



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA

CLINICA HOSPITAL “DR. PATRICIO TRUEBA REGIL” DE LA CIUDAD DE SAN  
FRANCISCO DE CAMPECHE, CAMPECHE.

**PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTE  
Y CARACTERÍSTICAS FAMILIARES.  
CONSULTORIO NO. 3 DE LA CLINICA HOSPITAL “DR.  
PATRICIO TRUEBA REGIL”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

LOGO ISSSTE



**DR. JOSE LUIS SANGUINO BRITO**

SAN FRANCISCO DE CAMPECHE, CAMP.

2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



DIVISIÓN 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. PATRICIO TRUEBA REGIL” DE LA CIUDAD DE SAN FRANCISCO DE  
CAMPECHE, CAMPECHE.

**PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA Y CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DEL  
CONSULTORIO NO. 3 DE LA CLÍNICA HOSPITAL “DR. PATRICIO TRUEBA REGIL” DE LA  
CIUDAD DE SAN FRANCISCO DE CAMPECHE, CAMPECHE.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DR. JOSE LUIS SANGUINO BRITO**

SAN FRANCISCO DE CAMPECHE, CAMPECHE.

2008.

**PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTE  
Y CARACTERISTICAS FAMILIARES.  
CONSULTORIO NO. 3 DE LA CLINICA HOSPITAL "DR.  
PATRICIO TRUEBA REGIL**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DR. JOSE LUIS SANGUINO BRITO.**

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

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

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

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

**PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTE  
Y CARACTERISTICAS FAMILIARES.  
CONSULTORIO NO. 3 DE LA CLINICA HOSPITAL “DR.  
PATRICIO TRUEBA REGIL”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DR. JOSE LUIS SANGUINO BRITO**

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

**DRA. PERLA ELISA SEMADENI MORA**  
DIRECTORA DE LA CLÍNICA HOSPITAL

**DR. PEDRO ALEJANDRO AGUILAR JUÁREZ**  
JEFE ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA HOSPITAL  
CLINICA HOSPITAL “DR. PATRICIO TRUEBA DE REGIL”

**Dr. ISAIAS HERNANDEZ TORRES**  
ASESOR DE TESIS  
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U. N. A. M.

**DR. ALFONSO LOPEZ FIESCO**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y  
CAPACITACIÓN DEL ISSSTE.

# **DEDICATORIA**

Esta Tesis sé que probablemente contribuirá para el mejoramiento de los Programas de Salud, al entendimiento de que es la Medicina Familiar y que lugar ocupa hoy día en el Mundo. Ha solventar muchas de las carencias y problemas que hoy estamos viviendo. Pero por sobre todas las cosas esta dedicada al Paciente, a nuestro Derechohabiente, a ese Ser Humano, que día con día, acude a nosotros con la esperanza de obtener un poco o tal vez un mucho de alivio a los problemas que le aquejan y tal vez sean tantos que pensamos en que solo un Órgano o Sistema esta afectado, cuando debemos verlo en todo su entorno Biopsicosocial para poder entender su verdadera problemática. Ya que de esta manera y solo así haremos verdadera Medicina, la que ellos vienen y quieren encontrar en Nosotros. La conjugación del Binomio Medicina Científica pero con Sentido Humanístico.

**EL AUTOR**

# AGRADECIMIENTOS

A Ana Rosa Ortegón B. Quien es para mí. La persona más especial del Mundo, por todo su Amor, Apoyo Incondicional, Comprensión y Tiempo cedido para la Elaboración del presente Trabajo.

A mi Asesor: Dr. Isaías Hernández Torres, por su Atención y Orientación Continuas para el buen Desarrollo de mi Tesis.

A mis Maestros: Dr. Gómez clavelina Francisco Javier, Dr. Hernández Torres Isaías, Dr. Irigoyen Coria Arnulfo, Dra. Navarro García Ana María. Por sus Conocimientos y Tiempo que Amable y Gentilmente, fueron puestos a nuestra disposición.

A mi Compañera: Enf. Emma B. Azcorra Abreu por su Apoyo y Colaboración en la elaboración y llenado de las Cédulas Básicas de Identificación Familiar.

A mi Compañero: Héctor Becerra Escalante. Del Departamento de Estadística de la Clínica Hospital. Por su Colaboración al facilitarme copias de las Hojas del Informe Diario de Labores del Médico. SM-10-01.

## INDICE

1.- MARCO TEORICO.....	1
2.- MORBILIDAD.- .....	13
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
4.- JUSTIFICACION .....	20
5.- OBJETIVOS .....	21
6.- METODOLOGIA.- .....	22
7.- RESULTADOS.-.....	26
8.- DISCUSION.- .....	42
9.- CONCLUSIONES.- .....	48
10.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.- .....	50
11.- ANEXOS.- .....	52

## 1.- MARCO TEORICO

En 1969 se aprueba la Medicina de Familia como la Vigésima Especialidad en los Estados Unidos de Norteamérica. Se crean los programas educativos de Posgrado en Medicina de Familia.

En México la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, percibió esta necesidad y en 1970 inicia el diseño de un plan alternativo en el Pregrado que permitiera, formar Médicos Generales de contacto temprano y cercano a la comunidad y con una orientación diferente. Surge en 1971 el programa de Medicina General Integral, en 1975 la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México crea el Departamento de Medicina General Familiar y Comunitaria el primero en Latinoamérica (1).

Otro acontecimiento decisivo fué la Conferencia de **ALMA ATA**, celebrada en 1978 que impulsó la Atención Primaria y consecuentemente la Medicina de Familia, esta conferencia a sido muy criticada por considerar que sus recomendaciones solo valían para Países Subdesarrollados, pero ha jugado un papel importante a nivel mundial y a contribuido al desarrollo de la Medicina de Familia en el resto de los países. Las principales actividades sanitarias de más de 140 países que aceptaron de forma unánime la Declaración Alma Ata y posteriormente aprobaron estrategias sanitarias para conseguir **“La Salud para todos en el año 2000”** estas estrategias situaban la atención primaria de salud como la base para alcanzar un nivel adecuado de salud para toda la población (1).

En 1991 se publicó la Declaración de la **WONCA** (Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Académicas Nacionales de Médicos Generales y Médicos de Familia) “el papel del Médico General/de Familia en los Sistemas de Atención de Salud” son de destacar dos afirmaciones del documento:

“La Atención Primaria de la Salud de alta calidad depende de la disponibilidad de Médicos Generales/de Familia bien entrenados, trabajando como miembros del equipo de salud, en la comunidad”

“La Medicina General/Familiar necesita ser firmemente establecida como la disciplina central de la Medicina, alrededor de la cual se ordenan las Disciplinas Médicas y de las Profesiones aliadas de la Salud, para formar un equipo cooperativo en beneficio del individuo, la familia y la comunidad (1).

**Definición de 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 (2).

**Definición de 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 (2).

### PERFIL DEL MEDICO FAMILIAR.

Para definir el perfil del Médico Familiar se consideró conveniente la elaboración de una tabla, en la que se especificarán las áreas en las que desempeña su Ejercicio Profesional, así como los Conocimientos, Habilidades, Actitudes, Valores y Actividades que debe desarrollar en cada una de ellas (2).

#### **ASISTENCIAL.-**

**CONOCIMIENTOS:** Atención Primaria, perfil epidemiológico, los Clínicos requeridos por las necesidades de atención relaciones con el perfil epidemiológico, modelos de abordaje de la Atención Médica, modelos de Relación Médico-Paciente, Conocimientos Bioéticos, de Ciencias Sociales, estudio de Salud Familiar, Informática.

**HABILIDADES:** Ser efectivo y eficiente, orientador, relación efectiva: Médico-Paciente-Familia, tomador de decisiones compartidas, detección oportuna de Enfermedades indiferenciadas, usuario de modelos de abordaje de la Atención Médica más adecuada al problema de Salud que enfrenta, capacidad resolutoria y/o de referencia, valorar con justicia los elementos subjetivos y objetivos durante la practica Médica, capacidad empática.

**ACTITUDES Y VALORES:** Respeto al individuo y su contexto (cultural), responsable, humanista, conciencia de sus alcances y limitaciones profesionales, conciencia de su compromiso social, respeto de normas éticas, compromiso y solidaridad en el vinculo con el individuo y su familia, compromiso de seguimiento del paciente durante su Atención Médica, compasión, sinceridad, honestidad, liderazgo.

**ACTIVIDADES:** Atención Clínica continua e integral y trabajo con la comunidad, orientar a las familias, trabajar en equipo, prevención, curación, rehabilitación y paliación, Atención de Primer Contacto, atención centrada en la persona y la familia, tomar decisiones compartidas, detectar oportunamente, manejar en forma integral padecimientos agudos y/o crónicos, utilizar modelos de abordaje de la Atención Médica más adecuada al problema de salud que enfrente, atención de los paciente en diversos escenarios (2).

### **ADMINISTRATIVA.-**

**CONOCIMIENTOS:** Administración de los servicios, economía y salud, liderazgo, informática, leyes y reglamentos en Materia de Salud.

**HABILIDADES:** Gestor en coordinación con el equipo de salud, optimizador de los recursos.

**ACTITUDES Y VALORES:** Servicio, honradez, respeto a los individuos e instituciones.

**ACTIVIDADES:** Coordinar al equipo de salud, optimizar recursos, promover el desarrollo organizacional en los diversos escenarios de trabajo (2).

### **EDUCATIVA.-**

**CONOCIMIENTOS:** Educación Médica, lectura crítica, lectura de Textos Médicos en inglés, informática.

**HABILIDADES:** Educación y promoción de la salud, asesor, evaluación de los programas educativos, formador de nuevos Recursos Humanos.

**ACTITUDES Y VALORES:** Compromiso con su desarrollo profesional, compromiso y respeto con sus educandos.

**ACTIVIDADES:** Educar, promover la salud, asesorar, desarrollar y actualizar sus conocimientos y habilidades (2).

### **INVESTIGACION.-**

**CONOCIMIENTOS:** Metodología de la investigación, estadística, informática.

**HABILIDADES:** Evaluación de los resultados de la investigación y su aplicación práctica.

**ACTITUDES Y VALORES:** Ética, rigor metodológico.

**ACTIVIDADES:** Planear, diseñar y conducir proyectos de investigación y difundirlos en los medios existentes (2).

**Los Cuatro Pilares de la Medicina de Familia.** Atención Primaria, Educación Médica, Humanismo y Formación de Líderes son simultáneamente apoyo y norte de acción, bases teóricas que garantizan la identidad de los valores y estrategias de actuación; son combustible y engranaje que permiten el funcionamiento de lo que con expresión feliz se ha denominado idealismo práctico

De la Medicina de Familia. Un idealismo hecho realidad que encuentra en la persona paciente, Alumno y Médico que se auto-construye con sabiduría humanista su punto de convergencia. Un idealismo práctico que es antropología activa; ciencia y arte, privilegio para los que somos llamados a practicarla (3).

### **MEDICINA FAMILIAR SINONIMO DE ATENCION INTEGRAL A LA SALUD.**

#### **Niveles de Atención:-**

En el modelo de salud propuesto en nuestro país, se definen tres niveles de atención, organizados en estratos que van de menor a mayor complejidad, debidamente vinculado y determinado en función del comportamiento epidemiológico de una población, con la finalidad de satisfacer las necesidades de salud de cada paciente y su familia. Dicha necesidad, traducidas o demandas de servicios condicional del nivel de atención requerido (4).

Se ha definido el nivel de atención como la forma de organizar los Recursos en cantidad y calidad para reproducir un determinado volumen y estructura de los Servicios de Salud, destinados a acercar los medios y los instrumentos de la Medicina actual a los grandes sectores de la población y a favorecer el uso óptimo de dichos recursos (4).

En nuestro medio, el sistema esta integrado por tres niveles de atención:

**Primer Nivel:** Es el primer contacto de la población solicitante de Atención con los Servicios Médicos, de una Institución de Salud. Lleva a cabo la promoción de la Salud, Diagnósticos y Tratamientos de padecimientos frecuentes y de baja complejidad y seguimiento de los casos referidos a otros niveles. Requiere mínimos Recursos Materiales, aunque gran interrelación con la Familia y la Comunidad. Este nivel se apoya en los niveles superiores a los que se envían temporalmente a los pacientes que así lo requieran (4).

**Segundo Nivel:** Cuenta con las especialidades de Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia y Cirugía, con el apoyo de otras Subespecialidades como Oftalmología, Otorrinolaringología y Salud Mental, a través de las cuales atienden padecimientos menos frecuentes y de mediana complejidad derivados del Primer Nivel o a quienes acuden espontáneamente con Urgencias Médicas o Quirúrgicas (4).

**Tercer Nivel:** A este nivel son remitidos los pacientes que requieren estudios Diagnósticos y Tratamientos de alta complejidad, como Cateterismos, Medicina Nuclear, Tomografía Computarizada, Resonancia Magnética y Oncología, entre otros. Realiza actividades de restauración y Rehabilitación de pacientes con enfermedades que requieren estudios Diagnósticos y Tratamientos muy especializados y que han sido referidos por otros niveles de atención (4).

### **Inicio de la Medicina Familiar en el ISSSTE.-**

En respuesta a la necesidad de fortalecer al primer nivel de la Atención Médica, se inaugura La Clínica Dr. Ignacio Chávez el 10 de Septiembre de 1979, de esta manera se constituye en la primera Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE y pasa a formar parte de un programa piloto que posteriormente serviría de modelo a otras unidades. Su misión se resume en: brindar una atención especial al individuo y su familia, independientemente de la edad, sexo o padecimiento, que cubriera los aspectos Biológicos, Psicológicos y Sociales dando así una atención integral basada en una estrecha relación Médico-Paciente, que además permitiera hacer acciones de promoción y mantenimiento de la salud, detección oportuna de factores de riesgo, así como la identificación de problemas que requiriesen atención en el Segundo o Tercer nivel de la Atención Médica en coordinación con los servicios de Salud disponibles para el paciente (5).

#### **El Programa Semiescolarizado para Médicos Generales.-**

Debido al lento proceso de formación de especialistas en Medicina Familiar y siendo urgente la necesidad de contar con personal Médico más eficiente y resolutivo se inicio el curso semiescolarizado para Médicos Generales en Medicina Familiar en un programa de dos años, se contempló capacitarlos en los aspectos básicos de la Medicina Familiar, este programa inició el 1º de Enero de 1993 y terminó en Diciembre de 1999, constó de 4 etapas, y capacitó un total 1639 Médicos, de los cuales 734 cubrieron todos los requisitos de egreso y quedaron pendientes de liberar 905, se planea iniciar una quinta etapa próximamente (5).

**La Medicina Familiar actualmente en el ISSSTE** Han transcurrido 25 años, el ISSSTE se ha Enfrentado a diferentes retos como son el aumento considerable de su población usuaria la cual asciende en la actualidad a más de 10, 195,082 Derechohabientes. Dentro de su infraestructura se pueden citar: 94 Clínicas de Medicina Familiar, 926 Unidades de Medicina Familiar, 105 Consultorios Auxiliares, 71 Clínicas-Hospital, 24 Hospitales Generales, 10 Hospitales Regionales, 1 Centro Médico Nacional, 1 Centro de Cirugía Ambulatoria, 5,430 consultorios, 209 Laboratorios y 293 Quirófanos. Por otra parte, se ha observado un mínimo incremento del personal, crisis económicas que han dificultado el óptimo abasto de medicamentos, limitación de recursos en el primer nivel de atención que permitan ser más resolutivo al Médico Familiar (acotado acceso para solicitar estudios de apoyo diagnóstico como: Ultrasonografías, estudios Radiológicos contrastados, Electrocardiografía etc. Ante este panorama el ISSSTE, ha respondido implantando nuevas estrategias como son el Nuevo Modelo de Salud Médico Familiar, el Modelo Preventivo de Salud Familiar y programas de integración de los niveles de atención con el fin de fortalecer la práctica de la Medicina Familiar y hacerla más resolutiva. Actualmente laboran en el Primer Nivel de la Atención del ISSSTE Médicos Familiares del curso escolarizado con duración de tres años, del curso semi-escolarizado de dos años y Médicos Generales. Aún cuando es importante el número de Médicos Especialistas todavía no es suficiente para cubrir las demandas asistenciales del Instituto, por lo que se tiene previsto seguir fortaleciendo los programas para la capacitación en Medicina Familiar y lograr el objetivo de dar al 100% de la población Derechohabiente una atención con calidad y calidez (5).

**a) Continuidad de la Atención.-** Se acepta ampliamente que la Medicina Familiar es la Disciplina que capacita al Médico para brindar Atención Médica Primaria, continua e integral al individuo y su familia. Es una Disciplina Académica y Especialidad Médica que comprende una serie de actividades que se fundamentan en **Tres ejes:**

**Continuidad:** Se comprende desde una perspectiva que integra los aspectos Biológicos, Psicológicos y Sociales en un esquema longitudinal que permite el seguimiento del proceso salud-enfermedad de los individuos, sin importar Edad, Sexo, ni la naturaleza o estadio de las enfermedades que les afecten, estableciendo el tratamiento adecuado de las mismas y coordinando los Recursos Médicos, Familiares y Comunitarios a su alcance para su óptima aplicación.

**Acción Anticipatoria:** Se basa en un enfoque de riesgo, el cual contribuye a la identificación de la probabilidad de que ciertas características de los individuos y/o el medio que les rodea produzcan en conjunto una enfermedad. El Enfoque de Riesgo brinda la oportunidad de planear las estrategias más adecuadas para el manejo de las enfermedades, en una perspectiva integradora del tratamiento Médico

curativo con las medidas preventivas en los grupos expuestos a determinados factores causales.

**b) Estudio de la Familia:** Permite el entendimiento del entorno Biopsicosocial fundamental en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo y que señala a la Familia como un grupo social en el que el proceso Salud-Enfermedad se maneja bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional y cultural que pueden favorecer o limitar la salud, ya sea individual o familiar (6).

**El Código Bioético del Médico Familiar.** Asume que la dimensión moral de la Medicina Familiar exige del Profesional de esta especialidad un conjunto de actitudes, principios y valores que emana de los ideales morales inherentes a la Profesión Médica, y de la observancia y respeto a los Derechos Humanos de las personas sanas y enfermas que requieren de Atención Médica, como integrantes de una Familia y de la Sociedad en su conjunto. El Médico Familiar asume, por su parte, que la relación que establece con las personas que demandan sus servicios, así como la que debe tener con otros Profesionales de la Atención a la Salud y en su caso, con quienes se forman bajo su responsabilidad para el desempeño de la Medicina Familiar y de la Investigación en el área, se fundamenta, en principio, en el respeto a la Dignidad Humana, entendida como la condición del hombre que lo caracteriza como un ser racional, afectivo y volitivo con facultades y capacidades que lo diferencian de los demás seres de la Biósfera (7).

**Evolución Histórica de la Familia:** por todos es conocida la Revolución del pensamiento humano que produjo la publicación de Libro de Darwin sobre el Origen de las Especies por medio de la selección natural o la preservación de las razas favorecidas en la lucha por la sobrevivencia, publicada en 1859. Hacia 1877 Morgan influenciado por Darwin nos presenta su obra fundamental la Sociedad Antigua, de la que el propio Engels nos dice: aquí Morgan desarrolla con plena nitidez lo que en 1871 conjeturaba vagamente, la Endogamia y la Exogamia, la Endogamia del griego endos; dentro y gamos; boda es la prohibición de casarse fuera de un determinado grupo social (tribu), clase o casta, las restricciones matrimoniales son de dos clases, las que impiden casarse fuera de un determinado grupo (leyes de la endogamia) y las que obligan a casarse fuera de el (leyes de la exogamia) del griego exo: fuera, y gamein: casarse, no forman ninguna antítesis, la existencia de tribus exógamas no esta demostrada hasta ahora en ninguna parte. Pero en la época en que aún dominaba el matrimonio por grupos que según toda verosimilitud, ha existido en todos los tiempos en todas partes, la tribu se escindió en cierto número de grupo, de gens, consanguíneas por línea materna, en el seno de las cuales estaba rigurosamente prohibido el matrimonio (8).

Estas líneas Históricas representan el inicio del estudio de Familia. Por fin se iba a estudiar de manera científica la Organización Familiar. Para concluir nuestra observación sobre la poderosa influencia de Darwin en los estudios de la Familia citaremos a Federico Engels, quien trata de explicar a través de la Teoría de la Evolución de las Especies el paso del estado inferior del salvajismo al estado medio. Lo que resulto a través de varios decenios de estudios sobre el origen de la Institución Familiar fue una visión evolucionista aunada a los conocimientos Psicoanalíticos y de la dinámica de la población. No obstante en este capítulo daremos lugar a estas opiniones sobre la evolución de la Familia, ya que como especialistas en Medicina Familiar debemos manejar estos conceptos, para emitir Diagnósticos más fundamentados (8).

Cuando iniciamos nuestro estudio sobre el origen de la Familia nos llamó la atención la insistencia que hacen los estudios de la Familia, en cuanto al matriarcado como elemento indiscutible en los orígenes de la Familia Moderna. ¿Pero que importancia tiene el matriarcado en el desarrollo de la Familia? Para los teóricos modernos del evolucionismo social, el matriarcado sería un estudio necesario en la evolución de las poblaciones predominantemente nómadas, dedicadas especialmente a la caza y cría de animales, carentes de las técnicas adecuadas para el cultivo de la tierra, los hombres partían a la caza o bien para llevar el ganado a los distantes pastizales; en tanto que las mujeres se constituían en un elemento de estabilidad social, permaneciendo en campamentos con los hijos, desarrollándose así, ineludiblemente bajo la influencia materna (8).

Según Bachofen todas las Sociedades habrían sido matriarcales en su origen y luego progresivamente habrían pasado al régimen patriarcal, debido entre otros factores al desarrollo de la agricultura, la cual trajo consigo un sin numero de ventajas sociales, ya que obligó a los padres a ser quienes transmitieran a sus hijos las técnicas agrícolas y los conocimientos que habían adquirido a lo largo de su vida (8).

El caso de Roma es excepcional, ya que estando en su apogeo el sistema patriarcal las mujeres de manera particular las de las clases superiores disfrutaban de un gran prestigio (8).

Es importante aclarar que para integrar un Diagnóstico Familiar lo más completo posible, (en lo referente a la Residencia de la Familia), debemos emplear el concepto de matrilocidad y patrilocalidad, en el primer caso el padre de Familia va a habitar en casa de su esposa, generalmente regida por la madre o la abuela de esta última. En el caso de que la esposa siga a su marido a la casa paterna, estamos ante una familia patrilocal. El afinarse estos detalles tiene gran importancia ya que al definir la ubicación exacta de la Familia, la identificación de "límites" se facilita (8).

Nos dice Federico Engels como conclusión del cuadro presentado anteriormente, por el momento podemos generalizar la clasificación de Morgan como sigue:

**SALVAJISMO:** es un periodo en el que predomina la apropiación de productos de la naturaleza, ya que de hecho los productos artificiales del Hombre, están destinados sobre todo a facilitar esa apropiación (8).

**BARBARIE:** Periodo en que aparece la Ganadería y la Agricultura y se aprende a incrementar la producción de la naturaleza por medio del trabajo Humano (8).

**CIVILIZACION:** Periodo en el que el Hombre sigue aprendiendo a elaborar productos naturales, periodo de la industria propiamente dicha y del arte (8).

**LA FAMILIA:** Una de las explicaciones sobre la etimología del termino Familia, es la propuesta por el Marques de Morante como proveniente de la palabra latina Famulus que significa sirviente o esclavo doméstico. En un principio la Familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo Hombre (8).

Aunque el término sea definido de distintas formas, el grupo formado por Marido, Mujer e Hijos sigue siendo la Unidad Básica en la cultura de occidente, conservando aún la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la Sociedad. Socializarlos y otorgarles Apoyo Emocional y Físico. Por otra parte la Familia es la Institución Básica de la gran mayoría de las Sociedades Humanas, representando el fundamento lógico de todo desarrollo cultural. Aun cuando la forma de la Familia varía en las diversas sociedades; toda Sociedad mantiene, algún sistema típico constante por esto cada forma particular de Familia se tiene como un valor primario dentro de la Sociedad (8).

Ya desde el siglo XIX se ha venido observando un creciente interés por el estudio de la Familia, teniendo entre otras aspiraciones el definirla con la mayor claridad posible; llegando incluso a la Organización de las Naciones Unidas en el año de 1970 a definir el concepto de Familia, por intermedio del documento "M" número 44, como: el conjunto de miembros del hogar emparentados entre si hasta un grado determinado por Sangre, Adopción o Matrimonio (8).

Otras definiciones, según la **ONU (ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS):** El conjunto de miembros del hogar, emparentados entre si hasta un grado determinado por Sangre, Adopción o Matrimonio (8).

**El Consenso Norteamericano** La define: la Familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras, por Lazos Consanguíneos de Matrimonio o Adopción.

**El Consenso de Canadá** Se define: el grupo compuesto por un Marido, una Esposa con o sin Hijos, o un Padre o Madre con uno o más Hijos que viven bajo el mismo techo (8).

### **ROLES NO LABORALES.- División del Trabajo en la Familia**

El Trabajo Familiar como se define aquí incluye tareas relacionadas con las responsabilidades en el manejo de la casa y el cuidado de los niños. La división del Trabajo Familiar entre esposas y esposos es el típico resultado de expectativas sociales que fomentan la repartición de las líneas tradicionales del rol sexual. A pesar de la mayor participación de la mujer en la fuerza de trabajo, ha habido poco cambio en la división del Trabajo Familiar; las mujeres continúan haciendo la gran

Mayoría del trabajo doméstico y las tareas del cuidado de los niños (Pleck, 1985). En una reseña de la literatura sobre el compromiso de los esposos en el Rol Familiar se concluye que los esposos no necesariamente incrementan su participación en las labores hogareñas como las mujeres incrementan la participación en la fuerza de trabajo. Los hombres que aumentan su participación

Son aquellos que tienen historias laborales similares a las de sus esposas o tienen ideologías Igualitarias sobre el rol sexual (Perucci, Potter & Rhoads, 1978). (9)

### **LA VIVIENDA SALUDABLE.-**

A partir de las ideas planteadas sobre las nociones que forman la Vivienda Saludable surge que para su nueva configuración es necesario considerar que: 1.- La calidad de Vida, la Salud, la Vivienda y el

Riesgo modelan la noción de Vivienda Saludable y son hechos culturales, por esto se debe advertir la responsabilidad que tienen los Seres Humanos y sus Instituciones en su producción, distribución y consumo. 2. Los Habitantes de la Vivienda pueden denotar capacidad

De adaptación para absorber los riesgos sin que afecten su Salud (resiliencia) o incapacidad para adaptarse a ese cambio quedando expuestos a situaciones de vulnerabilidad y riesgo (10).

3. El análisis de la vulnerabilidad debe considerar los factores que la originan: exposición, fragilidad social y nivel de resiliencia. 4. Para disminuir la vulnerabilidad Social y el riesgo de la Vivienda para la Salud, se deben aplicar estrategias de intervención basadas en la intersubjetividad. Destacamos que la Vivienda es un valioso instrumento para analizar, monitorear y evaluar la Calidad de Vida de la que depende la calidad de Salud de la Familia. Por esto, no se puede “disecar” linealmente la realidad de la Vivienda y la Salud para explicar y enfrentar fragmentariamente los problemas que la agobian, sino que se debe aproximar a ella desde el entendimiento de las personas que la constituyen con una visión global que abarque las debilidades y fortalezas de los sujetos, la Familia y la Sociedad (10).

**Dr. Javier Santacruz Varela. J. Departamento de Estudios de Pregrado, IMSS:** Define a la Familia como una Organización Social tan antigua como la propia Humanidad y que simultáneamente con la Evolución Histórica, ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada Sociedad y cada Época (11).

### **ESTRUCTURA FAMILIAR**

Un elemento fundamental en el análisis de la estructura Familiar es el denominado principio estructural el que según Laslett, reside en el Lazo Conyugal y este vínculo conyugal casi siempre esta presente en las listas de personas que manejamos. Para que se integre una Familia simple son necesarios por lo menos dos individuos relacionados por ese vínculo o que sean corresidentes a partir de ese vínculo (12).

**ESTRUCTURA FAMILIAR SEGÚN INEGI:** La diferenciación de esta categoría estructural de las Familias se realiza a partir del tipo de Relación Consanguínea, Legal, de Afinidad o de Costumbre entre el Jefe y los otros miembros del hogar.

- a) **Nuclear.** El cual se conforma por Jefe, Cónyuge con o sin Hijos, Jefe e Hijos.
- b) **Ampliado.** El cual se conforma por Jefes con o sin Cónyuges, con Hijos o sin estos y con otros parientes (Tíos, Primos, Hermanos, Suegros, etc.)
- c) **Compuesto.** El cual se conforma por Jefes con o sin Cónyuges, con o sin Hijos con otros parientes y no parientes, es decir Hogar nuclear o ampliado más no parientes.
- d) **Extenso.** Es el conjunto de Hogares formados por los ampliados y los compuestos (12).

### **ESTRUCTURA FAMILIAR SEGÚN DE LA REVILLA, MODIFICADO POR MARQUEZ:**

**Familia Nuclear:** Formada por dos individuos de distinto sexo y sus Hijos convivientes en el mismo domicilio.

**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:** Esta 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 Parejas Homosexuales estables, Grupos de Amigos que viven juntos o en comunas, religiosos que viven fuera de su comunidad, personas que viven en residencias o asilos, etc. (12).

### **ESTRUCTURA FAMILIAR DESCRITA POR IRIGOYEN:**

**Familia Nuclear:** Modelo de la Familia actual, formada por Padre, Madre e Hijos.

**Familia Extensa:** Formada por Padre, Madre, Hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos de adopción o de afinidad.

**Familia Extensa Compuesta:** Además de los que incluyen a la Familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como es el caso de amigos y compadres (12).

**TAMAÑO DE LAS FAMILIAS.**

Se refiere al número de miembros que las componen es decir relaciona a la población con los Hogares. Las Familias Mexicanas en promedio se componen de 4.8 miembros (12)

**CLASIFICACION DE LA FAMILIA:** Con el propósito de facilitar la Clasificación se identificaron

Cinco ejes fundamentales:

- Parentesco
- Presencia física en el hogar o convivencia
- Medios de subsistencia
- Nivel económico
- Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados

Por cambios sociales

**Clasificación de las Familias con Base en el Parentesco:** El Parentesco es un vínculo por Consanguinidad, Afinidad, Adopción, Matrimonio u otra relación estable de afectividad Análoga a ésta. La trascendencia de esta clasificación se identifica fundamentalmente, en la necesidad del Médico Familiar de identificar características de los integrantes de las Familias, que influyan en el proceso Salud-Enfermedad. Y cuya importancia se relacione con las consecuencias propias del Parentesco (13).

**TABLA 1.-**

**CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS.**

<b>CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS</b>	
<b>CON PARENTESCO</b>	<b>CARACTERISTICAS</b>
Nuclear	Hombre y Mujer sin Hijos.
Nuclear Simple	Padre y Madre con 1 a 3 Hijos.
Nuclear Numerosa	Padre y Madre con 4 Hijos o más.
Reconstruida (Binuclear)	Padre y Madre en donde alguno 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 parentesco.
Extensa	Padre y madre con hijos, más otras Personas con parentesco.
Extensa Compuesta	Padre y Madre con Hijos, más otras personas Con y sin parentesco.
No Parental	Familiares con vinculo de Parentesco que realizan Funciones o Roles de Familia sin la presencia de los Padres ( por ejemplo: tíos, sobrinos, abuelos, nietos, primos o hermanos, etc.
<b>SIN PARENTESCO</b>	<b>CARACTERISTICAS</b>
Monoparental Extendida sin Parentesco	Padre o Madre con Hijos, más otras Personas sin parentesco.
Grupos Similares a Familias	Personas sin vinculo de Parentesco que realizan Funciones o Roles Familiares por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios, asilos, etc.

TABLA 2.-

EVOLUCION DE LA FAMILIA

FASE	NOMBRE	CARACTERISTICAS.
I	Promiscuidad inicial	-Promiscuidad absoluta. -nula reglamentación consuetudinaria entre padres e Hijos. el Parentesco es señalado Por la línea materna.
II	Familia Punaluena "punalúa"	-Familia por grupo -los hombres de un grupo son considerados desde el nacimiento como esposos de las mujeres de otro grupo: dos grupos completos están entre si Casados.
III	Familia Sindiásmica "monogénica"	-Familia por grupo. -economía doméstica común. -coexisten varias parejas, pero no obstante Mantienen su independencia.
IV	Familia Patriarcal Monogénica	-aparece la autoridad Absoluta del Jefe de Familia. -importante desarrollo De la agricultura. -antecedente directo de la Familia moderna. -el Padre de Familia es el único propietario del Patrimonio Familiar. -el Padre de Familia se consolida como el representante religioso en El culto doméstico.
V	Familia Extensa Compuesta	-comprende Abuelos, Padres, Hijos, colaterales, Amigos y sirvientes. -forma de organización Familiar que se observa en sociedades de Escaso desarrollo tecnológico.
VI	Familia Extensa	-relaciones muy estrechas entre abuelos, padres, hijos, Primos y sobrinos. -Familia característica de las Zonas rurales.

### **CICLO VITAL DE LA FAMILIA.-**

Desde la perspectiva de **Hennen**, la Continuidad de la Atención es la quinta esencia de la Medicina Familiar, este concepto ha sido corroborado Históricamente y se encuentra indisolublemente unido al concepto de Ciclo Vital de la Familia.

**Mc Whinney**; Lo señala de una manera contundente: la comprensión integral del Ciclo Vital de la Familia, junto a la comprensión del desarrollo individual, de cada miembro de la Familia, puede ayudar al Médico Familiar a formular hipótesis acertadas con relación a los problemas-patologías, que presentan los pacientes (14).

#### **GEYMAN J. (1980)**

Lo clasifica en 5 etapas:

**1.- MATRIMONIO:** La fase de Matrimonio se inicia precisamente con la consolidación del Vínculo Matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer Hijo. Lógicamente que la llegada de un nuevo miembro tiene repercusiones importantes en las relaciones de la pareja, precipitando ajustes a la vida cotidiana.

**2.- FASE DE EXPANSION:** Es el momento en que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la Familia, como su nombre lo indica la Familia se dilata, "se expande", es muy conocido el ejemplo de los jóvenes esposos que deben organizarse de manera muy "armónica" para levantarse por la madrugada y proporcionar su biberón al bebé, cuidando que esta situación altere lo menos posible sus actividades diurnas.

**3.- FASE DE DISPERSION:** Para algunos investigadores esta fase se identifica claramente por el hecho que todos los Hijos asisten a la Escuela. En esta etapa de la Vida Familiar, se presenta el camino para la próxima independencia de los Hijos mayores (usualmente es así), ya que se encuentran en plena Adolescencia.

**4.- FASE DE INDEPENDENCIA:** Es difícil precisar el número de años transcurridos al inicio de esta fase, aproximadamente son 20 o 30. La pareja debe aprender a vivir nuevamente en "independencia" sus Hijos han formado nuevas Familias.

Los lazos de unión entre Padres e Hijos se deben fortalecer ante el riesgo de un progresivo debilitamiento, sin olvidar el clima de profundo respeto que debe privar, hacia las nuevas Familias que recientemente se están formando.

**5.- FASE DE RETIRO Y MUERTE:** Etapa en la que se deben enfrentar diversos retos y situaciones críticas como el Desempleo, la Jubilación, Viudez y el Abandono. Al igual que muchas situaciones paradójicas de la naturaleza, observamos el contraste entre el entusiasmo e ilusión, que caracterizaban la fase de Matrimonio, con la incertidumbre y nostalgia que con frecuencia se ve marcada esta fase del desarrollo Familiar.

Cuatro son las circunstancias más difíciles que hemos identificado en la fase de retiro y muerte:

Incapacidad para laborar.

Desempleo.

Agotamiento de los recursos.

Las Familias de los Hijos casados, en fase de expansión, sin posibilidad de proporcionar recursos económicos a los Padres, con frecuencia los recluyen en "asilos" para ancianos (14).

#### **ETAPAS DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA. DUVALL.- 1977.**

**Etapa 1:** Pareja sin Hijos.

**Etapa 2:** Nacimiento del primer Hijo.

**Etapa 3:** Hijos en edad preescolar.

**Etapa 4:** Hijos escolares, (Hijo mayor de 6 a 13 años).

**Etapa 5:** Hijos Adolescentes, (Hijo mayor entre 13 y 19 años).

**Etapa 6:** Desprendimiento, (Hijo mayor con más de 20 años de edad).

**Etapa 7:** Padres solos.

**Etapa 8:** Padres ancianos (14).

**TABLA 3.-**

**CICLOS DE VIDA DE LA FAMILIA SEGÚN DIFERENTES AUTORES.**

<b>GEYMAN</b>	<b>DUVALL</b>	<b>OMS MODIF.</b>	<b>MEDALIE</b>	<b>ESTRADA INDA</b>
Matrimonio	1.- Parejas sin Hijos	I.- Formación	I.- Noviazgo y Recién casados. II.- Pareja que Espera un Hijo.	I.- Etapa constitutiva: 1 Fase preliminar. 2 Fases de Recién casados.
Expansión	2.- Nace el primer Hijo.	II.- La extensión. III.- Final de la extensión	III.- Nace el primer Hijo.	II.- Etapa Procreativa: 3 Fase de expansión: Nacimiento del Primer Hijo. b) Hijos pre-Escolares.
Dispersión	3. Hijos Preescolares. 4. Hijos escolares. 5. Hijos Adolescentes.		IV Familia con adolescentes.	4. Fase de Consolidación apertura. a) Familia Con hijos escolares. b) familias con hijos Adolescentes.
Independencia	6. Desprendimiento 7. Padres solos	IV. Contracción V. Final De la contracción	V. La edad madura.	III. Etapa de dispersión: 5. Fase desprendimiento. IV. Etapa Familiar final: 6. Fase de independencia.
Retiro y muerte	8. Padres ancianos	VI. Disolución	VI. Senectud y Viudez.	7. fase de disolución a) Familia anciana. b) Viudez.

## FUNCIONES DE LA FAMILIA

SOCIALIZACION

CUIDADO

AFECTO

REPRODUCCION

OTORGAMIENTO DE ESTATUS Y NIVEL SOCIOECONOMICO

**Socialización:** La tarea fundamental de la Familia es transformar en un tiempo determinado a una persona totalmente dependiente de sus Padres, en un individuo autónomo, con “independencia” para desarrollarse en la Sociedad (14).

**Cuidado:** Esta función clave en la Vida Familiar, es la que propiamente permite la preservación de nuestra especie, se identifican cuatro determinantes en ella:

- a) Alimentación
- b) Vestido
- c) Seguridad física
- d) Apoyo emocional.

**Afecto:** Esta actitud hacia nuestros semejantes, se ha identificado como un objeto de transacción dentro de la Familia (14).

**Reproducción:** Durante siglos se observó como la función esencial de la Familia, la misión de la Familia era vista como casi exclusivamente, el suministrar nuevos miembros a la Sociedad (14).

### c) INTRODUCCION A LA SALUD FAMILIAR.-

La Familia esta encargada como el ente principal de la composición, de una Sociedad de desarrollar todos los procesos básicos, que llevan al progreso de sus miembros, en este núcleo social, se transmiten los principios y actitudes Psicosociales, las Conductas, Comportamientos y Enfermedades, puede delinearse en la interacción de los participantes de una Familia. (Medalie, 1987). Entre las funciones que se deben, llevar a cabo en una familia, esta el desarrollo de los Roles de los miembros, la comunicación y las transacciones múltiples, por eso las personas pertenecemos a distintos grupos, que podemos llamar Sistemas Sociales (escuela, trabajo, equipos deportivos, clubes sociales, vecindarios o asociaciones, etc.) sin embargo la Familia es el sistema en que vibran más las emociones, los Sistemas de creencias, las tradiciones, la fortaleza y vulnerabilidades, los elementos de apoyo y con frecuencia la fuente de estrés y depresiones que nos empujan al éxito o al fracaso. (Mejía, 1991). (15).

**Funciones Intrafamiliares:** Cada participante debe recibir tres funciones básicas por parte de la Familia como tal: Apoyo y protección para satisfacer las necesidades Materiales y Biológicas.

Ayuda para que cada persona logre un desarrollo de su personalidad adecuado, y pueda realizar los roles que le imponen los demás participantes de su Familia, así como también la Sociedad.

La satisfacción de la pareja, la reproducción y la crianza de los Hijos, entre otros. (Mejía. 1991). (15).

**Funciones Extrafamiliares:** La Familia está expuesta a “presión exterior originada en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales significativas que influyen sobre los miembros Familiares”. “La respuesta a estos requerimientos exige una transformación constante de la posición de los miembros de la Familia” “para que puedan crecer mientras el Sistema Familiar conserva su continuidad”. (Dominici. 2003). La Familia debe “trasmitir los valores, actitudes éticas, normas de comportamiento, estrategias para sobrevivir y tener éxito en un mundo social complejo y competitivo”. La Familia esta influenciada

por el estrato Social al que pertenece. Por lo tanto, una de sus funciones es la de proveer un status a sus miembros. Al ser la familia la unidad primaria de la sociedad, entre sus miembros se desarrollan diversas funciones de comunicación, división de roles y transacciones múltiples, que les permiten tener una dinámica específica y propia. (Mejía. 1991). (15).

**Otras Funciones:** Entre sus funciones se consignan los siguientes aportes:

**a.- Educación** Educar a los niños que se encuentran dentro de ella para lograr su Socialización. Los Padres, Madres o aquellos responsables por la Familia deben de ayudar a los pequeños a través de las etapas del desarrollo del individuo para que logren conseguir los valores, las habilidades y los objetivos que la Sociedad considera prudente obtener (15).

**b.- Patrones de Comportamiento**

La Familia promueve que los impulsos sean controlados y orientados hacia lo que es considerado adecuado y apropiado a las normas establecidas. **Minuchin**, en su teoría de Dinámica Familiar establece que a los miembros de la Familia se le ponen “límites o barreras” que definen quién y cómo se participa dentro de una Familia; esto sirve a los miembros para transpolar la necesidad de tener lineamientos claros que también ayudan a delinear el comportamiento que se considerará socialmente aceptable. Las reglas deben de ser lo suficientemente flexibles pero firmes para permitir el cambio sin perder la claridad o convertirse en algo difuso o mal definido (15).

**c.- Límites de la Conducta**

Se entiende a la Familia como un sistema abierto en interacción con otros sistemas, el vecindario, la escuela, el trabajo, etc. Como señala **Andolfi** las Familias mantienen una serie de relaciones con el entorno Social, de tal manera que se rigen por las normas y los valores de la sociedad circundante. Las fronteras representan la interface entre la Familia y el entorno Social, su función reside en proteger la diferenciación del sistema. Deberá ser a la vez limitante y permeable, facilitando los cambios que necesita para su supervivencia. Si los límites son demasiado permeables se corre el Riesgo de que la Familia pierda su integridad, pero si, por el contrario, son muy rígidos empobrecen el sistema”. (Zurro. 1999) (15).

**2.- MORBILIDAD.-**

**Panorama Epidemiológico Mundial:** Podemos mencionar que El mundo ha cambiado de forma extraordinaria desde 1951, año en el que la OMS publicó su primer conjunto de reglamentos jurídicamente vinculantes para prevenir la propagación internacional de Enfermedades. Se vivía entonces una situación de relativa estabilidad en ese sentido, por lo que la atención se centró sólo en seis Enfermedades cuarentenables: Cólera, Peste, Fiebre recurrente, Viruela, Tifus y Fiebre amarilla. Las Enfermedades nuevas eran raras y diversos medicamentos milagrosos habían revolucionado la atención dispensada contra muchas infecciones notoriamente conocidas. Los viajes internacionales se hacían en barco y las noticias viajaban en forma de telegramas (16).

Ése es el objetivo general de la seguridad mundial en materia de Salud Pública, definida a efectos de este informe como el conjunto de actividades proactivas y reactivas necesarias para reducir en todo lo posible la vulnerabilidad a incidentes agudos de Salud Pública capaces de poner en peligro la Salud colectiva de poblaciones que se extienden por diversas regiones geográficas y a través de las fronteras internacionales. Como demuestran los eventos comentados en este informe, la seguridad sanitaria mundial, o su ausencia, puede repercutir también en la estabilidad económica o política, el comercio, el turismo y el acceso a bienes y servicios, y si falta reiteradamente, en la estabilidad demográfica. Abarca un amplio abanico de cuestiones complejas y abrumadoras que se extienden desde el plano internacional hasta el ámbito Familiar, en particular las consecuencias

Sanitarias de la pobreza, las guerras y los conflictos, el cambio climático y los desastres naturales o de origen humano. La OMS trabaja de continuo en todas estas áreas, que constituirán los temas de futuras publicaciones. Por ejemplo, el Informe sobre la salud en el mundo 2008, abordará la seguridad sanitaria individual y se centrará en el papel de la Atención Primaria y la acción Humanitaria en la provisión de acceso a los requisitos básicos para la Salud. El presente informe se centra, en cambio, en determinados problemas que ponen en peligro la salud colectiva de las personas a escala internacional: Epidemias y Pandemias de Enfermedades infecciosas y otros eventos agudos de Salud, según se definen en la revisión del Reglamento Sanitario Internacional, conocida como RSI (2005), que entró en vigor en Junio

de 2007. La finalidad del Reglamento es detener las Enfermedades en las fronteras Internacionales. Constituye un instrumento legislativo esencial para la seguridad sanitaria mundial, que brinda el marco global necesario para prevenir, detectar y evaluar los incidentes que puedan constituir una emergencia de Salud Pública de importancia Internacional y, en caso necesario, ofrecer una respuesta coordinada a ellos. Cumplir lo estipulado en el RSI (2005) es una labor que exige tiempo, compromiso y voluntad de cambio. Las nuevas normas son más amplias y exigentes que las anteriores y hacen mucho más hincapié en la responsabilidad que tienen todos los países de instaurar sistemas eficaces de detección y control de riesgos para la Salud Pública, y de hacerlo para el año 2012. La OMS ha elaborado un plan estratégico para orientar a los Países en el desarrollo de las capacidades previstas en el RSI y ayudarlos a superar las dificultades inherentes al proceso (16).

### **AMENAZAS PARA LA SALUD PÚBLICA MUNDIAL EN EL SIGLO XXI**

El mundo actual, sumamente móvil, interdependiente e interconectado, ofrece innumerables oportunidades para la rápida diseminación de Enfermedades infecciosas y amenazas radionucleares o tóxicas, de ahí la necesidad de actualizar y ampliar el RSI. Las Enfermedades infecciosas se propagan ahora geográficamente con mucha mayor rapidez que en cualquier otro momento de la historia. Se calcula que en 2006 viajaron en avión 2100 millones de pasajeros; un brote o epidemia en cierto lugar del mundo puede convertirse en apenas unas horas en una amenaza inminente en cualquier otro punto del planeta. Las Enfermedades infecciosas no sólo pueden propagarse más deprisa, sino que parecen estar surgiendo con más rapidez que nunca. Desde los años setenta, se han identificado nuevas Enfermedades al ritmo sin precedentes de una o más al año. Hoy en día existen al menos 40 Enfermedades que se desconocían una generación atrás. Además, en los últimos cinco años la OMS ha verificado más de 1100 eventos epidémicos. Las categorías y los ejemplos siguientes ilustran la diversidad y la magnitud de las amenazas sanitarias a las que se enfrenta hoy día la población (16).

#### **Enfermedades Epidemiológicas**

El Cólera, la Fiebre amarilla y las Meningococias epidémicas han reaparecido en el último cuarto del siglo XX y reclaman mayores esfuerzos en materia de vigilancia, prevención y control. El Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS) y la Gripe Aviar en Seres Humanos suscitaron gran preocupación a escala internacional, plantearon nuevos retos científicos, causaron un gran sufrimiento humano y acarrearón enormes perjuicios económicos. Otras Virusosis emergentes como la Fiebre hemorrágica del Ébola, la Fiebre hemorrágica de Marburgo y la Enfermedad debida al virus de Nipah representan Amenazas para la seguridad sanitaria mundial y por su carácter agudo y su morbimortalidad, exigen que se las contenga en su origen. Durante los brotes de esas Enfermedades ha habido que evaluar la situación y darle respuesta con rapidez, en muchos casos con ayuda internacional, para limitar la propagación local. Es imperativo fortalecer la capacidad para evaluar estas nuevas amenazas. La propagación de la resistencia a los antimicrobianos amenaza gravemente los avances logrados en muchas áreas de la lucha contra las Enfermedades infecciosas; en concreto, suscita gran preocupación la Tuberculosis extremadamente farmacorresistente (tuberculosis XDR). La farmacorresistencia es también manifiesta en el caso de las Enfermedades diarreicas, las Infecciones nosocomiales, las Infecciones de transmisión sexual, las Infecciones de las vías respiratorias, la Malaria y la Meningitis, y está surgiendo en la Infección por VIH (16).

#### **Enfermedades Transmitidas por los Alimentos**

La cadena alimentaria ha experimentado cambios rápidos e importantes en los últimos 50 años hasta hacerse muy compleja e internacional. Aunque en conjunto la inocuidad de los alimentos ha mejorado de forma espectacular, los avances son irregulares y muchos Países sufren con frecuencia brotes de Enfermedades transmitidas a través de alimentos contaminados por microorganismos, sustancias químicas y toxinas. El comercio transfronterizo de alimentos contaminados eleva las probabilidades de que los brotes se propaguen. A ello se añade que la aparición de nuevas Enfermedades transmitidas por alimentos suscita gran inquietud, como ocurrió con la identificación de la nueva variante de la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (vCJD) asociada a la Encefalopatía Espongiforme Bovina (EEB) (16).

#### **Brotos Accidentales e Intencionados**

En los últimos años, con el aumento de las actividades de vigilancia e investigación de laboratorio relacionadas con las Enfermedades infecciosas, han aumentado también las posibilidades de que se produzcan brotes por liberación accidental de agentes infecciosos. Muchos de estos accidentes se

deben a incumplimiento de las medidas de Bioseguridad. Al mismo tiempo, la posibilidad de liberar de forma malintencionada patógenos peligrosos, cosa en otro tiempo inimaginable, se ha hecho realidad, como demuestran las cartas con esporas de Bacilo del Carbunco (*B. anthracis*) interceptadas en los Estados Unidos de América en 2001. El pasado reciente se ha visto marcado asimismo por nuevos incidentes Sanitarios inquietantes que tuvieron su origen en accidentes químicos o nucleares y en súbitos cambios ambientales, y que suscitaron gran inquietud en muchos lugares del mundo:

#### **Accidentes por Sustancias Químicas Tóxicas**

África occidental, 2006: tras el vertido de unas 500 toneladas de residuos petroquímicos en al menos 15 puntos situados en torno a la Ciudad de Abidján (Côte d'Ivoire), ocho defunciones se atribuyeron a la exposición a los residuos, y casi 90 000 personas tuvieron que buscar Asistencia Médica. Otros países temieron haber corrido también peligro a causa de vertidos realizados en otros lugares o de la contaminación química de ríos transfronterizos. Europa meridional, 1981: 203 personas fallecieron tras consumir aceite de cocina tóxico por haber sido adulterado con aceite de colza industrial. En total resultaron afectadas 15 000 personas y nunca se halló una cura para el Síndrome del Aceite Tóxico. (16).

**Diabetes.-** En América Latina y el Caribe la Diabetes Mellitus ocupó el cuarto lugar como causa de muerte en el año 2001, lo que representó el 5% del total de las muertes. En México fué la primera Causa de muerte en la población total en 2002, con 12,8% de las defunciones (primera causa en el sexo Femenino, con 15,7% y segunda en el Masculino, con 10,5%). Las tasas de mortalidad

Por Diabetes más elevadas en las Américas (alrededor de 2002) se presentaron en México y en el Caribe no Latino (60 y 75 por 100.000, respectivamente). El número estimado de personas con Diabetes en América Latina fue de 13,3 millones en el 2000; y se ha proyectado que para 2030

Habrán 32,9 millones, o sea que el número de casos aumentará más del doble, solo como consecuencia del envejecimiento de la Población y de la Urbanización. Debido al aumento en la prevalencia de Obesidad que se ha observado en muchos países del mundo y a su importancia como factor de riesgo para la Diabetes, el número de casos en 2030 podría ser mucho más alto

Sin embargo, las estimaciones indican que, aunque la prevalencia actual de Obesidad se mantuviera hasta 2030, la Epidemia de Diabetes continuará. En los Estados Unidos, el aumento de

La prevalencia de Diabetes se ha explicado por un incremento similar en la proporción de personas Obesas y no por el aumento del riesgo absoluto de presentar Diabetes. Según la Asociación

Estadounidense de Diabetes, las personas cuya glicemia en ayunas es entre 100 mg/dl y 126 mg/dl son clasificadas con glicemia alterada o prediabetes, término que indica un mayor riesgo

de presentar la Enfermedad clínicamente. La Prediabetes también está relacionada con el Síndrome Metabólico, que además incluye la Obesidad o acumulación abdominal de grasa, trastornos De los Lípidos e Hipertensión. Durante la década de los noventa ha habido un incremento de La prevalencia de Diabetes y Prediabetes en niños y adolescentes de los Estados Unidos. Esto se ha atribuido a un aumento de la Obesidad, debido a cambios en la Dieta y a una disminución considerable de la actividad física de los jóvenes. En los Países de América Latina y el Caribe se están produciendo cambios similares, aunque la prevalencia de Obesidad en niños y adolescentes aún no llega a la magnitud informada en los Estados Unidos. Sin embargo, en algunas localidades del norte de México, se han registrado tasas de Obesidad cercanas a las observadas en Estados Unidos. El subregistro de la mortalidad por Diabetes es conocido. Esto se debe a que cuando fallecen las personas que tienen Diabetes, se registra como causa directa de muerte una de sus complicaciones crónicas, por ejemplo, Enfermedad Cardiovascular o Nefropatía. Los últimos datos disponibles indican que las tasas mortalidad por Diabetes Mellitus ajustadas por edad más elevadas se observaron en México y Trinidad y Tobago; las tasas más bajas se encontraron en Cuba, Canadá, Estados Unidos y Uruguay. En un estudio que se realizó en personas de 60 y más años de edad en siete Ciudades de América Latina y el Caribe, se encontró una prevalencia de Diabetes autoinformada de 15,7%; la más alta correspondió a las mujeres de Bridgetown, Barbados (21,3%) y la más baja, a los hombres de Buenos Aires, Argentina (12,0%). Además se encontró una fuerte asociación de la prevalencia de Diabetes con el índice de masa corporal y el bajo nivel educativo. El cuadro 20 muestra la prevalencia cruda y estandarizada de Diabetes, Hipertensión y Sobrepeso en poblaciones adultas, según estudios realizados en Barbados, Belice, Canadá, Chile, Costa Rica, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Haití, Honduras, México y Nicaragua. Según los estudios que fueron realizados en personas de 20 y más años, la prevalencia ajustada de Diabetes fue mayor en Belice (15,3%), Nicaragua (11,9%) y Costa Rica (10,7%); El Salvador (9,8%), Estados Unidos (9,3%) y Honduras (8,0%) presentaron una prevalencia mayor de 7% y menor de

10%, mientras que la de Chile y Haití fue de 7%. En el estudio de Barbados, que fue realizado en personas de 40 y más años y se usó la hemoglobina glicosilada (A1c) como prueba diagnóstica, se encontró una prevalencia cruda de Diabetes de 19,4% (estandarizada, 18,6%). La prevalencia aumentó con la edad en ambos sexos y fue mayor en las mujeres que en los hombres. Por otra parte, en un estudio realizado en los estados fronterizos de Estados Unidos y México, se encontró que 15,7% de los encuestados padecía Diabetes (17).

**Hipertensión Arterial.-** es un Factor de Riesgo mayor para Enfermedades del Corazón y Cerebrovasculares. Las tasas de mortalidad por Enfermedad Hipertensiva ajustadas por edad en Países Seleccionados de la Región muestra la tasa más elevada en Bahamas (44,8 por 100,000 habitantes) y las más bajas en Canadá, El Salvador, Panamá y Uruguay. Los datos de varios estudios poblacionales en la Región muestran que la prevalencia de Hipertensión estandarizada por edad y sexo entre la población de 20 y más años de edad fue más alta en Haití (41,3%) y Chile (38,3%); Belice, Costa Rica, Estados Unidos, México y Nicaragua presentaron prevalencias entre 25% y 34%, mientras que en El Salvador, Guatemala y Honduras la prevalencia fue menor de 25%. En una encuesta y seguimiento Poblacional realizados en Barbados en personas de 40 y más años de edad, se encontró una prevalencia de Hipertensión de 54%; la frecuencia fue más alta entre las mujeres y se incrementaba en forma marcada con la edad. En México, la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas y la Encuesta Nacional de Salud mostraron que la Hipertensión se incrementó de 26% a 30% entre 1998 y 2000. En Cienfuegos, Cuba, se informó una prevalencia de Hipertensión en adultos de 19,9% y fue más frecuente en hombres que en mujeres. El control deficiente de la tensión arterial en las personas hipertensas puede aumentar el riesgo de mortalidad prematura. Tanto el estudio de Barbados como el de México mostraron una alta proporción de personas que desconocían que padecían Hipertensión, al igual que personas con cifras de tensión arterial elevadas entre las que estaban bajo tratamiento. En estos estudios también se encontró mayor mortalidad general por todas las causas entre las personas que tenían Hipertensión que entre la población general comparable (17).

#### **Panorama Epidemiológico Nacional.**

La Primera causa de Muerte en la Población total es Diabetes Mellitus, con 12,8% de las Defunciones (primera causa en el sexo Femenino con 15,7% de las defunciones y segunda en el Masculino, con 10,6%), al igual que el Caribe no Latino. México presenta en ambos sexos una de las tasas más altas de las Américas, más del doble que cualquier otra subregión. La Enfermedad Isquémica del Corazón y la Enfermedad Cerebrovascular aparecen en ambos sexos entre las cuatro primeras causas en México, como en todas las demás subregiones. Llama la atención que la Cirrosis figura como tercera causa de muerte, con una tasa de 32 por 100.000 (49,5 en hombres y 15,4 en mujeres) y es la única subregión donde aparece entre las 10 principales causas en Mujeres (quinta causa principal); entre los 20 y los 59 años es la primera causa en el sexo Masculino (15%) y la segunda en el Femenino (6,1%). En los Hombres, siguen en importancia los Accidentes de transporte, las Enfermedades crónicas de las vías respiratorias, las Afecciones originadas en el Período perinatal y los Homicidios. En las Mujeres, las Enfermedades crónicas de las vías respiratorias aparecen en cuarto lugar, seguidas de Cirrosis, Afecciones perinatales, Enfermedad hipertensiva, Enfermedades del sistema urinario, Neumonía e Influenza, y las deficiencias y Anemias nutricionales (2,5% de todas las muertes de Mujeres) en décimo lugar, siendo la única subregión donde esto sucede. En los menores de 5 años, las afecciones originadas en el Período perinatal y las Malformaciones congénitas representan más de 60% del total de muertes; siguen en importancia Neumonía e Influenza, Enfermedades infecciosas intestinales, Obstrucción accidental del tracto respiratorio y Desnutrición. Tanto en los niños como en las niñas, las principales causas son las mismas y aparecen en el mismo orden; sin embargo, las tasas de mortalidad por todas ellas son siempre un poco más altas en el sexo Masculino. Entre las Mujeres de 5 a 19 años de edad, las principales causas de muerte son, en ese orden, Accidentes de transporte, Neoplasias malignas del tejido linfático y hematopoyético, Malformaciones congénitas, Enfermedades del sistema urinario, Suicidios (tercera causa entre los 10 y 19 años) y Homicidios; las Complicaciones del embarazo, parto y puerperio son la séptima causa en el grupo de 10 a 19 años. En los varones de 5 a 19 años, los Accidentes de transporte también son la primera causa de muerte y los Homicidios la segunda. Le siguen en importancia las Neoplasias malignas de tejido linfático y hematopoyético, Ahogamiento y sumersión accidental y Malformaciones congénitas. En ese grupo de edad (5-19), las tasas de mortalidad son siempre más bajas que en otras edades, pero las Masculinas son siempre más altas que las Femeninas, especialmente por causas externas. Al igual que en el sexo Femenino, la tercera causa

de muerte en los Hombres de 10 a 19 años son los Suicidios. Entre los 20 y los 59 años, las dos primeras causas son las mismas en ambos sexos, aunque en orden inverso: la Diabetes es la primera en Mujeres y la segunda en Hombres, y lo contrario ocurre con la Cirrosis. En el sexo Masculino siguen en orden de importancia los Accidentes de transporte, los Homicidios, la Enfermedad isquémica del corazón y el VIH/sida, mientras que en el Femenino aparecen la Enfermedad isquémica del corazón, la Neoplasia maligna del útero y de la mama, y la Enfermedad cerebrovascular. Después de los 60 años de edad, predominan como principales causas de muerte en ambos sexos la Diabetes, la Enfermedad isquémica del corazón, la Enfermedad cerebrovascular y las Enfermedades crónicas de las vías respiratorias (17). Los Estados Unidos Mexicanos es una República representativa y democrática, con 31 estados y un Distrito Federal. México es un País en transición demográfica con un perfil epidemiológico complejo, con incremento de enfermedades no-transmisibles, accidentes y estilos de vida no saludables. Persisten marcadas inequidades estructurales históricas y una concentración del ingreso que han determinado inequidades en el acceso a servicios básicos, oportunidades y participación social. Los estados más pobres están ubicados en el sur del país, tienen la mayor concentración de población rural e indígena y las más altas tasas de prevalencia y mortalidad por causas prevenibles. Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Hidalgo y Veracruz presentan los más altos Índices de marginación.

#### **SALUD Y DESARROLLO:**

El Sistema de Salud ha evolucionado desde la segunda mitad del siglo pasado con tres proveedores principales:

la Secretaría de Salud (SSA), la Seguridad Social (Instituto Mexicano del Seguro Social -IMSS y el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado -ISSSTE) y el Sector privado.

**La Mortalidad general ha decrecido** desde 1970 (10 por 1000) a el 2004 (4.5 por 1000), sin embargo esta reducción es menor en las minorías étnicas y las áreas rurales (18).

**La Mortalidad infantil muestra una tendencia a la disminución**, los estados de Chiapas, Oaxaca y Guerrero presentan tasas altas y en los niños indígenas la mortalidad es aún mayor.

**La Mortalidad materna entre 1990 y 2003 pasó de 89.0 a 65.2 por 100 000 nacidos vivos.**

Las principales causas de defunción siguen asociadas a Hipertensión, Hemorragias y otras complicaciones del parto que podrían evitarse focalizando esfuerzos en áreas de mayor riesgo, en especial en zonas rurales e indígenas (18).

**Las Enfermedades transmisibles muestran una tendencia decreciente**, en el año 2004 se presentaron 3406 casos de Paludismo (mayoría vivax) y 8202 casos de dengue. Los casos de Paludismo se presentan principalmente en Chiapas, Oaxaca y Sinaloa. Más del 70% de los casos de Dengue se presentaron en Veracruz. La prevalencia de Tuberculosis ha disminuido en los últimos años, la cobertura TAES alcanza 100% en el 2005; una cuarta parte de los casos de Tuberculosis están asociados a Diabetes, Desnutrición, VIH/SIDA o Alcoholismo. La prevalencia de Infección por VIH en jóvenes de 15-24 años ha disminuido desde el 2001, excepto en usuarios de drogas endovenosas en el norte del País; se estima que en 2005, 180 000 personas vivían con VIH-SIDA (18).

**Las Enfermedades no-transmisibles incrementaron**; representando el 73.3% de la Mortalidad Proporcional en el año 2000 (vs. 49.8% en 1980). La prevalencia de Hipertensión arterial (30%), Diabetes (10.1%) e Hipercolesterolemia (43%) son altas y la Diabetes representa la primera causa de muerte en Mujeres y la segunda en Hombres (18).

#### **Los Hábitos y comportamientos de riesgo como Sobrepeso y Obesidad han aumentado en**

Todos los grupos sociales principalmente en zonas urbanas, afectando el 51.8% de Mujeres entre 12 y 49 años (60% en el norte del país) y el 5.5% de niños menores de 5 años. El Tabaquismo afectaba en el 2002 al 26.4% de la población urbana entre los 12-65 años (14.3% rural); el consumo de Alcohol afecta aproximadamente 32 millones de personas entre 12-65 años. La violencia contra las Mujeres y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos han sido mejor documentados, 60% de usuarias de servicios de Salud, reporto haber experimentado al menos un episodio de violencia (18).

**Panorama Epidemiológico Local:** las Enfermedades respiratorias agudas, se presentaron 4576 casos en el estado, las Infecciones intestinales se presentaron: 155 casos de Amibiasis intestinal, Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas: 733 casos, son dos grandes grupos que afectan a la población en edades extremas y que tienen gran influencia en los sectores Socio-Económico-Culturales más desprotegidos, las Infecciones de vías urinarias: 596 casos, úlceras, Gastritis y Duodenitis: 266 casos. Así como los casos de Dengue clásico y Dengue hemorrágico, ya que de dengue

clásico se detectaron 662 casos nuevos, y las dos grandes patologías cronicodegenerativas que nos afectan actualmente: Diabetes Mellitus que para el continente americano era de 33 millones que habían en el 2000 y para el 2030 serán 66.8 millones de Diabéticos. En nuestro estado se detectaron 28 casos para un acumulado de 1753, Y para la Hipertensión arterial 44 casos nuevos en la semana 35 para un acumulado de 1797. Las Enfermedades cerebrovasculares se detectaron 5 para un acumulado de 161 casos, las Enfermedades isquémicas del corazón 12 para un acumulado de 310 casos. Vemos con preocupación como se han ido incrementando los casos de VIH-SIDA en nuestro estado, según reportes de la Secretaria de Salud, ya que tan solo de 1985 - 2006 se detectaron 764 casos en el estado de Campeche. En el caso del Paludismo se reportaron 7415 casos en la Semana Epidemiológica. No. 31 (Boletín Epidemiológico no. 31. (Del 29 de Julio al 04 de Agosto de 2007). (19)

### 3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dado que en el **IMSS** (INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL). Las Principales causas de Consulta fueron: Infecciones respiratorias agudas, Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas, otras Helminiasis, Varicela, Infección de vías urinarias, Gastritis, Amibiasis intestinal, Dengue clásico, Diabetes mellitus, Hipertensión arterial.

En la **SSA** (SECRETARIA DE SALUD). Fueron: Infecciones respiratorias agudas, Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas, Infección de vías urinarias, Gastritis, Dengue clásico, Ascariasis, Salmonelosis, Violencia intrafamiliar, Accidentes de transporte en vehículo, Asma, Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, Candidiasis urogenital, Otitis media aguda, Conjuntivitis.

En **PEMEX** (PETROLEOS MEXICANOS). Fueron: Infección de vías respiratorias agudas, Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas, Gastritis, Conjuntivitis, Gingivitis.

Como se puede observar en las diferentes Instituciones de Seguridad Social guardan una cierta similitud las patologías que se presentan más frecuentemente, además que en el ISSSTE a aumentado considerablemente el número de Derechohabientes incrementando con esto la demanda de atención Médica en el primer nivel de atención, trayendo como consecuencia un mayor gasto al Instituto tanto en Recurso Humano como Médicos, Enfermeras, como en Recurso Tecnológico Medicamentos, Soluciones para uso intravenoso, Equipos de diversa índole, así como el incremento en los pacientes hospitalizados y que en muchas ocasiones se prolonga dicha estancia, aumentando los costos Día-cama, Medicamentos, Alimentos.

Todo esto sin olvidar el terreno que han ganado en los últimos tiempos las Enfermedades Crónico Degenerativas, dado por el incremento de la esperanza de vida en los Mexicanos, y que para ofrecer una atención de calidad y calidez se necesitan cada día entre otras cosas Medicamentos más sofisticados, Terapias de rehabilitación cada vez más costosas, etc.

Por lo tanto es importante conocer cuales son las principales causas de Consulta de Primera vez y Subsecuente, en el Consultorio no.3 de la Clínica Hospital "Dr. Patricio Trueba Regil" de la Ciudad de San Francisco de Campeche. Para poder crear líneas de estrategia sobre programas de promoción a la Salud, con un enfoque anticipatorio (Preventivo) y en caso de llegar a presentarse el problema tener un diagnostico precoz y una atención curativa integral, tratando de evitar llegar a la fase de rehabilitación, que de entrar a esta fase, poder ofrecerle al Individuo y/o su Familia la mejor rehabilitación que exista en ese momento.

En virtud de lo antes expuesto se plantea la siguiente pregunta de Investigación.

¿Cuáles son las principales causas de Consulta de Primera vez y Subsecuente y las características Familiares del Consultorio no.3 de la Clínica Hospital "Dr. Patricio Trueba Regil" de la Ciudad de San Francisco de Campeche?

#### 4.- JUSTIFICACION

A nivel Mundial, se tiene reportado que las principales causas de Morbi-mortalidad son VIH/sida, Cardiopatía isquémica, Tuberculosis, Accidentes de Tránsito, Enfermedad Cerebrovascular, Autolesiones, Violencia, Cirrosis Hepática, Infecciones respiratorias bajas, EPOC (20).

El panorama epidemiológico reportado en algunas de las fuentes connotadas de nuestro País, se observa que las principales enfermedades son: Infecciones respiratorias agudas, Conjuntivitis agudas, Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, Dengue clásico, Salmonelosis, Candidiasis urogenital, Amibiasis intestinal, Asma bronquial, y Estado asmático, Accidentes automovilísticos, Cirrosis y otras Enfermedades crónicas del Hígado, Agresiones (homicidios), VIH/SIDA, Nefritis y Nefrosis, Lesiones autoinflingidas, Tumor maligno de la mama, Tumor maligno del cuello del útero, Uso de alcohol, Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón, Tumor maligno del estómago, Leucemia, Tumor maligno del hígado, Tuberculosis. UNAM, FACULTAD DE MEDICINA, DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA, 2003. (21)

En el Estado de Campeche las principales causas de Morbilidad reportadas son Infecciones respiratorias agudas, Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas, Infecciones de tracto urinario, Amibiasis intestinal, Gastritis, otras Helmintiasis, Otitis media aguda, Ascariasis, Candidiasis urogenital, Mordedura de perro, Tricomoniasis urogenital, Asma bronquial y Estado asmático, (SUIVE, Semana 35 2007). (22)

En la Clínica Hospital "Dr. Patricio Trueba Regil", del ISSSTE, en la Ciudad de San Francisco de Campeche, Camp, se encontraron las siguientes patologías: Infecciones respiratorias agudas, Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas, Infección de vías urinarias, Otitis medias, Asma bronquial, Estado asmático, úlceras y Gastritis, Conjuntivitis, Salmonelosis, Varicela, Gingivitis. Amibiasis intestinal, Candidiasis urogenital, Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, Dengue clásico, Paratifoidea y otras Salmonelosis, Mordedura de perro, Accidentes de transporte con vehículo de motor, Tricomoniasis urogenital. Anuario Estadístico del ISSSTE, 2006. (23).

Como se puede observar, algunos datos de nuestro País coinciden con lo reportado a nivel Mundial, así mismo ocurre con el panorama reportado en el Estado de Campeche, con lo que ocurre a nivel Mundial y Nacional. Sin embargo no se tienen datos específicos de las principales causas de Enfermedad en nuestros consultorios.

El conocimiento de estos datos nos puede permitir conocer la Morbilidad específica, lo cual facilitaría elaborar programas preventivos a fin de disminuir Enfermedades, Complicaciones de estas, Costos institucionales en Medicamentos, tiempos de Hospitalización y de Rehabilitación.

Otro aspecto importante a estudiar es la Familia, pues esta representa un recurso o también puede significar un obstáculo para mejorar o perpetuar los estados mórbidos. El conocer datos específicos de la Familia como el Ciclo vital es importante ya que permitiría desarrollar programas específicos para Mujeres en edad Reproductiva, de Crecimiento y Desarrollo o de Envejecimiento exitoso, dependiendo del tipo de Familias que predominan en nuestros consultorios.

Los diferentes Roles Familiares, influyen en ciertas patologías, por ejemplo, los conflictos generacionales ocasionan abandono Social en el paciente de la tercera edad y si el Médico Familiar no conoce este tipo de características Familiares, es difícil que pueda desarrollar medidas preventivas, así mismo podemos mencionar los cambios Sociales que han sufrido los Roles Familiares como la liberación Femenina y la liberación Sexual, pues ahora la Mujer trabaja, eso la independiza y en muchas ocasiones esta estadia fuera de casa, junto con la televisión hacen que modifique sus preferencias sexuales, infidelidades, es una condición de género más igualitaria, teniendo los mismos derechos y obligaciones tanto Hombres como Mujeres.

## 5.- OBJETIVOS

**a) OBJETIVO GENERAL:** Identificar las principales causas de Enfermedades que son motivo de Atención Médica en el Consultorio no. 3 de la Clínica Hospital "Dr. Patricio Trueba Regil"

**b) OBJETIVO ESPECÍFICO:**

- 1.- Identificar el Estado Civil de las Familias en estudio
- 2.- Identificar los años de Unión Conyugal de las Familias en estudio
- 3.- Identificar la Edad del Padre y de la Madre en estudio
- 4.- Identificar la Escolaridad de los Padres de Familia
- 5.- Identificar el Método de Planificación Familiar en los Padres de Familia
- 6.- Identificar el tipo de Familia, Demografía, Composición y Etapa del Ciclo Familiar
- 7.- Identificar las 10 principales causas de demanda de consulta de Octubre de 2007 a Febrero de 2008. en el Consultorio no. 3 de la Clínica Hospital "Dr. Patricio Trueba Regil" de la Ciudad de San Francisco de Campeche.

## **6.- METODOLOGIA.-**

### **MATERIAL Y METODOS**

#### **a) TIPO DE ESTUDIO:**

Observacional, Descriptivo, Transversal, Ambispectivo.

#### **b) POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO:**

-Familias Derechohabientes, adscritas al Consultorio no. 3 de la Clínica Hospital "Dr. Patricio Trueba Regil" del ISSSTE de la Ciudad de San Francisco de Campeche. En el siguiente periodo de tiempo Octubre de 2007 a Febrero de 2008.

-Revisión de las hojas SM-10-01 (hojas diarias del Médico).

#### **c) TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA:**

**TIPO:** Muestra Aleatoria, Representativa por Cuota.

**TAMAÑO:** 100 Familias.

#### **d) CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

**CRITERIOS DE INCLUSION:** Todas las Familias Derechohabientes, adscritas al Consultorio no. 3 de la Clínica Hospital "Dr. Patricio Trueba Regil" que acepten participar en el estudio.

Hojas diarias del Médico de Octubre 2006 a Septiembre de 2007.

**CRITERIOS DE EXCLUSION:** Todas las personas adscritas al Consultorio no. 3, que no acepten ingresar al estudio.

Las hojas extraviadas.

Los no adscritos al Consultorio no. 3, de la Clínica Hospital "Dr. Patricio Trueba Regil"

#### **CRITERIOS DE ELIMINACION:**

Cédulas o entrevistas incompletas.

Hojas ilegibles.

**TABLA 4.-****e)- VARIABLES A RECOLECTAR.-**

Para el Estudio de Comunidad: las variables Cuantitativas y Cualitativas y de Intervalo en escala nominal tales como:

<b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>	<b>DEFINICION</b>	<b>VALORES DE LA VARIABLE</b>	<b>NIVEL DE MEDICION</b>
a- Estado Civil	Condición de una persona en cuanto a las relaciones de Familia, Nacimiento, Filiación, Matrimonio y Defunción.	Casado, soltero, Unión libre, Viudo, Divorciado.	Nominal
b- Años de Unión Conyugal	Tiempo que ha permanecido vigente La unión Social de dos personas que sirve como base para formar una Familia.	0- 9 10- 19 20- 29 30 Años y más	Discontinua
c- Escolaridad De los Cónyuges.	Tiempo que asistieron los Cónyuges a un centro de enseñanza para llevar A cabo en él, los estudios.	Primaria, Secundaria Preparatoria Comercial profesional	Ordinal
d- Edad de la Madre	Tiempo que una persona u otro ser Vivo, ha vivido desde su Nacimiento.	20- 24 25- 29 30- 34 35- 39 40- 44 45- 49 50- 54 55- 59 60- 64 65 años y más.	Discontinua
e- Edad del Padre	Tiempo que una persona u otro ser Vivo ha vivido desde su Nacimiento.	20- 24 25- 29 30- 34 35- 39 40- 44 45- 49 50- 54 55- 59 60- 64 65 años y más.	Discontinua

f- Número de hijos	Concepto matemático que expresa la cantidad de los elementos de un conjunto o el lugar que ocupa un Elemento en una serie.	Hasta 10 años 11 a 19 años 20 años y más.	Discontinua
g- Ocupación de los Padres de Familia	Trabajo o actividad en que uno Emplea el tiempo. Empleo u oficio De los Padres.	Empleado Labores del Hogar Profesionista.	nominal
i- Composición de la Familia	Forma o manera en que algo esta Compuesto.	Nuclear Nuclear simple Nuclear numerosa Reconstruida Monoparental Monoparental ex Tendida. Monoparental ex Tendida compuesta No parental	Nominal
j- Demografía	Ciencia que estudia estadísticamente poblaciones Humanas, su estado y sus variaciones.	Urbana Rural	Nominal
k- Etapa del Ciclo Familiar	Etapa en que se encuentra Ciclo Vital Familiar	Matrimonio Expansión Dispersión Independencia Retiro y muerte.	Ordinal
l- Integración	Hacer que alguien o algo se incorpore A algo para formar parte de ello.	Integrada Desintegrada	Nominal
m-Causas de Consulta	Consulta de Primera vez: la primera Ocasión que acude el Derechohabiente Por una afección o patología. Consulta subsecuente: cuando acude el Mismo Paciente a control de la patología Hasta su total remisión o en caso contrario Su envió a otro nivel de atención.	CIE- 10	Nominal

Fuente: El Pequeño Larousse Ilustrado, 2008 (24).

**Para la Identificación de las Causas de Consulta:** Se consideran variables de tipo Cualitativo en escala nominal:

Las 10 primeras causas de Consulta.

**F)- MÉTODO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN:** Se captará la información del número de Familias usuarias que asistan a la consulta. La recolección de datos se aplicará por el Médico responsable y consignará directamente la información en la Cédula de recolección de datos.

Para la captura de la información de este Protocolo de Investigación se solicitarán los expedientes clínicos por Familia del Consultorio no. 3 de la Clínica Hospital Dr. Patricio Trueba Regil en la Ciudad de San Francisco de Campeche, del ISSSTE. Para obtener el Censo Poblacional por Edad y Sexo, la recolección se hará por el método de paloteo simple, se clasificará por Núcleos Familiares.

**Para la Identificación de Causas de Consulta:** para obtener las 10 principales causas de Morbilidad por motivo de consulta se recurrirá a las hojas diarias del Médico (SM-10-01), en el periodo de Octubre de 2006 a Septiembre de 2007.

#### **g)- CONSIDERACIONES ETICAS**

El presente trabajo se apega al Código de Núremberg que data de 1947, a las Pautas Internacionales para la Investigación Biomédica relacionada con Seres Humanos, propuestas en 1982 por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (COICM), y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Son documentos que han ayudado a delinear los principios de Ética más pertinentes a la Investigación Médica. El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación, Secretaria de Salud. México. Cap. uno. Artículo 17, fracción I.- (Investigación sin riesgo). Aspectos Éticos de la Investigación en los Seres Humanos. La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, Junio de 1964 y enmendada en la 52 Asamblea General, Edimburgo, Escocía. Octubre del 2000 (25).

## 7.- RESULTADOS.-

**a).- CENSO POBLACIONAL.-** En este estudio se observó que la Población estudiada fue de 4,575 Derechohabientes, predominando el sexo Femenino con 2,912 Derechohabientes en contra del sexo Masculino con 1,663 Derechohabientes.

### **b).- ESTUDIO DE COMUNIDAD.-**

**Gráfico no. 1.-** En cuanto a su **Demografía** se observó que en su totalidad es de tipo Urbano, equivalente al 100%.

**Gráfico no. 2.-** En lo referente a **Desarrollo** la Familia Moderna predominó con un 38% contra la Tradicional con un 28%.

**Gráfico no. 3.-** En cuanto a su **Composición**, se observó que hay un predominio de la Nuclear Simple con un 39%, le sigue la Monoparental Extendida con un 13% y por último está la Familia Nuclear con un 10%.

**Gráfico no. 4.-** En cuanto a la **Integración** de la Familia, se encontró en primer lugar a la Integrada con un 71.26% y luego a la Desintegrada con un 28.73%.

**Gráfico no. 5.-** En cuanto al **Estado Civil** de las 100 familias encuestadas 60 son Casados que corresponde al 60%, en Unión Libre fueron 4 con el 4%, Separados 10 con el 10%, Divorciados 5 con el 5%, Solteros 15 con el 15%, Viudos 6 con el 6%.

**Gráfico 6.-** En cuanto a los **Años de Unión Conyugal**, se observó en primer lugar al grupo de 30 años y más con un 41.09%, luego el grupo de 20 a 29 años con un 30.13%, luego el grupo de 10 a 19 años con un 16.43% y por último al grupo de 0 a 9 años con un 12.32%.

**Gráfico 7.-** En cuanto a la **Ocupación de los Padres de familia** de las familias 100 encuestadas el mayor número es el de Empleado con 45 Padres para un 45%, le sigue el Hogar con 33 para un 33% y por último el nivel Profesional con 28, para un 28%.

**Gráfico 8.-** En cuanto a la **Escolaridad del Jefe de Familia** en estudio, el mayor porcentaje se encuentra en el nivel Profesional con 25, para un 25%, le sigue el nivel Medio-Superior: Preparatoria con 16 para un 16%, y por último encontramos dos niveles: Primaria con 9 para un 9% y Técnico con 9 para un 9%.

**Gráfico 9.-** En lo que respecta al **Número de Hijos** de las Familias encuestadas, corresponde el mayor número al rango de 20 años y más con 179 Hijos, para un 72.46%, le sigue el rango de 11-19 años con 43 Hijos, para un 17.40% y por último el rango de hasta 10 años con 25 Hijos, para un 10.12%.

**Gráfico 10.-** De las 100 Familias según el **Ciclo Vital de las Familias** que se estudiaron, encontramos que 56 Familias con un 56% corresponden a la Etapa de Independencia y de hecho es la que predomina ampliamente, le sigue la Etapa de Dispersión con 19 Familias, para un 19%.

**Tabla no. 1.-** En lo referente a la **Clasificación de la Familia**, según el consenso, la encontramos en la tabla no. 1.

**Tabla no. 2.-** En la **Evolución de la Familia**, desde la promiscuidad inicial, hasta llegar a lo que conoce como Familia extensa, se encuentra en la tabla no. 2.

### **c).- DIAGNOSTICO FAMILIAR.-**

**Tabla no. 3.-** Los Ciclos de Vida que han sido expuestos por diversos autores y que nos sirven para conocer en que estadio o etapa se encuentra la Familia, se ubica en la tabla no. 3.

**Tabla no. 4.-** Para describir los objetivos específicos, se recolectaron 12 variables, tales como el Estado Civil, Años de Unión Conyugal, Escolaridad de los Cónyuges, entre otros y que son mencionadas en la tabla no. 4.

**Tabla no. 5.-** En cuanto a la Edad de las Madres, el mayor número se ubicó en 65 y más años con 20 para un 21.97%, seguido de el grupo de 40-44 años con 16, para un 17.58%, y en último lugar el grupo de 20-24 años con 1 para un 1.09%, la edad promedio fué de 82 años, la edad mínima fué de 20 años y la edad máxima fué de 65 años.

**Tabla no. 6.-** La Edad de los Padres de las 100 familias en estudio, el mayor número le correspondió al grupo de 65 años y más con 17 para un 22.36%, le siguió el grupo de 60-64 años con 15 para un 19.73%, y en último lugar el grupo de 25-29 años con 1 para un 1.31%. La edad promedio fué de 69 años, la edad mínima de 25 años y la edad máxima de 65 años.

**Tabla no. 7.-** En cuanto a los Métodos Anticonceptivos de un total de 94 Familias encuestadas, el rubro: Ninguno ocupa el mayor número con 78, para un 82.97%, le sigue la Oclusión Tubárica Bilateral (OTB)

con 13 usuarias para un 13.82% y en último lugar el rubro Preservativos con 3 para un 3.19%.

**Observación:** en relación al Mes de Abril de 2007, no se trabajó, porque se extraviaron las hojas correspondientes a ese Mes, en el Departamento de Estadística.

**d).- MORBILIDAD.-**

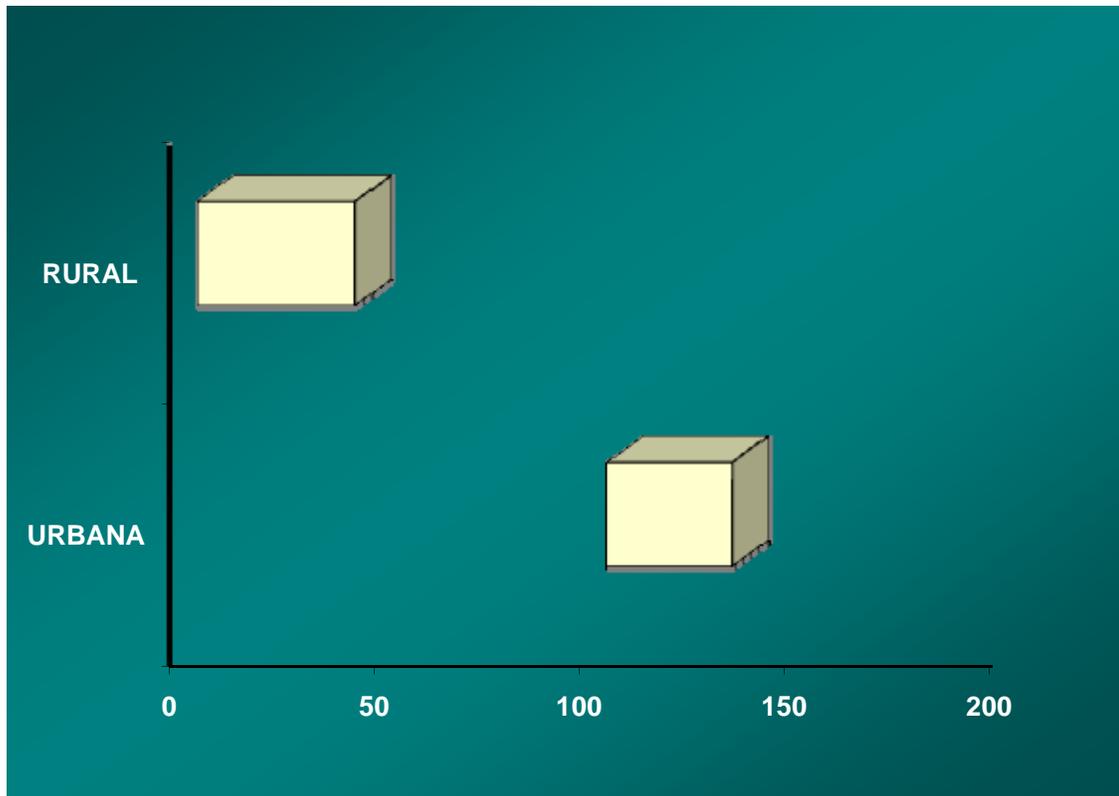
**Tabla no. 8.-** De los 10 Principales Motivos de Consulta de Primera vez y Subsecuentes, encontramos que las Infecciones Respiratorias Agudas, ocupan el primer lugar con 874 consultas, para un 19.47%, le sigue la Hipertensión Arterial con 814 consultas, para un 18.13%, en tercer lugar encontramos a la Diabetes Mellitus con 683 consultas, para un 15.21%, en cuarto lugar a la Enfermedad Articular Degenerativa con 671 consultas, para un 14.95%, en quinto lugar se encuentra la Dislipidemia con 270 consultas para un 6.01%, en sexto lugar a la Cardiopatía con 268 consultas para un 5.97%, en séptimo lugar encontramos a las Infecciones de Vías Urinarias con 244 consultas, para un 5.43%, en octavo lugar las Gastroenteritis con 238 consultas para un 5.30%, en noveno lugar la Gastritis con 226 consultas para un 5.03% y en décimo lugar se encuentra la Anemia con 200 consultas, para 4.45%.

e)- TABLAS Y GRAFICAS.-  
GRAFICO 1.-

**TIPOS DE FAMILIA SEGÚN SU DEMOGRAFIA.  
FAMILIAS ADSCRITAS A LA CLINICA-HOSPITAL DE CAMPECHE,  
CAMPECHE, ISSSTE.**

Tipos de Familia según su Demografía

TIPO	NUMERO	%
URBANA	100	100
RURAL	0	0
TOTAL	100	100

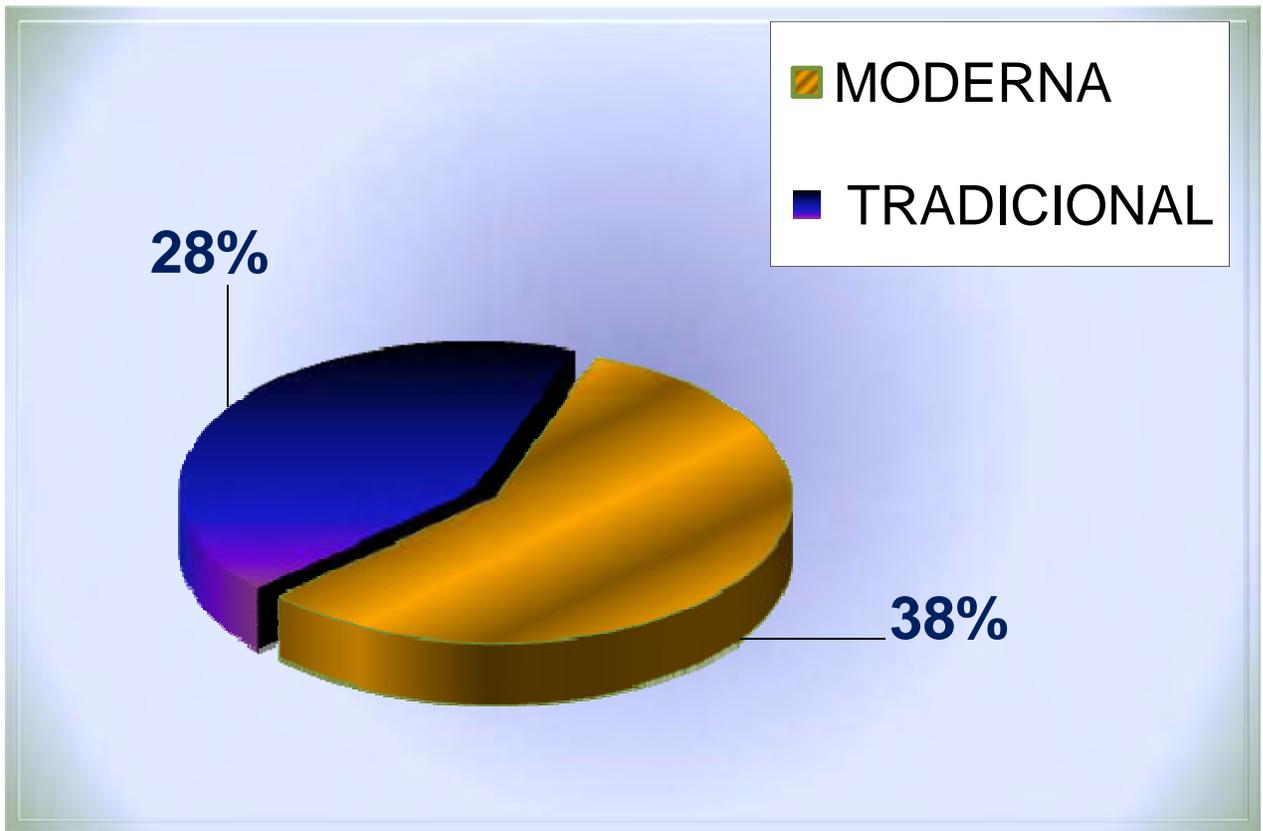


FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

**GRAFICO 2.-**

**TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU DESARROLLO  
FAMILIAS ADSCRITAS A LA CLINICA-HOSPITAL, CAMPECHE, ISSSTE.**

TIPO	NUMERO	%
MODERNA	38	38%
TRADICIONAL	28	28%
TOTAL	66	66%

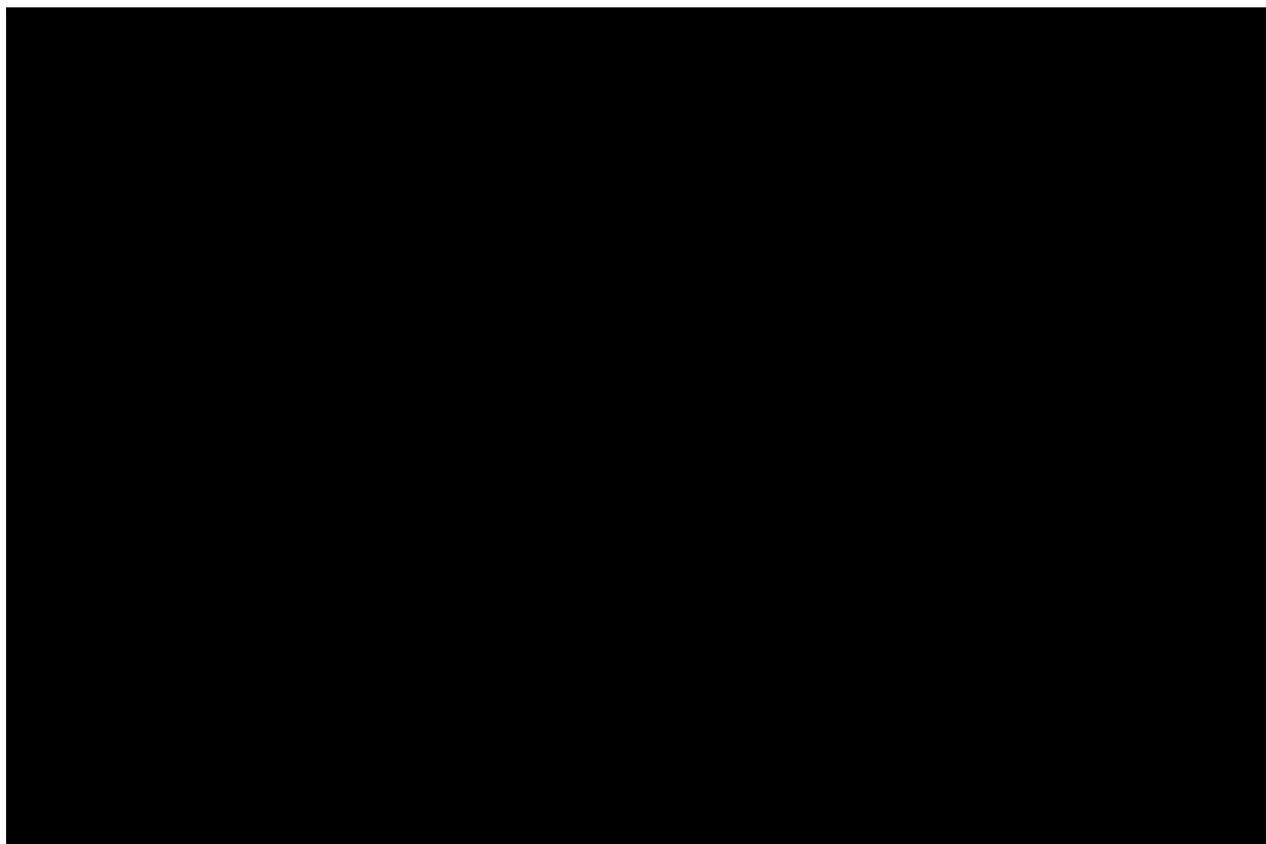


**FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.**

**GRAFICO 3.-**

**TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU COMPOSICION  
FAMILIAS ADSCRITAS A LA CLINICA-HOSPITAL. CAMPECHE. ISSSTE**

<b>TIPO</b>	<b>NUMERO</b>	<b>%</b>
<b>NUCLEAR</b>	<b>10</b>	<b>10%</b>
<b>NUCLEAR SIMPLE</b>	<b>39</b>	<b>39%</b>
<b>MONOPARENTAL EXTENDIDA</b>	<b>13</b>	<b>13%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>62%</b>

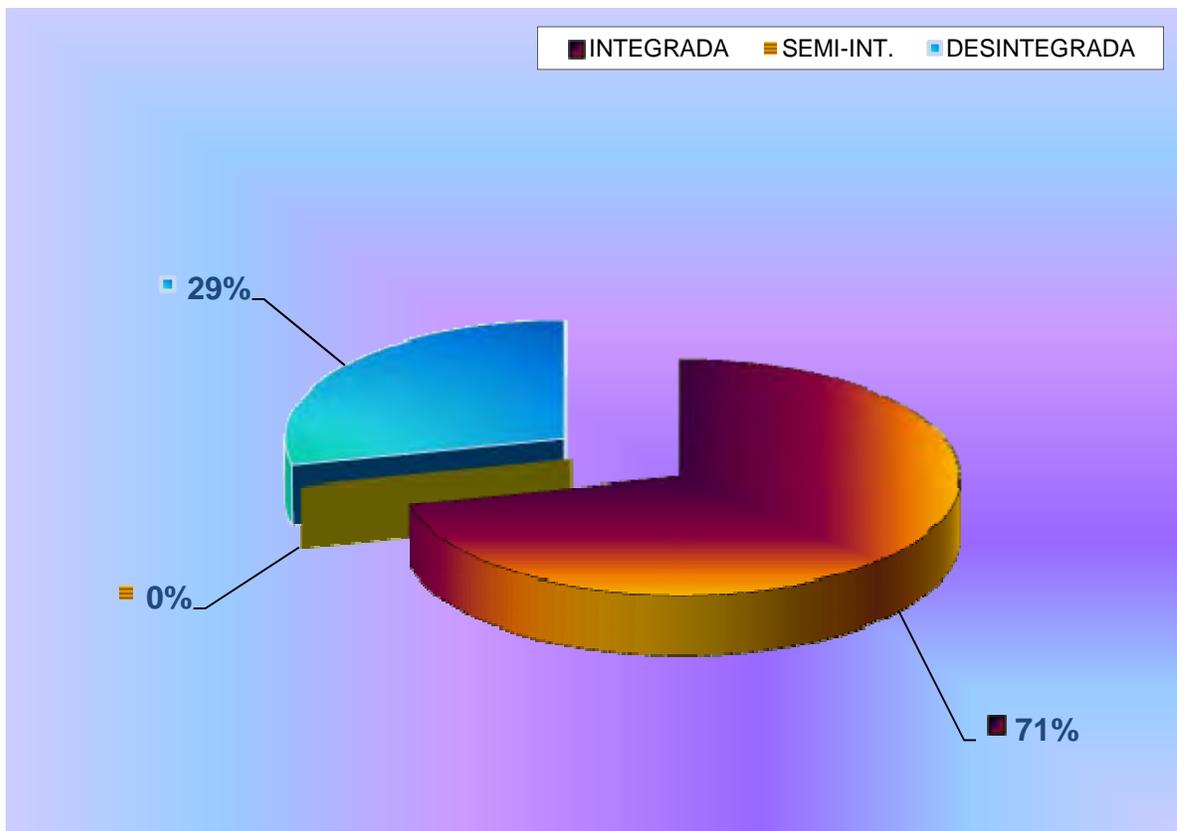


**FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS**

**GRAFICO 4.-**

**TIPOS DE FAMILIA SEGÚN SU INTEGRACION  
FAMILIAS ADSCRITAS A LA CLINICA-HOSPITAL, CAMPECHE, ISSSTE**

TIPO	NUMERO	%
INTEGRADA	62	71.26%
SEMI-INTEGRADA	0	0
DESINTEGRADA	25	28.73%
TOTAL	87	87%

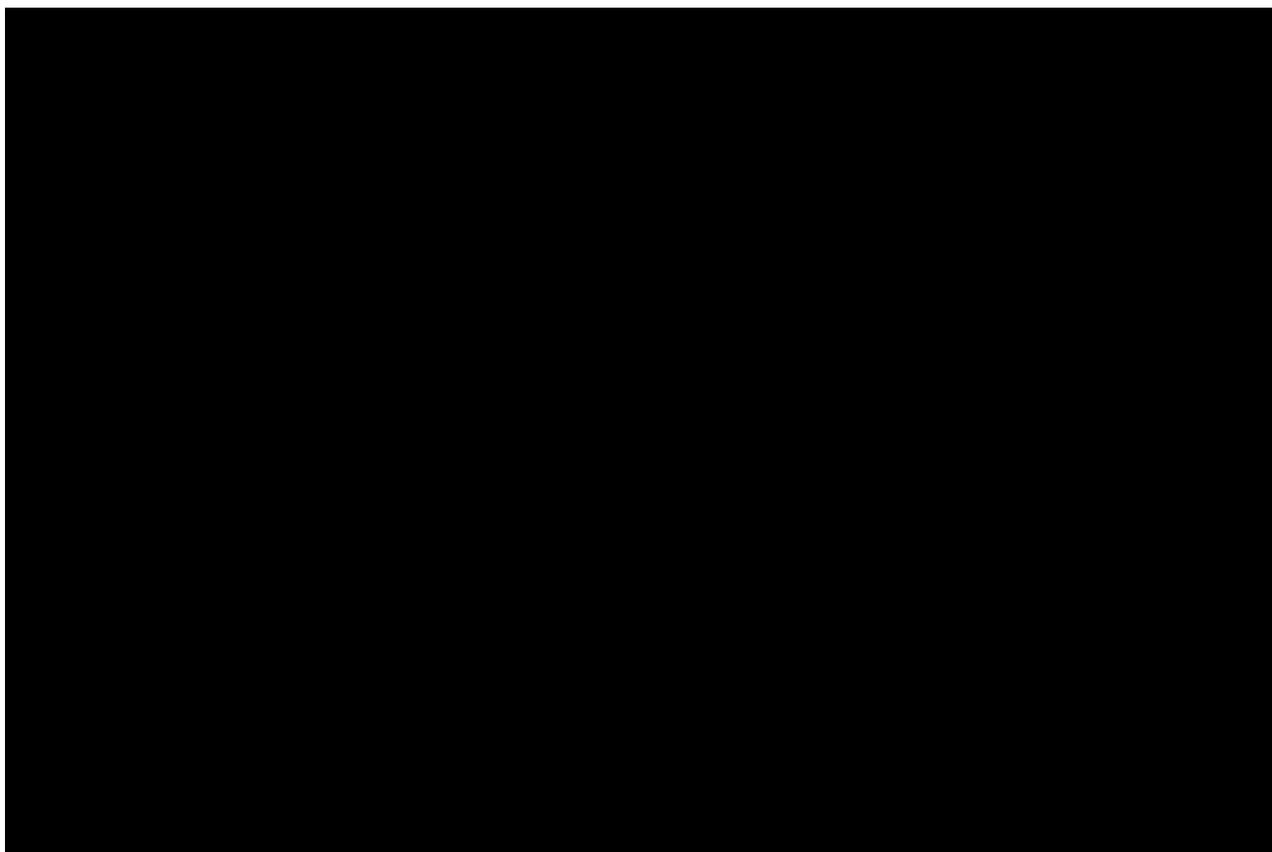


**FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS**

**GRAFICO 5.-**

**ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS  
FAMILIAS ADSCRITAS A LA CLINICA-HOSPITAL, CAMPECHE, ISSSTE.**

<b>TIPO</b>	<b>NUMERO</b>	<b>%</b>
<b>CASADOS</b>	60	60%
<b>UNION LIBRE</b>	4	4%
<b>SEPARADOS</b>	10	10%
<b>DIVORCIADOS</b>	5	5%
<b>SOLTEROS</b>	15	15%
<b>VIUDOS</b>	6	6%
<b>TOTAL</b>	100	100%

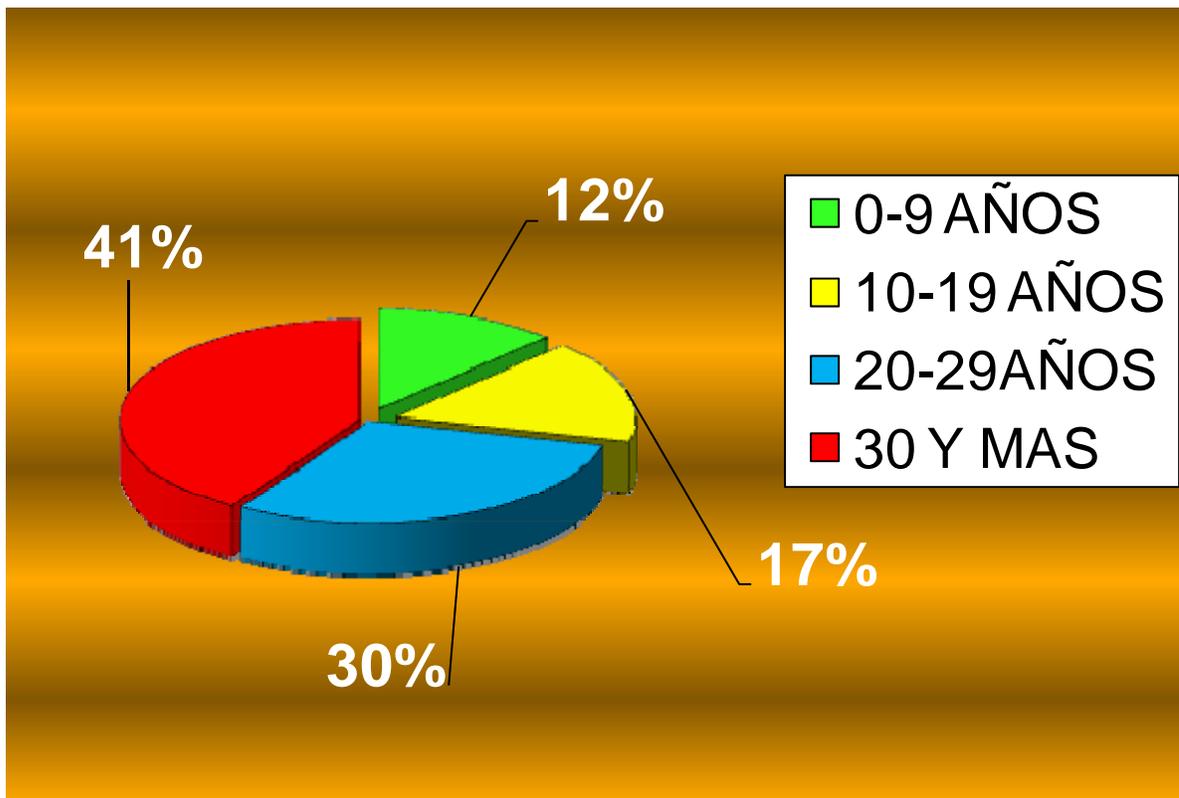


**FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS**

**GRAFICO 6.-**

**AÑOS DE UNION CONYUGAL DE LAS FAMILIAS CASADAS  
ADSCRITAS A LA CLINICA-HOSPITAL, CAMPECHE, ISSSTE.**

<b>AÑOS</b>	<b>FAMILIAS</b>	<b>%</b>
<b>0-9</b>	<b>9</b>	<b>12.32%</b>
<b>10-19</b>	<b>12</b>	<b>16.43%</b>
<b>20-29</b>	<b>22</b>	<b>30.13%</b>
<b>30 AÑOS O MAS</b>	<b>30</b>	<b>41.09%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>99.97%</b>

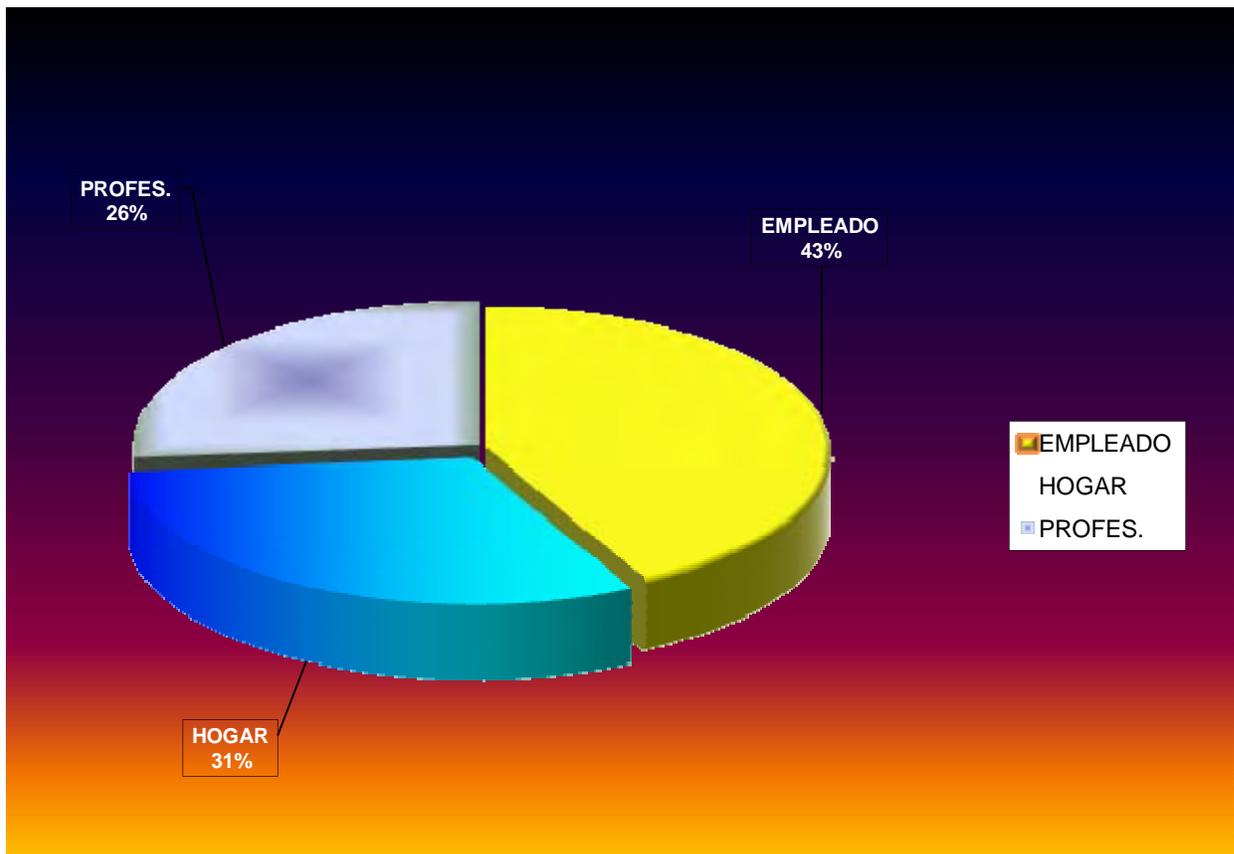


**FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS**

**GRAFICO 7.-**

**OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA ADSCRITAS A LA CLINICA HOSPITAL DEL ISSSTE, CAMPECHE**

OCUPACION	
EMPLEADO	45%
HOGAR	33%
PROFESIONAL	28%

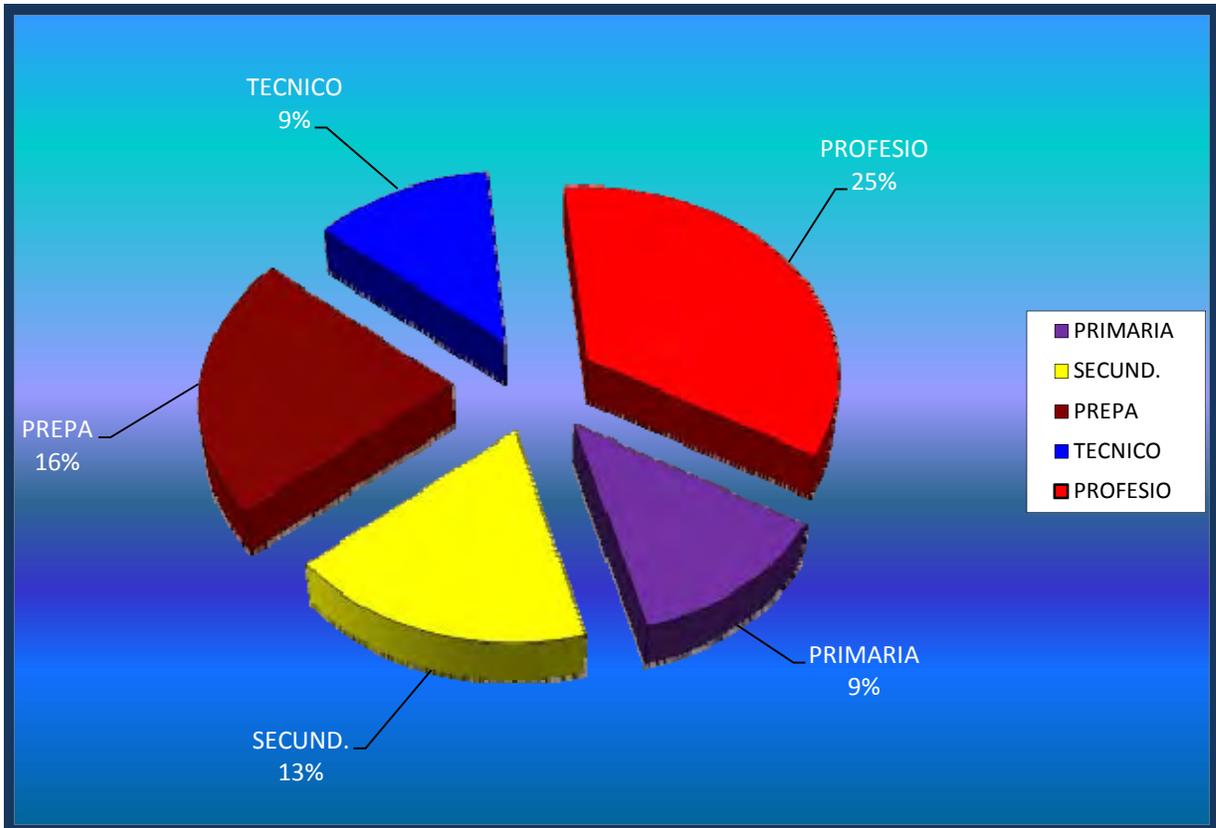


**FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS**

**GRAFICO 8.-**

**ESCOLARIDAD DEL JEFE DE LA FAMILIA**

<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>NUMERO</b>	<b>%</b>
<b>PRIMARIA</b>	<b>9</b>	<b>9%</b>
<b>SECUNDARIA</b>	<b>13</b>	<b>13%</b>
<b>PREPARATORIA</b>	<b>16</b>	<b>16%</b>
<b>TECNICO/COMERCIAL</b>	<b>9</b>	<b>9%</b>
<b>PROFESIONAL</b>	<b>25</b>	<b>25%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>72%</b>

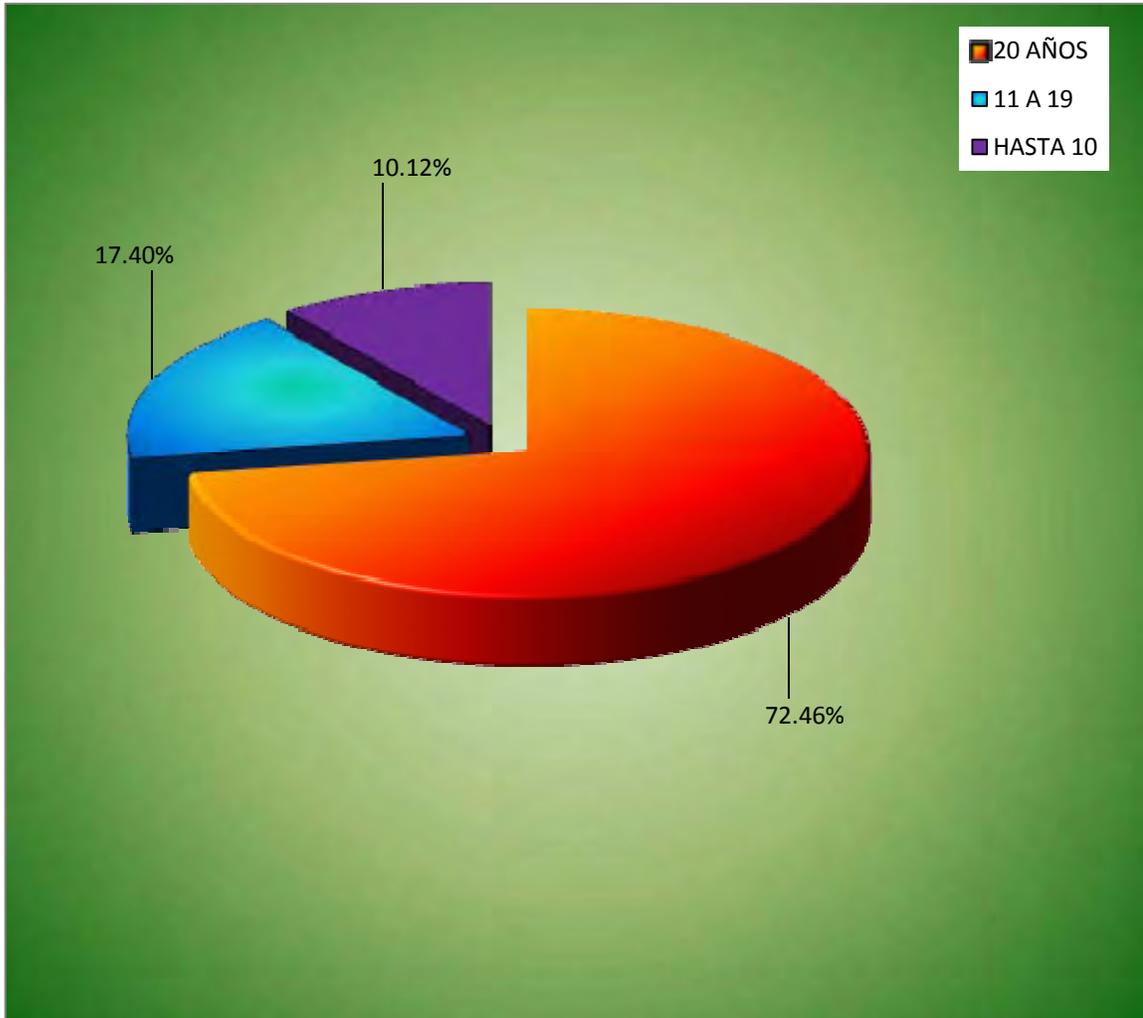


**FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS**

**GRAFICO 9.-**

**NUMERO DE HIJOS DE LAS FAMILIAS EN ESTUDIO**

HIJOS	NUMERO	%
20 AÑOS Y MAS	179	72.46%
11 A 19 AÑOS	43	17.40%
HASTA 10 AÑOS	25	10.12%
TOTAL	247	99.98%

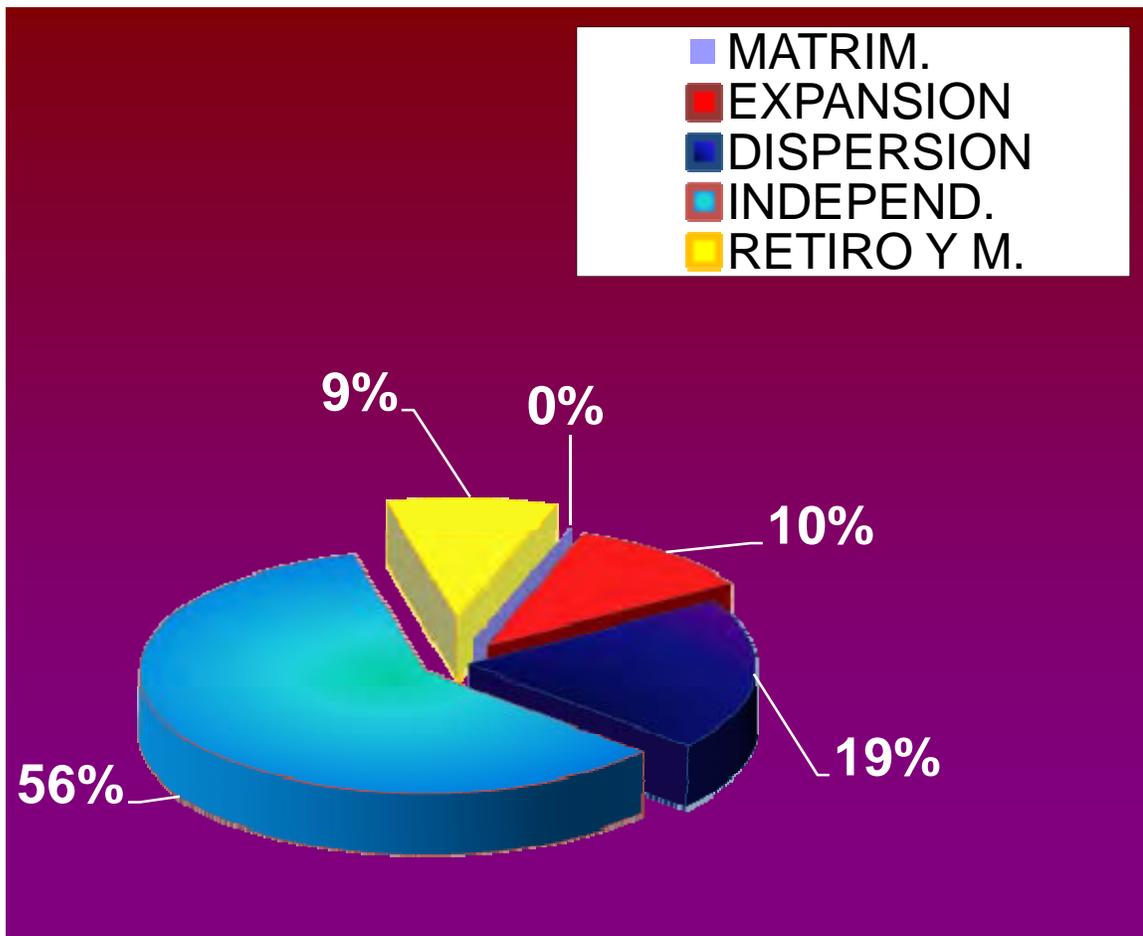


**FUENTE: CEDULA RECOLECTORA DE DATOS**

GRAFICO 10.-

ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR

1.- MATRIMONIO	0	0%
2.- EXPANSION	10	10%
3.- DISPERSION	19	19%
4.- INDEPEDENCIA	56	56%
5.- RETIRO Y MUERTE	9	9%
TOTAL	94	94%



FUENTE: CEDULA RECOLECTORA DE DATOS

**TABLA 5.-****EDAD DE LA MADRE**

<b>EDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
<b>20-24</b>	<b>1</b>	<b>1.09%</b>
<b>25-29</b>	<b>1</b>	<b>1.09%</b>
<b>30-34</b>	<b>5</b>	<b>5.49%</b>
<b>35-39</b>	<b>12</b>	<b>13.18%</b>
<b>40-44</b>	<b>16</b>	<b>17.58%</b>
<b>45-49</b>	<b>6</b>	<b>6.59%</b>
<b>50-54</b>	<b>10</b>	<b>10.98%</b>
<b>55-59</b>	<b>11</b>	<b>12.08%</b>
<b>60-64</b>	<b>9</b>	<b>9.89%</b>
<b>65 Y MAS</b>	<b>20</b>	<b>21.97%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>91</b>	<b>99.94%</b>

**FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS**

**TABLA 6.-****EDAD DEL PADRE**

<b>EDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
<b>20-24</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>25-29</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>
<b>30-34</b>	<b>3</b>	<b>3%</b>
<b>35-39</b>	<b>8</b>	<b>8%</b>
<b>40-44</b>	<b>8</b>	<b>8%</b>
<b>45-49</b>	<b>11</b>	<b>11%</b>
<b>50-54</b>	<b>6</b>	<b>6%</b>
<b>55-59</b>	<b>7</b>	<b>7%</b>
<b>60-64</b>	<b>15</b>	<b>15%</b>
<b>65 Y MAS</b>	<b>17</b>	<b>17%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>76</b>	<b>99.95%</b>

**FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS**

**TABLA 7.-****METODOS ANTICONCEPTIVOS**

<b>METODO</b>	<b>NUMERO DE PERSONAS</b>	<b>%</b>
<b>DIU</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>H. ORALES</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>H. INYECTABLES</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>OCCLUSION TUBARICA BIL.</b>	<b>13</b>	<b>13.82%</b>
<b>PRESERVATIVOS</b>	<b>3</b>	<b>3.19%</b>
<b>VASECTOMIA</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>RITMO</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>NINGUNO</b>	<b>78</b>	<b>82.97%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>99.98%</b>

**FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS**

**TABLA 8.-****10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA**

<b>NUMERO</b>	<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>NO. DE CONSULTAS</b>	<b>%</b>
<b>1</b>	<b>INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS</b>	<b>874</b>	<b>19.47%</b>
<b>2</b>	<b>HIPERTENSION ARTERIAL</b>	<b>814</b>	<b>18.13%</b>
<b>3</b>	<b>DIABETES MELLITUS</b>	<b>683</b>	<b>15.21%</b>
<b>4</b>	<b>ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA</b>	<b>671</b>	<b>14.95%</b>
<b>5</b>	<b>DISLIPIDEMIA</b>	<b>270</b>	<b>6.01%</b>
<b>6</b>	<b>CARDIOPATIA</b>	<b>268</b>	<b>5.97%</b>
<b>7</b>	<b>INFECCION DE VIAS URINARIAS</b>	<b>244</b>	<b>5.43%</b>
<b>8</b>	<b>GASTROENTERITIS</b>	<b>238</b>	<b>5.30%</b>
<b>9</b>	<b>GASTRITIS</b>	<b>226</b>	<b>5.03%</b>
<b>10</b>	<b>ANEMIA</b>	<b>200</b>	<b>4.45%</b>
<b>TOTAL</b>		<b>4,488</b>	<b>99.95%</b>

**FUENTE: HOJAS DE REPORTE DIARIO DEL MEDICO DE 01 DE OCTUBRE DE 2006 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2007.**

## 8.- DISCUSION.-

De acuerdo con los resultados se observa que hay un predominio del sexo Femenino y el resultado es igual al del censo general de la Población Nacional y Estatal hasta el 2005 según el INEGI.

El mayor número se ubicó en el grupo de de 65 y más en las Mujeres y en el sexo Masculino corresponde al grupo de 65 y más, en comparación con el grupo de mayor número que predomina en el reporte del INEGI que es de 40-44 años para las Mujeres y en el sexo Masculino de 10-14 años. En cuanto a los grupos de edad esto nos demuestra que actualmente la población Derechohabiente es predominantemente Adulto Mayor, por lo cual es importante implementar programas y actividades de prevención para el cuidado de este grupo de personas como un Envejecimiento Exitoso, grupos de autoayuda, tales como club de Diabéticos, Hipertensos, etc. Por lo tanto mis resultados no coinciden con lo reportado en la literatura, ya que el grupo predominante es el de los Adultos Mayores. Y difiere con lo descrito porque los Núcleos de Familias, adscritas al Consultorio no. 3, son gente que están en el penúltimo escalón del Ciclo Vital Familiar, dicho en otras palabras prácticamente han completado su ciclo de vida. Desde el punto del Médico familiar estos resultados nos obligan a prepararnos mucho mejor en cuanto a Enfermedades crónico degenerativas, actualizarnos día a día para con ello, ofrecer una atención con enfoque de riesgo, así como de calidad y calidez. Desde el punto de vista del Instituto, hace que se comprometa totalmente con el Derechohabiente y lo obliga a prestar un servicio de vanguardia ya que debemos recordar que además del aporte del Médico, el Paciente necesita: medicamentos y demás insumos propios para estas enfermedades, se llamen Laserterapia para la Retinopatía sea Diabética o Hipertensiva, Soluciones para uso intravenoso, material de curación, máquinas de diálisis, hemodiálisis, aparatos de fisioterapia, etc.

Y por último para el Individuo y su Familia, en la medida que nosotros (Recurso Humano), Instituto, (Recursos Materiales), estemos bien preparados, podemos y podremos entender el entorno Biopsicosocial en que se desarrolla la vida de estas personas, señalando a la Familia como un grupo Social en el que el proceso Salud-Enfermedad se maneja bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional y cultural que pueden favorecer o limitar la Salud ya sea Individual o Familiar, así como prestar una atención de continuidad integrando los aspectos Biológicos, Psicológicos y Sociales en un esquema longitudinal, permitiendo el seguimiento del proceso Salud-Enfermedad de los individuos, sin que importe la edad, sexo, ni la naturaleza o el estado de las Enfermedades que les afecten, estableciendo el tratamiento adecuado de las mismas y coordinando los recursos Médicos, Familiares y Comunitarios a su alcance para su óptima y total aplicación, ejerciendo como menciono líneas arriba, acción anticipatoria, basado en el enfoque de riesgo, que contribuye a la identificación de la o las probabilidades de que ciertas características de los individuos y/o el medio que les rodea produzcan en conjunto una Enfermedad, dicho enfoque nos brinda la oportunidad de planear las estrategias más adecuadas para el manejo de las Enfermedades, en una perspectiva integradora del tratamiento Médico curativo con las medidas preventivas en los grupos expuestos a determinados factores causales.

Programas para fundamentar y orientar la Salud de los Adultos Mayores como por ejemplo: Vacunación del adulto, Programas de Rehabilitación para las secuelas de las Enfermedades Crónico Degenerativas como en el caso de Enfermedad Articular Degenerativa, mayor y mejor difusión de Enfermedades como la Hipertensión arterial y la Diabetes mellitus en forma amena, por medio de trípticos, volantes, pláticas, y sobre todo durante la consulta, así como detección oportuna de las Enfermedades como la Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, Cáncer cervicouterino, Cáncer de mama, Dislipidemias, Cardiopatía, desde los grupos de 30 años en adelante.

De las Familias en estudio en cuanto al Estado Civil, el grupo de mayor predominio fue el de los Casados con 60% y que es igual a los reportes del INEGI. A nivel Nacional. Esto porque en cierta manera continúan presente nuestros patrones culturales sobre el Matrimonio, pero que ha medida que se evolucione, tendremos más Familias con características distintas al modelo tradicional de Padre, Madre e Hijos. Los años de Unión Conyugal predominó el grupo de 30 años o más y el siguiente grupo fué de 20-29 años.

En la edad de los Padres el mayor número se ubicó en el grupo de 65 y más años de edad, en cuanto a la edad de las Madres el que predominó fue el de 65 y más. Esto nos habla que la mayoría de los Padres de Familia en estudio han alcanzado su total estado de madurez tanto Físico como Psicológico y Social. Por lo cual es importante la promoción de la Salud y la orientación sobre todo por las Enfermedades crónico degenerativas a las que pueden estar expuestos.

Haciendo referencia a la Ocupación de los Padres en comparación a las características que reporta el INEGI son similares.

El nivel de estudio de los Padres de Familia es el nivel Profesional el que se encuentra con mayor frecuencia, le sigue el nivel Medio Superior (preparatoria), a diferencia con el INEGI ya que a nivel Nacional se reporta como el grupo de mayor escolaridad el de Preparatoria y posteriormente el nivel Profesional, esto nos dice que el nivel educativo de los Padres de Familia es un buen indicador para poder desarrollar sus actividades culturales, así como en el cuidado de la Salud y mantener su funcionalidad Familiar.

En lo referente a los Métodos Anticonceptivos como métodos de Planificación Familiar, el rubro que ocupa el primer lugar es ninguno, quedando en segundo lugar la Oclusión Tubárica Bilateral (OTB), por paridad satisfecha, esto es acorde con el tipo de población que se estudió, ya que la mayoría esta en etapa Menopáusica y pos Menopáusica para las Mujeres y Andropaúsica para los Hombres. Por lo cual en este caso no tiene caso sentido el reforzar y solo continuar con los programas de métodos anticonceptivos, pues la mayoría son Mujeres y Hombres Adultos Mayores.

Las Familias en estudio de acuerdo a su desarrollo, el de mayor porcentaje fué el de la Familia Moderna, quedando en segundo lugar la Tradicional. En la Demografía la Urbana ocupa el primer lugar en forma total. En cuanto a su Composición la Familia Nuclear Simple es la de mayor predominio, en cuanto a la Etapa del Ciclo Familiar; las Familias en estudio que ocupan el primer lugar, se encuentran en la etapa de Independencia, en segundo lugar la etapa de Dispersión y en tercer lugar la etapa de Expansión.

Las causas de motivo de consulta nos indican que las Infecciones respiratorias agudas ocupan el primer lugar, seguida de la Hipertensión arterial, la Diabetes Mellitus, seguidas de la Enfermedad Articular Degenerativa, la Dislipidemia y la Cardiopatía.

Comparando con los reportes de Morbilidad Estatal en 2007, fue con las Infecciones respiratorias agudas, con la cual si concuerda, pero en las siguientes Enfermedades no se concuerda, así mismo la Morbilidad Nacional reportada por el INEGI en el 2006 son las Infecciones respiratorias agudas las que ocupan el primer lugar, siendo los grupos extremos de la vida los más vulnerables.

En cuanto a las Enfermedades Crónico Degenerativas como la Diabetes Mellitus esta sigue ocupando los primeros lugares a nivel Nacional, la Hipertensión arterial aparece en Décimo primer lugar a nivel Nacional a nivel Estatal tampoco ocupan los primeros lugares, sin embargo en el presente estudio si ocupan los primeros lugares por lo cual es muy importante tomar Medidas Preventivas y de Prácticas de Autoayuda, dar información y promoción sobre cambio en los estilos de Vida que incluyan ejercicio, dieta balanceada, eliminar los vicios tales como alcoholismo y tabaquismo.

Para describir las 10 principales causas de Atención Médica, las describiremos en orden de importancia, según mis resultados encontrados en el presente trabajo.

**1.- Infecciones Respiratorias Agudas.** Son Enfermedades agudas, Epidémicas de origen Viral y autolimitada en el tiempo. El Diagnóstico es Clínico y el Tratamiento es sintomático como Descongestivos Nasales, AINES, Antitusivos, y solo cuando son de etiología Bacteriana es necesario dar Antibióticos de los cuales la Penicilina es la droga de primera elección, en caso de alergia, se puede usar Macrólidos de primera o segunda generación (Eritromicina, Claritromicina, Roxitromicina, Azitromicina). (26)

**2. - Hypertension Arterial.-** The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, provides a New Guideline for Hypertension Prevention and Management (27).

<b>CLASSIFICATION AND MANAGEMENT OF BLOOD, PRESSURE FOR ADULTS AGED 18 YEARS OR OLDER</b>	<b>SYSTOLIC BP, mmHg</b>	<b>DIASTOLIC BP, mmHg</b>
<b>NORMAL</b>	< 120	< 80
<b>PREHYPERTENSION</b>	120- 139	80- 89
<b>HYPERTENSION</b>		
<b>STAGE 1</b>	140- 159	90- 99
<b>STAGE 2</b>	≥ 160	≥ 100

**LIFESYTYLE MODIFICATIONS TO MANAGE HYPERTENSION.**

Modification	Recommendation	App. Systolic BP, reduction, range
Weight reduction	Maintain normal body weight ( IMC 18, 5-24-9)	5- 20mmhg/ 10kg weight loss
Adopt DASH eating plan	Consume a diet rich in fruits, vegetables and low- fat diary Products with a reduced Content Of saturated and total fat	8- 14mmhg
Deietary sodium reduction	Reduce dietary sodium intake To no more than 100meq/L (2.4 gr. Sodium or 6 gr. Sodium chloride)	2- 8mmhg
Physical activity	Engage in regular aerobic Physical activity such as brisk Walking (at least 30 minutes per Day, most days of the week)	4- 9mmhg
Moderation of alcohol consumption	Limit cosumption to no more than 2 drinks per day ( 1oz wine or 3 oz 80 proof whiskey) in most men and no more than 1 drink per day in women and ligther weight persons	2- 4mmhg.

THE JNC 7 REPORT (27).

**TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.-**

El resultado de un ensayo Clínico excelente, demuestra que disminuyendo la Presión Arterial con diversas clases de Medicamentos, incluyendo los Inhibidores de la Enzima Convertidora de la Angiotensina, los Bloqueadores del Receptor de Angiotensina, los Betabloqueadores, los Bloqueadores de los Canales de Calcio y los Diuréticos tipo Tiazida, podrían reducirse todas las complicaciones de la Hipertensión. Diuréticos tipo tiazida como la hidroclorotiazida, Betabloqueadores como el Metoprolol, Alfa y Betabloqueadores como el Labetalol, Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina como el Captopril, Antagonistas del Receptor de Angiotensina, como el Losartán, Bloqueadores de los Canales de Calcio ( no Dihidropiridinas) como el Verapamilo, Bloqueadores de los Canales de Calcio (Dihidropiridinas) como el Nifedipino, Alfabloqueadores como Prazocin, Vasodilatadores directos como la Hidralazina (28).

**3.- Diabetes Mellitus.-**

**Criterios Diagnósticos.-** El Diagnóstico de Diabetes Mellitus se realiza en cualquiera de las siguientes situaciones:

- A).- Síntomas clásicos de Diabetes y una Glicemia en cualquier momento del día y sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida mayor o igual a 200 mg/dl.
- B).- Glicemia en ayunas mayor o igual a 126 mg/dl. (Ayuno se define como un período sin ingesta calórica de por lo menos ocho horas).

C).- Glicemia mayor o igual a 200 mg/dl dos horas después de una carga de 75 g de Glucosa durante una PTGO (PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA ORAL).  
El Diagnóstico de Diabetes debe confirmarse con un segundo exámen alterado en un día diferente.

**Estados de Intolerancia a la Glucosa o Pre-Diabetes**

**Glicemia en Ayunas Alterada:**

Glicemia en ayunas  $\geq 100$ mg/dl y  $< 126$ mg/dl, en 2 días diferentes.

**Intolerancia a la Glucosa Oral:**

Glicemia a las 2 horas post carga de 75 gramos de glucosa  $\geq 140$ mg/dl y  $< 200$ mg/dl, en 2 días Diferentes.

**Advertencia:** No realizar PTGO en personas que cumplen con **Criterios Diagnósticos** de Diabetes, Para mayor seguridad, y con el fin de evitar glicemias severas en personas en quienes esta prueba no está indicada, se recomienda tomar junto con la glicemia basal una glicemia capilar, y si ésta última es menor de 160 mg/dl, continuar con la PTGO. Con un valor igual o mayor, no dar la carga de glucosa.

**Prueba de Tolerancia a la Glucosa Oral (PTGO):**

Determinación de una glicemia en ayunas y otra a las 2 horas post carga de 75 g de glucosa. Los 75 gr. de glucosa se disuelven en 250 CC de agua fría, o 1,75 g de glucosa /Kg. de peso en niños, hasta un máximo de 75 gr.

**Condiciones para efectuar la prueba:**

Alimentación previa sin restricciones y actividad física habitual, al menos 3 días previos al exámen.

Suspender Drogas Hiperglicemiantes (Corticoides, Tiazidas) 5 días antes de la prueba.

Permanecer en reposo y sin fumar durante el exámen.

No se debe efectuar en sujetos con cuadro febril, infecciones o **que cumplan los criterios**

**Diagnósticos de Diabetes con glicemias en ayunas ( $\geq 126$  mg/dl).**

**Criterios Diagnósticos con Prueba de Tolerancia a la Glucosa Oral**

Glicemia 2 h post carga  $< 140$ mg/dl: Tolerancia normal a la glucosa

Glicemia 2 h post carga 140-199 mg/dl: Intolerancia a la glucosa (29).

Glicemia 2 h post carga  $\geq 200$  mg/dl: Diabetes. El tratamiento de la Diabetes dependerá de la nueva clasificación si es tipo 1 se manejará básicamente con Insulina y que hoy día la encontramos incluso inhalada, si es tipo 2, usaremos: Sulfonilureas, (Glibenclamida) Biguanidas, (Metformina) Inhibidores de la Alfa Glucosidasa, (Acarbosa) Tiazolidinedionas, (Pioglitazona) derivados de D- Fenilalanina, (Nateglinida), Meglitinidas, (Repaglinida). (29). Incretinas un nuevo grupo terapéutico. (Exenatide). (30).

**4.- Enfermedad Articular Degenerativa (EAD).-** tiene tal importancia que la Organización Mundial de la Salud, ha designado a la primera década de este siglo como la década osteoarticular. En México y en el resto del Mundo es una de las causas de discapacidad más importantes, en personas de 40 años en adelante, los pacientes de la tercera edad son los más afectados. El Diagnóstico es Clínico y Radiológico. El Tratamiento se basa en Analgésicos y AINES, disminución del Peso Corporal, Condrotectores, Ejercicios, Apoyos funcionales como Rodilleras, Bastones, Andadores. (31).

**5.- Dislipidemias.-** Su Diagnóstico de certeza es por Laboratorio:

CATEGORIA DE RIESGO	META DE C-LDL	INICIO DE TRATAM. NO FARMACOLOGICO	INICIO DE FARMACOS
Equivalente coronario	$< 100$ mg/dl	$\geq 100$ mg/dl	$\geq 130$ mg/dl
$\geq 2$ factores coronarios	$< 130$ mg/dl	$\geq 130$ mg/dl	$\geq 160$ mg/dl
$\leq 1$ factor de riesgo	$< 160$ mg/dl	$\geq 160$ mg/dl	$\geq 190$ mg/dl

Y su Tratamiento es con disminución de la ingesta de Lípidos (Grasas), de preferencia evitar los ácidos grasos monosaturados ya que estos disminuyen el colesterol HDL e incrementan el colesterol LDL. Evitar el Sedentarismo, Tabaquismo, Obesidad, Hipertensión y Diabetes, entre los Fármacos contamos con los Fibratos, Estatinas, Derivados del Acido Nicotínico, Secuestradores de Ácidos Biliares, Ezetimiba (32).

**6.- Cardiopatía.-** la Cardiopatía Isquémica, o Enfermedad Coronaria se produce de la afectación de las paredes de las Arterias Coronarias, a causa de la Aterosclerosis, con tendencia a progresar y a obstruirlas, y a producir daño en el músculo Cardíaco. Esta obstrucción puede ser lenta, progresiva e incompleta, en el caso de la Angina de Pecho, o más rápida y completa en el caso del Infarto del Miocardio. Entre la Angina y el Infarto, hay muchas formas intermedias (Angina de Pecho grave, Infartos pequeños). Además, el Infarto puede suceder a la Angina.

**Procedimientos diagnósticos.-** Electrocardiograma.- consiste en el registro de los potenciales eléctricos generados por la actividad del Corazón, desde unos electrodos colocados en la piel. Se trata de una prueba rápida, nada molesta y no comporta ningún tipo de riesgo. Da una información excelente sobre el Ritmo y sobre la presencia de Isquemia, (en la Angina o el Infarto).

Prueba de Esfuerzo.- ayuda a determinar si hay problemas de riego sanguíneo en alguna parte del Corazón, por obstrucción o estrechez en una o más Arterias Coronarias. Consiste en registrar un Electrocardiograma mientras el Paciente realiza un esfuerzo físico, gradual y de intensidad programada. Durante la prueba se observa la respuesta del Paciente: si aparece dolor, como responden la Presión Arterial y la Frecuencia y si hay alteraciones en el Electrocardiograma que indiquen falta de riego Coronario. A menudo, la prueba se combina con una Gamagrafía: un marcador isotópico intravenoso, se fija en el Corazón, dependiendo de la calidad del riego en las distintas regiones del músculo Cardíaco. Los datos de la Gamagrafía completan los obtenidos durante el esfuerzo y sirven para localizar las zonas de Isquemia. Durante la prueba puede producirse un episodio de Angina.

Ecocardiograma.- El Ecocardiograma permite, obtener con Ultrasonidos imágenes detalladas del Corazón en movimiento, tomar medidas de las Cavidades, estimar la Fuerza de Contracción y estudiar el funcionamiento de las Válvulas. Probablemente es la prueba Diagnóstica que más información nos da del Corazón. El Paciente se estira en una camilla, el Médico o el Técnico exploran el Corazón, acercando una sonda de Ultrasonido a la zona del pecho, untando la piel con una pasta conductora de los Ultrasonidos. Puede repetirse cuantas veces se quiera. Esta prueba se practica cuando se necesita saber del tamaño, la fuerza de contracción y el funcionamiento de las Válvulas Cardíacas y las cubiertas del Corazón. La prueba no tiene riesgos.

Tratamiento Farmacológico.- existe una gran variedad de Medicamentos útiles para el tratamiento de los Pacientes con Enfermedades del Corazón, en la mayoría de los casos el efecto principal del Fármaco, será influir sobre alguna función o parte del Sistema Cardiocirculatorio, que interesa modificar como la Presión Arterial, la Frecuencia Cardíaca o la cantidad de Líquidos almacenados en el interior del Sistema Circulatorio; se utilizarán según el criterio Médico, comentaremos solamente algunos de los más usados: La Nitroglicerina y sus derivados. Nitratos, sea en comprimidos o en parches transcutáneos, son potentes Vasodilatadores producen relajación de los Vasos Arteriales y Venosos incluidos los Coronarios con lo que aumenta el flujo de sangre en la zona afectada. Los Betabloqueadores disminuyen la Presión Arterial y la Frecuencia del Corazón con lo que el Corazón necesitará menos Oxígeno para realizar su trabajo y con ello disminuirá la frecuencia y la severidad de los episodios Anginosos. Los Inhibidores de los Canales de Calcio, tienen múltiples efectos a distintos niveles de la circulación en las Arterias Coronarias atenúan los efectos de las obstrucciones y los espasmos por su efecto relajante de la musculatura vascular, disminuyen moderadamente la Presión Arterial. Los Antiagregantes Plaquetarios. (Aspirina, Clopidogrel), la Aspirina reduce la tendencia de las Plaquetas a formar agregados y a depositarse en las Paredes Arteriales, la toman la mayoría de las personas que han padecido Angina o Infarto. (Sino padecen úlceras Gástricas o Duodenales), tienen un efecto protector débil pero seguro sobre la aparición de nuevas lesiones Coronarias y por tanto de Angina e Infarto. El Sintrom, es un anticoagulante más potente y se utiliza en Pacientes que tienen peligro de formar coágulos dentro de las cavidades del Corazón o bien aquellos que llevan Válvulas Cardíacas Mecánicas, para evitar que sufran embolias de origen Cardíaco, deben graduarse la dosis con un análisis de coagulación mensual, utilizando correctamente el Sintrom es un Fármaco seguro y eficaz (33).

**7.- Infección de Vías Urinarias.-** En condiciones normales, la Orina es estéril pero puede contaminarse a su paso por la Uretra, Introito vaginal y Piel al ponerse en contacto con Microorganismos habituales en estas localizaciones, hecho que debe tomarse en cuenta cuando se

Interpretan resultados de Estudios Paraclínicos como el **Examen General de Orina (EGO)** y el **Urocultivo**. Para la toma de un Urocultivo se recomienda: tomar la muestra del chorro medio, previa Asepsia del Meato Urinario idealmente de la primera micción matutina. Menos de 10,000 U.F.C/ml se considera Contaminación, Entre 10,000 y 100,000 U.F.C/ml se considera sospecha de

Infección, Mayor a 100,000 U.F.C/ml se considera Infección. El tratamiento es con Antibióticos: Ciprofloxacino, Norfloxacino, Cefalosporinas de 3ª Generación, Trimetoprim con Sulfametoxazol, Nitrofurantoina, Amoxicilina, Amikacina, Gentamicina (34).

**8.- Gastroenteritis.-** Es una Infección del tracto Gastrointestinal cuya manifestación Clínica principal es la Diarrea. Esta puede definirse por la presencia de una cantidad inusualmente alta de agua en las heces y generalmente también por una alteración en el peristaltismo intestinal con un aumento de la frecuencia de las deposiciones (3 o más en 24 horas) la menor consistencia de las deposiciones es la característica más importante, el Diagnóstico es Clínico, pero para usar Antibióticos tendremos que solicitar un Coprocultivo. Aeromonas, usar Cotrimoxazol, Campylobacter Jejuni usar, Eritromicina o Azitromicina, Clostridium Difficile usar Metronidazol, E. Coli no usar Antibióticos, Salmonella usar Ceftriaxona, Shigella usar Cefotaxima, Ciprofloxacino, V. Cholerae usar Doxiciclina, Yersinia usar Cotrimoxazol o Doxiciclina (35).

**9.- Gastritis.-** Es la Patología más frecuente y presenta pirosis y dolor generalmente en epigastrio, se exacerba por Alimentos Grasos, Picantes, Condimentados, Alcohol, Tabaco, Medicamentos. El Estudio más confiable en la actualidad para este padecimiento es la endoscopia, la cual en ocasiones no es accesible o justificada en todos los pacientes, por lo mismo es necesario seleccionarlos con el objetivo de proporcionarles el Tratamiento adecuado. Que actualmente consta de los siguientes: Bloqueadores H2 de la Histamina, como la Ranitidina, Citoprotectores de la Mucosa Gástrica como el Sucralfato, Antiácidos como el Hidróxido de Aluminio y Magnesio, Inhibidores de la Bomba de Protones como el Omeprazol (36).

**10.- Anemia.-** Es la Deficiencia de Hierro siendo la Deficiencia Nutricional más prevalente y la principal causa de Anemia. En los Países en vías de desarrollo, los grupos más afectados son los niños y adolescentes, debido a sus mayores requerimientos determinados por el Crecimiento y en la Mujer en Edad Fértil por la pérdida de Hierro debido al sangramiento menstrual o a las mayores necesidades de este mineral por el Embarazo. El Diagnóstico se realiza mediante la medición de la Hemoglobina, Hematocrito, Volumen Corpuscular Medio. Clasificándose según el Volumen Globular Medio (VGM) en Normocítica (80-100fl), Macroscítica (> de 100fl), Microscítica (si es menor de 80fl). Y el Tratamiento consiste en prevenir y/o corregir con un consumo de una dieta adecuada, reducción de las pérdidas anormales de Hierro, la fortificación de los Alimentos con Hierro y la suplementación con Hierro Medicinal. En el caso de la Anemia Macroscítica la causa más frecuente es la Deficiencia de vitamina B 12 y Folatos. Y en el caso de la Anemia Microscítica la causa más frecuente es la Deficiencia de Hierro. La Academia Americana de Pediatría recomienda suplementar a los Lactantes con Hierro a lo largo del primer año de Vida. Iniciando a los 4 meses, las dosis sugeridas son 1mg/Kg./día en los Lactantes a Término y 2mg/Kg./día. En los Pretérmino. En la Embarazada se recomienda suplementar con Hierro a partir del segundo trimestre de la Gestación con una dosis diaria de 30 a 60 mg de Hierro elemental. En el Niño usar 3- 5mg/Kg. Y en el Adulto 80mg fraccionadas en 2 dosis. La Hemoglobina se recupera habitualmente al mes de Tratamiento, requiriéndose un Tratamiento adicional por 2 a 3 meses para repletar los depósitos de Hierro (37).

## 9.- CONCLUSIONES.-

Se logró el Objetivo General que era conocer las principales causas de Enfermedades tanto de Primera Vez como Subsecuente, que son motivo de Atención Médica de la Población adscrita al consultorio no. 3 de la Clínica Hospital "Dr. Patricio Trueba Regil del ISSSTE en San Francisco de Campeche, Campeche.

Las Familias que se estudiaron fueron en su totalidad Urbanas y con un nivel de Preparación Superior.

En cuanto a las Familias en su gran mayoría son Nucleares Simples, Modernas, Integradas y encontrándose en la etapa del Ciclo Vital de Independencia y Dispersión. En el presente estudio en cuanto al rubro Estilos de Vida originados por los Cambios Sociales solo encontramos: Personas que Viven Solas. Con base en sus Medios de Subsistencia el grupo que predominó fue el de Servicios, en segundo lugar el de Comercial y por último el de Industrial.

En el presente estudio los Padecimientos más frecuentes de **Primera Vez** fueron: 1.- Infecciones de vías respiratorias, 2.- Hipertensión arterial, 3.- Diabetes Mellitus, 4.- Enfermedad Articular Degenerativa, 5.- Dislipidemias, 6.- Cardiopatía, 7.- Infección de vías urinarias, 8.- Gastroenteritis, 9.- Gastritis y 10.- Anemia.

Y en cuanto a las **Subsecuentes** fueron: 1.- Hipertensión arterial, 2.- Diabetes Mellitus, 3.- Enfermedad Articular Degenerativa, 4.- Cardiopatía, 5.- Dislipidemias, 6.- Gastritis, 7.- Anemia, 8.- Infecciones de vías respiratorias agudas, 9.- Gastroenteritis y 10.- Asma.

El Médico Familiar se debe convertir en el guía y asesor para la Atención de la Salud ya que es la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud y dirigir con efectividad las estrategias en cuanto a promoción a la Salud y prevención de las Enfermedades con un enfoque anticipatorio.

### **Estrategias de prevención:**

1.- Informar a nuestras Familias Derechohabientes, como deben utilizar los Servicios de Atención Médica para así optimizar su recurso tanto humano como Material y de Infraestructura.

2.- En cuanto a la Morbilidad principal ya comentada es importante poner más énfasis en la promoción a la Salud y protección específica, con orientación a los Madres sobre el uso de Métodos Anticonceptivos, detección oportuna de Enfermedades como el Cáncer, protección eficaz a los Niños y Adolescentes, dando una información confiable sobre Educación Sexual, Toxicomanías, Higiene Dental.

Promocionar y dar orientación sobre el control del Niño Sano en forma constante y completar el Esquema Nacional de Vacunación, en las Semanas Nacionales de Vacunación.

3.- Proporcionar medidas de prevención a Mujeres en Edad Fértil: Métodos Anticonceptivos y Control Prenatal. En Etapa de Climaterio por medio de, Detección precoz de Cáncer de Mama y Cervicouterino, Vacunación Tétanos- Diftérico, Rubéola, Influenza, Neumocócica.

4.- Es importante conocer en que Etapa del Ciclo Vital están las Familias a nuestro cuidado para dar apoyo emocional y orientación específica para prepararlos para las siguientes etapas, pues cada etapa requiere de indicaciones y orientaciones específicas.

5.- Dar información y concientizar a nuestras Familias en las medidas preventivas, las veces que se requiera y una orientación oportuna sobre Saneamiento Ambiental como: cuidar el Agua, Eliminación de Excretas y Basura, Descacharrización, ya que es la base de la prevención de las Infecciones Entéricas, control de Insectos y Roedores. Ya que transmiten la Fiebre Amarilla, Paludismo, (Anopheles) Dengue, (Aedes Aegypti), Leishmaniasis, (Phlebotomus) Tripanosomiasis, (Tripanosoma Cruzi), etc. Sobre las Enfermedades Crónico Degenerativas ya que como observamos en nuestras Familias estudiadas, este tipo de patologías han escalado a los primeros lugares en las tablas de enfermedades que se reportan y por lo tanto brindar una Atención actualizada sobre dichas Patologías.

6.- proveer la Capacitación y la Educación continua a los Derechohabientes para participar en el aprovechamiento de la Atención Primaria de la Salud, por medio de pláticas en la sala de espera, videos, posters alusivos, y sobre todo por el Médico Familiar durante la Consulta Médica.

### **Recomendaciones:**

1.- Considero que valdría la pena hacer este mismo tipo de estudio en los demás Consultorios de la Clínica Hospital "Dr. Patricio Trueba Regil", y posteriormente en todas las Unidades Médicas de la Delegación Campeche, por los datos tan importantes y determinantes que este tipo de Estudio arroja y que nos sirven para Redireccionar y Perfeccionar los Programas ya creados y facilita la creación de nuevos.

2.- Crear, continuar y mantener los grupos de autoayuda como el de Diabéticos, Hipertensos, etc. Ya que la Transición Epidemiológica se hizo patente en el presente estudio y debemos estar preparados para ofrecer conceptos, orientación y programas para estos grupos de Edades (Adultos Mayores) y por

consecuencia de las Enfermedades Crónicas Degenerativas.

3.- Fomentar los Programas del Adulto Mayor y Envejecimiento Exitoso, entre la Población Derechohabiente. Y hacer énfasis en la esfera de Nutrición, Ejercicio, Vacunación del Adulto Mayor.

4.- incluir a la Familia en el Tratamiento del Paciente, ya que observamos con tristeza que la mayoría de las veces hay una pobre respuesta al Tratamiento tanto no Farmacológico, dado por influencias Culturales, como la Dieta que es predominante en el Sureste Mexicano: con muchas Grasas (Lípidos), Condimentos, Derivados del Maíz como la Tortilla, y si a todo esto le sumamos el auge de los Alimentos Chatarra: Refrescos de Cola, Frituras etc. Lógicamente que el Paciente va estar Descompensado metabólicamente, tratándose pacientes Hipertensos, dado el consumo excesivo de sal de comida lo cual eleva las Cifras Tensionales, ya que se retienen Líquidos y este aumento de volumen aumenta la Presión Arterial. En cuanto a los Diabéticos por los Refrescos Azucarados y los Alimentos Ricos en Hidratos de Carbono, además de las grandes cantidades de Lípidos.

Así como pensamientos erróneos como “Si ya tengo esa Enfermedad, voy a comer de todo para que si me voy a morir, pues muera lleno”, también hay que considerar que muchas Personas no cuentan con un Familiar que los acompañe y ayude para desplazarse a la cita que tienen con el Médico, y por lo tanto no acuden con lo cual se pierde el Efecto Terapéutico del Medicamento, así como también el Factor Económico que muchas de las veces es decisivo para que se acuda o no a la consulta.

En cuanto al surtimiento de Fármacos en muchas ocasiones no hay el Medicamento indicado y en muchas otras por disposiciones Institucionales, solo se surte en forma parcial la Receta, además que se siguen usando Medicamentos de Dosis Múltiples y actualmente la evidencia ha demostrado que las Monodosis, favorecen el Apego (Adherencia) al Tratamiento, sobre todo cuando son Tratamientos para el resto de la Vida del Paciente.

El que escribe estas líneas y en su Experiencia Personal, expone que ha obtenido muy buenos resultados al involucrar a los Miembros de la Familia del Paciente, ya que se vuelven Corresponsables y Coparticipes del Cuidado y Tratamiento de la(s) Patologías con que curse esta Persona, obteniendo con ello mayor compromiso de parte de la Familia, que redundo en un mejor control de su(s) Patologías. Logrando una Mejor Calidad de Vida del Paciente, que es a fin de cuentas la Meta Final de nuestro Quehacer Diario como Profesionales de la Salud.

## 10.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Gómez Gascón T, Ceitlin J. La Medicina de Familia en el Mundo. Madrid, SemFYC-CIMF, 1997. Páginas: 4- 6.
- 2.- Primera Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud. Elementos esenciales de la Medicina Familiar. Archivos en Medicina Familiar. 2005; 7 suppl 1: pág. 13-14.
- 3.- González Blasco P. Los cuatro pilares de la Medicina Familiar. 2004; 6(2): pág. 31- 33.
- 4.- Huerta González J. Medicina Familiar, La Familia en proceso Salud-Enfermedad. 1ª Edición 2005, Editorial Alfil. Páginas: 163-164.
- 5.- Monroy Caballero C. Irigoyen Coria A. La Formación de Médicos Familiares en el ISSSTE, México: 25 años de Evolución. Archivos en Medicina Familiar. 2005; 6 (2): pág. 31-33.
- 6.- Narro Robles J. La Salud en México, Testimonios 1998. Medicina Familiar. 1989; 2 tomo IV: pág. 239-252.
- 7.- primera reunión de consenso académico en medicina familiar de organismos e instituciones educativas y de salud. Código de Bioética en Medicina Familiar. Archivos en Medicina Familiar. 2005; 7 suppl 1: pág. 21.
- 8.- Irigoyen Coria A. Fundamentos de Medicina Familiar. 5ª. Ed. 1998, Editorial Medicina Familiar Mexicana. Pág.: 3- 18.
- 9.- Guerrero J. Los Roles no Laborales y el Estrés en el Trabajo. Revista Colombiana de Psicología. 2003; 12: pág. 80.
- 10.- Rojas MC. Ciuffolini MB. Meichtry N. La Vivienda Saludable como Estrategia para la Promoción de la Salud en el Marco de la Medicina Familiar. Archivos en Medicina Familiar. 2005; 7 (1): pág. 29.
- 11.- Santacruz Varela J. La Familia Unidad de Análisis. 1983; pág. 1-2.
- 12.- Irigoyen Coria A. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. 3ª Edición 2006; Editorial Medicina Familiar Mexicana. Pág. 47-51.
- 13.- Primera Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud. Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias. Archivos en Medicina Familiar. 2005; 7 suppl 1: pág. 15-16.
- 14.- Irigoyen Coria A. Morales de Irigoyen H. Nuevo Diagnóstico Familiar. 1ª. Edición 2005; Editorial Medicina Familiar Mexicana. Pág. 43-49.
- 15.- Osorio A. Álvarez Mora A. Introducción a la Salud Familiar. 1ª. Edición 2004; Curso especial de Posgrado, Gestión local de Salud. Pág. 18-20.
- 16.- Chan M. Informe sobre la Salud en el Mundo 2007, un porvenir más seguro. Organización Mundial de la Salud 2007; pág. 2-7.
- 17.- Salud en las Américas 2007. Publicación Científica y Técnica 622. Organización Panamericana de la Salud 2007; pág. 79-137.
- 18.- Roses Periago M. Estrategias de Cooperación. Indicadores Básicos México. SSA- OPS 2005; Organización Panamericana de la Salud.

- 19.- Arceo Ortiz A. Vigilancia epidemiología Campeche. Boletín epidemiológico no. 31, 2007.
20. - Beaglehole R. Irwin A. Prentice T. Informe sobre la Salud en el Mundo 2003. Salud Mundial: retos actuales. Organización Mundial de la Salud 2003; (1): pág. 19.
- 21.- Macedo de la Concha L. Gaspar del Ángel B. Valdez Sánchez B. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública. Problemas de Salud crónicos y/o no transmisibles en Trabajadores y su relación con el Estilo de vida. SUIVE, 2003.
- 22.- Arceo Ortiz A. Boletín Epidemiológico de Campeche. Semana no. 37 del 09 al 15 de Sept. 2007.
- 23.- Guzmán Nacoud A. Anuario Estadístico del ISSSTE. 2006. Morbilidad de las 15 Enfermedades notificadas con mayor frecuencia por las Unidades Médicas del Instituto en las Entidades Federativas. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. 2006.
- 24.- García T. Pascual E. El Pequeño Larousse Ilustrado 2008. Ediciones Larousse S. A. de C. V. MMVIII.
- 25.- Martínez S. Cueto C. Metodología de la Investigación Clínica. 1994; Editorial Juventud, S. A. de C. V. Instituto Mexicano del Seguro Social: pág. 149.
- 26.- Rubinstein A. Terraza S. Rubinstein E. Duarte E. Carrete P. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Edición 2001. Editorial Médica Panamericana; páginas: 935- 943.
27. - Chobanian A. Bakris J. Black H. Cushman W. Green L. Izzo J. et al. the seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. Jama 2003; May 21, 289: no. 19. Páginas: 2560- 2564.
- 28.- Mateo C. Rodríguez C. Toledo Bravo R. Séptimo Informe del Comité Nacional sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. 2003; Junio.
- 29.- García de los Ríos M. Gloria Aylwn C. Soto Isla N. Carrasco E. Flores J. Jara A. et al. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Guía clínica en Diabetes Mellitus tipo 2. 2006; Junio: páginas: 8- 42.
- 30.- Álvarez Guisasola F. Incretinas un nuevo grupo terapéutico en diabetes mellitus tipo 2. Grupo de diabetes de semFYC. 2007; página: 5.
- 31.- De Pavía- Mota E. González Larios G. Briceño Cortes M. Manejo de la Osteoartritis en Medicina Familiar y Ortopedia. Archivos en Medicina Familiar. 2005; 7: no. 003. Páginas: 94- 97.
- 32.- Lahsen M. R. Dislipidemia visión actual. Primer curso "manejo de patologías crónicas en atención primaria. 2007; Nov. Páginas 11- 15.
- 33.- Francino A. Valls V. La Cardiopatía Isquémica. Guía interactiva para pacientes con enfermedades de larga duración. 2006; paginas: 5- 15.
- 34.- Torales Sicardo F. García Velasco L. Vallejo M. Practica Médica Efectiva. Infecciones en Vías Urinarias. 2000; 2, no. 5. Página: 3.
- 35.- Albert de la Torre L. Roa Francia M. Gastroenteritis Aguda. 2007; Julio. Páginas: 1- 4.
- 36.- Dobler López I. Guía Normativa, Diagnóstica y Terapéutica, para el Médico en el Primer Nivel de Atención. Editorial el Manual Moderno S. A. de C. V. 2001; Páginas: 77- 79.
- 37.- Olivares Grohnert M. Anemia Ferropriva: Diagnóstico y Prevalencia. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. 2001; Enero. Páginas: 1- 6.



## ANEXO 2- CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



FOLIO

### CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

#### DATOS GENERALES DEL INFORMANTE:

Datos de la persona entrevistada:

Padre ( )      Madre ( )      hijo(a) ( )      otro (especifique)

Familia \_\_\_\_\_

No. De expediente del informante \_\_\_\_\_

Mencione quienes viven en su casa \_\_\_\_\_

#### DATOS GENERALES DE LA FAMILIA:

Estado civil de la pareja:    casados ( )    U. libre ( )    separados ( )    divorciados ( )    otro:

Años de unión conyugal \_\_\_\_\_

Edad del esposo \_\_\_\_\_

Edad de la esposa \_\_\_\_\_

Ocupación del esposo \_\_\_\_\_

Ocupación de la esposa \_\_\_\_\_

Escolaridad del esposo \_\_\_\_\_

Escolaridad de la esposa \_\_\_\_\_

No. De hijos (hasta 10 años) \_\_\_\_\_

No. De hijos (de 11 a 19 años) \_\_\_\_\_

No. De hijos (de 20 años y más de edad) \_\_\_\_\_

**TOTAL** \_\_\_\_\_

#### PLANIFICACION FAMILIAR:

Método anticonceptivo que use el esposo \_\_\_\_\_

Método anticonceptivo que use la esposa \_\_\_\_\_

#### 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 FISICA 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 y pecuarias ( ) industrial ( ) comercial ( )  
Servicios ( )

**F) ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR:**

Matrimonio ( ) expansión ( ) dispersión ( )  
Independencia ( ) retiro y muerte ( )