

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO
UNIDAD ACADÉMICA

CLÍNICA HOSPITAL DR. ROBERTO NETTEL FLORES
TAPACHULA CHIAPAS

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y MORBILIDAD MÁS FRECUENTE EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE DE CD. HIDALGO CHIAPAS

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

MARIA DE LA LUZ GARCÍA GARCÍA

TAPACHULA DE CORDOVA Y ORDOÑEZ
CHIAPAS

2007



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.

**CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y MORBILIDAD MÁS FRECUENTE EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE DE CD. HIDALGO CHIAPAS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

MARIA DE LA LUZ GARCÍA GARCÍA

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. FELIPES DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

**CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y MORBILIDAD MÁS FRECUENTE EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE DE CD. HIDALGO CHIAPAS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

MARIA DE LA LUZ GARCÍA GARCÍA

AUTORIZACIONES:

DR. CARLOS ALBERTO MONTESINOS LÓPEZ
DIRECTOR DE LA CLÍNICA HOSPITAL
DR. ROBERTO NETTEL FLORES TAPACHULA

DR. MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ PÉREZ
SUBDIRECTOR DE LA CLINICA HOSPITAL
DR. ROBERTO NETTEL FLORES TAPACHULA

DR. GERARDO RUBÉN GAMBOA DE ALBA
JEFE DE ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA HOSPITAL
DR. ROBERTO NETTEL FLORES TAPACHULA

**CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y MORBILIDAD MÁS FRECUENTE EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE DE CD. HIDALGO CHIAPAS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

MARIA DE LA LUZ GARCÍA GARCÍA

AUTORIZACIONES:

DRA. ANA MARÍA NAVARRO GARCÍA
ASESOR DE TESIS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

DR. GUSTAVO ADOLFO CASTRO HERRERA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN DEL ISSSTE.

TAPACHULA DE CORDOVA Y ORDOÑEZ
CHIAPAS

2007

DEDICATORIA

A mis hijos Miguel A. Arturo y Gabriela:

Que la superación personal y adquisición
de nuevos conocimientos obtenidos sirva
de ejemplo y guía para sus vidas.

A la memoria de mi madre
Por su amor incondicional

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por estar siempre presente en mi vida.

A mis padres:

Por su apoyo incondicional, y sus enseñanzas.

A mis profesores:

Por sus enseñanzas, y motivación para seguir mejorando continuamente.

A la Universidad Nacional Autónoma de México:

De quien siempre he estado orgullosa por haberme formado en sus aulas y por seguir recibiendo sus conocimientos.

Al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado:

Donde me he realizado en el ejercicio de mi profesión y a quien debo corresponder con ética y dedicación.

Al Dr. Miguel Ángel Hernández Pérez:

Por sus enseñanzas y dedicación para que se realizara el curso de medicina familiar ya que sin su apoyo no hubiera sido posible realizarlo.

A mis asesores:

Dr. Arnulfo Irigoyen Corea, Dr. Francisco Javier Gómez Clavelina, Dr. Isaías Hernández Torres por los conocimientos transmitidos para la realización de este trabajo de investigación, en especial a la Dra. Ana María Navarro García, por sus conocimientos, tiempo y paciencia que me llevaron a la conclusión de este trabajo.

INDICE

| TEMA | PÁGINA |
|---|---------------|
| I.- MARCO TEÓRICO | |
| a.- Antecedentes Históricos de la Familia | 1 |
| b.- Atención Primaria a la Salud | 3 |
| c.- Atención Primaria a la Salud Enfocada a la Familia | 5 |
| d.- Orígenes de la Medicina Familiar en México y el Mundo. | 7 |
| e.- Elementos esenciales de la Medicina Familiar | 8 |
| f.- Fundamentos del MOSAMEF y la Medicina Familiar | 9 |
| g.- Epidemiología | 12 |
| h.- Elementos Demográficos de las Familias | 13 |
| i.- Estructura familiar | 13 |
| j.- Funciones de la Familia | 18 |
| k.- Clasificación de la Familia | 18 |
| l.- Ciclo Vital | 21 |
| II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 25 |
| III.- JUSTIFICACIÓN | 26 |
| IV.- OBJETIVOS | 27 |
| V.- MATERIAL Y MÉTODOS | 28 |
| a.- Tipo de estudio | 28 |
| b.- Población, lugar y tiempo | 28 |
| d.- Tipo y tamaño de muestra | 28 |
| e.- Criterios de selección, inclusión, exclusión y eliminación | 28 |
| f.- Definición de variables y unidades de medición | 29 |
| g.- Procedimiento y recolección de la información | 31 |
| VI.- CONSIDERACIONES ÉTICAS | 32 |
| VII.- RESULTADOS | 33 |
| VIII.- DISCUSIÓN | 40 |
| IX.- CONCLUSIONES | 42 |
| BIBLIOGRAFIA | 43 |
| ANEXOS | 45 |
| a.- Instrumentos de evaluación, Cédula de Identificación familiar (CEBIF) | 45 |
| b.- Recursos materiales | 47 |
| c.- Cronograma de actividades | 48 |

MARCO TEÓRICO

La medicina familiar surgió en varios países del mundo como una necesidad para la atención primaria a la salud de la familia para proporcionar cuidados médicos en forma integral nace de la necesidad dar una atención humanística y general, tomando en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo y su familia, para comprender esto es importante conocer sus antecedentes, su origen y su filosofía.

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA FAMILIA

La familia ha sido desde la antigüedad una institución y base de la sociedad, en su evolución histórica ha experimentado diferentes transformaciones lo que le ha permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época.

Aunque la sociedad es tan antigua como la especie humana fue a mediados del siglo XIX en que se convirtió en objeto de estudio científico cuando Morgan, McLennan y Bachofen, entre otros la consideraron una institución social e histórica, cuya estructura y función es determinada por el grado de desarrollo de la sociedad en general.

“Las etapas fundamentales de la evolución de la familia definidas por Morgan, fueron tomadas por Engels en su obra el origen de la familia, la sociedad privada y el estado”¹.

“En la actualidad se encuentra plenamente reconocida la influencia que tuvo en el pensamiento humano la publicación del libro de Darwin sobre el origen de las especies por medio de la selección natural o la preservación de razas favorecidas en la lucha por la supervivencia publicada por Lewis Henry Morgan, en 1859 y en 1877 Morgan probablemente influenciado por Darwin presenta su obra La sociedad Antigua.”²

En sus trabajos acerca de la familia Morgan describió por etapas el curso del desarrollo social humano, desde un estado original de salvajismo y de total promiscuidad sexual hasta la civilizada familia monogámica.¹

Para los teóricos modernos en la evolución social, el matriarcado sería un estadio necesario en la evolución de las poblaciones predominantemente nómadas, dedicadas especialmente a la caza y cría de animales, los hombres partían a la caza o llevaban a los animales a distantes pastizales, en tanto las mujeres se conformaban en un elemento de estabilidad social, permaneciendo en los campamentos con los hijos desarrollándose así bajo la influencia materna.²

La era de la caza y de los individuos nómadas fue remplazada por la vida agrícola hace 10 000 años, pasando el hombre a la era agrícola sedentaria en la que empezaron a cultivar una área definida en forma regular.

Estas épocas remotas estuvieron caracterizadas por grandes grupos emparentados, llamados familias, clanes, linaje o tribus.³

Según los sociólogos del siglo XIX todas las sociedades habrían sido matriarcales en su origen, y después fueron pasando progresivamente al régimen patriarcal, debido entre otros factores al desarrollo de la agricultura, la cual trajo consigo un sin número de ventajas sociales, ya que obligo a los padres a ser quienes transmitían a sus hijos las técnicas de agricultura y los conocimientos adquiridos a lo largo de su vida.²

-A Maclennan se deben los datos sobre la exogamia y endogamia, poliandria y poliginia.

- Exogamia (del griego exo: fuera de, y gamein: casarse). Consistía en la costumbre masculina de buscar pareja en otras tribus. Era la estrategia de los grupos sociales de establecer alianzas con otros.
- Endogamia (del griego éndon: dentro, y gámos: boda). Unión matrimonial dentro del grupo de miembros o individuos de una misma casta, tribu o linaje, con la prohibición de hacerlo fuera, lo que aislaba al grupo del intercambio con otras poblaciones de la especie.
- Poliandria. Una sola mujer comparte simultáneamente varios hombres, frecuentemente hermanos y que invariablemente viven bajo el mismo techo. Es un tipo de familia que lleva al matriarcado y es poco frecuente.
- Poliginia. Un solo hombre se encuentra unido a varias mujeres con las que puede tener hijos. Por lo general tales mujeres habitan con sus hijos y son visitadas por el progenitor.¹

Morgan señala que a partir de la promiscuidad absoluta aparecen otras formas diferentes de familias.

- **Familia consanguínea:** predominan las relaciones incestuosas entre hermanos, siendo excluidos padres e hijos de las relaciones sexuales recíprocas.
- **Familia punalúa o familia por grupo:** se prohíbe el incesto incluyendo a los hermanos, los hombres de un grupo son considerados desde el nacimiento como esposos de las mujeres de otra familia.
- **Familia sindiásmica o patriarcal:** la división de las tareas, necesaria por el desarrollo de la agricultura, lleva a la conformación de este tipo de familia, en la que el hombre vive con una sola mujer, pero mantienen el derecho de la poligamia y la infidelidad, en esta se funda el principio de autoridad absoluta del jefe de la familia.
- **Familia monogámica:** tiene su origen en la forma anterior, y se caracteriza por la unión libremente escogida de dos individuos. Es la familia de la cultura actual.

La definición de la palabra familia, etimológicamente es de origen latino, deriva de la raíz latina famulus, que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo famul, que se origina de la voz osca famel, que significa esclavo doméstico.¹

El término familia puede incluir varias definiciones por lo que resulta difícil elaborar un concepto de familia que tenga un carácter universal, ya que esta adopta formas y dimensiones tan diferentes en cada sociedad que no es fácil discernir sobre los elementos que puedan ser comunes, sin embargo la evolución del grupo familiar ha tenido múltiples definiciones con diferentes niveles de aplicación. De esta manera, el grupo formado por marido y mujer e hijos sigue siendo la unidad básica preponderante en la cultura occidental, conservando aún la responsabilidad de proveer de nuevos miembros a la sociedad, socializarlos y otorgarles protección física y apoyo emocional.

El concepto familia incluye una compleja organización biopsicosocial con diversas dimensiones de funciones. Es la matriz de un grupo muy peculiar, con lazos especiales para vivir juntos y que tiene un potencial para crecer, desarrollarse y comprometerse.

La OMS comprende como parte de la familia a los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción, y matrimonio.

El diccionario de la lengua española dice que “la familia es el grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje”¹

La familia es un grupo primario con las características propias de un sistema natural abierto, en donde las acciones de cada uno de los miembros, producen reacciones y contra reacciones en los otros y en el mismo, este sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de subsistemas organizados por generaciones, sexos, intereses y funciones, por eso no solo debe ser entendida en función de la personalidad de sus integrantes, sino también en cuanto a las relaciones interpersonales que ellos se establecen.

La familia es la unidad social y es fuente primordial de problemas de salud, la familia se transforma muchas veces en el foco para los problemas de salud que derivan de su mal funcionamiento, pero también es un recurso primordial para resolver problemas de salud en general, incluso cuando la causa del problema está fuera de la casa.⁴

La familia ha sido motivo de estudio de las diferentes disciplinas, sin embargo en épocas recientes la medicina se propuso estudiarla en forma sistemática y científica, dejando el individuo de ser analizado como un ente exclusivamente biológico, y cobrando interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afecta de una u otra forma, la salud del individuo.¹

ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

Después de los años 70 y a raíz de la conferencia de Alma Ata los gobiernos de las naciones han ido asumiendo la necesidad de reorientar los sistemas de salud, considerando como un derecho fundamental de las personas, por lo que necesita la colaboración y coordinación de los diferentes sectores tanto técnicos como sociales para ir ofreciendo cada vez un mejor nivel de salud a su población.

El desarrollo de la tecnología, la especialización y el desarrollo de esta en los grandes hospitales, han sido los tres elementos que han definido a la medicina en los últimos años, ha alcanzado niveles elevados de complejidad científica y técnica, que es imposible dominarlos por lo que se crearon sub especialidades, que solo son aplicados en los hospitales, las nuevas tecnologías requieren especialistas para su diseño y manejo, volviéndose cada vez más complejas y absorbiendo gran cantidad de recursos humanos y materiales, que solo se emplean para una pequeña parte de la totalidad de los problemas de salud individual y colectiva, los recursos no alcanzan a cubrir las necesidades de la población, por eso se hizo necesario establecer políticas de salud⁵

La atención primaria a la salud, es un modelo organizativo de cuidados médicos, atendiendo al individuo, su medio, su familia y su comunidad y se caracteriza por realizar trabajos en equipos multidisciplinarios, integrando las actividades curativas con las de prevención y promoción a la salud, programando y protocolizando la asistencia social utilizando soportes documentales y registros específicos de la atención primaria como son, historias clínicas de grupos de riesgo y otros, además de desarrollar actividades docentes y de investigación

La atención primaria a la salud (APS), en los países en vías de desarrollo ha presentado varias dificultades, como la pobreza, la falta de agua potable, drenaje, etc., sumando a esto la utilización incorrecta de los escasos recursos disponibles.

La APS se define como “la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, todas y cada una de las etapas de su desarrollo”⁵

La APS esta dirigida a solucionar las necesidades y los problemas de salud concretos de cada comunidad y que deben ser abordados a partir de actividades coordinadas, de promoción, prevención, tratamiento rehabilitación, potenciando al mismo tiempo la auto responsabilidad y la participación comunitaria.

La atención primaria a la salud tiene cuatro facetas diferentes:

1.-*Es un conjunto de actividades*, de educación sanitaria, nutrición adecuada, agua potable, atención materno-infantil, inmunización, prevención y control de enfermedades endémicas, tratamiento básico de los problemas de salud, provisión de medicamentos básicos.

2.-*Es un nivel de atención*. De primer contacto de la población con los cuidados sanitarios profesionales y son atendidos mas del 90 por 100 por el médico.

3.- *Es una estrategia*. Debe ser accesible y atenta a las necesidades de la población y basada en la participación de la comunidad

4.- *Es una filosofía*. Debe ser socialmente justa, con igualdad, solidaridad internacional, auto responsabilidad y aceptación como concepto de salud.⁶

Los contenidos prioritarios de atención primaria a la salud en general son: Salud materno infantil, inmunizaciones, control de enfermedades diarreicas, control de enfermedades respiratorias agudas, control de enfermedades de transmisión sexual, salud mental, salud dental, prevención, control y rehabilitación de enfermedades cardiovasculares, degenerativas y de cáncer, prevención de accidentes, control de enfermedades ocupacionales, erradicación de la malaria, control de otras enfermedades parasitarias, erradicación del vector de la fiebre amarilla, alimentación y nutrición, y salud publica veterinaria.

En algunos países se enfatiza la APS a través de los médicos, por lo que se consideran como especialidades básicas, la medicina general y familiar, la medicina interna, la pediatría y la ginecobstetricia, las demás especialidades son de referencia.⁷

ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD ENFOCADA A LA FAMILIA

Desde el nacimiento de la especialidad de medicina familiar en 1969 un tema de frecuente controversia de hasta que punto la especialidad debe considerar a la familia como una unidad de atención. Uno de los dogmas en medicina familiar ha sido el de proporcionar cuidados médicos globales a toda la familia, reconociendo a la familia como un sistema social y que debe ser una unidad integral para comprender el contexto en el cual un individuo enferma.⁸

La familia es la unidad social básica y aunque su estabilidad se encuentra amenazada constantemente por fuerzas sociales cambiantes también es cierto que una gran mayoría viven en unidades familiares y la mayoría de las personas esperan siga siendo una unidad básica.

Dentro del núcleo de la familia cualquier interrupción del buen funcionamiento de la familia, repercute en todos sus miembros, provocando stress y este es fuente de enfermedad, es de esperar que cualquier enfermedad seria o prolongada, cause depresión en uno o mas miembros de la familia, sobre todo si la enfermedad supone presiones sobre los recursos físicos y emocionales de la familia o si se considera que la enfermedad es grave o fatal. También la familia puede ser en si la unidad de transmisión de enfermedades por su proximidad física, hábitos de vida y factores hereditarios, como las enfermedades infecciosas, la desnutrición, la diabetes por mencionar algunas, en pocas palabras la familia puede ser fuente de todo tipo de enfermedades, psicológicas, psicosomáticas o somáticas.⁴

La familia con frecuencia también se transforma en el centro del manejo de problemas de salud, que fueron resultado de su propio mal funcionamiento, causado por alguna enfermedad específica de un miembro de la familia y por la incapacidad de manejarla por parte del enfermo, de la familia, o de los médicos encargados de atender la salud..

La familia también es un recurso importante para la prevención y el medico familiar puede aconsejar o reforzar las actividades de la familia, para el mantenimiento y conservación de la salud y la atención preventiva.

Las áreas de prevención son:

- 1.-*Prevención primaria*, en enfermedades relacionadas con el estilo de vida, mantenimiento de la salud y educación para la vida familiar
- 2.-*Prevención secundaria*: control del bienestar por parte del médico y el paciente, orientación a los enfermos para que busquen ayuda adecuada, control y cumplimiento de un manejo específico.
- 3.-*Prevención terciaria*: Equilibrio entre el control del tratamiento y la independencia adecuada de de las actividades de los enfermos crónicos, adaptación de los miembros a los cambios de las enfermedades crónicas de un miembro, y el enfrentamiento a una crisis originada por una enfermedad grave o la agonía de un familiar.

Muchos de los problemas de salud que son atendidos por médicos familiares no pueden ser comprendidos ni resueltos en forma satisfactoria si son considerados como un fenómeno aislado, que solo afecta a una persona, y su nivel de atención y orientación es muy variable y puede escoger el grado en que tendrá en consideración la orientación familia, basándose en sus intereses personales, formación y en su propia experiencia, por eso Doherty y Baird han esbozado cinco niveles de desarrollo y participación en la asistencia familiar y proporciona un modelo en el que se puede comparar el grado de atención sobre la familia en la práctica médica:

Nivel uno: el médico trata con la familia solo en casos que es necesario la conversación con los familiares.

Nivel dos: el médico requiere comprender, la importancia que tiene la familia en la asistencia sanitaria del individuo y de comunicarse en forma afectiva con el fin de intercambiar información, requiere una gran capacidad para escuchar las opiniones de la familia e implicarlos en el tratamiento del enfermo.

Nivel tres: implica un conocimiento del desarrollo normal y funcionamiento de la familia y su forma de reaccionar ante situaciones de tensión, tomando en cuenta su papel dentro del sistema y como su presencia produce cambios en la familia, este nivel requiere habilidad y experiencia para evaluar la estructura y las funciones de la familia y poder identificar sus disfunciones.

Nivel cuatro: se requiere un conocimiento profundo de los sistemas familiares y de los modelos de disfunción familiar, en este nivel el médico es capaz de evaluar a la familia e identificar los niveles de disfunción familiar, la disfunción que esté más allá de un tratamiento de atención primaria. En este nivel el médico emite consejos a corto plazo y asesora sobre problemas familiares menores.

Nivel cinco: Terapia familiar El médico es capaz de evaluar y definir una disfunción familiar grave y planear y organizar un acercamiento terapéutico con el fin de lograr un cambio importante en el sistema familiar.⁸

Los tipos de actividades de la consulta de atención primaria constituyen el ámbito principal donde se preproduce la integración de las actividades de promoción, prevención, asistencial de rehabilitación y participación social., desarrollarse dentro del centro de salud. La APS debe hacer una adecuada división funcional del trabajo, de acuerdo a sus aptitudes, actitudes y disposición de sus componentes, para que las actividades se realicen en forma adecuada. Para lograr racionalizar de forma optima las actividades y sus tiempos de realización se han introducido diferentes elementos como la *previa cita* que permite a la población asistir por iniciativa propia a consulta con su medico familiar, concertando previamente la fecha y hora y reducir los tiempos de espera. La visita urgente donde los pacientes acuden sin tener previa cita donde de ser posible deben ser atendidos por su médico familiar en caso contrario se solucionará el problema por otro médico que utilizara su expediente clínico anotando los datos de la visita, citas programadas, las consultas se concertar previa cita con fecha y hora, y que generalmente es destinada para pacientes crónicos, o para realizar actividades de prevención y de promoción a la salud, todas estas actividades se realizan en equipo, con médicos, enfermeras, trabajadores sociales, y apoyados por otros profesionales especializados de diferentes especialidades clínicas.⁹

ORIGENES DE LA MEDICINA FAMILIAR EN MÉXICO Y EL MUNDO

La medicina de familia, es una rama de la medicina general o antigua la cual en sus orígenes era practicada por una variedad de curanderos de la que solo una pequeña cantidad eran médicos, los cuales constituía un grupo muy selecto y se habían formado en las pocas universidades existentes y ejercían en las ciudades para una clientela rica e influyente.

En el siglo XIX en Europa y América del Norte fue la era del médico general, pero a fines de este siglo comenzaron a surgir las grandes especialidades a la par de las ciencias básicas, como la química, física, fisiología y bacteriología, lográndose un progreso tecnológico y más prestigio a los especialistas, logrando así la fragmentación de la de la profesión médica, y el deterioro de la relación médico-paciente.

En 1910 se dio a conocer el informe Flexner, marcando este documento una declinación favorable, para el desarrollo de las especialidades médicas, y aceleradas por los conflictos bélicos mundiales, contribuyendo al desarrollo de la especialización y súper especialización, observándose una inversión de la relación médicos generales/especialistas de 80/20 a 20/80, lo que motivo que la población de muchos países cuestionaran la conveniencia de una atención médica vertical por especialistas generando documentos de análisis y reuniones de grupos líderes, como Gran Bretaña, Estados Unidos, y Canadá.

Así en 1966 la Comisión Millis señala y plantea que es el momento de cambiar el enfoque de la atención de la medicina, paralelamente otro Comité, el Committee on Education for Family Practice establece cómo debería formarse el nuevo especialista al que denominó Médico de Familia. Con base a estos reportes se empiezan a formar los primeros colegios y las primeras asociaciones académicas de Medicina familiar.

Uno de los eventos históricos más relevantes que influenciaron en el desarrollo de la medicina familiar, es en el año 1972 cuando se creó oficialmente el Colegio Mundial de Médicos de Familia conocido como WONCA. En 1991 WONCA y la Organización Mundial de la Salud OMS emiten una declaración conocida como “El papel del médico de familia en los sistemas atención a la salud” en el cual el médico familiar desempeña su función dentro de las estrategias de atención primaria a la salud.

En México se han identificado elementos relevantes en la medicina familiar, como en el año 1954 en que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), crea su primer esbozo de lo que es la medicina familiar, proponiendo un esquema de trabajo en sus unidades médicas de medicina familiar, implantando este modelo sin especialistas en esta disciplina, pero el proceso se concreta en el año 1971, cuando inició los cursos de especialización en medicina familiar.

En 1974 la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), otorgó el reconocimiento académico a la medicina familiar convirtiéndose en uno de los pasos más firmes para la consolidación de la especialidad, un año después en 1975 la misma universidad crea el primer Departamento de Medicina Familiar en Latinoamérica.

En 1980 la Secretaría de Salud (SSA) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) iniciaron la formación de especialistas en Medicina Familiar¹⁰

ELEMENTOS ESENCIALES DE LA MEDICINA FAMILIAR

En 1948 la Organización Mundial de la Salud OMS estipuló que todo hombre tiene derecho a un estándar de vida adecuado para su salud y bienestar personal y de su familia y definió de manera muy general que la salud es el completo estado de bienestar físico, mental, y social y no únicamente la ausencia de enfermedad o afección, este concepto fue ampliado en 1978 en la reunión de Alma ata, donde se considero a la salud como un derecho fundamental de la humanidad y un objetivo social importante para el mundo, marcando un punto de inicio en la historia del pensamiento sanitario mundial.¹

La declaración de Alma Ata en 1978, Salud para todos en el 200, fue la piedra angular para la historia de la salud, ya que en ella se definieron los principios de la atención primaria de la salud, la cual representa la clave para alcanzar la salud de todos los seres humanos del mundo.¹¹

Así la atención primaria a la salud forma parte integrante, tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal como del desarrollo social y económico global de la comunidad y representa uno de los indicadores para vigilar el progreso de Salud Para Todos, y es el primer nivel de contacto de los individuos, la familia, y la comunidad con el sistema nacional de salud.

Diez años después de Alma Ata, la Atención Primaria a la Salud se convirtió en uno de los temas centrales de discusión de la salud pública en los países en vías de desarrollo difundiendo la idea de atención primaria a la salud como una estrategia muy importante para reorganizar los servicios de salud.¹²

“La APS es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología, científicamente fundados socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de sus etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. La atención primaria a la salud es llevada lo más cerca posible a donde residen o trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.”¹²

La atención de primer contacto en medicina familiar no solo incluye aquellos servicios en el contacto primario, sino también la responsabilidad la promoción y el mantenimiento de la salud, así como la atención continua y completa para cada individuo, incluyendo la referencia a otro nivel cuando así lo requiera.

“La medicina familiar, es la especialidad que se construye en un núcleo de conocimiento derivado de otras disciplinas principalmente la medicina interna, la pediatría, la cirugía, la ginecobstetricia y la psiquiatría y establece una unidad coherente de la combinación de las ciencias sociales de la conducta con las ciencias biológicas y clínicas. Este núcleo abarcado por la medicina familiar prepara al médico para desempeñar un papel único en el manejo de los pacientes, la solución de problemas, el consejo y la coordinación total de la atención a la salud.”¹³

FUNDAMENTOS DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN A LA MEDICINA FAMILIAR (MOSAMEF).

La medicina familiar es una disciplina académica y especialidad médica que comprende una serie de actividades fundamentales basada en tres puntos: el estudio de la familia, que permite entender el entorno biopsicosocial en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo, la continuidad de la atención, que ayuda al seguimiento del proceso salud- enfermedad de los individuos, sin importar su edad, sexo y/o naturaleza de la enfermedad y la acción anticipada basada en un enfoque de riesgo y creación estrategias y medidas preventivas de atención a la población expuesta.

El MOSAMEF es un modelo de práctica médica familiar diseñado por un grupo de profesores del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y dado a conocer el año de 1995 en el libro Fundamentos de Medicina Familiar tercera edición¹⁴

Y se origino a partir de tres preguntas fundamentales ¿Cómo llevar a la práctica médica los principios esenciales de la medicina familiar? ¿Cómo identificar las necesidades de atención a la salud de las familias? ¿Cómo verificar que la atención médica familiar produce un impacto favorable en la salud de las familias?¹⁵

Ante la necesidad de aumentar el número de médicos familiares para atender las cada vez mayores demandas de la población se creó el curso de especialización de medicina familiar para médicos generales del ISSSTE que se impartió por primera vez en marzo de 1992. La motivación inicial para desarrollar este modelo fue presentar en forma de protocolo un esquema de atención sistemática a las familias, dirigido a los alumnos del curso semi presencial de especialización en Medicina Familiar en diplomado de postgrado realizado por el Instituto de Seguridad Social y Servicios de los Trabajadores del Estado y la Universidad Nacional Autónoma de México avalado por la facultad de medicina bajo la supervisión del Departamento de Medicina Familiar¹⁴

“La práctica de la Medicina Familiar se fundamenta en tres elementos principales, el estudio de la familia, la continuidad de la atención y la acción anticipada basada en un enfoque de riesgo.”¹⁵

Basado en estas premisas las actividades que realice el médico familiar requieren de una guía metodología que sea favorable para el diagnóstico del estado de salud de las familias, que requieren sus servicios.

Es propuesto por primera vez por los profesores Irigoyen Corea y Gómez Clavelina, como una estrategia para la práctica de medicina familiar de primer contacto, para planificar los servicios de atención a la salud, y optimizar la prestación de los servicios médicos, satisfacer las demandas de los usuarios y disminuir los costos de la atención médica.

Ocho años después de alma Ata en la primera conferencia internacional de promoción a la salud, hace el señalamiento que para mejorar la salud se debe actuar conforme a las cinco acciones de la carta de Ottawa que son:

- Reorientar los servicios de salud
- Mejorar las habilidades personales que tienen relación con los estilos de vida.
- Crear un medio ambiente mas saludable
- Elaborar políticas claras y formales para la salud.
- Reforzar las acciones de salud comunitaria. ¹⁶

La medicina familiar es la práctica médica centrada en la persona no en la enfermedad en donde el médico familiar es el médico de cabecera y la medicina de familia tiene la obligación de volver explícita y de presentarse como ciencia, con sus propios conocimientos, sus métodos y sus líneas de investigación. La medicina familiar tiene cuatro pilares importantes que son *la atención primaria*, que es el primer contacto con el enfermo donde este necesita un médico que lo oriente y lo cuide, el médico en este nivel debe estar abierto para cualquier consulta y tener disposición para lo que llegue al consultorio tomando una postura para actuar correctamente en atención primaria, observando los síntomas iniciales sencillos o complejos para tratar de hacer un diagnóstico provisional, donde observamos, la evolución de las molestias, mientras vamos conociendo a la persona, para orientarnos a un diagnóstico correcto y dar una terapia eficaz *La educación médica continua* es el segundo pilar de la medicina familiar, donde el médico requirió pensar en un proceso educacional para poder conquistar la credibilidad en el ámbito médico universitario, solicitando la colaboración de educadores y pedagogos y que en varios países cristalizó en la conformación de sociedades de profesores de medicina familiar

El humanismo médico es el tercer pilar, El humanismo es una actitud innata a la profesión médica, un médico sin humanismo es un “mecánico de personas” debe tener presente de modo práctico y real que el objeto de actuación es un ser humano una persona única e irrepetible y que para conocerlo, se utilizan todos los recursos necesarios por eso debe cultivar las humanidades por necesidad, como los diversos conocimientos técnicos actualizados, en pocas palabras el humanismo es recomendable para todos los médicos.

La formación de líderes es el cuarto pilar. Se necesitan líderes para construir la medicina familiar con seriedad, líderes que tengan el orgullo de serlo, médicos de familia, por vocación, porque esa fue su decisión. Que entienda que liderazgo significa entender la grandeza de la misión que tiene encomendada, y que necesita crecer, mostrar su competencia profesional, y seriedad científica, así como la formación de profesores que enseñen modelos reales, que despierten en los estudiantes futuros liderazgos para continuar con nuestra especialidad. ¹⁷

Una de las funciones primarias del médico familiar es ayudar a las familias a manejar las enfermedades comunes y a reducir o prevenirlas en un futuro, tomando en cuenta los patrones cambiantes de las enfermedades, y las expectativas cambiantes en relación a la salud cumpliendo así su función dentro del sistema social cada vez más complejo y cambiante, guiando al paciente a través de los diversos servicios de atención a la salud, como cuando un paciente es hospitalizado y pierde el médico la continuidad de la atención. ¹⁸

El médico familiar debe tener varias cualidades entre ellas ser un buen clínico, un científico, un consejero, un asesor, educador, debe ser receptivo, accesible, racional, respetuoso, comunicativo, con actitud de búsqueda de superación, preocupado por el paciente y por su propia formación.

Debe ser un profesional que trabaja en equipo orientando en forma integral los problemas de salud de sus pacientes, empleando métodos diagnósticos y terapéuticos adecuados y aceptando la participación de su comunidad.

El médico familiar debe realizar actividades, en las áreas de atención al individuo, a la familia, a la comunidad, a la formación y docencia e investigación, así como apoyarse en otras disciplinas, trabajando en equipo, haciendo registros de la información, gestionando de administración sanitaria y garantizar su calidad.

El médico familiar es un profesional general que acepta a toda persona que solicita atención.

El médico familiar es un profesional responsable de proporcionar atención integral y continua a todo individuo solicite asistencia médica “no es un terapeuta familiar, es un clínico que entiende y asume la importancia de la familia sobre como y de que enferman sus miembros, tomando en cuenta su lado positivo como recurso de la salud y su lado negativo como generador de enfermedad y de conductas de salud erróneas, reconoce que esta en una posición privilegiada para detectar problemas familiares y valorar la intervención en función del problema encontrado y de su propia capacidad en esta área”¹³

También es un clínico que reconoce la importancia de la epidemiología clínica y la emplea en la práctica diaria para el individuo y su familia así como en la orientada a la comunidad, y es importante su participación en los problemas sanitarios de la comunidad para mejorar su nivel de salud.

La continuidad de la atención es la quinta esencia de la medicina familiar interviniendo en todos los aspectos, como proporcionar atención médica de primer contacto, ya que es el primero a quien consulta el paciente, lo que implica para el médico ser el protector, consejero, interprete e integrador de la atención del paciente sin importar donde se encuentre, en el hogar, en un hospital o en una institución de convalecientes. “McWhinney ha remarcado que la relación médico paciente no se limita a la duración de la enfermedad y que termina cuando el médico o el paciente deciden terminarla”.¹⁸

La continuidad de la atención tiene cuatro dimensiones:

- *Cronológica*, incluye aspectos relacionados con el crecimiento y desarrollo humano sea del individuo o la familia, ofreciendo atención a personas de todas las edades, en el contexto de sus relaciones familiares o ausencia de estas, también se aplica a la historia natural de la enfermedad y a la manera en que el médico hace uso de observación de la enfermedad a través del tiempo como una herramienta de diagnóstico y manejo. Estas observaciones nos servirán de base para el estudio científico de la medicina.
- *Geográfica*, se refiere al hecho de otorgar atención primaria independientemente del lugar en que se encuentre el paciente, como el hogar, el consultorio médico, el hospital, centros de rehabilitación, casas de recuperación o centro de salud de la comunidad, incluso en una unidad de tercer nivel el paciente no debe perder contacto con su médico familiar.

- *Interdisciplinaria.* Se refiere a los aspectos de una atención cruzada entre las disciplinas clínicas tradicionales. En la atención de un paciente el médico familiar necesita manejar enfermedades de diferentes aparatos y sistemas en diferentes etapas y manejar una constelación similar de enfermedades en otros miembros de la familia por lo que debe coordinar estas actividades con el fin de mantener un buen funcionamiento familiar.
- *Interpersonal.* Que tiene tres elementos:
 - a) La relación médico paciente, implica establecer un voto de confianza y simpatía mutuo.
 - b) La comprensión de las relaciones familiares, el temor que tienen un familiar que uno de los miembros de la familia adquiera algún hábito prohibitivo, por ejemplo que el hijo adquiera el hábito del alcohol como su padre.
 - c) Las relaciones interpersonales, implica que el médico familiar tenga buenas relaciones interpersonales con todos las disciplinas afines a la medicina como médicos, enfermeras, trabajadora social, empleados de admisión y archivo etc.¹⁸

EPIDEMIOLOGÍA

“La epidemiología es el estudio de la distribución de los determinantes de la frecuencia de las enfermedades en las poblaciones” por lo tanto la epidemiología familiar es el estudio de esas determinantes familiares

Para entender el proceso salud –enfermedad es fundamental partir de la unidad mínima de estudio que es la familia la que se ha convertido en un complejo sistema de fuente de salud o enfermedad para sus integrantes, sin embargo en la medicina la unidad de tratamiento tradicionalmente se ha conformado por el médico y su paciente, es por eso que con frecuencia el proceso salud enfermedad no sea entendido en función de la unidad familiar, ni que se piense en la familia como unidad homeostática determinante para ese proceso.¹

La forma que se desarrollan y transmiten la salud y la enfermedad en una población o una familia depende de la interacción y el equilibrio de muchos factores o variables. Esta causalidad multifactorial de salud –enfermedad, constituye el principio fundamental de la epidemiología moderna, hace mucho tiempo se dejó de pensar que el origen de las enfermedades era uní factorial. El desarrollo de la enfermedad depende de muchos factores, como la resistencia del huésped, su estado nutricional, las condiciones de higiene y la tensión a que éste sujeto, todos estos factores se agrupan en tres categorías básicas:

- *Estado de salud o enfermedad;* las enfermedades pueden ser de origen congénito, infeccioso, metabólico, endocrino, nutricional, neoplásico, degenerativo, o traumático, en relación a la salud se refiere a la ausencia de enfermedad, no obstante la organización mundial de la salud la define como un estado de bienestar físico, mental y social.
- *Características del huésped,* que pueden ser, individuales, familiares de grupo o población, y son demográficas, genéticas, biológicas, emocionales, culturales, sociales y de interacción con la enfermedad y el medio ambiente.

- *Variables ambientales*, el macro y micro ambiente, comprenden los aspectos biológicos, geofísicos y socioculturales, a estas categorías se agregan; el factor tiempo, los cambios que ocurren en todas las variables con el paso del tiempo y el envejecimiento del huésped así como la interacción continua de los diversos factores, dentro de cada categoría y entre distintas categorías.¹⁹

ELEMENTOS DEMOGRÁFICOS DE LAS FAMILIAS

“La familia se ha constituido en un valioso objeto de estudio, para las ciencias sociales, la economía, la medicina y gran diversidad de ciencias, además de representar una gran riqueza de observación y comprensión de los fenómenos sociales, económicos, demográficos y culturales.”²⁰

En el espacio de la investigación sociodemográfica y en el terreno de la acción, las familias y los hogares representan un estudio primordial, en donde las familias son unidades propicias para la investigación social. Es importante que el médico familiar logre conocer detalladamente, las características biopsicosociales y la pirámide poblacional de las familias que atiende, así como el o los motivos de su demanda por los servicios para poder estar en posibilidades de iniciar acciones concretas, establecer programas de actividades preventivas de detección temprana, de fomento a la salud, tratamientos oportunos, realizar un seguimiento efectivo y coordinado con los recursos físicos y humanos, con que cuenta en su comunidad y la unidad donde presta sus servicios profesionales para el cuidado de la salud.

Es indiscutible que contar con una población cautiva donde se atiende todo tipo de episodios de la salud y la enfermedad, donde la atención se da en forma indistinta a todos los integrantes de la familia, contar con la posibilidad de desarrollar indicadores de riesgo y estimar las probabilidades de ocurrencia de eventos, le dan grandes ventajas al médico que práctica la medicina familiar.¹⁴

En la familia la figura central es el jefe de ésta, fenómeno que se encuentra en casi todo el mundo, es la cabeza de la familia y en quien recae la mayor jerarquía del grupo, y sobre la que se articula la relación de parentesco al interior del grupo doméstico, como la organización, económica, social y cultural, su personalidad y características sociodemográficas lo convierten en un representante estratégico de la situación biopsicosocial de la familia.²⁰

ESTRUCTURA DE LA FAMILIA

Para entender el desarrollo de la familia, hay que comprender algunos conceptos básicos sobre la estructura y funciones de la familia.

Primer paso, conocer a los individuos que la integran, cuáles son sus nombres, dónde viven, qué papel juega cada uno en su familia, qué miembros de la familia tienen enfermedades crónicas, qué eventos significativos ha tenido la familia como los matrimonios, nacimientos y muertes.

Una forma ideal para obtener y registrar esta información es un árbol familiar o genograma, y que representa en forma gráfica la estructura de una familia mediante símbolos estandarizados utilizados en un árbol genealógico, el cual ha llegado a ser una herramienta habitual para registrar información sobre la estructura de la familia.

Segundo paso entender el funcionamiento normal de la familia, para eso es importante mantener un sentido de tolerancia cultural al momento de trabajar con familias, ya que todas las familias funcionan en forma diferente. Se han establecido diversos modelos para explicar el funcionamiento normal de las familias, estos varían en complejidad, tomando en cuenta los diferentes aspectos de la vida familiar, el más claro y comprensible es el modelo circunflejo de Olson en el que hay cinco funciones básicas que son desarrolladas en todas las familias.

- Las familias proporcionan ayuda a cada uno de sus miembros, incluyendo apoyo físico, financiero, social y emocional, consolándose unos a otros en los momentos de mas tensión
- La familia establece autonomía e independencia para cada uno de sus miembros, lo que facilita el crecimiento personal de los individuos dentro del seno familiar.
- Las familias establecen reglas que dirigen la conducta de la familia y sus miembros dentro del hogar, estas normas no están descritas y se van estableciendo desde el momento en que inicia la convivencia por lo que es difícil definir las.
- Las familias cambian para adaptarse al entorno. La capacidad de adaptación, cambio y crecimiento es esencial para el progreso a largo plazo del ciclo de vida de una familia, como los cambios del entorno, lo que hace la familia y quienes forman parte de ella, por ejemplo el nacimiento del primer hijo.
- Los miembros de una familia se comunican entre si a través de una gamma de mensajes verbales, no verbales e implícitos, muchos de los cuales no son entendibles para un extraño.

La comunicación es la función central para iniciar el cambio en el equilibrio de otras funciones como respuesta a una tensión del medio ambiente por lo que las familias cambian constantemente para lograr mantener un equilibrio ante la tensión.

Tercer paso aprender a evaluar, la estructura y funcionamiento familiar en la práctica clínica. El haber establecido un vocabulario de símbolos estándar ayuda a evaluar su estructura en cuanto a su funcionamiento⁸

Se han diseñado muchos instrumentos para evaluar la funcionalidad familiar cada uno tiene ventajas y desventajas las que por regla general se obtiene de un solo miembro de la familia, entre ellas esta el APGAR familiar instrumento introducido por Smilkestein en 1978 donde hace referencia a cinco componentes de la función familiar.²¹

FACES III (The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) instrumento desarrollado por David H. Olson y colaboradores en 1985 que integra tres dimensiones de funcionalidad, adaptabilidad y cohesión.^{8,22}

La estructura familiar es la forma en que se organiza el sistema familiar de acuerdo a los siguientes parámetros:

1.- *Jerarquía*: la familia tiene diferentes niveles de autoridad que son parte de las reglas que gobiernan la organización familiar, para que esta estructura de poder sea funcional requiere cierta flexibilidad que permita efectuar cambios ante los diferentes eventos críticos de cada contexto de la familia, de manera que los padre e hijos tengan bien definidos sus diferentes niveles de jerarquía y exista un complemento de funciones entre la pareja

2.- *Limites*: Son las reglas que definen quiénes y cómo participan en las transacciones interpersonales, para establecer diferencias entre los individuos y los subsistemas, su claridad es fundamental para el buen funcionamiento de la familia. Los límites intergeneracionales son aquellas fronteras imaginarias que dividen las funciones particulares entre padres e hijos diferenciando y definiendo los derechos entre ellos dentro de la convivencia familiar. Los límites individuales se refieren al espacio que deben guardar entre si los miembros de la familia.

3.- *Territorio*: se refiere al espacio en el que cada cual ocupa un contexto.

4.- *Geografía o Mapa*: Es un esquema que representa en forma gráfica y sencilla la organización de una familia y aporta datos para entender la dinámica familiar.

5.- *Alianzas* Se refiere a la asociación abierta y encubierta entre dos o más miembros, la que designa una afinidad positiva entre ellos y resulta potencialmente neutra, pero cuando se vuelven rígidas y persistentes o se dan en miembros de diferente generación son disfuncionales.¹

Para que se integre una familia es necesario por lo menos dos individuos que se relacionen por medio de un vínculo-afectivo o legal como el matrimonio

Estructura familiar descrita por Irigoyen.

- Familia nuclear: Modelo de familia actual formada por padre, madre e hijos.
- Familia extensa: formada por padre, madre, hijos y otros miembros que comparten lazos consanguíneos de adopción o afinidad.
- Familia extensa compuesta: además de los miembros que incluyen la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como los amigos o compadres.^{20,21}

Estructura familiar según de la Revilla, modificada por Márquez ²³

- **Familia nuclear:** formada por dos individuos de diferente sexo que ejercen el papel de padres y sus hijos.
 - *Familia nuclear simple.* Formada por los cónyuges y menos de cuatro hijos.
 - *Familia nuclear numerosa:* en la que conviven cuatro o más hijos con sus padres.
 - *Familia nuclear ampliada:* integrada por un núcleo familiar al que se añaden otros parientes (abuelos, tíos, primos, etc.) o bien agregados (personas sin vínculo consanguíneo, huéspedes, servicio doméstico).
 - *Familia binuclear;* familias en las que uno de los cónyuges o ambos son divorciados, conviviendo en el hogar hijos de distintos progenitores.
- **Familia extensa:** es aquella en la que se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en el mismo hogar más de dos generaciones, suele estar formado por hermanos, cónyuges y sus hijos y/o padres e hijos casados.
- **Familia monoparental:** está constituida por un solo cónyuge y sus hijos.
- **Sin familia:** en esta familia se contempla no solo al adulto soltero, sino también, al divorciado o al viudo sin hijos.
- **Equivalentes familiares:** Se trata de individuos que viven en el mismo hogar, sin constituir un núcleo familiar tradicional, como son las parejas de homosexuales estables, los grupos de amigos que viven juntos o en comunas religiosas que viven fuera de su comunidad, también personas que viven en residencias o asilos, etc. ^{23.24}

La composición de la estructura de las familias en México, según la Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), partió de las relaciones de parentesco que se establecen entre el jefe y los integrantes del hogar, tomando como eje ordenador la presencia o ausencia de los miembros de los núcleos familiares, del jefe, el cónyuge y los niños, para separarlas y presentar sus principales características sociodemográficas, clasificando y analizando todas las combinaciones posibles de parentesco, logrando integrar cuatro clases de familia.

- Las familias formadas por la pareja con sus hijos, a la que se le denomina familia completa.
- Las familias formadas por el jefe con sus hijos, a la que se le llama monoparental.
- Las familias constituidas por la pareja sin hijos.
- Las familias formadas por el jefe y otros parientes, denominadas familias consanguíneas.

“El tamaño de una familia no solo depende de los niveles de fecundidad, mortalidad y migración, sino que esta vinculado con factores económicos, sociales y culturales, como son la disponibilidad y costos de la vivienda, los ingresos y las formas de convivencia que predomina en la sociedad”.²³

Genogramas. Los médicos familiares que han promovido una orientación familiar para la atención del paciente desarrollaron varios instrumentos de evaluación para reunir información familiar y psicosocial, estos instrumentos incluyen el apgar familiar, y el genograma encontraron que creando un diagrama de los problemas de cuidados de la salud de las familias pueden ayudar en el manejo de muchos de los aspectos de la salud de sus pacientes.

El genograma o árbol familiar es un instrumento que ayuda al médico familiar a integrar información de la familia del paciente, fue desarrollado por Murria Bowen constituyendo una herramienta que permite articular los patrones de varias generaciones fue introducido en México por Datz en 1978, se recomienda se integre a tres generaciones pretéritas con el fin de investigar el mayor número de disfunciones, psicológicas, sociales y hereditarias.²¹

El genograma es considerado como una radiografía de la familia y proporciona al médico y al paciente una exposición gráfica de la familia, incluyendo los patrones familiares de la enfermedad y problemas psicosociales. Se representa en forma gráfica con símbolos estandarizados permitiendo al médico elaborar una estructura familiar en forma rápida y ver como le afecta en su capacidad para enfrentar una enfermedad o tensión significativa en la vida.

El genograma o árbol familiar es una herramienta concisa y confiable. Y una vez incluido dentro de la historia clínica, puede ser interpretada en forma correcta en un 91 a 96 %, por el médico con solo revisar el expediente. Y puede integrar y registrar información familiar de tres generaciones en seis categorías:

- Estructura familiar
- Ciclo de vida familiar
- Patrón de repetición a través de las generaciones
- Eventos de la vida familiar y su funcionamiento
- Patrones de relación y triángulos
- Equilibrio y desequilibrio familiar.

Para complementar los genogramas es importante tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- Aspectos biopsicosociales: como la ansiedad, depresión o ataques de pánico, abuso de sustancias, quejas somáticas múltiples o leves, la falta de cooperación.
- Aspectos psicosociales: entre los que están historia de abuso físico, sexual o emocional, problemas de comportamiento en la infancia, transición difícil en el ciclo vital.
- Aspectos de la relación medico-paciente: paciente enojado o demandante, y paciente con antipatía hacia el medico.

El proceso de diseñar genogramas permite al médico conocer más acerca de las experiencias de la vida de los pacientes dando como resultado una mayor comprensión de sus necesidades y comportamientos. También tiene ventajas al facilitar su lectura ya que captura una mayor información biomédica y que una historia clínica tradicional psicosocial.²⁵

FUNCIONES DE LA FAMILIA

Son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo y son las siguientes:

- ***Socialización:*** promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial, de su persona y que propicie la réplica de los valores individuales y patrones de conducta propios de cada familia.
- ***Afecto:*** influencia recíproca de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicien la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- ***Cuidado:*** Protección y asistencia incondicional de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades materiales, sociales, financieras y de salud del grupo familiar.
- ***Estatus:*** participación y transmisión de características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- ***Reproducción:*** Provisión de nuevos elementos a la sociedad.
- ***Desarrollo y ejercicio de la sexualidad***.²⁶

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS

Para facilitar la clasificación de las familias se identificaron cinco ejes fundamentales; el parentesco, la presencia física en el hogar o convivencia familiar, los medios de subsistencia, el nivel económico, y nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por los cambios sociales.

Es por eso que todos estamos concientes de que tanto en los países industrializados como los que se encuentran en vías de desarrollo, entre ellos México, se han producido cambios muy importantes en los últimos años y que han propiciado transformaciones estructurales, en la sociedad y en la familia. Los cambios que se presentan constantemente en la vida social y políticas han afectado en forma permanente a la familia, generando una gran diversidad de estilos de convivencia familiar, lo que se refleja en las clasificaciones de las familias, y son las siguientes:

Clasificación de las familias con base en el parentesco

| Con parentesco | Características |
|---------------------------------------|--|
| Nuclear | Hombre y mujer sin hijos |
| Nuclear simple | Padre y madre con 1 a 3 hijos |
| Nuclear numerosa | Padre y madre con 4 o mas hijos |
| Reconstituida binuclear | Padre y madre en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tiene hijos de su unión anterior |
| Monoparental | Padre o madre con hijos |
| Monoparental extendida | Padre o madre con hijos, mas otras personas con parentesco |
| Monoparental extendida compuesta | Padre o madre con hijos, mas otras personas con o sin parentesco |
| Extensa | Padre y madre con hijos, mas otras personas con parentesco |
| Extensa compuesta | Padre y madre con hijos, mas otras personas con y sin parentesco |
| No parental | Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (tíos, sobrinos, abuelos, nietos, primos o hermanos etc. |
| Sin parentesco | Características |
| Monoparental extendida sin parentesco | Padre o madre con hijos, mas otras personas sin parentesco |
| Grupos similares a familias | Personas sin vínculo de parentesco que realiza funciones o roles familiares, por ejemplo grupo de amigos, estudiantes, personas que viven en asilos, hospicios etc. |

Clasificación de las familias con base en la presencia física y convivencia

La presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia y esta vinculada con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias

| Presencia física en el hogar | Características |
|-------------------------------------|---|
| Núcleo integrado | Presencia de ambos padres en el hogar |
| Núcleo no integrado | No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar |
| Extensa ascendente | Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres |
| Extensa descendente | Padres que viven en la casa de algunos de los hijos |
| Extensa colateral | Núcleo o pareja que viven en la casa de familiares colaterales como tíos, primos, abuelos, etc. |

Clasificación de las familias con base en sus medios de subsistencias

La inserción de las familias en los procesos productivos, propician una clasificación basada en los medios que son origen de su subsistencia, así identificamos familias que dependen de los recursos que se generan en las siguientes áreas:

- Agrícolas o pecuarias
- Industrial
- Comercial
- Servicios

Clasificación de las familias con base en su nivel económico

Pobreza familiar nivel 1

- Ingreso per cápita suficiente para cubrir el valor de la canasta básica
- Recursos suficientes para cubrir los gastos en vestido, calzado, vivienda, salud, educación, y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.
- Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctricas, combustibles, comunicación, transporte fuera del lugar donde radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo

Pobreza Familiar nivel 2

- Ingreso per cápita suficiente para cubrir el valor de la canasta básica
- Carencia de recursos para cubrir los gastos en: vestido, calzado, vivienda, salud, educación, y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.
- Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctricas, combustibles, comunicación, transporte fuera del lugar donde radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

Pobreza Familiar nivel 3

- Ingreso per cápita inferior al valor de la canasta básica.
- Carencia de recursos para cubrir los gastos en: vestido, calzado, vivienda, salud, educación, y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.
- Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctricas, combustibles, comunicación, transporte fuera del lugar donde radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

Las familias que puedan cubrir los rubros en los tres niveles no se consideran pobres.

Nuevos estilos de vida personal-familiar originados por cambios sociales

Hay que considerar los cambios que han presentado las sociedades modernas y que tienden a conformarse en otros estilos de convivencia que repercuten en la salud individual y familiar.²⁶

| Tipo | Características |
|---|--|
| Persona que vive sola | Sin familiar alguno, independientemente de su estado civil o etapa del ciclo vital. |
| Matrimonios o parejas de homosexuales | Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal sin hijos |
| Matrimonios o parejas de homosexuales con hijos adoptivos | Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos |
| Familia grupal | Unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo |
| Familia comunal | Conjunto de parejas monógamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente, compartiendo todo excepto las relaciones sexuales |
| Poligamia | Incluye la poliandria y la poliginia |

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

La tarea de la familia consiste en dar y prepara conjunto de seres humanos que deberán ser independientes, formar nuevas familias y repetir el proceso o ciclo de la familia conforme la familia envejece pierde energía y muere.

La madurez en el ser humano es un desarrollo continuo en busca de un estado de perfección que nunca termina y que se define por el grado y la calidad de su presencia en cada una de las etapas por las que atraviesa a lo largo de su vida, y que va desde su nacimiento hasta determinado grado de madurez y la muerte

Durante el curso de su desarrollo la familia pasa por varias etapas de transición predecibles en donde existen diferentes expectativas, necesidades y fenómenos que de una u otra manera afectan la salud de sus miembros

El ciclo vital de la familia es un concepto que ordena para la entender la secuencia de las etapas de la familia y las crisis por las que atraviesa en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros, el estudio de sus etapas permite el análisis genérico de la historia natural de la enfermedad de una familia desde que se forma hasta su disolución y constituye un instrumento útil de organización y sistematización invaluable para el pensamiento clínico.¹

Su principal valor radica en identificar las tareas específicas que debe desempeñar la familia en cada una de sus etapas, su cumplimiento en forma oportuna lleva a una vida sana y funcional y cuando no se realizan en forma completa pueden surgir problemas de funcionamiento con repercusión en las subsiguientes etapas.

La constitución de la familia se inicia desde el momento en que la pareja decide adquirir el compromiso de vivir juntos y tiene una fase preliminar en la que se asientan las bases de la vida futura en pareja que es el noviazgo el cual es fundamental para comprender los fenómenos que suceden en las siguientes etapas. La elección de la pareja es a través de una selección voluntaria influida en cierto modo por el enamoramiento, no obstante la mayoría de las parejas se adaptan a su situación marital aunque no les resulta completamente satisfactorio existiendo muchas razones por lo que las parejas deciden vivir junto o casarse, como la atracción sexual, deseo de independizarse de su familia de origen, el deseo de procrear hijos, embarazo inesperado, temor a la soledad, o soltería, la reafirmación de su identidad sexual, Las fases del ciclo vital de la familia según Geyman 1980 se clasifican en cinco etapas o fases que son:

- *Fase de matrimonio:* se inicia con la consolidación del vínculo matrimonial y concluye con la llegada del primer hijo, los que trae repercusiones importantes en las relaciones de pareja precipitando ajustes a la vida cotidiana.
- *Fase de expansión:* es el momento en que a mayor velocidad se van incorporan nuevos miembros a la familia., en esta etapa la pareja debe organizarse para atender al nuevo integrante de la familia procurando alterar lo menos posible sus actividades cotidianas.
- *Fase de dispersión:* se identifica con el hecho de que los hijos ingresan a la escuela facilitando su socialización, la estimulación de responsabilidad y logros escolares, la orientación sobre sexualidad, drogadicción y alcoholismo, la diferenciación de los roles de los hijos mayores y su separación paulatina del hogar en esta etapa los padres deben ajustarse al pensamiento de los jóvenes y los límites deben ser más flexibles para permitir que los hijos se muevan dentro y fuera del sistema familiar etapa termina con la salida del último hijo.
- *Fase de independencia:* es difícil precisar cuantos años han transcurrido en esta aproximadamente son entre 20 o 30 años, la pareja tiene que aprender a vivir en forma independiente, sus hijos han formado nuevas familias, los padres e hijos en esta etapa deben fortalecer sus lazos de unión sin olvidar el respeto que debe privar hacia las nuevas familias que se están formando.
- *Retiro y muerte:* en esta etapa la incertidumbre y la nostalgia se ve muy marcadas ante la salida de los hijos, la pareja debe aprender a renegociar sus funciones dentro del subsistema conyugal recurriendo el uno al otro para sobreponerse a los eventos de esta etapa, también debe aprender a enfrentar diferentes situaciones con el desarrollo de nuevas relaciones con los hijos, los nietos y demás miembros de la familia residual, la pérdida de sus habilidades, caracterizada por mayor fragilidad y riesgo de presentar enfermedades crónicas degenerativas de secuelas con invalidez la dependencia de otras personas, el fallecimiento de amigos y familiares se han encontrado, el grado de dependencia física mental o ambas será determinante en el funcionamiento familiar por las nuevas obligaciones que deben enfrentar las personas que rodean a los ancianos Se han encontrado cuatro circunstancias difíciles:

- Incapacidad para laborar
- Desempleo
- Agotamiento de los recursos económicos.
- Las familias de los hijos casados en fase de expansión, sin posibilidades de proporcionar recursos económicos a los padres.^{1,20}

Roles de familiares

Los papeles o roles en la familia son definidos culturalmente y transmitidos a generaciones subsiguientes, entre los que están, el rol de madre, de esposa, hija etc., algunos roles dependen de la clase social de los individuos, de su ocupación, educación, filiación política, también pueden ser designados por su edad y sexo. El rol que desempeña una persona es designado por los demás: Hay papeles adoptados y asumidos, y obtenidos:

- Los adoptados son dentro del hogar, cuando un padre o madre adopta el papel de imponer disciplina.
- Los obtenidos resultado de un esfuerzo como en el caso de un director de escuela.
- Los asumidos como los que desempeñan los actores de una obra de teatro.

El hombre juega el rol de proveedor y protector, mientras que en la mujer consiste en actuar como ama de casa y dar apoyo emocional a sus integrantes

Los roles familiares se refieren a su forma de actuar, sus expectativas y normas de un individuo ante una determinada situación familiar en la que están involucradas personas y objetos. El rol describe determinadas conductas esperadas, permitidas y prohibidas de la persona en ese papel.

Hay individuos que pueden desempeñar uno o mas roles simultáneamente.

Hay pocas formulas que indican con precisión como deben desempeñarse estos roles en la sociedad, existiendo uniformidad de criterio sobre como deben desempeñarse los roles dentro de la familia.^{1, 27}

La influencia de la familia en el proceso salud enfermedad es importante debido a que dentro de la familia, hay factores hereditarios para determinadas enfermedades, como la diabetes mellitus tipo dos, la hipertensión arterial, las cardiopatías, la hemofilia, la miopía y las alergias por mencionar algunas. También los procesos infecciosos, como las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas las que se transmiten por hacinamiento de la familia y son resultado de la relación del hombre con su medio ambiente sea biológico, geofísico, sociocultural o climático y los agentes vivos que las producen (bacterias, virus, hongos, parásitos, artrópodos).

Las enfermedades infecciosas dentro de la familia se deben a una relación, huésped medio ambiente y agente causal la cual es dinámica, su importancia radica en que acompaña al individuo y la familia a través del ciclo vital.

Los factores del huésped que se relacionan con la propagación de las enfermedades son: edad, la relación inmunidad susceptibilidad, el estado general de salud, la etapa del desarrollo de la familia y el individuo, el orden de los nacimientos, el número de miembros de la familia, el nivel socioeconómico, el nivel de comprensión y hábitos respectivos como la higiene personal, preparación y almacenamiento de los alimentos, la adecuada eliminación de la basura, la presencia de animales domésticos.

Los factores ambientales como número de personas que viven en una vivienda, índice de hacinamiento, instalaciones con que cuentan las viviendas, estructura de la casa, la posibilidad de contraer enfermedades fuera de la casa, los servicios de suministro de agua potable, la recolección de la basura, la atención médica, y el grado de higiene del vecindario en relación con la contaminación ambiental.²⁸

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia ha sido la célula fundamental de la sociedad desde sus inicios y la que nos ha dotado de miembros para continuar evolucionando en las diferentes épocas de la sociedad y sigue siendo la unidad básica preponderante en la cultura occidental. El concepto de familia incluye una compleja organización biopsicosocial con diversas dimensiones y funciones y que tiene un potencial para crecer, desarrollarse y comprometerse.

La familia también ha sido motivo de estudio y se ha enfocado como un proceso de salud-enfermedad en donde cobran interés, los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afecta de una u otra forma la salud del individuo, también los factores ambientales influyen en forma importante en los integrantes de la familia provocando enfermedades es por eso que nos interesa estudiar sus características y su morbilidad.¹

Esto nos ha llevado a investigar que a nivel mundial las principales patologías son causadas por exposición a riesgos ambientales de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud OMS como son almacenamiento inadecuado del agua doméstica y la adopción de prácticas de higiene adecuadas, entre las más frecuentes están primero, las diarreas, le siguen en segundo lugar las infecciones respiratorias agudas, en tercero los traumatismos involuntarios, le sigue la malaria, los traumatismos causados por el tránsito, le sigue las neumonías y afecciones perinatales, de acuerdo con datos proporcionados por las Organización Mundial de la Salud en sus publicaciones de la página Web. Del 2006.²⁹

En la república Mexicana de acuerdo con el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) las 10 principales causas de morbilidad nacional en orden descendente son: las infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales, las infecciones de vías urinarias, gastritis, amibiasis intestinal, otitis media aguda, hipertensión arterial, periodontitis, diabetes mellitus tipo 2, y en décimo lugar otras helmintiasis.³⁰

Es importante conocer la morbilidad a nivel nacional para poder comparar con la morbilidad de la Unidad de Medicina Familiar que se estudio. En este caso en particular en la Unidad de Medicina Familiar ISSSTE de Cd. Hidalgo Chiapas, existe un desconocimiento de las características familiares de la población adscrita a esta, así como su morbilidad más frecuente, por lo que se realizó el estudio de MOSAMEF de esta Unidad.

Por las anteriores consideraciones se plantea la siguiente interrogante para esta investigación

¿Que características familiares y que morbilidad más frecuente se encuentra en la Unidad de Medicina Familiar ISSSTE de CD. Hidalgo Chiapas?

JUSTIFICACIÓN

En Chiapas de acuerdo con la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud los datos del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica. (SUIVE) reportan que las principales 10 causas enfermedad en el ISSSTE en el estado de Chiapas son del 1 al 10 las infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales, infecciones urinarias, gastritis (ulceras y duodenitis), amibiasis intestinal, otitis media aguda, candidiasis urogenital, paratifoidea y otras salmonelosis, otras helmintiasis y en décimo lugar ascariasis³¹

Es por eso que necesitamos conocer la morbilidad de esta población en particular por lo que el estudio de las características familiares y la morbilidad de los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar ISSSTE de Cd. Hidalgo es susceptible de realizarse ya que contamos con un consultorio en la unidad, un archivo clínico, un archivo con la información general de la UMF a la cual tenemos acceso, informe diario del médico, informes semanales del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica SUIVE, un archivo clínico, una población derechohabiente fija, también contamos con papelería, formatos de Cedula Básica de Identificación Familiar (CEBIF) y una computadora por lo que estos elementos hacen vulnerable el problema y factible de realizarlo.

La importancia de este trabajo de investigación radica en que al conocer las diez principales causas de morbilidad y las características familiares de los derechohabientes de mi Unidad de Medicina Familiar me servirá para realizar cambios en la actitud y en la atención al derechohabiente de la UMF ISSSTE ya que conocer su morbilidad y sus características familiares nos da un concepto más amplio de las características y necesidades de la población adscrita a esta unidad.

Es probable que al conocer la información anterior se puedan implementar medidas preventivas y promoción de la salud.

OBJETIVOS

1.-Objetivo general:

- Identificar las características generales de las familias adscritas al consultorio único de la Unidad de Medicina Familiar ISSSTE de Cd. Hidalgo, Chiapas.
- Elaborar la pirámide poblacional de los derechohabientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar ISSSTE de Cd. Hidalgo, Chiapas.
- Determinar las diez principales causas de consulta de los derechohabientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar ISSSTE de Cd. Hidalgo Chiapas

2.-Objetivos Específicos:

- Clasificar las familias con base en su parentesco.
- Clasificar las familias sin parentesco.
- Clasificar las familias con base en la presencia física y convivencia.
- Clasificar las familias con base en su estilo de vida originada por cambios sociales.
- Clasificar las familias con base en sus medios de subsistencia.
- Clasificar las familias con base en el ciclo vital de la familia.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: el presente estudio fue observacional, descriptivo, retrospectivo y prospectivo y de corte transversal.

Población, lugar y tiempo, los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar ISSSTE de Cd. Hidalgo Chiapas,

En el periodo de tiempo de junio a agosto del 2007.

En cuanto a su morbilidad se obtuvo de las hojas de informe diario del médico SM10 de junio del 2006 a mayo del 2007.

Tipo de Muestra

Muestra aleatoria para las características familiares, en una tómbola donde se tomaron papeles al azahar con Si y No para encuestar, de la consulta diaria conforme iban llegando a consultar cada cuatro pacientes, se le informo sobre el estudio y si deseaba participar en él, si era Si se encuestó previo consentimiento informado y si era No, no se encuestó así sucesivamente todos los días de consulta del periodo de junio a agosto del 2007

Tamaño de la muestra.

Una cuota de 100 familias de la población objetivo para determinar las características familiares de la población.

Criterios de selección

Familias adscritas a la Unidad e Medicina Familiar de Cd. Hidalgo del ISSSTE

Familias que cuenten con un expediente clínico en la UMF ISSSTE de Cd. Hidalgo.

Familias que acudan al servicio médico de la UMF ISSSTE de Cd. Hidalgo.

Inclusión

- las familias adscritas a la Unidad de Medicina Familiar de Cd. Hidalgo Chiapas, del ISSSTE, que cuenten con un expediente clínico que acudan al servicio médico de esta unidad y que acepten participar en el estudio.
- Para las principales causas de consulta, hoja de reporte diario del médico de la Unidad de Medicina Familiar ISSSTE de Cd. Hidalgo, con fecha, nombre del médico y motivo de consulta.
- Para la pirámide poblacional, datos provenientes del archivo de la Unidad, y de la población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar ISSSTE de Cd. Hidalgo.

Exclusión

- Datos de población no adscrita a la Unidad de Medicina Familiar ISSSTE de Cd. Hidalgo.
- Familias adscritas a otra unidad

Eliminación

- Hoja de registro diario del médico ilegible
- Familias con encuestas incompletas.

DEFINICIÓN DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDICIÓN

| Nombre de la variable | Tipo de variable | Escala de medición | Valores que asume |
|---|------------------|--------------------|---|
| Estado civil de los padres | Cualitativa | Nominal | 1.-Soltero 2.-Casado 3.-Unión libre 4.-Viudo 5.-Divorciado 6.-Separado |
| Unión conyugal | Cuantitativa | Discontinua | 1.- De 1 a > de 40 años |
| Edad de los padres | Cuantitativa | Discontinua | 1.- De 19 a > de 60 años |
| Ocupación del padre | Cualitativa | Nominal | 1.-Agricultor 2.-Comerciante 3.-Profesor 4.-Empleado de gobierno 5.-Otros |
| Ocupación de la madre | Cualitativa | Nominal | 1.-Hogar 2.-Comerciante 3.-Profesora 4.-Empleado de gobierno 5.-Otros |
| Escolaridad del padre | Cualitativa | Ordinal | 1.-Analfabeta 2.-Primaria completa 3.-primaria incompleta 4.-Secundaria 5.-Preparatoria 6.-Técnico 7.-Normal básica 8.-Licenciatura |
| Escolaridad de la madre | Cualitativa | Ordinal | 1.-Analfabeta 2.- Primaria completa 3.-Primaria incompleta 4.-Secundaria 5.-Preparatoria 6.-Técnico 7.-Normal básica 8.-Licenciatura |
| Número de hijos (hasta 10 años de edad) | Cuantitativa | Ordinal | < 1 a 10 años |

| | | | |
|---|--------------|---------|--|
| Número de hijos (de 11 a 19 años de edad) | Cuantitativa | Ordinal | De 11 a 19 años |
| Número de hijos (20 o mas años de edad) | Cuantitativa | Ordinal | > 20 años |
| Características de la familia con base en su parentesco | Cualitativa | Nominal | 1.-Nuclear 2.-Nuclear simple 3.-Nuclear numerosa 4.-Reconstituida Binuclear 5.-Monoparental 6.-Extensa 7.-Variante familiar |
| Características de la familia con base en la presencia física y convivencia | Cualitativa | Nominal | 1.-Integrada 2.-Desintegrada 3.-Extensa 4.-Extensa ascendente 5. Extensa descendente 6.-Extensa colateral |
| Estilo de vida por cambios sociales | Cualitativa | Nominal | 1.-Persona que vive sola 2.-Parejas Homosexuales 3.- Familia grupal 4.- Familia grupal 5.- Poligamia |
| Familia con base en sus medios de subsistencia | Cualitativa | Nominal | 1.-Agrícola o Pecuaria 2.-Industrial 3.-Comercial 4.-Servicios |
| Ciclo vital | Cualitativa | Nominal | 1.-Matrimonio 2.-Expansión 3.-Dispersión 4.-Independencia 5.-Retiro y muerte |
| Motivo de consulta médica de primera vez | Cualitativa | Nominal | Abierta |
| Motivo de consulta Médica subsecuente | Cualitativa | Nominal | Abierta. |

PROCEDIMIENTO Y RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

- Búsqueda de la bibliografía.
- Recolección de la bibliografía y fotocopiado.
- Aplicación de la Cédula Básica de identificación Familiar (CEBIF) en forma aleatoria. A los derechohabientes de la UMF durante los meses de junio a agosto del 2007
- Se entrevisto a los derechohabientes en el consultorio de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) después de otorgar la consulta médica.
- Se dio la información del estudio y pidió el consentimiento informado.
- Se aplico método aleatorio con una tómbola de donde se tomaron papeles al azar, si obtenía un papel que dijera SI se le encuesto previo consentimiento informado si el papel decía NO, no se encuesto.
- Recolección de la información de la población usuaria por grupos de edad y sexo en el archivo de la UMF para la pirámide poblacional.
- Recolección de la información de las 10 principales causas de consulta médica de primera vez y subsecuentes en el informe diario del médico SM 10 de la UMF de un periodo de doce meses de junio del 2006 a mayo del 2007

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La declaración de Helsinki adoptada por la 18ª. Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29ª Asamblea Médica Mundial (Tokio 1975) y enmendada por la 35ª. Asamblea Médica Mundial (Venecia, 1983) y la 41ª. Asamblea Médica Mundial (Hong Kong 1989) y el código internacional de Ética Médica declaran en sus principios básicos los requisitos para realizar investigación médica en humanos.

En México el reglamento de la ley general de salud, en el título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, capítulo 1, de las disposiciones comunes, artículos 13,14, establece que en toda investigación en la que el ser humano sea el sujeto de estudio, debe prevalecer el criterio del respeto a su dignidad, protección de sus derechos y bienestar y ajustarse a los principios científicos y éticos que la justifiquen, que contará con un consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones que marca el reglamento, en el artículo 17 se consideran los riesgos de la investigación en los sujetos, considerando que la investigación sin riesgos, son los estudios que emplean, técnicas y métodos de investigación documental retrospectivo y en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionadas en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran, cuestionarios entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros en los que no se identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. En el capítulo II artículo 30 refiere que la participación de los individuos será enteramente voluntaria y cada uno estará en libertad de abstenerse o dejar de participar en cualquier momento del estudio.

Por lo tanto este trabajo corresponde a una investigación sin riesgo.^{32,33}

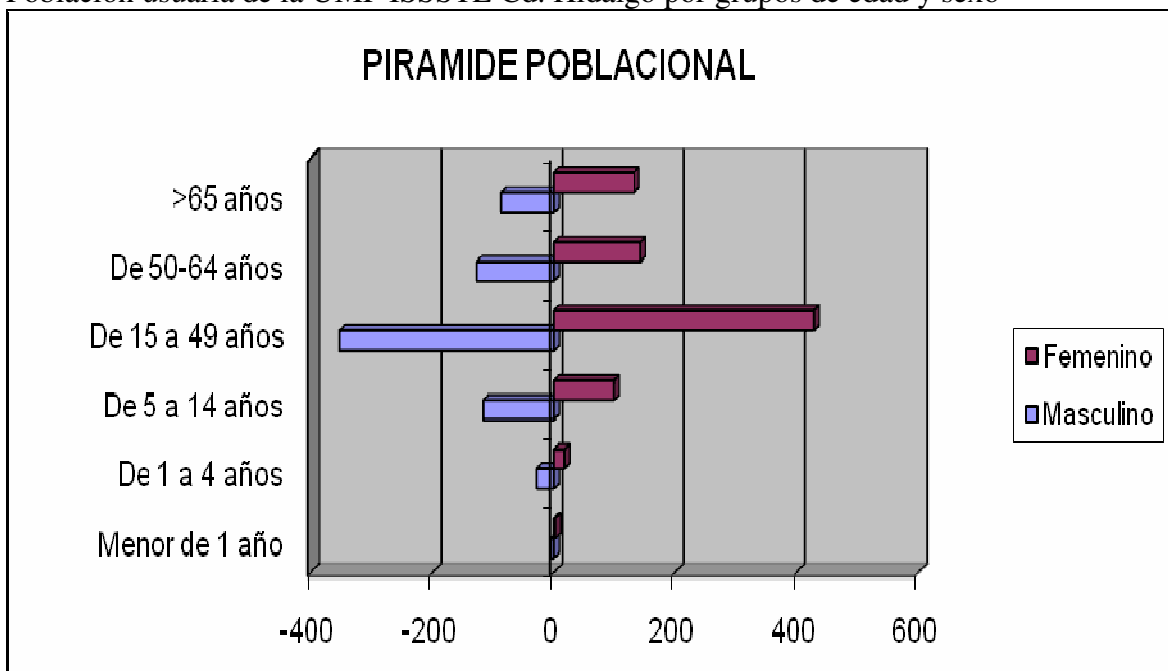
RESULTADOS

Se identificó una población de 1533 derechohabientes usuarios de la que corresponde 712 del sexo masculino y 821 para el sexo femenino de esta población el mayor porcentaje se encontró entre las edades de 15 a 49 años, con 355 hombres y 439 mujeres las que se encuentran en edad fértil, se tomó una muestra aleatoria de 100 pacientes, de los 100 participantes el 75 % fueron mujeres y el 25 % hombres, el periodo de aplicación de las cédulas de identificación familiar (CEBIF) fue de junio a agosto del año 2007 en el consultorio único de la Unidad de Medicina Familiar ISSSTE de Cd. Hidalgo Chiapas.

De acuerdo con la distribución de los grupos etáreos se obtuvieron los siguientes resultados que se presenta en la gráfica No. 1

Gráfica No. 1

Población usuaria de la UMF ISSSTE Cd. Hidalgo por grupos de edad y sexo

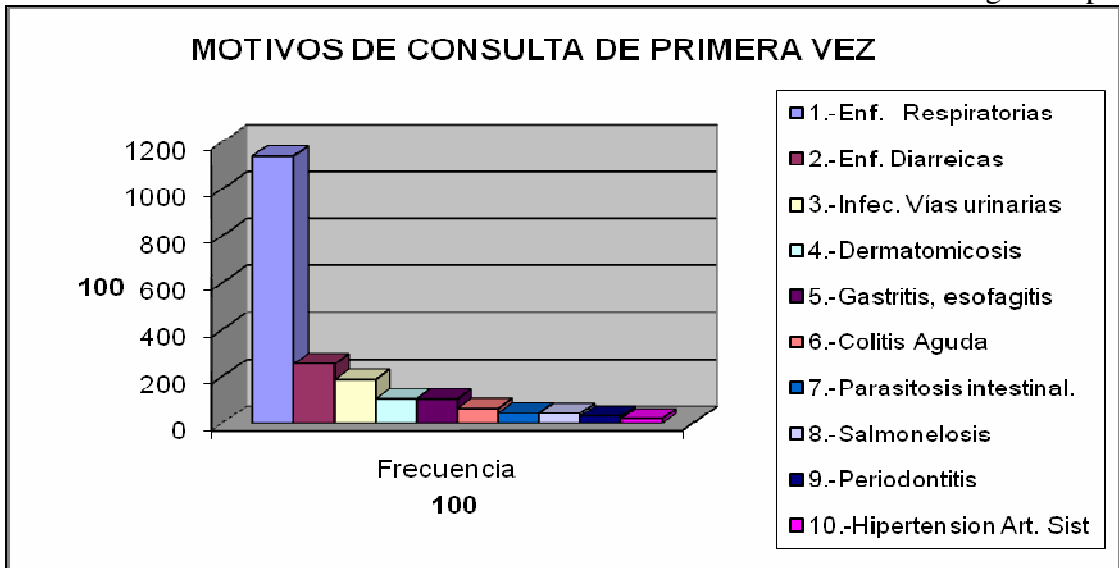


Fuente: datos obtenidos del archivo de la UMF ISSSTE Cd. Hidalgo Chiapas

Se identificó que los 10 principales motivos de demanda de consulta médica de primera vez por orden descendente de un total de 4144 consultas en un año fueron: 1.- Enfermedades respiratorias agudas con un 27.53%, 2.- Enfermedades diarreicas con 6.15%, 3.- Infección de vías urinarias 4.53%, 4.- Dermatomicosis 2.50%, 5.- Gastritis o esofagitis 2.48%, 6.- Colitis aguda 1.54%, 7.- Parasitosis intestinal 1.08%, 8.- Salmonelosis 1.03%, 9.- Periodontitis 0.74%, 10.- Hipertensión arterial sistémica 0.48% (Gráfica 2)

Gráfica 2

Padecimientos más frecuentes encontrados en la UMF ISSSTE de Cd. Hidalgo Chiapas

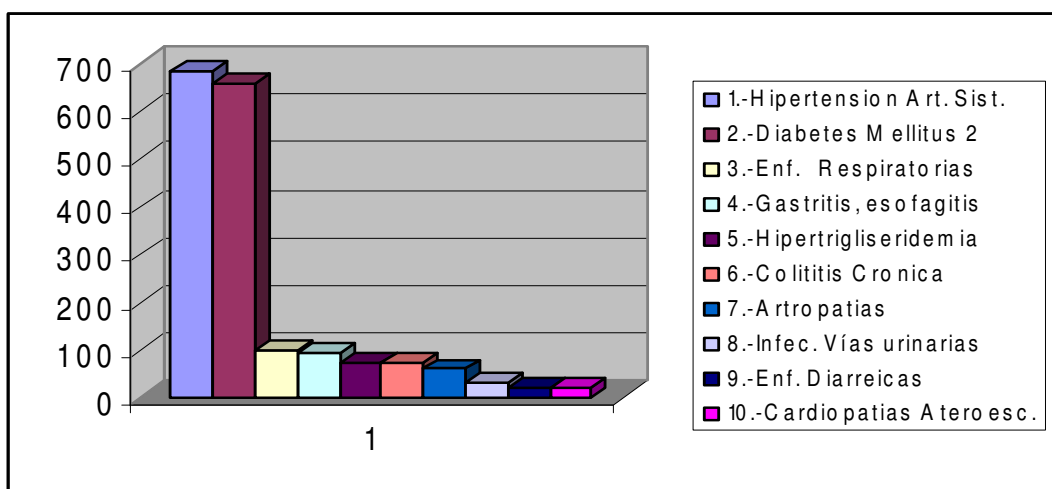


Fuente: datos obtenidos del informe diario del médico de la UMF ISSSTE Cd. Hidalgo de junio del 2006 a mayo del 2007

También se identificó que la demanda de consulta subsecuente en orden descendente de 4144 consulta en un año fueron: 1.-Hipertensión arterial sistémica con 16.48%, 2.-Diabetes mellitus tipo 2 con 15.90%, 3.-Enfermedades respiratorias crónicas 2.41%, 4.-Gastritis u esofagitis crónicas 2.24%, 5.-hipertrigliceridemia 1.73%, 6.-Colitis agudas 1.80%, 7.Artropatías 1.47%, 8.-Infección de vías urinarias 0.79%, 9.-Enfermedades diarreicas 0.53%, y 10. Cardiopatías 0.53%. (Grafica 3)

Gráfica No. 3

Padecimientos más frecuentes encontrados en la UMF ISSSTE de Cd. Hidalgo Chiapas

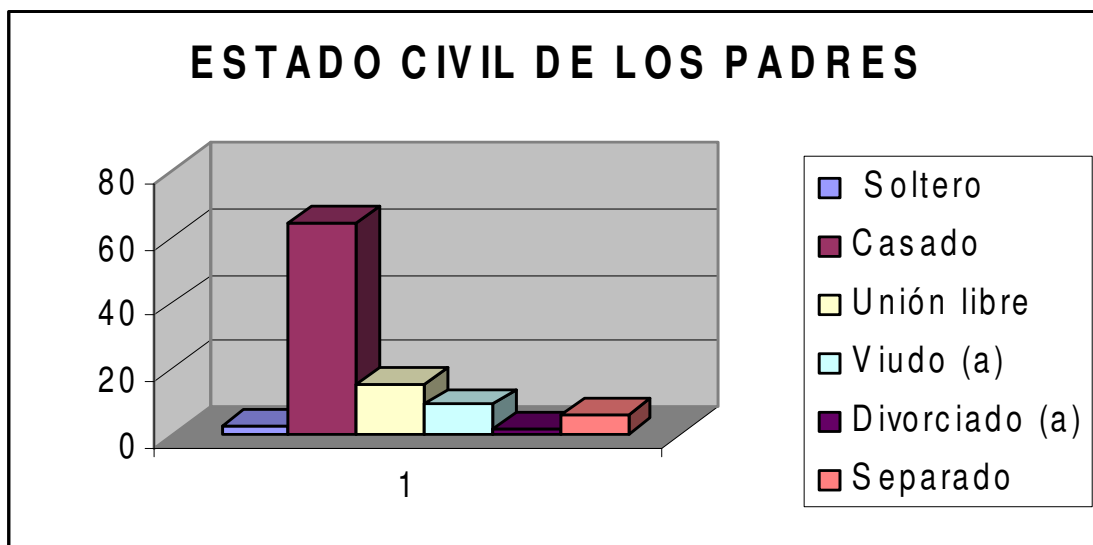


Fuente: datos obtenidos del informe diario del médico de la UMF ISSSTE Cd. Hidalgo de junio del 2006 a mayo del 2007

El estado civil manifestado de una muestra de 100, fueron: Casados 65 %, Unión libre 15 %, viudos 9 %, separados 6 %, solteros 3 %, divorciados 2 % representado en la gráfica No. 4

Gráfica No. 4

El estado civil de los pacientes encuestados en UMF ISSSTE de Cd. Hidalgo



Fuente: datos obtenidos de las encuestas aplicadas a los derechohabientes de la UMF ISSSTE de Cd. Hidalgo de junio a agosto 2007

Los años de unión conyugal variaron desde un mínimo de un año hasta un máximo de 60 años con dos modas una de 20 años y otra de 25 años, una mediana de 22.5 años y una media de 24.07 años respectivamente

La edad del padre: tuvo una amplitud de clase de 22 a 84 años, con una moda de 44 años, una mediana de 52.5 años y una media de 52.55

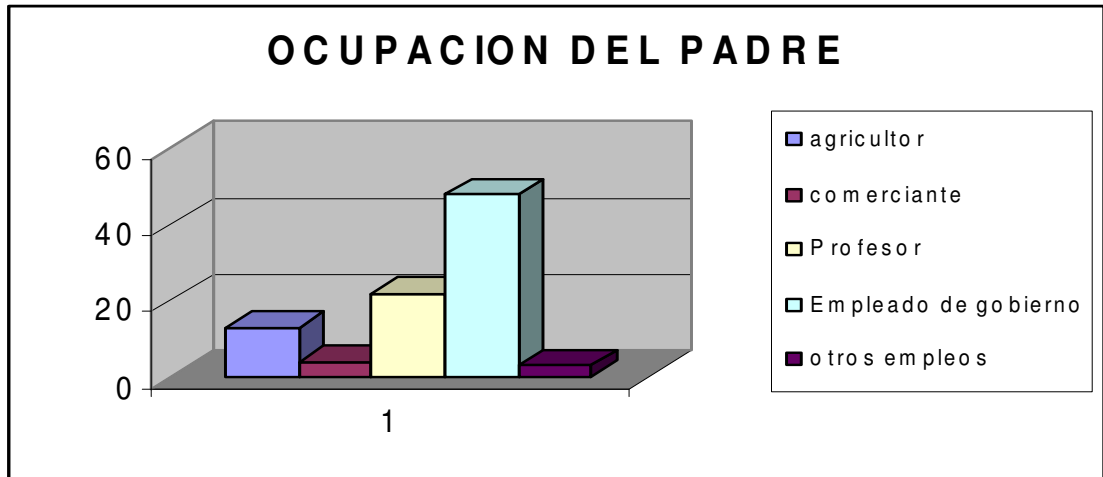
Para las madres de 19 a 76 años, con dos modas una de 44 años y otra de 47 años, una mediana de 46.5 y una media de 47.10 años respectivamente.

Ocupación del padre son empleados de gobierno el 48 %, profesores 22 %, agricultores 13 %, comerciantes 4 %, y otros 3 %, La que se muestra en la gráfica No.5

Ocupación de la madre: la ocupación principal es el hogar con un 61 %, profesoras 17%, empleadas de gobierno 14%, comerciantes 2 %, y otras ocupaciones 1 %. Y se representa en la gráfica No.6

Gráfica No.5

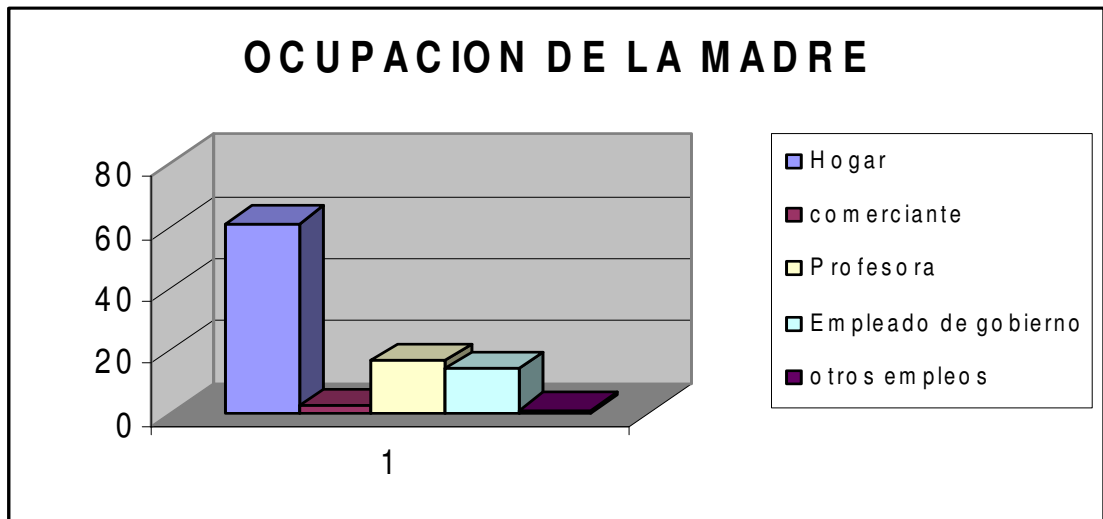
Ocupación de los padres de la UMF ISSSTE Cd. Hidalgo



Fuente: datos obtenidos de las encuestas aplicadas a los derechohabientes de la UMF ISSSTE de Cd. Hidalgo de junio a agosto 2007

Gráfica No.6

Ocupación de las madres de la UMF ISSSTE Cd. Hidalgo

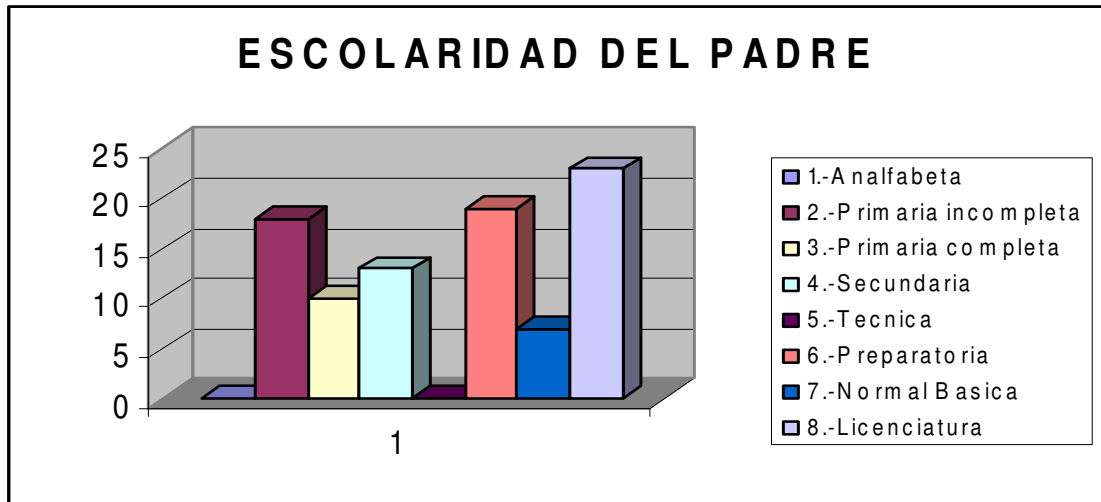


Fuente: datos obtenidos de las encuestas aplicadas a los derechohabientes de la UMF ISSSTE de Cd. Hidalgo de junio a agosto 2007

La escolaridad de los padres fue: primaria incompleta 18 %, primaria completa 11 %, secundaria 13 %, preparatoria 19 %, Normal básica 7 %, licenciatura 22 %. Se representa en la gráfica No. 7.

Gráfica No.7

Escolaridad de los padres de la UMF ISSSTE de Cd. Hidalgo

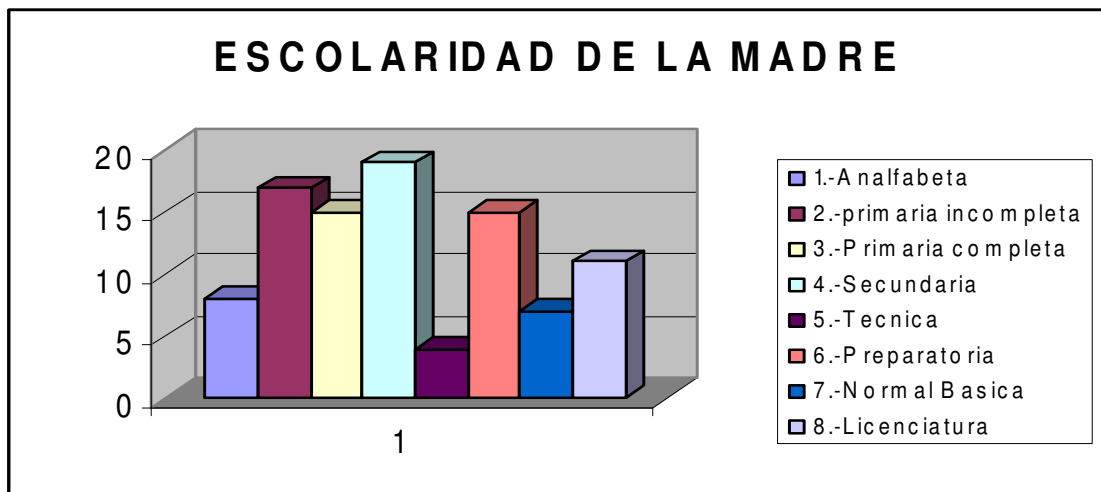


Fuente: datos obtenidos de las encuestas aplicadas a los derechohabientes de la UMF ISSSTE de Cd. Hidalgo de junio a agosto 2007

Escolaridad de las madres: fue analfabetas 8%, con primaria incompleta 17%, con primaria completa 15%, con secundaria 20%, con una carrera técnica 4%, con preparatoria 14%, con normal básica 7%, a nivel licenciatura el 11% y se representa en la gráfica 8.

Gráfica No. 8

Escolaridad de las madres de la UMF ISSSTE de Cd. Hidalgo



Fuente: datos obtenidos de las encuestas aplicadas a los derechohabientes de la UMF ISSSTE de Cd. Hidalgo de junio a agosto 2007

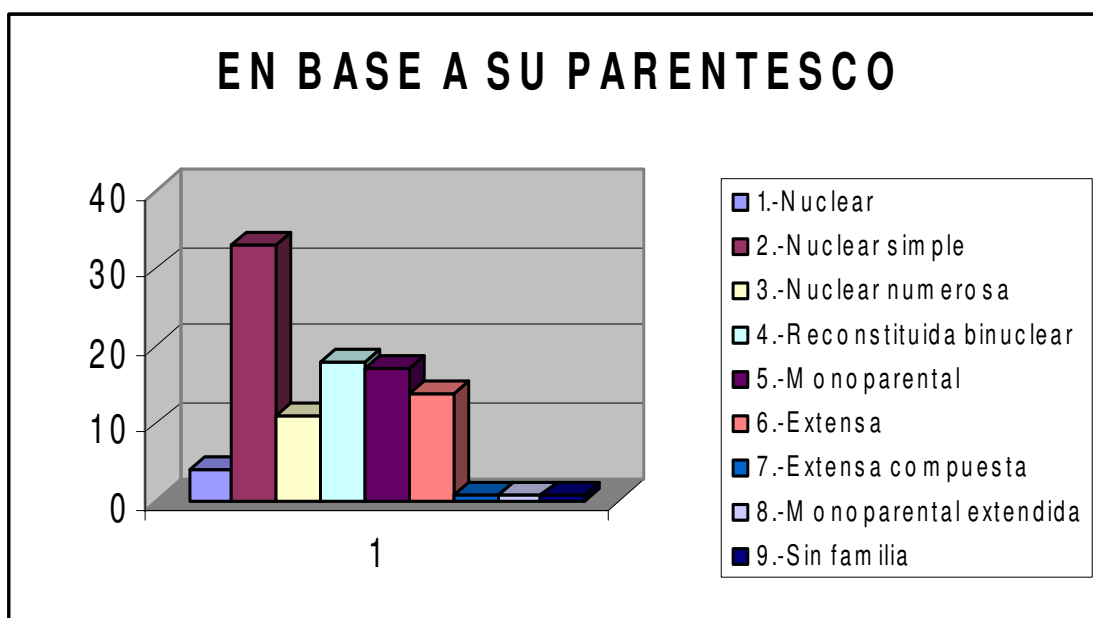
El número promedio de hijos por familia no se determinó, lo que si se determinó es que el número de hijos menores de 10 años son pocos con 28 hijos y la mayoría de los hijos oscila entre los 11 y 19 años con 72 hijos, y para los mayores de 20 años con 61 hijos.

De la población estudiada a través de una entrevista estructurada, se logró identificar las siguientes características familiares:

Familia, con base a su parentesco en: Nuclear 4 %, Nuclear simple 33 %, Nuclear numerosa 11 %, Reconstituida binuclear 18 %, Monoparental 17 %, Extensa 14 %, Extensa compuesta 1 %, Monoparental extendida 1 %, Sin familia 1 %, y se representa en la gráfica 9.

Gráfica No. 9

Familias con base a su parentesco de la UMF ISSSTE Cd. Hidalgo



Fuente: datos obtenidos de las encuestas aplicadas a los derechohabientes de la UMF ISSSTE de Cd. Hidalgo de junio a agosto 2007

Por su presencia física y convivencia: en núcleo integrado 72 %, núcleo no integrado 16 %, extensa ascendente 11%, y extensa descendente 1 % y se representa en la gráfica 10

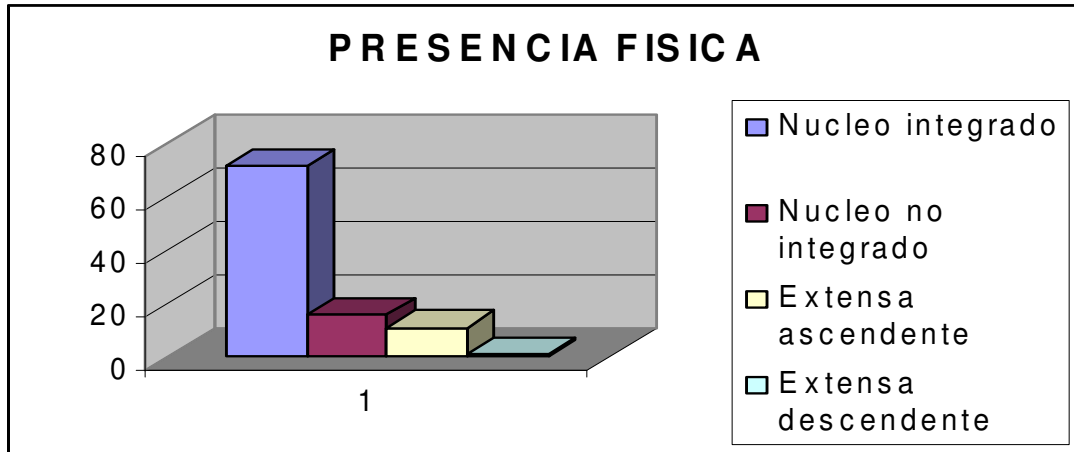
Familias con base a su estilo de vida por cambios sociales

De los derechohabientes encuestados solo 1 % una persona vive sola

Por sus medios de subsistencia: el 92 % es por servicios, y el 8 % agrícola

Gráfica No. 10

Familias en base a su presencia física de las familias de la UMF ISSSTE de Cd. Hidalgo



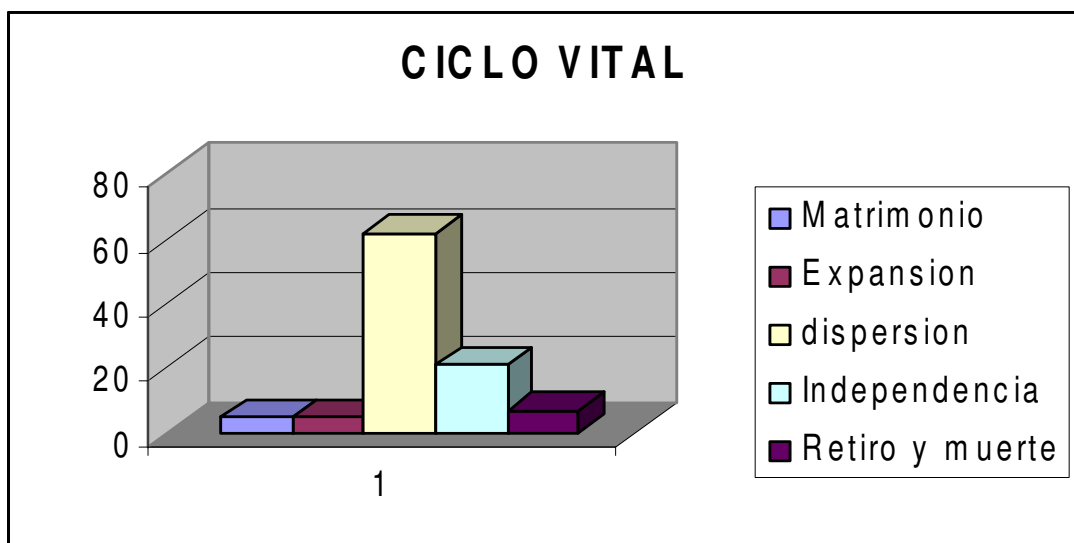
Fuente: datos obtenidos de las encuestas aplicadas a los derechohabientes de la UMF ISSSTE de Cd. Hidalgo de junio a agosto 2007

Familias con base a su ciclo vital.

Por su ciclo vital se encontró en fase de matrimonio 5%, en fase de expansión 6%, en fase de dispersión el 62%, en fase de independencia el 20%, y en fase de retiro y muerte el 7%, que se representa en la gráfica 11.

Gráfica No. 11

Ciclo vital de las familias de la UMF ISSSTE de Cd. Hidalgo



Fuente: datos obtenidos de las encuestas aplicadas a los derechohabientes de la UMF ISSSTE de Cd. Hidalgo de junio a agosto 2007

DISCUSION

El Instituto de Seguridad Social y Servicios a los Trabajadores del Estado cuenta con una población derechohabiente de 10 462 703 a nivel nacional, 251 146 en el estado de Chiapas, de esta población derechohabiente de 54 921 en la zona costa se encuentra distribuida en 7 unidades de Medicina familiar y una clínica hospital en Tapachula, la UMF Cd. Hidalgo Chiapas México tiene una población usuaria de 1533 derechohabientes.

Se observa que la participación del sexo femenino (75 %) es mayor que el masculino (25 %), hecho que se observa en otros estudios realizados Tomando en cuenta que la mayor demanda de consulta la realizan las mujeres.³⁴

En la pirámide poblacional predominan el grupo atareo de 15 a 49 años, en ambos sexos con un porcentaje de 27.98 de mujeres en edad fértil comprendida entre los 15 a 49 años, con un porcentaje bajo de hijos menores de un año y de cuatro años lo que refleja un buen control de la fertilidad con métodos de planificación familiar

Las enfermedades agudas predominantes fueron: la infecciones respiratorias agudas, seguidas de las enfermedades diarreicas agudas, y las infecciones de vías urinarias, ocupan los primeros lugares al igual que la morbilidad nacional lo que se relaciona con los cambios climáticos y la susceptibilidad de los pacientes de esta región, el clima cálido húmedo y la contaminación con grandes cantidades de polvo en la comunidad debido al tránsito contante de tráiler favorece estas enfermedades, además de la mala planeación de drenaje y falta de un trato adecuado del agua potable dentro de la cabecera municipal y la contaminación en la zona rural y semi urbana con grandes cantidades de insecticida usados para fumigar las cultivos de banano³⁰

En relación con las enfermedades subsecuentes observamos que la hipertensión arterial y la diabetes mellitus 2 son las más frecuentes al igual que a nivel nacional esto como consecuencia de la urbanización de las zonas rurales y con ellos la adopción de los estilos de vida sin riesgo.^{32,33}

En relación al estado civil se observa que predominaron los casados con un 65 %, seguido de la unión libre con un 15 %, lo que nos demuestra que el matrimonio sigue siendo base para formar familias, seguidas de un porcentaje importante de unión libre.

Años de unión conyugal, tenemos una media de 24.07, parecida a otros estudios lo que demuestra que las parejas han logrado superar las etapas de familia.³⁶

En la ocupación de los padres observamos que hay un porcentaje elevado de empleados de gobierno y profesores lo que repercute en su estilo de vida, en donde la mujer tiene una participación importante para aportar recursos al hogar no obstante sigue dominando el número de madres dedicadas al hogar con 61 %.

La escolaridad va ligada a la ocupación de los padres así observamos que un porcentaje importante de la población encuestada tiene un nivel académico elevado que va de la preparatoria a la licenciatura y otro porcentaje tiene algún grado de escolaridad que le

permitió obtener un empleo gubernamental y una mejor remuneración de sus actividades.

En cuanto a los hijos hay un porcentaje elevado de jóvenes 72 con edades comprendidas entre los 11 a 19 años en edad escolar y 61 hijos que rebasan los 20 años, lo que implica una dependencia económica de los hijos.

En el estudio de las familias de acuerdo con su tipología las familias nucleares son las más numerosas observando que son datos similares obtenidos por el censo de población del 2005 del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática a nivel nacional y estatal.³⁵

La familia predominante fue la nuclear simple con un 32 %, seguida de la reconstituida binuclear con 18 % y la monoparental con un porcentaje de 17 %, las cuales observamos han ido aumentando en nuestra sociedad en donde el divorcio o separación lleva a formar nuevas familias reconstituidas y por las mismas causas algunos padres y madres, solteros, divorciados y separados se hacen cargo del cuidado de los hijos.

En relación con la presencia física el 72 % son familias integradas lo que es bueno para la crianza de los hijos y para apoyo de sus integrantes.

En cuanto a sus medios de subsistencia la mayoría vive de un salario fijo por ser empleados de gobierno, no se determinó cuantos salarios mínimos perciben, además de contar con un seguro de servicio médico para su familia y prestaciones otorgadas por sus dependencias, lo que eleva su nivel académico y sociocultural.

En el ciclo vital hay predominio de la fase de dispersión, con un 62 % seguida de la de independencia, con 21 %, lo que refleja que la mayoría de los hijos están preparándose para la próxima etapa de independencia.

CONCLUSIONES

Las características familiares que se lograron identificar en el perfil de las 100 familias encuestadas, es que la mayoría pertenecen a una familia nuclear simple, integrada en un porcentaje elevado del 72% lo que demuestra que las familia de la unidad siguen prevaleciendo las familias tradicionales conformadas por padre y madre en donde su presencia y convivencia sirven de lazos de apoyo entre los miembros de la familia. A pesar de esto ha ido en aumento las familias binucleares, y monoparentales

En cuanto a sus medios de subsistencia se determinó que la mayoría son familias son de un nivel socioeconómico medio bajo que le permite cubrir sus necesidades primarias de acuerdo con su nivel socioeconómico ya que la mayoría son profesores federales y empleados de dependencias del gobierno federal. En porcentaje significativo del 13% de agricultores que contribuyen con el gasto familiar actividad que se desarrolla en esta región.

En relación al ciclo vital el porcentaje mas alto, con en etapa de dispersión del 62%. Lo que habla del porcentaje elevado de hijos preparándose para su etapa de independencia. Seguido de la etapa de independencia con un 20%

Se logro obtener la pirámide poblacional donde se observa un predominio del grupo atareo de 15 a 49 años y el porcentaje de mujeres en edad fértil que corresponde al 27.98 % las cuales están controladas en su fertilidad por el porcentaje bajo de número de hijos menores de 1 año de la muestra cinco varones y dos mujeres, y el porcentaje mas pequeño es de menores de un año con cinco varones y dos mujeres

En cuanto a su morbilidad, las primeras causas por las que acuden al servicio médico son las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas que son parecidas con las que reportan a nivel nacional y estatal.

Por lo que llegamos a la conclusión que la aplicación del MOSAMEF favorece el desarrollo de un trabajo organizado y planificado para conocer la población usuaria de cualquier consultorio de primer nivel en forma integral y basada en este conocimiento poder crear programas o estrategias acordes con las necesidades de cada consultorio o unidad de medicina familiar.

Por lo que sugerimos que el instituto de seguridad y servicios sociales a los trabajadores del estado lo pudiera aplicar a más consultorios que estén a su alcance y poder ofrecer así un servicio medicó más integral

Hay que reforzar los programas de hidratación oral así como de hábitos higiénicos, en toda la población derechohabiente para disminuir las enfermedades diarreicas

También es importante fomentar buenos hábitos alimenticios en los niños y jóvenes sobre todo los hijos de diabéticos ya que es la población más susceptible de padecer diabetes tipo dos y obesidad.

Hay que crear programas de ejercicios para disminuir el peso

Programas que deben reforzarse o crear para mejorar el servicio de la población derechohabiente

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huerta GJ, Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad, 1ª.ed. México: Ed. Alfil; 2005. p. 9-52
2. Irigoyen C., Morales LH, Antecedentes históricos y características de la familia del futuro, En: Irigoyen CA, Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. México: Medicina Familiar Mexicana; 2006.p. 17-9
3. Medalie HJ, Cambios en los patrones sociales, etapas del desarrollo social y su interrelación con la familia y la salud En: Medalie HJ, M.D., M.P.H., Medicina Familiar, principios y prácticas. México: Limusa; 1987.p. 43-44
- 4.-Hennan BK, La familia como unidad de atención. En: Shires DB. Medicina familiar guía práctica. México: McGraw-Hill; 1983. p. 8-15
- 5.-Zurro MA, Cano PJF, Atención primaria de salud, En: manual de atención primaria organización y pautas de atención en la consulta. Barcelona: Doyma; 1995.p.3-8
- 6.-Turrabian JL Atención Primaria de Salud, En: cuadernos de medicina familiar y comunitaria, introducción a los principios de familia. España: Díaz de Santos; 1995. P.15-29
- 7.- Loewe R, M.C., M.S.P., Atención primaria a la salud: revisión conceptual. Salud pública México, 1988; 30(5): 666-75
- 8.-Saultz JW, La atención de salud centrada en la familia, En: Taylor R, Medicina de familia principios y practicas. Barcelona España: Doyma; 1988.p. 31-37
- 9.-Zurro MA, Huguet M, García CF, La organización de las actividades en atención primaria, En: Zurro MA., Atención primaria: Conceptos, organización y práctica clínica., Barcelona España: Mosby/Doyma; 1995. P.34-47
- 10.-Domínguez OJ. La Medicina familiar en México y en el mundo, En: Irigoyen CA, Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar 3ª. Ed., México, Editorial Medicina Familiar Mexicana; 2006. P.125-133
- 11.-Medalie JH, Salud y enfermedad: desarrollo y transmisión, con énfasis en la familia, En: Medicina familiar, principios y practicas.1ª.ed. México: Limusa; 1987. p. 95-96
- 11.-Nakahima H., Salud para todos - el camino por recorrer, Rev. Fac. Med UNAM, 1988; 31(5): 117-18
- 12.-Cano V F, México a 10 años de Alma Ata, Rev. Fac Med UNAM, 1988; 31(5): 121-5
- 13- A Irigoyen CA, Morales LH, La medicina familiar: conceptos y filosofía. En: Irigoyen CA, Nuevos Fundamentos de medicina familiar, México: Medicina Familiar Mexicana; 2006. P.144-49
- 14.- Irigoyen CA, Morales LH, Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar: MOSAMEF, En: Irigoyen CA, Nuevos Fundamentos de medicina familiar, México: Medicina Familiar Mexicana; 2006. P.153-169
- 15.- Irigoyen CA, Gómez CFJ, El Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar: ¿Piedra de Rosetta para la Medicina Familiar?, Arch Med Fam 2000; 2 (1): 5-6
- 16.- Medina CL, Lomelí GLE, Irigoyen CA, Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar: estrategias para la formación de recursos humanos para la salud en Nayarita, México, Archivos de Medicina Familiar 2000; 2(2): 41-6
- 17.-González BP, Los cuatro pilares de la medicina familiar, Arch Med Fam, 2004; 6 (2):31-33

- 18.-Hennen BK, MD. Continuidad de la atención. En: Shires DB., Hennen BK, Medicina Familiar Guía Práctica. México: McGraw-Hill; 1983. p.3-7
- 19.-Medalie JH, Salud y enfermedad: desarrollo y transmisión, con énfasis en la familia, En: Medicina familiar, principios y practicas. México: Limusa; 1987. P.95-96
- 20.-Irigoyen CA, Morales LH. La familia en México: Elementos demográficos. En: Irigoyen Nuevos fundamentos de Medicina Familiar, México: Medicina Familiar Mexicana; 2006. p.37-44
- 21.- Irigoyen CA, Gómez CJF, Hernández RC, Farfán ZG, Diagnóstico familiar, 5ª. Ed., México: Medicina Familiar Mexicana; 1996. p. 23-47
- 22.- Gómez CJF, Irigoyen CA, Ponce-Rosas ER y col. Versión al español y adaptación transcultural de FACES III, Arch. Med. Fam. 1999; 1 (3):73-9
- 23.-Irigoyen CA, Morales LH, Elementos para un análisis de la estructura familiar, En: Irigoyen Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar, México: Medicina Familiar Mexicana; 2006. P.46-53
- 24.-De la Revilla AL, Fleitas C, Influencias socioculturales en los cuidados de salud. Enfoque familiar en atención primaria de salud, En: Zurro MA, Atención Primaria: conceptos organización y práctica clínica 3ª ed. España: Mosby/Doyma; 1995. p.78
- 25.-Waters I, Watson W, Wetzel W, Genogramas instrumentos útiles para los médicos familiares, En: Irigoyen Nuevos fundamentos de medicina familiar, México: Medicina Familiar Mexicana; 2006. P.57-64
- 26.-Elementos Esenciales de la Medicina Familiar, Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias y Código de Bioética en Medicina Familiar: Primer Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organizaciones e Instituciones Educativas y de Salud, 1ed.México: Medicina Familiar Mexicana 2005
- 27.- Baider I, Introducción a la Sociología de la Familia, En: Medicina familiar, Principios y Practicas, México: Limusa; 1987. p. 52-54
- 28.-Madalie JH, Transmisión de las Enfermedades Infecciosas, En: Medicina Familiar, Principios y Prácticas. México: Limusa; 1987.p. 111-15
- 29.- La exposición a riesgos ambientales provoca casi una cuarta parte de las enfermedades. Publicaciones 2006 de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra Pag. Web OMS <http://www.ecoportel.net/content/view/full/61219>
30. SUIVE, Veinte principales causas de enfermedad nacional por fuente de notificación, 2006, <http://www.dgepi.salud.gob.mx>
- 31.- SUIVE, Veinte principales causas de enfermedad en Chiapas por fuente de notificación en la población general por fuente de notificación, 2006, <http://www.issste.gob.mx>, agenda institucional, septiembre 2005
- 32.-Declaración de Helsinki, tomado del boletín de la OPS 1990; 108(5 y6):626-637
- 33.-Ley general de salud en México Agenda de salud 2005, versión Cosida ISEF, ediciones fiscales INEF sexta edición enero 2007:1-8
- 34.-Galindo AL, Satisfacción de la funcionalidad familiar y depresión en el adulto mayor de la clínica de Medicina de medicina Familiar Oriente del ISSSTE, Trabajo de investigación, México 2007:55-7
- 35.-<http://www.inegi-gob.mx> censo de población 2005
- 36.-Ponce RE, Gómez CF, Irigoyen CA, Terán TM, Fernández OM, perfil de la estructura familiar en una zona urbana de Tlalpan, México, Arch Med Fam 1999; 1 (3):67-72

ANEXO 1

CEBIF



Folio: _____

CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

DATOS GENERALES DEL INFIORMANTE:

Familia: _____ No. Expediente del informante _____

Datos de la persona que proporciona la información:

Madre () Padre () Hijo ()

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA:

Edo civil de los padres: Casados () U.libre () soltero () Divorciado Vuido ()

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 10 años de edad): _____

Número de hijos (de 11 a 19 años de edad): _____

Número de hijos (de más de 20 ó más años de edad): _____

TOTAL: _____

CLASIFICACION DE LA FAMILIA:

MARQUE CON UNA EQUIS (X)

A) Parentesco:

Nuclear () Nuclear simple () Nuclear numerosa ()

Reconstituida (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 adoptados () Familia grupal ()
Familia comunal () Poligamia ()

E) Con base en sus medios de subsistencia:

Agrícola o pecuaria () Industrial () Comercial () Servicios ()

F) Etapa del ciclo vital familiar:

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

ANEXO 2

RECURSOS MATERIALES.

Unidad de medicina familiar ISSSTE Cd. Hidalgo Chiapas

Consultorio de la Unidad de Medicina Familiar

-Tabla

-Hojas blancas (1000) hojas)

-Cedulas básicas de identificación familia (CEBIF) 120

-Lápices (3 lápices)

-Gomas (2)

-Sacapuntas (2)

-Equipo de cómputo

-Marca texto

ANEXO 3

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| ACTIVIDAD | SEMANAS | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 1. Elaboración de: planteamiento del problema. -Pregunta de investigación -Justificación -Objetivos | | x | x | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2 Metodología | | | | | | x | x | x | x | x | x | | | | | | |
| 2.Marco teórico | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | | | | | |
| 3.Recolección de la información: -Pirámide poblacional de la UMF -Encuesta a familias. -Morbilidad de la población | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | | | | | | |
| 4.Presentación de resultados: -Tablas y graficas. -Descripción de los resultados. | | | | | | | | | | x | x | x | x | | | | |
| 5.Discusión de los resultados | | | | | | | | | | | | x | x | x | | | |
| 6. Conclusiones y plan de acción con base en los resultados. | | | | | | | | | | | | x | x | x | | | |
| 7. Redacción final de la tesis. | | | | | | | | | | | | | | | x | x | |
| 8. Entrega de tesis impresa. | | | | | | | | | | | | | | | | | x |
| 9. Examen final. | | | | | | | | | | | | | | | | | x |