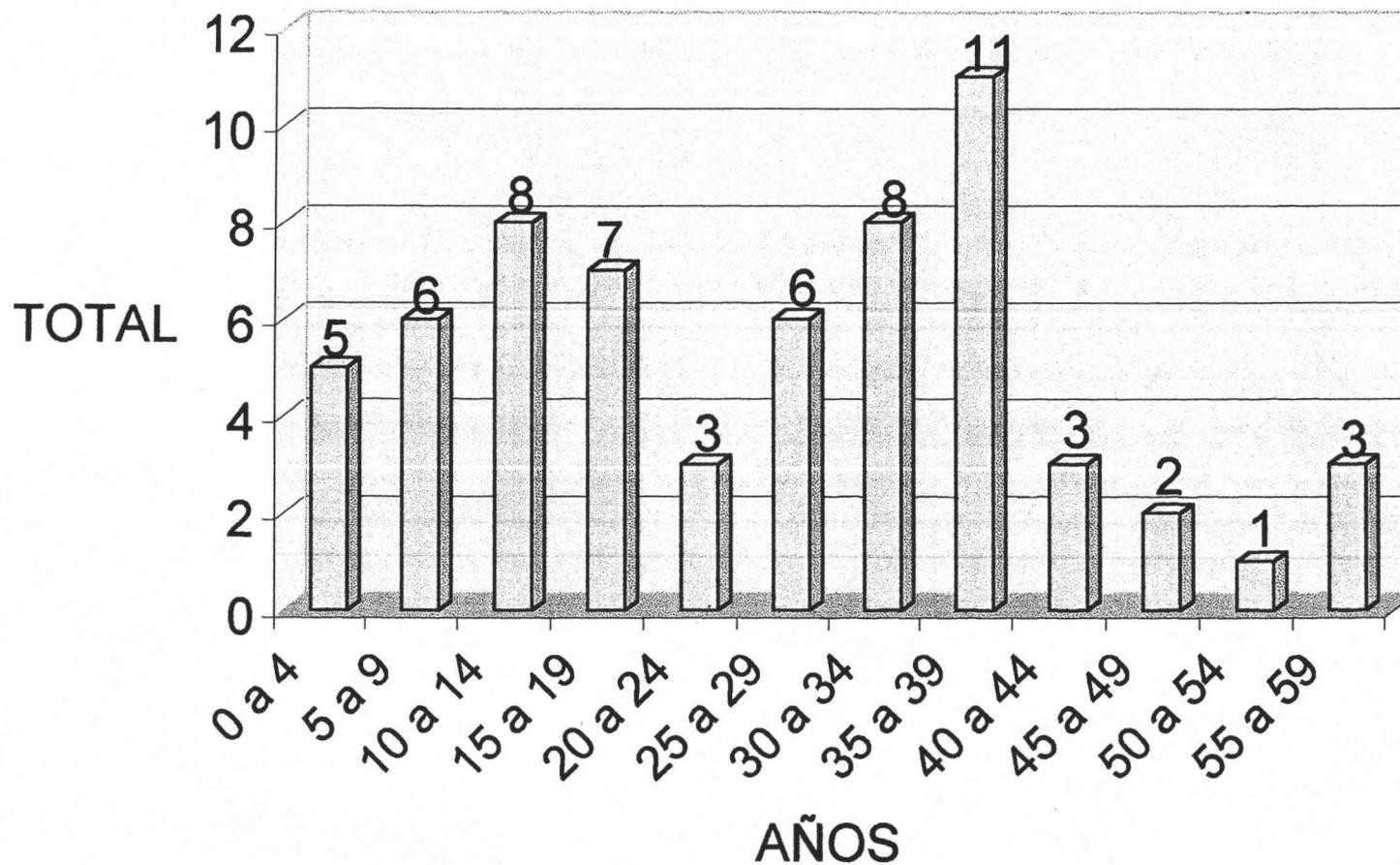
AÑOS DE UNION CONYUGAL EN LAS FAMILIAS DEL  
CONSULTORIO DE TEZONTEPEC DE ALDAMA. HGO.,  
DEL ISSSTE, 2000.

AÑOS DE UNION CONYUGAL	TOTAL DE FAMILIAS	%
0 - 4	5	7.9
5 - 9	6	9.5
10 - 14	8	12.6
15 - 19	7	11.1
20 - 24	3	4.7
25 - 29	6	9.5
30 - 34	8	12.6
35 - 39	11	17.4
40 - 44	3	4.7
45 - 49	2	3.1
50 - 54	1	1.5
55 - 59	3	4.7
TOTAL	63	100

CUADRO No. 3

FUENTE: ENCUESTA FAMILIAR.

# AÑOS DE UNION CONYUGAL EN LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO DE TEZONTEPEC DE ALDAMA, HGO. DEL ISSSTE



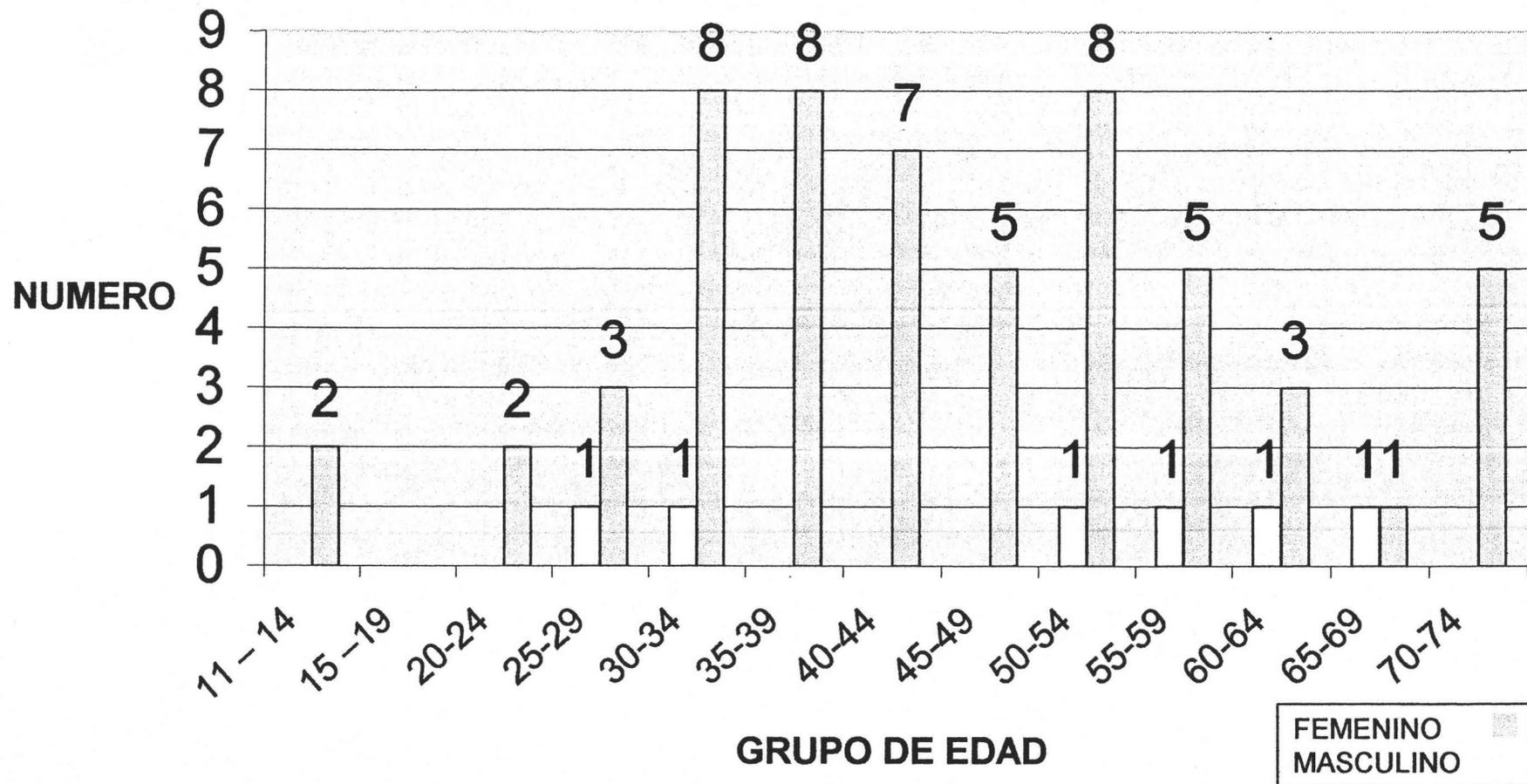
**EDAD Y SEXO DEL INFORMANTE DE LA ESCUESTA  
FAMILIAR DEL PUESTO PERIFERICO DE TEZONTEPEC  
DEL ISSSTE DE TEZONTEPEC DE A. HGO. 2000.**

GRUPO DE EDAD	SEXO				TOTAL	%
	MASCULINO		FEMENINO			
	NUM	%	NUM	%		
11 - 14			2	3.1	2	3.1
15 - 19						
20 - 24			2	3.1	2	3.1
25 - 29	1	1.5	3	4.7	4	4.7
30 - 34	1	1.5	8	12.6	9	14.2
35 - 39			8	12.6	8	12.6
40 - 44			7	11.1	7	11.1
45 - 49			5	7.9	5	7.9
50 - 54	1	1.5	8	12.6	9	14.2
55 - 59	1	1.5	5	7.9	6	9.5
60 - 64	1	1.5	3	4.7	4	6.3
65 - 69	1	1.5	1	1.5	2	3.1
70 - 74			5	7.9	5	7.9
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>9.5</b>	<b>57</b>	<b>90.4</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

CUADRO No. 4

FUENTE: ENCUESTA FAMILIAR

## EDAD Y SEXO DEL INFORMANTE DE LA ENCUESTA FAMILIAR



3 FUENTE: ENCUESTA FAMILIAR

GRAFICA 4

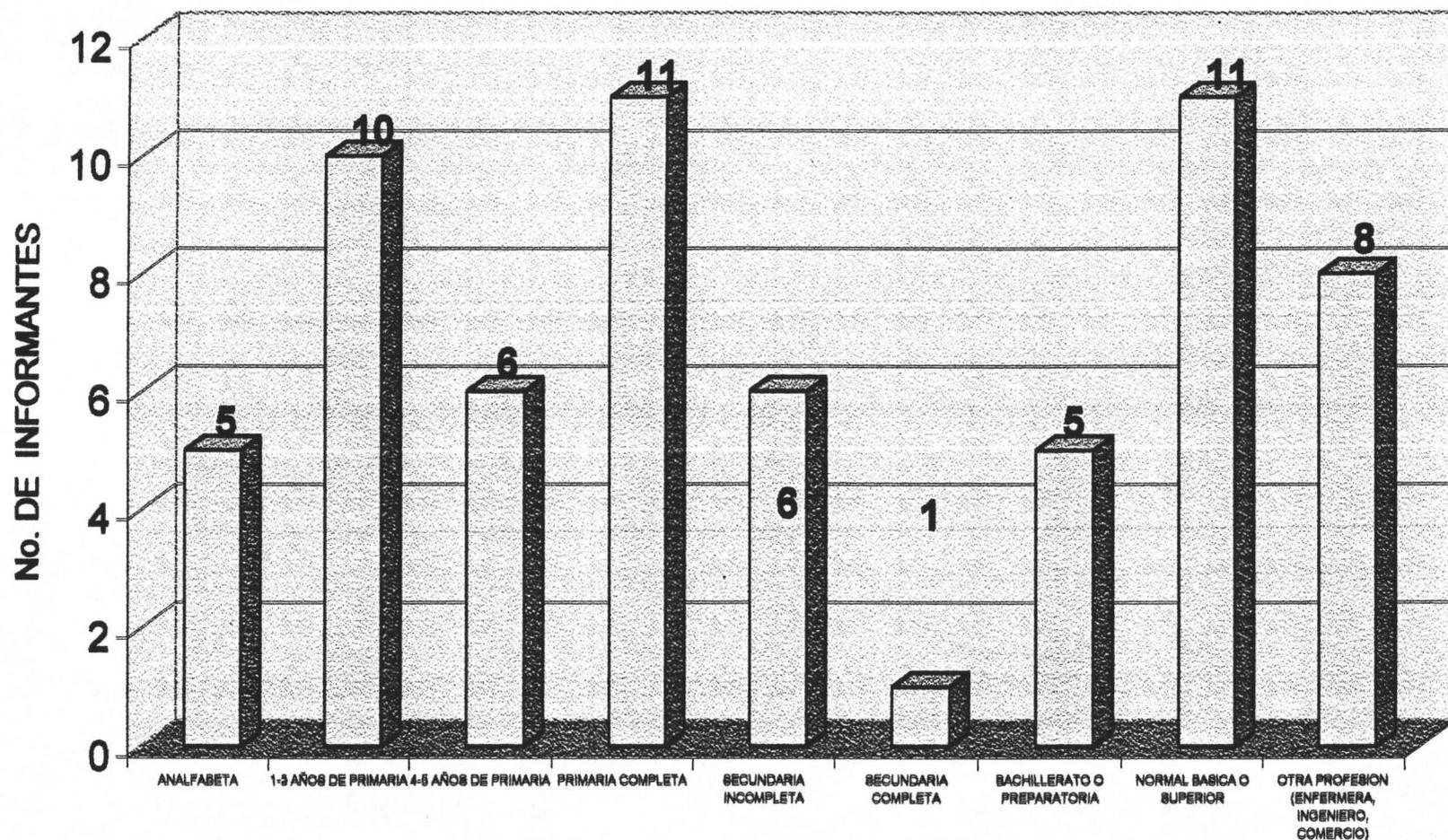
ESCOLARIDAD DEL INFORMANTE DE LA ENCUESTA  
FAMILIAR EN EL CONSULTORIO DEL PUESTO  
PERIFERICO DEL ISSSTE DE TEZONTEPEC DE A. HGO.  
2000.

ESCOLARIDAD	TOTAL DE INFORMANTES	%
ANALFABETA	5	7.9
1 – 3 AÑOS DE PRIMARIA	10	15.8
4 – 5 AÑOS DE PRIMARIA	6	9.5
PRIMARIA COMPLETA	11	17.4
SECUNDARIA INCOMPLETA	6	9.5
SECUNDARIA COMPLETA	1	1.5
BACHILLERATO O PREPARATORIA	5	7.9
NORMAL BASICA O SUPERIOR	11	17.4
OTRA PROFESION (ENFERMERA, INGENIERO, COMERCIO)	8	12.6
TOTAL	63	100

CUADRO No. 5

FUENTE: ENCUESTA FAMILIAR

## ESCOLARIDAD DEL INFORMANTE DE LA ENCUESTA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO DEL ISSSTE DE TEZONTEPEC DE A. HGO. 2000



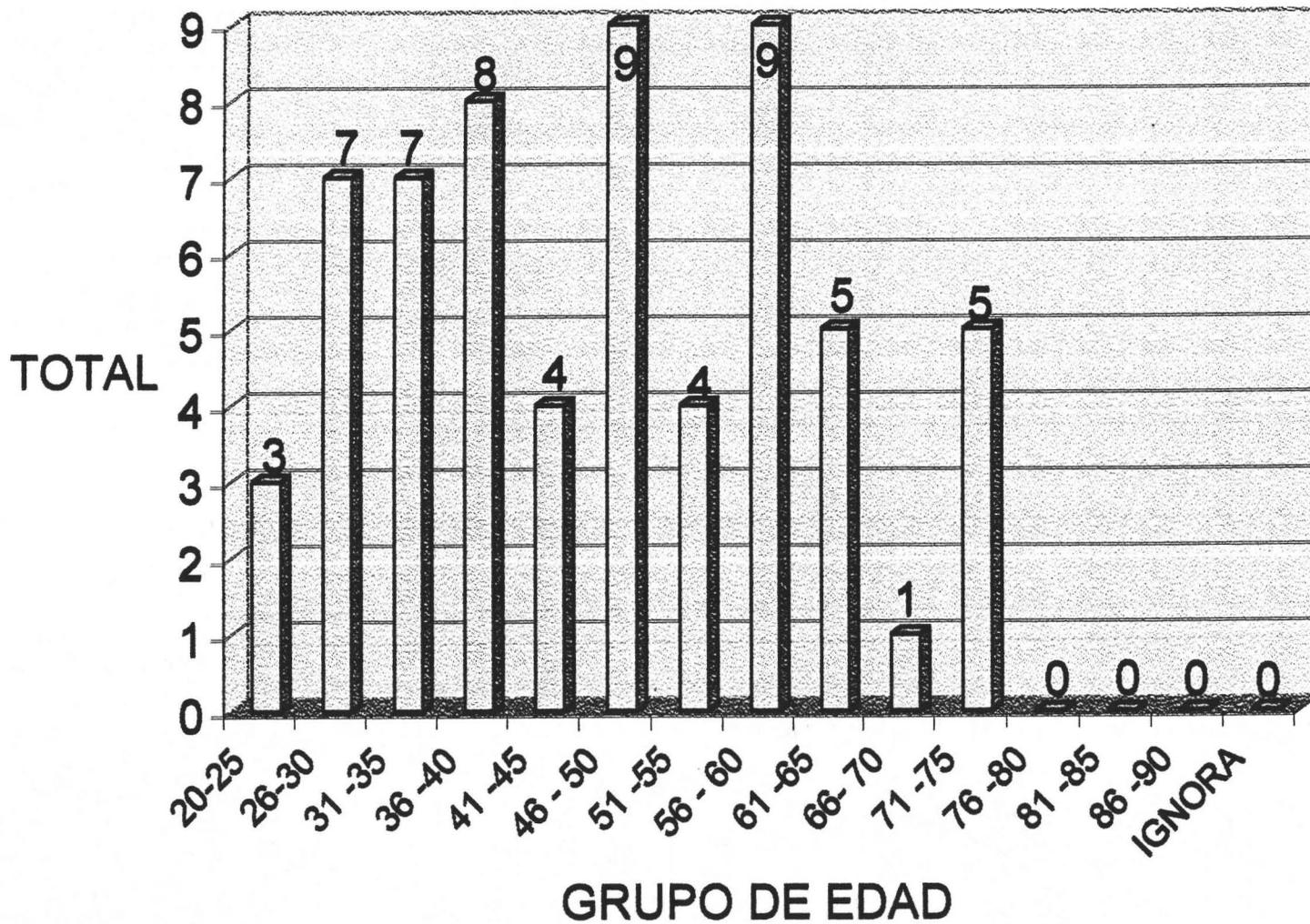
EDAD DEL PADRE Y MADRE DE CADA FAMILIA DEL CONSULTORIO  
DEL PUESTO PERIFERICO DE TEZONTEPEC DE A. HGO. 2000.

GRUPO DE EDAD	PADRES	%	MADRES	%	TOTAL	%
20 - 25	1	1.5	3	4.3	4	3.1
26 - 30	6	9.5	7	11.1	13	10.3
31 - 35	6	9.5	7	11.1	13	10.3
36 - 40	11	17.4	8	12.6	19	15.0
41 - 45	4	6.3	4	6.3	8	6.3
46 - 50	3	4.7	9	14.2	12	9.5
51 - 55	9	14.2	4	6.3	13	10.3
56 - 60	9	14.2	9	14.2	18	14.2
61 - 65	5	7.9	5	7.9	10	7.9
66 - 70	4	6.3	1	1.5	5	3.9
71 - 75	2	3.1	5	7.9	7	5.5
76 - 80	1	1.5			1	.79
81 - 85						
86 - 90	1	1.5			1	.79
SE IGNORA SU EDAD	1	1.5			1	.79
TOTAL	63	50	63	50	126	100

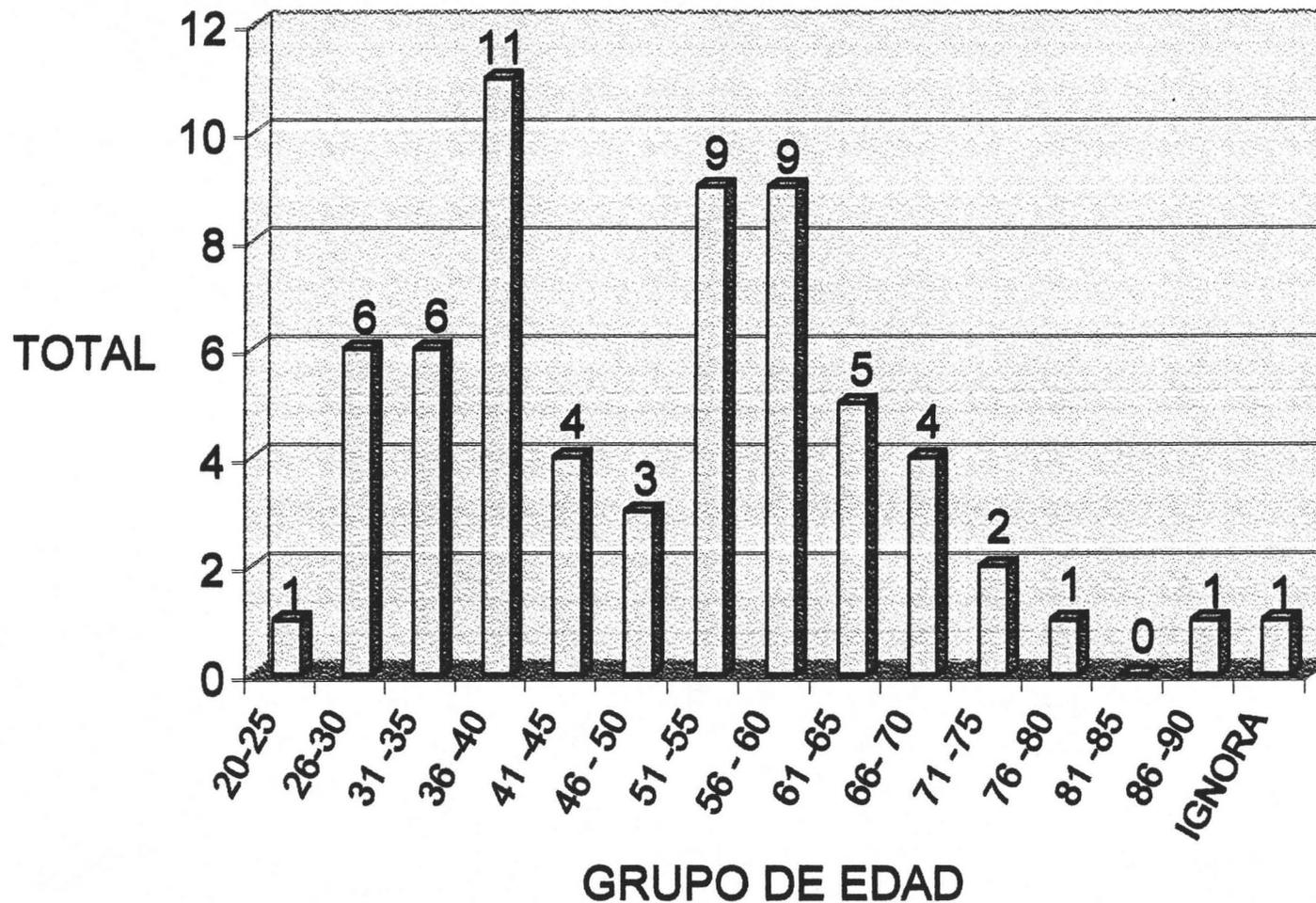
CUADRO No. 6

FUENTE: ENCUESTA FAMILIAR.

**EDAD DE LAS MADRES DE FAMILIA DEL CONSULTORIO DEL ISSSTE DE TEZONTEPEC DE A. HGO. 2000**



**EDAD DEL PADRE DE FAMILIA DEL CONSULTORIO DEL ISSSTE DE  
TEZONTEPEC DE A. HGO. 2000**



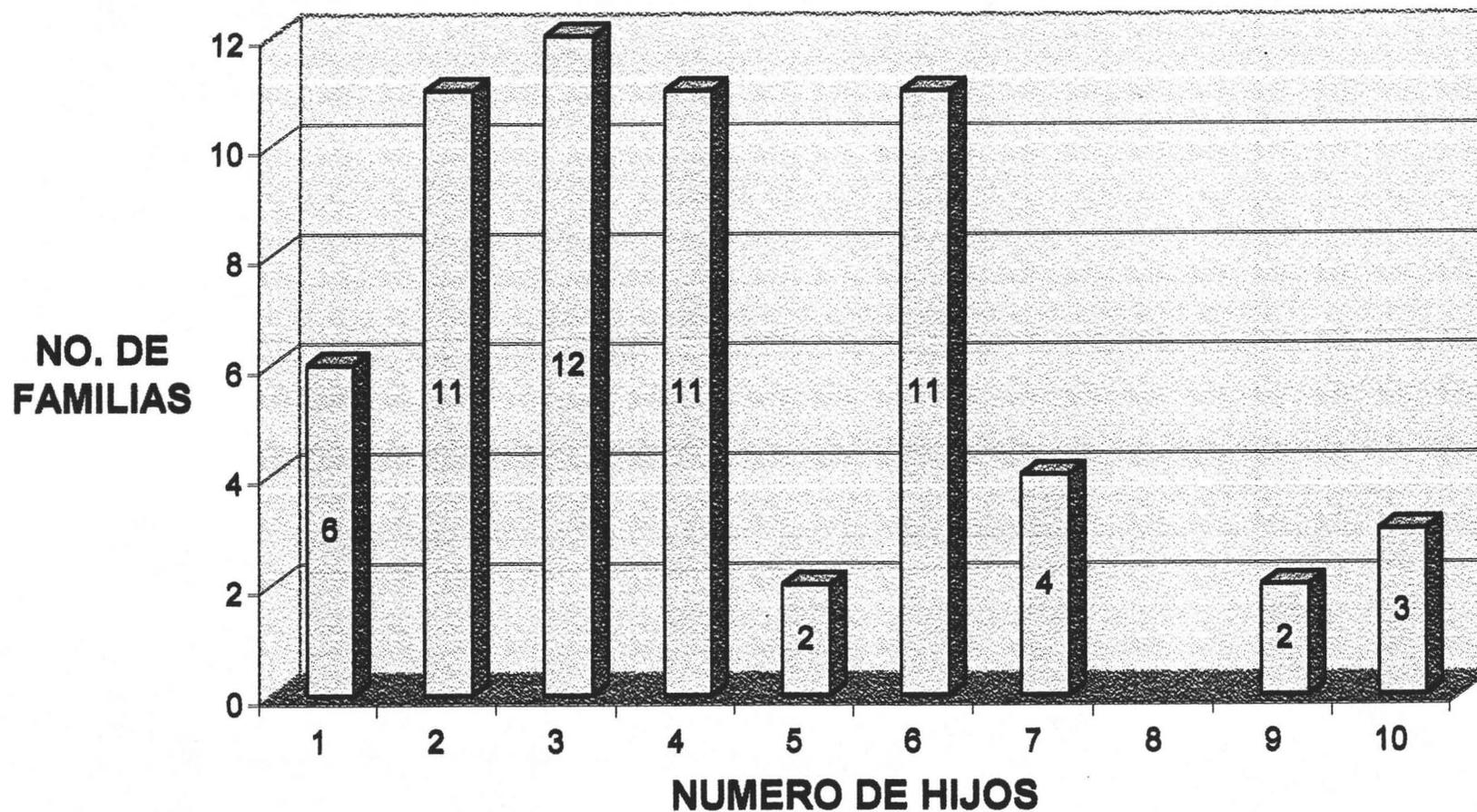
NUMERO DE HIJOS POR FAMILIA DEL CONSULTORIO  
DEL PUESTO PERIFERICO DEL ISSSTE DE TEZONTEPEC  
DE A. HGO. 2000.

NUMERO DE HIJOS	TOTAL DE FAMILIAS	%
0	1	15
1	6	9.5
2	11	17.4
3	12	19
4	11	17.4
5	2	3.1
6	11	17.4
7	4	6.3
8	0	0
9	2	3.1
10	3	4.7
TOTAL	63	100

CUADRO No. 7

FUENTE: ENCUESTA FAMILIAR.

**NUMERO DE HIJOS POR FAMILIA DEL CONSULTORIO DEL ISSSTE DE  
TEZONTEPEC DE A. HGO. 2000.**



**FUENTE: ENCUESTA FAMILIAR**

**GRAFICA 7**

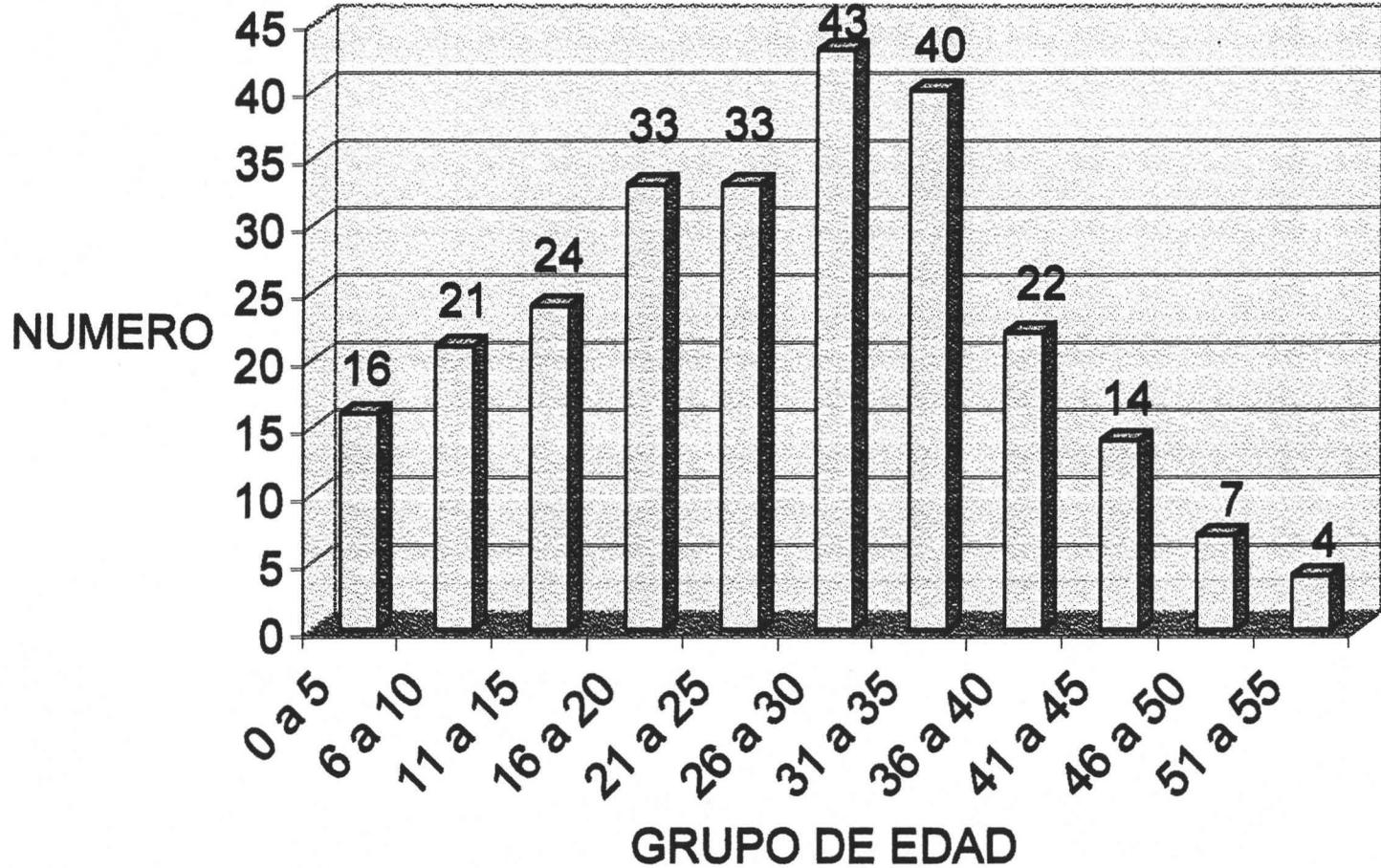
**EDAD DE LOS HIJOS DE LAS FAMILIAS DEL PUESTO  
PERIFERICO DE ISSSTE DE TEZONTEPEC DE A. HGO.  
2000.**

GRUPO DE EDAD	TOTAL	%
0 - 5	16	6.2
6 -10	21	8.1
11 - 15	24	9.3
16 - 20	33	12.8
21 - 25	33	12.8
26 - 30	43	16.7
31 - 35	40	15.5
36 - 40	22	8.5
41 - 45	14	5.4
46 - 50	7	2.7
51 - 55	4	1.5
<b>TOTAL</b>	<b>257</b>	<b>100</b>

CUARO No. 8

**FUENTE: ENCUESTA FAMILIAR**

**EDAD DE HIJOS DE LAS FAMILIAS DEL CONSTULTORIO DEL ISSSTE  
DE TEZONTEPEC DE A. HGO. 2000**



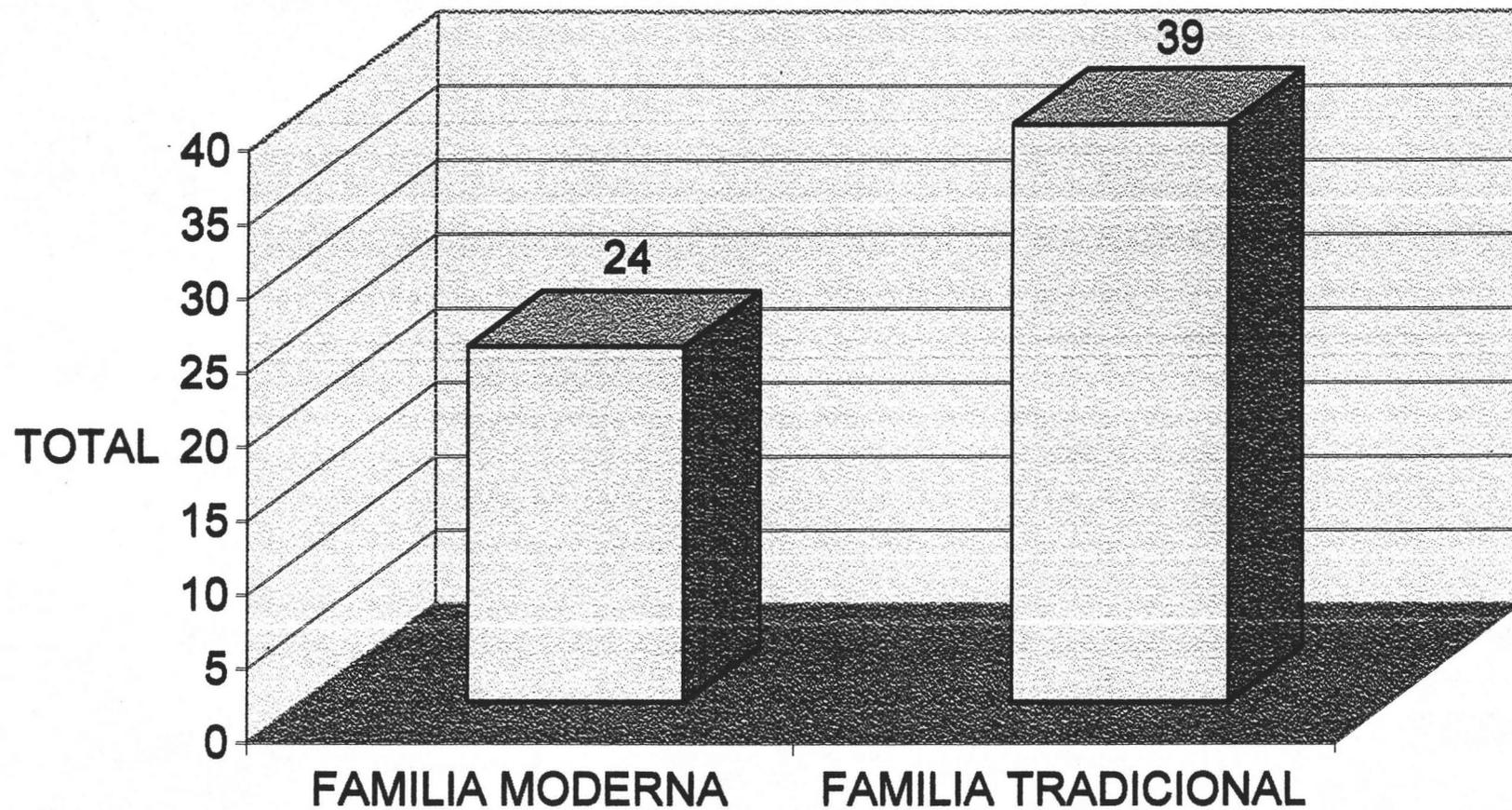
CLASIFICACION DE FAMILIA SEGÚN SU DESARROLLO  
DEL PUESTO PERIFERICO DE TEZONTEPEC DE A.  
HGO., 2000.

TIPO DE FAMILIA	TOTAL	%
FAMILIA MODERNA	24	38
FAMILIA TRADICIONAL	39	61.9
TOTAL	63	100

CUADRO No. 9

FUENTE: ENCUESTA FAMILIAR.

## CLASIFICACION DE FAMILIAS SEGUN SU DESARROLLO



74 FUENTE: ENCUESTA FAMILIAR

GRAFICA 9

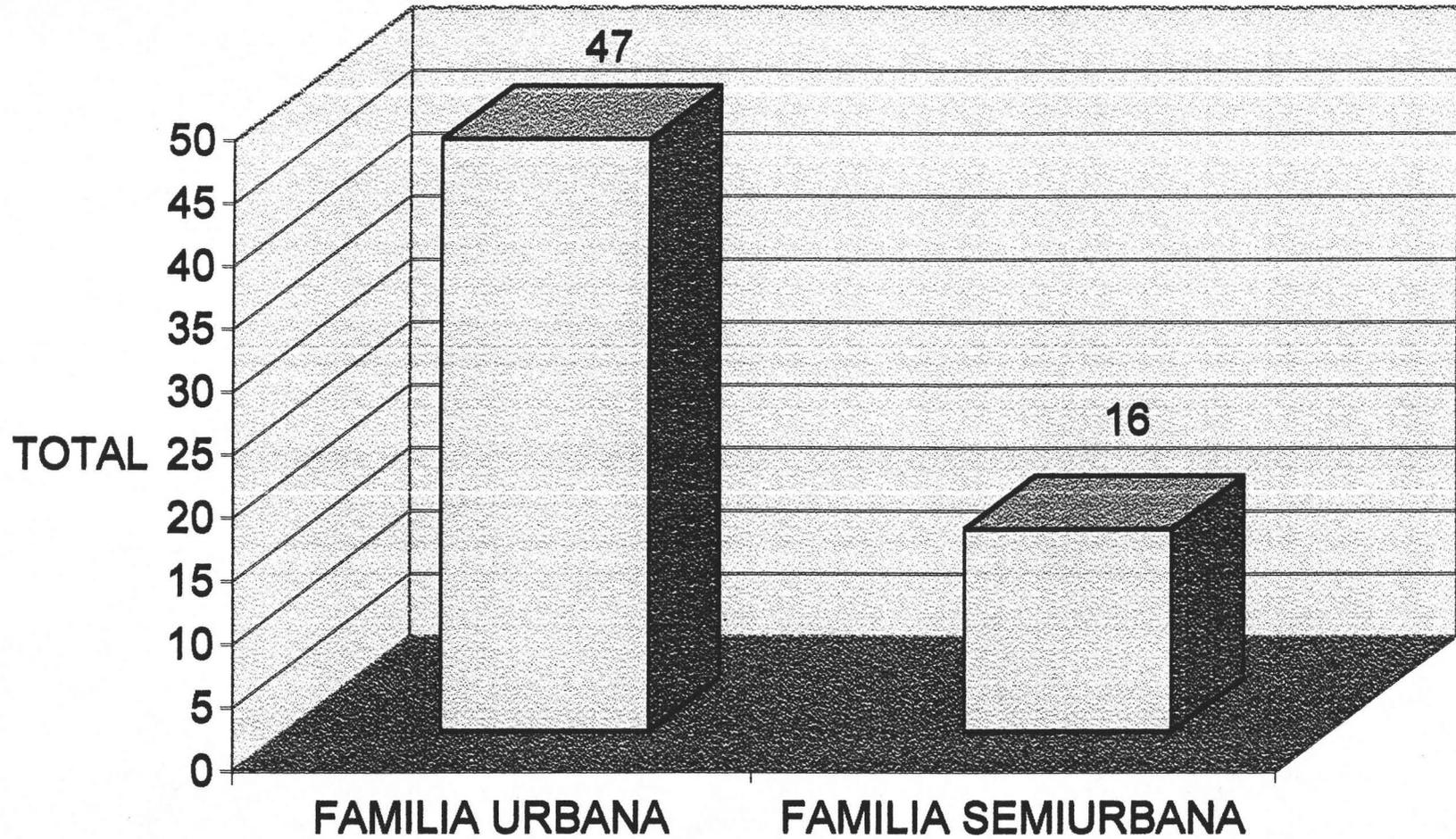
CLASIFICACION DE FAMILIA SEGÚN SU DEMOGRAFIA  
DEL PUESTO PERIFERICO DE TEZONTEPEC DE A. HGO.  
2000.

TIPO DE FAMILIA	TOTAL	%
FAMILIA URBANA	47	74.6
FAMILIA SEMIURBANA	16	25.3
TOTAL	63	100

CUADRO No. 10

FUENTE: ENCUESTA FAMILIAR.

## CLASIFICACION DE FAMILIAS SEGUN SU DEMOGRAFIA



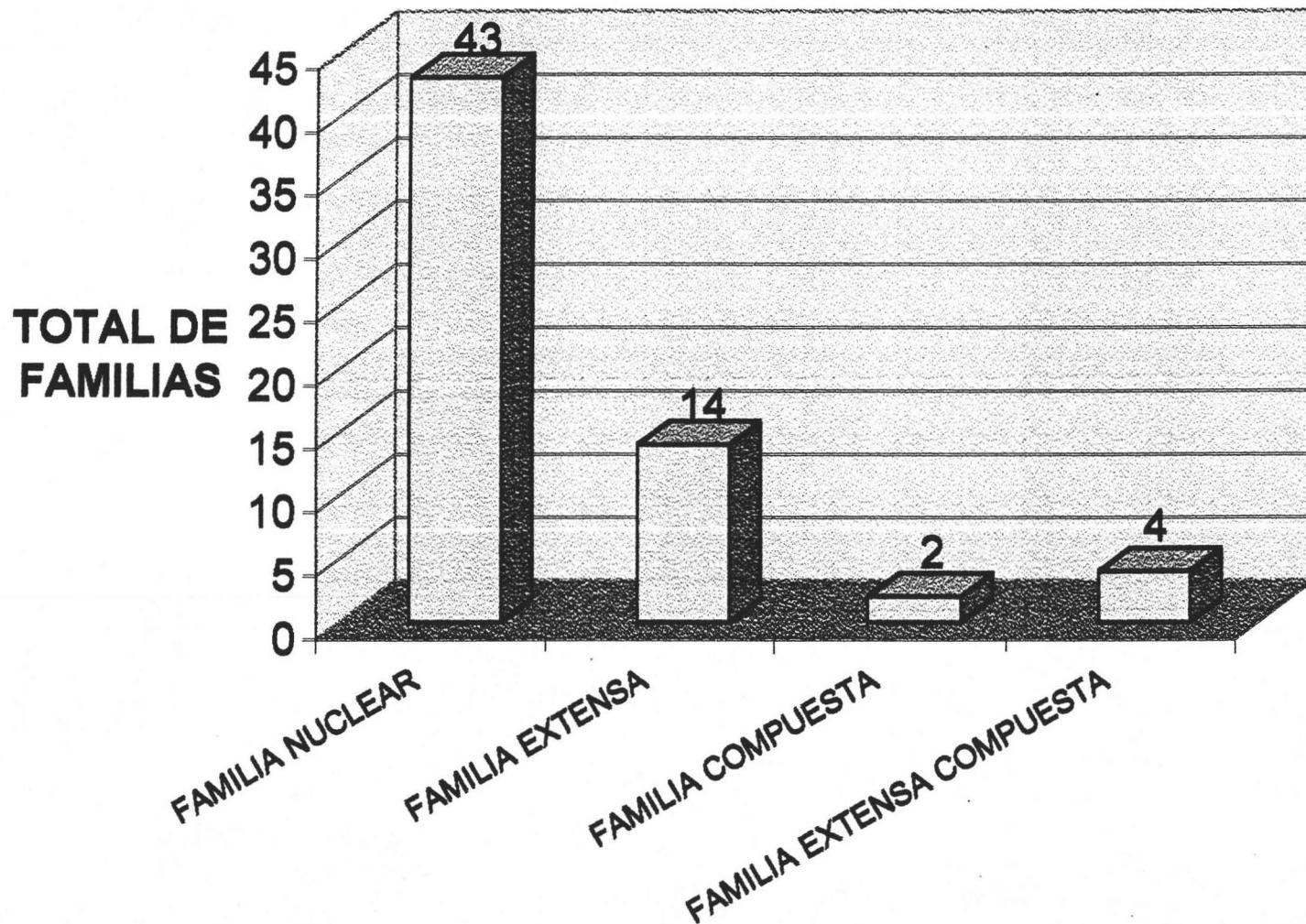
CLASIFICACION DE FAMILIA SEGÚN SU COMPOSICION  
 DEL PUESTO PERIFERICO DE TEZONTEPC DE A. HGO.,  
 2000.

TIPO DE FAMILIA	TOTAL	%
FAMILIA NUCLEAR	43	68.2
FAMILIA EXTENSA	14	22.2
FAMILIA COMPUESTA	2	3.1
FAMILIA EXTENSA COMPUESTA	4	6.3
TOTAL	63	100

CUADRO No. 11

FUENTE: ENCUESTA FAMILIAR.

## CLASIFICACION FAMILIAR SEGUN SU COMPOSICION



CLASIFICACION DE FAMILIA SEGÚN SU OCUPACIÓN EN  
EL PUESTO PERIFERICO DE TEZONTEPEC DE A. HGO.  
2000.

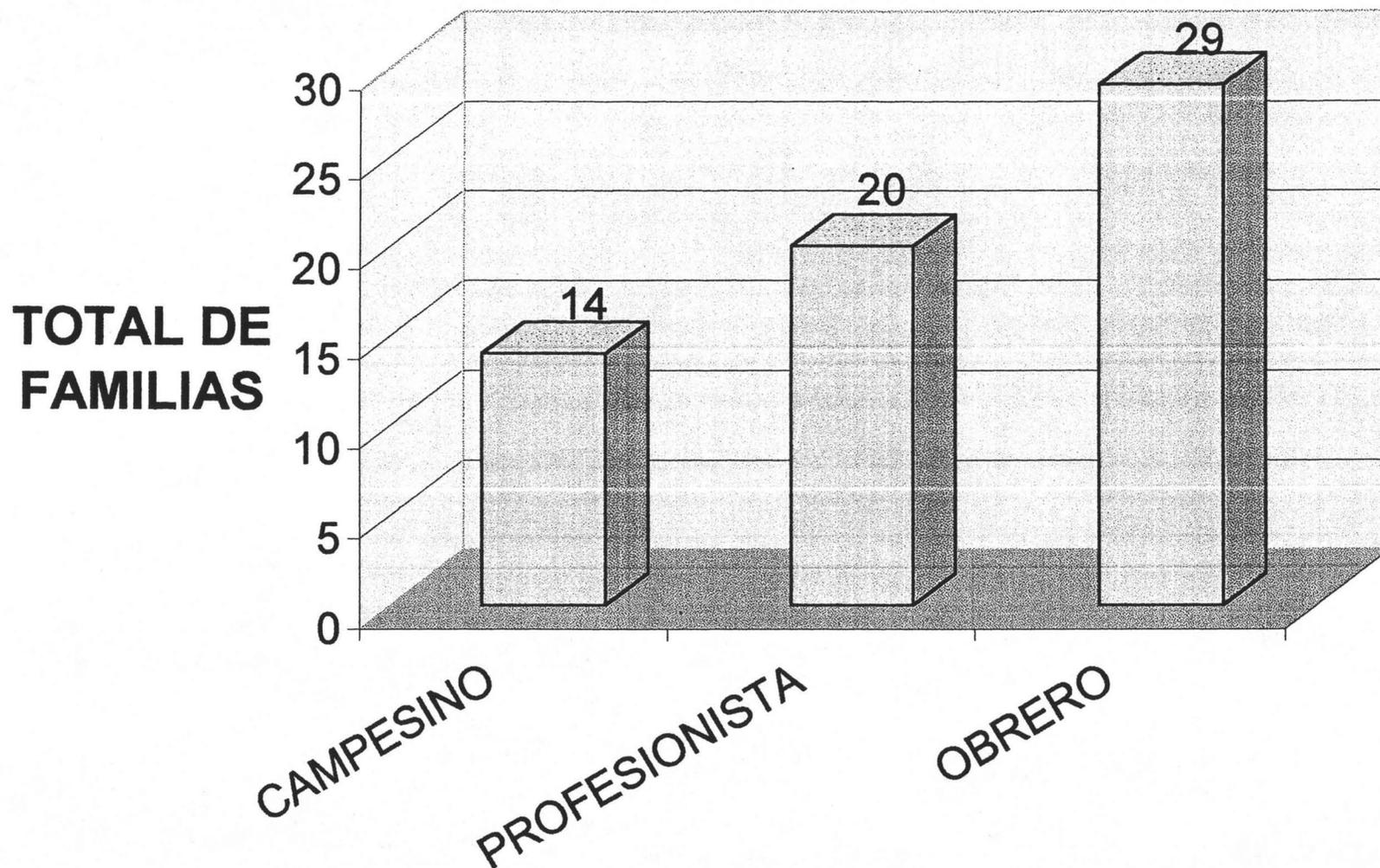
OCUPACION FAMILIAR	TOTAL	%
FAMILIA OBRERA	29	46.0
FAMILIA PROFESIONISTA	20	31.7
FAMILIA CAMPEESINA	14	22.2
TOTAL	63	99.9

CUADRO No. 12

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

FUENTE: ENCUESTA FAMILIAR.

### CLASIFICACION DE FAMILIAS SEGÚN SU OCUPACIÓN DEL CONSULTORIO DEL ISSSTE DE TEZONTEPEC DE A. HGO. 2002



80

FUENTE: ENCUESTA FAMILIAR

GRAFICA 12

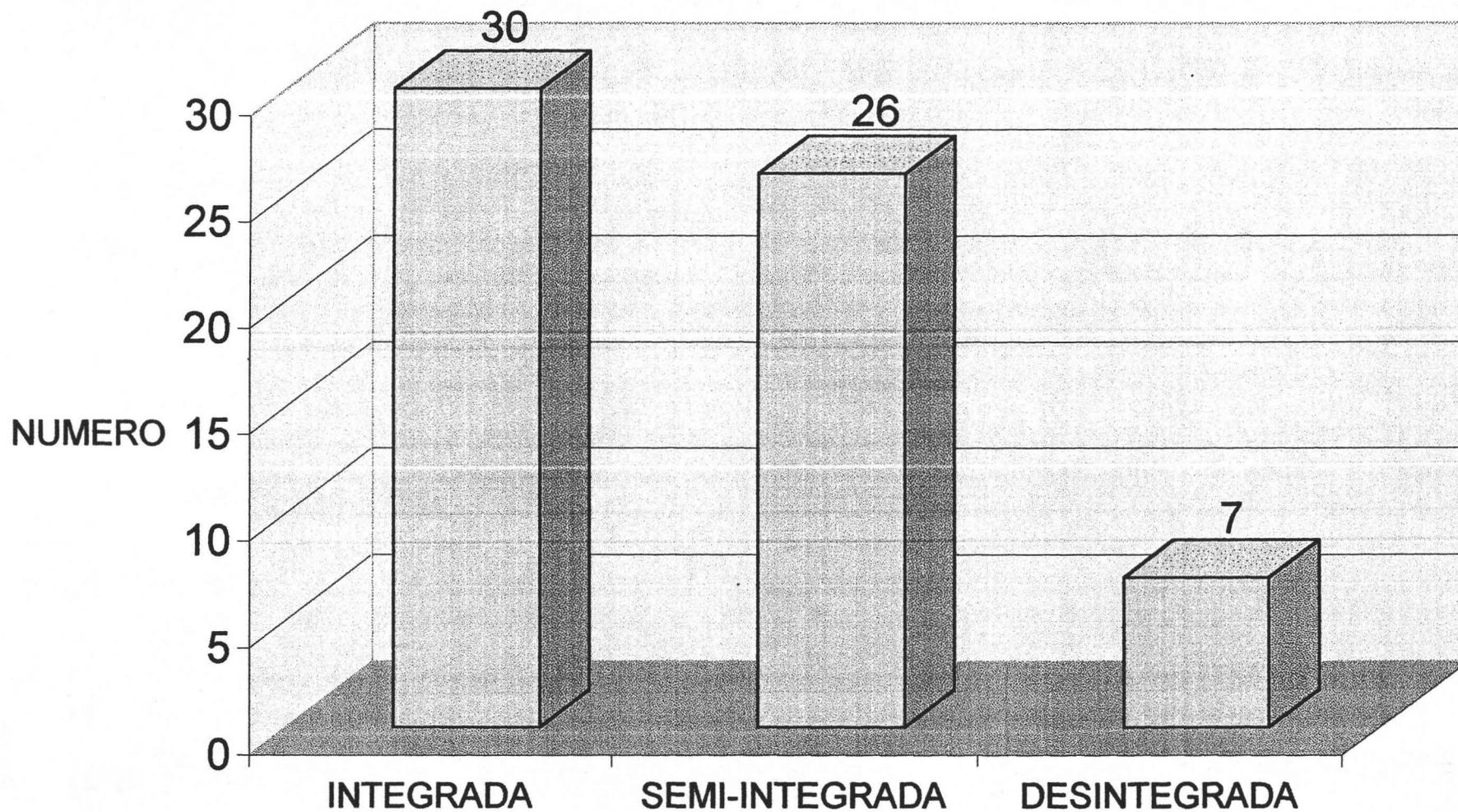
**CLASIFICACION DE FAMILIA SEGÚN SU INTEGRACION  
DEL PUESTO PERIFERICO DE TEZONTEPEC DE A.  
HGO., 2000.**

	NUMERO	%
FAMILIA INTEGRADA	30	41.6
FAMILIA SEMI- INTEGRADA	26	41.2
FAMILIA DESINTEGRADA	7	11.1
TOTAL	63	100

CUADRO No. 13

FUENTE: ENCUESTA FAMILIAR.

### CLASIFICACION DE FAMILIAS SEGÚN SU INTEGRACION DEL CONSULTORIO DEL ISSSTE DE TEZONTEPEC DE A. HGO. 2000



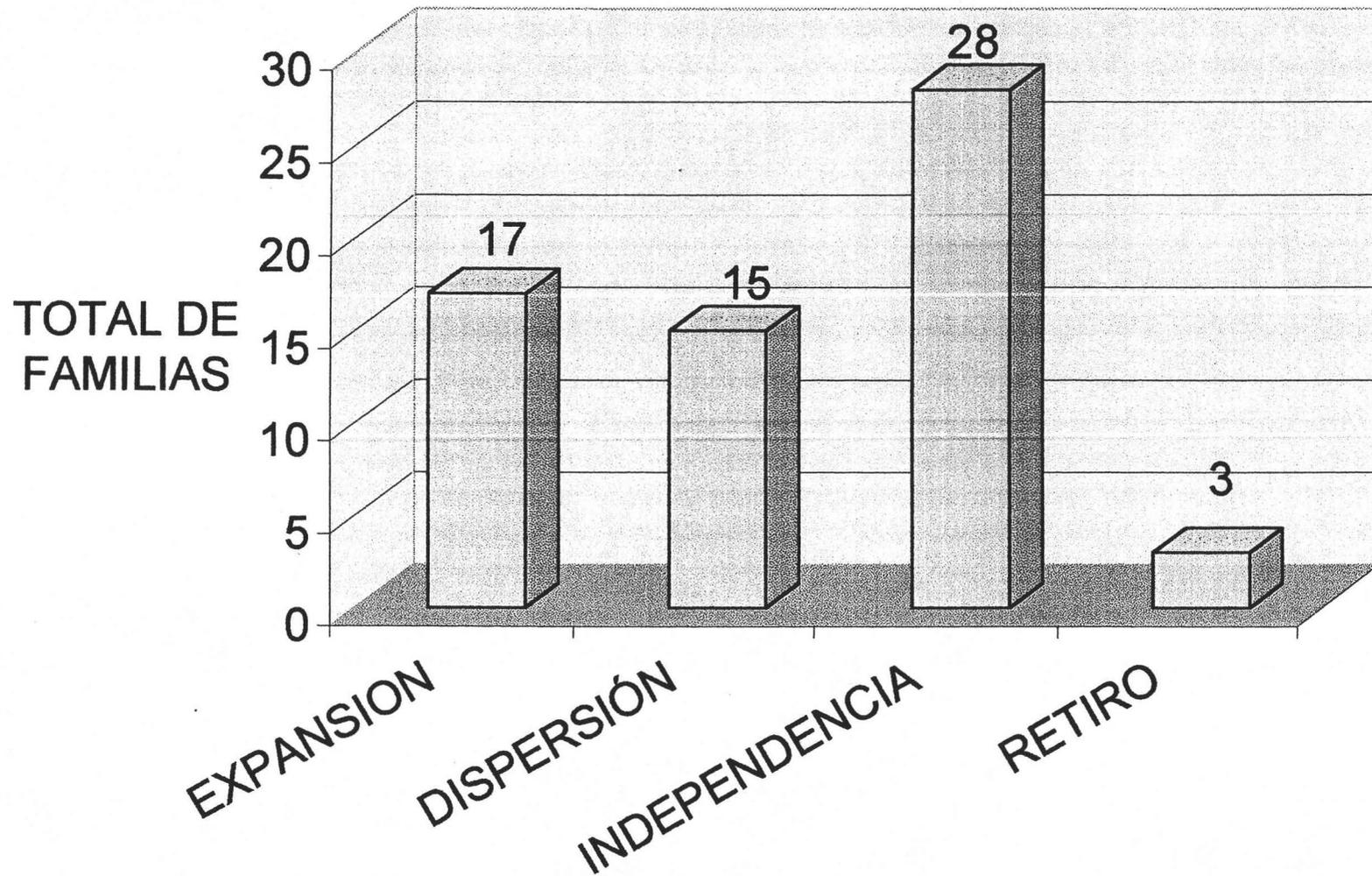
CLASIFICACION SEGUN CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS  
DEL PUESTO PERIFERICO DE TEZONTEPEC DE A.  
HGO.,2000.

CICLO VITAL	TOTAL	%
FAMILIA EN EXPANSION	17	26.9
FAMILIA EN DISPERSION	15	23.8
FAMILIA EN IDENPENDENCIA	28	44.4
FAMILIA EN RETIRO	3	4.7
TOTAL	63	100

CUADRO No. 14

FUENTE: ENCUESTA FAMILIAR.

### CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO DEL ISSSTE DE TEZONTEPEC DE A. HGO. 2000



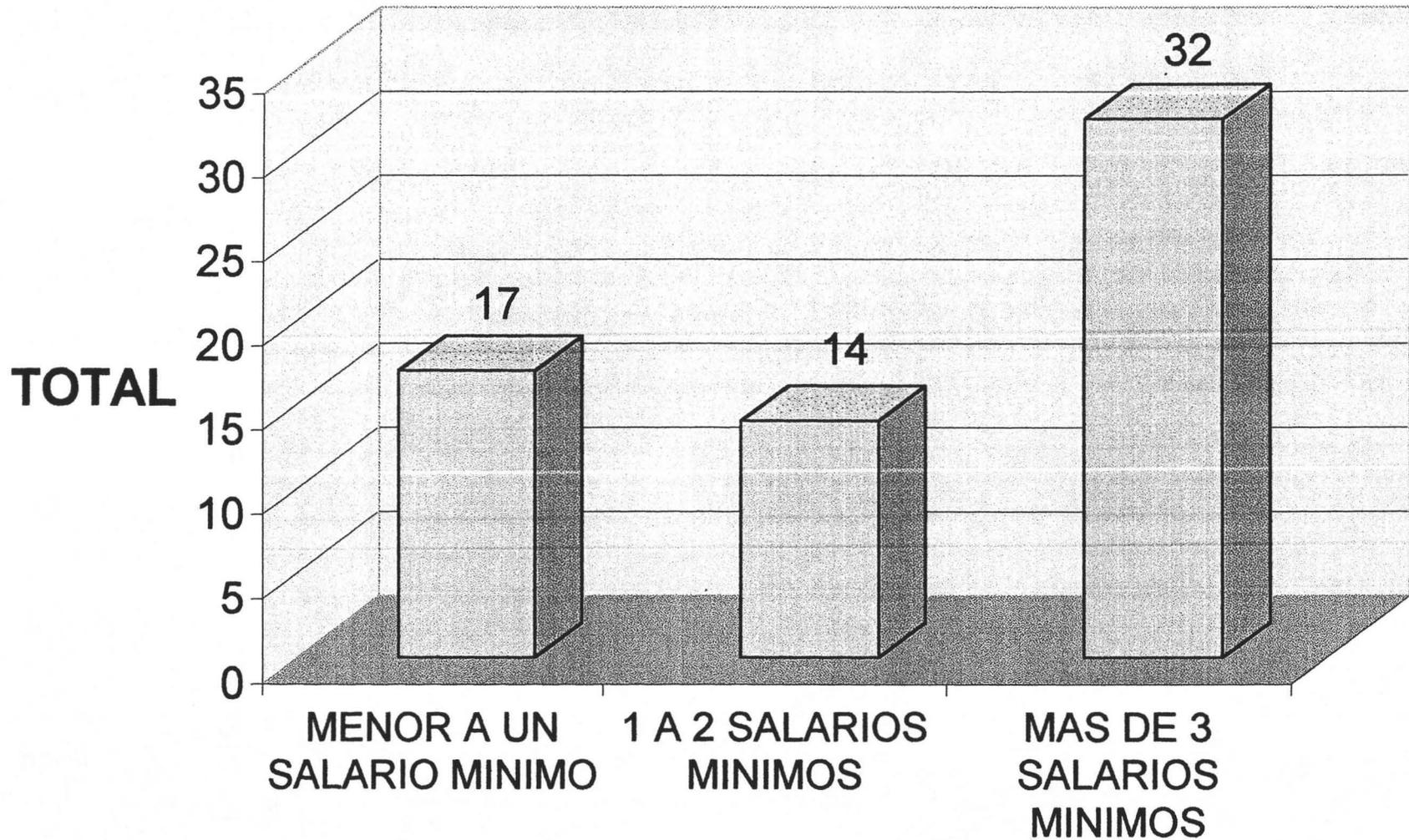
## CLASIFICACION DE FAMILIAS SEGÚN SU INGRESO ECONOMICO MENSUAL

INGRESO ECONOMICO	TOTAL DE FAMILIAS	%
MENOR A UN SALARIO MINIMO	17	26.9
DE 1 – 2 SALARIOS MINIMOS	14	22.2
MAS DE 3 SALARIOS MINIMOS.	32	50.7
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

CUADRO No. 15

FUENTE: ENCUESTA FAMILIAR.

# INGRESOS ECONOMICOS POR FAMILIA DEL CONSULTORIO DEL ISSSTE DE TEZONTEPEC DE A. HGO. 2000



98 FUENTE: ENCUESTA FAMILIAR

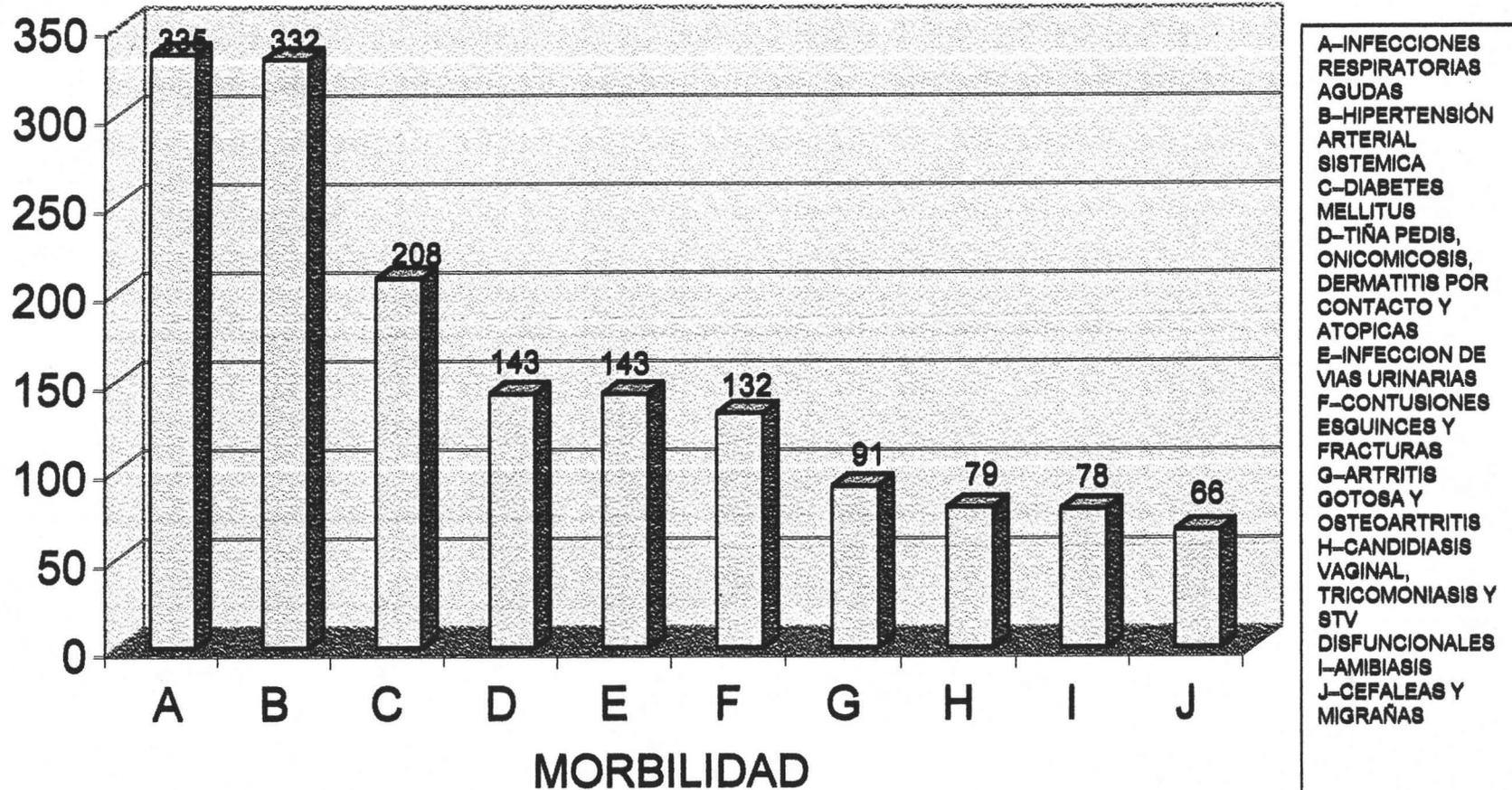
**10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL  
CONSULTORIO MEDICO DE TEZONTEPEC DE ALDAMA.  
HGO., DEL ISSSTE EN EL 2000.**

Núm.	CAUSA DE MORBILIDAD	TOTAL	%
1	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	335	20.8
2	HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	332	20.6
3	DIABETES MELLITUS TIPO II	208	12.9
4	ENFERMEDADES DE LA PIEL	143	8.8
5	INFECCION DE VIAS URINARIAS ALTAS Y BAJAS	143	8.8
6	CONTUSIONES, ESGUINCES Y FRACTURAS.	132	8.2
7	ARTRITIS GOTOSA Y OSTEoarTRITIS	91	5.6
8	CANDIDIASIS, TRICOMONIASIS Y SANGRADO TRANSVAGINAL DISFUNCIONAL	79	4.9
9	AMIBIASIS	78	4.8
10	CEFALEAS, MIGRAÑAS	66	4.1
	TOTAL	1607	100

**CUADRO 16**

**FUENTE: HOJA DIARIA DEL MEDICO SM1-10**

## PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL CONSULTORIO DE TEZONTEPEC DE ALDAMA, HGO., DEL ISSSTE



**FUENTE:** HOJA DIARIA DEL MEDICO

GRAFICA 16

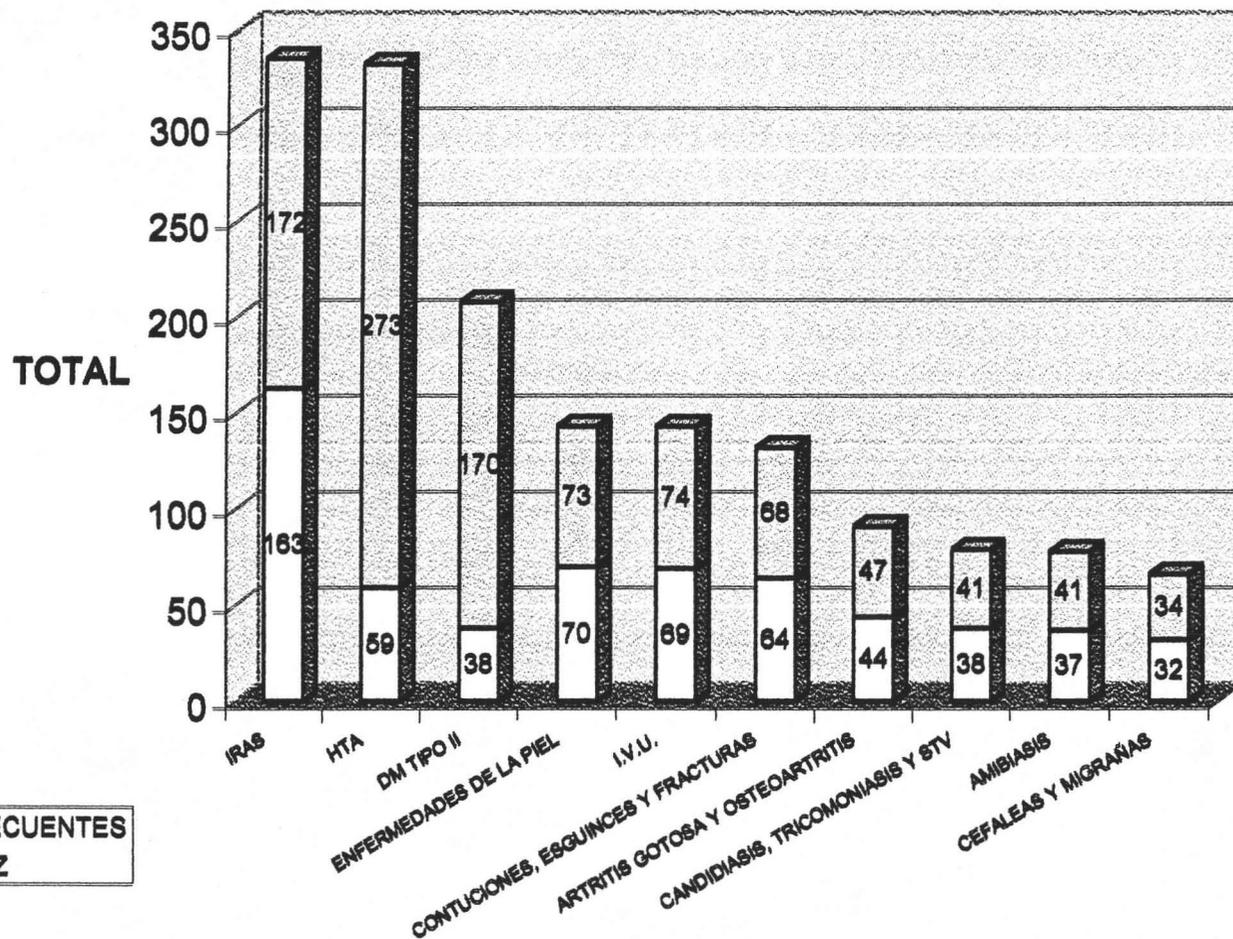
10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DEL CONSULTORIO DEL  
ISSSTE DE TEZONTEPEC DE A. HGO. 2000. DISTRIBUIDOS DE  
PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES

NUM	CAUSA DE MORBILIDAD	1ª VEZ	%	SUBSECUENTE	%
1	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	163	10.1	172	10.7
2	HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	59	3.6	273	16.9
3	DIABETES MELLITUS TIPO II	38	.18	170	10.5
4	ENFERMEDADES DE LA PIEL	70	4.3	73	4.5
5	INFECCIONES DE VIAS URINARIAS	69	10.5	74	4.6
6	CONTUSIONES, ESGUINCES Y FRACTURAS	64	3.9	68	4.2
7	ARTRITIS GOTOSA Y OSTEOARTRITIS	44	2.7	47	2.9
8	CANDIDIASIS, TRICOMONIASIS Y SANGRADOS TRANSVAGINALES.	38	2.3	41	2.5
9	AMIBIASIS	37	2.3	41	2.5
10	CEFALEAS Y MIGRAÑAS	32	1.9	34	2.1
	TOTAL	779	48.7	828	51.2

CUADRO No. 17

FUENTE: HOJA DIARIA DEL MEDICO, SM1-10.

**MORBILIDAD DEL CONSULTORIO DEL ISSSTE DE TEZONTEPEC DE A., HGO. DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES**



FUENTE: HOJA DIARIA DEL MEDICO

GRAFICA 17

## DISCUSION

### FASE I:

La población censada en este consultorio, en su mayoría fue el grupo de menores de 14 años, seguido de los grupos de edad adultos jóvenes(25-35 años) que se encuentran en edad reproductiva y productivos económicamente, y el tercer grupo de mayor incidencia el de la tercera edad, datos que difieren a los obtenidos de la población adscrita a la UMF Zona 2 ISSSTE, Puebla; en donde sobre sale el grupo de adultos mayores(35-44 años), edad económicamente activa únicamente. Presentando en un segundo termino al adulto joven en este estudio. En relación al estado civil de las familias persisten las familias casadas, seguidas de las parejas que viven en unión libre, tanto en el estudio del Puesto Periférico de Tezontepec y el estudio de Puebla. En las familias de Tezontepec de A. Son familias viejas predominando el grupo de 30 a 39 años de unión conyugal, difiriendo del estudio de Puebla en donde se encuentran familias jóvenes de 11 – 20 años de unión conyugal, grupo que en el Puesto Periférico de Tezontepec de A. se encuentra en segundo lugar.

### FASE II:

En la edad y sexo del informante de la encuesta familiar nos presento un mayor porcentaje en el grupo de edad con mayor prevalencia de 30 a 39 y 50 a 54 años siendo el sexo femenino de mayor incidencia con 57 (90.4%). Dato que no podemos comparar con el estudio de Puebla ya que no presenta dicha información.

En cuanto a la escolaridad del informante prevaleció en Primaria completa 11 (17.4%) y normal básica o superior 11(17.4%), con una estadística de menor porcentaje pero significativa en estudios de 1 a 3 años de primaria 10(15.8%). Dato también no comparativo.

En la edad del padre y de la madre de cada familia, los padres sobre sale el dato de 36 a 40 años con 11 (17.4%); 51 a 55 9(14.2%) y 56 a

60, 9(14.2%); en las madres en grupos de edad de 46 a 50, 9 (14.2%) y 56 a 60 con 9 (14.3%). Números que difieren del estudio de Puebla puesto que en el resalta el grupo de 41 a 50 años, en los padres (34%); en madres existe una gran diferencia ya que el grupo de edad se encuentra de 31 a 40 años (38%), madres jóvenes y en Tezontepec se encuentran en edad de adultos mayores.

El número de hijos por familia predominó en 3 hijos (19%), en segundo término de 2(17.4%), 4(17.4) y 6(17.4%). No hay datos comparativos.

La edad de los hijos de cada familia prevaleció en el grupo de edad entre 26 a 30 años, 43 (16.7%); seguido del grupo de 31 a 35 años, 40 (15.5%). Muy similar la cifra al estudio de Puebla ya que predomina el grupo de edad mayor de 20 años, 43%.

La clasificación de la familia según su desarrollo se observó a la familia tradicional con 39 (61.9%) y la familia moderna con 24 (38 %). Difiriendo del estudio de Puebla en donde fue lo contrario el mayor porcentaje (58%) es de familia moderna.

La clasificación de familia según su demografía en los estudios tanto del Dr. Irigoyen como en el de Puebla tenemos similitud ya que encontramos que las familias urbanas 47 (74.6%) se presentan en un mayor porcentaje que las familias semiurbanas 16 (25.3%).

Según la composición de las familias, persiste la familia nuclear con 43 (68.3%); familia extensa 14 (22.2%); familia compuesta 2 (3.1%) y familia extensa compuesta 4 (6.3%). En nuestro estudio de comparación (Puebla) predomina la familia nuclear con 78% y familia extensa con 22%.

Clasificación según su ocupación: familias obreras 29 (47.0%); familia profesionista 20 (31.7%); familia campesina 14 (22.2%). En Puebla predomina la

profesionista 44% obreras 26%, encontramos gran diferencia por que no tienen familias campesinas y además se invierte los datos obtenidos.

En relación a la clasificación según su integración podemos comentar que predomina la familia integrada 30 (47.6%), seguida de la familia semi-integrada 26 (41.2%) y por último la desintegrada 7 (11.1%). Dato que va relacionado con la clasificación según su desarrollo en la cual cada día se encuentran más familias modernas, las cuales cada miembro de la familia cumple una función y esto conlleva a una familia integrada. Por lo que los datos coinciden una vez más con los presentados en estudios del Dr. Irigoyen y en los presentados en Puebla.

Clasificación según el ciclo vital de la familia tenemos familias en expansión 17 (26.9%); familia en dispersión 15 (23.8%); familia en independencia 28 (44.4%) y familia en retiro 3 (4.7%). Diferente a ISSSTE Puebla ya que en el se encuentran en 57% familias en dispersión seguidas de familias en independencia 20%. Tratándose de que las familias de Tezontepec son familias ya viejas, hablando de los años de unión conyugal que presentan y las familias de Puebla son familias más jóvenes.

El ingreso económico mensual de las familias es de menor de un salario mínimo 17 (26.9%); de 1 - 2 salarios mínimos 14 (22.2) y más de tres salarios mínimos 32 (50.7%). Dato similar a Puebla en donde el 77.6% pertenece a familias con mas de tres salarios mínimos de ingreso mensual, pero gran diferencia relacionado con el porcentaje de menos de un salario mínimo ya que en Puebla se encuentra en 0.8%, lo que nos indica que cuentan con un mejor nivel económico.

### FASE III:

En relación al motivo de consulta mas frecuente en el Consultorio de Tezontepec de A. Hgo., que se diagnóstico son las Infecciones de Vías

Respiratorias Agudas 335 (20.8%), similar al dato proporcionado por el departamento de Vigilancia Epidemiológica Nacional y en Puebla donde también es la primer motivo de consulta. La Hipertensión Arterial Sistémica es la segunda causa de atención, la cual también se encuentra dentro las primeras causas de consulta a nivel Nacional, con menor frecuencia 3° lugar en Puebla y 6° a nivel Nacional. Otra causa de morbilidad en la que coincidimos en nuestras estadísticas es Infección de Vías Urinarias la cual ocupa en nuestro consultorio el 5° lugar a nivel Nacional no persiste pero en Puebla si en 4° lugar de frecuencia, la Amibiasis es otra causa de consulta en 9° lugar en Tezontepec de A. Y en Puebla es posible que se encuentre dentro de las parasitosis en 6° lugar; a nivel Nacional en 3er lugar; otro de los aspectos en los cuales se encuentra similitud con el ISSSTE de Puebla es en los accidentes con una frecuencia del 7° lugar en esta última y en Tezontepec que ya se había explicado que las contusiones, esguinces y fracturas se presentaban como accidentes en los trabajadores tomando el 6° lugar. Las demás causas en las que diferimos es probablemente por que son propias de la región en estudio.

En cuanto a los motivos de consulta de primera vez son de menor porcentaje que las subsecuentes esto nos da una pauta de que nuestros pacientes han presentado un cuadro previo de su padecimiento en el año, excepto las enfermedades crónico degenerativas y las artritis y osteoartritis que son padecimientos de control mensual. En donde diferimos de la consulta de Puebla la cual presenta mayor incidencia en las consultas de primera vez.

Con esto nos damos cuenta que el modelo sistemático de atención médica familiar es un proyecto lleno de expectativas para el médico familiar ya que le permite conocer en todos sus aspectos a las familias de nuestros pacientes o derechohabientes y de esta forma poder plantear programas de salud (programas dietéticos ya que muchos problemas don por falta de una orientación sobre la alimentación, otro podría ser higiene o autocuidado así podríamos mencionar muchos más); que nos hagan realizar medicina preventiva y no curativa como hasta ahora lo hemos venido realizando. Al término de este estudio obtuve una información real de cada una de las familias y no solamente

los datos que observaba de cada una de ellas en el pequeño espacio que le proporcionamos. Pero también además de ser un proyecto amplio y muy estimulante, el médico tiene una limitación dentro de su actividad diaria, en el poco tiempo que tenemos dentro de la consulta institucional, para poder realizar este tipo de estudios de cada una de nuestras familias adscritas. Pero aún con esta limitante debemos luchar por la salud y el bienestar de nuestras familias y si esto nos conlleva a prestar un poco más de nuestro tiempo libre lo podemos implementar sin que tampoco nos veamos afectados en nuestro ámbito familiar. Otro aspecto muy importante y que es probable que sea de tal magnitud dentro de algunas de las patologías principalmente son las crónicas degenerativas, con los malos hábitos higiénicos que tienen como costumbre la población, pero que se pueden implementar programas de educación conjuntamente con otros sectores para poder cambiar estas costumbres.

## CONCLUSIONES

### FASE I:

Al término del estudio hemos logrado nuestros objetivos, conociendo nuestra población en total, en relación a edad y sexo, predominando la población femenina y en edad reproductiva muy similar a las estadísticas a nivel estatal, así como el grupo de infantes y en etapa senil, de esta forma podremos establecer mas específicamente nuestros programas de salud a grupos de población específicos. Ya que es una de las tareas que le compete al Médico Familiar dentro de la Consulta del primer nivel de atención.

### FASE II:

De esta manera podremos dar una mejor atención de una forma integral, conociendo la estructura familiar y su habitat. Así como su entorno psicosocial y el nivel económico, los cuales influyen de manera directa para un seguimiento adecuado de la enfermedad. Ya que predominan las familias con varios años de unión conyugal, familias tradicionales por el medio en el que nos encontramos, aún así se presentó un mayor porcentaje de familias urbanas, nucleares, obreras, integradas, y en fase de independencia, la mayoría tienen un ingreso económico de mas de 3 salarios mínimos. Lo que les permite mantenerse socioeconómicamente a las familias a pesar de la problemática que viven de acuerdo a su preparación y las diferentes etapas en las cuales se están desarrollando.

Datos que son muy variables en nuestro estudio de comparación ya que en el predominan las familias modernas, profesionistas, urbanas, con hijos mayores de 20 años, familias en etapa de dispersión, datos que nos demuestran que son familias con gran diferencia, por el medio ambiente en el cual se desenvuelven. Un dato igualitario es de los ingresos económicos ya que también predomina el mayor de 3 salarios mínimos.

### FASE III:

Las enfermedades infecciosas respiratorias son la primera causa de consulta, propiciado por los cambios ambientales bruscos de la región, siendo los mismos que recurren a un seguimiento de su padecimiento. Dato similar a la estadística de Puebla y a nivel Nacional.

Tenemos la atención a pacientes con problemas crónico degenerativos, los cuales son frecuentemente por los malos hábitos dietéticos y son motivos de consulta subsecuentes mas frecuentemente, encontrándose dentro de las principales causas de consulta a nivel Nacional y en Puebla.

Las infecciones de vías urinarias es otra de las patologías con gran incidencia en el consultorio, presentándose igualmente en la consulta en Puebla y a nivel Nacional aunque no dentro de las primeras 10 causas de morbilidad pero también tiene relevancia.

La presencia de problemas como las contusiones, fracturas y esguinces son problemas laborales, por lo que se presentan en Puebla, difiriendo del nivel Nacional en donde no se encuentran en las estadísticas.

En la artritis y osteoartritis patología propia del Municipio por su aspecto demográfico, no encontrándose en Puebla y a nivel Nacional.

Los trastornos ginecológicos tienen incidencia en nuestra consulta y a nivel Nacional pero en Puebla no presentan datos estadísticos.

Un padecimiento que tiene incidencia similar tanto a nivel Nacional como en Puebla y en el consultorio de Tezontepec de A. Hgo., es la amibiasis.

Y por último otra patología propia de la consulta en nuestro Municipio son la cefalea y la migraña ya que se encuentran dentro de las 10 principales causas de morbilidad a nivel Nacional y en Puebla.

También tenemos que en nuestra consulta son más frecuentes los pacientes subsecuentes, que los de primera vez, dato que difiere de la consulta de Puebla ya que predominan los de primera vez.

El médico familiar tiene la responsabilidad de comprender los aspectos por los que están atravesando sus pacientes, incluyendo el ciclo vital de la familia, detectando la respectiva crisis y factores de riesgo asociados y actuar con medidas y consejos anticipados y de este modo favorecer un desarrollo equilibrado de las familias.

La problemática que se observó en el estudio, es la falta de apoyo psicológico de los familiares hacia el paciente, la falta de atención relacionado con su alimentación, su aseo personal, etc. Por lo que se podrían implementar grupos de apoyo para reforzar las acciones preventivas dirigidas a evitar las complicaciones de ciertas enfermedades.

La capacitación constante del personal de salud no únicamente institucional sino también a de nivel privado por bien de la comunidad y mejoramiento de un mejor bienestar bio-psico-social.

Concluimos que con este estudio y la aplicación del Modelo Sistemático nos dimos cuenta que debemos realizar estrategias con acciones preventivas, diagnósticas, tratamiento oportuno y rehabilitación de la población derechohabiente. Por lo tanto el médico familiar se enfrenta principalmente a enfermedades infecciosas agudas, procesos crónico degenerativos, accidente y una multitud de enfermedades que son una seria amenaza para la salud pública, en donde el médico familiar tendrá una ardua participación para la elaboración de programas de prevención para así mantener un buen control médico de las familias que acudan a nuestros consultorios.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Alarid, J., Irigoyen A., " Fundamentos de Medicina Familiar". Edit. Francisco Méndez Cervantes, México, 1985. Segunda edición.
- 2.- Bottomore, T.B. Introducción a la Sociología, Trad. De Jordi Solé Tora, Eds. Península, Barcelona, 1968, p. 171.
- 3.- Ackerman, Nathan W, Psicoterapia de la Familia Neurótica, trad. De Wora Watson, eds. Hormé, S.A., Buenos Aires, 1969, p. 84.
- 4.- Irigoyen y Cols. Fundamentos de Medicina Familiar, 3º Edición, Editorial Medicina Familiar Mexicana, 1995, p.3-7.
- 5.- U.S. House of Representatives, Report of the Select. Committee on Children, Youth and Families, U.S. Children and their Families; Current Conditions and Recent Trends 1989; Washington, D.C; Government Printing Office, 1989.
- 6.- Dubowitz H, Newberger CM, Melnicoe LH, Newberger EH. The Changing American family. *Pediatr Clin North Am* 1988; 35, 1, 29. 1311.
- 7.- Ackerman, Nathan W, Diagnostico y tratamiento de las Relaciones Familiares, ref. cir., p. 39-40. 1961.
- 8.- Sargent J. Family variations, en: Levine MD, Carey WB, Crocker AC, Editores, *Developmental-Behavioral Pediatrics* ( 2º Ed. ) Filadelfia; WB Saunders-Co., 1992, 109-116.
- 9.- Kemper KD, Kellerher. KJ, Rationale for Family Psychosocial Screening, *Ambulatory Child Health* 1996; 1; 311-324.
- 10.- Talcott Parsons, Age and Sex in the Social Structure of The United States, *American Sociological Reviens* Octubre 1942.
- 11.- Ludwig S. Rostam A, Family Function and dysfunction, en: Levine MD, Carey WB, Crocker AC, editores, *Developmental.- Behavioral, Pediatrics* ( 2a Ed.), filadelfia; WB Saunders Co., 1992; 147-159.
- 12.- Ackerman, N. W. Treating the Thoubled Family. Basic Books, N.Y. 1996. P. 12-16.
- 13.- Chagoya, B. Leopoldo. Dinámica Familiar y Patología; brevariarios de *Pediatria*. Cap. 2. Editorial Asociación Mexicana de Psiquiatría infántil desarrollo infantil normal. *Medicina Familiar*, p. 1-7.

- 14.- Irigoyen- Coria A, Gómez Clavelina FJ. Y Cols. Fundamentos de Medicina Familiar. 7ª. Ed. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana, 1995. Pags. 27-29; 35-37.
- 15.- Ceittlin J. ¿ Que es la Medicina Familiar? Fepafem/Kellog- Foundation, Caracas 1982.
- 16.- Estrada- Inda L. El Ciclo Vital de la Familia. 9ª Ed. Editorial Posada, México. 1995.
- 17.- Márquez-Contreras E, Gascón- vivó J, Dominguez- Gómez B, Gutierrez-Marin M, Garrido- Burgos- C. Clasificación de la Salud. La Orden de Huelva. Aten Primaria 1995; 15(1); 48-50.
- 18.- Orveta- Sánchez R, Viguera F, Ordaz P, Torres C. Características Familiares de los Hipertulizadores de los servicios sanitarios de atención primaria. Aten Primaria 1993; 12(2): 46-48.
- 19.- Irigoyen A y Cols. Familiograma, 4 a Edición Editorial Medicina Familiar Mexicana . p. 31-33. 1996.
- 20.- Irigoyen, A. Y colaboradores, Apgar Familiar, 4ª Edición, Editorial Medicina Familiar Mexicana. op. cit. p. (47-49.)
- 21.- Hernández O. Ma., Irigoyen y Cols., Diseño de un Instrumento para Evaluación de un Genograma. (Archu New Fam 1999). 2. P. 5-12.
- 22.- Hennen BK. Estructura y Función de la Familia. En Shires OB. Hennen BK. Eds. Medicina Familiar, Guía Practica Madrid. Mc Graw- Hill, 1980.
- 23.- Good MJD, Good BJ, Cleary PD. Do Patient Attitudes Influence Physician Recognition of psychosocial Problems in Primary care? J Fam Pract. 1987 pag. 25, 53-59.
- 24.- Irigoyen- Coria A, Gómez Clavelina FJ El Modelo Sistemático de Atención Medica Familiar: ¿ Peidra de Rosetta para la Medicina Familiar? Arch. Med. Fam 2000; (1); 5-6.
- 25.- Irigoyen Coria A, Gómez Clavelina FJ, Noriega- Garibay R, Hernández - Torres I, Arteaga Aceves G, Graniel – Guerrero E, Castro – Cante J, Modelo Sistemático de Atención Medica Familiar. 5ª Ed. Méx. Medicina Familiar Mexicana 1998. 151-174.
- 26.- Enciclopedia Microsoft.R. Encarta R. 2001. 1993-2000 Microsoft Corporation. Morbilidad, Pag. 1.
- 27.- Kemper KJ Telleher KJ Family psychosocial screening: instruments and thecniques. Ambulatory Child Health 1996; 1; 325-339.

- 28.- Cheng TL, Perrin EC, Dewitt TG, O'Connor KG, Use of check lists in pediatric practice, arch. Pediatr adolesc. Med. 1996; 150; 768.
- 29.- Smilkstein G; "The family in crisis" in Taylor R ed. Family Medicine: Principles and Practice New York; springer-verlag; 1978.
- 30.- Smilkstein G; the family ADGAR A proposal for family function evaluation. J Fam Pract (in press) 1231-1239. 1978.
- 31.- Irigoyen; Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar; Edit. Medicina Familiar Mexicana; 1ª. Edición. P-43-46. 2002.
- 32.- Gallo- Vallejo F. Y gpo de trabajo SEMFYC. Perfil profesional del Médico de Familia. Aten. Primaria. 1995; 16 (1); 5-6.
- 33.- Gómez- Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce- Rosas ER, Terán-Trillo M, Fernández-Ortega MA, Yáñez-Duig EJ. Análisis comparativo de seis recomendaciones para el diseño de genogramas en medicina familiar. Arch Med Fam 1999. 1 (1): 13-20.
- 34.- Lina Eva Espinoza Carrera, Resultados de la Aplicación del Modelo Sistemático de Atención Medica Familiar en la Zona No. 2 de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE, Puebla, 1998. Pag. 59.

ANEXOS

## IDENTIFICACION FAMILIAR

Familia: \_\_\_\_\_

Edo. Civil:    soltero    ( )      casado    ( )      viudo    ( )  
                  divorciado ( )      unión libre ( )      separado ( )

Años de unión conyugal: \_\_\_\_\_.

Nombre de la persona que responde el test: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M. F. Escolaridad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Edad del padre: \_\_\_\_\_ Edad de la madre: \_\_\_\_\_.

No. De hijos: \_\_\_\_\_ Edad de los hijos: \_\_\_\_\_

Tipo de familia ( marque con una X)

Desarrollo:	Moderna    ( )	Demografía:	Urbana    ( )
	Tradicional ( )		Semiurbana ( )
			Rural    ( )
Composición:	Nuclear    ( )	Ocupación	Campechina ( )
	Extensa    ( )		Obrera    ( )
	Compuesta ( )		Profesional ( )

Ingresos de los padres de familia: < de un salario mínimo    ( )

de uno a dos salarios mínimos    ( )

3 ó más salarios mínimos    ( )

Clasificación de familia según su integración: Integrada ( ) semi-integrada ( )

Desintegrada ( )

Ocupación de los padres de familia: \_\_\_\_\_

Etapa del ciclo vital familiar: Matrimonio    ( )      Expansión    ( )

Independencia    ( )      Dispersión    ( )

Retiro    ( )

Observaciones: \_\_\_\_\_

