



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD  
ACADÉMICA  
HOSPITAL GENERAL I.S.S.T.E. VERACRUZ, VER

**CARACTERISTICAS BIOLÓGICAS Y SOCIALES DE LAS FAMILIAS  
ASIGNADAS AL CONSULTORIO No. 22 TURNO MATUTINO DE  
MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL I.S.S.T.E.,  
VERACRUZ, VER.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DR. JOSE LUIS GONZALEZ LOPEZ**

**DR ISAIAS HERNANDEZ TORRES**  
ASESOR DE TESIS

VERACRUZ, VER.

2006



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.

**CARACTERISTICAS BIOLÓGICAS Y SOCIALES DE LAS FAMILIAS  
ASIGNADAS AL CONSULTORIO No. 22 TURNO MATUTINO DE  
MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL I.S.S.S.T.E.,  
VERACRUZ, VER.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DR. JOSE LUIS GONZALEZ LOPEZ**

A U T O R I Z A C I O N E S:

Dr. Isaías Hernández Torres

**ASESOR DE TESIS**

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

**DR. GUSTAVO ADOLFO CASTRO HERRERA**

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA  
LA SALUD. COORDINACION NACIONAL DE POLÍTICA Y DESARROLLO  
EDUCATIVO, I.S.S.S.T.E.

**CARACTERISTICAS BIOLOGICAS Y SOCIALES DE LAS FAMILIAS  
ASIGNADAS AL CONSULTORIO No. 22 TURNO MATUTINO DE  
MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL I.S.S.S.T.E.,  
VERACRUZ, VER.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**Dr. José Luis González López**

A U T O R I Z A C I O N E S :

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

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

# INDICE

	<b>PAGINA</b>
<b>1. – TITULO</b>	<b>2</b>
<b>2. – INDICE</b>	<b>4</b>
<b>3. – MARCO TEORICO</b>	<b>5</b>
<b>4. – PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>32</b>
<b>5. – JUSTIFICACION</b>	<b>35</b>
<b>6. – OBJETIVOS</b>	<b>36</b>
• GENERAL	
• ESPECIFICOS	
<b>7. – METODOLOGIA</b>	<b>37</b>
• TIPO DE ESTUDIO	
• POBLACION – LUGAR – TIEMPO	
• CRITERIOS DE SELECCIÓN (INCLUSION, EXCLUSION, ELIMINACION)	
• TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	
• VARIABLES A ESTUDIAR	
• PROCEDIMIENTOS PARA RECOPIRAR LA INFORMACION	
• CONSIDERACIONES ETICAS	
<b>8. – RESULTADOS</b>	<b>44</b>
• DESCRIPCION DE RESULTADOS	
• TABLAS Y GRAFICAS	
<b>9. – DISCUSION</b>	<b>67</b>
<b>10. – CONCLUSIONES</b>	<b>69</b>
<b>11. – REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>70</b>
<b>12. – ANEXOS</b>	<b>73</b>

## MARCO TEORICO

En la historia del hombre sabiendo que es un ser social, ha sobrevivido debido a que ha pertenecido a diferentes grupos sociales. Siendo la Familia uno de estos grupos sociales mas antiguos como la historia del hombre mismo y refiriendo Rahph Linton seguirá sobreviviendo mientras exista nuestra especie. (1)

No fue hasta después de la mitad del siglo XIX que fue objetivo para estudio científico cuando Morgan, Mc Lennan y Bachofen, quienes consideraron a la familia como una institución social histórica cuyo grado de desarrollo de la sociedad global están dados por su estructura y función. (1)

Morgan describe el desarrollo social humano, desde el salvajismo como estado original y de total promiscuidad sexual, hasta la civilizada familia monogámica. Aunque posteriormente no se comprueba del estado de promiscuidad total, que solo los únicos primates que viven en promiscuidad sexual, eran los monos araguatos de América del Sur.

Bachofen en 1861 en su obra "Derecho Materno" mencionaba que las sociedades primitivas vivían en promiscuidad sexual y que surgió la ginococracia, debido al dominio femenino sobre las nuevas generaciones.

A Mc Lennan se le atribuye los datos sobre la Exogamia y Endogamia, así como la poliandria y poligenia. (1)

Etimológicamente la palabra Familia es de origen latino, siendo esta la universalmente aceptada. (2)

Existen múltiples definiciones de la familia encontrando a través de la historia del hombre se han manifestado diferentes clases de familia y como varían de cultura en cultura, por ejemplo: (3)

Dentro del Censo Canadiense la familia la define como: "esposo y su esposa con o sin hijos, o padre o madre, con uno o mas hijos que viven bajo el mismo techo"

Censo Americano: "Un grupo de dos o más personas que viven juntas y relacionadas unas con otras por lazos consanguíneos, de matrimonio o adopción y que ejercen interacción reciproca por que saben que existen los demás y saben que existen ellos y se consideran unidad".

En México para ser considerada como familia necesita que tengan un vínculo de parentesco, la convivencia bajo el mismo techo y que sea común a todos los miembros el presupuesto. (3)

Dentro de las hipótesis del origen de la palabra familia encontramos diversos autores tales como:

- Taparelli, el cual menciona que el concepto etimológico que se deriva del latín famas siendo una de las necesidades que resuelve esta asociación humana.

- Marqués de Morante, nos dice que se deriva de famulus (siervo) y derivado del primitivo famul, originado de la voz seca famel con su significado que es esclavo.
- Mendizábal, menciona que la palabra familia se deriva del famel (hambre), diciéndolo en castellano; hambriento de hambre.
- Rodríguez de Zepeda, lo define como un conjunto de personas que viven bajo unos mismos techos subordinados aun superiores comunes y unidos por vínculos que se derivan inmediatamente de la ley natural.
- Trendelenburg, refiere de la existencia en la familia tres sociedades unidas: la conyugal y la filial.
- Anónimo del siglo XIII, gente que viven en la casa bajo la autoridad del señor de la misma.
- Fernández de Moratín, Conjunto de ascendientes, descendientes; colaterales y afines de un linaje.
- Góngora, Cuerpo de una orden o religión o parte considerable de ella.
- Alarcón, Gente que el señor sustenta dentro de su casa. (2.3)

También se menciona que es muy difícil elaborar un concepto de la familia que principalmente tenga un carácter universal, ya que ésta es adoptada de acuerdo a cada sociedad, que no se llega a un acuerdo común entre todas estas sociedades. (1)

Según el Papa León XIII (1818-1903), su definición de familia fue “La familia es una sociedad de extensión limitada, pero con todo, una verdadera sociedad, anterior a cualquier estado o nación, con sus propios derechos y deberes y totalmente independiente del Estado”.

La organización Mundial de la Salud define como familia a los integrantes del hogar emparentados entre si hasta un punto determinado por consanguinidad, adopción y matrimonio. (1)

“Pero en los últimos decenios, la estructura y la definición de lo que es la familia se ha ampliado. Las nuevas tendencias en la formación, la estructura y la función de la familia se están desplazando hacia: 1) La familia formada por un solo padre o madre y los hogares encabezados por mujeres; 2) El aumento de la edad promedio para el primer matrimonio de las mujeres y el nacimiento de los hijos, lo que retrasa la formación de las primeras familias; 3) El mayor ingreso de las mujeres en la fuerza laboral en números sin precedentes y los cambios en los roles de género dentro de la familia, lo que desplaza el equilibrio de las responsabilidades económicas en las familias; 4) El tamaño de la familia y del hogar en descenso; 5) Mayor carga que recae sobre los miembros de la familia en edad de trabajar debido a los dependientes jóvenes y a los mayores. Además, el hogar ha surgido como una unidad socioeconómica fuerte que, con frecuencia, ocupa el lugar de la familia formada exclusivamente por padres e hijos y los miembros de la familia ampliada”.(4)

Actualmente la definición de familia desde la perspectiva del médico familiar: “ La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad.(5)

Para realizar los estudios de las familias desde el punto de vista social se requieren de la siguiente clasificación (1)

En base a su desarrollo puede ser; **Tradicional o Moderna.**

En base a su Demografía: **Urbana y Rural.**

De acuerdo a su dinámica de las relaciones intrafamiliares y desde el punto psicosocial pueden ser **Funcionales y Disfuncionales.**

En base a su integración pueden ser: **Integrada, Semi-integrada y Desintegrada.**

Por los límites en su estructura pueden ser: **Amalgamadas o Desvinculadas (1)**

Por las características ocupacionales en; **Campesinas, obreras, profesionistas, comerciantes, etc. (1)**

La clasificación más reciente de familia, es la emitida por la primera reunión de consenso académico en medicina familiar, de organismos e instituciones educativas y de salud, la cual propone siguieron cinco ejes fundamentales; (5)

#### 1.- **Parentesco:**

- Nuclear
- Nuclear simple
- Nuclear numerosa
- Reconstruida (binuclear)
- Monoparental
- Monoparental extendida
- Monoparental extendida compuesta
- Extensa
- No parental

#### **Sin Parentesco:**

- Monoparental extendida sin parentesco
- Grupos similares a familias

#### 2.- **Presencia Física en el Hogar:**

- Núcleo integrado
- Núcleo no integrado
- Extensa Ascendente
- Extensa Descendente
- Extensa Colateral.

#### 3.- **Medios de Subsistencia:**

- Agrícolas y pecuarias
- Industrial
- Comercial
- Servicios.



#### **4.- Nivel Económico:**

- Pobreza Familiar Nivel 1
- Pobreza Familiar Nivel 2
- Pobreza Familiar Nivel 3
- No se considera pobre

#### **5.- Nuevos Tipos de Convivencia individual-familiar originados por cambios sociales:**

- Persona que vive sola
- Matrimonios o parejas de homosexuales
- Matrimonios o parejas de homosexuales con hijos adoptivos
- Familia Grupal
- Familia Comunal
- Poligamia (5)

**El Ciclo Vital de la Familia** es pasar por varias etapas de transición predecibles, existiendo diferentes expectativas, necesidades y fenómenos que pudieran llegar a dañar la salud de los miembros que integran dicha familia. Para esto, esta divide en 4 etapas que son las siguientes:

##### **1.- Etapa Constitutiva:**

- 1.- Fase preliminar (noviazgo)
- 2.- Fase de Recién casados (sin hijos)

##### **II.- Etapa Procreativa:**

- 3.- Fase de expansión (crianza inicial de los hijos)
  - a).- Nacimiento del primer hijo (hijo mayor: del nacimiento a los 30 meses.
  - b).- Familia con hijos preescolares (hijo mayor de 2.5 a 6 años)
- 4.- Fase de consolidación y apertura
  - a).- Familia con hijos escolares (hijo mayor: de 6 a 13 años)
  - b).- Familia con hijos adolescentes (hijo mayor: de 13 a 20 años)

##### **III.- Etapa de Dispersión**

- 5.- Fase de desprendimiento (separación del primero al último de los hijos)

##### **IV.- Etapa Familiar Final**

- 6.- Fase de independencia (cónyuges nuevamente solos hasta el final de la actividad laboral de la pareja por jubilación o retiro)
- 7.- Fase de disolución
  - a).- Familia anciana (hasta la muerte de uno de los cónyuges)
  - b).- Viudez (hasta la muerte del miembro restante).(1.6)

De igual manera son muy importantes las Funciones de la Familia ya que son las responsabilidades fundamentales que determinan su sobrevivencia. Tiene dos acciones, uno interno y otro externo. (7)

El interno es para la protección psicosocial de sus integrantes; y el externo para acoplarlos a una cultura y que dicha cultura sea difundida de generación en generación.

Son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. Se reconocen las siguientes funciones:

Pueden ser mencionados las seis funciones específicas de la familia:

- I.- Socialización**
- II.- Afecto**
- III.-Cuidado**
- IV.- Estatus**
- V.- Reproducción**
- VI.- Desarrollo y ejercicio de la sexualidad**

**I.- Socialización:** “Promoción de las condiciones que favorecen en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.”

**II.-Afecto:** “Interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal”.

**III.- Cuidado:** “Protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar”.

**IV.- Estatus:** “Participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.”

**V.- Reproducción:** “Provisión de nuevos miembros a la sociedad.”

**VI. Desarrollo y ejercicio de la sexualidad:** “ (5)

### **CRISIS FAMILIARES:**

Las crisis se definen como cualquier evento traumático, personal e interpersonal en forma intrínseca o extrínseca de la familia que como resultado manifiesta cambios en la funcionalidad de sus integrantes y que conlleva a una alteración, y que requiere de una respuesta adaptativa de la misma. (1)

Haley menciona que “el síntoma es una señal de que la familia se enfrenta a dificultades para superar una etapa de ciclo vital”; algunas de las familias que presenta dificultad de adaptación en la transición de las etapas del ciclo pueden entrar en crisis, por lo que Pittman designo como crisis de desarrollo, que son universales y previsibles provocando alteraciones de la función familiar y problemas de salud de algunos de sus integrantes. (8)

## Hay dos formas de crisis familiares

### 1.- Crisis normativas

**a).- Etapa constitutiva:** “Matrimonio; que dependa económica o afectivamente a los familiares de origen; cónyuges adolescentes, dificultades de adaptación sexual, diferencias socioculturales, intelectuales, económicas, educativas y religiosas de la pareja”.

**b).- Etapa procreativa:** “Diferentes expectativas sobre el embarazo: embarazo, nacimiento del primogénito, dificultad para asumir el rol parental, familia con hijos lactantes y preescolares, adolescentes, ingreso y adaptación escolar de los hijos, hijo único, nacimientos de otros hijos, familia numerosas, sobreprotección o rechazo a los hijos, crecimiento y desarrollo de los hijos, etc.”

**c.- Etapa de dispersión:** “Cuando los hijos se separan por causa de la escuela o por trabajos, independencia y matrimonio de los hijos, etc.”

**d.- Etapa familiar final:** “Padres de nuevo solos, síndrome del nido vacío, jubilación o retiro, climaterio, muere uno de los cónyuges, viudez, etc.”

### 2.- Crisis Paranormativas

**a.- Factores Ambientales:** “Abandono o huida del hogar, relaciones sexuales prematrimoniales, embarazo prematrimonial o no deseado, matrimonio no planeado, experiencias sexuales traumáticas, conflictos conyugales, rivalidad entre hermanos, problemas con las familias de origen, separación y/o divorcio, incorporación de otras personas a la familia por adopción o por la llegada de un padrastro, hermanastro o miembro de la familia extensa; suspensión de la escuela”.

**b).- Enfermedades o accidentes:** “Abortos provocados o espontáneos, complicaciones del embarazo y parto, enfermedades venéreas, traumatismos y lesiones, pérdida de funciones corporales (amputaciones), enfermedades, hospitalización, invalidez o muerte de cualquier miembro de la familia, esterilidad, toxicomanías, suicidio”.

**c.- Factores Económicos:** “Cambios bruscos en el estatus socioeconómico, problemas económicos graves”.

**d.- Factores laborales:** “Cambios de puesto u horario en el trabajo, huelgas, despidos, desempleo prolongado”.

**e).- Factores legales por conductas delictivas:** “Detección, juicio, actividades criminales, pérdida de la libertad”.

**f).- Situaciones ambientales:** “Emigración, cambios de residencia, desastres naturales (terremotos) o provocados (guerras)”. (1)

## LA MEDICINA FAMILIAR

“La medicina familiar es la especialidad medica que proporciona atención sanitaria completa y continua al individuo y su familia. En esta especialidad se conjuntan las ciencias clínicas biológicas y conductuales, abarcan todas las edades, ambos sexos, todos los sistemas orgánicos y entidades patológicas.”(9)

Lo que hoy en día se conoce de la profesión médica moderna, solo esto existe desde el siglo XIX, antes de este siglo, los pacientes eran atendidos por curanderos y era mínimo el numero de médicos, y estos eran un grupo selecto, ya que existían muy pocas universidades. (10)

Entre los primeros colonos que a Norteamérica llegaban, venían algunos médicos, pero no era suficiente el número para atender todas las necesidades de la población. Fue hasta la década de 1760 que se fundó la Medical Department de la University of Pennsylvania. Además los que deseaban estudiar medicina tenían que viajar hasta Europa para poderse capacitar. Los que se graduaban en Europa, por largo tiempo, se negaban a practicar la cirugía o dispensar fármacos.

Durante el siglo XIX en Europa y América del norte fue la era del medico general. En los dos continentes, el mayor número de los médicos eran generales, hasta los catedráticos de ese tiempo. A finales de este siglo comenzaron a crearse las especialidades.

Para la primera mitad del siglo XX aparecen las grandes especialidades en la medicina. Esto promueve que el número de médicos e atención primaria a partir de los años 30 sea inferior progresivamente. Esto fue acelerado por la desaparición de los médicos generales durante la segunda guerra mundial y a la partición de especialidades que se realizo durante los años 50. Estas subspecialidades hicieron que se redujera el número de médicos que atendieran en forma completa la atención primaria o para ofrecer una atención de manera completa. (10)

Durante los años setentas y ochentas lo que es América Latina y el Caribe, fue el inicio de la medicina familiar en el siglo XX, con una transformación muy acelerada en los países de desarrollo. (11)

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, se inicia la formación de los especialistas en diferentes ramas en 1964 y la especialidad de medicina familiar hasta 1971.(12)

El primer curso de especialización en Medicina Familiar, en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, se inicio el 1º. De Marzo e 1980.(13)

Definición actual: Especialidad médica y disciplina académica que estudia los procesos que inciden tanto en la salud como en la enfermedad del individuo y su familia. (5)

## **EL PERFIL DEL MEDICO FAMILIAR**

Hay una desventaja entre los médicos generalistas (medicina interna, medicina Familiar, pediatría general), con los médicos con subspecialidad en el ejercicio medico con una notable orientación técnico-intervencionista. (14)

Por lo que se presentan los consecuentes problemas, tales como:

- a).- Costo excesivo
- b).- Escasa accesibilidad
- c).- Creciente inconformidad de la sociedad civil
- d).- Fomento de charlatanes
- e).- Insatisfacción tanto del paciente como del médico, en especial dentro de las instituciones de Seguridad Social.

La propuesta de Riesgo-Vázquez, para solucionar la crisis debido a la atención médica generalista, es formando un modelo de perfil profesional, teniendo como enfoque esencial la estrecha relación médico-paciente, para la utilización de los propios elementos de la atención primaria como son:

- Promoción y mantenimiento e la salud
- Prevención de la enfermedad e incapacidad
- Cuidados durante las fases aguda y crónica de la enfermedad
- Tomar en cuenta factores físicos, emocionales, sociales, culturales, económicos y ambientales.
- Seguimiento del paciente en la salud y la enfermedad
- Disponibilidad, accesibilidad y atención tanto ambulatoria como hospitalaria
- Coordinación efectiva de los servicios de salud disponibles para el paciente. (14)

De acuerdo al **IMSS el perfil profesional**: Es aquel que cumple con los objetivos institucionales, teniendo los conocimientos con los que pueda realizar su actividad médica con eficacia, funciones técnico-médicos, técnicos administrativos, de enseñanza e investigación, realizada en su trabajo diario en el primer nivel de atención. (14)

De igual manera el **Perfil del médico Familiar SSA/ISSSTE**: “El médico general/familiar, será aquel profesional capacitado para responsabilizarse de la atención médica primaria e integral del individuo y su familia”.

Es a través del médico familiar que la mayoría de los pacientes ingresan al sistema de atención médica.

Supervisará que los recursos sean utilizados para la atención de los mismos, dando la consulta médica sin tomar en cuenta la edad, sexo o el padecimiento del individuo.

Que su práctica médica sean dirigidas para el mantenimiento y promoción de la salud, prevención de las enfermedades, diagnóstico y tratamiento de los padecimientos agudos y crónicos, así como su rehabilitación.

En casos necesarios elaborar las interconsultas que puedan apoyar otras especialidades para continuar con la investigación, dar tratamiento y seguimiento de su padecimiento.

Debe desarrollar la auto-enseñanza, revisar y actualizar sus competencias

profesionales, por lo que debe acudir a programas de educación médica continua, auto evaluación y auditoria médica y realizar actividades de investigación. (15)

Dentro del perfil del médico de familia, según Gallo debe complementar las siguientes áreas:

- Área de atención al individuo
- Área de atención a la familia
- Área de atención a la comunidad
- Área de docencia e investigación
- Área de apoyo (15)

El médico Familiar es el responsable de dar la atención integral y continua.

Es un generalista, debiendo aceptar a toda persona que le solicite atención.

El médico familiar “atiende al individuo en el contexto de la familia a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta la raza, religión, cultura o clase social. (15)

Dentro de la Medicina Familiar tiene cuatro pilares siendo los siguientes:

1. Atención Primaria
2. Educación Medica
3. Humanismo
4. Formación de lideres

La medicina Familiar es la práctica médica centrada en la persona, no a la enfermedad, el médico de familia es el médico personal, lo que anteriormente se mencionaba como “el médico de cabecera”. (16)

De acuerdo al consenso Académico en Medicina Familiar el perfil del médico debe de cubrir cuatro áreas: (5)

- 1.-ASISTENCIAL.
- 2.- ADMINISTRATIVA.
- 3.- EDUCATIVA.
- 4.- INVESTIGACIÓN.(5)

**MORBILIDAD:** La morbilidad nacional y estatal es uno de los datos más importantes para que el médico familiar, tenga un panorama de las enfermedades más comunes, ya que esto es un parámetro de los diagnósticos que debe atender en su consultorio, por lo que a continuación se detalla las siguientes tablas:

#### **Veinte Principales Causas de Enfermedad Nacional 2006**

Fuente: Sistema Único de Información para Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/ssa

1. Infecciones Respiratorias Agudas	26,625,541
2. Infecciones Intestinales Por Otros Organismos y las mal definidas	4,765,567
3. Infección de las Vías urinarias	3,181,056

4. Ulceras, Gastritis, Duodenitis	1,433,592
5. Amibiasis intestinal	762,937
6. Otitis media aguda	754,742
7. Hipertensión arterial	515,298
8. Gingivitis y enfermedad periodontal	449,714
9. Helmintiasis	400,759
10. Diabetes mellitus no insulino dependiente	397,387
11. Candiadiosis urogenital	356,491
12. Varicela	325,782
13. Asma y estados asmáticos	290,205
14. Conjuntivitis	266,673
15. Intoxicación por picadura de alacrán	247,976
16. Tricomoniasis urogenital	174,826
17. Ascariasis	173,414
18. Neumonías y bronconeumonías	172,132
19. Desnutrición leve	168,463
20. Otras infecciones intestinales debidas a protozoarios	146,164

**Veinte Principales Causas de Enfermedad en el Municipio de Veracruz semana 42 del 2006**

1. Infecciones Respiratorias Agudas	63,897
2. Infecciones Intestinales Por Otros Organismos y las	19,337
3. Infección de las Vías urinarias	12,240
4. Ulceras, Gastritis, Duodenitis	4,051
5. Dengue clásico	3,095
6. Hipertensión arterial	2,135
7. Otras helmintiasis	1,936
8. Asma y estados asmáticos	1,809
9. Otras infecciones intestinales debidas A	1,594
10. Ascariasis	1,579
11. Conjuntivitis	1,538
12. Otitis media aguda	1,479
13. Varicela	1,330
14. Amibiasis intestinal	1,328
15. Gingivitis y enfermedad periodontal	1,149
16. Candiadiosis urogenital	819
17. Dengue hemorrágico	771
18. Diabetes mellitus no insulino dependiente	709
19. Quemaduras	618
20. Mordeduras de perro	521

Fuente: Est: 30 Veracruz-Jur.: 08 Veracruz-Mun: 193 VERACRUZ

Con base en el anterior panorama epidemiológico, a continuación se revisan algunas de las patologías de mayor interés.

## **1.- HIPERTENSION ARTERIAL**

### **Conceptos**

La hipertensión arterial por lo general es una afección asintomática, que afecta el aumento de la tensión dentro de las arterias ocasionando daños a otros órganos o aumenta el riesgo de un ictus, ruptura de aneurismas, infarto al miocardio, y lesión renal.

La palabra hipertensión es sugerente de tensión en exceso, nerviosismo o estrés, pero para la terminología médica significa el aumento de la presión arterial cualquiera que sea su causa. Es también llamado "el asesino silencioso" esto debido a la presencia sin síntomas hasta que llega a afectar a un órgano vital.

Es una enfermedad que llega a afectar más a un grupo étnico que a otros, por ejemplo en Estados Unidos el 38% de los afectados son de raza negra, en cambio los de la raza blanca solo se afectan el 29%, hablando de una población de más de 50 millones de personas con hipertensión arterial, por lo tanto es más vulnerable la raza negra y que padezca mayor daños por esta enfermedad.(17)

Se considera que en los países desarrollados solo se diagnóstica la enfermedad en dos de cada tres pacientes y de estos el 75% es tratado farmacológicamente, y de estos el 45% tiene el tratamiento adecuado.

### **Criterios Diagnósticos**

Para registrar la hipertensión arterial se miden dos valores: la presión sistólica y la diastólica, siendo sus valores normales en reposo de 120/80, posterior a estas cifras hablamos de hipertensión arterial.

Existe la hipertensión arterial sistólica aislada, ésta es cuando las cifras de la presión sistólica es mayor a 130 pero la cifra de la presión diastólica es normal o más baja, esto es más frecuente en pacientes con edad avanzada, ya que aumenta la presión sistólica con la edad (hasta los 80 años), en cambio la presión diastólica aumenta hasta los 55 a 60 años, luego se puede estabilizar e incluso descender.

La hipertensión arterial maligna es una forma de hipertensión muy elevada, que si no se pone bajo tratamiento, puede provocar la muerte en seis meses. Es muy rara y se produce en una de cada 200 personas que padecen hipertensión arterial, aunque este valor puede variar de acuerdo a la etnia (raza negra), el sexo (frecuente en masculinos) y a las condiciones socioeconómicas (clase baja).

### **Papel del Médico Familiar**

Lo principal es detectar si el paciente presenta este padecimiento, llevarlo a control y conocer los factores de riesgo que determinan la presencia de este padecimiento, deberá llevar a cabo las indicaciones médicas y cambio en el estilo de vida como complementario para mejorar su tensión arterial.



## **Complicaciones**

- Enfermedades cardiovasculares
- Enfermedades cerebrovasculares
- Enfermedad renal hipertensiva
- Enfermedad de retinopatía hipertensiva
- Complicaciones aterosclerótica. (18)

## **2.- DIABETES MELLITUS NO INSULINDEPENDIENTE**

### **Conceptos**

Este tipo de diabetes constituye un grupo heterogéneo, que incluyen a las variantes más leves de la diabetes que se presenta predominantemente en los adultos y en ocasiones a los jóvenes. La insulina endógena circulante suficiente para evitar la cetoacidosis, pero inadecuada para evitar la hiperglucemia frente al incremento de las necesidades debido a la insensibilidad tisular. La mayor parte de este tipo de diabetes se desconoce la causa. (18)

### **Criterios diagnósticos**

- La mayoría de los pacientes son mayores de 40 años de edad y obesos
- Poliuria y polidipsia. La cetonuria y la pérdida de peso no son frecuentes al momento del diagnóstico. En las mujeres, la vaginitis puede ser la manifestación inicial. Muchos pacientes no presentan síntomas o muy pocos.
- Glucosa plasmática de 126 mg/dl o mayor, después de ayuno durante toda la noche en más de una ocasión. Después de ser administrado 75 mg vía oral, los valores diagnósticos son de 200 mg/dl o más después de dos horas posteriores a la administración de la glucosa.
- Se relaciona con hipertensión arterial, hiperlipidemia y aterosclerosis.

### **Papel del Médico Familiar**

La diabetes mellitus constituye un síndrome con un metabolismo alterado, además de dañar a órganos blancos la atención debe de ser multidisciplinaria y posteriormente tener el control, por medio de medicina familiar.

### **Complicaciones**

- Micro y macroangiopatías
- Cataratas diabéticas
- Retinopatías diabéticas
- Glaucoma
- Nefropatía diabética
- Pie diabético
- Neuropatía diabética
- Disfunción eréctil
- Complicaciones de la piel y las mucosas (18)

### **3.- FARINGITIS**

#### **Conceptos**

Es un proceso infeccioso causado por bacterias, virus y por contacto. Una de las faringitis con mayores complicaciones es la causada por estreptococo, la cual es de inicio súbito, fiebre, malestar general, náusea y cefalea, con faringe hiperémica edematosa con o sin exudado y adenopatía cervical dolorosa e inflamada y el síntoma más importante es el dolor de garganta (odinofagia) y disfagia. (19)

#### **Criterios diagnósticos**

- Las manifestaciones clínicas por síntomas y signos
- Datos de laboratorio: leucocitosis, aumento de neutrófilos polimorfonucleares, cultivo faríngeo

#### **Papel del Médico Familiar**

El detectar la etiología del padecimiento y hacer el diagnóstico diferencial, ya que es muy parecida la sintomatología de faringitis por adenovirus, Epstein-Barr y otros agentes. Indicar el tratamiento ideal para erradicación del padecimiento y realizar revisión a todos los miembros de la familia.

#### **Complicaciones**

- Sinusitis
- Otitis media
- Mastoiditis
- Absceso periamigdalino
- Supuración de ganglios linfáticos cervicales
- Fiebre reumática
- Glomerulonefritis (19)

### **4.- INFECCION DE VIAS URINARIAS**

La infección de las vías urinarias es de los padecimientos más comunes en la práctica médica. En los casos de las infecciones agudas, son provocadas por microorganismos simples, pero no así con las infecciones crónicas en donde con más frecuencia hay más de dos microorganismos causales del padecimiento. La mayor parte de las infecciones son causadas por bacterias coniformes hablando de infecciones no complicadas, de las cuales la E.Coli es la más frecuente, sobre todo en mujeres, teniendo mayor problemática por infección ascendente a partir de la uretra que es la vía más común, por lo que siendo el tamaño de la uretra más corta y la colonización de la vagina, es mayor la reinfección, así como el coito que es un factor precipitante por la aplicación de espermaticidas, diafragmas, etc.(20)

### **Criterios diagnósticos**

- Los síntomas como son disuria, poliuria, polaquiuria, hematuria, piuria, puede haber fiebre.
- Laboratoriales: Examen general de orina y cultivo de orina
- Estudios por imágenes sospechando una anormalidad anatómica

### **Papel del Médico Familiar**

El médico debe tener el diagnóstico preciso si hay antecedentes de reinfección, deberá agotar laboratoriales y gabinete necesarios para realizar diagnóstico diferencial, así como la corroboración por clínica del padecimiento y el manejo oportuno con antibioticoterapia de acuerdo a etiología del padecimiento.

### **Complicaciones**

- Pielonefritis aguda o crónica
- Cistitis aguda o crónica
- Prostatitis bacteriana aguda o crónica
- Epididimitis aguda transmitida sexualmente
- Epididimitis aguda no transmitida sexualmente (20)

## **5.- INFECCION DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES**

### **Conceptos**

De acuerdo a los diversos padecimientos en las infecciones de vías respiratorias superiores tales como: rinitis, faringitis, sinusitis, laringitis, amigdalitis, otitis secundaria, vestibulitis nasal. Estos diagnósticos son producidos por bacterias y virus. El cuadro clínico es muy diverso como estornudos, congestión nasal, rinorrea anterior y/o posterior, cefalea, fiebre y malestar general. (21)

### **Criterios diagnósticos**

En base con el interrogatorio, exploración y con apoyo de gabinete en algunos padecimientos es como se diagnóstica. Ya que es uno de los padecimientos más comunes por lo que acuden a consulta externa, y que si no se tienen el manejo adecuado puede establecerse en forma crónica.

### **Papel del Médico Familiar**

El médico debe realizar diagnóstico y tratamiento oportuno y verificar que el resto de la familia no padezca esta enfermedad en forma crónica y sea portador asintomático de diversas enfermedades de las vías respiratorias superiores.

### **Complicaciones**

De no tratar adecuadamente cualquiera de estos padecimientos pueden instalarse en forma crónica como por ejemplo, una sinusitis que puede complicarse

hasta la osteomielitis y mucocele, así como la disfonía crónica, rinitis crónica de los demás padecimientos. (21)

## **6.- PARASITOSIS INTESTINAL**

### **Conceptos**

Las parasitosis intestinales son padecimientos comunes, dentro de las cuales contamos con mayor frecuencia de la amibiasis, tricocefalosis, giardiasis, oxiuriasis y ascariasis, de los cuales los síntomas principalmente son: cólicos, cuadros de diarrea aguda o crónica, en algunos casos constipación, malestar abdominal superior, flatos, nauseas, vómitos y pérdida de peso. (19)

### **Criterios Diagnósticos**

- Por las manifestaciones clínicas y de exploración, se apoya el diagnóstico
- Laboratoriales: a través del coproparasitoscopia, coprológico, identificación e antígeno y presencia de eosinofilia. De acuerdo al tipo de parásito que se requiere investigar.

### **Papel del Médico Familiar**

El médico familiar debe de tratar a toda la familia, para que no se haga una infestación en el núcleo familiar, así también darle tratamientos farmacológicos y complementarios, los cuales serian las recomendaciones higiénico-dietéticas pertinentes para el tratamiento complementario al padecimiento y evitar las complicaciones.

### **Complicaciones**

Las complicaciones graves son producidas por la amebiasis y estas pueden ser: colitis leve o grave, lesiones ulcerosas en colon, lesiones granulomatosas en colon (ameboma), amibiasis hepática y puede presentarse en todo el cuerpo, principalmente en pulmones, encéfalo y órganos genitales (no es muy común).

En el caso de ascariasis pueden emigrar hacia pulmón o expulsarse a través de la nariz y boca, pudiendo provocar además oclusión intestinal. (19)

## **7.- DIARREAS**

### **Conceptos**

Tomando en cuenta que es un síntoma y que su intensidad puede variar de agudo autolimitado a diarrea grave, que puede poner en peligro la vida. La diarrea puede ser aguda o crónica; teniendo la siguiente definición: son las evacuaciones con un peso superior a 250 grs./24 hrs., pero no en todos los casos se puede pesar por lo que se opta por definir como el aumento en frecuencia de las evacuaciones (+ de 2 o 3 evacuaciones por día) y la forma crónica se diferencia por el tiempo de presentarse este cuadro (+ de 5).(22)

La diarrea aguda se caracteriza por ser de inicio agudo con persistencia de menos de tres semanas causadas por agentes infecciosos, toxinas bacterianas (preformadas o producidas en el intestino o por fármacos, la ingestión de alimentos preparados inapropiadamente o de mucho tiempo de almacenado, que esto implica envenenamiento por alimentos y la exposición de agua contaminada; teniendo como agentes etiológicos los siguientes:

- Virus
- Protozoarios
- Bacterias
- Medicamentos
- Stress emocional
- Enfermedades crónicas
- Por intoxicación alimentaria

En la forma aguda hay dos causas de diarrea

- No inflamatoria
- Inflamatoria

La forma de diarrea crónica tiene seis causas

- Osmótica
- Secretora
- Trastornos inflamatorios
- Síndrome de mal absorción
- Trastornos de la motilidad
- Infecciones crónicas

### **Criterios diagnósticos**

- Las manifestaciones clínicas, la exploración física y el interrogatorio, son puntales para el diagnóstico adecuado
- Laboratoriales a base de pruebas hematológicas como coprológicas para apoyo al diagnóstico. (22)

### **Papel del Médico Familiar**

La concientización de los pacientes o familiares, lo importante que es, la atención oportuna ante un cuadro de diarrea, principalmente pacientes en los extremos de la vida.

### **Complicaciones**

La deshidratación es una de las complicaciones más frecuentes, así mismo el desequilibrio hidroelectrolítico que implique un estado grave de la enfermedad que pueda causar hasta la muerte. (22)

## **8.- GASTRITIS**

### **Conceptos**

Se define como la inflamación del revestimiento interno del estómago. La gastritis puede ser causada por una infección bacteriana o viral, enfermedades autoinmunes o por el reflujo de bilis hacia el estómago (reflujo biliar).

La gastritis se divide en tres categorías

- Gastritis erosiva y hemorrágica
- Gastritis no erosiva
- Tipos específicos de gastritis.

La gastritis puede presentarse en forma súbita (gastritis aguda) o en forma gradual (gastritis crónica)

Y también puede ser causada por irritación originada por:

- Alcohol
- Medicamentos (como la aspirina y los demás aines)
- Vómito crónico
- Exceso de secreción de ácido gástrico (como el ocasionado por el estrés)
- Ingestión e sustancias corrosivas o cáusticas (como las sustancias tóxicas)

### **Criterios diagnósticos**

Los principales síntomas para el diagnóstico son:

- Hipo
- Indigestión abdominal
- Pérdida del apetito
- Náuseas
- Vómitos
- Vómito con sangre o con aspecto de granos de café
- Melena

Los exámenes varían dependiendo de la causa específica y, entre otros, se aconseja una radiografía de la parte superior del tracto gastrointestinal, una endoscopia esófago gastroduodenal, placa radiográfica de pie y decúbito y otros.(22)

### **Papel del médico familiar**

Es de suma importancia establecer el diagnóstico de la patología para poder establecer tratamiento, el cual dependerá de la causa específica. Algunas de las causas se resuelven con el tiempo. Se recomienda el uso de medicamentos para disminuir la secreción del ácido gástrico y recomendaciones higiénico dietéticas. El pronóstico depende de la causa, pero generalmente es bueno.

### **Complicaciones**

Las principales complicaciones son la hemorragia, úlceras, atrofia glandular y metaplasma del epitelio gástrico y epitelio de tipo intestinal. (22)

## **9.- ESQUIZOFRENIA**

### **Conceptos**

Es un conjunto de síndromes manifestados por interrupción masiva del pensamiento, estado de ánimo y conducta general, así como por filtración deficiente de los sentidos. Actualmente se considera que la esquizofrenia es multifactorial en los cuales intervienen factores genéticos, ambientales y fisiopatológicos de neurotransmisores.

La subdivisión de la esquizofrenia es la siguiente:

- Esquizofrenia de tipo desorganizada (hebefrénica)
- De tipo catatónica
- Paranoide
- Tipo indiferenciado
- Tipo residual

### **Criterios diagnósticos**

- Retracción social, por lo regular es en forma lenta, así como el deterioro del cuidado personal.
- El ego con pérdida de sus límites, con incapacidad para percibir como una entidad separada.
- Asociación laxa de pensamientos, con cambios de tema a tema muy rápido.
- Alucinaciones auditivas
- Delirios (grandeza-persecutoria)
- Una evolución e aproximadamente seis meses de evolución
- Cambios en el estado de ánimo
- Pensamiento concreto con incapacidad para abstraer (23)

No hay estudios de laboratorio que confirme el diagnóstico de esquizofrenia.

### **Papel del Médico Familiar**

El buen interrogatorio es muy importante para la detección de este padecimiento, siempre revisar los cambios de conducta y/o ideas del paciente, pero una vez detectado, la información a los familiares es de suma importancia, ya que ellos pasan a ser el rol de cuidadores y que el paciente tenga el mayor apego a tratamiento.

### **Complicaciones**

El deterioro en forma generalizada, y aumento en los síntomas psicóticos.(23)

## **10.- ARTRITIS**

### **Conceptos**

Es una enfermedad muy frecuente de todas las enfermedades articulares, que no tiene predilección por edad, grupo étnico, ni zonas geográficas. Se caracteriza por la hipertrofia del hueso en los bordes articulares y la degeneración del cartílago. El proceso inflamatorio es mínimo y su patogénesis es por factores hereditarios y mecánicos. (24)

Se divide en dos tipos

- **Primaria:** Que ataca mas las articulaciones interfalángicas dístales (nódulos de Herberden) y en menor forma las interfalángicas proximales (nódulos de Bouchard).
- **Secundaria:** Puede presentarse en cualquier articulación como secuela de la lesión articular resultante de causas intraarticulares y extraarticulares

### **Criterios diagnósticos**

Los síntomas y signos característicos son

- Inicio insidioso
- Rigidez articular
- Dolor al movimiento de la articulación afectada
- Deformidad mínima
- Contractura de flexión y deformidad en varo de la rodilla
- Puede haber crepitación en la articulación afectada
- No hay manifestaciones sistémicas
- Radiológicamente: estrechamiento del espacio articular, formación de osteofitos, engrosamiento de bodes óseos, hueso subcondral denso y engrosado. (24)

### **Papel del Médico Familiar**

El diagnóstico es sobre la clínica principalmente, ya que la rigidez matutina, que no se presenta por más de 15 a 20 minutos es un signo característico de esta enfermedad. El tratamiento es a base de actividades físicas y de ser necesario bajar de peso, y el manejo de analgésicos y antiinflamatorios.

### **Complicaciones**

Las complicaciones mayores son la rigidez de la articulación, el dolor en las articulaciones,, apariciones e los nódulos e Herberdent y Bouchard.(24)



## **11.- RINOFARINGITIS AGUDA (Resfriado Común)**

### **Conceptos**

Los síntomas el resfriado común son idénticos a los del inicio de otras enfermedades que afectan el aparato aerodigestivo. Por la existencia de numerosos tipos serológicos de rinovirus, adenovirus, y otros virus; los pacientes son susceptibles de por vida.(21)

### **Criterios diagnósticos**

Dentro de los datos clínicos están: cefaleas, congestión nasal, rinorrea acuosa, estornudos, prurito en la garganta, con ataque al estado general. El examen nasal revela mucosa eritematosa y edematosa. La presencia de rinorrea blanquecina se trata de un cuadro bacteriano.

### **Papel del Médico Familiar**

El control del padecimiento es basado en el manejo sintomático, ya que como proceso viral no existe un tratamiento que cure el resfriado. Además las indicaciones de los cuidados generales que debe llevarse a cabo.

### **Complicaciones**

Son poco frecuentes las complicaciones ya que solo se reporta derrames pasajeros e oído medio, sin embargo se pueden agregar otras infecciones de tipo bacteriano.(21)

## **12.- DEPRESION**

### **Conceptos**

La depresión es muy común, de los pacientes que acuden para atención primaria, el 30% refieren síntomas e depresión. Pueden ser el resultado de:

- Factores genéticos (Disfunción de neurotransmisores)
- Problemas de desarrollo (defectos de personalidad, eventos de la infancia)
- Estrés psicosocial (divorcio, desempleo) .(23)

### **Tipos de depresión**

**1.-Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo** ( es una respuesta a cierto agente estresante o situación adversa de vida identificable por la pérdida de una persona por muerte, divorcio, etc.

**2.- Trastorno Depresivo:** (Trastorno unipolar “endógeno”, melancolía), consiste por lo menos en un episodio de depresión notable, el cambio de ánimo que se produce en cualquier momento de la vida (anhedonia).

**3.- Trastorno bipolar:** Son los cambios episódicos en el estado de ánimo hacia la manía, depresión mayor, hipomanía y estados de ánimo mixto.

**4.- Trastorno del estado de ánimo secundarios a enfermedades y fármacos:** Se puede presentar durante cualquier enfermedad sea esta grave o leve, que puede originar una depresión significativa. La depresión se puede vincular con la artritis reumatoide, esclerosis múltiple y cardiopatía crónica, dependencia del alcohol, inducido por fármacos como la reserpina y antihipertensivos como metildopa, guanetidina, clonidina, digital y antiparkinsonianos. (23)

#### **Criterios diagnósticos**

- Disminución el estado de ánimo, que fluctúa entre la tristeza leve hasta sentimientos de culpa, falta de valor y desesperanza.
- Dificultad en el pensamiento, dificultad para concentrarse, medita y falta de decisión.
- Pérdida del interés y menor participación en el trabajo y recreación
- Síntomas somáticos como: cefalea, sueño interrumpido, disminuido o excesivo; fatiga, cambios en el apetito y disminución del deseo sexual. (23)

#### **Papel del Medico Familiar**

Para el manejo de la depresión es de gran relevancia el tratamiento inicial, debido a los cambios de conducta, la falta e interés por varias cosas que son cotidianas. Ante estas características es conveniente la interconsulta con el servicio perteneciente para su manejo, ya que el control lo realiza el médico familiar.

#### **Complicaciones**

La más importante de las complicaciones es el suicidio, otras complicaciones como la desesperación de las personas ordinarias. Personas que intentan controlar a otra (herirla). Pacientes con estados de depresión graves (sida, etc.) y grupos de alto riesgo (como el anterior) que presentan enfermedades psicóticas. (23)

### **13.-EPILEPSIA**

#### **Conceptos**

Se define como cualquier trastorno caracterizado por convulsiones recidivantes. Debido a una descarga neuronal paroxística en el encéfalo, provoca un trastorno transitorio de la función cerebral, dando como resultado una convulsión. En los Estados Unidos se considera común este padecimiento. (25)

La epilepsia tiene varias causas:

- **Epilepsia idiopática o constitucional**

Inicia entre los 5 y los 20 años, puede presentarse e mayor edad, pero no presenta otras anormalidades neurológicas.

- **Epilepsia sintomática**

1. Anormalidades congénitas y lesiones perinatales

2. Trastornos metabólicos (supresión de alcohol y medicamentos, uremia, hipo e hiperglucemia).
3. Traumatismos
4. Tumores
5. Enfermedades vasculares (es la más común de las convulsiones con inicio a los 60 años edad)
6. Trastornos degenerativos (Aizheimer) convulsiones en etapa tardía de la vida
7. Enfermedades infecciosas

### **Criterios diagnósticos**

- Convulsiones recidivantes
- Cambios electroencefalográficos característicos acompañados de convulsiones
- Las anormalidades del estado mental o síntomas neurológicos circunscritos persisten durante horas en periodo posictal(25)

### **Papel del Médico de Familia**

El control es muy importante para evitar las crisis convulsivas recidivantes y que preferentemente no se presenten las convulsiones mínimo durante tres años. Así mismo debe evitar situaciones en donde ponen en peligro su vida ya que pueden presentarse las crisis convulsivas.

### **Complicaciones**

Dependiendo del tipo de convulsiones, pero si son de las tónico-clónicas deberá evitar traumatismos por el riesgo implícito de recibir un traumatismo al presentar las crisis convulsivas, amputación de la lengua, etc.(25)

## **14.- LUMBAGO**

### **Conceptos**

El dolor de lumbalgia es muy frecuente ya que se presenta hasta en un 80% de la población. Para llegar al diagnóstico es más difícil ya que el diagnóstico diferencial es muy extenso. La gran parte los pacientes con lumbalgias presentan mejoría de 3 a 4 semanas, refiriéndonos que puede ser autolimitable con tratamiento idóneo. Las limitaciones funcionales son dadas por el dolor.(24)

### **Criterios diagnósticos**

El dolor es uno de los síntomas que puede estar presente por diversa etiología en la espalda baja, por lo que hay que hacer interrogatorio y exploración física a que no quede duda del diagnóstico, se puede auxiliar con estudios de gabinete como placas de RX, hidromielografía, tomografía axial computarizada e imagen por resonancia magnética para poder realizar un buen diagnóstico diferencial.

### **Papel del Medico Familiar**

Realizar los estudios necesarios de gabinete para un diagnóstico preciso, estos pacientes serán canalizados al servicio de ortopedia y neurocirugía para su valoración interdisciplinaria.

### **Complicaciones**

Posterior a la revisión podemos encontrar dos o más patologías, tenemos que enviarlos a los servicios correspondientes (ortopedia, neurocirugía) ya que se puede transformar a una forma crónica del padecimiento. La hernia de disco, artrosis degenerativa, espondiloartrosis, espondilolistesis, etc.(24)

## **15.- GONARTROSIS**

### **Conceptos**

Es un trastorno mecánico focal que termina destruyendo, primero el cartílago articular y de ahí en más el hueso. Como comienzo el hueso es normal, su destrucción se inicia con lentitud y es retardada, además por la neoformación ósea reactiva.(26)

La artrosis degenerativa de la rodilla, al igual que la de otras articulaciones puede ser atribuida casi con certeza sobre todo a fenómenos mecánicos. Por ejemplo un aumento de las presiones de contacto aplicadas al cartílago articular provocada por una menisectomía o la consolidación de fracturas tibiales o femorales, puede generar artrosis en el compartimiento presumiblemente sobrecargado. La artritis reumatoide parece ser provocada por una agresión enzimática generalizada sobre el cartílago, a la que se pueden sumar factores mecánicos, la destrucción del primer tercio de cartílago y después el hueso.(26)

### **Criterios diagnósticos**

Se requiere de una radiografía en proyección antero-posterior, en la cual valoraremos la presencia de esclerosis marginal, pérdidas de espacios articulares, presencia de osteofitos, presencia de defectos de alineación. También en proyección lateral, en la cual valoraremos a la articulación femoro-patelar y también son de utilidad las proyecciones tangenciales de rotula, lateralización sub-luxación.

### **Papel del Medico Familiar**

Posterior a las valoraciones y al daño encontrado en la articulación de la rodilla, se canalizarían los pacientes al servicio de ortopedia para que sea valorado e instalado el tratamiento. Posteriormente se llevará el control en medicina familiar.

### **Complicaciones**

La degeneración de la articulación, el desgaste del cartílago y posteriormente del hueso, causará dolor intenso en la rodilla.(26.)

## **16.- MICOSIS**

## **Conceptos**

Los diferentes tipos de infecciones micóticas se dividen en dos grupos Superficiales y profundas

Dentro de las superficiales tenemos

- Tiña corporal
- Tiña crural
- Dermatofitosis del pie
- Dermatofitosis de la mano
- Tiña de las uñas (onicomicosis)
- Tiña versicolor (27)

## **Criterios diagnósticos**

El diagnóstico de las enfermedades micóticas de la piel, se basa en la localización y las diversas características de las lesiones. Además de los siguientes estudios de laboratorio(27)

- Demostración directa de la micosis a través del raspado
- Cultivos del raspado de piel (cortes histológicos de las uñas)
- Los exámenes de laboratorio como pruebas séricas y cutáneas carecen de valor en el diagnóstico de las infecciones por hongos superficiales.(27)

## **Papel del Médico Familiar**

El médico familiar debe llegar al diagnóstico en base a la visualización de las lesiones, dar el tratamiento oportuno e investigar si no existen más miembros de la familia con las mismas lesiones y dar las recomendaciones higiénicas indispensables como parte de su tratamiento complementario, además del medicamento oral o cremas.(27)

## **Complicaciones**

Una de las complicaciones son las extensiones de las lesiones. La cronicidad de la enfermedad, la recurrencia del padecimiento. (27)

## **17.- HIPERPLASIA PROSTATICA**

### **Conceptos**

La enfermedad se presenta como un tumor benigno y que es directamente proporcional a la edad de los varones, a mayor edad, mayor incidencia a padecer hiperplasia.

Al parecer la etiología es multifactorial y de origen endocrino. Los factores de riesgo no son muy bien comprendidos, ya que algunos estudios refieren que tiene un carácter genético y otras como las diferencias raciales. Se refiere lo genético a que al

parecer tiene un carácter autosómico dominante, ya que los familiares en primer grado del paciente tienen un riesgo cuatro veces más elevado de cursar con este padecimiento.(28)

### **Criterios diagnósticos**

- Síntomas de micción obstructiva o irritativa
- Durante el examen rectal puede haber aumento en el tamaño de la próstata
- Ausencia de trastorno neurológico, neoplasia vesical o prostática, enfermedad con estenosis e infección de vías urinarias.
- Pruebas de laboratorio: Examen general de orina, creatinina del suero, antígeno prostático
- Pruebas de imágenes. Como son estudios radiológicos contrastados y ultrasonidos.
- Cistoscopia
- Pruebas adicionales como los cistometrogramas y perfiles urodinámicos (problemas neurológicos).(28)

### **Papel del Médico Familiar**

Después de una buena historia clínica, resultados de exámenes de laboratorio, realización de exploración rectal y realizar interrogatorio sobre hiperplasia prostática benigna, se debe canalizar al servicio al cual se complementaría el tratamiento de ser necesario a base de medicamentos y/o cirugía.

### **Complicaciones**

La obstrucción urinaria (procesos infecciosos recurrentes), la probable malignidad y los diagnósticos diferenciales para brindar tratamiento oportuno.

## **18.- OSTEOPOROSIS**

### **Conceptos**

Histológicamente la osteoporosis se define como la disminución de matriz ósea y mineral. Es la enfermedad metabólica de los huesos más común, estimando más de 105 millones de fracturas en Estados Unidos principalmente de columna vertebral. Se presenta en la edad madura principalmente en las mujeres, también se conoce como osteoporosis posmenopáusica. La velocidad con que se forma el hueso regularmente es normal, pero la resorción está aumentada

La característica primaria de este padecimiento, es la mayor pérdida de hueso trabecular, que de hueso compacto, por lo que se explica las fracturas por aplastamiento de vértebras, fractura de cuello e fémur y epífisis del radio.(29).

### **Criterios diagnósticos**

- Dolor de espalda, desde sintomático a intenso, por presencia de fracturas vertebrales.

- Fracturas espontáneas que frecuentemente son descubiertas de manera incidental en la radiografía, pérdida de estatura.
- Laboratoriales: hormona paratiroidea, calcio, fósforo y fosfatasa alcalina que por lo regular todos se encuentran normales.
- Desmineralización principalmente de columna vertebral, cadera y pelvis(29)

### **Papel del Médico Familiar**

Las manifestaciones clínicas son de gran importancia, así como los datos en densitometrías y/o placas radiográficas, de un buen tratamiento y que principalmente no progrese este padecimiento. Además de incluir medidas generales como la dieta, implicación de ejercicios para mantener la actividad física y aumentar la fuerza muscular, mantener el equilibrio o utilizar apoyos (bastón, andadera, etc.) para evitar las caídas.

### **Complicaciones**

Las complicaciones más frecuentes son las fracturas, disminución de la talla. Hay que tratar los problemas de manera farmacológica e integral para que no progrese la osteoporosis y en algunos casos revertir la osteoporosis para disminuir el riesgo de fracturas.(29)

## **19.- INSOMNIO**

### **Conceptos**

Es la dificultad de dormir o permanecer dormido con periodos de vigilia intermitente y despertar temprano o la combinación de todas ellas.

Cuando se presenta por episodios transitorios no tiene gran importancia.(23)

### **Criterios diagnósticos**

Son los factores más agudos para presentar insomnio

- El estrés
- La cafeína
- Molestias físicas
- Sueños diurnos
- Acostarse temprano

Hay trastornos psiquiátricos que presentan frecuentemente insomnio, tales como:

- La depresión
- Trastornos maníacos
- Abuso del alcohol
- Tabaquismo intenso
- Supresión de sedantes hipnóticos
- Los antidepresivos

Se encuentran una gran variedad de trastornos médicos que pueden provocar insomnio persistente

- Edad
- Delirio
- Dolor
- Síndrome de insuficiencia respiratoria
- Uremia
- Asma y trastornos tiroideos.(23)

El médico debe conocer la causa que provoca el insomnio ya que por solo dolor puede presentar dicho insomnio y mejora únicamente con el uso de analgésicos y no requiere del uso de sedantes de ser necesario canalizar al paciente hacia el servicio que corresponda (ejem. Psiquiatría) (23)

### **Complicaciones**

La fatiga, la alteración del sistema nervioso y la somnolencia diurna pueden ser algunas de las complicaciones. Esta última puede provocar muchos problemas laborales de accidentes en tránsito y en las industrias accidentes de trabajo.(23)

## **20.- CARDIOPATIA ISQUEMICA**

### **Conceptos**

La cardiopatía isquémica es la más frecuente de las enfermedades coronarias que provocan incapacidad y muerte en Estados Unidos. De acuerdo a la edad, la frecuencia varía siendo mayor en los hombres que en las mujeres, por lo que la proporción es de 4:1; antes de los 40 años es de 8:1 y posterior a los 70 años es de 1:1, la incidencia en los hombres se manifiesta entre los 50 a 60 años y en las mujeres de los 60 a 70 años. (30)

### **Criterios diagnósticos**

Los factores de riesgo para cardiopatía isquémica incluyen, antecedentes familiares positivos, edad, sexo masculino, anormalidades en los lípidos sanguíneos, hipertensión arterial, inactividad física, tabaquismo con cigarrillos, diabetes mellitus hemocisteína elevada en sangre, disminución de los estrógenos en la mujer. Actualmente tienen gran importancia que los individuos presenten aterosclerosis coronaria prematura.(30)

### **Papel del Médico Familiar**

El control de este padecimiento es de suma importancia y erradicar los factores de riesgo aumentaría las posibilidades de vida a nuestros pacientes.

### **Complicaciones**

El infarto agudo al miocardio, la muerte súbita y la angina de pecho son las complicaciones más frecuentes.(30)

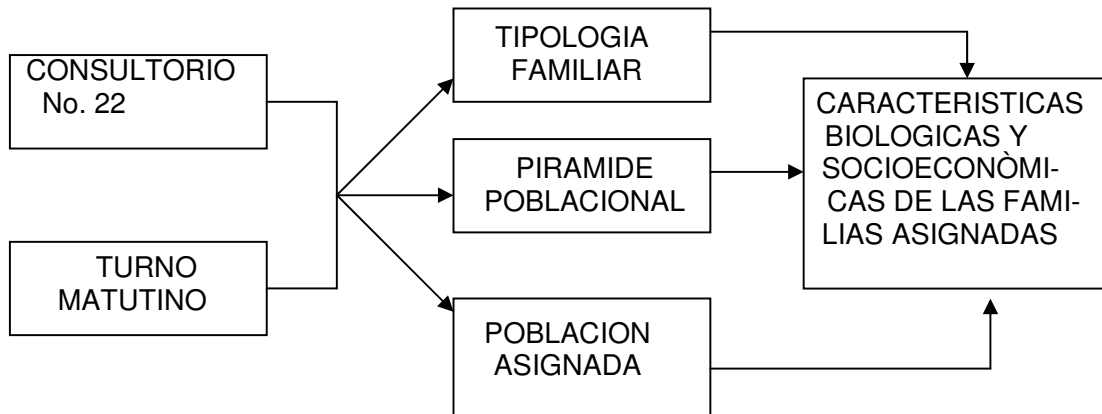


# MODELO CONCEPTUAL

V. Antecedentes

V. Independiente

V. Dependiente



## **PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA**

Un antecedente histórico de importancia en México, en cuanto respecta a la creación de las instituciones de salud, se ve más acentuado en 1943 cuando es creado el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Secretaría de Salubridad y Asistencia.(31)

Para la década de los sesentas se lleva a cabo el modelo del Médico Familiar en el IMSS.

La fundamentación de la medicina familiar esta dada esencialmente en tres elementos: el estudio de la familia, que tenga el derechohabiente una continuidad en su atención y llevar a cabo la medicina preventiva para realiza acciones anticipatorias.(31)

Para realizar actualmente el diagnóstico de salud de familia, uno de sus elementos son la evolución demográfica de las familias, describiendo la estructura de ellas, su clasificación tipológica, su etapa del ciclo vital, así como su constitución socioeconómica

El análisis e la patología que se presenta con mayor incidencia en las familias es importante para formar la morbilidad y en conjunto con la evaluación demográfica nos auxiliará para realizar estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno.

En otros países principalmente en los desarrollados, el primer nivel de atención es el marco ideal para impulsar y desarrollar los programas de actividades de promoción de la salud en medidas preventivas y terapéuticas.(31)

En la conferencia de Alma-ata en la OMS-UNICEF la atención primaria se definió como "La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables. Puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación".(32)

En el Hospital General del I.S.S.S.T.E. en Veracruz, Ver., en el área de primer nivel (Medicina Familiar) no tenemos bases estadísticas de la morbilidad por consultorio, pirámide poblacional, ni diagnósticos más frecuentes para llevar a cabo la meta del Mosamef, para eso durante el periodo de Enero a Junio del año 2006, se realizaron 2,785 consultas otorgadas en el consultorio número 22 de esta Unidad Médica, teniendo un promedio de 3,500 pacientes por consultorio.

Para esto es importante conocer los siguientes datos, tales como:

Edad y sexo de los pacientes asistentes a este consultorio, las 20 causas principales de consulta, datos generales de la familia, clasificación de la familia de acuerdo a su parentesco, presencia física, estilos de vida originados por cambios sociales, con base en sus medios de subsistencia, en su nivel económico y etapa del ciclo vital.

De esta manera, este estudio su pretensión es conocer:

¿Cuáles son las características socioeconómicas de las familias asignadas a este consultorio?

¿Cuáles son las causas más frecuentes por lo que acude a consulta la población asignada al consultorio número 22 del Hospital General ISSSTE, Veracruz, Ver?

¿Cuál es la distribución de la pirámide poblacional asignada?.

## JUSTIFICACION

La función principal del médico de familia es auxiliar a las familias a que conozcan y manejen las enfermedades comunes y poder enseñarles a como prevenir o cuando menos a reducir las posibilidades de futuras enfermedades. (31)

Hennen menciona "El médico familiar debe cumplir esta función, dentro de la trama de un sistema social cada vez más complejo, caracterizados 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.

Es indiscutible que al contar con una población que es cautiva, se debe atender todo tipo de problemas de salud y de enfermedad, se debe atender a todos los integrantes de la familia, crear indicadores de riesgo y tener en cuenta la ocurrencia de eventos, dan grandes ventajas al que ejerce la medicina familiar.(31)

Irigoyen comenta que "Ejercer la práctica médica familiar tiene como una condición anticiparse al daño y actuar sobre factores de riesgo, es lo mismo que usar un modelo anticipatorio basado en diagnosticar los riesgos a que está sujeta una población específica mediante la identificación de los factores de riesgo a que está expuesto cada miembro de la población. La acción consecuente es tratar de cancelar, modifica o atenuar esos factores de riesgo. El médico de familia debe poseer las siguientes cualidades: buen clínico, científico, consejero, asesor, educador, trabajador, receptivo, accesible, empático, sistemático, racional, respetuoso, comunicativo, con la actitud de búsqueda, con afán de superación, que coordina la asistencia, preocupado por el paciente y preocupado por su propia formación."(31)

Por lo tanto es indispensable saber analizar y valorar, todas estas variables para una mejor atención integral de nuestros pacientes.

Para lo anterior, se llevará a cabo a través del modelo MOSAMEF la investigación en el consultorio 22 de consulta externa de medicina familiar del Hospital General ISSSTE en Veracruz, para conocer las características de nuestras familias, esto nos proporcionará datos para un diagnóstico de familia y que nos apoyara para tratar a todos los miembros de la familia no solo en lo médico, si no que también podría ser en sus necesidades de apoyo conociendo dichas características. Elaborar y saber el número de pacientes que tenemos, y que edades y sexos son más frecuentes en nuestra consulta externa, esto también nos ayudaría a optimizar recursos para la atención de todos nuestros pacientes. Saber cuales son las 20 enfermedades más frecuentes, estos datos de morbilidad nos ayudaría a la prevención, control y tener acciones anticipatorias en sus diagnósticos y minimizar los riesgos para que a su vez tenga un impacto favorable en el estado de salud del paciente y de su familia.

## **OBJETIVOS**

### ***OBJETIVO GENERAL***

Conocer las características biológicas y socioeconómicas de las familias asignadas al consultorio No. 22 turno matutino del Hospital General ISSSTE, Veracruz, Ver.

### ***OBJETIVOS ESPECIFICOS***

Conocer y establecer la pirámide poblacional del consultorio No, 22 de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General ISSSTE, Veracruz, Ver

Reconocer las veinte principales causas de consulta de la población asignada al consultorio 22 de la consulta externa del Hospital General en Veracruz, ver.

Conocer la clasificación de las familias asignadas a este consultorio 22 del Hospital General ISSSTE Veracruz, turno matutino.

## **METODOLOGIA**

### **TIPO DE ESTUDIO**

En relación a la clasificación de Méndez y cols. (38) este estudio tendrá la clasificación siguiente:

Observacional, descriptivo, ambispectivo y transversal.

#### Observacional

Ya que solo se va a describir o medir las variables de este estudio y no intervendremos para que se pueda modificar a voluntad propia ninguna de estas variables o alterar sus resultados.

#### Descriptivo

Se va a analizar en una sola población, la obtenida en la SM 10-1 pirámide poblacional las 20 causas de asistencia a consulta, en el consultorio 22 turno matutino el Hospital General ISSSTE, turno matutino en Veracruz, Ver

#### *Ambispectivo*

Se recolectará información retrospectiva de Enero a Junio/2006 de la SM 10-1 Informe Diario del Médico para la elaboración de la Pirámide Poblacional, así como las 20 causas más frecuentes del motivo de consulta.

Prospectivo, porque se analizará los resultados de la encuesta realizada de Junio a Septiembre del año 2006 para conocer las características socioeconómicas de 50 familias que acuden al consultivo 22 el Hospital General ISSSTE turno matutino en Veracruz, ver.

#### *TRASVERSAL*

Porque la pirámide poblacional solo se revisará una sola vez. A las familias se investigará una vez a través de la cédula recolectora de datos y se revisará la SM10-1 para la recopilación de las 20 causas más frecuentes de demanda de consulta externa de Medicina Familiar consultorio 22 en el Hospital General ISSSTE en Veracruz, Ver.

## POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

Pacientes derechohabientes que acuden al consultorio No. 22 turno matutino del Hospital General ISSSTE en Veracruz, ver., durante el periodo de Enero a Septiembre el año 2006.

Para conocer las características socioeconómicas de las familias, se utilizarán las cédulas básicas de identificación familiar del MOSAMEF (anexo 2)

Para la pirámide poblacional se utilizaran las hojas el informe diario del médico o SM 10-1 de los pacientes que demandan consulta en el consultorio no. 22 de consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General ISSSTE en Veracruz, Ver (Anexo 1)

Para determinar las principales causas de consulta, se utilizarán formatos SM 10-1 (Informe diario de labores del médico) (Anexo 1)

## CRITERIOS DE SELECCIÓN

### C. DE INCLUSION

Registro de encuestas a familia que acuden al consultorio 22 de la consulta de Medicina Familiar del Hospital General ISSSTE en Veracruz, en el periodo Junio-Septiembre del año 2006

Familias que son asignadas al consultorio No. 22 turno matutino el Hospital General ISSSTE en Veracruz, Ver.

Las hojas de registro diario del médico (SM-10-1), que pertenecen al consultorio No. 22 del Hospital General del ISSSTE en Veracruz, ver., turno matutino de Enero a Junio del 2006.

### C. DE EXCLUSION

Hojas de registro diario del médico, que no pertenecen al consultorio 22, o que no pertenezcan al turno matutino.

Familias que son asignadas a otro consultorio

Pacientes que se nieguen a responder las preguntas del cuestionario, aún siendo aprobada con anterioridad sus respuestas

La ilegibilidad del formato SM 10-1 del registro diario del médico.

Datos incompletos en SM 10-21

Cuando las respuestas del encuestado, sean incompletas o no recuerde los datos para aportar a la entrevista.

## **TIPÒ Y TAMAÑO DE LA ENCUESTA**

### **TIPO**

Tipo de la muestra será empleado un muestreo no aleatorio, secuencial y por cuotas.

No Aleatorio: Ya que uno escoge a las familias que se le realizaran las entrevistas y no es al azar.

Secuencial: inclusión e los formatos SM 10-1 que se hayan elaborado de Enero a Junio del 2006.

Por cuotas: se encuestará a un total de 50 familias adscritas al consultorio 22 de Medicina Familiar del hospital general ISSSTE en Veracruz, Ver.

Para la obtención de la pirámide poblacional no se hará muestreo, debido a que se incluirán todos los pacientes que acuden al consultorio 22 y se registran en SM 10-1.

El tamaño e la muestra es de  $n:50$ , con un error de muestreo de: 10%, Nivel de confianza: 95%

$P: 0.8$   $q:0.2$  para 50 individuos. (Dr. Gómez-Clavelina)



**VARIABLES A ESTUDIAR:**

**ESCALAS NOMINAL, ORDINAL, INTERVALAR.**

Tabla 4

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION</b>	<b>OPERACIONALIZACION</b>	<b>NIVEL DE MEDICIÓN</b>
Estado civil,	Condición social, legalmente aceptada por la ley	Casados Unión Libre Otro	Nominal
Años de unión conyugal.	Tiempo transcurrido de vivir en pareja de otra persona realizando roles sociales marido y mujer.	Tiempo de unión expresada en años	Intervalar
Escolaridad de los integrantes de la familia	Numero de años transcurridos desde que empezó a estudiar y clasificados por nivel de educación.	Primaria De 1º a 6º año Secundaria Preparatoria Licenciatura Postgrado	Ordinal
Edad del padre	Numero de años que tiene el papa de la familia desde su nacimiento.	Edad del padre expresada en años	Intervalar
Edad de la madre	Numero de años que tiene la mama de la familia desde su nacimiento	Edad de la madre expresada en años.	Intervalar.
Clasificación de la familia con base en el parentesco	Integrantes de una familia que existe padre y/o madre e hijos que pueden compartir su espacio con familiares consanguíneos y en algunos junto con otros no consanguíneos.	Nuclear Nuclear simple Nuclear numerosa Reconstruida binuclear) Monoparental Monoparental extendida Extensa Extensa compuesta No parental	Nominal
Clasificación de la familia sin parentesco	Integrantes de una familia que existe padre y/o madre e hijos que comparten su espacio con personas sin ningún vínculo consanguíneo. O bien personas que no guardan ninguna relación entre ellos.	Monoparental extendida Sin parentesco. Grupos similares a familia	Nominal

Con base a la presencia física y convivencia	Familia donde la identificación del jefe de familia lo desarrollan los padres o los hijos o bien otros familiares	Núcleo integrado Núcleo no integrado Extensa ascendente Extensa descendente Extensa colateral	Nominal
De acuerdo a estilo de vida originados por cambios sociales	Personas que viven solos o integran una familia con individuos del mismo sexo, en la cual puede o no haber hijos.	Persona que vive sola Parejas homosexuales sin hijos. Parejas homosexuales con hijos adoptivos. Familia grupal. Familia comunal Poligamia.	Nominal
De acuerdo a su medio de subsistencia	Procedencia de recursos económicos para el sustento familiar	Agrícola o pecuaria Industrial Comercial servicios	Nominal
Con base en su nivel económico	Está determinado por el ingreso económico y las necesidades que este pueda cubrir.	Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 No se le considera pobre	Ordinal
De acuerdo a la etapa del ciclo vital familiar	Esta determinado por inicio del vínculo matrimonial, la llegada del primer hijo, la edad escolar e inicio de adolescencia, etapa de casamiento y formación de una nueva familia, hasta la etapa de desempleo, jubilación, viudez y el abandono	Matrimonio Expansión Dispersión Independencia Retiro y muerte	Nominal
Pirámide poblacional por grupos de edad	Distribución de personas derechohabientes del ISSSTE, agrupados por edades.	Menores de 1 año De 1 a 4 años De 5 a 9 De 10 a 14 Etc.	Ordinal
Pirámide poblacional por sexo	Distribución de las personas por su condición biológica.	Masculino Femenino.	Nominal
20 Principales causas de consulta.	Corresponde a las enfermedades agrupadas por orden de frecuencia de primera vez, que demanden atención médica.	Diagnósticos anotados en el formato SM-10-1	Nominal

## **PROCEDIMIENTO PARA RECABAR LA INFORMACION**

Para recabar el proceso de la información, se llenará la cédula de recolección de datos (anexo 1), en el consultorio No. 22 del turno matutino del Hospital General ISSSTE, Veracruz, en forma directa por el médico adscrito a los derechohabientes asistentes, ya sea al trabajador (a), esposa o hijos. Una vez recabada la información se vaciará a una cédula de recolección electrónica, para lo cual se procesará y se verificará los datos finales de la encuesta, realizándose un análisis estadístico para su corroboración y de ser aprobada se generaría la información de las características de nuestra familia y se desarrollará en forma descriptiva.

Para la elaboración de la pirámide poblacional, el médico adscrito solicitará al departamento de afiliación y vigencia de derecho, los datos necesarios, los cuales serán analizados y procesados en una tabla para conocer el número de los pacientes por edad y sexo. VD-1 (Anexo 2)

Para la obtención de la morbilidad de las primeras 20 causas que motivan la generación de consultas.

Será el investigador quien solicitará al servicio de estadísticas, todas la formas SM 10-1 (Anexo3), desde el mes de Enero a Junio del 2006 del consultorio 22 de consulta externa, turno matutino del hospital general ISSSTE en Veracruz, ver., para recabar la información, elaborar el proceso estadístico y la información descriptiva correspondiente con los resultados.

## **CONSIDERACIONES ETICAS**

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud, en materia e investigación para la salud en México, en base al artículo 3, las investigaciones en la salud tienden a contribuir a las buenas acciones de salud, y lo señalado en el título 2º. de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos y de acuerdo a lo indicado en el capítulo 1, artículo 17, fracción 1, ésta investigación presenta nulo riesgo, porque el método que se utiliza es documental y que no se modifican las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan. Así en base a los artículos 13, 16 de la misma ley, se protege la dignidad de los participantes, sus derechos y bienestar, no dando a conocer su identidad, solo lo que los resultados lo requieran y él autorice. De la misma manera en el artículo 23 hay una dispensa el obtener el consentimiento informado por el nulo nivel de riesgo en la investigación.(33)

En base al código de conducta para el personal de salud 2002, se menciona acerca de los estándares en la formación y desarrollo del personal y de investigación. Haciendo alusión en el párrafo 4: En todas las actividades de enseñanza e investigación antepondrán el respeto y el confort de los pacientes, a la ejecución didáctica o de investigación, Párrafo 6: Los pacientes que participen en el proceso educativo, deberán ser informados previamente y solicitada su autorización para tal efecto, sin la cual no podrán ser sujetos de estudio, como tampoco de investigación. Del mismo modo, deberán ser informados de los nombres de los investigadores. Párrafo 14: Respetará el consentimiento validamente informado del paciente para participar en proyectos de investigación, mismo que protegen sus derechos y su dignidad humana.

Bajo estos principios de privacidad y autonomía, una persona tiene el derecho e autodeterminación sobre su cuerpo. Párrafo15:El consentimiento válidamente informado que obtenga el médico de sus pacientes, deberá ser por escrito y con testigos, haciendo constar claramente los riesgos a los que se está expuesto, la privacidad y confidencialidad de los datos del paciente y los beneficios que se esperan obtener, así como su libertad para retirarse del estudio. Este estudio como no corre ningún riesgo, ni daño psicológico, ni contra su persona, fue previamente informado del procedimiento y con anuencia de ellos. (34)

De acuerdo a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, de los derechos internacionales, bajo el auspicio de la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial, realizada en la 52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia, la cual en la Fracción 10 menciona que: En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano. Además haciendo referencia de las fracciones 11, 14, 15 refiriendo sobre la ética del protocolo, el respeto al paciente, no lesionar psicológica ni físicamente al investigado.(35)

El código de ética de los servidores públicos de la Administración Pública Federal, a través del código de Actuación del ISSSTE, contribuirá de manera decidida, lograr tales objetivos, al determinar los valores, atributos y características que deben distinguir siempre los actos y conductas de nuestros empleados en su relación con usuarios finales, dependencias y entidades afiliadas. En cada una de estas relaciones vitales, debe haber normas muy claras, estrictas y precisas de proceder, para que se fortalezcan con el consiguiente beneficio, para todas las partes y sobre todo para los usuarios de nuestros servicios. Debe de haber: Bien común, integridad, honradez, imparcialidad, justicia, transparencia, rendición de cuentas, generosidad, igualdad, respeto, liderazgo y entorno cultural y ecológico. (36)

## RESULTADOS

De acuerdo a la realización de las 50 entrevista con el censo Mosamef, los resultados son de gran importancia para conocer las características de las familias asistentes al consultorio 22 turno matutino del Hospital General ISSSTE en Veracruz, Ver., los siguientes Resultados:

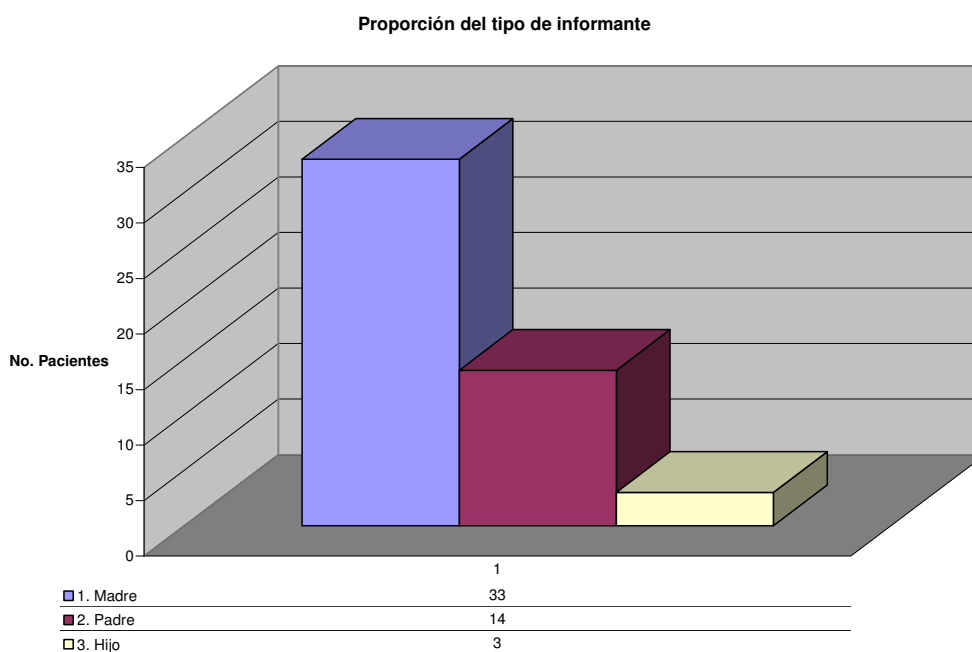
En el rubro del informante:

Predomina con el 33% las madres y solo con el 6 por ciento se presentaron y dieron los datos para el llenado de la cédula Mosamef, como se muestra en la tabla No 1 y la gráfica 1.

Tabla No.1

Datos Generales del Informante			
Proporcionó	1. Madre	33	66%
	2. Padre	14	28%
	3. Hijo	3	6%
	<b>Total</b>	<b>50</b>	

Fuente: Encuesta Mosamef



Fuente: Encuesta Mosamef  
Gráfica 1

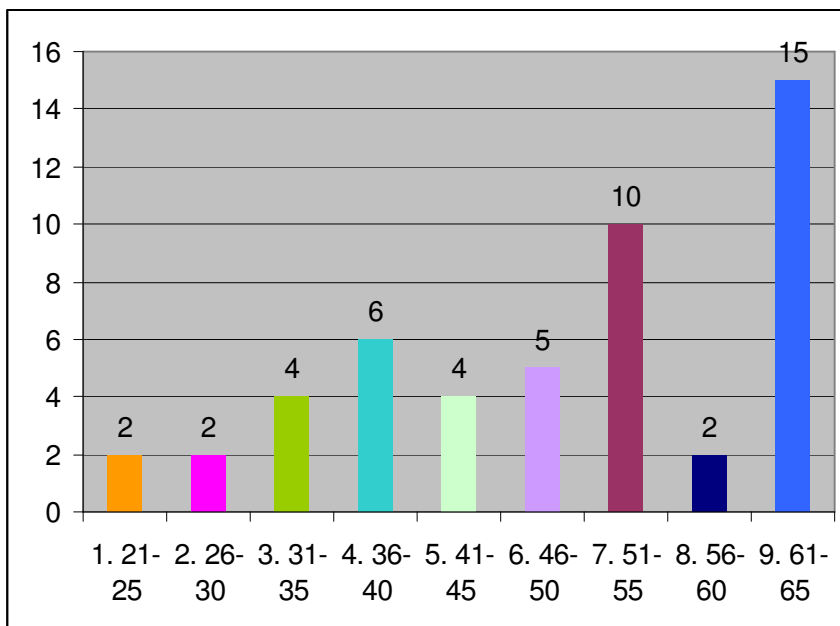
De acuerdo a la edad de los informantes el mayor número de ellos fueron los de 65 años y más y la menor frecuencia fueron de 21 a 30 y 56 a 60. Lo que llama la atención es que en segundo término en asistencia es la población de 36 a 40 años. Véase Gráfica 2 y tabla 2

Tabla No. 2

Edad			
1.	21-25	2	4%
2.	26-30	2	4%
3.	31-35	4	8%
4.	36-40	6	12%
5.	41-45	4	8%
6.	46-50	5	10%
7.	51-55	10	20%
8.	56-60	2	4%
9.	61-65	15	30%
<b>Total</b>		<b>50</b>	

Fuente: Encuesta Mosamef

Gráfica 2



Fuente: Encuesta Mosamef

Los resultados de acuerdo al sexo de los pacientes que proporcionaron la información, siendo 3 a 1 como predominio del sexo femenino. Grafica3 y tabla 3

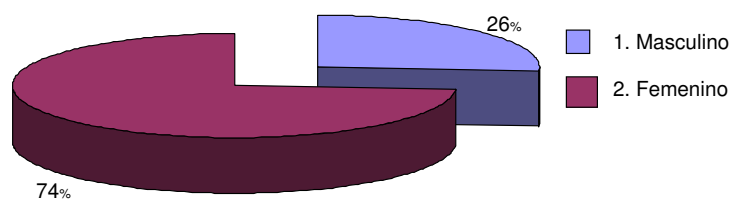
Tabla 3

<b>Sexo</b>	1. Masculino	13	26%
	2. Femenino	37	74%
	<b>Total</b>	<b>50</b>	

Fuente: Encuesta Mosamef

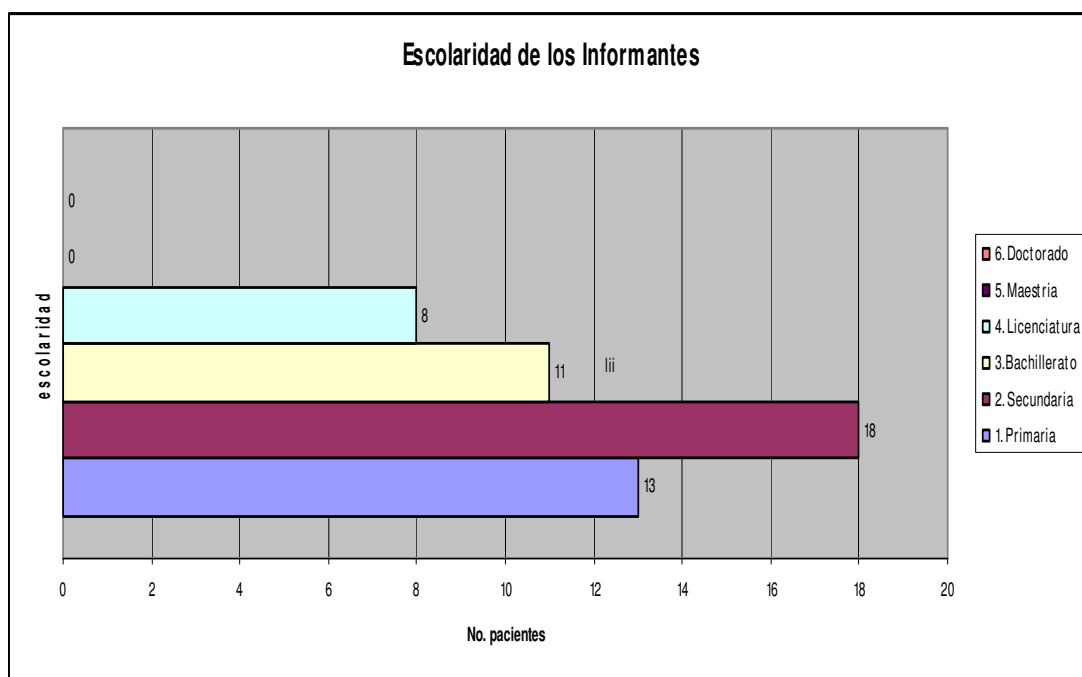
Fuente: Encuesta Mosamef

Sexo de los informantes



La escolaridad de los informantes, la de mayor frecuencia es del nivel de secundaria y la primaria en segundo lugar, es de mencionar que no se tuvo ningún paciente con maestrías y menos doctorados. Tabla.- 4 y Gráfica 4.

Escolaridad	No.	%
1. Primaria	13	26
2. Secundaria	18	36
3. Bachillerato	11	22
4. Licenciatura	8	16
5. Maestría	0	
6. Doctorado	0	
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>



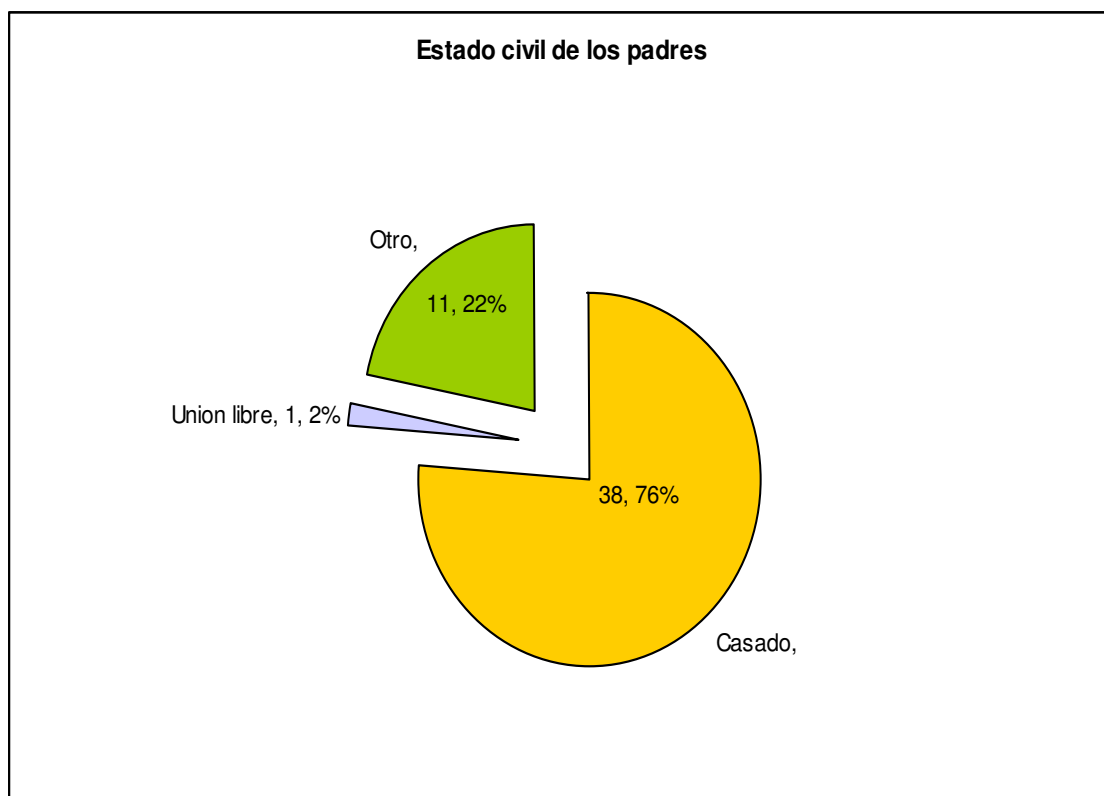
Fuente: Encuesta Mosamef  
Gráfica 4



En la familia se investigo el estado civil de los padres siendo los casados el 76 % y en segundo lugar el de Otros con el 22 %. Cabe mencionar que fueron ingresados en otros como viudas, separadas etc. Gráfica 5 y tabla 5

Tabla 5		No.	%
<b>Estado Civil de Padres</b>	1. Casado	38	76
	2. Unión libre	1	2
	3. Otro	11	22
<b>Total</b>		<b>50</b>	

Fuente: Encuesta Mosamef



Gráfica: 5

Fuente: Encuesta Mosamef

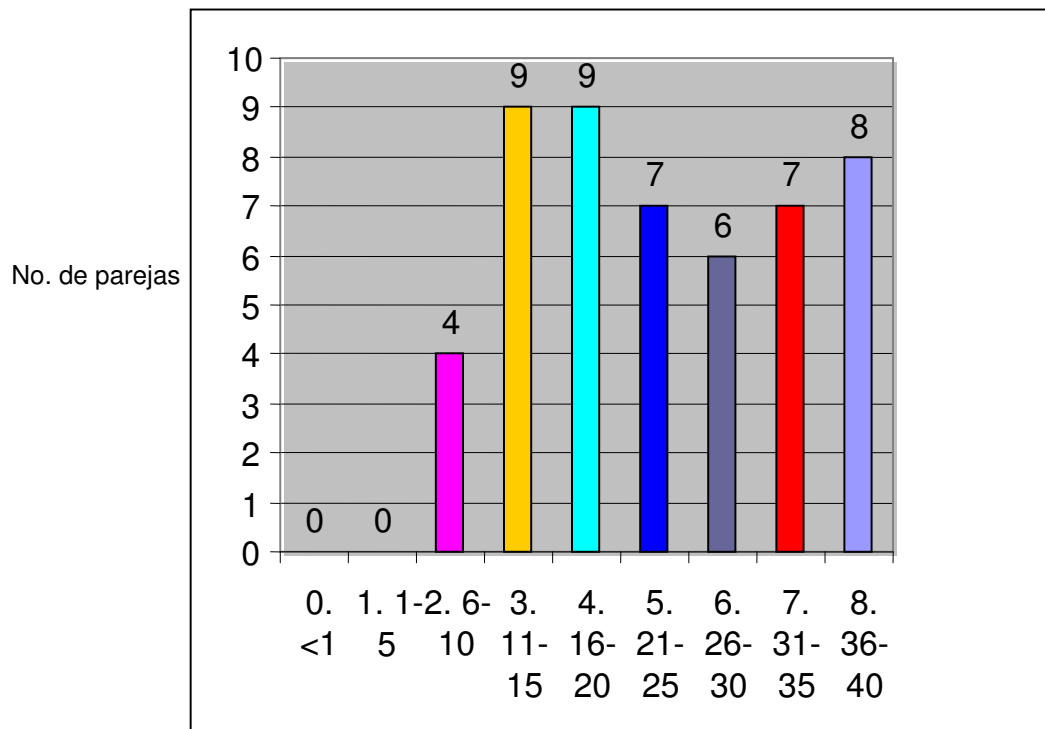
Los años de unión conyugal en primer lugar son entre los 11 y 20 años, en este rubro no se encontró menos de 10 años de unión conyugal. Solo están considerados los años que efectivamente menciona el informante.

Tabla 6 Gráfica 6

Tabla 6		No	%
<b>Años de Unión Conyugal</b>	0. <1	0	
	1. 1-5	0	
	2. 6-10	4	8
	3. 11-15	9	18
	4. 16-20	9	18
	5. 21-25	7	14
	6. 26-30	6	12
	7. 31-35	7	14
	8. 36-40	8	16
<b>Total</b>	<b>50</b>		

Fuente: Encuesta Mosamef

Gráfica: 6



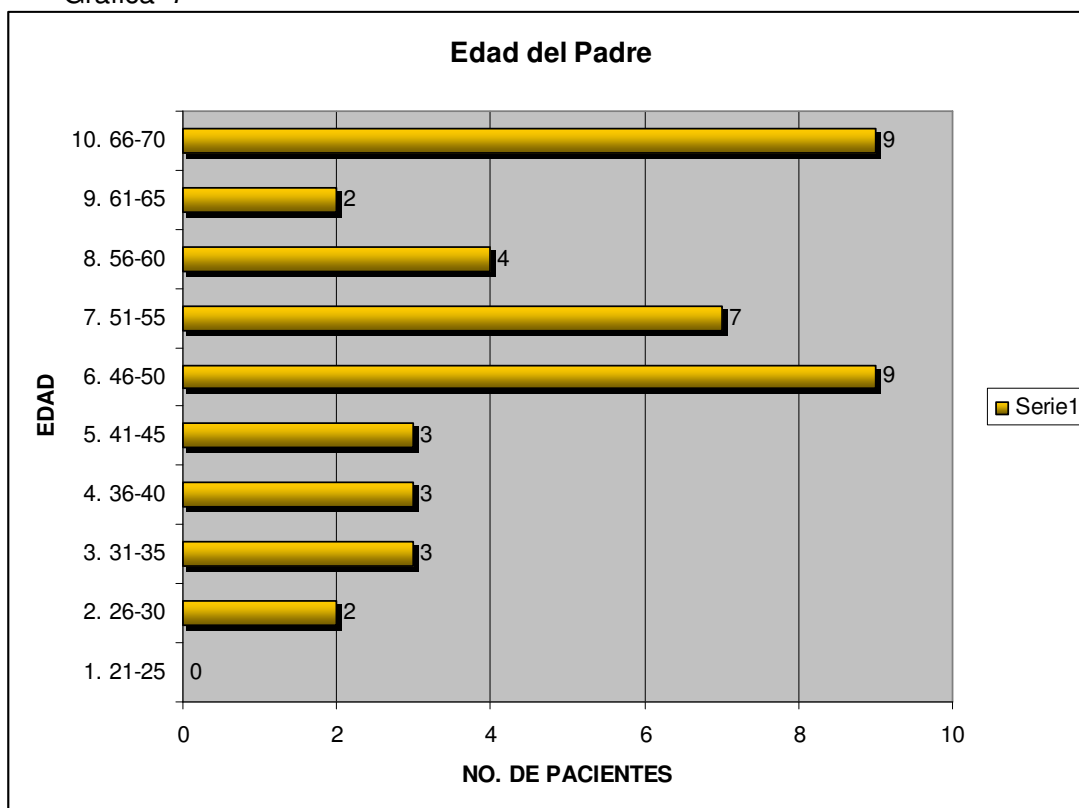
La edad del padre tiene una variante, ya que no se reflejan los 50 pacientes que deben ser. Lo anterior es debido a que son 8 hombres padres de familia que son finados.

La edad más frecuente esta en la edad intermedia de 46 a 50 años y de 66 o más con un 21 % en ambos casos. Tabla 7 y gráfica No.7

Tabla 7

Edad del Padre	No.	%
1. 21-25	0	
2. 26-30	2	5
3. 31-35	3	7
4. 36-40	3	7
5. 41-45	3	7
6. 46-50	9	21
7. 51-55	7	17
8. 56-60	4	10
9. 61-65	2	5
10. 66-70	9	21
<b>Total</b>	<b>42</b>	100

Gráfica 7



FUENTE: Encuesta Mosamef

La Edad de la Madre oscila entre los 26 y mas de 70 años, ella en todos los casos (50) esta presente.

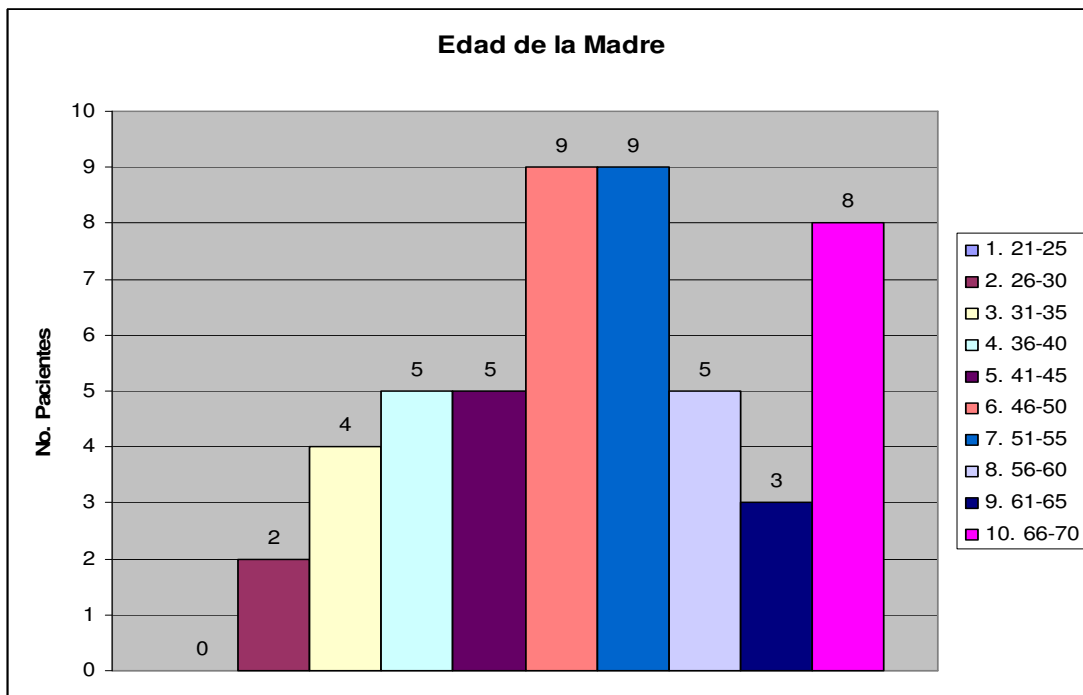
La mayor frecuencia es entre los 46 a 55 años, pero de 66 a 70 se encuentra en segundo lugar de presencia con un 16 por ciento. Gráfica y tabla No. 8

Tabla No. 8

No %

Edad de la Madre	No	%
1. 21-25	0	
2. 26-30	2	4
3. 31-35	4	8
4. 36-40	5	10
5. 41-45	5	10
6. 46-50	9	18
7. 51-55	9	18
8. 56-60	5	10
9. 61-65	3	6
10. 66-70	8	16

**Total** 50 100

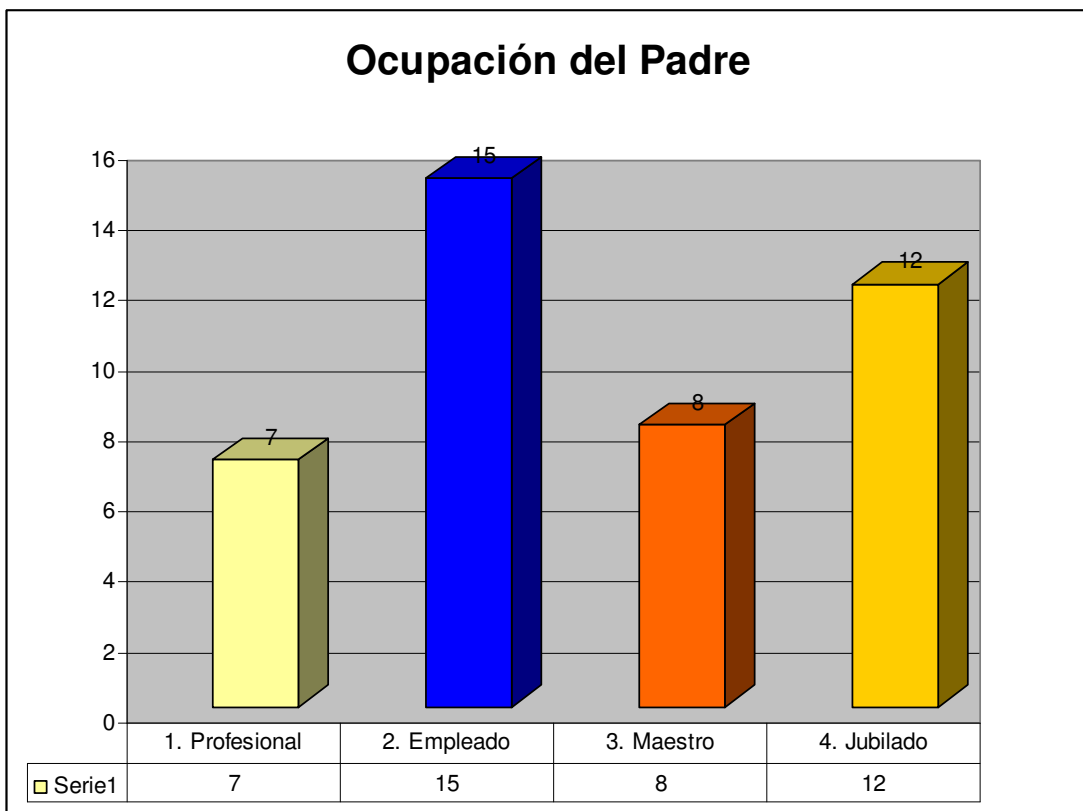


Gráfica: 8

Fuente: Encuesta Mosamef

La ocupación del padre es importante para saber el tipo de ingreso que percibe esa familia. La mayoría (36%) son empleados y en segundo lugar son los jubilados (28%), los que son en menor número son los profesionistas. Véase Gráfica 9 y Tabla 9

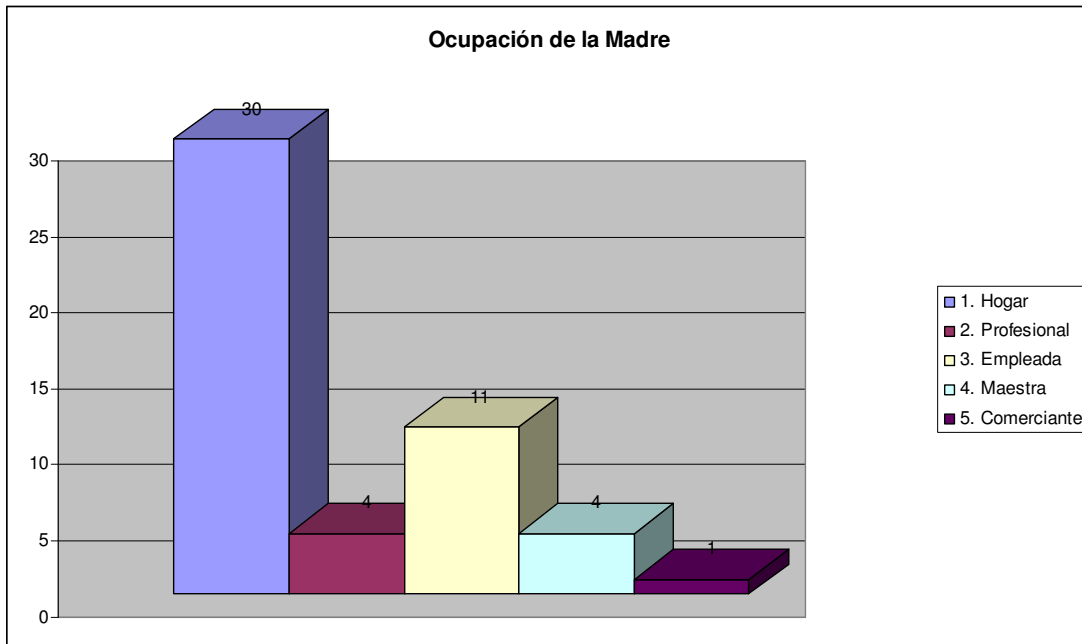
Tabla 9		No.	%
<b>Ocupación del Padre</b>	1. Profesional	7	17
	2. Empleado	15	36
	3. Maestro	8	19
	4. Jubilado	12	28
<b>Total</b>		<b>42</b>	100



Ocupación de la Madre	1. Hogar	30	60
2. Profesional	4	8	
3. Empleada	11	22	
4. Maestra	4	8	
5. Comerciante	1	2	
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	

Dentro de la ocupación de las madres es extremadamente elevado el rubro del hogar con un 60 %, con un rango de tres a uno. La ocupación de menor frecuencia es del 2 %. Ver Tabla 10 gráfica 10

Tabla 10



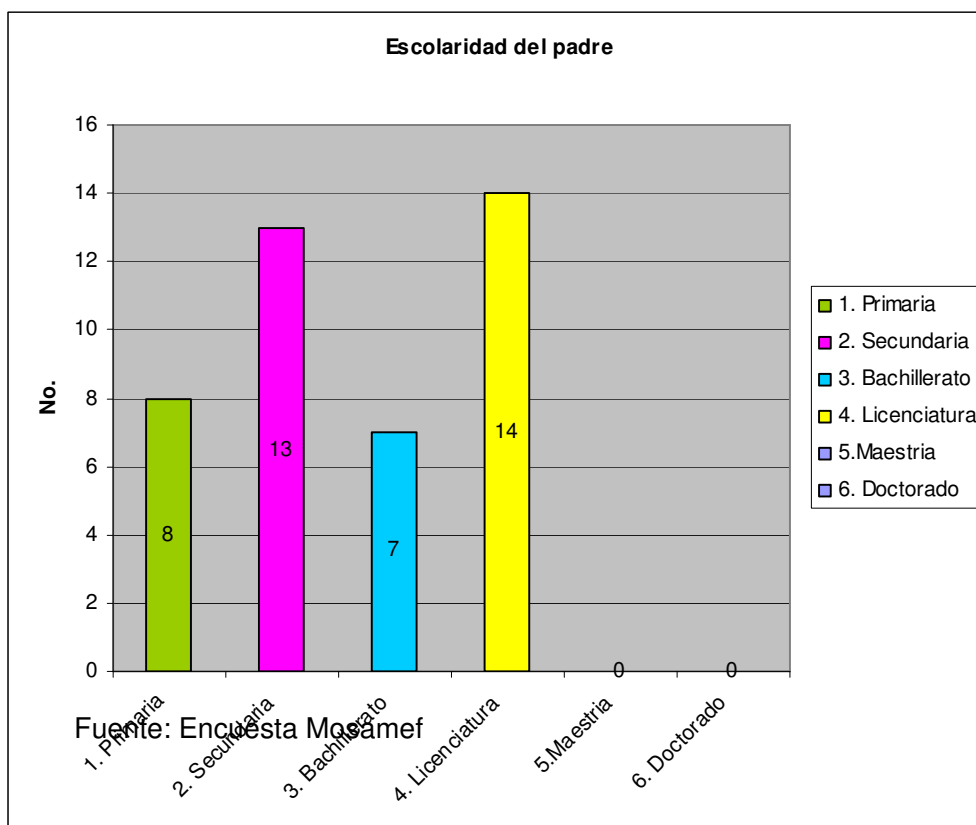
De Acuerdo a su Escolaridad del padre, que solo se tiene datos de 42 de 50 por ser 8 pacientes finados. Pero estadísticamente el 33 por ciento son profesionista, siendo el porcentaje mayor, seguido con 31 % los que cursaron secundaria. Véase Tabla y gráfica 11.

Tabla 11

		No.	%
<b>Escolaridad del Padre</b>	1. Primaria	8	19
	2. Secundaria	13	31
	3. Bachillerato	7	17
	4. Licenciatura	14	33
	5. Maestría	0	
	6. Doctorado	0	
	<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

Fuente: Censo Mosamef

Gráfica 11



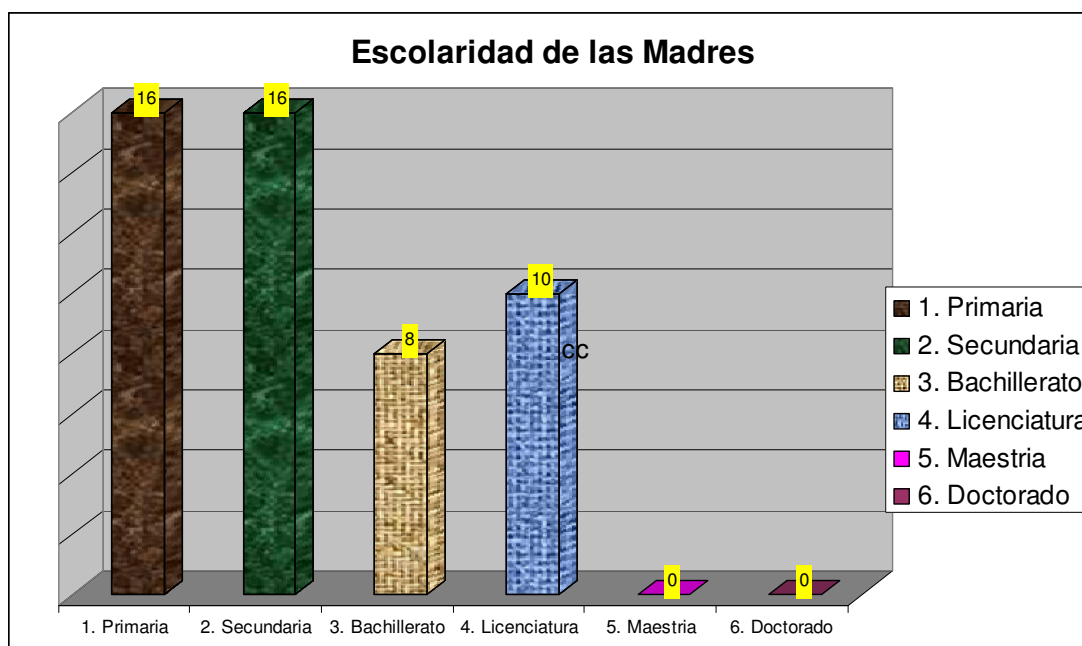
La escolaridad del padre tenemos como la mayor frecuencia la primaria y secundaria con el 32 % y en segundo lugar la licenciatura (20 %). No se contó con ningún analfabeta. Véase Gráfica 12 y Tabla 12

Tabla 12

Escolaridad de la Madre	1. Primaria		2. Secundaria		3. Bachillerato		4. Licenciatura		5. Maestría		6. Doctorado	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1. Primaria	16	32	16	32	8	16	10	20	0	0	0	0
2. Secundaria	16	32	8	16	10	20	0	0	0	0	0	0
3. Bachillerato	8	16	10	20	0	0	0	0	0	0	0	0
4. Licenciatura	10	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5. Maestría	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6. Doctorado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>										

Fuente:

Gráfica 12



Fuente; Encuesta Mosamef

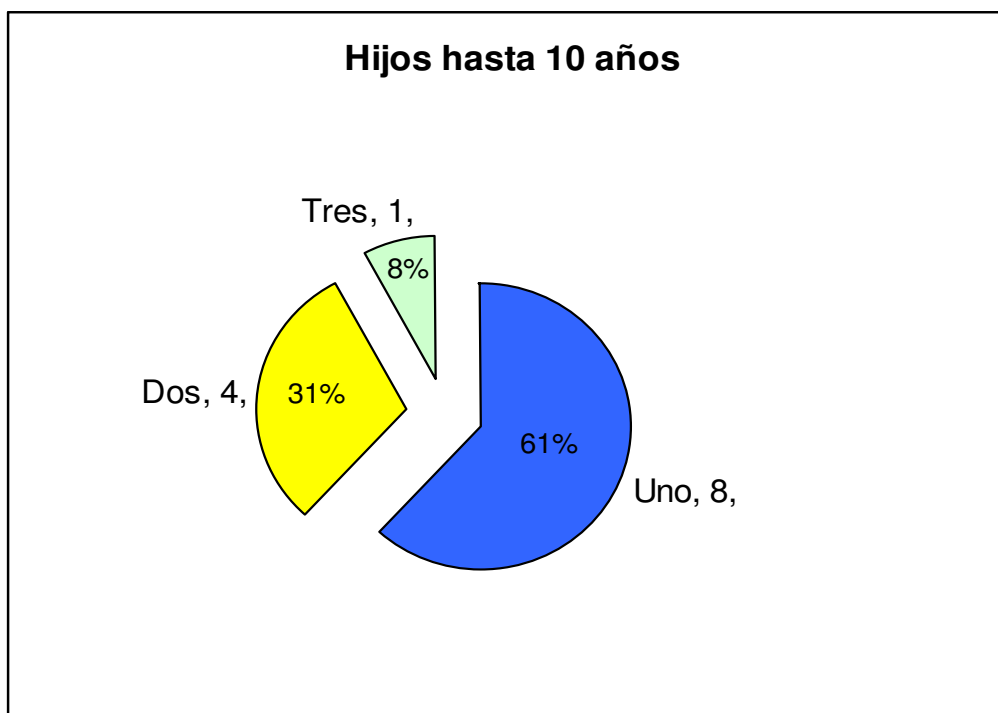


En el número de hijos de acuerdo a su edad (de 0 a 10 años), el de mayor frecuencia fueron los padres que tenían un hijo (62 %). Y el menor con 1 (7%), aquellos que tenían más de tres hijos. Esto nos da la idea de que actualmente las parejas tienen menor número de hijos.

Ver. Tabla 13 y Gráfica 13.

Tabla 13		No.	%
Hijos	Uno	8	62
Hasta 10 Años	Dos	4	31
	Tres	1	7
	Total	<b>13</b>	100

Gráfica No 13.



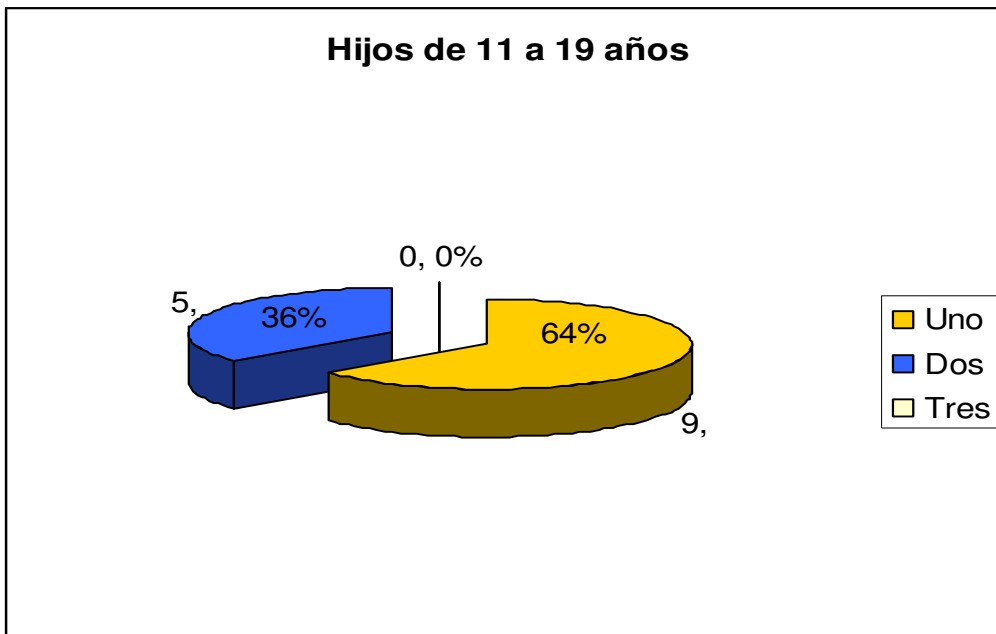
Fuente: Encuesta Mosamef

En el rubro de No. De hijos e 11 a 19 años de edad, con un hijo se presentan nueve familias que significa el 64 % y no hubo familias que tuvieran más de dos hijos.  
 Tabla 14 y Gráfica 14

Tabla No. 14 No. %

<b>Hijos De 11 a 19 Años</b>	Uno	9	64
	Dos	5	36
	Tres	0	
	<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Mosamef



Fuente: Encuesta Mosamef

Gráfica: 14

En esta estadística que es la de el número de hijos mayores de 20 años, encontramos que el mayor porcentaje con 34 %, son de las familias que tienen dos hijos.

Sin embargo lo que prevalece en este grupo es que hay familia con cuatro o más hijos. Lo que nos indica que las familias más jóvenes tienen menor número de hijos. Tabla 15 y Gráfica 15.

No %

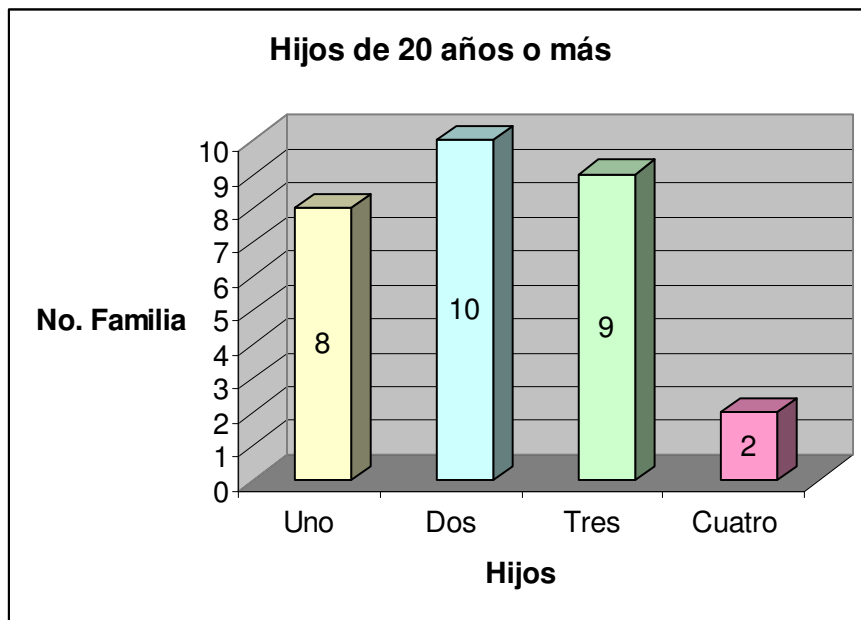
Hijos 20 Años o Mas	No	%
Uno	8	27
Dos	10	34
Tres	9	32
Cuatro	2	7
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100</b>

Tabla 15

Tabla: 15

Fuente: Encuesta Mosamef

Gráfica: 15



Fuente: Encuesta Mosamef

En la clasificación de familia según su parentesco, con el 44 por ciento fue la familia nuclear simple la que predomina.

Con el 16 % en segundo término esta la Extensa y de menor incidencia sin registro fue la reconstruida o binuclear. Gráfica 16 tabla 16

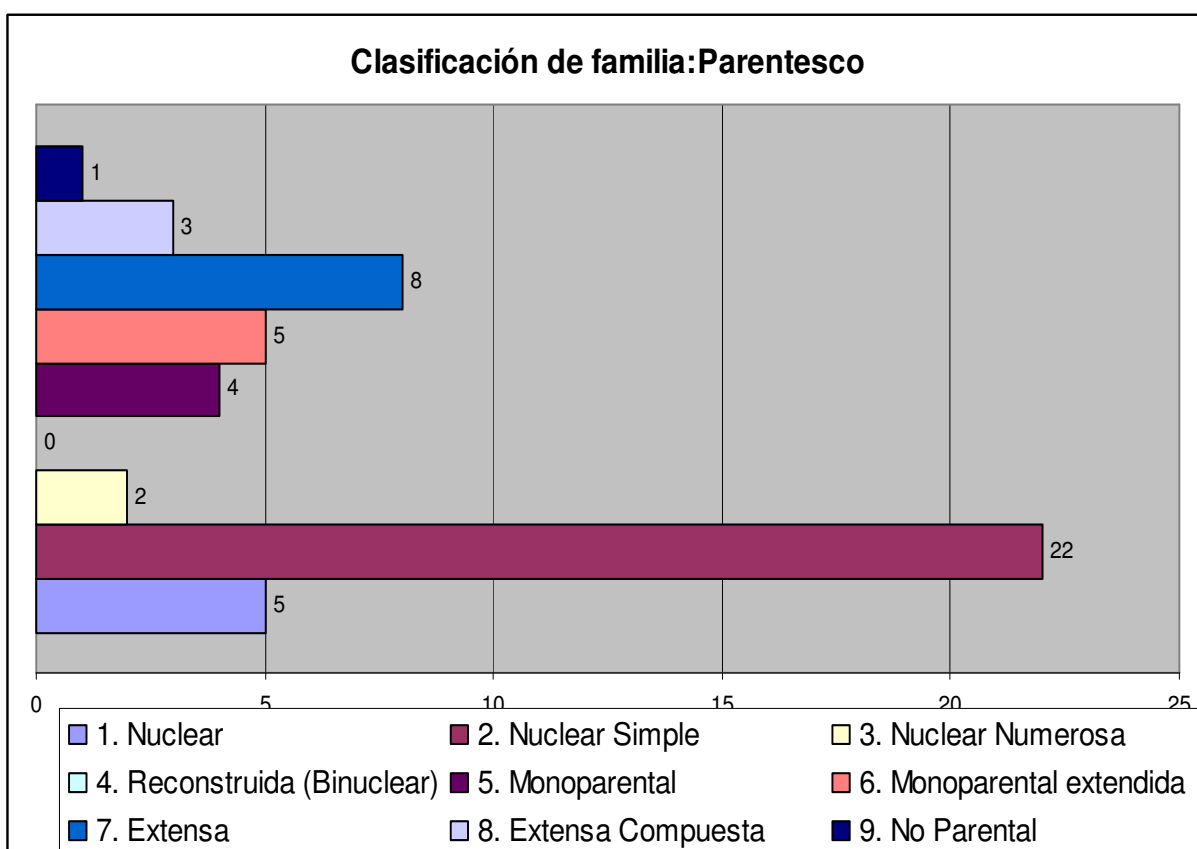
Tabla 16

No. %

Parentesco	No.	%
1. Nuclear	5	10
2. Nuclear Simple	22	44
3. Nuclear Numerosa	2	4
4. Reconstruida (Binuclear)	0	
5. Monoparental	4	8
6. Monoparental extendida	5	10
7. Extensa	8	16
8. Extensa Compuesta	3	6
9. No Parental	1	2
Total	50	100

Fuente: Encuesta Mosamef

Gráfica 16

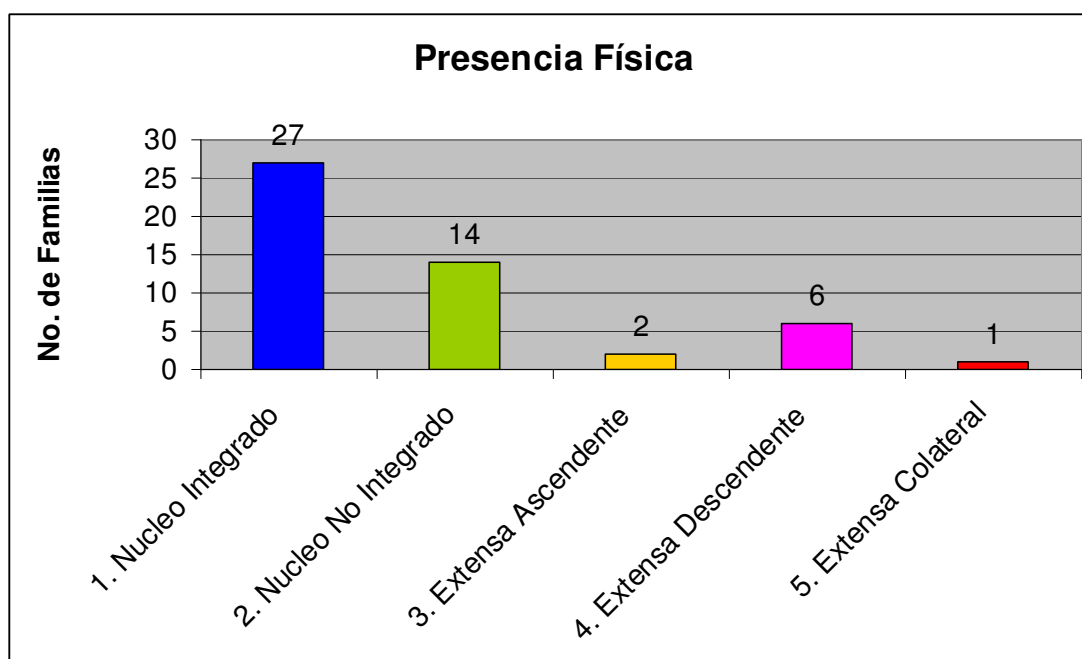


En base a la presencia Física el Núcleo integrado es el mayor presencia con el 54 %, el núcleo no integrado con 28 % y en tercer término se presenta la extensa descendente con el 12 %. Gráfica 17 y Tabla 17

Tabla 17

<b>Presencia Física</b>			
1. Núcleo Integrado	27	54	
2. Núcleo No Integrado	14	28	
3. Extensa Ascendente	2	4	
4. Extensa Descendente	6	12	
5. Extensa Colateral	1	2	
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	

Fuente: Encuesta Mosamef



Fuente: Encuesta Mosamef

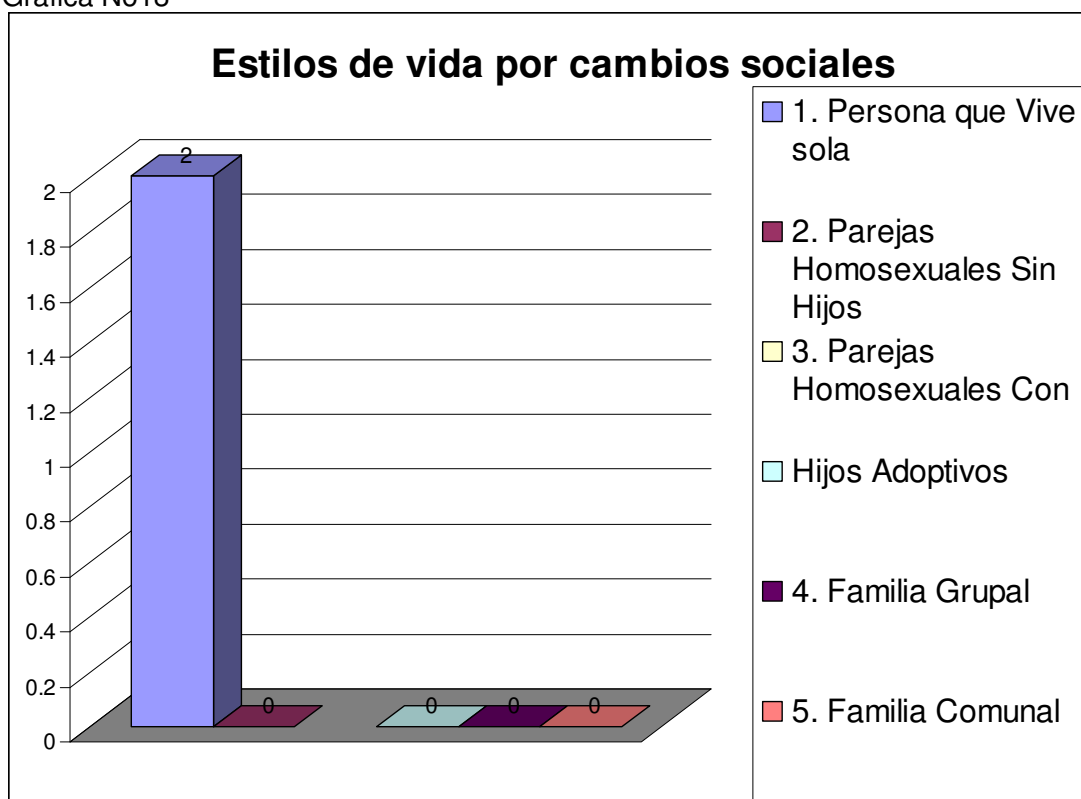
Gráfica 17

En base a los estilos de vida por los cambios sociales solo se presentaron dos casos, los cuales fueron por pacientes que viven solos. Ver Gráfica y tabla 18

Tabla 18

<b>Estilo de Vida por Cambios Sociales</b>		
1. Persona que Vive sola		2
2. Parejas Homosexuales Sin Hijos		0
3. Parejas Homosexuales Con Hijos Adoptivos		0
4. Familia Grupal		0
5. Familia Comunal		0
<b>Total</b>		<b>2</b>

Gráfica No18



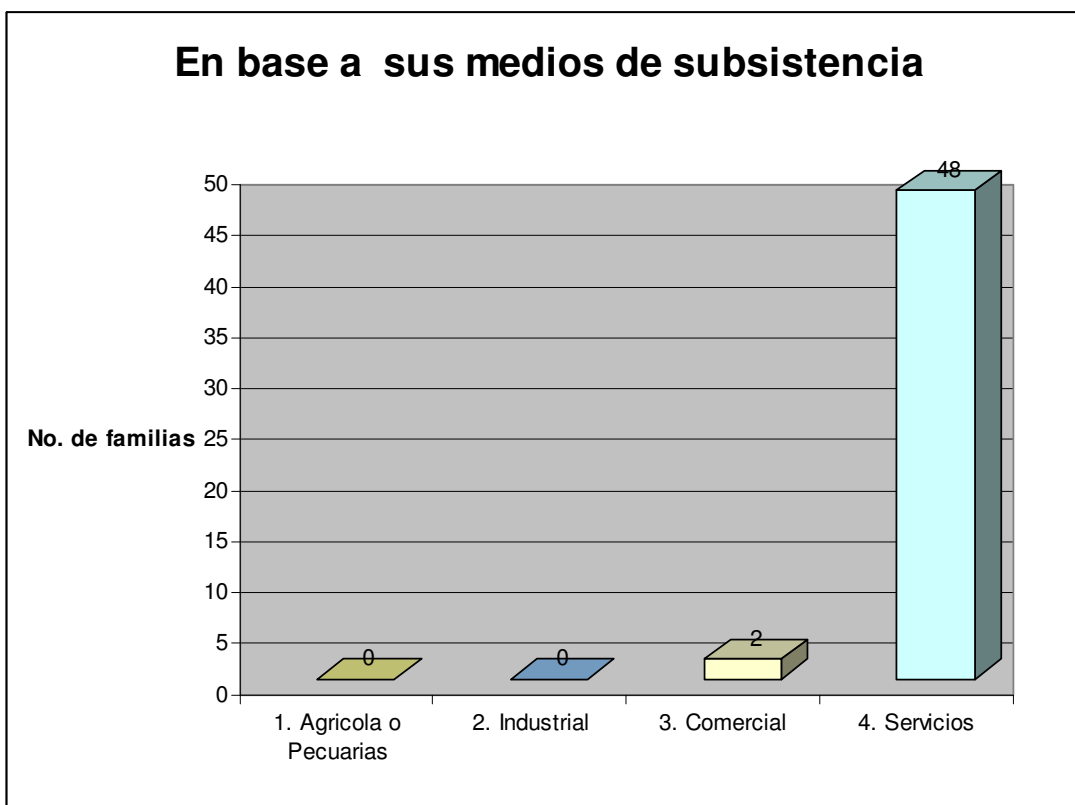
Fuente: Encuesta Mosamef

En base a sus medios de subsistencia el 96 % son trabajadores de servicios, principalmente administrativos y el 4% restante se dedican al comercio. Ver Tabla y Gráfica 19

<b>Con Base en Sus Medios de Subsistencia</b>	1. Agrícola o Pecuarias	0	
	2. Industrial	0	
	3. Comercial	2	4
	4. Servicios	48	96
	<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Mosamef

Gráfica: 19



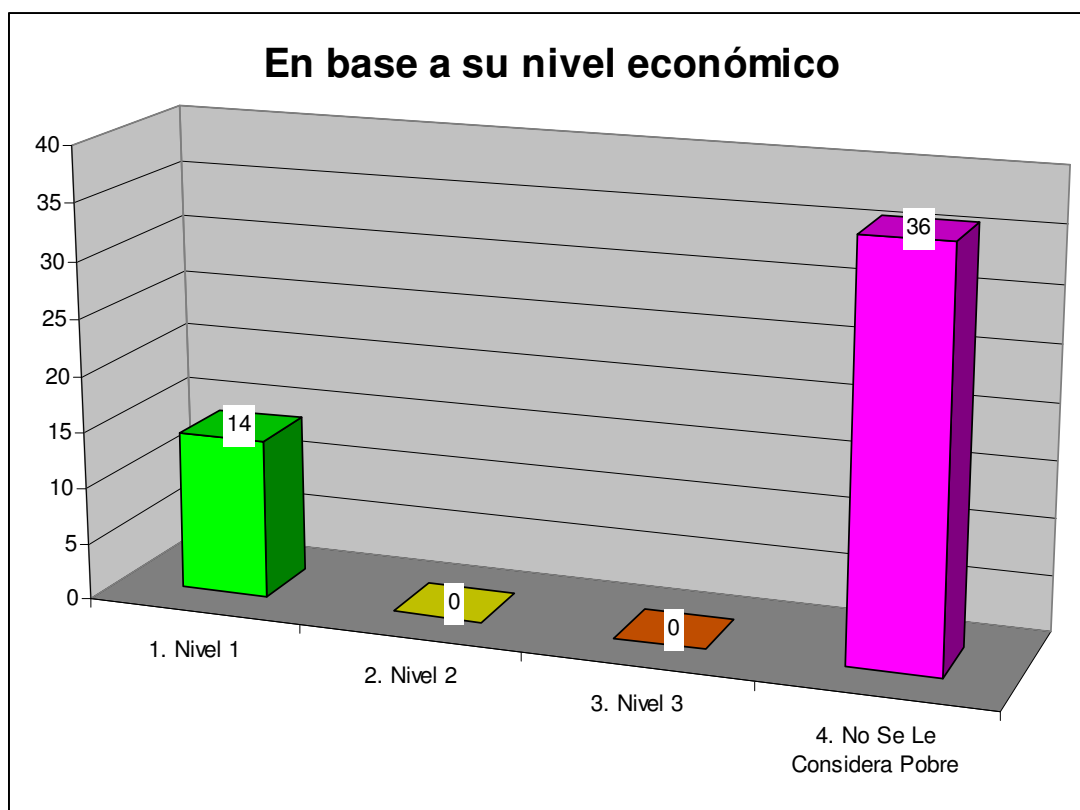
Fuente: Encuesta Mosamef

En esta clasificación de acuerdo a su nivel económico solo se expresaron en dos rubros. En primer lugar con el 72 % a los que no se le consideraron pobres y el 28 por ciento a los del nivel 1, el resto de los niveles no hubo familias que considerar de acuerdo a la encuesta. Ver Tabla 20 y Gráfica 20.

Tabla 20

		No.	%
<b>Con Base en Su Nivel Económico</b>	1. Nivel 1	14	28
	2. Nivel 2	0	
	3. Nivel 3	0	
	4. No Se Le Considera Pobre	36	72
	<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fuente : Encuesta Mosamef





Gráfica 20

Fuente: Encuesta Mosamef

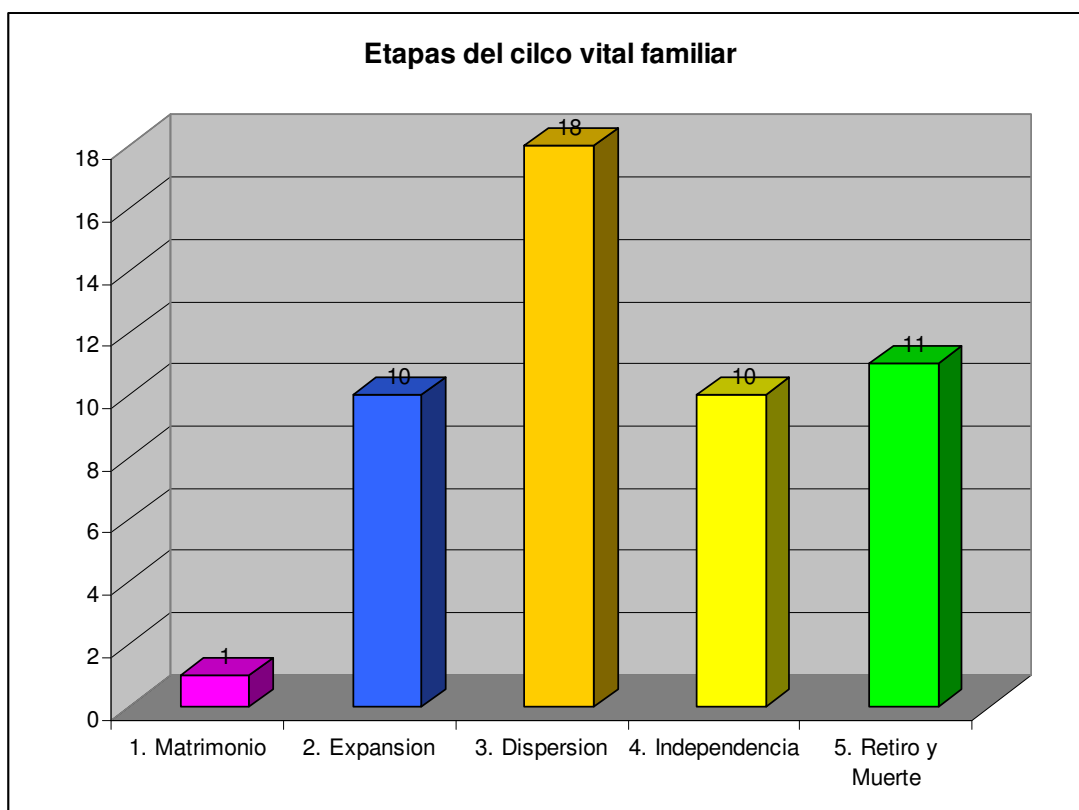
En las etapas del ciclo vital de la familia, en mayor proporción se encuentra la dispersión con un 36 %, seguido de la última etapa, la de retiro y muerte con un 22 %.

La expansión e independencia se presentan con un 20 % y la de matrimonio solo un 2 %.

Tabla: 21

		No.	%
<b>Etapas de Ciclo Vital Familiar</b>	1. Matrimonio	1	2
	2. Expansión	10	20
	3. Dispersión	18	36
	4. Independencia	10	20
	5. Retiro y Muerte	11	22
	<b>Total</b>	50	100

Fuente: Encuesta Mosamef



La pirámide poblacional manifiesta que la población de mayor asistencia a consulta es la de 40 años en adelante, pero quien acude con mayor frecuencia son los pacientes de 75 años y mas.

También se aprecia que es más frecuente que acuda a consulta las mujeres 2 a 1.

Tabla 22

**POBLACIÓN ADSCRITA AL CONSULTORIO 22 TURNO MATUTINO  
DEL HOSPITAL GENERAL I.S.S.T.E. VERACRUZ  
GRUPOS POR EDAD Y SEXO**

Fuente vig. De derecho ISSSTE

Tabla 22

Pirámide Poblacional consultorio 22

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
-1	0	0	0	0
1-4	36	14	50	1.8
5-9	39	26	65	2.33
10-14	29	40	69	2.48
15-17	23	39	62	2.23
18	4	8	12	0.43
19-24	18	21	39	1.4
25-29	22	44	66	2.37
30-34	49	64	113	4.05
35-39	45	82	127	4.56
40-44	70	142	212	7.61
45-49	55	197	252	9.05
50-54	96	187	283	10.16
55-59	86	221	307	11.02
60-64	113	146	259	9.3
65-69	85	175	260	9.34
70-74	106	168	274	9.84
75 +	135	200	335	12.03
<b>TOTALES</b>	<b>1011</b>	<b>1774</b>	<b>2785</b>	<b>100</b>
FUENTE:	Subdirección de afiliación y vigencia		Sep/20006	

## Morbilidad

La morbilidad del consultorio 22 de la consulta externa turno matutino del Hospital General ISSSTE Veracruz, de los 20 diagnósticos por lo que más acuden los pacientes a consulta, son las enfermedades crónicas degenerativas en primer lugar, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

De las primeras enfermedades infecciosas en la morbilidad, son la faringitis, Infección de vías respiratorias altas y infección de vía urinarias.

Y de las últimas enfermedades son la cardiopatía isquémica y el insomnio. Tabla 23

Tabla 23

20 DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES EN EL CONSULTORIO No. 22 EN EL HOSPITAL GENERAL I.S.S.S.T.E. VERACRUZ, VER DE ENERO A JUNIO DE2006

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	%
Hipertensión esencial (primaria)	644	34.9
Diabetes mellitus no especificada, sin mención de complicación	271	14.7
Faringitis aguda, no especificada	118	6.4
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	100	5.4
Otras infecciones agudas de sitios múltiples de las vías respiratorias superiores	78	4.2
Parasitosis intestinal, sin otra especificación	77	4.2
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	70	3.8
Gastritis, no especificada	59	3.2
Esquizofrenia, no especificada	54	2.9
Artrosis, no especificada	52	2.8
Rinofaringitis aguda [resfriado común]	46	2.5
Episodio depresivo, no especificado	39	2.1
Epilepsia, tipo no especificado	33	1.8
Lumbago no especificado	33	1.8
Gonartrosis, no especificada	32	1.8
Micosis superficial, sin otra especificación	31	1.7
Hiperplasia de la próstata	31	1.7
Osteoporosis no especificada, sin fractura patológica	28	1.5
Insomnio no orgánico	24	1.3
Enfermedad isquémica crónica del corazón, no especificada	24	1.3
TOTALES	1844	100.00%

TOTAL DEL No. DE CONSULTAS 2785

FUENTE: SM-10-1 (REPORTE DIARIO DEL MEDICO)

## DISCUSION

En el desarrollo de la investigación encontramos datos interesantes tales como la morbilidad

Ya que los tres primeros padecimientos de nuestros resultados, corresponde a los publicados a nivel nacional por el sector salud como constan en el reporte estadístico del INEGI, IMSS SSA (37).

La hipertensión arterial sistémica, la diabetes Mellitus y las faringitis agudas, son las principales causas de consultas en nuestro consultorio. Lo anterior nos indica que debemos tener mejor conocimiento e estos padecimientos para poder tener un mejor control, medidas preventivas y anticipatorios., para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

Es de notar que las enfermedades crónicas degenerativas representan una frecuencia importante como grupo, coincidiendo con el mayor número de nuestra población que son las de edad adulta y adulta mayor, por lo que persiste este tipo de padecimientos crónicos degenerativos. Los anteriores datos nos permiten observar que nuestra pirámide poblacional probablemente en un futuro no muy lejano se invertirá, presentando una base de estrecha de población infantil y muy ancha en la población de la tercera edad. Lo anterior nos indica que el impacto de esta situación a nivel institucional puede ser en el aspecto económico y de mejorar la capacitación al personal médico y paramédico, en forma específica en la problemática geriátrica de la futura población.

Aunque no predominan de forma importante las enfermedades de vías respiratorias superiores, enfermedades diarreicas y de parasitosis intestinal, se siguen presentando dentro de las causas de consulta. Esto es de manejo más directo del médico familiar ante sus pacientes proporcionando educación para la salud, para evitar este tipo de enfermedades. Esta educación para la salud se puede dar a través de pláticas formales, organizadas por la institución y cuando esto no se realiza, el médico debe hacerlo en el mismo consultorio y en forma personalizada.

Acerca de las características familiares de nuestra población se pueden hacer las siguiente consideraciones.

El estado civil que predomina en el grupo estudiado es el de casados, esto puede significar que tenemos un gran número de pacientes que pertenecen a familias que cuentan con un apoyo que favorecerá su recuperación en caso cursar con algún padecimiento.

Respecto de los, años de unión conyugal se observa que predominan las uniones de mucho tiempo y esto nos puede representar cierta estabilidad conyugal, lo cual puede favorecer en la confrontación en la patología en la familia.

La edad de los padres en general, predominan las de adulto maduro y de a tercera edad, esto debe advertir al medico familiar sobre el tipo de padecimientos que va a presentar esta grupo de población, por lo tanto es recomendable capacitarse en las enfermedades crónicas degenerativas como ya se ha mencionado con anterioridad.

Con respecto a la ocupación de los padres predominan la de empleados y jubilados y en la mujer hay un alto porcentaje que se dedica al hogar. El echo que la mayoría se dedique ser empleados de servicio obedece al tipo de institución ya que agremia a trabajadores al

servicio del estado. El gran porcentaje de jubilados nos indica de la edad mínima con cuenta nuestros pacientes y los tipos de padecimientos que nos puede generar esto. La gran cantidad de mujeres que se dedica al hogar es un recurso más con que cuenta la familia como apoyo para el cuidado de la salud.

En cuanto a la educación de los padres vemos que en el padre hay un buen nivel educacional de ellos, no así en las mujeres. Si tomamos en cuenta que la madre es un gran apoyo en la familia al verse limitado con el nivel de educación esto sería un factor desfavorable en la atención médica.

En cuanto a la edad de los hijos se observa que predominan los de 20 años o más. En general esta población es sana, sin embargo en lo que debe estar en alerta en medico familiar sería la educación sexual y adicciones.

Respecto a la clasificación de las familias con base al parentesco predominan la nuclear simple, cuya característica principal es la de presencia de padre y madre 1 o 2 hijos. Esto puede favorecer una mejor calidad de vida, dado que la distribución de ingreso familiar es más solvente. Sin embargo al ser familias pequeñas puede tener escasas redes de apoyo.

En cuanto a la presencia física en el núcleo, mayoría son e núcleo integrado. Lo cual puede favorecer el cumplimiento de las funciones básicas de la familia en forma integral (socialización, cuidado, afecto, reproducción y educación sexual y status).

Con base a los estilos de vida por cambios sociales solo se encontraron dos casos en que la persona vivía sola. Esto implica que al padecer alguna patología y sin redes sociales cercanas, se encontraría en desventaja para la recuperación de su salud.

En base a sus medios de subsistencia, la gran mayoría lo hace a través del otorgamiento de servicios, lo cual como se ha dicho antes obedece a la naturaleza de la a institución que agremia a trabajadores de la federación.

Con base en su nivel económico a la mayoría de las familias estudiadas no se le consideró pobre, lo cual puede ser considerado por el tipo de ingreso que tiene el trabajador federado.

En cuanto al ciclo vital hay una gran variedad de etapas, el porcentaje se distribuye forma cercana entre las de expansión, dispersión independencia retiro y muerte. Este significa que el médico debe estar preparado para la s necesidades de salud propias de estas etapas. En la etapa de expansión probablemente las necesidades sean más de salud reproductiva, en la dispersión se tendrá que poner mayor atención en el control de crecimiento y desarrollo de los infantes. En la etapa de independencia se necesitará apoyo para orientación sexual y adicciones. Y en la etapa de retiro y muerte debemos de tener mayor conocimiento y control con las enfermedades crónicas degenerativas.

## CONCLUSION

Las principales características de las familias estudiadas predominan las de estado civil de casados. Los años de unión conyugal predominan la familia con más de 10 años de unión. Las edades predominantes de los padres fue de adulto maduro y de la tercera edad. Las principales ocupaciones del padre son la de empleados y jubilados, mientras que la de la madre es la del hogar. La escolaridad del padre predomina el nivel licenciatura, mientras que en la madre el nivel es de primaria y secundaria. Las edades de los hijos predominan los de 20 o más años.

La clasificación de las familias con base en el parentesco predominaron la nuclear simple. En cuanto a la presencia física predominó el núcleo integrado. En cuanto a los estilos de vida por cambios sociales solo se encontraron dos casos de personas que viven solas. Con base a los medios de subsistencia la gran mayoría se dedica a otorgar servicios. Con respecto a nivel económico la gran mayoría de estas familias no se reconsidera pobre. Finalmente con respecto al ciclo vital no se observa predominio de alguna etapa en particular.

También concluimos que en el consultorio 22 turno matutino de la consulta externa del hospital General ISSSTE Veracruz, Ver. La población con más presencia en la consulta es la edad adulta con 50.65 de frecuencia, en segundo término la edad de adulto mayor con 40.51 de frecuencia y al final la infantil con 8.84 de frecuencia.

En cuanto a la morbilidad la Hipertensión arterial es la número uno seguida de Diabetes mellitus, y en cuanto a crónicas degenerativas fueron seguidas por la Gastritis, Esquizofrenia, Artrosis, Episodio depresivo, Epilepsia, Lumbago, Gonartrosis, Hiperplasia de la próstata, Osteoporosis, Insomnio y Enfermedad isquémica crónica del corazón. Dentro de las enfermedades infecciosas pero tercera en la morbilidad general se encuentra las faringitis, seguido de las Infección de vías urinarias, infecciones agudas de sitios múltiples de las vías respiratorias superiores, Parasitosis intestinal, Diarrea y gastroenteritis, Rinofaringitis aguda [resfriado común] y como última enfermedad se tiene a las micosis superficial.

Los datos encontrados en nuestra morbilidad, pirámide poblacional y en nuestra encuesta de la cedula básica familiar nos dan la pauta de realizar estrategias de intervención temprana en nuestra población adscrita, evitando retardar el daño en las enfermedades crónico- degenerativas y como fue reportado población adulta mayor. Es el núcleo que mas asiste a nuestro consultorio, el programa MOSAMEF permite tener una vinculación con los pacientes conociendo las características que rodean a la familia y que pudieran influir en la presencia y cronicidad de estas.

En base a lo anterior se sugiere como estrategias para una mejor atención integral y continua al paciente y su familia: La optimización de recursos de las instituciones de salud, la capacitación permanente del médico y personal paramédico y el conocimiento de nuestras familias, todo esto se verá reflejado en un mejor control integral del paciente, su familia y su comunidad; al tener dicho control el impacto se verá reflejado en el disminución de gastos hospitalarios y medicamentos en el sector salud.

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

1. Huerta GL, La familia como unidad de estudio. Estudio de la salud familiar. En: Farfán SG, Programa de actualización continua en Medicina Familiar México: Intersistemas 1999. p. 11-37.
2. Irigoyen A, Morales H, Antecedentes Históricos y características de la familia del futuro, En: Irigoyen Coria a, Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar, 2ª. Ed. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana. 2006. p. 13-35.
3. Garza Elizondo, Trabajo con familias en: Celia Gómez Gómez, La Familia:1ª. Edición-editorial Facultad de Medicina Universidad Autónoma de Nuevo León, México 1997.p. 7-12.
4. Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud. 37ª. Sesión del Subcomité de Planificación y programación del Comité, Situaciones de la familia en las Américas, Definiciones, Estructuras y dinámica, 12 Ejecutivo, Washington, D.C., EUA, 26 al 28 Marzo de 2003, p: 5.
5. Elementos Esenciales de la Medicina Familiar, Conceptos Básicos para el estudio de las familias , Código de Bioética en Medicina Familiar, II.- Conceptos básicos para el estudio de las familias. México. Archivos en Medicina Familiar. Vol. 7, Supl1, 2005, p 13 a 19.
6. Irigoyen Coria, Morales H. Diagnóstico familiar. En: Nuevos fundamentos de Medicina Familiar. 1ª. Ed. México: Medicina familiar mexicana; 2005.p. 31-39.
7. Garza Elizondo, trabajando con Familias en: Funciones de la Familia. 1ª. Edición- Editorial Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Nuevo León. México 1997,p 13-18.
8. L. de la Revilla Ahumada y L. Fleitas Cochoy. Instrumentos para el abordaje familiar. Atención longitudinal: el ciclo vital familiar. En: Taylor RB.Medicina de familia principios y practica. Ed. española. Barcelona. Springer-Verlag Ibérica. 1999.p. 115-129.
9. Taylor R. Principios de la medicina de familia: Términos actuales. En: Taylor R. Medicina Familiar. 6ª. Ed. New YorkHardcover.2002. p. 1- 4.
10. Mc Whinney I.Origenes de la Medicina Familiar. En: Mc Whinney I.- Medicina de Familia. Barcelona. Editorial Mosby-Doyma. 1995. p. 3-11.

11. Domínguez J. La Medicina Familiar en México y en el Mundo. En: Irigoyen A. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. 2ª. ed. México: Medicina Familiar Mexicana, 2006. p. 123-133.
12. Chávez V. Especialización en Medicina familiar, modalidad semipresencial en el IMSS. Rev. Med IMSS 2005, 43 (2):175-180.
13. Monroy C, Irigoyen A. La formación de los médicos familiares en el ISSSTE, México: 25 años de evolución. Arch Med Fam 2005; 7(2):31-32.
14. Irigoyen A y cols. Perfil profesional del Médico Familiar en México. En: Irigoyen A. Nuevos fundamentos de medicina familiar. 2ª. Ed. México: Medicina Familiar Mexicana, 2006. p. 135-142.
15. Gallo F. Altisent R. Díez J. Fernández C. Foz G. Granados Ma. Lago F. Perfil profesional del Médico de familia. Atén primaria: 1999; 23. p. 236-248.
16. González P. Los cuatro pilares de la medicina familiar. Arch Med Fam 2004, 6 p. 31-33.
17. MSD, Hipertensión arterial esencial, Manual de Merck del hogar, 2005. disponible en [http://msd.com.mx/publicaciones/mmerck\\_hogar/index.html](http://msd.com.mx/publicaciones/mmerck_hogar/index.html)
18. Massarani U. Karma j. Diabetes Mellitus e hipoglucemia. En: Tierney L, Mc Phee, Papadakis, Diagnóstico clínico y tratamiento. 38a. México El Manual Moderno 2003. p. 1171-1218.
19. Chambers H. Enfermedades infecciosas: En: Tierney L, Mc Phee, Papadakis, Diagnóstico clínico y tratamiento. 38a. México El Manual Moderno 2003. p. 1363-1494
20. Stoller M, Presti J, Carroll p, Facs. Urología, Infección de las vías genitourinarias. En: Tierney L, Mc Phee, Papadakis, Diagnóstico clínico y tratamiento. 38a. México El Manual Moderno 2003. p. 934-937.
21. Jackler r, Kaplan M. Oídos, nariz y garganta. En: Tierney L, Mc Phee, Papadakis, Diagnóstico clínico y tratamiento. 38a. México El Manual Moderno 2003. p. 233-247
22. McQuaid K. Aparato digestivo. En: Tierney L, Mc Phee, Papadakis, Diagnóstico clínico y tratamiento. 38a. México El Manual Moderno 2003. p. 559-604..
23. Eisendrath S, Lichtmacher J. Trastornos psiquiátricos. . En: Tierney L, Mc Phee, Papadakis, Diagnóstico clínico y tratamiento. 38a. México El Manual Moderno 2003. p. 1049-1072



24. Hellman D. FACP, Stone J. Artritis y trastornos musculoesqueléticos. En: Tierney L, Mc Phee, Papadakis, Diagnóstico clínico y tratamiento.38a.México El Manual Moderno 2003. p. 814-826.
25. Aminoff J., Sistema Nervioso, Epilepsia En: Tierney L, Mc Phee, Papadakis, Diagnóstico clínico y tratamiento.38a.México El Manual Moderno 2003. p. 233.
26. Belloc C. Gonartrosis 08-Nov-06 [http://hgm.salud.gob.mx/servmed/\\_orto/guias\\_9a.html](http://hgm.salud.gob.mx/servmed/_orto/guias_9a.html).
27. Berger T, Piel, pelo y uñas; Infecciones Micóticas de la piel. En: Tierney L, Mc Phee, Papadakis, Diagnóstico clínico y tratamiento.38a.México El Manual Moderno 2003. p.139-143.
28. Stoller M, Presti J, Carroll p, Facs. Urología, Hiperplasia prostática benigna. En: Tierney L, Mc Phee, Papadakis, Diagnóstico clínico y tratamiento.38a.México El Manual Moderno 2003. p. 951-958.
29. Fitzgerald P. Endocrinología. Osteoporosis. En: Tierney L, Mc Phee, Papadakis, Diagnóstico clínico y tratamiento.38a.México El Manual Moderno 2003. p.1135-1137.
30. Massie B. Amidon T. Corazón. Cardiopatía Isquémica. En: Tierney L, Mc Phee, Papadakis, Diagnóstico clínico y tratamiento.38a.México El Manual Moderno 2003. p. 375-379
31. Irigoyen A, Morales H, Bases Conceptuales del Modelo de Atención Médica Familiar. 1ª. ed. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana; 2000. p. 23-62.
32. Zurro M., Cano F., Atención Primaria de Salud. En: Zurro M. Atención Primaria, Conceptos, Organización práctica clínica. 4ª. ed. España: Harcourt Brace; 1999. p.3-15.
33. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Diario Oficial de la federación <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html> (3 julio 2006)
34. Código de conducta para el personal de salud 2002. <http://salud.gob.mx/dirgres/codigo/ccps2002.html>.
35. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la a Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos Tokio 2004. [www.wma.net/s/policy/b3.htm](http://www.wma.net/s/policy/b3.htm) (jul-06).

36. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. Código de Actuación. [www.fovissste.gob.mx/work/resources/LocalContent/576/1/codigo-actuacion2004.pdf](http://www.fovissste.gob.mx/work/resources/LocalContent/576/1/codigo-actuacion2004.pdf) - (3 de julio 2006).
37. Méndez I, Namihira D, Moreno L., Sosa C. El protocolo de Investigación, 10ª. Reimpresión. México: Trillas; 2006. p. 11-31.
38. Instituto Mexicano del Seguro Social. Principales motivos de consulta en Medicina Familiar, Veracruz Norte. 2005

Anexo: 1



Folio:

## CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

### DATOS GENERALES DEL INFORMANTE:

Familia: \_\_\_\_\_ No. Expediente del informante: \_\_\_\_\_

Datos de la persona que proporciona la información:

Madre ( ) Padre ( ) Hijo ( )

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( ) Escolaridad: \_\_\_\_\_

### DATOS GENERALES DE LA FAMILIA:

Edo. civil de los padres: Casados ( ) U. libre ( ) Otro ( )

Años de unión conyugal: \_\_\_\_\_

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

Ocupación del padre: \_\_\_\_\_

Ocupación de la madre: \_\_\_\_\_

Escolaridad del padre: \_\_\_\_\_

Escolaridad de la madre: \_\_\_\_\_

Número de hijos (hasta de 10 años de edad): \_\_\_\_\_

Número de hijos (de 11 a 19 años de edad): \_\_\_\_\_

Número de hijos (de 20 ó más años de edad): \_\_\_\_\_

TOTAL: \_\_\_\_\_

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

### CLASIFICACION DE LA FAMILIA:

MARQUE CON UNA EQUIS (X)

A) Parentesco:

Nuclear ( ) Nuclear simple ( ) Nuclear numerosa ( ) Reconstruida (binuclear) ( )

) Monoparental ( )

Monoparental extendida ( ) Extensa ( ) Extensa compuesta ( )

No parental ( )

B) Sin parentesco: Monoparental extendida sin parentesco ( )

Grupos similares a familias ( )

C) Con base en la presencia física y convivencia:

Núcleo integrado ( ) Núcleo no integrado ( )

Extensa ascendente ( ) Extensa descendente ( )  
Extensa colateral ( )

D) Estilos de vida originados por cambios sociales:

Persona que vive sola ( ) Parejas homosexuales sin hijos ( )  
Parejas homosexuales con hijos adoptivos ( ) Familia grupal ( )  
Familia comunal ( ) Poligamia ( )

E) Con base en sus medios de subsistencia:

Agrícola o pecuarias ( ) Industrial ( ) Comercial ( ) Servicios ( )

F) Con base en su nivel económico; Pobreza familiar:

Nivel 1 ( ) Nivel 2 ( ) Nivel 3 ( ) No se le considera pobre ( )

G) Etapa del ciclo vital familiar:

Matrimonio ( ) Expansión ( ) Dispersión ( )  
Independencia ( ) Retiro y muerte ( )

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Departamento de Medicina Familiar  
Facultad de Medicina. UNAM.**





ISSSTE

Día Mes Año

INFORME DIARIO DE LABORES DEL MÉDICO

Subdirección General Médica

CLAVE: SM-10-1

Nombre Completo del Médico	Firma	Clave	Especialidad	Horario en consulta	Unidad	Localidad y Entidad
Para Sustituciones:						
Nombre del Médico Sustituto	Firma	Clave	Causa			

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE VALIDO LA VIGENCIA DE DERECHOS:

consulta	Nombre del paciente	Expediente	Vigencia de derechos		Sexo y Edad		Forjamiento	SOLICITUD A				Motivo de la Licencia	Número de serie de licencia médica.	Días de Lic. No de medicina	Motivo de la consulta	Código	Diagnóstico	1ª Vez	Sub-sec	No de gg-di	
			SI	NO	M	F		L	A	R	R										R
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					

(ANEXO 3)