



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO
CLINICA HOSPITAL "DR. ROBERTO NETTEL FLORES"
TAPACHULA CHIAPAS.

**CAUSAS DE MORBILIDAD MÁS FRECUENTES Y
CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL
TURNO MATUTINO DE LA UMR DEL ISSSTE DE
MOTOZINTLA, CHIAPAS**

TRABAJO DE INVESTIGACION

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
ALBERTO DE LEÓN GARCÍA

TAPACHULA, 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.

**CAUSAS DE MORBILIDAD MÁS FRECUENTES Y CARACTERÍSTICAS DE
LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL TURNO MATUTINO DE LA UMR DEL
ISSSTE DE MOTOZINTLA, CHIAPAS**

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

PRESENTA:
ALBERTO DE LEÓN GARCÍA

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

DR. CARLOS ALBERTO MONTESINOS LÓPEZ
DIRECTOR DE LA CLINICA HOSPITAL DEL ISSSTE “DR. ROBERTO NETTEL
FLORES”
TAPACHULA CHIAPAS

DR. MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ PÉREZ
SUBDIRECTOR DE LA CLINICA HOSPITAL DEL ISSSTE “DR. ROBERTO
NETTEL FLORES”
TAPACHULA, CHIAPAS

DR. GERARDO GAMBOA DE ALBA
JEFE ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA HOSPITAL DEL ISSSTE “DR. ROBERTO
NETTEL FLORES”
TAPACHULA, CHIAPAS

DR. ARNULFO E. IRIGROYEN CORIA
ASESOR DE TESIS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

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

**CAUSAS DE MORBILIDAD MÁS FRECUENTES Y CARACTERÍSTICAS DE
LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL TURNO MATUTINO DE LA UMR DEL
ISSSTE DE MOTOZINTLA, CHIAPAS**

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

PRESENTA:
ALBERTO DE LEÓN GARCÍA

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

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

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

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

INDICE

I. Marco teórico.	7
• MOSAMEF.	12
• Antecedentes históricos.	13
• El MOSAMEF y la Medicina Familiar.	14
• El MOSAMEF y el médico familiar	15
• Salud. salud familiar, familia, medicina familiar, médico familiar.	16
• Deberes y responsabilidades del médico familiar para con las personas, la familia y la comunidad.	16
• Dinámica familiar, roles familiares.	19
• Funciones de la familia.	20
• Clasificación de las familias.	21
• Ciclo vital familiar.	26
• Genograma.	27
II. Planteamiento del problema.	30
III. Justificación.	32
IV. Objetivos.	34
a) General	
b) Específicos	
V. Metodología.	35
• Tipo de estudio	
• Población	
• Lugar	
• Tiempo de estudio	
• Tipo de muestra y tamaño de la muestra	

VI. Criterios de selección.	37
• Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
VII. Información a recolectar (Variables a recolectar).	38
• Causas de consulta	
• Pirámide poblacional	
• Características de las familias.	40
VIII. Método o procedimiento para captar la información.	42
IX. Consideraciones éticas.	43
X. Resultados.	44
• Descripción de los resultados	
• Tablas (cuadros) y gráficas	
XI. Discusión.	53
XII. Conclusiones.	56
XIII. Referencias bibliográficas.	58
XIV. Anexos.	60

I. MARCO TEÓRICO

La medicina familiar nace por las mismas necesidades de los individuos, de las familias y de las comunidades, ya que la atención que el médico otorgaba a sus pacientes había sido de tipo curativo olvidándose de la prevención y promoción de la salud¹. Los sistemas sanitarios de muchos países han tenido como único objetivo la enfermedad, absorbiendo cantidades crecientes de recursos humanos, sofisticados medios diagnósticos y terapéuticos, en hospitales de tercer nivel que únicamente benefician a una pequeña parte de la sociedad (pacientes complicados), olvidándose de la prevención, conservación y promoción de la salud².

Debido a que el médico de atención primaria llámese, centros de salud, unidad médica familiar (primer nivel) y consultorios de medicina familiar en hospitales de segundo nivel, se sigue atendiendo únicamente la enfermedad, vemos como consecuencia que a diario muchos pacientes casi siempre los mismos (frecuentación) llegan a los consultorios con enfermedades que más que orgánicas son de tipo psicosocial y que ocasiona un desgaste inadecuado de recursos terapéuticos lo mismo que profesionales³. Otro factor importante para el nacimiento de la medicina familiar es que otras especialidades pierden el sentido humanitario, en la atención del paciente y lo ven únicamente como un conjunto de órganos y no de una manera integral⁴; como respuesta a las necesidades sociales de contar con un médico especialista que contrarrestara la fragmentación de la medicina ofreciendo la atención primaria global, continua y accesible, inicia la especialidad de medicina en el año 1969, que cuenta con los siguientes principios básicos: Atención continua, global, coordinada, atención del paciente en el contexto familiar, y atención sanitaria en el contexto comunitario, ya que el médico familiar proporciona atención médica continua y completa al individuo y a su familia iniciando esta atención antes de la concepción del individuo hasta su muerte, aunque el enfermo sea remitido a otro especialista la continuidad no se rompe. El médico familiar puede también actuar como consejero, defensor, confidente y sanador, siendo este el primer contacto con el paciente, si lo considera necesario solicite interconsulta con algún especialista en particular (atención compartida), o lo remite para una atención específica ejemplo (cirugía) al tiempo que mantiene una relación con él y con su familia, además atiende a todas las familias sin importarles cual es su

clasificación, siendo más sensible a todos los cambios que hayan de las composiciones de las familias, extendiéndose su compromiso filosófico hacia la gran comunidad⁵.

En México inicia la especialidad en medicina familiar en 1971, cuando inician los cursos de especialización. En el año de 1954, hubo médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que propusieron un esquema de trabajo dentro de algunas Unidades Médicas Familiares (UMF), derivado de esto se implanta en el Instituto Mexicano del Seguro Social el Sistema Médico Familiar, sin contar con especialistas, iniciando los cursos de especialización en el año de 1971. En el año 1974, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), otorga el reconocimiento académico de la especialidad. En esta misma Universidad en el año 1975 se crea el primer Departamento de Medicina Familiar en Latinoamérica, en 1980 la Secretaria de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaria de Salud (SSA) y el Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), inician la formación de especialistas en medicina familiar. En el año 1988 se crea el Consejo Mexicano de Certificación de Medicina Familiar (CMCMF) que su único objetivo es garantizar la capacidad técnica de los especialistas en Medicina Familiar, lo que ha permitido ser reconocidos nacional e internacionalmente, iniciándose en este año la certificación de especialistas en medicina familiar de manera ininterrumpida, ocupando por esto el segundo lugar en cuanto al número de especialistas certificados de entre todas las especialidades en nuestro país. En el año de 1994 se constituye nuestro Colegio Mexicano de Medicina Familiar (CMMF) y en el año de 1996 ingresamos como Colegio Mexicano de Medicina Familiar a la Confederación Iberoamericana y en el año 2002 el Colegio Mexicano de Medicina Familiar ingresó formalmente como un país titular al Colegio Mundial del Gremio WONCA⁶.

La Medicina Familiar como disciplina académica y especialidad médica, comprende una serie de actividades fundamentales en tres ejes: El estudio de la familia, que permite conocer el entorno biopsicosocial en el que se desarrolla el individuo; la continuidad de la atención, que favorece el seguimiento del proceso salud- enfermedad de los individuos sin importar su edad, sexo y/o naturaleza de la enfermedad, y la acción anticipatoria basada en un enfoque de riesgo que brinda la oportunidad de planear estrategias de atención y medidas preventivas en la población expuesta.

A medida que el médico familiar conoce con detalle las características biopsicosociales, la pirámide poblacional, principales motivos de consulta, podrá iniciar acciones concretas, establecer programas de actividades de fomento a la salud y preventivas, detección temprana y tratamientos oportunos, realizar un seguimiento efectivo y coordinar los recursos de la comunidad, para el cuidado de su salud¹. El médico familiar no solo atiende al enfermo sino que debe conocer el proceso salud-enfermedad del grupo familiar en el que se encuentra el individuo, así como de la comunidad en la que se encuentra la familia⁷.

Los problemas de salud son de origen multicausal, dentro de los factores ambientales encontramos los:

Biológicos: Virus, Bacterias, Parásitos y otros.

Químicos: Metales tóxicos, disolventes, etc.

Físicos: Ruidos, vibraciones, radiaciones y temperatura.

Mecánicos: Traumatismos provocados por actividad laboral, agricultura, deportes o
por vehículos.

Psicosocial: Estrés, cambios en los estilos de vida, violencia, desempleo, etc.⁸

La salud es afectada también por factores sociales y culturales, habiendo una estrecha relación entre las clases sociales y la vulnerabilidad frente a los agentes patógenos, teniendo como ejemplo las de tipo infeccioso que afectan más a los individuos que habitan en ambientes marginales, pobreza extrema, malas condiciones higiénicas, hacinamiento, carencias nutricionales etc., las de tipo cultural (accidentes en la infancia, mortalidad perinatal) en las diferencias ocupacionales (accidentes laborales, etc.), contrario a lo que se ha pensado que las clases privilegiadas económicamente, tienen una mejor manera de vivir se ha observado factores culturales que influyen en su salud propiciado por los avances tecnológicos (control remoto en aparatos eléctricos), publicidad de alimentos chatarra en los medios de comunicación masiva, no excluyendo al resto de la población, que por estos factores culturales hay aumento en la morbimortalidad citando algunas como la cardiopatía isquémica, síndrome metabólico, úlcera péptica, síndrome de intestino irritable, etc., ocasionado por los malos estilos de

vida, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo, estrés, malnutrición (ingesta de alimentos ricos en grasas, carbohidratos)⁹.

Los problemas sociales y familiares juegan un papel importante en la producción de síntomas psíquicos, físicos o psicosomáticos ocasionando los problemas psicosociales (PPS) por acontecimientos vitales estresantes (AVE), estos AVE, pueden estar dados por violencia intrafamiliar, alcoholismo, divorcio, disfuncionalidad, que va ocasionar cambios en la salud, aparición de enfermedades o agravamiento de las ya existentes¹⁰.

La función primaria del médico familiar es ayudar a las familias a que manejen las enfermedades comunes y enseñarles como prevenirlas, o por lo menos, reducir la posibilidad de futuras enfermedades, tomando en cuenta los patrones cambiantes de la enfermedad y las expectativas cambiantes respecto a la salud.

Proporcionar atención médica de primer contacto significa estar cerca del paciente, que es el primer médico al que el paciente consulta cuando se enferma, lo que implica la responsabilidad de ser consejero, protector, interprete e integrador al servicio personal del paciente, sin importar el lugar donde se encuentre, hogar, hospital o en cualquier institución¹¹, el médico familiar puede lograr lo que otros especialistas no hacen, y es la confianza que el paciente tiene hacia él y que en determinado momento puede influir mucho la opinión de éste, para que el paciente acepte el tratamiento por otro especialista, es importante también la continuidad de la atención, la cual tiene cuatro dimensiones: La cronológica, la geográfica, interdisciplinaria y la interpersonal¹¹. Es importante saber que para prevenir muchas enfermedades los factores determinados por el entorno social y cultural, siendo necesario desarrollar actividades preventivas y educativas en la comunidad; las intervenciones culturales y educativas en la escuela en todos los niveles, iniciando con la educación preescolar y primaria (cuidar o inculcar la higiene personal, inculcar la buena alimentación), y evitar para ello las vendimias de chatarras en la cooperativa escolar, en los adolescentes fomentar la salud con pláticas sobre adicciones, llámese alcoholismo y otras, lo que puede tener una importancia trascendental para la modulación de determinados hábitos y actitudes, otros sectores que pueden colaborar para mejorar la salud o prevenir enfermedades son las instituciones encargadas del saneamiento del agua, control sanitario de los alimentos¹².

Con lo mencionado anteriormente podemos lograr una cobertura total de la salud de la población, un enfoque intersectorial, aplicación de tecnologías apropiadas y una completa participación de la comunidad, una vez teniendo el conocimiento y el apoyo intersectorial para prevenir las enfermedades que sufre la humanidad se concientiza y orienta a la sociedad para proteger y promover su propia salud, ya que la salud es responsabilidad de cada quien. Todos los sectores como políticos, medios informativos, etc. tienen una importante labor que cumplir en la salud, pero los médicos y enfermeras deben desempeñar funciones claves, y para lograr esto las instituciones de enseñanza deben enfatizar que las profesiones al servicio de la salud tienen un compromiso de servicio a la población, el éxito o el fracaso en la lucha para lograr la salud dependerá de las directrices proporcionadas por instituciones tales como la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.¹³

Aparte de la formación de especialistas en medicina familiar que se inicia en 1980, en 1981 se diseñaron y pusieron en práctica los programas de educación médica continua dirigido a los médicos generales familiares y un vigoroso esfuerzo dirigido al médico general, para poder lograr lo que afirmó la declaración de Alma Atta en 1978; que la atención primaria de salud es la clave para alcanzar la salud para todos. En la declaración figura la siguiente definición¹⁴.

“La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria 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. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo mas cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y donde trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.

Debido a todo lo citado anteriormente el médico familiar debe realizar actividades que requieren de una guía metodológica que propicie el diagnóstico del estado de salud de las familias que requieren sus servicios. La evaluación demográfica de las familias mediante la descripción de su estructura, clasificación tipológica, etapa de ciclo vital familiar y elementos económicos y sociales, constituyen alguno de los componentes del diagnóstico de salud familiar ¹⁵.

MOSAMEF ¹⁶

Un grupo de profesores del departamento de Medicina Familiar de la UNAM diseña un modelo de práctica médica familiar llamado Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF), dado a conocer desde 1995 en la tercera edición del libro Fundamentos de Medicina Familiar.

La motivación inicial para desarrollar este modelo fue presentar en forma de protocolo un esquema de atención sistemática a las familias dirigidos a los alumnos del curso semipresencial de especialización en medicina familiar en diplomado de postgrado efectuado por el ISSSTE y la UNAM.¹⁶

En 1848 bajo los efectos políticos y filosóficos de la revolución francesa, surge una declaración que dice: “Todo hombre debe recibir asistencia médica por el hecho de serlo y ésta, debe ser digna y adecuada”. Principios que rigen la práctica del MOSAMEF.

En 1883 El Parlamento de Prusia aprueba la ley del seguro obligatorio de enfermedad. Este hecho se debe a Bismarck del partido conservador quien autoriza lo que se conoce a nivel mundial como seguros sociales.

En 1943 surge el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia. En el año 1959 en las escuelas de medicina se adoptó el currículo flexneriano lo que llevó que en el año 1962 se incorporó un año de internado rotatorio de pregrado.

El MOSAMEF se origina a través de tres preguntas fundamentales: ¿Cómo llevar a la práctica 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?

Como se mencionó anteriormente la práctica de la medicina familiar se fundamenta en tres elementos esenciales: El estudio de la familia, la continuidad de la atención y la acción anticipatoria basada en un enfoque de riesgo. Esto requiere de una guía metodológica que el médico debe utilizar para realizar el diagnóstico del estado de salud de las familias que requieren sus servicios.

La evaluación demográfica de las familias mediante la descripción de su estructura, clasificación tipológica, etapa en el ciclo vital familiar, además de los elementos económicos y sociales constituyen algunos de los componentes del diagnóstico de salud familiar.

El análisis de la patología que con mayor frecuencia se presenta en las familias, constituye el perfil de morbimortalidad, que aunado a la evaluación demográfica de las familias, facilita al médico de familia y a su equipo de trabajo el diseño y ejecución de estrategias específicamente dirigidas a la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno.

Conociendo con detalle la estructura de las familias de su consultorio, las características de la pirámide poblacional, las patologías más frecuentes así como la demanda de servicios que se ejerce en su consultorio le permitirá desarrollar una eficaz labor lo que contribuirá a mejorar la atención, desde el tiempo de espera, agilización del uso del archivo clínico, derivaciones justificadas al segundo y tercer nivel y en general una atención médica de mayor calidad que le permita promover y mantener la salud de sus familias, ocasionando esto un impacto positivo en la salud familiar del consultorio de la unidad de medicina familiar y del sistema de salud del país.

EL MOSAMEF Y LA MEDICINA FAMILIAR

En mayo de 1991 en Perugia Italia, se celebró una reunión de expertos, participando diecisiete médicos de familia de diferentes países. El objetivo del encuentro fue la elaboración de un documento que marcara la contribución de los médicos de familia en la consecución de los objetivos de salud para todos en el año 2000.

El grupo de trabajo de la OMS debatió la situación en los distintos países y elaboró unas conclusiones muy explícitas.

- La medicina de familia es el elemento de los servicios de salud que más apoyará la consecución de los objetivos de “salud para todos”.
- El médico de familia posee un papel vital como agente de cambio dentro de los complejos sistemas de salud, no solo por su papel de “portero del sistema” si no por ser el abogado de la salud de sus pacientes.
- La medicina de familia es para cualquier país, la base más adecuada de su sistema sanitario.
- La creación de departamentos universitarios de medicina de familia o de atención primaria de salud (o el esfuerzo de los existentes), es vital para el desarrollo de una medicina de familia efectiva.
- El reconocimiento de la medicina de familia como una disciplina específica, con una identidad propia y un claro perfil, es un requisito previo para realizar una investigación, formación y educación efectivas.

MOSAMEF Y EL MÉDICO FAMILIAR

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

El médico de familia debe poseer las siguientes cualidades: Ser buen clínico, científico, consejero, asesor, educador, trabajador, receptivo, accesible, empático, sistemático, racional, respetuoso, comunicativo, con actitud de búsqueda, con afán de superación, que coordina la asistencia, preocupado por el paciente y preocupado por su propia formación.

Un médico de familia debe realizar actividades en cinco grandes áreas:

- Área de atención al individuo
- Área de atención a la familia
- Área de atención a la comunidad
- Área de formación, docencia e investigación
- Área de apoyo que incluye trabajo en equipo, sistema de registro e información, gestión de recursos, administración sanitaria y por último la garantía de calidad

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

Para la realización de este trabajo necesitamos describir algunos conceptos como son:

Salud: Es el completo bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de enfermedad o afección, en 1978 en la reunión de Alma Atta se consideró a la salud como un derecho fundamental de la humanidad y un objetivo social importante para el mundo.¹⁷

Salud familiar: Es la homeostasis biológica, psicológica y social del sistema familiar que resulta del funcionamiento satisfactorio de la familia y que influye en el nivel de salud de cada uno de sus integrantes, propiciando una interacción adecuada con otros sistemas familiares y con su entorno social ¹⁸.

Familia: Es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar vinculados por lazos, ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la medicina familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud- enfermedad ¹⁸.

Medicina familiar: Especialidad médica y disciplina académica que estudia los procesos que inciden, tanto en la salud como en la enfermedad del individuo y su familia ¹⁸.

Médico familiar: Especialista que atiende los problemas relacionados con el proceso salud-enfermedad, en forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar, tomando en consideración el contexto biológico, social y psicológico ¹⁸.

Deberes y responsabilidades del médico familiar para con las personas, la familia y la sociedad ¹⁸

La conducta profesional del médico familiar deberá regirse por el contenido de los siguientes artículos:

1.- Atender de manera integral al trinomio individuo-familia-comunidad, se considerará el contexto socio-cultural en todo lo referente al proceso salud-enfermedad, en sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales, al hacer énfasis en la atención a la salud familiar.

2.-Atender con la misma diligencia y solicitud a todos los individuos, sin discriminación de filiación política, clase social, credo, etnia, edad, género, ocupación, preferencia sexual o discapacidad física y/o mental.

3.-Respetar la vida, la dignidad de las personas, el cuidado de la salud del individuo y la familia y el bienestar de la comunidad.

4.-Proporcionar en un marco científico y humanístico las acciones de atención a la salud que deben ser aplicadas en beneficio de la población.

5.-Conocer el marco jurídico nacional en todo lo referente al ejercicio profesional y participar activamente en todo proceso de formulación de leyes que se relacionen con su actividad.

6.-Promover acciones para el cuidado del paciente crónico a través de redes de apoyo y de otras estrategias disponibles.

7.-Ser ejemplo de honestidad profesional, al mostrar una conducta que dignifique y prestigie a la especialidad.

8.-Informar al paciente, a sus familiares o a quien lo tutele, de manera veraz y oportuna, sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico correspondiente, o posible. La información se proporcionará con mesura, prudencia y calidez, respetando la dignidad humana.

9.-Mantener informado al paciente sobre el curso de su enfermedad, resultado de los exámenes practicados y alternativas de tratamiento, a fin de que pueda valorar, con base en los riesgos y beneficios que él considere adecuado.

10.-Dictaminar la existencia de una incapacidad física o mental de una persona, para los fines a que dé lugar, solo en los casos en que haya fundamentos de carácter médico.

11.- El médico familiar debe evitar todo tipo de acciones médicas que solo persigan su propio beneficio.

12.-El médico familiar no propiciará, admitirá, secundará o participará en actos de violencia intra o extrafamiliares y notificará los casos a las autoridades competentes.

13.-Guardará la confidencialidad de los hechos, datos o circunstancias de que tenga conocimiento como producto de su ejercicio; excepto cuando se ponga en riesgo la salud de terceros o sea requerido por la instancia legal correspondiente .

14.- Respetar el pudor e intimidad de las personas, sobre todo en aquellos procedimientos de exploración clínica que así lo exijan.

15.-El médico familiar deberá solicitar el consentimiento, libre de coacción, para la realización de procedimientos de atención a la salud, previa información, comprensible, exhaustiva y convalidada sobre el particular.

16.-Deberá respetar el derecho que tiene el paciente a solicitar la opinión de otro médico en cualquier momento.

17.-Deberá reconocer sus limitaciones y referir al paciente con el médico apropiado para su atención.

18.-Deberá abstenerse de abusar en su práctica profesional del uso de medios de comunicación no suficientes para la práctica profesional.

19.-La publicidad que utilice para promover sus servicios debe ser objetiva, prudente y veraz.

20.-Cuando sea solicitada por los diversos medios de comunicación, el médico deberá comunicar de manera verídica, discreta, prudente y comprensible información que redunde en beneficio de la salud de la población.

21.-El médico familiar tiene derecho a percibir una remuneración adecuada por su trabajo, en relación con su capacidad profesional y el número de horas que labora en la institución, o según el acuerdo previo que haya tenido con un paciente privado, esta remuneración debe tener relación con las costumbres y el nivel socioeconómico de la población, sin caer en abusos y con un espíritu de condescendencia y compasión por los pacientes con escasos recursos.

22.-Deberá abstenerse de participar como juez y parte en situaciones que generen conflictos de interés.

23.-El médico familiar tiene la obligación de consultar cuando se encuentre ante dilemas éticos en su práctica profesional, a un comité de bioética.

24.-El médico familiar tendrá el compromiso de adquirir y actualizar sus conocimientos, habilidades y destrezas que son necesarios para otorgar una atención médica de calidad y acreditar su competencia ante el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, A.C.

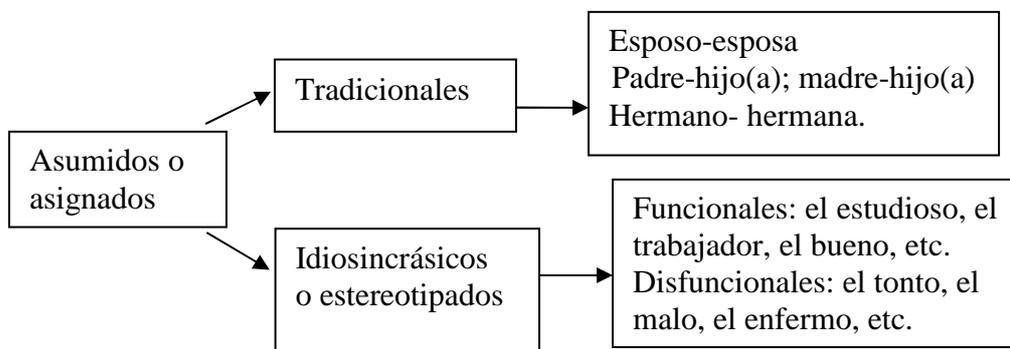
25.- Promover la salud, vida y muerte dignas de un ser humano a través de la educación y de todas las acciones propias de su especialidad.

26.-Abstenerse de administrar todo procedimiento médico desproporcionado que pueda incurrir en ensañamiento terapéutico, o bien, efectuar acciones de reanimación que expresamente haya prohibido el paciente y/o su familia.

Dinámica familiar: Proceso en el que intervienen interacciones, transacciones, sentimientos, pautas de conducta, expectativas, motivaciones y necesidades entre los integrantes de una familia, este proceso se efectúa en un contexto cambiante, en cada etapa evolutiva familiar y permite o no la adaptación, el crecimiento, desarrollo, madurez, y funcionamiento del grupo familiar ¹⁸.

Roles familiares: Entendiéndose por esto a la forma de actuación, expectativas y normas que un individuo tiene ante una situación familiar específica en la que están involucradas otras personas u objetos, implica las funciones asumidas o asignadas, tanto instrumentales como afectivas que cada uno de los integrantes de la familia lleva a cabo, pueden ser múltiples y simultáneas, así como funcionales y disfuncionales ¹⁷.

Clasificación de los roles familiares.-



Instrumentales	Afectivos	Ambos
Provisión de recursos (dinero, alimentación, vestido, vivienda, transporte, etc.)	Apoyo y crianza Gratificación sexual en los adultos (proveen apoyo y bienestar a la pareja y al resto de los integrantes)	Desarrollo de habilidades, sistemas de control y mantenimiento (sirven de apoyo y guía en el desarrollo de las personas, e incluyen la capacidad de liderazgo, toma de decisiones, etc. ¹⁷

FUNCIONES DE LA FAMILIA

Estas son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo.

- *Socialización*: Promover el desarrollo biopsicosocial de los integrantes de la familia, propiciando con esto los valores individuales y patrones de conducta propios de cada familia.
- *Afecto*: Es la relación de cariño o amor que existe entre los miembros de la familia, que propician 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 del grupo familiar (económica, afectiva, emocional, informativa y de salud).
- *Estatus*: Participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- *Reproducción*: Provisión de nuevos miembros a la sociedad.
- *Desarrollo y ejercicio de la sexualidad* ¹⁸.

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS

Existen muchas clasificaciones según diferentes autores, pero debido a que se utilizará la cédula de identificación familiar propuesto por el Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, se tomará en cuenta la clasificación de las familias que a continuación se describe.

Por parentesco: Es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta¹⁸.

POR PARENTESCO	CARACTERÍSTICAS
Nuclear	Hombre y mujer sin hijos
Nuclear simple	Padre y madre con uno a tres hijos
Nuclear numerosa	Padre y madre con 4 hijos o más.
Reconstruida binuclear	Padre o madre, en donde uno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior.
Monoparental	Padre o madre con hijos.
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco.
Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos, más otras personas con o sin parentesco.
Extensa	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco.
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos más, otras personas con o sin parentesco.
No parental	Familias con vínculos de parentesco que realizan roles de familia, sin la presencia de los padres (tíos y sobrinos, abuelos y nietos).

SIN PARENTESCO	CARACTERÍSTICAS
Monoparental extendida sin parentesco	Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco.
Grupos similares a familias	Personas sin vínculos de parentesco que realizan funciones o roles familiares, ejemplo; grupo de amigos, estudiantes, religiosos, asilos etc.

Presencia física en el hogar o convivencia: Implica algún grado de convivencia, cuya importancia para la práctica de la medicina familiar se identifica con los riesgos de enfermedades infecciosas y transmisibles. La presencia física también está vinculada con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias¹⁸.

CON BASE EN LA PRESENCIA FÍSICA Y CONVIVENCIA	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 hijos.
Extensa colateral	Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etc.)

Deben tomarse en consideración los cambios que se han presentado en las sociedades modernas y que han representado diversas formas en que tienden a conformarse otros estilos de convivencia y que repercuten en la salud individual y familiar¹⁸.

ESTILOS DE VIDA ORIGINADOS POR CAMBIOS SOCIALES	CARACTERÍSTICAS
Persona que vive sola	Sin familiar alguno, independientemente de su estado civil o etapa de ciclo vital.
Matrimonios o parejas de homosexuales	Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal sin hijos.
Matrimonios o parejas de homosexuales con hijos adoptivos	Parejas del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos.
Familia grupal	Unión matrimonial 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.

Clasificación con base en sus medios de subsistencia: La inserción de las familias (jefe de familia), en los procesos productivos puede propiciar una clasificación basada en los medios que son origen esencial de su subsistencia¹⁸.

- Agrícola y pecuarias
- Industrial
- Comercial
- Servicios

Clasificación de las familias con base en su nivel económico¹⁸

El nivel económico de las familias influye poderosamente sobre diversos elementos vinculados con la salud. Se han identificado enfermedades relacionadas fuertemente con la pobreza y se ha señalado la importancia de evaluar el peso de este fenómeno económico-social sobre la salud individual y familiar. El ingreso económico familiar no es el único, pero sí uno de los factores más importantes, por lo tanto no representa en su totalidad las dimensiones que integran el fenómeno riqueza-pobreza en el escenario familiar.

Con base en el estudio realizado por el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza creado por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOC) en 2001, y publicado por Cortés y Hernández-Laos, se sugiere utilizar diversos indicadores monetarios y no monetarios para medir la pobreza en el nivel familiar.

NIVELES DE POBREZA FAMILIAR

NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
Ingreso <i>per capita</i> suficiente para cubrir el valor de la canasta básica.	Ingreso <i>per capita</i> suficiente para cubrir el valor de la canasta básica.	Ingreso <i>per capita</i> inferior al valor de la canasta básica.
Recursos suficientes para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aún dedicando todo su ingreso a estos rubros.	Carencia de recursos para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aún dedicando todo su ingreso a estos rubros.	Carencia de recursos para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aún dedicando todo su ingreso a estos rubros.
Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.	Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.	Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

CICLO VITAL FAMILIAR

Es un proceso en el curso del cual la familia se contrae a medida que el medio social con el que cada uno de sus miembros se va extendiendo.

CLASIFICACIÓN DE GEYMAN ¹⁹

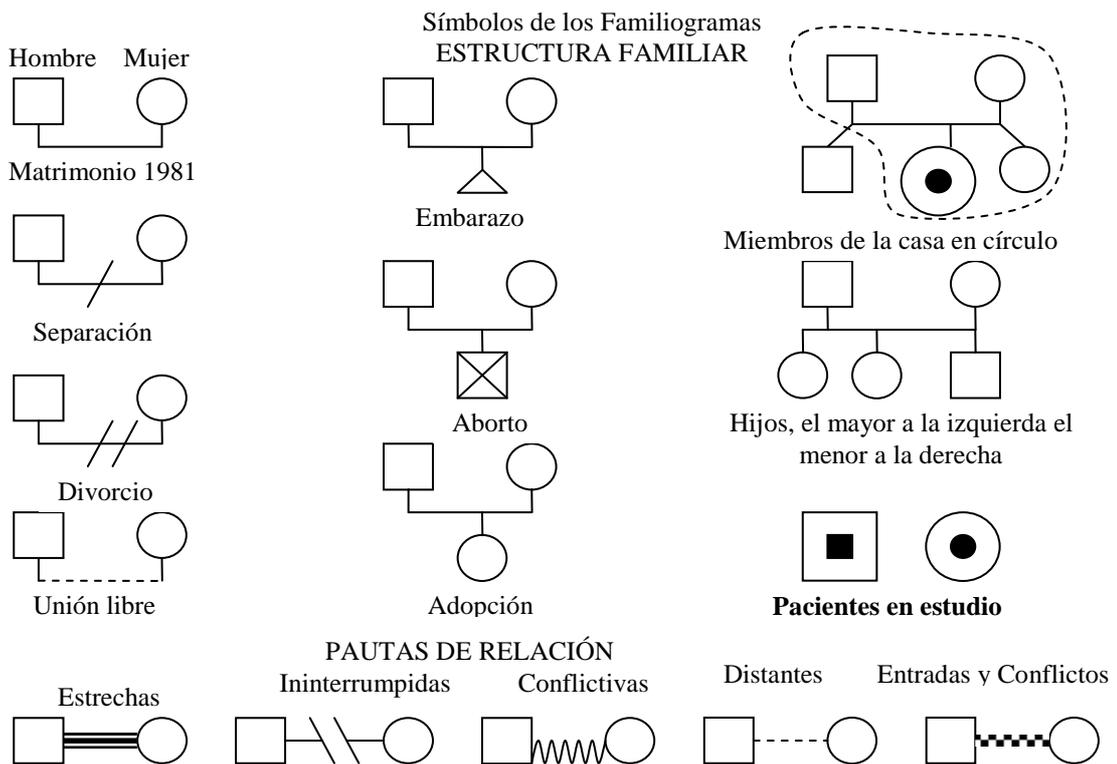
FASES	CARACTERÍSTICAS
Matrimonio	Inicia con el matrimonio, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo
Expansión	Es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia, la familia se expande y comprende hasta la edad preescolar.
Dispersión	Generalmente corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia en los hijos.
Independencia	Etapa en que los hijos de mayor edad (usualmente, se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen).
Retiro y muerte	Etapa en la que se deben enfrentar diversos retos y situaciones críticas como vejez, desempleo, jubilación, viudez, abandono y termina con la muerte del último progenitor.

GENOGRAMA

Instrumento que proporciona una visión rápida e integrada de los problemas biomédicos y psicosociales. Propicia una adecuada relación médico-paciente. Describe la estructura familiar, las relaciones de parentesco y las características generales de los integrantes de la familia.²⁰

Los genogramas han sido comparados con los instrumentos médicos más tradicionales, tales como los rayos X y los electrocardiogramas, que facilitan la formulación de hipótesis, los diagnósticos diferenciales, y un plan de manejo para el paciente. Puede ser considerado como una radiografía de la familia; proporciona al médico y al paciente una exposición gráfica de la misma incluyendo los patrones familiares de enfermedad y problemas psicosociales.

Los símbolos de los genogramas han sido estandarizados y se presentan en la figura siguiente:



Un genograma puede integrar y registrar información familiar de tres generaciones en seis categorías específicas.

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

Aspectos para los cuales podrían ser útiles los Genogramas
Aspectos Biopsicosociales
<ul style="list-style-type: none">• Ansiedad, depresión o ataques de pánico• Abuso de sustancias• Quejas somáticas múltiples o vagas• Falta de cooperación
Aspectos Psicosociales
<ul style="list-style-type: none">• Historia de abuso físico, sexual o emocional• Problemas de comportamiento en la infancia• Transición difícil en el ciclo vital
Aspectos de la relación Médico-Paciente
<ul style="list-style-type: none">• Paciente enojado o demandante• Paciente con antipatía hacia el médico

Frecuentemente los pacientes demandantes, difíciles y “enojadizos”, así como los pacientes cuyos médicos les son antipáticos, responden bien, si los involucramos en la elaboración del Genograma.

Ventajas de los Genogramas	
Preservación de un Registro Médico Sistemático	<ul style="list-style-type: none"> • Lectura facilitada, formato gráfico • Identifican pautas generacionales, biomédicas y psicosociales • Evalúan relaciones entre el entorno familiar y la enfermedad
Establecimiento de una Relación Armónica	<ul style="list-style-type: none"> • Vía no amenazante para obtener información emocionalmente cargada • Demuestran interés en el paciente y otros familiares • Reestructuran los problemas presentes en los pacientes
Manejo Médico y Medicina Preventiva	<ul style="list-style-type: none"> • Ponen de relieve apoyos y obstáculos para la cooperación • Identifican eventos de la vida que podrían afectar el diagnóstico y tratamiento • Identifican pautas de enfermedad; facilitan la educación del paciente

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existe un desconocimiento sobre la morbilidad más frecuente, así como las características familiares de la población adscrita al turno matutino de la UMR del ISSSTE de Motozintla, Chiapas.

Es probable que al obtener la información anterior se puedan implantar medidas preventivas, promoción de la salud, y con esto incrementar la calidad de vida de los miembros de las familias, lo que disminuiría los costos de la atención médica para el ISSSTE y con ello para nuestro país.

Existen diversos factores que intervienen en la salud familiar, considerándose ser los más relevantes el económico, los factores biológicos y el psicosocial.⁸ En el área geográfica de Motozintla, Chiapas la salud de la familia, ha tenido un fuerte decremento causado por los desastres naturales de 1998 y el más reciente en octubre del 2005 (Huracán Stan), habiendo condiciones de insalubridad en toda la entidad, haciéndose patentes los factores biológicos (virus, bacterias, parásitos y otros), y en psicosocial (el estrés, angustia, depresión, etc.) que puede producir inmunodepresión, siendo vulnerables a las IRAS, EDAS y Dermatomicosis, considerándose también importante los cambios en los estilos de vida, la influencia de los medios de comunicación en la mal nutrición de nuestra población, el sedentarismo los cuales pueden ser factores predisponentes de enfermedades crónico-degenerativas.

Dentro del factor cultural podemos señalar la escolaridad y la religión, porque de acuerdo a ello son las costumbres, creencias y rituales⁹ que van heredándose a las nuevas generaciones, dependiendo de ello la asistencia a la consulta médica ya que hay quienes lo hacen en la etapa inicial de su padecimiento y aceptan también la medicina preventiva, y algunos otros que se automedican, utilizan medicina herbolaria o acuden con curanderos o chamanes, dejando la asistencia médica cuando las enfermedades ya están complicadas observándose esto en la práctica médica de esta UMR⁹.

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

¿Cuáles son las causas de morbilidad más frecuentes y las características de las familias asignadas al turno matutino de la UMR del ISSSTE de Motozintla, Chiapas?

III. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo al Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica SSA 2006. Las 10 principales causas de enfermedad nacional, son:

- | | |
|--|--|
| 1.- IRAS | 6.-Amebiasis intestinal |
| 2.-Infección intestinal por otros organismos y las mal definidas | 7.-HAS |
| 3.-IVUS | 8.-Gingivitis y enfermedad periodontal |
| 4.-Úlceras, gastritis y duodenitis | 9.-DM2 |
| 5.-Otitis media aguda | 10.-Otras helmintiasis |

Distribución de los casos nuevos de enfermedades, en Estados Unidos Mexicanos 2006 de la población general.

- | | |
|--|--|
| 1.- IRAS | 6.-Amebiasis intestinal |
| 2.-Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas | 7.- HAS |
| 3.-IVU | 8.-Gingivitis y enfermedad periodontal |
| 4.-Úlceras, gastritis y duodenitis | 9.-DM2 |
| 5.-Otitis media aguda | 10.-Otras helmintiasis. |

Diez principales causas de enfermedades en Chiapas, población general 2006:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 1.-IRAS | 6.-Otitis media aguda |
| 2.-Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas | 7.-Candidiasis urogenital |
| 3.-IVUS | 8.-Paratifoidea y otras salmonelosis |
| 4.-Úlceras, gastritis y duodenitis | 9.-Otras helmintiasis |
| 5.-Amebiasis intestinal | 10. HAS |

Diez principales causas de enfermedad nacional por fuente de notificación 2006 Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología en el ISSSTE:

- | | |
|--|--|
| 1.-IRAS | 6.-HAS |
| 2.-Infección intestinal por otros organismos y las mal definidas | 7.-DM2 |
| 3.-IVUS | 8.-Amebiasis intestinal |
| 4.-Úlceras, gastritis y duodenitis | 9.-Gingivitis y enfermedad periodontal |
| 5.-Otitis media aguda | 10.-Conjuntivitis |

Diez principales causas de enfermedad en Chiapas, según el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/ Dirección General de Epidemiología en el ISSSTE.

- 1.-IRAS
- 2.-Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas.
- 3.-IVU
- 4.-Úlceras, gastritis y duodenitis
- 5.-HAS
- 6.-Paratifoidea y otras salmonelosis
- 7.-Otitis media aguda
- 8.-Amebiasis intestinal
- 9.-Otras helmintiasis
- 10.-Conjuntivitis.

Se requiere identificar las causas de morbilidad más frecuentes y la estructura familiar del turno matutino de la UMR del ISSSTE de Motozintla, Chiapas, ya que al conocer la estructura familiar, las diez patologías más frecuentes y la pirámide poblacional de esta unidad de salud (UMR de Motozintla), se puede identificar las necesidades de atención a la salud de las familias y con ello puede implantarse medidas eficaces de prevención de enfermedades y promoción de la salud, y como consecuencia incrementar la calidad de vida de los miembros de las familias, lo que disminuirá los costos de la atención médica, tanto para el ISSSTE y por ende para nuestro país.

Se desarrollarían nuevas actitudes y destrezas de parte del equipo de salud como son nuevos médicos, enfermeras y personal administrativo y habiendo medidas eficaces de prevención y la práctica satisfactoria de acciones terapéuticas sobre patologías identificadas ayuda a las familias a aceptar la responsabilidad de su propio bienestar.³

Considerándose de mucha relevancia este proyecto, ya que al no realizarse se podrían llevar a cabo medidas preventivas y promoción de la salud con el riesgo de fracasar por desconocimiento del origen del problema.

IV. OBJETIVOS

A) OBJETIVOS GENERALES

- Determinar las causas más frecuentes de consulta y las características de las familias adscritas al turno matutino de la UMR del ISSSTE de Motozintla, Chiapas.

B) OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las causas más frecuentes de consultas de 1^a. Vez en las familias adscritas al turno matutino de la UMR de ISSSTE de Motozintla, Chiapas.
- Determinar las causas más frecuentes de consulta subsecuente en las familias adscritas al turno matutino de la UMR de ISSSTE de Motozintla, Chiapas.
- Clasificar a las familias con base al parentesco.
- Clasificar a la familia sin parentesco
- Clasificar a las familias con base en la presencia física y convivencia
- Clasificar a las familias con base a los estilos de vida originados por cambios sociales.
- Clasificar a las familias con base a sus medios de subsistencia
- Clasificar a las familias con base a la etapa de ciclo vital familiar
- Elaborar la pirámide poblacional de la UMR de Motozintla, Chiapas.

V.METODOLOGÍA

Tipo de estudio

- Observacional, descriptivo, retrospectivo y prospectivo de corte transversal.

Población

- Establecer las 10 principales causas de morbilidad del turno matutino de la UMR del ISSSTE de Motozintla, Chiapas, mediante las hojas de registro de informe diario de labores del médico.
- Elaborar la pirámide poblacional de la UMR del ISSSTE de Motozintla, Chiapas, consultando las tarjetas del departamento de vigencia de derecho.
- Determinar las características de las familias adscritas al turno matutino de la UMR del ISSSTE de Motozintla, Chiapas, por medio de encuestas.

Lugar

- Esta investigación se lleva a cabo en la UMR del ISSSTE de Motozintla, Chiapas en el turno matutino.

Tiempo de estudio

- En cuanto a la morbilidad, se revisarán las hojas de informe diario del médico del turno matutino de la UMR del ISSSTE de Motozintla, Chiapas, del 01 de Julio de 2006 al 30 de Junio de 2007.
- En cuanto a las características familiares, se aplicará la cédula de recolección de datos del 01 de Julio al 31 de Agosto de 2007.

Tipo de muestra

Probabilística, aleatoria, representativa para el estudio de las características familiares y el universo completo de las hojas de registro diario de labores del médico del turno matutino de la UMR del ISSSTE de Motozintla, Chiapas, de los 12 meses previos al estudio para determinar las causas de consulta más frecuentes.

Tamaño de la muestra

Para determinar las características familiares una cuota de 100 familias.

Causas de consulta en el turno matutino de la UMR del ISSSTE de Motozintla, Chiapas por medio de las hojas de registro del informe diario de labores del médico de los doce meses previos.

VI. CRITERIOS DE SELECCIÓN

1. Criterios de inclusión

- *Para las características familiares*

Se realizarán encuestas a las familias adscritas al consultorio del turno matutino de la UMR del ISSSTE de Motozintla, Chiapas, del 1º. de Julio al 31 de Agosto de 2007, las cuales deben estar legibles y completas.

- *Para la morbilidad*

Hoja de registro diario de labores del médico pertenecientes al turno matutino de la UMR del ISSSTE de Motozintla, Chiapas, del 1º. de Julio de 2006 al 30 de Junio de 2007. Las que deben ser legibles y completas.

- *Para la pirámide poblacional*

Datos de la población adscrita a la UMR del ISSSTE de Motozintla Chiapas provenientes del departamento de vigencia de derecho de la Clínica Hospital Dr. Roberto Nettel Flores de Tapachula, Chiapas, a la cual pertenecemos.

2. Criterios de exclusión

- Hojas de registro diario de labores del médico pertenecientes a un turno diferente
- Datos de población foránea o no adscrita a la UMR del ISSSTE de Motozintla, Chiapas.
- Familias adscritas a otro turno.

3. Criterios de eliminación

- Hojas de registro diario de labores del médico, ilegibles.
- Familias con encuestas incompletas.
- Cédulas capturadas incorrectamente.

VII. INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES A RECOLECTAR)

1. Causas de consulta
2. Pirámide poblacional
3. Características de las familias

VARIABLE	DEFINICIÓN	CATEGORÍAS	NIVEL DE MEDICIÓN
Causas de consulta de 1ª vez	Motivo por el cual solicita el servicio médico el paciente por 1ª vez	Los 10 diagnósticos más frecuentes	Nominal
Causas de consulta subsecuente	Motivo por el cual solicita el servicio médico el paciente en forma subsecuente	Los 10 diagnósticos más frecuentes	Nominal

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE MEDICIÓN
Informante	Persona a la que se le realizó la encuesta	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Padre • Madre • Hijos • Otros
Estado civil	Relación legal o marital de la pareja ante la sociedad	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Casado • Unión libre • Divorciado • Viudo • Soltero
Años de unión conyugal	Tiempo de unión conyugal expresada en años	Cuantitativa	Discontinua	<ul style="list-style-type: none"> • 1-n
Edad del padre	Edad del padre expresada en años	Cuantitativa	Discontinua	<ul style="list-style-type: none"> • 20-30 • 31-40 • 41-50 • 51-60 • 60 o +
Edad de la madre	Edad de la madre expresada en años	Cuantitativa	Discontinua	<ul style="list-style-type: none"> • 20-30 • 31-40 • 41-50 • 51-60 • 60 o +
Ocupación del padre	Actividad laboral que desempeña el padre	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Comerciante • Agricultor • Servidores públicos • Obrero • Jubilado
Ocupación de la madre	Actividad laboral que desempeña la madre	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Comerciante • Ama de casa • Servidores públicos • Obrera • Jubilada
Escolaridad del padre	Grado máximo de estudios del padre	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Básica • Media • Media superior o técnica • Superior

Escolaridad de la madre	Grado máximo de estudios de la madre	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Básica • Media • Media superior o técnica • Superior
Número de hijos	Número de descendientes de los padres	Cuantitativa	Discontinua	<ul style="list-style-type: none"> • Uno • Dos • Tres • Más
Edad de los hijos	Edad de los hijos expresada en años	Cuantitativa	Discontinua	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta los 10 años • De 11 a 19 años • De 20 o más
Clasificación de la familia, con base en el parentesco	De acuerdo al vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Nuclear • Nuclear simple • Nuclear numerosa • Reconstruida(binuclear) • Monoparental • Monoparental extendida • Extensa • Extensa compuesta • No parental
Clasificación de la familia sin parentesco	De acuerdo al vínculo por consanguinidad más otras personas sin parentesco o grupos sociales	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Monoparental extendida • Sin parentesco • Grupos similares a familias
Clasificación de la familia con base en la presencia física y convivencia	Es la clasificación vinculada con la identificación del jefe de la familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Núcleo integrado • Núcleo no integrado • Extensa ascendente • Extensa descendente • Extensa colateral

Clasificación de la familia con base en los estilos de vida originados por cambios sociales	Representan diversas formas en que tienden a conformarse otros estilos de convivencia en nuestra sociedad moderna y que repercuten en la salud individual y familiar	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Persona que vive sola • Parejas homosexuales sin hijos • Parejas homosexuales con hijos adoptivos • Familia grupal • Familia comunal • Poligamia
Clasificación de la familia con base en sus medios de subsistencia	De acuerdo a sus medios productivos de vida.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Agrícola o pecuarias • Industrial • Comercial • Servicios • Pensionado
Clasificación de la familia con base en la etapa del ciclo vital familiar	De acuerdo a la evolución en cuanto a las tareas familiares, en los recursos, el número de miembros, en las ganancias y pérdidas potenciales en el sentido de la realización y de la autoestima	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Matrimonio • Expansión • Dispersión • Independencia • Retiro y muerte

VIII. MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA A INFORMACIÓN (MEDICIÓN DE VARIABLES)

Para medir las variables relativas a las características familiares se aplicará la cédula de identificación familiar propuesto por el Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina de la UNAM, durante la consulta médica del turno matutino de la UMR del ISSSTE de Motozintla, Chiapas, las cuales serán aplicadas por el investigador responsable, por medio de tómbola.

Para determinar las causas de morbilidad, se revisarán todas las hojas de registro diario de labores del médico del turno matutino de la UMR del ISSSTE de Motozintla, Chiapas, anotando los diagnósticos en hoja blanca, palotear y posteriormente contabilizar, para así obtener las 10 causas de morbilidad más frecuentes, vaciándolas en el formato para reporte propuesto por la Coordinación de Docencia del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la UNAM, expresándola en número y porcentaje clasificándolas como consultas de primera vez y subsecuentes de la UMR del ISSSTE de Motozintla, Chiapas, por parte del investigador responsable.

Para obtener la pirámide poblacional (población adscrita), se consultará al Departamento de Vigencia de Derechos del ISSSTE de Tapachula, Chiapas, a la cual pertenece la UMR de Motozintla, Chiapas, por el investigador responsable.

IX. CONSIDERACIONES ÉTICAS

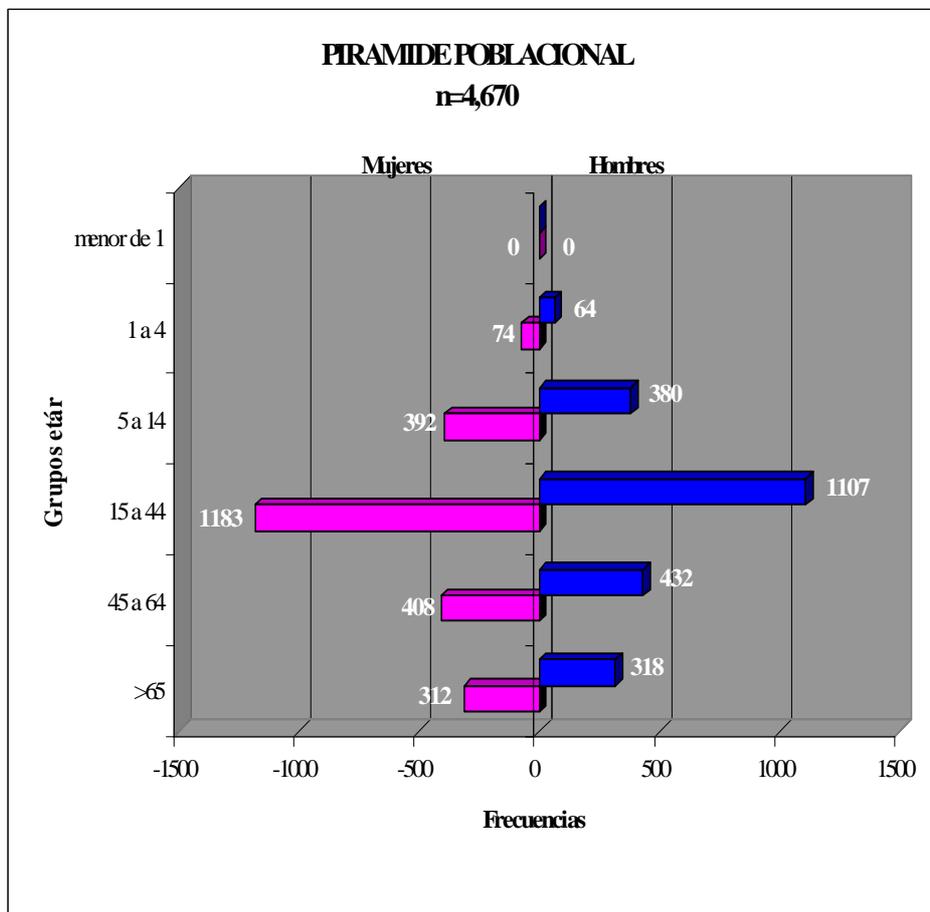
La declaración de Helsinki adoptada por la 18ª. Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29ª Asamblea Médica Mundial (Tokio 1975) y enmendada por la 35ª. Asamblea Médica Mundial (Venecia, 1983) y la 41ª. Asamblea Médica Mundial (Hong Kong 1989) y el código internacional de Ética Médica 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.

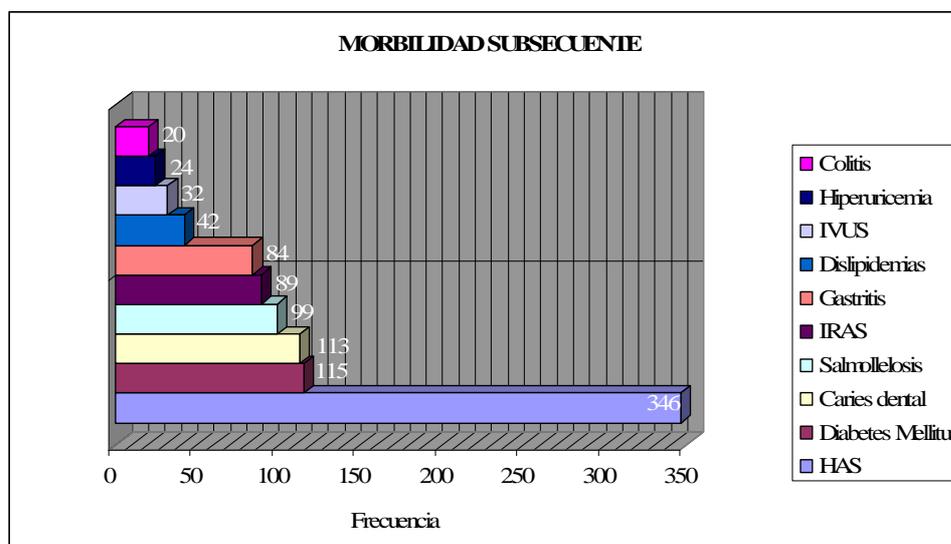
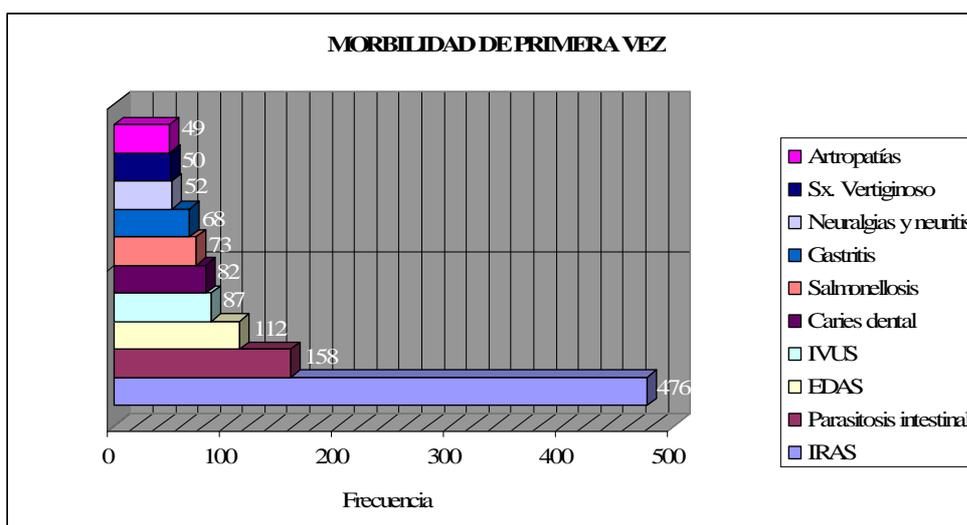
X. RESULTADOS

PIRÁMIDE POBLACIONAL						
EDAD	MUJERES	%	HOMBRES	%	TOTAL	%
75-->	134	5.66	156	6.78	290	12.44
70—74	82	3.46	74	3.22	156	6.68
65—69	96	4.05	88	3.82	184	7.87
60—64	82	3.46	78	3.39	160	6.85
55—59	79	3.33	79	3.43	158	6.76
50—54	98	4.14	111	4.82	209	8.96
45—49	149	6.29	164	7.13	313	13.42
40—44	209	8.82	180	7.82	389	16.64
35—39	174	7.34	171	7.43	345	14.77
30—34	191	8.06	153	6.65	344	14.71
25—29	151	6.37	150	6.52	301	12.89
19—24	273	11.52	280	12.17	553	23.69
18	52	2.2	37	1.61	89	3.81
15—17	133	5.61	136	5.91	269	11.52
10—14	232	9.79	209	9.08	441	18.87
7—9	102	4.31	123	5.35	225	9.66
6	28	1.18	28	1.22	56	2.4
5	30	1.27	20	0.87	50	2.14
4	27	1.14	24	1.04	51	2.18
3	18	0.76	22	0.96	40	1.72
2	22	0.93	12	0.52	34	1.45
1	7	0.3	6	0.26	13	0.56
-1	0	0	0	0	0	0
TOTAL	2369	50.73	2301	49.27	4670	100

Se identificó una población total de 4670 individuos de los cuales 2369 correspondieron al sexo femenino y 2301 al sexo masculino. El grupo de edad que predominó fue de 15 a 44 años.

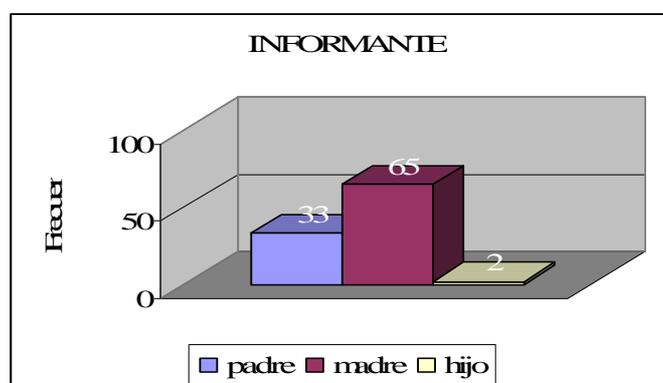


Se registraron un total de 1593 consultas otorgadas en la UMR del ISSSTE del turno matutino, donde se identificó que las 10 principales causas de morbilidad de primera vez por orden descendente fueron: IRAS 476 (40%), parasitosis 158 (13%), EDAS 112 (9%), IVUS 87 (7%), caries dental 82 (7%), salmonelosis 73 (6%), gastritis 68 (6%), neuralgias y neuritis 52 (4%), Sx. Vertiginoso 50 (4%), Artropatías 49 (4%).



Se obtuvo información por medio de un derechohabiente asignando el calificativo de informante siendo así, padre 33%, madre 65% é hijo 2%.

Informante	Frecuencia
Padre	33
Madre	65
Hijo	2
Total	100



El **estado civil** manifestado en 100 familias fue: Casados 65%, solteros 2%, unión libre 19%, separados 4%, divorciados 3%, viudos 7%.

Estado civil	Frecuencia
Solteros	2
Casados	65
Unión libre	19
Divorciados	3
Viudos	7
Separados	4
Total	100

Los **años de unión conyugal** en las parejas encuestadas promedio 15.13; la **edad promedio de los padres** 45.13, y de las madres 42.22.

Años de unión conyugal	
Media en años	15.13
Desviación estándar	12.18

Edad de los padres de familia	
Media en años (varones)	45.13
Media en años (mujeres)	42.22

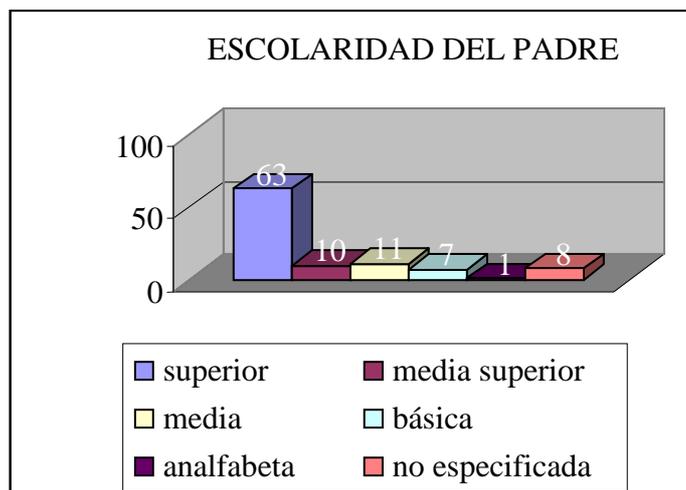
El 70% de los padres son servidores públicos, comerciantes 2%, obreros 7%, agricultor 5%, jubilado 7%, no especificó su ocupación 9%. El 34% de las madres son servidoras públicas, comerciantes 3%, amas de casa 60%, otra ocupación 3%.

Ocupación del padre	Porcentaje
Servidor publico	70
Comerciante	2
Obrero	7
Agricultor	5
Jubilado	7
Otras	9
Total	100

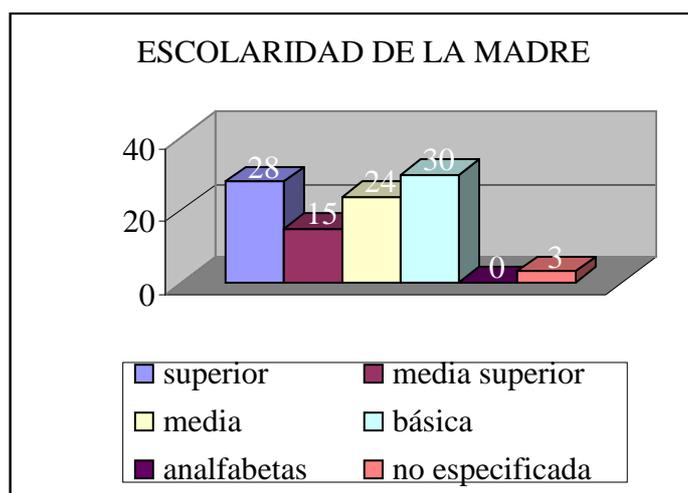
Ocupación de la madre	Porcentaje
Servidora pública	34
Comerciante	3
Ama de casa	60
Otras	3
Total	100

La **escolaridad** de los padres fue en el 63% de los casos educación superior, media superior 10%, media 11%, básica 7%, analfabeta 1%, no especificada 8%; las madres reportaron educación superior en el 28%, media superior 15%, media 24%, básica 30%, analfabetas ninguna, no especificada 3%.

Escolaridad del padre	frecuencia
Superior	63
Media superior	10
Media	11
Básica	7
Analfabeta	1
No especificada	8
Total	100

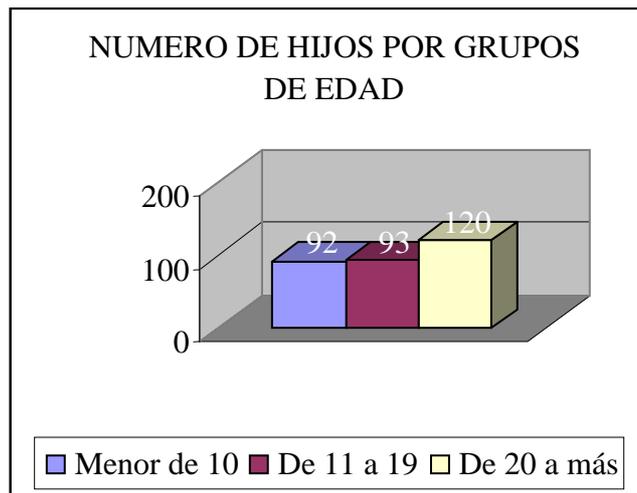


Escolaridad de la madre	frecuencia
Superior	28
Media superior	15
Media	24
Básica	30
Analfabetas	0
No especificada	3
Total	100

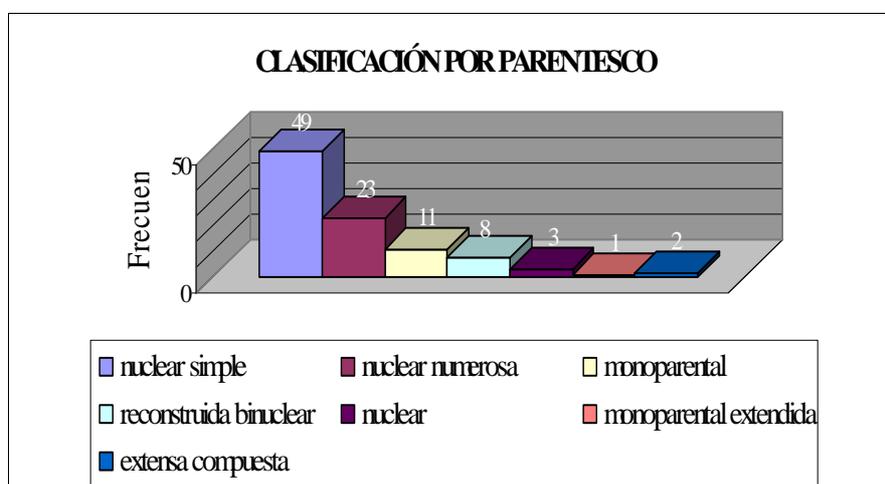


El número promedio de hijos por familia fue de 2.1, el número de hijos menores de 10 años fue de 92(30.16%), de 11 a 19 años 93(30.49%), de 20 a más 120(39.34%).

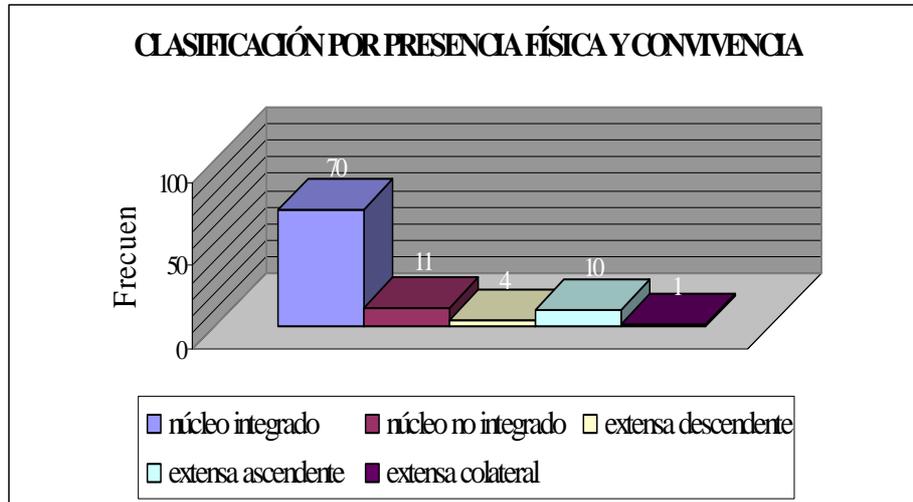
Número de hijos por grupo de edad		
Grupos de edad	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 10	92	30.16
De 11 a 19	93	30.49
De 20 a más	120	39.34
TOTAL	305	100



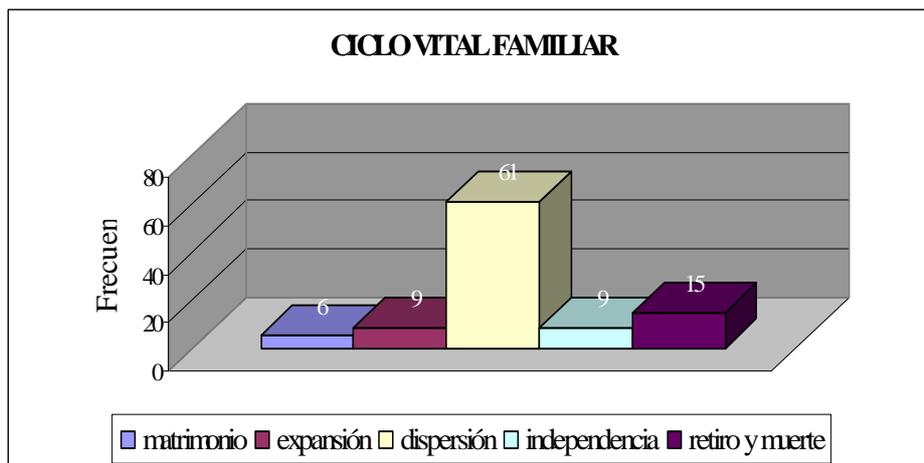
En un muestreo por convivencia de la población usuaria, se estudiaron 100 familias a través de una entrevista estructurada, en las que se logró identificar las siguientes características: Tipología familiar, con base en su **estructura** (n=100): nuclear 3(3.09%), nuclear simple 49(50.51%), nuclear numerosa 23(23.71%), monoparental 11(11.34%), monoparental extendida 1(1.03%), reconstruida binuclear 8(8.24%), extensa compuesta 2(2.06%).



Se estudió a las 100 familias en base a su presencia física y convivencia, clasificándolas como núcleo integrado 74, núcleo no integrado 11, extensa descendente 4, extensa ascendente 10, extensa colateral 1.



Por su **ciclo vital** se ubicó a 100 familias de las cuales se encontraban en fase de matrimonio 6%, expansión 9%, dispersión 61%, independencia 9%, retiro y muerte 15%.



XI. DISCUSIÓN

Los resultados presentados en este apartado son representativos para la población estudiada, hubo aceptable participación de los entrevistados quienes preguntaban, ¿Para qué es esta entrevista?, explicándoles que se trataba de un estudio de salud familiar que beneficiará a la población adscrita a esta unidad.

En cuanto al estado civil predominaron los casados (65%), y en unión libre (19%), lo que indica una mayor seguridad y solidez en las familias, seguida por la viudez (7%), sobre todo en mujeres, esto debido a que los hombres se casan con mujeres de menor edad, y también a que las mujeres pueden permanecer sin pareja, en tanto que los hombres intentan reorganizar su vida sexual-matrimonial ²¹.

Con respecto al ciclo vital familiar la etapa de dispersión con un (61%), se relaciona directamente con los años de edad conyugal con una media de (15.13), considerándose que son matrimonios jóvenes, teniendo a sus hijos en edad preescolar, escolar y de estudios superiores, quienes también son más susceptibles a enfermedades como las IRAS que es una de la principales causas de morbilidad en esta UMR, seguida por la etapa de disolución (15%), no tanto por la viudez, si no por ser jubilados o pensionados por las instituciones laborales, porque son empleados federales.

Por ocupación del padre en primer lugar se encuentra el de servidor público (70%), debido a que la mayoría son trabajadores del Sistema Federal como son de la Secretaría de Educación Federalizada (SEF), Instituto Nacional de Migración (INM) y algunos otros.

La ocupación de la madre que presentó un mayor porcentaje fue el de ama de casa (60%), lo que indica que el ingreso económico de la familia es sólo por parte del esposo, ya que esto favorece la relación emocional estrecha por que la madre pasa más tiempo cerca de los hijos, contrario a los padres que se han dedicado más tiempo a la vida laboral y fuera del hogar ²¹.

El (34%) de las madres fueron servidores públicos, siendo éstas empleadas de la SEF, habiendo con esto un mayor ingreso económico al hogar, pero que ambos padres están fuera de casa durante las jornadas de trabajo y como consecuencia existe

disminución en los cuidados de los hijos, dejándolos con las trabajadoras domésticas, quienes no les proporcionan los cuidados higiénicos de alimentación, así como en sus hábitos dietéticos, lo que redundó en la deficiente salud de los niños, debido a que cuando están enfermos no les administran los medicamentos a la hora indicada ó hay ausentismo laboral por parte de las madres.

El grado predominante de la escolaridad en los padres fue de educación superior (63%), en las madres fue de educación básica (30%), y de educación media (24%), lo que explica también la ocupación de las madres que en un (60%) son amas de casa.

La familia nuclear simple ocupó (50.5%), y la familia nuclear numerosa un (23.7%) que ocuparon el primero y segundo lugar respectivamente, coincidiendo con los años de edad conyugal, siendo la media de 15.1,

Por presencia física o convivencia el primer lugar lo ocupó el núcleo integrado (74%), lo que proporciona mayor estabilidad emocional en los hijos, lo cual explica que en este estudio no se reportan casos de problemas psicosociales significativos (10).

En el ciclo vital familiar la etapa de dispersión (61%) ocupó el primer lugar, relacionándose esto con los años de edad conyugal y en que tenían a sus hijos en edad escolar y estudiantes de secundaria, preparatoria y universidad. La etapa de retiro y muerte ocupó el segundo lugar con (15%), sobre todo por que se trata de jubilados o pensionados por haber sido empleados del Sistema Federal.

La pirámide poblacional reportó una población total de 4670 personas, de las cuales del sexo femenino fueron 2369 y del sexo masculino 2301, existiendo una relación de 1:1, predominando el grupo etáreo de 15-44 años sexo femenino 1183 y masculino 1107, haciendo un total de 2290, siendo el 50% de la población adscrita; coincidiendo ésta con la edad promedio de los padres que fue de 45.2 y de la madre de 42.2, lo que indica que se trató de una población joven y en edad productiva.

Según los registros de los informes diarios del médico, se otorgaron en el turno matutino del 1º. de Julio del 2006 al 30 de Junio del 2007 un total de 2655 consultas, de las cuales fueron 1593 de primera vez y 1062 subsecuentes.

De las consultas de primera vez ocuparon el primer lugar las IRAS con 476 (40%), lo que coincide con las estadísticas a nivel Nacional y Estatal, las parasitosis ocuparon el segundo lugar con 158 consultas (13%), que difieren de los lugares que ocupan en los reportes Nacionales y Estatales, debido precisamente a las deficientes condiciones higiénicas de la ciudad, que durante un año estuvo en una de las calles principales un drenaje abierto, lo que produjo gran contaminación ambiental, también

explica este hecho la aparición en el tercer lugar de las infecciones intestinales por otros organismos (EDAS) con 112 (9%), las cuales a nivel Nacional y Estatal ocupan el segundo lugar.

De las consultas subsecuentes ocupó el primer lugar la hipertensión arterial sistémica con 346 pacientes y la diabetes mellitas con 115 pacientes ocupó el segundo lugar, lo que coincide con la pirámide poblacional que de los 45 a 64 años y de los de más de 65 años hicieron un total de 1470 derechohabientes, que es la edad promedio en la que inician estos padecimientos, lo cual fue debido a los malos hábitos alimenticios, sedentarismo, cambios en los estilos de vida y estrés ^{8,9}.

La caries dental ocupó el tercer lugar con 113 pacientes, ya que no existe un programa de prevención, no contamos con odontólogo, el que tenemos es subrogado y con poco presupuesto su función sólo es curativa.

De los informantes encuestados destacó la participación del sexo femenino (65%), ya que del sexo masculino representa el (33%), lo que indica que hay más demanda de consulta médica de parte de las madres o que también son las que llevan a sus hijos a consulta, y los del sexo masculino tienen menos acercamiento a los servicios de salud, posiblemente por la falta de tiempo por su actividad laboral, por automedicación ó por recibir tratamientos empíricos⁹.

XII. CONCLUSIONES

Se lograron identificar las principales causas de morbilidad en el consultorio del turno matutino de la UMR del ISSSTE de Motozintla, estando esta ciudad enclavada en el corazón de la Sierra Madre de Chiapas, predominando el clima frío, que por su misma geografía accidentada, ha sido presa de desastres naturales que repercuten en la salud de la población, ocupando el primer lugar de las consultas de primera vez las IRAS con un (40%), seguida de enfermedades parasitarias (13%) y las EDAS con un (9%), también como se mencionó en la discusión por las malas condiciones higiénicas de esta localidad, cuyo foco de infección disminuyó al cubrir el drenaje que estuvo descubierto durante un año aproximadamente.

De las enfermedades por consultas subsecuente, hipertensión arterial sistémica con 346 pacientes y la diabetes mellitas con 115 pacientes, ocuparon el primero y segundo lugar respectivamente, debido principalmente al sedentarismo, malos hábitos alimenticios, ingesta de comida chatarra, en menor grado alcoholismo y tabaquismo y cambios en los estilos de vida^{8,9} y por lo mismo que son enfermedades crónico-degenerativas están en control en el consultorio como consultas de primera vez y es muy reducido el número, porque se han impartido pláticas sobre nutrición, obesidad, HAS, DM2 y dislipidemias, lo que hace falta son círculos de apoyo, porque muchos pacientes van solos a consulta y no tienen quien les de sus medicamentos a la hora indicada. La caries dental ocupó el tercer lugar con 113 pacientes, porque no contamos con servicio de Odontología, el cual es subrogado con poco presupuesto y su labor es curativa, se requiere contar con el servicio para aplicar métodos preventivos.

Se detectó que asisten más a consulta médica las mujeres (65%), por que requieren ellas del servicio ó porque llevan a sus hijos a consulta y los hombres con menor frecuencia (33%), porque no tienen tiempo por sus labores o por automedicarse⁹; pero si podrán asistir a otros turnos.

Predominaron los casados (65%) y los de unión libre (19%), lo que indica una mayor solidez y seguridad en las familias, pudiendo así cumplir con sus funciones como son:

Socialización, afecto, cuidado, estatus, reproducción y desarrollo y ejercicio de la sexualidad¹⁸.

La ocupación predominante en el padre fue la del servidor público (70%), la mayoría son profesores de educación primaria y la ocupación predominante en las

madres fue de ama de casa en el (60%), lo que indica que en ese porcentaje hay menor ingreso económico en la familia, pero que favorece la relación emocional entre la madre y los hijos por que pasan mayor tiempo con ellos, en cambio los padres, que por su actividad laboral pasan más horas fuera de casa²¹. El (34%) de las madres en otros hogares con respecto a la escolaridad predominantes en los padres fue de educación superior (63%), lo que coincide con la educación, la mayoría siendo empleados de la Secretaría de Educación Federalizada, las no específicas con (8%) y éstas incluyen a personas que saben leer y escribir, pero no tienen certificado de educación primaria y una persona analfabeta, lo que indica que en lo que se refiere a los derechohabientes del ISSSTE, el analfabetismo es mínimo, lo que nos ayuda para que los pacientes lean los mensajes escritos de promoción de la salud y no tengan dificultad en la dosificación de sus tratamientos instituidos y como resultado un buen pronóstico.

La escolaridad predominante en la madre fue con el primer lugar (30%) educación básica, educación media (24%), lo que se relaciona con la ocupación de gran número de ellas que son amas de casa y un (28%) de estudios superiores, siendo éstas, la mayoría trabajadoras de la Secretaría de Educación Federalizada.

De acuerdo a la clasificación por parentesco ocupó el primer lugar la nuclear simple con un (50.5%) y el segundo lugar la nuclear numerosa con un (23.7%), lo que coincide con los años de edad conyugal siendo la media de 15.1, siendo matrimonios jóvenes en edad reproductiva.

En lo referente a la presencia física, el primer lugar lo ocupó el núcleo integrado con (74%), lo que proporciona mayor estabilidad emocional a los hijos con menos probabilidad de aparición de problemas psicosociales, coincidiendo con este estudio que no reporta afecciones de este tipo¹⁰, el (11%) de núcleo no integrado puede deberse a que éstos emigran a otras ciudades en busca de empleo.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Medina-Carrillo L, Lumali-Guerrero LE, Irigoyen-Coria A. Modelo Sistemático de Atención Medica Familiar: Estrategia para la formación de recursos humanos para la salud en Nayarit, México, Arch. Med. Fam. 2000;2(2):41-46.
- 2.-Martín Z.A y Cano P.J.F. Atención Primaria de Salud Capitulo 1 en Zurro M.A. Manual de Atención Primaria, organización y pautas de actuación en la consulta, 2ª. Edición, editorial Doyma, Barcelona España 1989: 3-5.
- 3.-Soler T.M. Promoción de la salud , Atención comunitaria y medicina de familia, publicación oficial de la sociedad española de Medicina de Familia y Comunitaria. 31 de oct. 2005;36(5):355-357.
- 4.Golberg B.W, Asistencia Sanitaria basada en la población, Cáp. 6 en Taylor R. Medicina de Familia, Principios y practicas, 5ª. Edición Edit. Springer Verlog, Barcelona España 1999:36-39.
- 5.- Taylor R.B. Principios de la medicina de familia: Términos actuales , en Taylor R.B Medicina Familiar, Principios y práctica, 4ª. Edición Springer-Verlog Ibérica 1994:1-15.
- 6.-Domínguez del O.J. La medicina Familiar en México y en el mundo, Cáp. 8 en Irigoyen C.A, Nuevos fundamentos de medicina familiar, 3ª. Ed. Editorial Medicina familia mexicana; 2006:132-133.
- 7.-Torres-Ancola L.P , Gladis La Vouna Doubova S, Regos Morales H, Villa-Bairogan J.P, Constantino-Casas P, Pérez-Cuevas R. Estudio de las necesidades de salud en atención primaria, mediante el diagnostico de salud de la familia, Publicación oficial de la sociedad española de medicina de familia y comunitaria 31 oct. 2006;38(07):381-386.
- 8.-Piñón G.A, Barceló P.C, Salud y escenarios urbanos. Estudio de género. Revista Cubana Medicina General Integral;21(3-4) Ciudad de la Habana May-ago. 2005.
- 9.-Revilla de la A.L, Fleitos L.C. Influencias socioculturales en las ciudades de salud. Enfoque Familiar en Atención Primaria de Salud, Cáp. 6 en: Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Martín Z.A. Cano P.J.R, 3ª. Edición Mosby/Doyma. Madrid 1994, 70-81.
- 10.-Revilla L. de la, Ríos Álvarez A.M. Luna del Castillo J.D; Factores que intervienen en la producción de los problemas psicosociales. Población oficial de la sociedad española de medicina de familia y comunitaria, 2007;39;305-311.

- 11.-Hennen B.K. Continuidad de la atención, Cáp. En: Shires D.B; Medicina Familiar Guía Practica; 1ª. Edición español; Mc Graw- Hill México; 1983:5-7.
- 12.-Martín Z.A; Huguet M. García C.F. La Organización de las Actividades en Atención Primaria Organización y pautas de actuación a la consulta. 2ª. Edición. Doyma, Barcelona España 1989:34-37.
- 13.-Nakajima H. Salud para todos- el camino por recorrer; Rev. Fac. Med. UNAM 31-5(septiembre-octubre) 117-118;1988.
- 14.-Cano V.R México a 10 años de Alma Atta, Rev. Fac. Med. UNAM 31:5(septiembre-octubre) 1988;121-125.
- 15.-Irigoyen C.A; Gómez C.F.J. El Modelo Sistemático de Atención Medica Familiar: ¿Piedra de rosetta para la medicina familiar? Arch Med Fam 2000;(1):5-6.
- 16.-Irigoyen C.A; Morales L.H. Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar: MOSAMEF. Cap. 11 en Irigoyen C.A. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar, 3ª. Edición, Medicina Familiar Mexicana 2006:154-165.
- 17.-Huerta G.J.L, Medicina familiar, La familia en el proceso salud enfermedad, México. Alfil. 2005.
- 18.-Elementos Esenciales de la Medicina Familiar, Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias y Código de Bioética en Medicina Familiar. Primera Reunión del Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud. 1ª Ed. México: Medicina Familiar Mexicana 2005.
- 19.-Irigoyen C. A; Morales L. H. Lineamientos para la elaboración de Estudios de la Salud Familiar (Ciclo vital de la familia, Desarrollo y Funciones de la familia) Cáp. 12 en Irigoyen C.A. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar, 3ª. Edición, Medicina Familiar Mexicana 2006:185-187.
- 20.-Waters MSW I, CSW; Watson MDW, CCPP; Wetzel MSW; GENOGRAMAS Instrumentos útiles para los médicos familiares Cap. 4 en Irigoyen C.A. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar, 3ª edición, Medicina Familiar Mexicana 2006:57-62.

XIV. ANEXOS



Folio:

CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

DATOS GENERALES DEL INFORMANTE:

Familia: _____ No. Expediente del informante: _____

Datos de la persona que proporciona la información:

Madre () Padre () Hijo () otros ()

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA:

Edo. civil de los padres: Casados () U. libre () divorciado() viudo() soltero ()

Años de unión conyugal: _____

Edad del padre: _____ Edad de la madre: _____

Ocupación del padre: Comerciante() agricultor() servidor publico() obrero()
jubilado()

Ocupación de la madre: Comerciante() agricultor() servidor publico() obrero()
jubilado ()

Escolaridad del padre: Analfabeta() básica() media() media superior() superior()

Escolaridad de la madre: Analfabeta() básica() media() media superior() superior()

Número de hijos (hasta de 10 años de edad): _____

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

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

TOTAL: _____

CLASIFICACION DE LA FAMILIA:

MARQUE CON UNA EQUIS (X)

A) Parentesco:

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

Monoparental () Monoparental extendida () Extensa () Extensa compuesta ()

No parental ()

B) Sin parentesco: Monoparental extendida sin parentesco () Grupos similares a familias ()

C) Con base en la presencia física y convivencia:

Núcleo integrado () Núcleo no integrado ()

Extensa ascendente () Extensa descendente ()

Extensa colateral ()

D) Estilos de vida originados por cambios sociales:

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

E) Con base en sus medios de subsistencia:

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

F) Etapa del ciclo vital familiar:

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