



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  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “CINCO DE FEBRERO”  
DELEGACIÓN REGIONAL NORTE, DISTRITO FEDERAL

**“MOSAMEF EN EL CONSULTORIO No. 2”  
DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR CINCO DE  
FEBRERO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:



**VÍCTOR MANUEL VITAL BORI**

MEXICO, D.F.

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.

**“MOSAMEF EN EL CONSULTORIO No. 2”  
DE LA CLÍNICA FAMILIAR CINCO DE FEBRERO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**VÍCTOR MANUEL VITAL BORI**

AUTORIZACIONES:

**DR(A).**

SONIA ISABEL SÁNCHEZ RÍOS  
DIRECTORA DE LA C.M.F. CINCO DE FEBRERO

**DR(A).**

NALLELY VILLA ORDAZ  
JEFE ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA HOSPITAL  
(SEDE)

**DR(A).**

MIGUEL ANGEL HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ  
ASESOR DE TESIS  
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

**LIC. GABRIELA SANDOVAL MIRANDA**

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN DEL ISSSTE.

“MOSAMEF EN EL CONSULTORIO No. 2”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

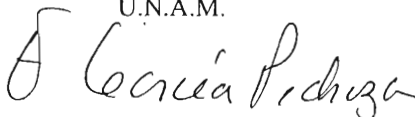
PRESENTA:

**VÍCTOR MANUEL VITAL BORI**

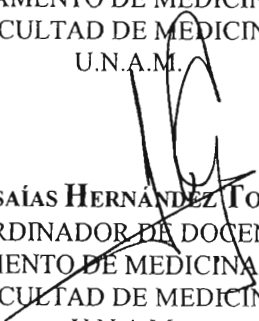
AUTORIZACIONES

  
**DR. CARLOS LAVALLES MONTALVO**

JEFE INTERINO 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. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

## RESUMEN

La familia constituye el recurso básico en el mantenimiento de la salud de sus componentes y también en el cuidado y la resolución del problema, cuando alguno de ellos llega a enfermarse,

La familia se encuentra en su ciclo vital sometida a crisis periódica, derivadas tanto de su propia estructura, como del crecimiento y maduración de sus miembros por elementos externos, como la enfermedad o la muerte.

De como la familia se enfrenta y resuelve estos eventos dependerá su estabilidad y comportamiento a largo plazo.

Antes esto, el médico de familia, le está dando una posesión de poder detectar e intervenir ante problemas familiares, ocasionados o no por la enfermedad; guardando una posesión neutra para todos los miembros de la familia sin tomar partido alguno.

Extendiendo su responsabilidad la asistencia de enfermedades agudas y crónicas, ya sea, con carácter de urgente o consulta programada, promoviendo el acceso del individuo tanto en la consulta, como en su domicilio y coordinando la colaboración con otros especialistas cuando lo juzgue necesario a su ingreso hospitalario.

Atendiendo al individuo como un ser biopsicosocial capaz de integrar las dimensiones psicológicas y sociales, no solo la orgánica, ya que su función es atender al individuo en el contexto a la familia y a la familia en el contexto de integración a la comunidad, si tomar en cuenta la religión, clase social o grupo étnico.

En su sentido a la participación a los problemas reconociendo los factores que determinan su estado de salud con responsabilidad, tratando de modificarlos en su papel activo de promoción a la salud y prevención a la enfermedad; la comunidad en su conjunto pasa a ser un paciente mas para el médico familiar.

Basándose en tres elementos esenciales: el estudio de la familia, la continuidad de la atención y la acción anticipatorio basada en un enfoque de riesgo.

Esforzándose por comprender el entorno de las enfermedades mas frecuentes que ocurren en su población comprometiéndose mas con la persona que con un cuerpo de conocimiento, observando a sus pacientes como una población de riesgo, apoyándose en atención primaria, siendo un marco ideal para desarrollar un programa de actividades preventivas y de promoción a la salud, donde la población puede acceder directamente respecto a los consejos de su médico.

Para lograr éste propósito, el médico debe conocer con detalle la estructura de la familia que esta bajo su cuidado, las características de la pirámide poblacional, las patologías mas frecuentes tratadas, así como la demanda de servicios que se ejercen en su consultorio, desarrollando una labor eficaz que a través del tiempo tenga un impacto positivo en la salud familiar y del sistema de salud, utilizando la herramienta, el MOSAMEF que no da una actualización periódica y un establecimiento de estrategias para la solución de problemas de salud y anticipación al daño, por lo que se justifica la aplicación de éste modelo en el consultorio No. 2, en la C.M.F., para el conocimiento integral de la familias adscritas al mismo; para cumplir con la declaración de Alma Data

The family is the basic resource in maintaining the health of its components and also in the care and the resolution of the problem, when one of them comes to getting sick,

The family is in its life cycle subject to periodic crisis, stemming both from its own structure as the growth and maturation of its members by external factors such as illness or death.

How the family faces and resolves these events will depend on the stability of its stability and long-term behavior.

Before this, the family doctor is taking possession of a power detect and intervene with family problems caused by the disease or not, keeping a neutral possession for all family members without taking any party.

Extending the assistance of its responsibility acute and chronic illnesses, either as a matter of urgency or a programmed, promoting the access of individuals both in the consultation, as in his home and coordinating with other specialists when it deems necessary for its admission to hospital.

In response to the individual as a being capable of integrating biopsychosocial Psychological and social dimensions, not just the organic, since it will serve the individual in the context of the family and the family in the context of integration into the community, if you take account of religion, social class or ethnic group.

In their sense of participation to the problems recognizing the factors that determine their state of health with responsibility, trying to modify its active role in the health promotion and disease prevention; community as a whole becomes a more patient for the family doctor.

Based on three essential elements: the study of the family, continuity of care and anticipatory action based approach to risk.

Striving to understand the environment of the diseases that occur more frequently in the population committing more with the person with a body of knowledge, observing his patients as a high risk population, relying on primary care, being an ideal framework for developing a program of preventive and promotional health care, where people can go directly to respect your doctor's advice.

To achieve this purpose, the doctor must know in detail the structure of the family who is under his care, the characteristics of the population pyramid, the most frequent pathologies treated, as well as the demand for services that are performed in his office, developing a effective work which over time have a positive impact on family health and the health system, using the tool, the MOSAMEF that does not provide a regular update and establishment of strategies for solving health problems and advance to the damage, there is every reason to implement that model in the office do not. 2, the CMF, to the knowledge of the families attached to it, and to comply with the declaration of Alma Data



## CONTENIDO.

1.- MARCO TEÓRICO.....	1
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
3.- JUSTIFICACIÓN.....	26
4.- OBJETIVOS.....	28
5.- HIPÓTESIS.....	29
6.- METODOLOGÍA.....	30
7.- RESULTADOS.....	34
8.- TABLAS Y GRÁFICAS.....	37
9.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	68
10.- CONCLUSIONES.....	72
11.- BIBLIOGRAFIA.....	75
12.- ANEXOS.....	76

## MARCO TEORICO

El interés del estudio de la familia, como sujeto de diagnóstico, obedece básicamente al reconocimiento de su importancia en la estructuración biopsico social del individuo y a la necesidad de emprender estrategias de intervención a nivel educativo preventivo, terapéutico y de asistencia social, por lo que se vuelve imprescindible la exploración sistemática de sus características socio económicas, culturales e ideológicas, de su composición, de las relaciones interpersonales que se establecen hacia el interior o exterior de la misma y de la forma como inciden todos estos factores sobre el proceso salud enfermedad de cada uno de los individuos que la forman y su repercusión en la comunidad. La familia y la comunidad son los núcleos sociales primarios y funcionales de sociedades mayores, la primera es la base estructural de toda sociedad humana, la segunda es una modalidad común de agrupación donde se conservan, de los individuos su autonomía, pero interactúan en forma dinámica y compleja a patrones socio culturales y psicológico y social definidos.

Para poder comprender los cambios de individuos, familias y comunidad debemos de remontarnos a la aparición del hombre, el proceso en la relación y consolidación de las características que se considera específicamente humana, el proceso de trabajo: la capacidad de utilización consciente del ambiente, categoría que por otro lado resulta indispensable para entender la relación entre lo biológico y lo social en su desarrollo Desde que el hombre adquiere la facultad de someter y dar forma a una parte de la materia para luchar contra el resto ya no cambiaron sus órganos, sino sus utensilios, ante el clima no cambia su piel sino su indumentaria, el transformar su cuerpo es secundario siendo reemplazada por su evolución técnica, ésta incide en las fuerzas productivas sobre la colectividad humana, sobre el estado de su cultura. El hombre no tiene un ser biológico al

margen de su ser social, sus potencialidades interactúan siempre con un medio histórico específico, siendo éste donde finalmente se conforman los seres humanos. A pesar del desarrollo biológico por millones de años de evolución no bastan en los seres humanos, no son autosuficientes para convertirlos en personas, necesitan conjugarse con la acción del medio social para conformar individuos humanos. Por lo que es necesario conocer la evolución del concepto de familia para lo cual nos remitimos al término etimológico 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.

Al entender el concepto de familia nos remontamos a las teorías de Charles Darwin de endogamia (prohibición de casarse fuera de un grupo social determinado) y exogamia (prohibido casarse dentro del grupo) que influyeron en el concepto sobre Federico Engels sobre el origen de la familia en la teoría de la evolución del mismo de los estadios: inferior, salvajismo al estado medio, según Bachofen todas las sociedades eran matriarcales en su origen y luego en forma progresiva al régimen patriarcal, relacionadas con el aspecto del desarrollo de la agricultura(1)

Es importante definir que para integrar un diagnóstico familiar lo más completo posible, en lo relacionado a la residencia de la familia, emplear el concepto de matrilocalidad y patrilocalidad, esto relacionado con los aspectos residencia ya sea en caso de esposa o padres del esposo.

La definición funcional de la familia como unidad de atención médica incluye en el núcleo familiar a todas las personas que conviven en una misma unidad habitacional, entre las cuales existen lazos de dependencia y obligaciones recíprocas y por lo general están ligadas por lazos de parentesco.

La calidad de la familia como recurso de apoyo para la salud resalta su dimensión psicosocial, el manejo de pacientes con enfermedades crónicas, la existencia de problemas de tipo emocional o de conflictos interpersonales o bien, las crisis familiares por enfermedades mortales o con la muerte, son condiciones en las que se impone una evaluación familiar, ya que en estos casos son necesarias la participación y cooperación de todos los integrantes de la familia. La actividad del grupo familiar es determinante en la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el tratamiento de las mismas.

A continuación se correlaciona esquema de la evolución de la familia con respecto a los conceptos de Engels: (2)

Salvajismo:\*

Estadio inferior	Promiscuidad inicial*
------------------	-----------------------

Estadio medio	Familia Punalúa (cenogamia)
---------------	-----------------------------

Estadio superior	Familia Sindiásmica
------------------	---------------------

Barbarie\*

Estadio inferior	Familia Sindiásmica
------------------	---------------------

Estadio medio	Familia poligámica (poliandria y Poligenia)
---------------	---

Estadio superior	Familia patriarcal monogámica
------------------	-------------------------------

Civilización\*

Familia conyugal moderna (familia nuclear)
---

\*Salvajismo en sus estadios se caracteriza por en el Inferior: infancia del género humano, permanencia del hombre en los bosques tropicales y habitar en forma parcial en los árboles, información del lenguaje articulado. Medio: empleo del fuego, independencia del clima y lugares habitados, establecimiento en riveras de ríos y costas, invención de armas, antropofagia. Superior: arco y flecha, caza, residencia fija, elaboración de cerámica y tejidos a mano

\*Barbarie.- Inferior: alfarería, domesticación animales y cría de los mismos, cultivo plantas. Medio: domesticación animales y rebaños, desaparece la antropofagia en general aparece como rito religioso. Superior: fundición del hierro, invención escritura alfabética y utilización de arado hierro y tirado por animales.

\*Civilización.- período en que el hombre sigue aprendiendo a elaborar productos naturales, período de la industria y arte.

\*' Promiscuidad inicial: promiscuidad absoluta, nula reglamentación entre padres e hijos, el parentesco es señalado por línea materna.

Familia punalúa.- familia por grupo, hombres de un grupo son considerados desde nacimiento como esposos de las mujeres de otro grupo

Sindiásmica.- autoridad matriarcal, economía doméstica común, coexistencia de varias parejas pero con independencia.

Monogénica.- aparición de autoridad absoluta del jefe de familia, desarrollo agricultura, antecedente directo de familia moderna.

Familia conyugal moderna.- marido, esposa e hijos.(3)

Ante el interés creciente por diversas instituciones para definir el concepto de familia se describe la definición de la Organización de las Naciones Unidas como:

“El conjunto de miembros del hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio”.

La definición estadounidense la define como:

“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”.

La definición que da Canadá, es:

“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”.(4)

### **ESTRUCTURA FAMILIAR SEGÚN EL 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 si hijos 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.

### **ESTRUCTURA FAMILIAR SEGÚN DE LA REVILLA MODIFICADO POR MÁRQUEZ**

- *Familia nuclear*: Formada por dos individuos de distinto sexo y sus hijos convivientes en el mismo domicilio.
- *Familia nuclear simples*: Formada por los cónyuges y menos de cuatro hijos.
- *Familia nuclear numerosa*: En la que conviven cuatro o más hijos con sus padres.

- *Familia nuclear ampliada:* Integrada por un núcleo familiar al que se añaden otros parientes (abuelos, tíos, primos, etc.) o bien agregados (personas sin vínculo consanguíneo, huéspedes, servicio doméstico).
- *Familia binuclear:* Familias en las que uno de los cónyuges o ambos son divorciados, conviviendo en el hogar; hijos de distintos progenitores.
- *Familia extensa:* Es aquella en la que se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en el mismo hogar más de dos generaciones; suele estar formado por hermanos, cónyuges y sus hijos y/o padres e hijos casados.
- *Familia monoparental:* Está constituida por su solo cónyuge y sus hijos.
- *Sin familia:* En esta familia se contempla no sólo 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 de 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.

## **ESTRUCTURA FAMILIAR SEGÚN TORRES**

### **Grupos integrados por un solo núcleo o familias nucleares:**

- *Familia nuclear sin hijos.*
- *Nuclear completa:* pareja más hijos solteros.
- *Nuclear incompleta:* Jefe (hombre o mujer) sin pareja y con hijos solteros.

### **Grupos compuestos por más de un núcleo:**

- *Familia extensa o compuesta:* comprende al grupo nuclear con otros núcleos o miembros aislados.

### **Grupos domésticos cuyo componente central no es nuclear:**

- *Pluripersonal.* Integrado por jefe (a) sin cónyuge, ni hijos pero con otros componentes ya sea nucleares (padres, hermanos) o no nucleares (primos, tíos, abuelos, amigos, etc.).
- *Unipersonal u hogares con una sola persona.*

### **ESTRUCTURA FAMILIAR DESCRITA POR IRIGOYEN (22)**

- *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.

Como es conocido, la modificación del proceso salud-enfermedad a corto, mediano y largo plazo, guarda estrecha relación con los factores condicionantes entre los que se encuentran los demográficos, ambientales, los socioculturales, económicos y los psicosociales, por un lado, los recursos y servicios para la atención de la salud, así como la capacidad de



respuesta organizada de la sociedad: Legislación, Sistema de Salud, instituciones, programas, participación de la comunidad, por el otro.

Entendemos como familia nuclear aquella integrada por una pareja de adultos con una tarea dual: Esposos y Padres, estos pueden ser por separado o en forma simultánea, según el momento en la vida familiar complementada por su número variable de hijos tanto en sexo como en edad por lo tanto diferentes puntos del desarrollo individual. Incluimos en el estudio de familia a la conocida como extensa que comprende a los abuelos con su triple papel de padres de uno de los esposos, suegros del otro y abuelos, a los tíos y primos.

El estudio de la familia como sistema comprende tres relaciones o dimensiones fundamentales:

1. Relación de los esposos entre sí
2. La relación de los padres con los hijos
3. La relación de los hijos entre sí.

Las tres relaciones mencionadas antes pueden ser subdivididas para su estudio en diversas líneas de desarrollo:

La relación de los esposos entre sí, se puede dividir en seis etapas de desarrollo que comprenden desde el progreso por el cual los cónyuges se seleccionan uno a otro, hasta la vejez y muerte, pasando por las diversas etapas tempranas e intermedias en la vida de la pareja.

Se describe un tema central que la caracteriza y tres líneas o dimensiones:

- I. Límites.- también llamada dimensión de inclusión exclusión, estudio de otros factores incluidos en la triada marital (uno o los dos padres de uno ellos).  
Intimidad.- (qué tan cerca, qué tan lejos) estudia las oscilaciones en distancia

geográfica y emocional a través de la vida compartida. Poder.- (o jerarquía) (quién manda), aunque puede manifestarse claramente, es común observar cómo el débil y sumiso de la pareja domina con frecuencia al otro a través de maniobras pasivas.

La duración en años en cada etapa es extraordinariamente variable.

Selección: las bases sobre las cuáles una persona escoge a otra para compartir el resto de su vida son de gran importancia, sobre todo en los tiempos presentes en los que la mayoría de las selecciones son voluntarias.(Lidz, 1968)

- II. Transición y adaptación temprana.- duración de 1 al 3 años de unión.- los integrantes de la pareja joven se enfrentan a la tarea fundamental de adaptarse a un nuevo sistema de vida con hábitos, demandas y satisfacciones con su cónyuge diferentes a los que tenían en su familia de origen.

En el área de intimidad encontramos fragilidad, resultante de la carencia de reglas, las que empiezan a ser negociadas en esta etapa.

En el área de poder, existe una situación similar a la de la intimidad, es decir, las parejas empiezan a probar su poder en relación a diversos espacios como la administración del dinero, diversiones, qué tan frecuentemente y a quién visitar.

- III. Reafirmación como pareja y paternidad.- duración aproximada entre el 3°. Y 8°. Año, en esta etapa es con mayor frecuencia aparecen dudas serias sobre lo adecuado del cónyuge, los límites de la pareja están mejor limitados en relación a los padres de los cónyuges, pero la relativa solidez lograda se pone a prueba con la aparición de amigos y amantes potenciales.

En la tercera etapa, la intimidad, ayudada por las reglas conseguidas en la etapa anterior, se profundiza y la elaboración de reglas se profundiza.

La resolución de patrones de poder y quien lo ejerce, hace que las parejas caigan en tres tipos de relaciones: la relación simétrica : una relación entre dos personas con los mismos tipos de conductas.

La relación complementaria: la conducta entre dos es diferente, el matrimonio con este tipo de relación es el que con mayor frecuencia se describe como matrimonio tradicional, uno de los miembros es el que domina.

La relación paralela.- los esposos alternan entre relaciones simétricas y complementarias de acuerdo a contextos diferentes y situaciones cambiantes.

En el desarrollo de la familia actual, es un hecho que la inclusión de los niños tienda a producir la principal de las perturbaciones estructurales en el desarrollo de la pareja. Pollack (1965), clasifica a las parejas en cuatro estadios:

- a. antes de la crianza de niños
- b. crianza temprana de niños (infantes y preescolares)
- c. crianza de niños en etapa de latencia y adolescencia
- d. después de que los hijos se han ido (“el nido vacío”)

#### IV.diferenciación y realización.- duración aproximada de 8 años a 15 años de unión.

Es un proceso de diferenciación que se inicia con la consolidación de la estabilidad del matrimonio y la terminación de las dudas acerca de la elección de la pareja. Los límites las intrusiones externas con violaciones de estos límites provienen, generalmente de relaciones extramaritales. En la intimidad se observa que ésta se profundiza notablemente en los “buenos” matrimonios, mientras que en los “malos”, es en esta etapa se consolida un alejamiento gradual y progresivo. Cuber y

Harroff (1966) clasifican a las parejas en cinco tipos: Matrimonio habituado al conflicto, desvitalizado, congenia en forma pasiva, relación vital, matrimonio total.

V. Estabilización.- duración aproximada de 15 a 30 años de unión.

Ocurre habitualmente entre los 40 a 45 años de edad a la mitad de la vida, búsqueda del equilibrio entre las aspiraciones y logros, cristalización en la mayor parte de los casos en un proceso de rearreglo de prioridades que, finalmente, conducen a una estabilización de ambos y del matrimonio. Los límites pueden sufrir violaciones como consecuencia de la comparación de logros y aspiraciones, la intimidad se encuentra gradualmente amenazada por el envejecimiento y por la monotonía.

VI. Enfrentamiento con vejez, soledad y muerte.- ocurre entre los 30 a 40 años de

casados. Responden de manera exagerada a la declinación gradual de las habilidades sexuales, estrés principal por eventos como jubilación, ser desplazados por personas jóvenes, etc. Tienen mucha necesidad de apoyo y cariño uno del otro.

Relación de padre a hijos.-Relación adecuada cuando las relaciones de pareja, aún no libres de conflictos se encuentran en límites de poseer mecanismos adecuados de resolución . Inadecuada cuando el embarazo se produce con mecanismos ineficaces de resolución de conflictos, lucha constante e infructuosa por poder y jerarquía, con defectos marcados en la intimidad conduciendo a frustración.

La relación de los hijos entre sí.-Dentro del punto de vistas de desarrollo familiar total, el factor más decisivo en la relación de los hijos entre sí es el lugar que ocupan respecto a los otros hijos y el sexo de cada uno.(5)

Al analizar las características demográficas desempeñan una función importante en la determinación del estado de salud presente y futuro de una población. La magnitud y distribución socioeconómica de una población, su composición por edad y sexo, su tasa de crecimiento y la distribución por localidades urbanas y rurales constituyen destacados factores demográficos que guardan relación con las condiciones y necesidades de salud de un país. Relacionando que el estado de salud de una población determinada, está directamente vinculada a su nivel económico y social que ha alcanzado.

La práctica médica ya no se limita exclusivamente al individuo enfermo, ahora se entiende el hombre como un complejo biopsicosocial integrante de un grupo familiar y de una comunidad como un sistema dentro de otro sistema, y el proceso salud enfermedad como un fenómeno sociocultural y biológico. Así ha pasado de lo individual a lo familiar y comunitario. No existe diagnóstico de salud comunitario sin pasar por el diagnóstico familiar e individual

Conservando aún, la de proveer nuevos miembros a la sociedad socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico, siendo el núcleo en las diversas sociedades humanas

Así tenemos que en base a su DESARROLLO tenemos familias:

- Moderna.- donde los dos padres trabajan, igualdad entre los sexos, mayores expectativas en cuanto a roles y estatus social, los hijos disponen de modelos de identificación, pero por razones de falta de los padres, surgen problemas de convivencia. (6)
- Tradicional.- Papel definido, padre: fuerte, “infalible”, principal representante del código moral, madre fuente principal de ternura sujeta a la autoridad del marido idea clara de sus funciones, le guían principios simples y prohibiciones estrictas.(7)

- Arcaica o primitiva.- posición inferior de la mujer, matrimonios concertados con base a conveniencias e intercambios económicos, marido con poder sobre la esposa predominio de los mayores sobre los jóvenes, roles preestablecidos alta fertilidad, posición de reemplazo o sustitución en caso de muerte o ausencia, funciones sociales principalmente dentro del grupo de parentesco.(8)

#### POR SU DEMOGRAFIA:

I. Urbana.- Se define como aquella población con 20,000 habitantes o más, en México se considera una población de más de 2,500 habitantes pero en promedio de 15,000.

II. Rural.- poblaciones de menos de 2.500 a 5.000 habitantes.

Dentro del proceso de urbanización se considera diversos factores económicos, sociales y políticos con nuevas formas de estratificación social, los sociólogos consideran que un cambio en el estilo de vida de la rural a la urbana es la característica fundamental.(9)

#### EN BASE A SU INTEGRACIÓN:

- a) Integrada.- en la cual los dos cónyuges viven y cumplen sus funciones
- b) Semi-integrada.- en la cual los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones
- c) Desintegrada.- es aquella en la cual alguno de los cónyuges falta por muerte, divorcio, separación o abandono.

DESDE EL PUNTO DE VISTA TIPOLOGICO:

- Campesina.
- Obrera.
- Profesional.

Estas características están dadas por la ocupación de uno o los dos cónyuges.(10)

LAS FUNCIONES DE LA FAMILIA SON:

1. Socialización
2. Cuidado
3. Afecto.
4. Reproducción.
5. Estatus y nivel socioeconómico.

**SOCIALIZACION:** Dentro de estas funciones lo fundamental es que en la familia se transformen los individuos en un tiempo determinado de un ser dependiente de sus padres en un individuo autónomo con “independencia” para desarrollarse en la sociedad. La madre juega un papel fundamental en la responsabilidad de socializar a los hijos dentro de los primeros seis años de vida, posteriormente complementadas por instituciones encargadas de socializarlos, escuela preprimaria, primaria.

**CUIDADO.-** es función clave en la vida familiar, ya que propiamente permite la supervivencia de la especie, identificando cuatro determinantes:

1. Alimentación
2. Vestido
3. Seguridad física
4. Apoyo emocional

*AFECTO*: es un efecto de transición donde intercambiamos la necesidad de recibir y dar afecto siendo determinante en las relaciones familiares.

*REPRODUCCIÓN*.- es la primordial determinante para la perpetuación de la especie humana dando especial énfasis a la salud reproductiva.

*ESTATUS Y NIVEL SOCIOECONÓMICO*.- es conferir a un individuo derechos y obligaciones así como exigencias de perpetuar las mismas condiciones a las familias por formar.

Esto es de gran utilidad el tener identificados estos conceptos para determinar la integración familiar y facilitar el diagnóstico de la familia.(11)

Podemos afirmar que la integración total de un individuo a su medio cultural depende enteramente de su medio familiar.

La familia y su influencia en el desarrollo no debe ser entendida en los términos simplistas de las personalidades de sus integrantes, la familia como unidad es un grupo en el cual las acciones de cualquiera de sus miembros producen reacciones y contrarreacciones en los otros y en él mismo

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

La familia como todo grupo humano tiene un inicio, desarrollo y ocaso, similar al ser humano el cual es engendrado, nace, crece, se desarrolla, reproduce y muere, la familia sigue un patrón el cual tiene diversas fases: (12)

- Fase de matrimonio
- Fase de expansión



- Fase de dispersión
- Fase de independencia
- Fase de retiro y muerte.

Este esquema propuesto por Geyman en 1980 es el que se lleva a cabo en México.

La fase de matrimonio se inicia al momento de la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo a la llegada del primer hijo, propiciando repercusiones importantes en las relaciones de pareja provocando ajustes en la vida de relación.

La fase de expansión es el momento de mayor velocidad donde se incorporan nuevos miembros a la familia.

Fase de dispersión se identifica al momento que los hijos acuden a la escuela y ninguno está trabajando se preparan sobre todo los hijos mayores para la siguiente etapa ya que se encuentran la mayoría en la adolescencia, donde los padres están sometidos a nuevos retos realizando ajustes al pensamiento de los jóvenes, llevando las diferencias de criterio y barreras de generación.

La fase de independencia es un tanto difícil determinar el número de años transcurridos, los hijos forman nuevas familias, fortalecer los lazos de unión entre padres y hijos antes los riesgos inherentes de debilitamiento progresivo, con respeto a las nuevas familias formadas. Suele durar entre 20 a 30 años esta etapa.

La fase de retiro y muerte.- marcada por la incertidumbre y nostalgia en esta fase de desarrollo familiar se identifican cuatro situaciones de difícil aceptación:

- Incapacidad para laborar (desempleo, enfermedades crónico degenerativas)
- Desempleo
- Agotamiento de los recursos económicos

Las familias de los hijos en etapa de expansión sin poder ayudar a los padres, confinados en su hogar de origen o recluyéndolos en asilos para ancianos.

En nuestra cultura es frecuente que los abuelos participen abiertamente en el seno familiar permite perpetuar la protección de los ancianos aprovechando la experiencia y sabiduría, que con responsabilidad y cautela no debe perderse por ser signo viviente de nuestra tradición cultural.

Las etapas normales del desarrollo familiar están plagadas de estrés anticipándose a éstos y colocándolos en la adecuada perspectiva. El médico familiar puede ayudar a que los pacientes se enfrenten a ellos antes que se produzca el mal funcionamiento.

DUVALL, señala ocho etapas del ciclo vital de la familia:

- Parejas casadas (sin hijos)
- Familias en procreación (el hijo mayor con edad entre recién nacido y 30 meses)
- Familias con hijos en etapa preescolar (el niño mayor entre 2 ½ y 6 años).
- Familias con niños en etapa escolar (el niño mayor entre los 6 y 13 años edad).
- Familias como centros de emancipación (desde que se va el primer hijo hasta que el último hijo abandona el hogar).
- Padres en edad intermedia (desde que se queda el nido vacío hasta la jubilación)
- Miembros de la familia que envejecen (desde la jubilación hasta la muerte de ambos esposos).

Esta clasificación separa la crianza de los hijos en tres etapas y no incluye el noviazgo ni la muerte. Las etapas se designan en términos de estructura y no de función. (12)

La comprensión del ciclo vital familiar junto con el desarrollo individual puede ayudar al médico a prever cada una de estas situaciones y preparar a las familias para acrecentar la comprensión del contexto de la enfermedad.

## GENOGRAMAS

Instrumentos útiles para los médicos familiares.

Es un instrumento clínico que puede ayudar al médico familiar a integrar información de la familia del paciente dentro de un proceso de aclaración del problema médico, habitualmente en el primer nivel de atención se tratan enfermos con diferentes trastornos de salud como padecimientos cardiovasculares, diabetes, hipertensión arterial en combinación con problemas psicosociales (violencia intrafamiliar, abuso de sustancias, entre otros) ofreciendo una oportunidad de obtención rápida de un historial familiar médico.

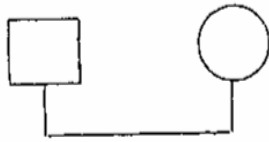
Utiliza una simbología estándar. Un genograma congrega y registra información de tres generaciones en seis categorías:

1. Estructura familiar
2. Estadio del ciclo de vida
3. Patrón de repetición a través de las generaciones
4. Eventos de la vida y funcionamiento familiar
5. Patrones de relación y triángulos
6. Equilibrio y desequilibrio familiar.

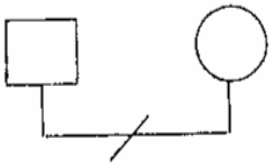
Permite a los médicos diagnosticar y manejar problemas clínicos psicosociales complicados. También ayudan a los médicos establecer una relación armónica con los pacientes, tener empatía y comprender sus circunstancias personales, especialmente en pacientes difíciles.

## ESTRUCTURA FAMILIAR

Hombre      Mujer



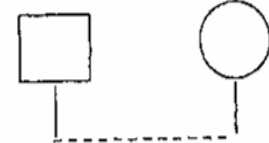
Matrimonio 1981



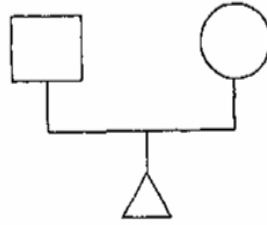
Separación



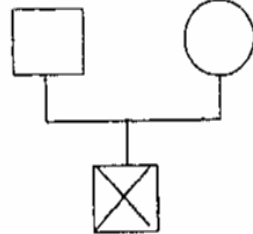
Divorcio



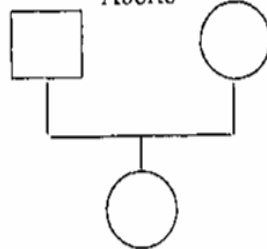
Unión libre



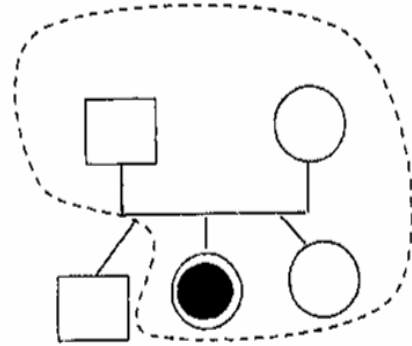
Embarazo



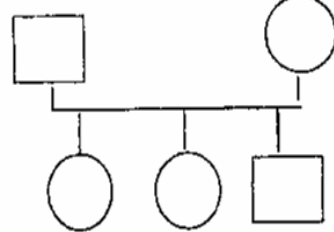
Aborto



Adopción



Miembros de la casa en círculo



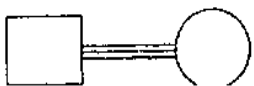
Hijos, el mayor a la izquierda  
el menor a la derecha



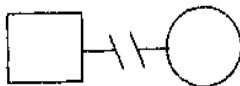
Pacientes en estudio

## PAUTAS DE RELACIÓN

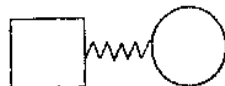
Estrechas



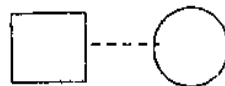
Interrumpidas



Conflictivas



Distantes



Entradas y Conflictos



## SISTEMAS EN MEDICINA FAMILIAR

En México se ha hecho común la utilización de pruebas como el Family APGAR, publicado por Smilktein en 1978; su propósito diseñar un instrumento para identificar la forma en que su paciente visualiza la funcionalidad de su propia familia. Por su brevedad limita la cantidad de información que se puede obtener, se apoya en muestras no representativas.

El Modelo Circunflejo de los Sistemas Familiares y Conyugales, de la Universidad de Minnesota, por Olson y Cols., facilita la visualización integral de la estructura familiar, presentando un esquema de su funcionalidad en tres dimensiones: cohesión, adaptabilidad y comunicación, para lograr ésto, se apoya en el Paquete de Evaluación Circunfleja (CAP), y éste está integrado por una serie de instrumentos, comprendiendo la satisfacción como una dimensión más; para las dimensiones de adaptabilidad y cohesión se utilizan FACES III, CUYAS SIGLAS SIGNIFICAN: Escalas para la Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar. MACES III, que son Escalas de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Marital. ENRICH: la dimensión de comunicación entre la pareja. El FACES III prueba confiabilidad para la discriminación de familias funcionales de las no funcionales.(13)

## MODELO SISTÉMICO DE LA ATENCIÓN MEDICA FAMILIAR.(14)

Desde la aparición en México de la medicina familiar, se ha desarrollado conforme a esquemas que si bien tiene un sustento médico con el propósito de proporcionar una satisfacción antes las necesidades de salud de las familias, no a contado con una base teórica que sustente evidencias científicas que permitan aclarar el conocimiento de los

grupos familiares asignados al cuidado de un médico, limitando las tres acciones que fundamentan el ejercicio profesional de la medicina familiar:

- Estudio de la familia
- Continuidad de la atención y
- Acción anticipatoria.
- Provocando insatisfacción tanto de los usuarios como del médico.

El modelo sistemático de la atención médica familiar se presenta como una propuesta por primera ocasión para llevar a cabo la práctica de la medicina familiar, elaborando una estrategia para iniciar acciones que definan con claridad el trabajo médico familiar y que favorezca un conocimiento lógico, analítico y crítico de las familias, redundando en adecuado estudio de las características de la población a su cuidado, definidos los campos de acción propios de la medicina familiar y fundamentar desarrollo de líneas de investigación en esta disciplina.

Este modelo consta de diversos elementos para su realización:

CENSO POBLACIONAL

ESTUDIO SISTEMATICO FAMILIAR

CAUSAS DE CONSULTA (análisis de demanda consulta).

Pasos a seguir en casa fase del modelo:

1. Identificar si la población asignada está sectorizada, la respuesta es sí identificar el número de expedientes de los derechohabientes asignados, clasificar por edad, sexo, conforme a los grupos etáreos (quinquenios), clasificar todos los expedientes por núcleos familiares. Con estos datos formular por técnica de paloteo y elaborar gráficos constituyendo la pirámide poblacional.

2. Estudio sistemático familiar.- Reproducir las cédulas de identificación familiar cuantas sean necesarias para coincidir con el número de grupos familiares asignados. Elaborar los cuadros gráficos correspondientes a cada rubro mencionado en la cédula de identificación utilizando números absolutos., porcentajes promedios y desviaciones estándar. Esto es de capital importancia para el diseño de estrategias de prevención y control en las familias a cargo.
  
3. Para la tercera fase apoyarse con el reporte diario de actividades del médico durante un año anterior a la fecha actual llenando el formato de motivos de consulta así como si son de primera vez o subsecuentes, clasificando por grupos de edad. Elaborar las gráficas correspondientes a cada motivo de consulta y con números absolutos y porcentajes.
  
4. Analizando los resultados identificaremos las características demográficas de la población adscrita al consultorio determinado con especial atención a los grupos de mayor riesgo: población infantil, mujeres en edad fértil, ancianos. En la segunda fase, describir la estructura familiar (ciclo vital, desarrollo) elementos socioculturales, relación de estos elementos con los factores de riesgo. En la tercera fase identificaremos.- relación de los principales motivos de consulta demográficos y económicos de las familias adscritas al consultorio. Finalizando con la elaboración de estrategias de acciones medico familiar preventivas, de diagnóstico y tratamiento, de rehabilitación.

POBLACION TOTAL (CON INFORMACION HASTA LOCALIDAD)  
ZONA METROPOLITANA Y MUN. TOTAL

CONSULTA DE: POBLACION TOTAL CON ESTIMACION PRO: SEXO SEGÚN: EDAD QUINQUENAL

	TOTAL	DE 0 A 4 AÑOS	DE 5 A 9 AÑOS	DE 10 A 14 AÑOS	DE 15 A 19 AÑOS	DE 20 A 24 AÑOS
TOTAL	103,263,388	10,186,243	10,511,738	10,952,123	10,109,021	8,964,629
HOMBRE	50,249,955	5,175,913	5,339,127	5,545,910	4,995,906	4,253,440
MUJER	53,013,433	5,010,330	5,172,611	5,406,213	5,113,115	4,711,189

FUENTE: INEGI. II CONTEO DE POBLACION Y VIVIENDA 2005

	DE 25 A 29 AÑOS	DE 30 A 34 AÑOS	DE 35 A 39 AÑOS	DE 40 A 44 AÑOS	DE 45 A 49 AÑOS	DE 50 A 54 AÑOS
TOTAL	8,103,358	7,933,951	7,112,526	6,017,268	5,015,255	4,090,850
HOMBRE	3,805,724	3,745,974	3,371,372	2,871,549	2,388,149	1,959,720
MUJER	4,297,634	4,187,977	3,741,154	3,145,719	2,627,106	2,130,930

	DE 55 A 59 AÑOS	DE 60 A 64 AÑOS	DE 65 A 69 AÑOS	DE 70 A 74 AÑOS	DE 75 A 99 AÑOS	DE 100 Y MAS AÑOS
TOTAL	3,117,071	2,622,476	1,958,069	1,496,691	2,243,950	17,649
HOMBRE	1,487,981	1,243,788	922,592	703,277	1,016,638	6,696
MUJER	1,619,090	1,378,688	1,035,477	793,414	1,227,312	10,953

NO ESPECIFICADO

2,810,720  
1,406,199  
1,404,521



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ante la situación actual de la atención médica familiar, la cual es insatisfactoria para los médicos como a los pacientes, ser episódica, fragmentada, poco resolutive así como el escaso o nulo impacto sobre los problemas de salud actuales. ¿Cómo establecer un programa de acciones preventivas de promoción de la salud, diagnóstico y tratamiento oportuno y rehabilitación temprana, en un consultorio de medicina familiar?, ¿cómo realizar un seguimiento efectivo?.

La familia es la unidad de nuestra cultura en la que se desarrollan relaciones y se proporcionan cuidados a largo plazo, los estudios de familias dan una base para detectar los riesgos que se oponen a un funcionamiento sano de la misma y ésta se debe utilizar para proporcionar consejo anticipado, Missildine sugiere que las manifestaciones del adulto pueden provenir de las actitudes definidas de los padres.(20).

Los conceptos del desarrollo, tanto individual como familiar son fundamentales en el trabajo evolucionista de personas y familias es básica, ya que con ello nos lleva a conceptualizarnos como seres cambiantes, dinámicos y diferentes al paso del tiempo; cuando el paso de una etapa a otra produce niveles altos de estrés o de eventos tensionantes, la capacidad de la familia se rebasa, apareciendo disfunciones familiares relevantes, se pueden identificar varios puntos que fundamentan la teoría del desarrollo a saber:

- a. Las familias cambian con el tiempo
- b. Las familias tienen un principio y un fin.
- c. Entre estos dos puntos existen un número de fases o etapas secuenciales y reconocidas.
- d. Las tareas del desarrollo necesitan aplicarse adecuadamente para pasar con éxito a la siguiente etapa.

- e. El paso de una etapa a otra genera estrés, el cual puede traducirse en problemas clínicos.
- f. En cada etapa se da un proceso de transmisión de principios biológicos, culturales y/o sociales.(21)

¿Cuáles son las principales características biosociales de las familias usuarias al consultorio No. 2 de la Clínica de Medicina Familiar “Cinco de Febrero” del I.S.S.S.T.E., así como sus principales causas de demanda de consulta?.

## JUSTIFICACIÓN

Los profundos cambios ocurridos en la medicina durante los últimos tiempos, solo se pueden comprenderse a fondo si se consideran desde la perspectiva histórica, no existe nada nuevo en esos cambios: la medicina ha estado cambiando constantemente desde sus comienzos, solo el ritmo es diferente. (15)

La medicina de familia ha surgido durante uno de estos períodos de reevaluación, en cierto sentido, ella misma constituye el producto de la fermentación de ideas. Además es importante que una disciplina surgida recientemente se base en fundamentos teóricos firmes, los cambios sociales, los avances en las ciencias de la conducta, la especialización y un nuevo patrón de enfermedad, han sido importantes para el conjunto de la medicina y sobre todo para la medicina de familia, exigiendo un nuevo tipo de médico.(16).

El curso normal del desarrollo de una familia lleva a sus miembros a través de un ciclo de acontecimientos que, dentro de determinada sociedad, tienen cierto grado de predicción, que puede incluir el noviazgo, el matrimonio, el nacimiento de cada hijo, el período escolar de cada uno de ellos, la salida del hogar de los mismos, la jubilación de cualquiera de los miembros que sostengan los gastos de la casa y finalmente, la muerte de uno de los miembros originales, por otro lado cada uno de los miembros pasa por ciclos individuales de acontecimientos que es un tanto predecible. En la mayoría de los casos, el médico familiar trata con un individuo en su consultorio, al valorar a dicho individuo no solo en el contexto de su desarrollo personal, sino también en el contexto de la estructura, función y estado de desarrollo familiar. (17)

El esquema actual de atención médica familiar ha favorecido insatisfacción tanto en el médico como en los pacientes ya que no se alcanzado el impacto sobre la problemática de salud en la población de nuestro país, del instituto y finalmente la ciencia médica, debido al

conocimiento insuficiente de las características sociosanitarias, así como de los recursos que puedan ser implementadas para mejorar el nivel de salud de las familias atendidas. Siendo necesario un uso racionalizado de los recursos con que se cuenta para mejorar la atención en los consultorios de medicina familiar, desde el tiempo de espera, agilización del uso de archivo clínico, derivaciones justificadas a 2° y 3° niveles de atención y en general una atención médica de mejor calidad que permita promover y mantener la salud de sus familias, para lograr estos propósitos el médico familiar deberá conocer con detalle la estructura de las familias a su cargo, la pirámide poblacional que la conforman, las patologías más frecuentemente tratadas así como la demanda de servicios que se ejerce en el consultorio asignado (siendo el consultorio No. 2), para llevar a cabo una eficaz labor, la que a largo plazo tendrá un impacto en la salud de las familias atendidas en el consultorio de la unidad familiar correspondiente y del sistema de salud del país.

El proyecto: Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar, pretende incidir en mayor o menor medida en cada uno de los cinco campos de acción planteados en la Carta de Ottawa, producto de la II Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, la cual señala que a fin de mejorar la salud de las colectividades es preciso actuar en cinco campos de acción: Reorientar los servicios de salud, mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida, crear medioambientes saludables, elaborar políticas explícitas para la salud y reforzar la acción comunitaria en salud. (18).

## **OBJETIVOS**

Objetivo general.-

Identificar las principales características bio psico sociales, las causas de demanda de la consulta, desarrollo de los núcleos familiares adscritos al consultorio No. 2 de la Clínica de Medicina Familiar “Cinco de Febrero”, I.S.S.S.T.E.

Objetivos Específicos.-

Determinar la población por edad y sexo.

Nivel de ingreso familiar.

Estado civil de la población adscrita.

Número de hijos por familia.

Tipología familiar.

Principales características.

Principales causas de demanda de consulta (10).

Principales métodos de planificación familiar.

Religión.

## **HIPOTESIS**

Por ser este un estudio de investigación de tipo descriptivo no requiere de formulación de una hipótesis.

## **METODOLOGÍA**

El trabajo de investigación realizado está comprendido como un estudio observacional; descriptivo; transversal, tanto retrospectivo como prospectivo, fundamentado en tres estrategias fundamentales:

- ***CENSO POBLACIONAL.***
- ***ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR.***
- ***IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE CONSULTA.***

Definiendo al UNIVERSO a estudiar en base a la población usuaria y/o adscrita al consultorio No. 2 de la Clínica de Medicina Familiar “Cinco de Febrero” por grupos de familias comprendidas de enero de 1997 a diciembre de 1998.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.- La tipología se basa en las familias asignadas al consultorio No. 2 de la clínica mencionada, utilizando una muestra representativa del grupo de familias asignadas, siendo aleatoria, relacionadas al tamaño de la población y aleatoria de las encuestas realizadas. Por cuotas hasta un total de 82, que representan el 10% del total de familias asignadas.

**CRITERIOS DE SELECCIÓN.-**

Características de los elementos para ingresar al estudio;

**CRITERIO DE INCLUSIÓN.-** Derechohabientes del I.S.S.S.T.E.

Adscritos al consultorio No. 2 de la C.M.F. “Cinco de  
Febrero”

Edad: con el censo, a todas las edades.

Sexo: a los dos sexos, que acuden al servicio.

Usuarios de primera vez y subsecuentes.

Encuesta: determinada por la cédula de identificación  
Familiar.

Diagnósticos de certeza, legibles.

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.-** No derechohabientes.

Foráneos.

No asignados al consultorio en cuestión.

Diagnósticos probables, ilegibles.

**CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.-** Defunciones.

Entrevista incompleta.

Cambios de adscripción

Expedientes incompletos.



**VARIABLES DE MEDICIÓN:**

**CUANTITATIVAS.**- edad, nivel de ingreso, número de hijos, escolaridad,  
años de unión conyugal,

**CUALITATIVAS.**- sexo, tipo de familia, estado civil, etapa ciclo vital, causas  
demanda de consulta\*, método de planificación familiar,  
ocupación de los padres de familia, religión.

\*para la identificación de las causas de consulta se consideran variables en escala nominal a las cuales corresponden: los diez primeros motivos de consulta, por grupos de edad y sexo.

## MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.-

La información se obtuvo de la siguiente manera:

Para realizar el censo de la población se obtuvo de la revisión total de los expedientes asignados al consultorio No. 2, de la clínica adscripción en archivo clínico, utilizando el método de paloteo, y concentrado en gráfica correspondiente.

Para el estudio sistemático familiar, se seleccionó la Cédula de Identificación Familiar formulada por Arnulfo Irigoyen Coria y colaboradores, modificada para recolectar método de planificación familiar y tipo de religión que se profesa. Con la captación de la información de tipo aleatoria y al azar.

Para la identificación de demanda de consulta se utilizó la hoja de Reporte diario de actividades del médico, formato SM 10, institucional, utilizando el método de paloteo recolectando la información de primera vez y subsecuente así como por grupo de edad, sexo y los diez principales motivos de consulta durante el año de 1997.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS.-

El presente trabajo se apega a las recomendaciones establecidas en la Declaración de HELSINKI, así como por la Ley General de Salud de la SECRETARÍA DE SALUD, en materia de investigación.

## RESULTADOS

Al analizar los resultados de los datos obtenidos en el Censo Poblacional, datos recolectados al revisar la totalidad de los expedientes asignados al consultorio No. 2 de la Clínica de Medicina Familiar “Cinco de Febrero”, del I.S.S.S.T.E., en el año de 1997, así como de los datos que resultaron de la aplicación de la Cédula de Recolección Datos en la hoja tabular de identificación familiar, en el año de 1999, podemos mencionar que:

Al examinar la tabla de censo de población asignada al consultorio citado, observamos que la mayoría de la población se encuentra entre las edades quinquenales: 30 a 34 y de 59 a 64, con predominio de mujeres, con tendencias a gran población de grupos edad de personas de edad avanzada.

Observando en la tabla de estado civil (tabla y gráfica 2), que predominan los casados.

Con respecto a los años de unión conyugal, al realizar la sumatoria, encontramos de 1083 años con una media de 15.70 con mínimo de 2.3 años a máximo de 42 años.

Al respecto de los años del padre se pudo obtener la sumatoria de 3076: media de 44.58, con un mínimo de 30 a máximo de 70 años; en relación a los años de la madre encontramos: 3357 con media de 41.44 años, mínimo de 26 a máximo de 64 años, tomando en cuenta a las madres solteras.

En la tabla y gráfica 3, dedicada a la escolaridad podemos ver que la educación medio superior o técnica es la que predominó en las observaciones, teniendo una población considerada con un adecuado nivel cultural.

El método de planificación familiar mayormente observado fue el de oclusión tubaria bilateral, ver tabla y gráfica 4, en el punto de otros se sumaron los que se refieren a los métodos de apoyo como óvulos, coitus interruptus, en ninguno se mencionan por ser madres solteras que no llevan actualmente vida sexual activa o divorciadas y separadas por el mismo motivo.

En la tabla y gráfica 5 se puede ver la edad de los hijos los cuales se encuentran predominantemente entre los 11 a 19 años.

En la tabla y gráfica 6 que se relaciona con la composición familiar obtenemos el dato que la familia nuclear es la que predominó en las encuestas.

Al revisar la tabla 7 que se refiere a la funcionalidad familiar observamos que predomina la integración familiar.

En la etapa del ciclo vital de la familia se obtuvo el dato de predominio de fase de expansión, así como se agrega el de familias solteras que no se encuentran en alguna etapa estudiada. Tabla y gráfica 8.

En la tabla de ingreso familiar, corresponde a la tabla y gráfica 9, se puede analizar que predomina el ingreso de uno a dos salarios mínimos.

Al analizar la tabla 10, con respecto a la ocupación de los padres encontramos que se encuentra con predominio de empleados, seguido con el nivel de profesional, mencionando que se agregaron los padres que son profesores de educación secundaria y de primaria, los cuales llevan la carrera magisterial profesionalizada.

A continuación se relaciona la tabla y gráfica correspondiente (11), de tipo desarrollo de familia, encontrando predominio de familia moderna.

Con respecto a la demografía, todas las familias estudiadas se encuentran en el rubro de familia urbana.

La religión se describe en la tabla y gráfica No. 12, encontrando que prevalece la religión católica, solo una familia practica la religión testigo de Gehová.

Con respecto a las diez principales causas de consulta se observa que prevalece en primer lugar las infecciones de vías respiratorias altas, así se encuentra con las siguientes causas de demanda de consulta enfermedades crónico degenerativas, observando la gráfica y tabla correspondiente (13-14).

Respecto a las causas de demanda consulta resalta que en primer lugar prevalece las enfermedades de las vías respiratorias altas, reconociendo que las enfermedades crónico-degenerativas se encuentran dentro de las principales demandas de consulta, siendo similar a las reportadas por la unidad médica mencionada, por los reportes trimestrales efectuadas por la clínica durante el año de 1998. Descrita en la tabla número 15.

**TABLA NO.1 .- CENSO POBLACIONAL, EDAD Y SEXO DE LA POBLACIÓN ADSCRITA AL CONSULTORIO No.2 DE LA CLÍNICA CINCO DE FEBRERO 1999**

<b>EDAD</b>	<b>MASCULINOS</b>	<b>FEMENINOS</b>	<b>TOTALES</b>
< - 1	7	8	15
1 - 4	35	52	87
5 - 9	77	77	154
10 - 14	77	59	136
15 - 19	79	62	141
20 - 24	34	47	81
25 - 29	27	71	98
30 - 34	57	96	153
35 - 39	55	92	147
40 - 44	60	99	159
45 - 49	53	93	146
50 - 54	42	70	112
55 - 59	38	57	95
60 - 64	33	62	95
65 - 69	32	50	82
70 - >	63	105	168
<b>TOTAL</b>	<b>769</b>	<b>1100</b>	<b>1869</b>

FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO. 1999

GRÁFICA No. 1.- CENSO POBLACIONAL, EDAD Y SEXO .

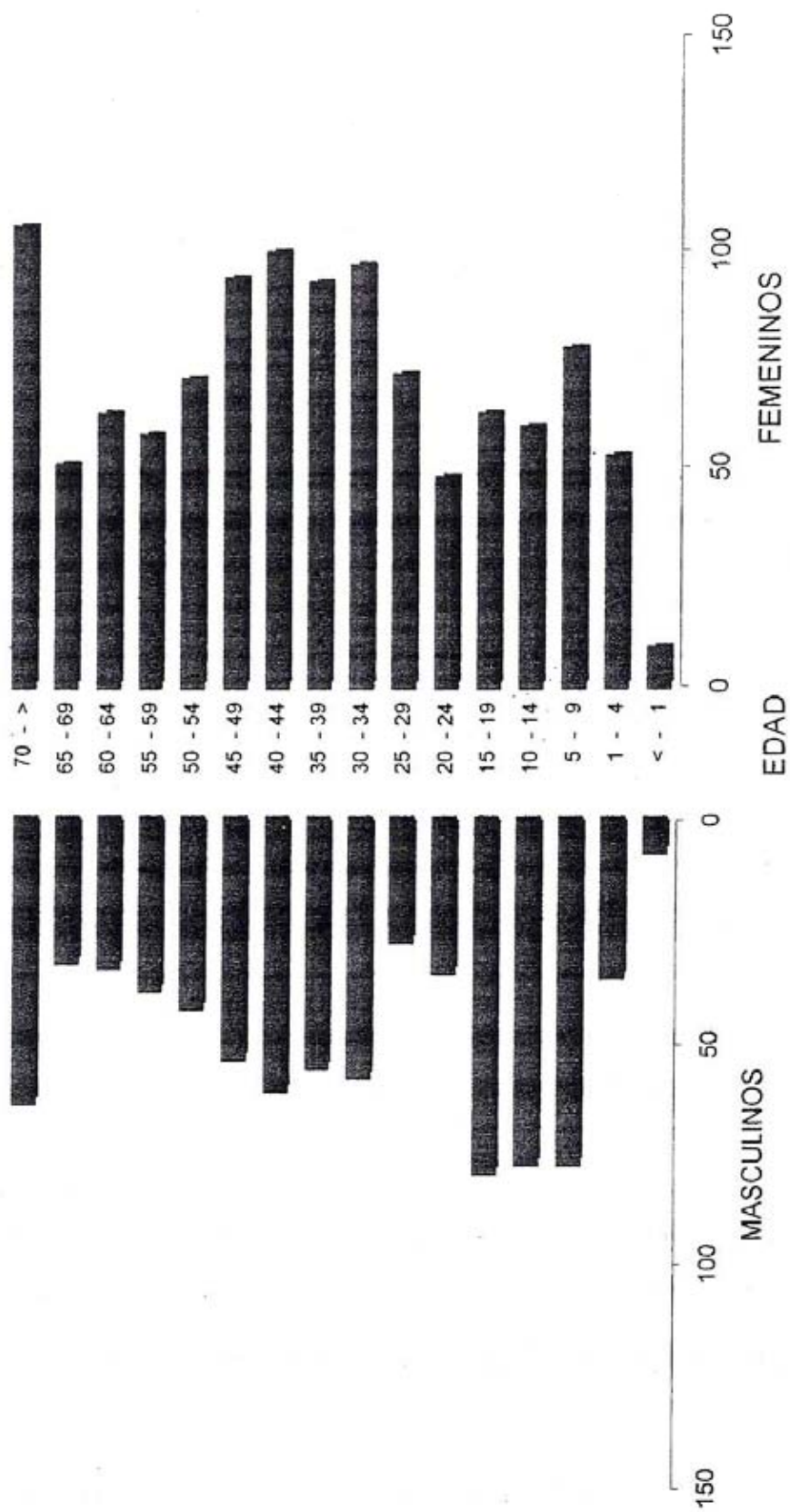


TABLA 2.- ESTADO CIVIL

	NÚMERO	%
SOLTERO	11	13.41
CASADO	63	76.82
UNIÓN LIBRE	4	4.88
DIVORCIADO	4	4.88
VIUDO	0	0

FUENTE: Cédula de recolección datos. 1999

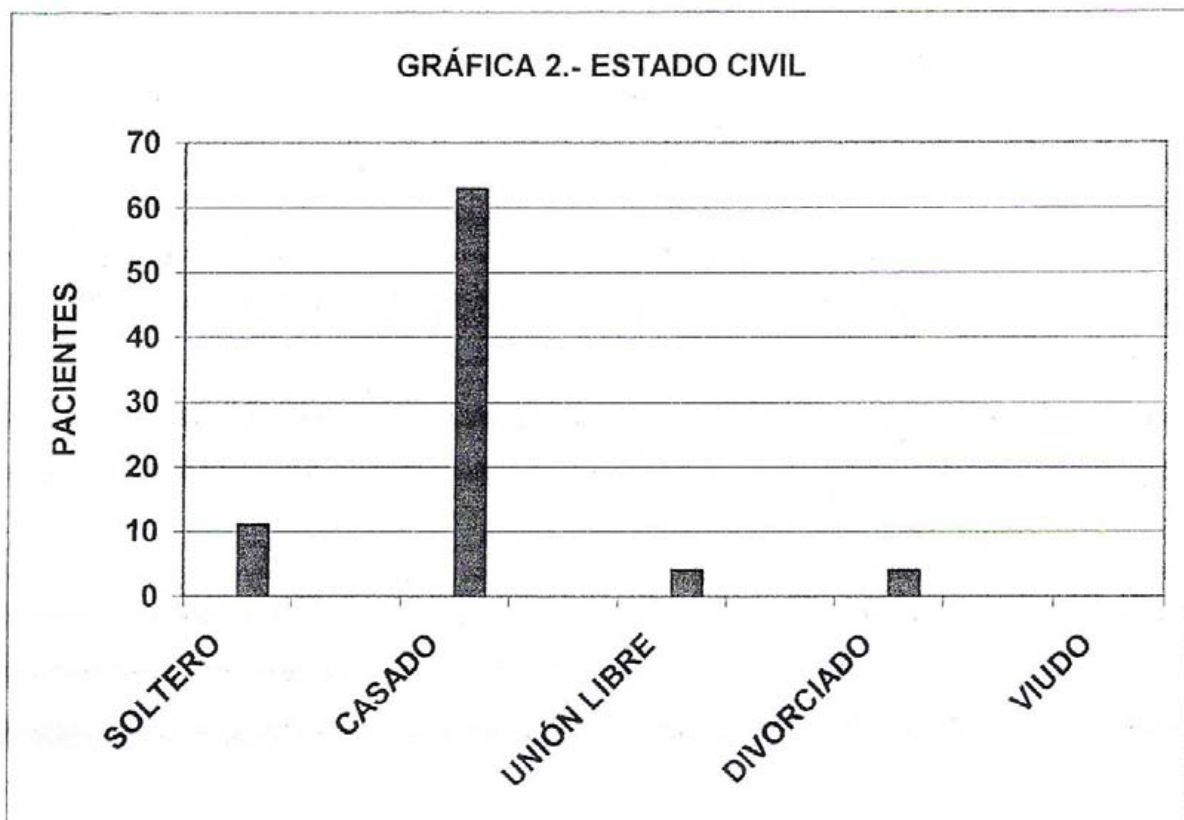
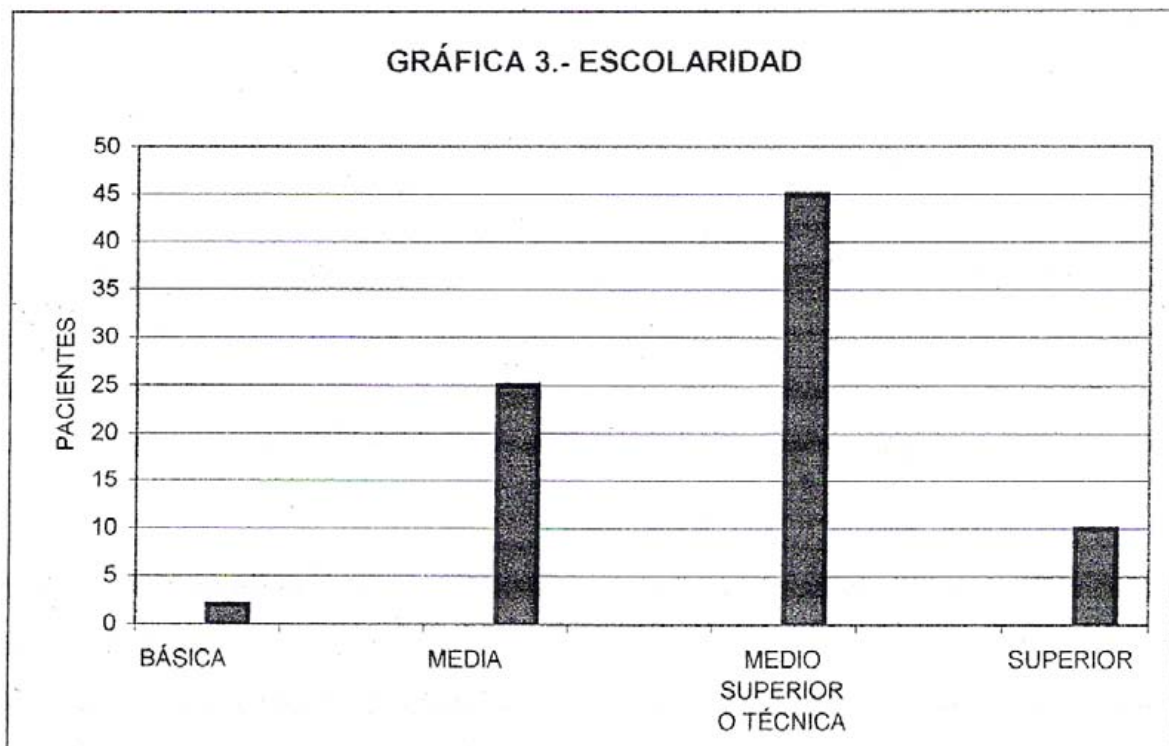




TABLA 3.- ESCOLARIDAD

	NÚMERO	%
BÁSICA	2	2.44
MEDIA	25	30.49
MEDIO SUPERIOR O TÉCNICA	45	54.88
SUPERIOR	10	12.19

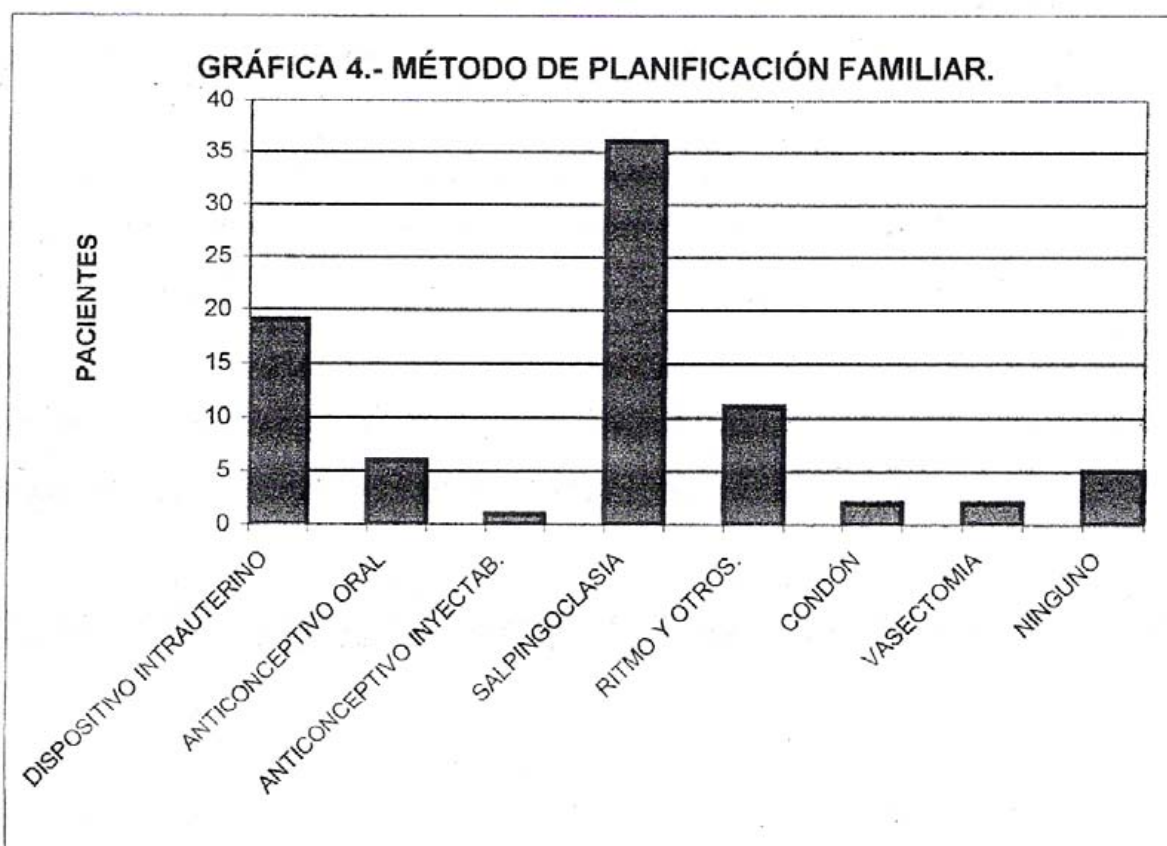
Fuente: Cédula de recolección datos 1999



**TABLA 4 .- MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

	NÚMERO	%
DISPOSITIVO INTRAUTERINO	19	23.17
ANTICONCEPTIVO ORAL	6	7.32
ANTICONCEPTIVO INYECTAB.	1	1.22
SALPINGOCLASIA	36	43.9
RITMO Y OTROS.	11	13.41
CONDÓN	2	2.44
VASECTOMIA	2	2.44
NINGUNO	5	6.1
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>100</b>

Fuente: Cédula de recolección datos 1999



**TABLA 5.- NÚMERO DE HIJOS**

	NÚMERO	%
HASTA 10 AÑOS EDAD.	65	39.63
DE 11 A 19 AÑOS EDAD	65	39.63
DE 20 AÑOS O MAS DE EDAD	34	20.73
<b>TOTAL</b>	<b>164</b>	<b>100</b>

Fuente: Cédula de recolección datos 1999

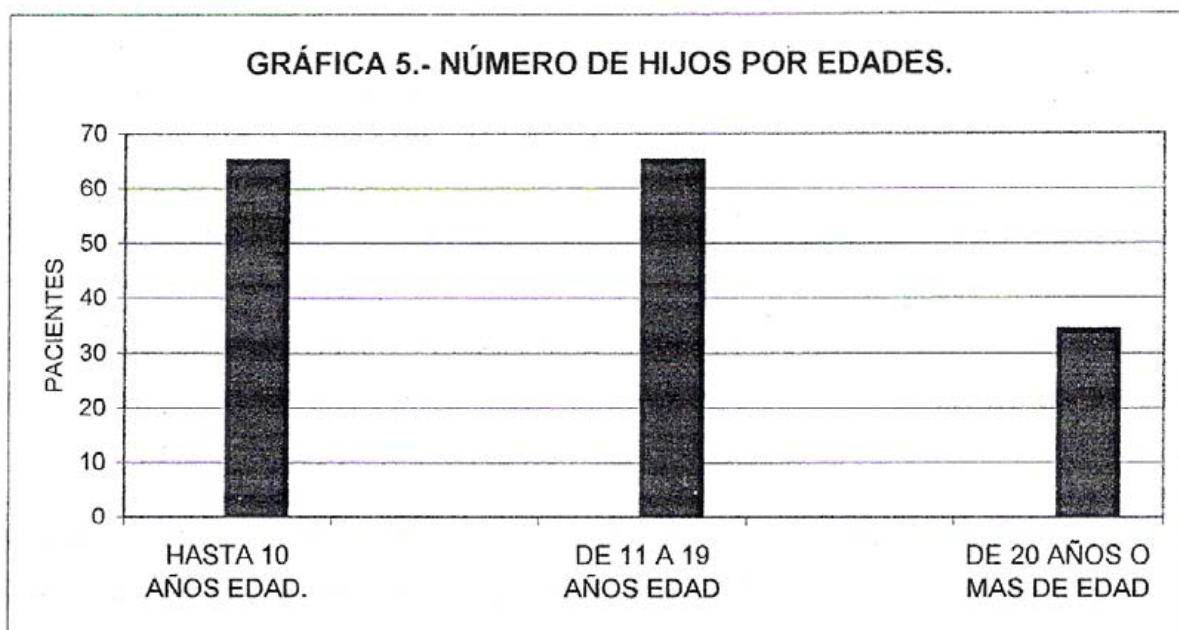
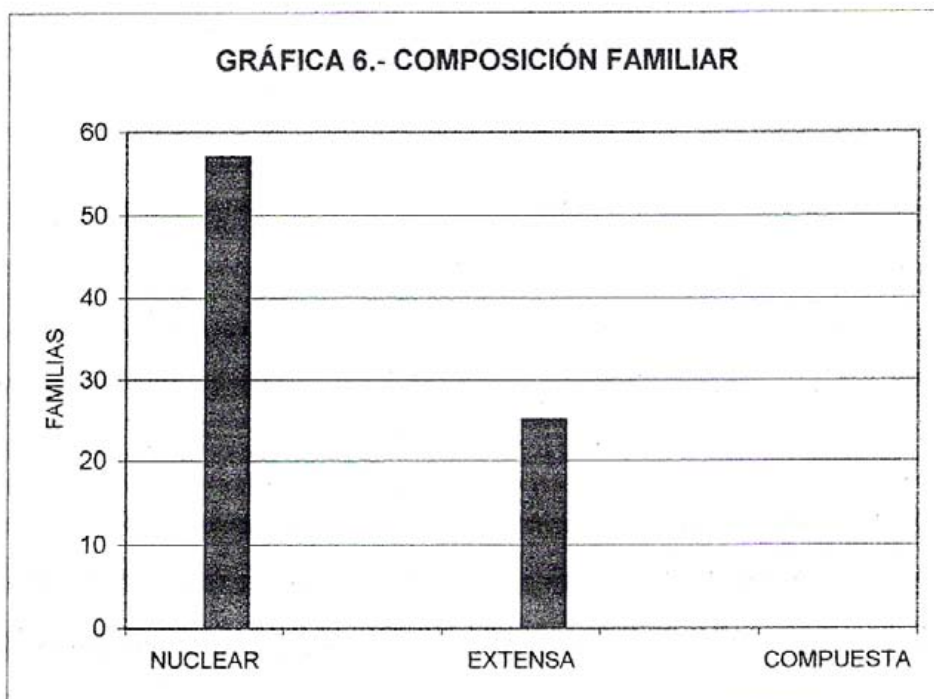


TABLA 6.- COMPOSICIÓN FAMILIAR .

COMPOSICIÓN	NÚMERO	%
NUCLEAR	57	69.51
EXTENSA	25	30.49
COMPUESTA	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>100</b>

Fuente: Cédula de recolección datos, 1999



**TABLA 7.- FUNCIÓN FAMILIAR**

<b>FUNCIÓN</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>%</b>
INTEGRADA	66	80.49
DESINTEGRADA	16	19.51
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>100</b>

Fuente; Cédula de recolección datos, 1999

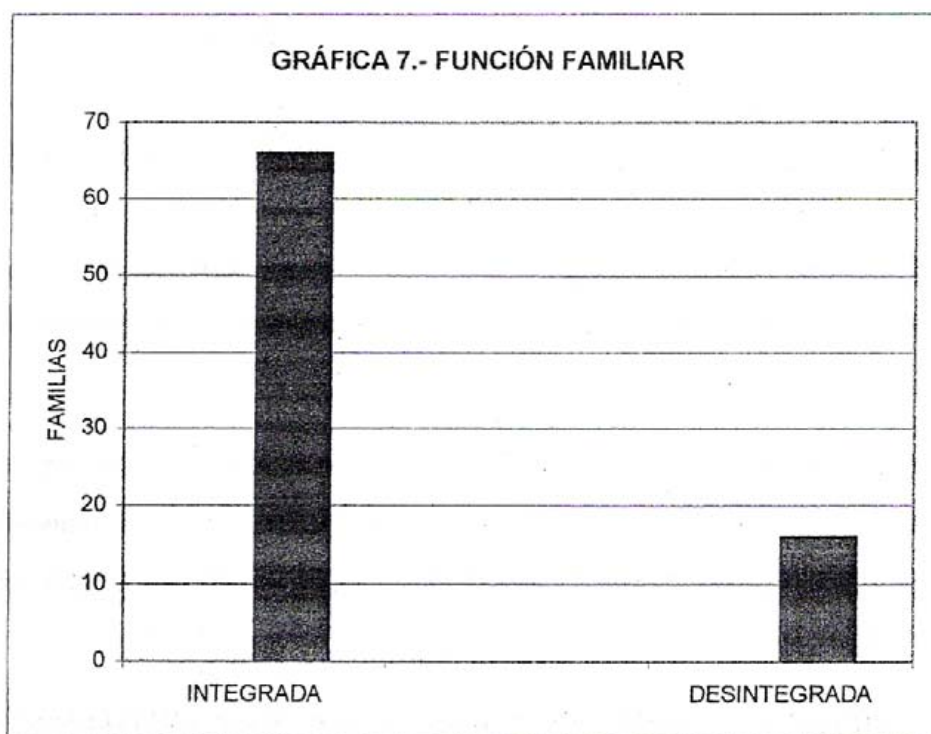
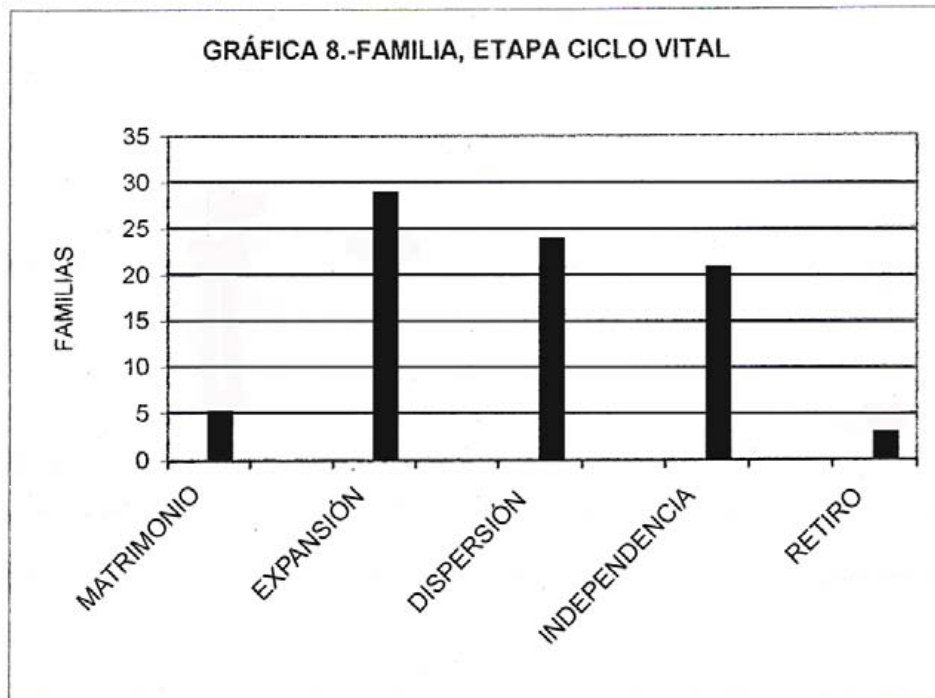


TABLA 8.- FAMILIA, ETAPA CICLO VITAL

ETAPA	NÚMERO	%
MATRIMONIO	5	6.10
EXPANSIÓN	29	35.36
DISPERSIÓN	24	29.27
INDEPENDENCIA	21	25.61
RETIRO	3	3.66
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>100</b>

Fuente; Cédula de recolección datos, 1999



**TABLA 9.- INGRESO FAMILIAR**

SALARIOS MÍNIMOS	NÚMERO	%
< - 1	1	1.22
1 - 2	55	67.07
3 - >	26	31.71
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>100</b>

Fuente; Cédula de recolección datos, 1999

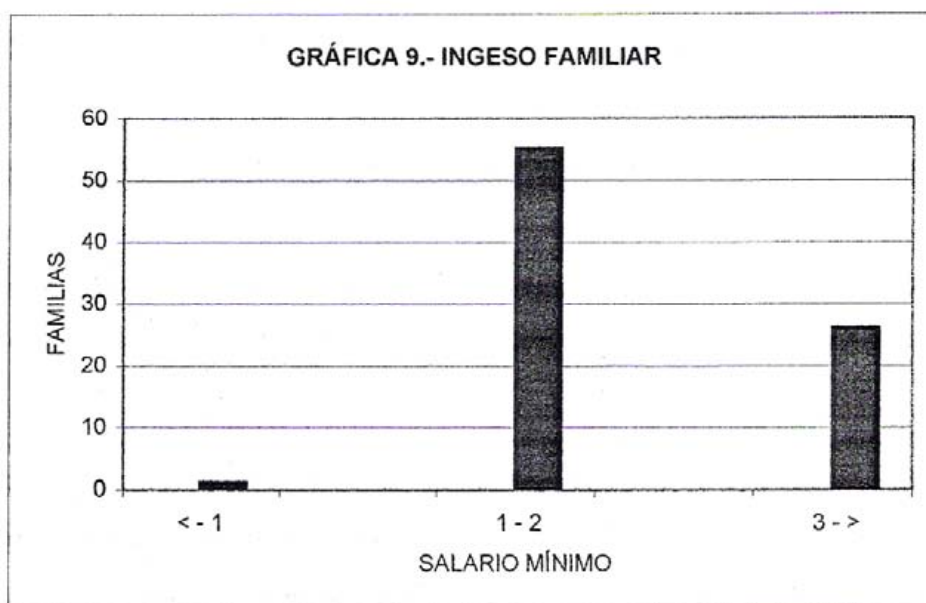
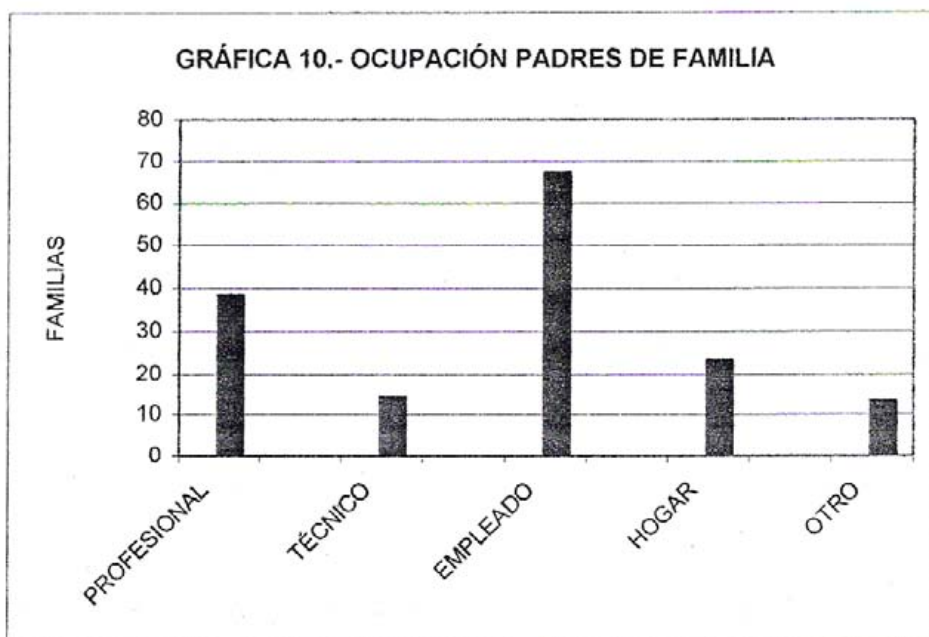


TABLA 10.- OCUPACIÓN PADRES DE FAMILIA

OCUPACIÓN	NÚMERO	%
PROFESIONAL	38	24.52
TÉCNICO	14	9.03
EMPLEADO	67	43.22
HOGAR	23	14.84
OTRO	13	8.39
<b>TOTAL</b>	<b>155</b>	<b>100</b>

Fuente: Cédula recolección datos 1999





**TABLA 11.- FAMILIA, TIPO DE DESARROLLO**

<b>DESARROLLO</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>%</b>
MODERNA	61	74.39
TRADICIONAL	21	25.61
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>100</b>

Fuente: Cédula de recolección datos, 1999

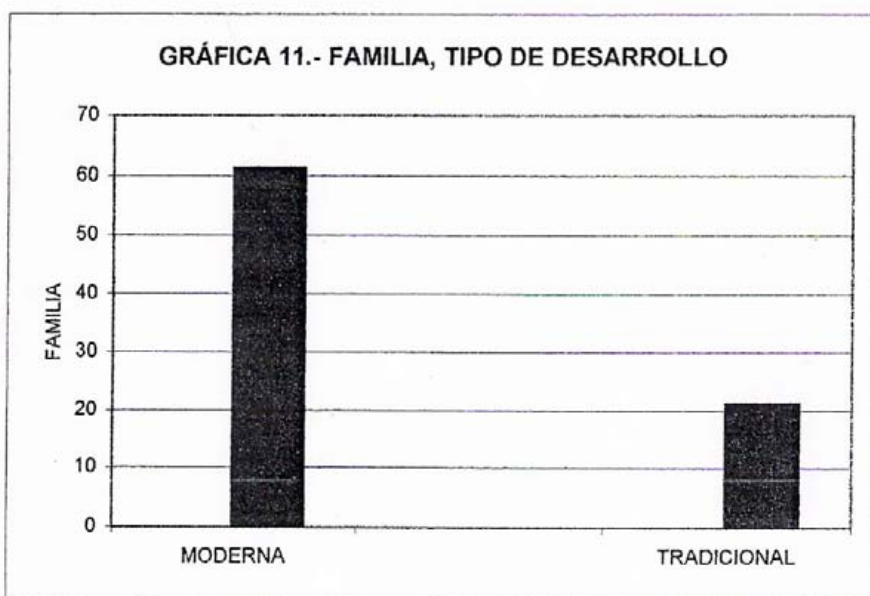


TABLA 12.- FAMILIA, TIPO DE RELIGIÓN

RELIGIÓN	NÚMERO	%
CATÓLICA	81	98.78
OTRAS	1	12.19
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>100</b>

Fuente; Cédula de recolección datos, 1999

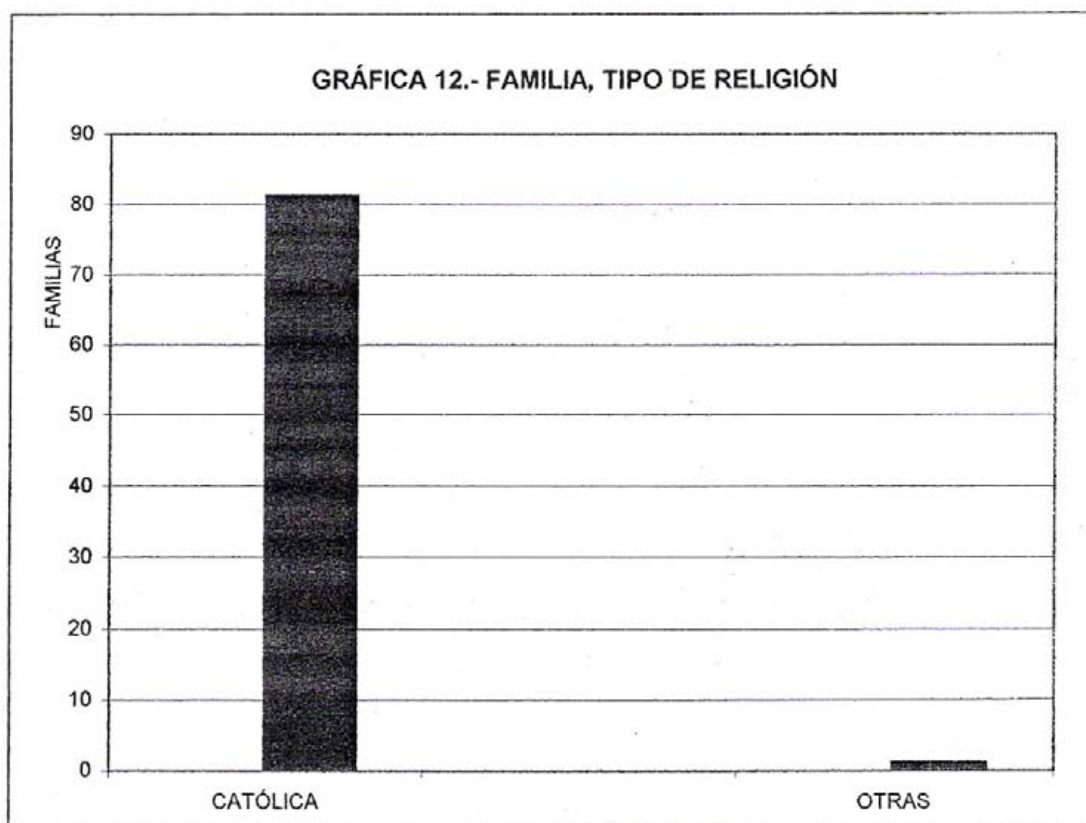


TABLA No. 13.- DIEZ PRINCIPALES MOTIVOS DE DEMANDA DE CONSULTA.

EDAD	1a VEZ	SUBSC	0- 4 5-		9 10-		14 15-		19 20-		24 25-		29 30-		34 35-		39 40-		44 45-		49 50-		54 55-		59 60-		64 65-		69 70 +				
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			
I FARINGITIS Y OTITIS	480		98	40	66	34	14	34	32	15	12	7	18	27	17	10	23	19	30	11	46	16	24	8	36	8	16	1	4	1	6	1	2
II HIPERTENSION ARTERIAL	60	220													2	3	4	7	6	18	38	24	84	10	8	16	14	16	24	10	16		
III GEPI Y COLITIS	136		38	4	30	2	6	0	10	1	6	3	4	2	8	4	14	4	6	4	12	8	12	4	10	2	2	4	6	2	0	0	2
IV DIABETES MELLITUS	30	88									2	2		6	4	2	6	4	8	16	16	24	3	10	1	8	3	1	1	1	1		
V SANOS	76		12	14	22	14	12	6	10	1	1	1				1	1	1	1										3	1			
VI ESGUINCES Y FXS. DIVERSAS	38	44			2	0	4	2	0	1	2	1	8	2	4	5	5	2	6	2	2	11	1	14	0	0	0	3	1	2	2	2	
VII GONARTROSIS Y ARTROPATIAS	22	58							1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	2	4	0	4	0	8	4	8	6	12	4	6	0	12	
VIII NEUROSIS	32	48			0	0	2	0	0	2	1	0	1	0	1	3	1	7	10	20	6	8	10	0	6	0	0	2	0	0	0	0	
IX INFECCION VIAS URINARIAS	38	22	6						3	1	3	2	3	4	0	8	2	6	2	6	0	4	0	5	0	3	0	2	0	0			
X CERVICOVAGINITIS	24	22	1	1	1	1							9	5	14	8	3	1	0								2						

FUENTE: ARCHIVO CLINICO. FORMA SM10 1999

TABLA No.14 .- FRECUENCIA DE CONSULTAS .

	CAUSA	1a VEZ	SUB- SECUENTE	TOTAL
I	FARINGITIS Y OTITIS	480	98	578
II	HIPERTENSION ARTERIAL	80	220	300
III	GEPI Y COLITIS	136	38	174
IV	DIABETES MELLITUS	30	88	118
V	SANOS	78	12	90
VI	ESGUINCES Y FXS. DIVERSAS	38	44	82
VII	GONARTROSIS Y ARTROPATIAS	22	58	80
VIII	NEUROSIS	32	48	80
IX	INFECCION VIAS URINARIAS	38	22	60
X	CERVICOVAGINITIS	24	42	66
	<b>TOTAL</b>	958	670	1628

FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO FORMA SM 10 , 1999

**TABLA No. 15 .- DIEZ CAUSAS DE MORBILIDAD DE LA CLÍNICA  
" CINCO DE FEBRERO " ISSSTE DURANTE 1999**

<b>PADECIMIENTO</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>%</b>
INFECCIÓN DE VIAS RESPIRATORIAS (Faringitis, amigdalitis, otitis entre otros)	10,048	35.37
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	4,757	16.74
CARIES	3,856	13.57
DIABETES MELLITUS (tipo I y tipo II)	2,219	7.81
INFECCIONES DEL APARATO DIGESTIVO (enteritis G.E.P.I., colitis, entre otros)	1,797	6.32
VULVOVAGINITIS	1,707	6
SÍNDROME ÁCIDO PÉPTICO	1,160	4.08
ACCIDENTES (incluye contusiones diversas)	1,094	3.85
INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS	945	3.33
ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA	826	2.91
<b>TOTAL</b>	<b>28,409</b>	<b>100</b>

FUENTE : INFORMES TRIMESTRALES CLÍNICA " CINCO DE FEBRERO "

TABLA No.16 .- CAUSA DE CONSULTA, FARINGITIS Y OTITIS .

EDAD	0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 >
MASCULINOS	40	34	34	15	7	27	10	19	11	16	8	8	1	1	1
FEMENINOS	66	14	32	12	18	17	23	30	46	24	36	16	4	6	2
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>48</b>	<b>66</b>	<b>27</b>	<b>25</b>	<b>44</b>	<b>33</b>	<b>49</b>	<b>57</b>	<b>40</b>	<b>44</b>	<b>24</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>3</b>

FUENTE: ARCHIVO CLINICO. FORMA SMT10 1999

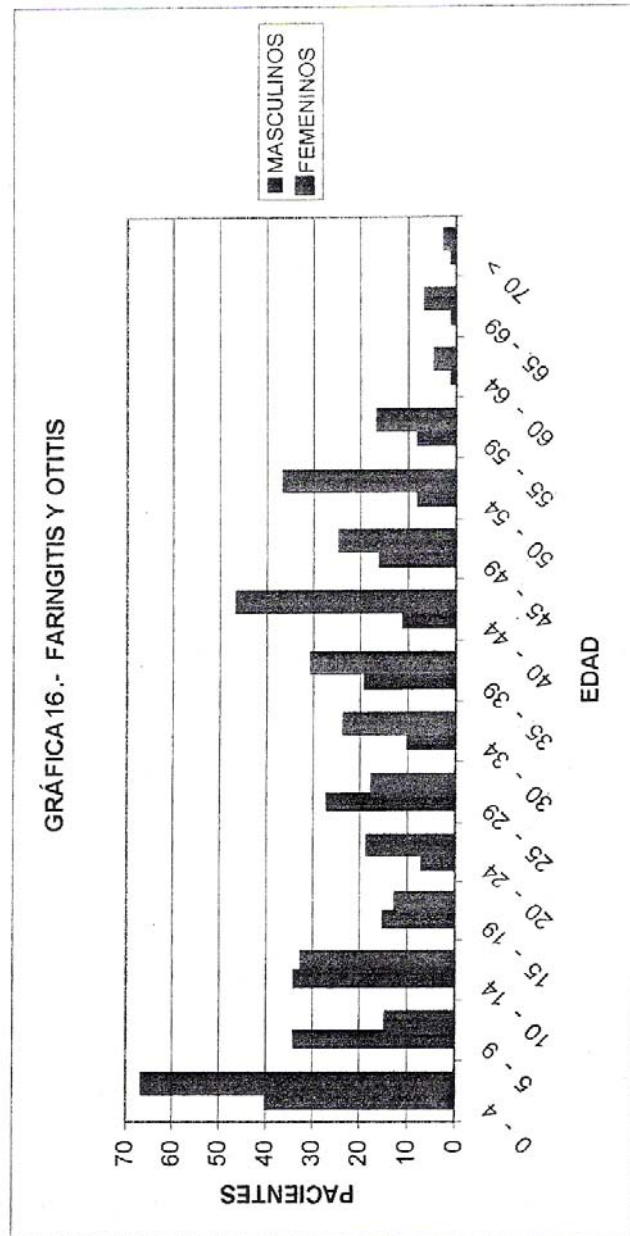


TABLA No. 17 .- CAUSA DE CONSULTA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL

EDAD	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 >
MASCULINOS							2	3	7	18	24	10	16	16	10
FEMENINOS								4	6	38	84	8	14	24	16
TOTAL							2	7	13	56	108	18	30	40	26

FUENTE: ARCHIVO CLINICO, FORMA SM10 1998

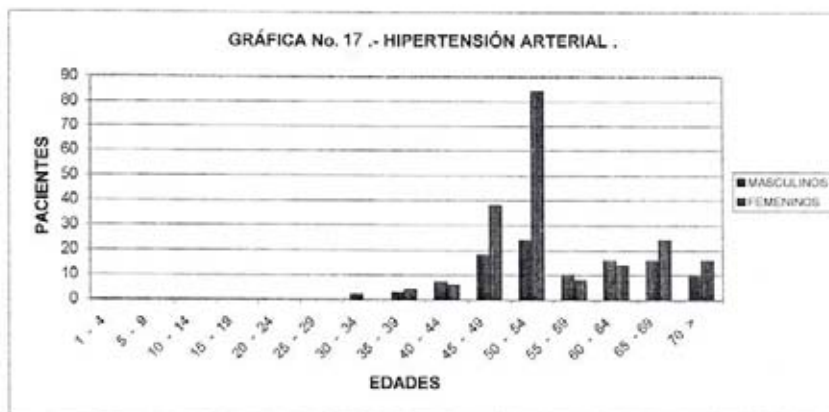


TABLA No. 18.- CAUSA DE CONSULTA , GEPI Y COLITIS .

EDAD	0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 >
MASCULINOS	4	2	0	1	3	2	4	4	4	8	4	2	4	2	0
FEMENINOS	30	6	10	6	4	8	14	6	12	12	10	2	6	0	2
TOTAL	34	8	10	7	7	10	18	10	16	20	14	4	10	2	2

FUENTE: ARCHIVO CLINICO. FORMA SM10 1969

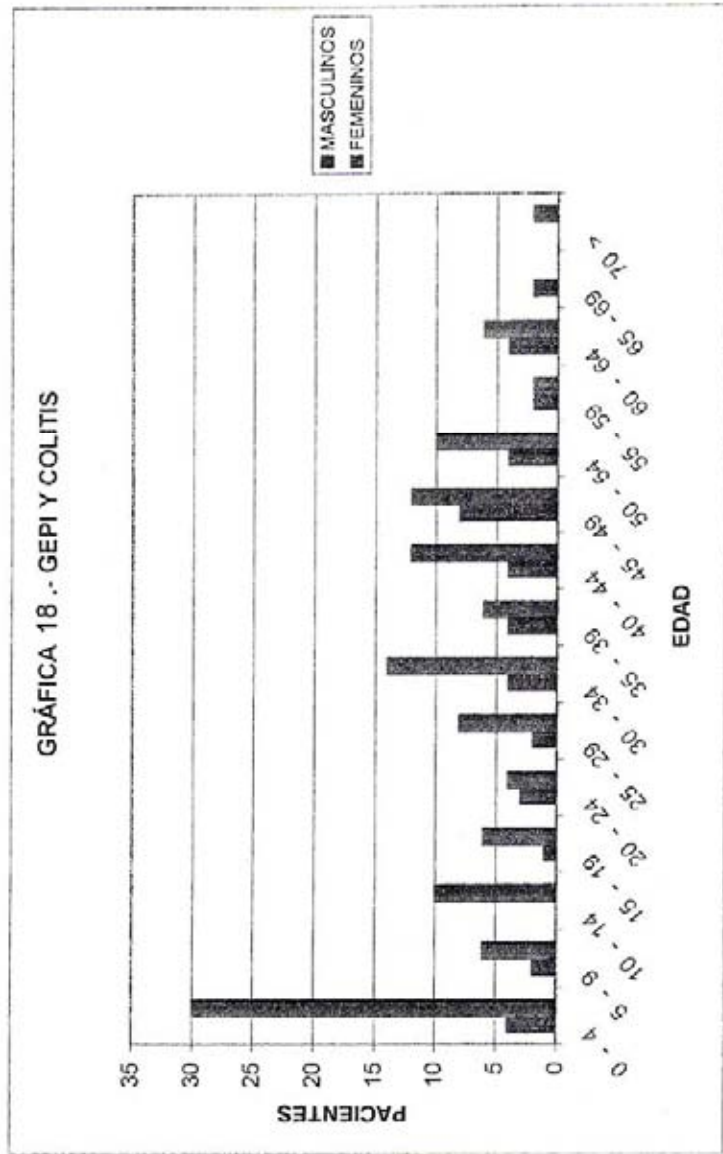




TABLA No.19.- CAUSA DE CONSULTA, DIABETES MELLITUS .

EDAD	0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 >
MASCULINOS						4	6	8	16	3	1	3	1		
FEMENINOS				2	2	6	2	4	16	24	10	8	1	1	
<b>TOTAL</b>				<b>2</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>24</b>	<b>40</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	

FUENTE: ARCHIVO CLINICO. FORMA SM10 1999

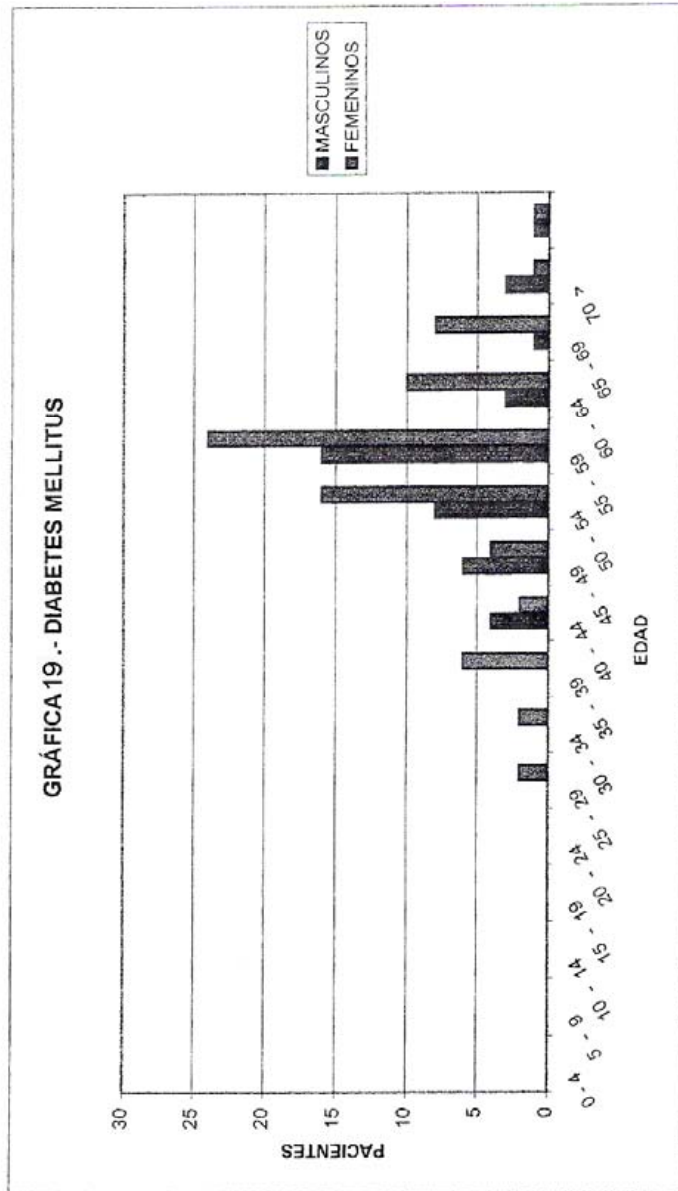


TABLA No. 20.- CAUSA DE CONSULTA, SANOS.

EDAD	0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 >
MASCULINOS	14	14	6	1			1	1							
FEMENINOS	22	12	10	1	1		1	1					3		1
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>26</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>1</b>		<b>2</b>	<b>2</b>					<b>3</b>		<b>1</b>

FUENTE: ARCHIVO CLINICO. FORMA SM10 1999

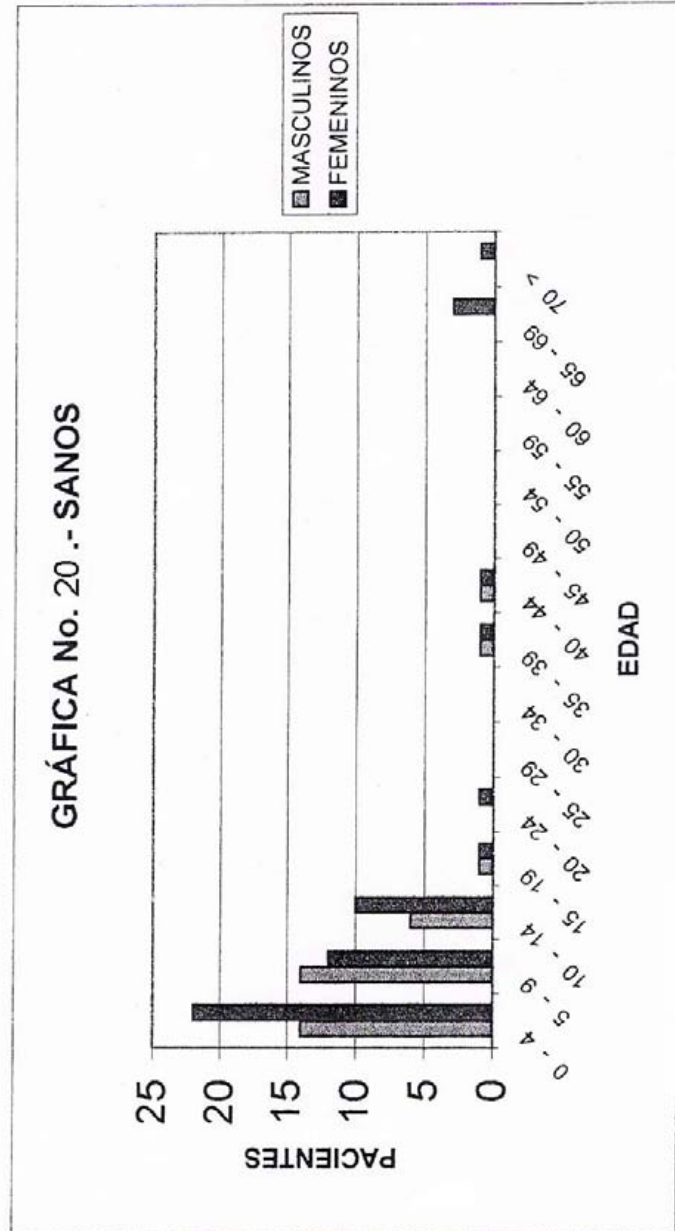


TABLA No. 21.- CAUSA DE CONSULTA, ESGUINCES Y FXS. DIVERSAS .

EDAD	0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 >
MASCULINOS	2	4	0	2	6	4	5	6	2	1	0	0	1	2	2
FEMENINOS	0	2	1	1	2	5	2	2	11	14	0	3	2	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>

FUENTE: ARCHIVO CLINICO. FORMA SM10 1989

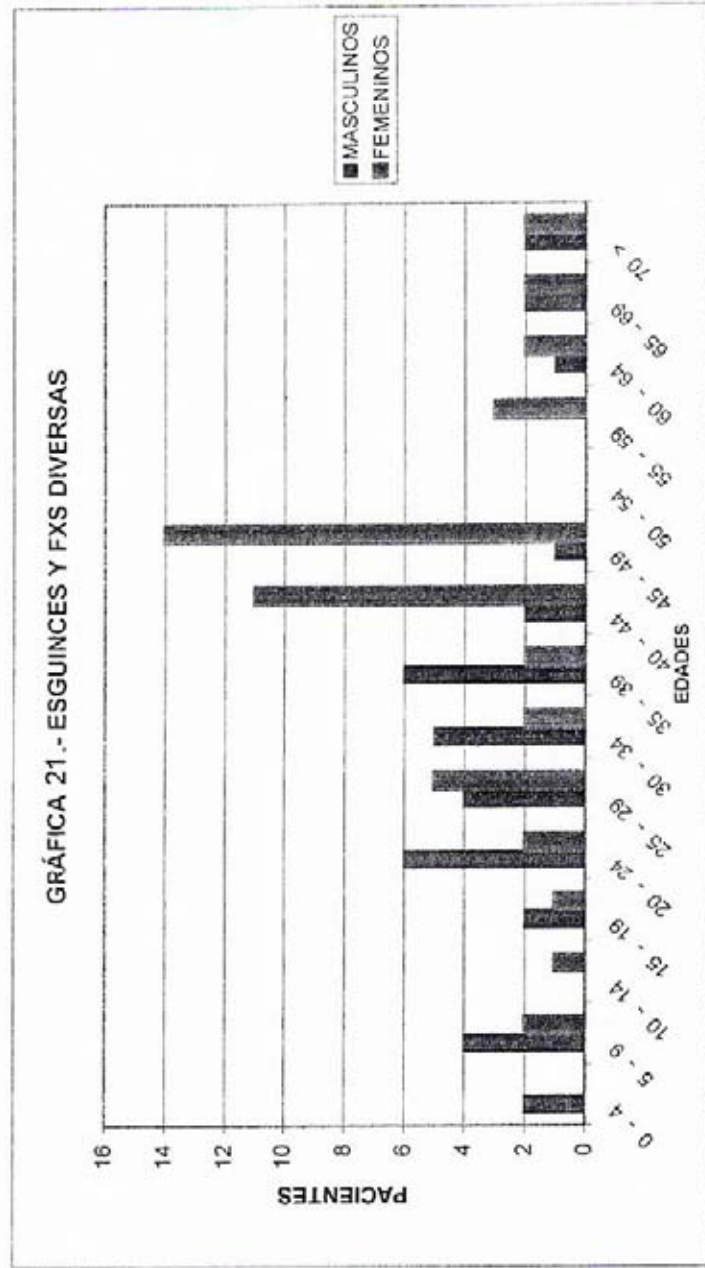


TABLA No. 22.- CAUSA DE CONSULTA, GONARTROSIS Y ARTROPATIAS .

EDAD	0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 >
MASCULINOS				1	1	1	1	0	2	0	0	4	6	4	0
FEMENINOS				1	1	1	2	2	4	4	8	8	12	6	12
<b>TOTAL</b>				<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>18</b>	<b>10</b>	<b>12</b>

FUENTE: ARCHIVO CLINICO. FORMA SM10 1999

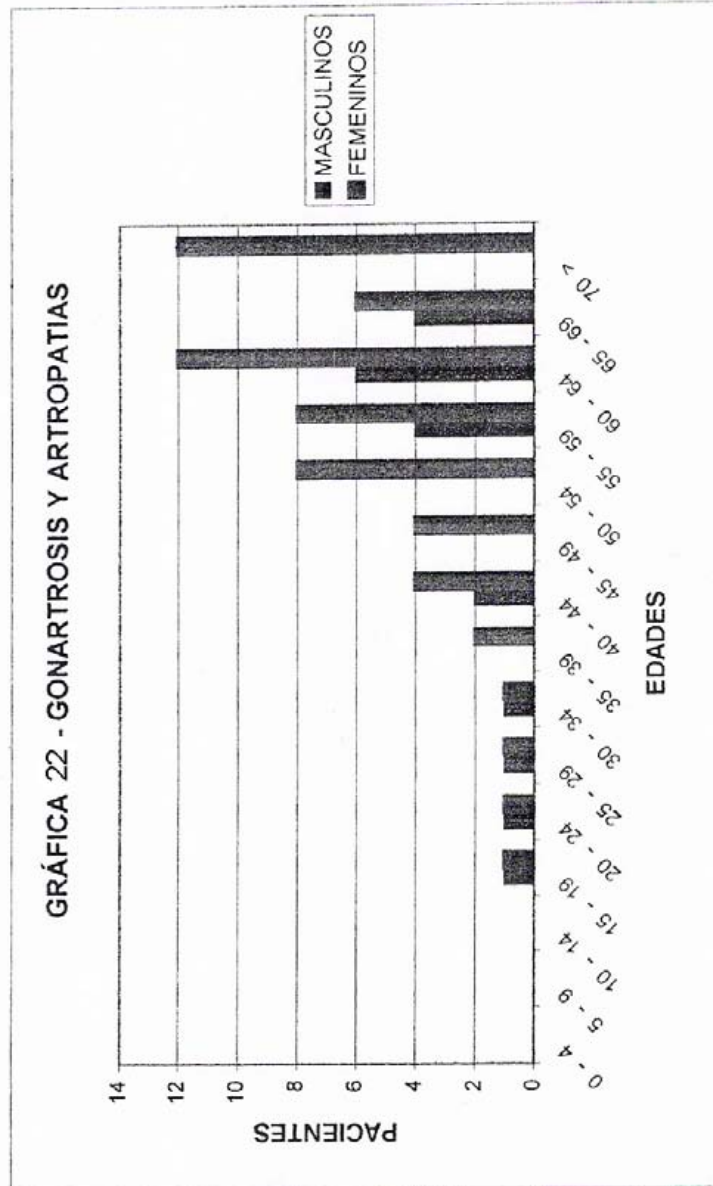


TABLA No. 23 - CAUSA DE CONSULTA, NEUROSIS DIVERSAS .

EDAD	0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 >
MASCULINOS		2		2	1	1	1	1	1	10	6	10	6	0	0
FEMENINOS		0	0	0	0	0	3	7	20	8	0	0	0	2	0
TOTAL		2	2	2	1	1	4	8	30	14	10	6	2	2	0

FUENTE: ARCHIVO CLINICO. FORMA SM10 1999

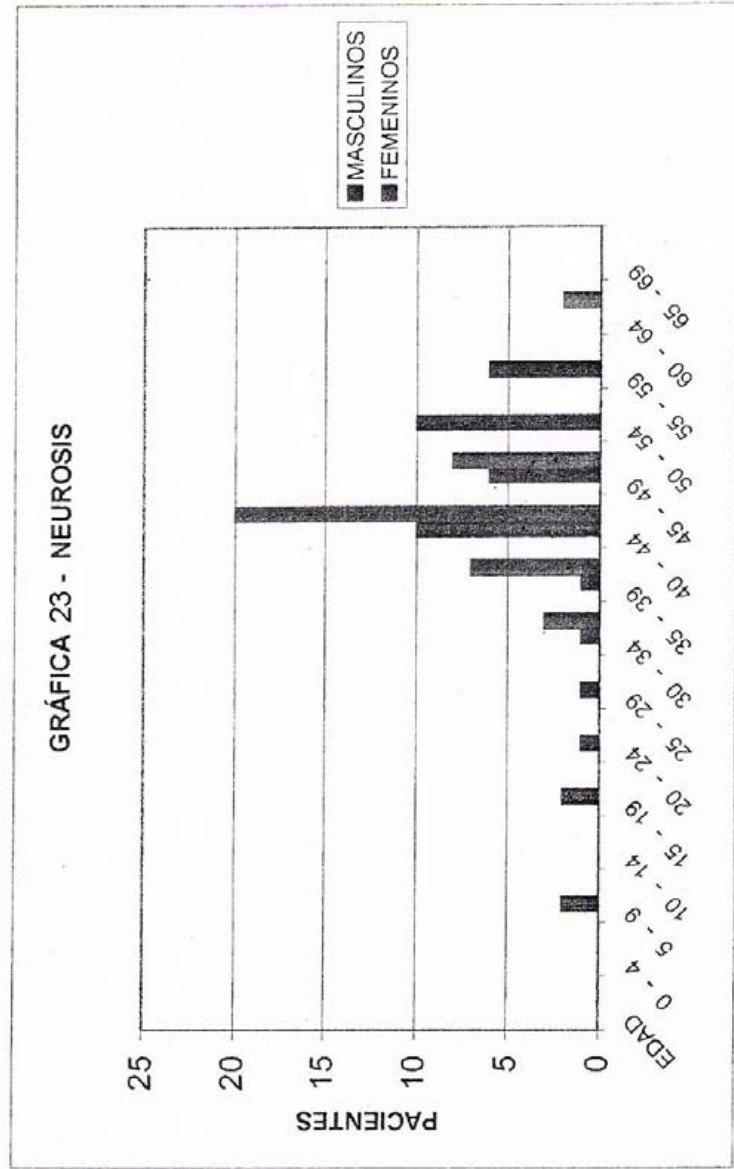


TABLA No. 24.- CAUSA DE CONSULTA, INFECCIÓN VIAS URINARIAS .

EDAD	0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 >
MASCULINOS	0	0	0	0	3	3	0	0	2	2	0	0	0	0	0
FEMENINOS	6	6	3	3	1	2	4	8	6	6	4	5	3	2	0
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>0</b>

FUENTE: ARCHIVO CLINICO. FORMA SM10 1999

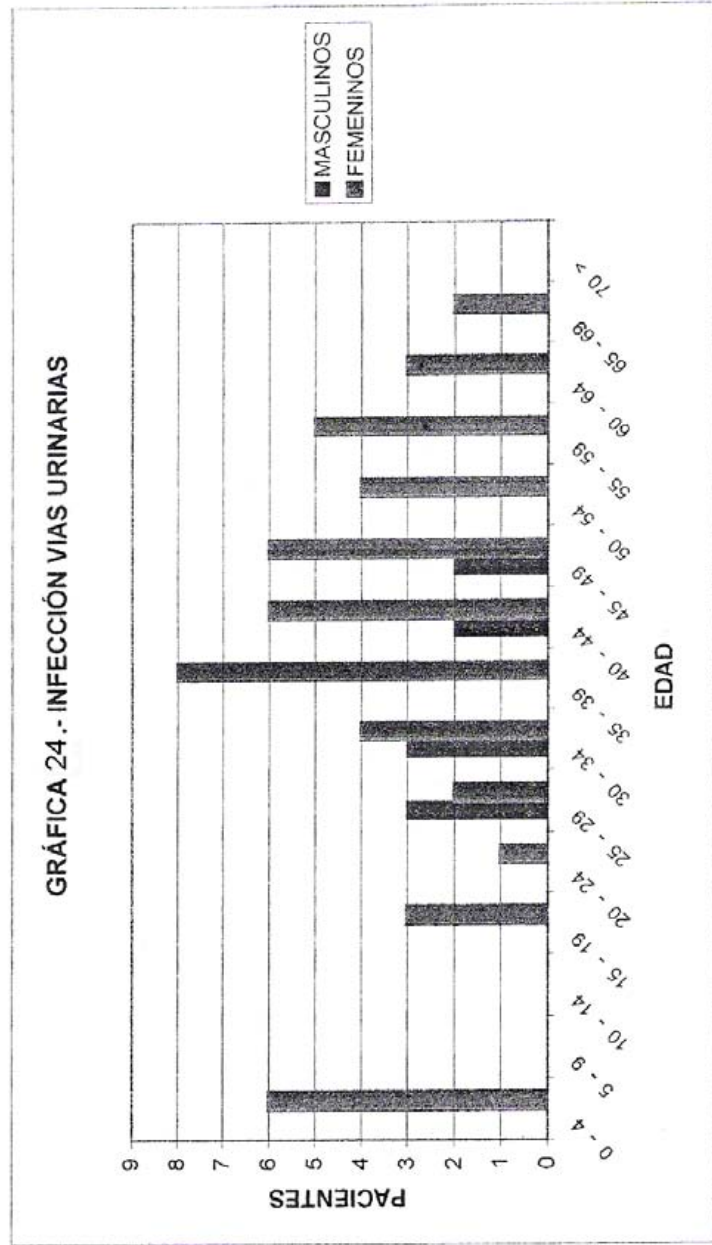
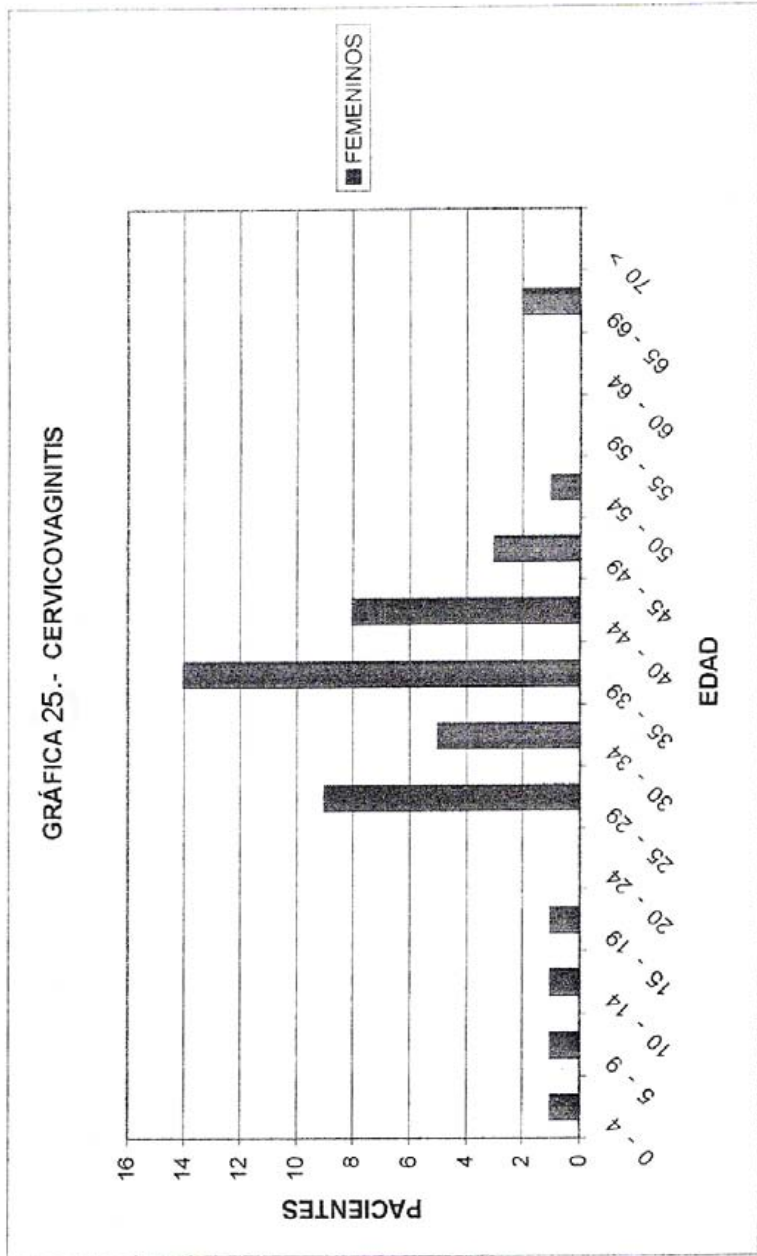


TABLA No. 25.- CAUSA DE CONSULTA, CERVICOVAGINITIS .

EDAD	0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 >
FEMENINOS	1	1	1	1	9	5	14	8	3	1				2	
TOTAL	1	1	1	1	9	5	14	8	3	1				2	

FUENTE: ARCHIVO CLINICO. FORMA SM10 1999



**TABLA No. 26.- REPORTE PLANIFICACIÓN FAMILIAR  
DE LA CLÍNICA CINCO DE FEBRERO**

**DERECHOHABIENTES**

	DIU	HORMONAL	DEFINITIVO	APOYO
<b>TOTAL</b>	649	994	488	1405
<b>%</b>	18.3	28.2	13.8	39.7

**NO DERECHOHABIENTES**

<b>TOTAL</b>	285	136	2	734
<b>%</b>	30	10.8	0.3	58.3

FUENTE: REPORTE ANUAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR CLINCA CINCO DE FEBRERO 1999 . MEDICINA PREVENTIVA (3883 MUJERES EDAD FÉRTIL)



## DISCUSION DE RESULTADOS

Al formular los resultados de la investigación realizada, podemos identificar en relación de la población asignada al consultorio No. 2 de la Unidad de Medicina Familiar de la “Clínica Cinco de Febrero”, I.S.S.S.T.E, es de 1869 pacientes en total, la densidad de la misma en los grupos quinquenales es más grande en los grupos etáreos de 30 a 34 hasta 50 a 54 años, siendo 267 masculinos y 450 femeninos, dando un total de 717 pacientes, (que corresponde a un 38.36%, de la población total, ); siendo importante esta información, para poder otorgar medidas preventivas, fomentando cambios en el estilo de vida: tales como la práctica del deporte, control de peso ponderal, modificar hábitos en tipo y forma de alimentación, entre otros, en pacientes con factores de riesgo y dar pauta para la prevención y tratamiento oportuno de las enfermedades crónico degenerativas y en su caso dar al paciente un seguimiento adecuado, anticipar rehabilitación para retardar secuelas.

Comparándola con la población total del Distrito Federal, en los mismos grupos, datos publicados por el INEGI 2005, difiere en las cantidades, ya que la mayor población está comprendida entre 15 a 19 hasta 25 a 29 años, por ser la población que atiende, es prioritario el fomentar la aplicación de las medidas preventivas antes mencionadas.

Respecto a los grupos de mayor riesgo, la población infantil adscrita al consultorio ya mencionado corresponde a 112 pacientes (6.0%) hasta cuatro años, considerando una población relacionada similar con la estatal.

En la población de mujeres en edad fértil (10-14 y de 44-49 años) encontramos 619 pacientes que corresponde al 56.27% de un total de 1100 mujeres. Relacionando estas cifras con la población estatal tenemos una semejanza ya que se encuentran 2,950 673 mujeres en edad fértil que corresponde al 66.86%. ( Harrison 2000)

En los grupos de edad de 60 o más años encontramos en la población adscrita al consultorio No. 2 de la UMF “Cinco de Febrero”, tenemos a 345 pacientes que corresponde al 18.46%

de la población total, comparándola con la descrita en la estadística del INEGI en 1995, corresponde a 651, 126 personas, con un 7.67% de la población total del Distrito Federal.

La mayor parte de las familias observadas corresponden a la etapa e expansión, seguidas de la siguiente etapa de desarrollo a la de dispersión, implicando un programa de prevención, información y de identificación con estos grupos respecto a enfermedades infectocontagiosas, de educación sexual y de autocuidado.

En el rubro de los elementos socioeconómicos, observamos que el mayor ingreso mayoritario es entre uno y dos salarios mínimos, con una escolaridad que predomina es la medio superior, la cual se considera elevada, llamando la atención los resultados obtenidos, ya que aún el elevado nivel económico y educativo no concuerda ya que teniendo un número considerable de familias modernas que contribuyen a la economía familiar debería rebasar a los tres salarios mínimos, al no poder investigar a fondo estas causas podemos considerar que establecen empleos de bajo poder económico o falsear al información por temor y/o desconfianza a conocer el verdadero nivel de ingreso de las familias estudiadas. Con un promedio de hijos encontrando la mayor proporción estando en el grupo de 10 hasta 19 años, acorde a lo descrito en etapa de desarrollo familiar, siendo familias integradas, nucleares y de composición moderna la mayoría de ellas por lo cual podemos inferir que las acciones emprendidas tienen una acción positiva redundando en mejoras tanto en su relación familiar y coadyuvar al mejoramiento en prevenir oportunamente factores riesgo y en salud. Apoyando en que la educación de los padres es elevada, con una ocupación predominantemente de empleados federales y con religión católica, en su mayoría.

Los métodos de planificación familiar que se investigaron encontramos que la gran proporción de las mujeres llevan un control definitivo de la fertilidad, a pesar que en el hombre el control es muy bajo por el método definitivo de vasectomía. El resto de los diversos métodos de planificación familiar se llevan en forma indistinta estando sin control

una parte de las mujeres en edad fértil ya sea por estar separadas y/o divorciadas o ser solteras que no llevan una vida sexual activa actual, pero que se encuentran en riesgo potencial. Comprando los reportes de medicina preventiva de la unidad médica, encontramos que del control de mujeres en edad fértil (3883), en el reporte anual de 1998, difieren en el primer lugar del método utilizado, siendo el de apoyo, el más frecuente, seguido del hormonal oral, tanto en el control de las mujeres derechohabientes como no derechohabientes. Tabla No. 28

Respecto las principales causas de demanda de consulta tenemos que prevalecen las infecciones de las vías respiratorias altas, seguidas de las enfermedades crónico degenerativas del tipo de hipertensión arterial sistémica encontrando la segunda causa de demanda, las enfermedades del aparato digestivo prevalecen como causa frecuente de la demanda de consulta de la unidad (ver tabla de la demanda de la consulta de la Unidad de Medicina Familiar “Cinco de Febrero”, reporte anual de 1998, de los informes trimestrales de demanda de consulta). Otra de las causas de demanda de la misma es la diabetes mellitus la cual coincide con la reportada en la Unidad Médica (1998), así como existe concordancia con los reportes del Sistema Nacional de Salud, los reportes del I.S.S.S.T.E., del INEGI de 1998.

Un aspecto importante de reporte es con respecto a las infecciones de las vías urinarias las cuales presentan una alta incidencia con las reportadas en las estadísticas vitales y las reportadas en los informes de la consulta de la unidad médica y consultorio respectivo, esto debido al control de los pacientes con exámenes de laboratorio que en forma periódica se realizan en los pacientes asignados al consultorio y la relación con infecciones del aparato sexual femenino que se realiza al confrontar los resultados de los programas de detección oportuna de cáncer encontrando una frecuencia alta de padecimientos cervico vaginales los

cuales se informan en las estadísticas mencionadas. Por lo que se continuará con los estudios de apoyo para el seguimiento de éstos factores de riesgo, en mujeres adscritas al consultorio, con tratamiento oportuno y en su caso referirlas al segundo nivel de atención.

Otra causal de demanda importante de consulta, es la de observar, el control de pacientes sanos que se lleva a cabo en el consultorio asignado, permitiendo llevar un control preventivo de factores de riesgo en éstos pacientes.

Una de las principales causas de demanda de consulta, dentro del grupo de enfermedades crónico degenerativa, es la enfermedad articular degenerativa, que es similar a las reportadas en las estadísticas vitales mencionadas, por lo que es necesario implementar un programa basado en el control y seguimiento de este padecimiento, ya que en el mayor de los casos, la evolución es un proceso lento y paulatino, provocando complicaciones que influyen de manera importante en la calidad de vida de los individuos afectados, para evitar un daño suficiente como para requerir el reemplazo articular, para minimizar los síntomas de ésta enfermedad. (Narro José; Diagnóstico y tratamiento en la práctica médica, 2ª edición)

## CONCLUSIONES

Al término de la investigación, podemos determinar que las familias asignadas al consultorio No. 2 de la Clínica “Cinco de Febrero”, I.S.S.S.T.E, se encuentra lo siguiente: mayoritariamente son familias con estado civil: casadas, de acuerdo a su integración; con escolaridad mayoritariamente media superior, composición nuclear, con un ciclo vital en expansión y dispersión, método de planificación familiar: quirúrgico, contando con un grupo de mujeres en edad fértil que no llevan método alguno, un desarrollo familiar: moderna, con un promedio de hijos de dos por familia entre las edades de hasta 10 años y de 11 a 19 años, con un ingreso familiar de dos salarios mínimos, con una religión: católica. Una demanda de consulta principalmente por enfermedades de vías respiratorias altas y enfermedades crónico degenerativas, como hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, enfermedad articular degenerativa.

El alcance al trabajo, se puede considerar que se logró la meta de estudio de la población del consultorio asignado, conociendo la pirámide poblacional, las familias que la integran su ciclo vital familiar, así como los elementos económicos y sociales, para llegar a un diagnóstico de salud familiar.

Resumiendo las acciones a seguir, en base a los resultados obtenidos se propone lo siguiente:

Para poder implementar estrategias médico familiar en el consultorio No 2 de la Clínica Cinco de Febrero del I.S.S.S.T.E., debemos aplicar acciones:

**PREVENTIVAS:** continuar con el programa de D.O.C., en las mujeres en edad fértil y en mujeres climatéricas, convencimiento y aceptación de cumplir con un método de planificación familiar adecuado a sus necesidades y llevando acciones anticipatorias al daño.

Fomentar el auto cuidado como parte del tratamiento de las enfermedades de vías respiratorias altas, por ser una de las principales causas de consulta de la población adscrita.

Estímulo para que todos los menores de cuatro años completen su esquema de vacunaciones y refuerzos, además de fomentar en las familias el control del niño sano.

Detectar y actuar anticipatoriamente en la vigilancia y control de enfermedades crónico degenerativas: Hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, enfermedad articular degenerativa, entre otros.

Por lo tanto podemos concluir con las perspectivas del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar, que considera las premisas del estudio de la familia, continuidad y acción anticipatoria que constituyen las acciones propias del médico familiar, requiriendo para ello:

1. Actualización periódica.- ya que la población estudiada presenta variaciones en su composición, características sociodemográficas y morbi mortalidad, debido al ingreso y egreso de nuevos núcleos familiares, incremento en la edad de sus integrantes, expansión familiar o muerte de alguno de sus componentes.
2. Evaluación operativa: conjunto de actividades que permiten analizar críticamente un proceso dinámico, caracterizado por cambios debidos a intervenciones definidas y medibles. Con base a las variables sociodemográficas y morbi mortalidad de la población bajo el cuidado del médico familiar.
3. Establecimiento de planes y desarrollo para la modificación de incipientes problemas de salud y de anticipación al daño.- Se pueden identificar cambios en las variables medidas en la población así tanto una evaluación de las actividades de atención médica, preventivas y curativas.

La aplicación de estas tres acciones, fundamentadas en el modelo de atención médica familiar redundará en una correcta interpretación del proceso de salud-enfermedad en la población a cargo del médico, favoreciendo la investigación en parte de la cultura médica y en la prestación de servicios de atención médica primaria, con la consecuente y progresiva mejoría de la salud.

## BIBLIOGRAFIA

1. IRIGOYEN-Coria.C.Clavelina. Fundamentos de Medicina Familiar. 3ª. Ed . Medicina Familiar Mexicana.:11-18,1995.
2. ENGELS,f.El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado, Moscú, ed. Progreso, 1979.
3. idem.Irigoyen:20-21
4. idem:7
5. BARRAGAN,Mariano Interacción entre desarrollo individual y desarrollo familiar. Monografía de la Asc.Mex.de Psiq. Inf.,Depto. Psiq. Y Salud Mental,UNAM.doc4:100-124.
6. JACK H. Medalie, Medicina Familiar(principios y práctica) 1ª. Ed., Limusa 1987.
7. LA FAMILIA, cuadernos de psicología médica y psiquiatría, depto.de psiquiatría y salud mental, Fac. Med., UNAM. 1987:1-5
8. Jack op.cit.44-45.
9. GOMEZ,Clavelina. La cultura Contemporánea los indicadores de salud y la familia.sem. de integración y prac. en comunidad.depto. epid. y comunidad Fac.Med.UNAM:25-34.1991.
10. Irigoyen, idem:337
11. 11.- idem: 2-31
12. 12.- DAVID. B. Shires,Brian K. Hennen.Medicina Familiar.ed. Mc Graw Hill,1ª. Ed. 1983.:29
13. 13.- IRIGOYEN, o. cit. :151-174.
14. 14.-idem:122-124.
15. IAN, R., Mc Wainney, Medicina de Familia. 1ª. Reimpresión, ed. Mosby/Doyma libros, 1996: 3.
16. idem,: 4, 8, 44.
17. DAVID, B. Shires .BRIAN K. Hennen. Medicina Familiar. Ed. Mc Graw Hill, 1ª. Ed.,1983,:30-34.
18. Irigoyen, o. Cit.: 159-160.
19. P. Tennyson Williams, Atención Longitudinal, Medicina de Familia, principios y práctica.Robert B. Taylor,3ª. Ed.Doyma,1991:46-49.
20. GARZA,Elizondo Teófilo, Trabajo en Familias, Subdirección de educación médica continua, Fac. Med. U. A. Nvo. León,mimiografiado,1ª. Ed.,1997:1921.
21. Irigoyen, op. Cit.:155-160.
22. IRIGOYEN Coria Arnulfo. Nuevo Diagnóstico Familiar, ed. Medicina Familiar Mexicana 1ª Ed.,2005





## CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (CEBIF)

Gómez-Clavelina F.J., Ponce-Rosas ER, Irigoyen-Coria A, Terán Trillo M. 15-Oct-2007

IDENTIFICACIÓN				Fecha: _____ Folio: _____								
Familia: _____ No. Exp.: _____ Consol./Turno: ____/____				Domicilio: _____ Teléfono: _____								
SALUD REPRODUCTIVA												
	Edad	Ocupación	Esc. (años)	A.G.O.				PF		Método		
				G	P	A	C	Embarazo	Si		No	Si
Madre								Si	No	Si	No	
Padre								Si	No	Si	No	
Estado civil de los cónyuges: Casados __, Unión Libre __, Divorciados __, Viudos __, Solteros __, Años de unión conyugal: _____												
Nombre de la persona que responde esta cédula: _____ Parentesco familiar: _____												

FACTORES DEMOGRÁFICOS	
<b>Número de Hijos:</b> • RN a un año _____ • 1 a 4 años _____ • 5 a 10 años _____ • 11 a 19 años _____ • 20 o más años _____ • Total _____	<b>Si viven otras personas en el hogar: ¿Cuántas y cuáles?</b> Con parentesco familiar. ( abuelos, tíos, nietos, sobrinos, nueras, yernos ) Num. _____, Especifique: _____  Sin parentesco familiar. (compadres, amigos, servicio doméstico, huéspedes) Num. _____, Especifique: _____
Clasificación Estructural de la Familia	
• Nuclear Simple ( ) Numerosa ( ) Ampliada ( ) Binuclear ( ) Reconstituida ( )	• Monoparental Vive en casa de la familia de origen ( ) Simple ( ) Ampliada ( ) La familia de origen vive en casa de la familia monoparental ( )  • Equivalentes familiares ( )
• Extensa Ascendente ( ) Descendente ( )	• Persona que vive sola ( )
Etapa del Ciclo Vital de la Familia	
• Matrimonio o unión conyugal ( ) • Expansión ( ) • Dispersión ( )	• Independencia ( ) • Retiro ( )

APGAR FAMILIAR (TAMIZ)			
1. ¿Esta satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
Casi Nunca	A veces	Casi siempre	
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
Casi Nunca	A veces	Casi siempre	
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
Casi Nunca	A veces	Casi siempre	
4. ¿Estas satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
Casi Nunca	A veces	Casi siempre	
5. ¿Siente que su familia le quiere?			
Casi Nunca	A veces	Casi siempre	
Total			

FACTORES ECONÓMICOS			
Vivienda		Si	No
• Número de personas que contribuyen al Ingreso familiar _____ • Casa Propia ( ) Financiamiento ( ) Rentada ( ) Prestada ( ) • Agua entubada intradomiciliaria ( ) • Automoviles. 0, 1, 2, 3 o más _____	• Teléfono ( ) ( ) • Computadora ( ) ( ) • Num. de hijos en escuela pública ( ) ( ) • Num. de hijos en escuela privada ( ) ( ) • Num. de hijos con becas ( ) ( )		
Desarrollo Comunitario			
		Si	No
• Serv. de agua potable ( ) ( ) • Drenaje subterráneo ( ) ( ) • Energía eléctrica ( ) ( ) • Servicio telefónico ( ) ( )	• Alumbrado público ( ) ( ) • Pavimentación ( ) ( ) • Banquetas ( ) ( ) • Serv. de transp público ( ) ( ) • Vigilancia ( ) ( )		

Índice Simplificado de Marginación Familiar		
Indicadores	Categorías	Punt.
Ingreso económico familiar	< 1 salario mínimo	4
	1-2 salarios mínimos	3
	3-4 salarios mínimos	2
	5-6 salarios mínimos	1
	> 7 salarios mínimos	0
Número de hijos dependientes económicos	3 ó más hijos	2.5
	2 hijos	2
	1 hijo	1
	ningun hijo	0
Escolaridad materna	Sin instrucción	2.5
	Primaria incompleta	2
	Primaria completa	1
	Post-primaria	0
Hacinamiento (número de personas por dormitorio)	3 o más personas	1
	1 a 2 personas	0
<b>Total</b>		

REDES SOCIALES Y APOYO	
<p>Cuando Usted y/o su familia necesitan de servicios de atención a la salud (consulta, detecciones, cuidados, pláticas, orientaciones, terapias, exámenes de laboratorio, etc.) se apoyan en: (Marque todas las opciones que el paciente indique)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Padres y abuelos</li> <li><input type="checkbox"/> Pareja</li> <li><input type="checkbox"/> Amigos, vecinos</li> <li><input type="checkbox"/> Hijos mayores</li> <li><input type="checkbox"/> Prestaciones laborales (Incapacidad, cuidados maternos, etc.)</li> <li><input type="checkbox"/> Servicios públicos</li> <li><input type="checkbox"/> Servicios privados</li> <li><input type="checkbox"/> Otros</li> <li><input type="checkbox"/> No requiere</li> </ul>	<p>( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )</p>
<p>Hace uso de los servicios que otorgan las siguientes instituciones: (Marque todas las opciones que el paciente indique)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> IMSS</li> <li><input type="checkbox"/> SSA</li> <li><input type="checkbox"/> SEDENA</li> <li><input type="checkbox"/> Privado</li> <li><input type="checkbox"/> ISSSTE</li> </ul>	<p>( )      DIF ( ) ( )      PEMEX ( ) ( )      Secretaría de Marina ( ) ( )      Otros ( ) ( )      Especifique: _____</p>

FACTORES DE RIESGO. PATOLOGIA FAMILIAR																									
	Crónico Degenerativas							Infecciosas			Trastornos de la Nutrición		Otros												
	Diabetes Mellitus	Hipertensión Art.	Enf. Corazón	CaCu	Ca Mama	Ca Prostata	Otro cáncer	Ins. Renal	Enf. Cerebrovas.	Asma	Sida/VIH	Otro ETS	Hepatitis B y C	TB Pulmonar	Desnutrición	Obesidad	Anorexia Bulimia	Tabaquismo	Alcoholismo	Otras farmaco.	Violencia Intraf.	Enf. Psiquiátricas	Riesgo ocupacional	Discapacidad	
Padre																									
Madre																									
Hijos																									
Abuelos																									
Tíos																									
Total																									

c= en control      sc=sin control

ATENCIÓN A LA SALUD DEL NIÑO								
Núm. de cuadros por año	IRAS	EDAS	Edad	Vacunas		Estado Nutricional		
				Completo	Incompleto	Normal	Desnutrición	Obesidad
Menos de 3 3 ó más			0 - 1 años					
			1 - 5 años					

APOYO DE CUIDADORES				
¿Algún miembro de su familia proporciona cuidados continuos a alguna persona enferma? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>				
¿Quién proporciona los cuidados? _____				
¿A quién le proporciona los cuidados? _____				
¿Cuál es es el motivo o la enfermedad por el que necesita cuidados? _____				

DETECCION DE CÁNCER				
Cada año	Cada año		Positivo a Cáncer	
	Doc cacu	Doc mama	Si	No
Si	No	Si	No	
Si	No	Si	No	

### DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA

	Nombre	Parentesco	Edad	Sexo 1= mujer 2= hombre	Escolaridad en años	Ocupación
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

\*Escriba en el margen izquierdo un asterisco ( \* ) junto al nombre de la persona que responde el cuestionario

Si el grupo familiar tiene más de 10 integrantes, anexe sus datos en una hoja adicional.

Códigos para los datos demográficos de la familia

Parentesco	Grupos de Ocupaciones	Edad en años
01 = Madre	01 = Ama(o) de casa (hogar)	Meses = años 0 = 0.000 1 = 0.083 2 = 0.166 3 = 0.250 4 = 0.333 5 = 0.416 6 = 0.500 7 = 0.583 8 = 0.666 9 = 0.750 10 = 0.833 11 = 0.916 12 = 1.000
02 = Padre	02 = Jubilado / pensionado	
03 = Hijo	03 = Desempleado (sin trabajo remunerado ni por cuenta propia)	
04 = Nuera	04 = Subempleado (vendedor informal, ambulante, etc.)	
05 = Yerno	05 = Menor de edad (menores de 4 años)	
06 = Nieto	06 = Estudiante (pre-escolar hasta posgrado)	
07 = Hermanos maternos	07 = Estudia y trabaja	
08 = Hermanos paternos	08 = Campesino	
09 = Sobrinos maternos	09 = Artesano	
10 = Sobrinos paternos	10 = Obrero	
11 = Primos maternos	11 = Conductor de auto, camioneta o camión (chofer)	
12 = Primos paternos	12 = Técnico (electricista, carpintero, plomero, pintor, herrero, mecánico, etc.)	
13 = Abuelos maternos	13 = Empleado (cajero, oficinista, secretaria, recepcionista, archivista, etc.)	
14 = Abuelos paternos	14 = Profesional (maestros, médicos, sacerdotes, arquitectos, ingenieros, abogados, enfermeras, psicólogos, etc.)	
15 = Bisabuelos maternos	15 = Artista (músico, escultor, pintor de arte, escritor, poeta etc.)	
16 = Bisabuelos paternos	16 = Comerciantes establecidos (tiendas o negocios formales con 1 a 5 trabajadores o familiares a sueldo)	
17 = Otros: amigos, compadres, familiares lejanos, etc.	17 = Empresario (dueño de comercios, organizaciones, industrias o servicios establecidos legalmente)	
	18 = Directivo (ejecutivos, gerentes, directores, etc.)	
	19 = Servicios diversos (gestor, mesero, soldado, policía, bombero, paramédico, intendencia, vigilancia, seguridad, trabajadora doméstica, etc.)	
	20 = Otras ocupaciones no especificadas	

