



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

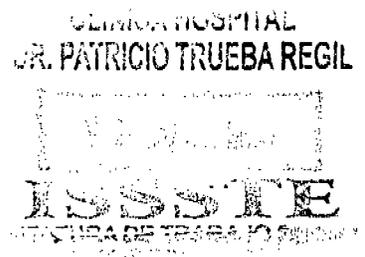
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO
UNIDAD ACADÉMICA

HOSPITAL PATRICIO TRUEBA REGIL, CIUDAD DE SAN FRANCISCO DE
CAMPECHE, CAMPECHE

**CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS Y CAUSAS DE
CONSULTAS DEL HOSPITAL INTEGRAL DE SABANCUY DEL
INSTITUTO DESCENTRALIZADO DE SALUD PÚBLICA DEL
ESTADO DE CAMPECHE, DE LA JUNTA MUNICIPAL DE
SABANCUY, CARMEN, CAMPECHE MÉXICO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE GRADO DE
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:



FERNANDO ANTONIO ALVARADO HERRERA



SAN FRANCISCO DE CAMPECHE, CAMPECHE

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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Fernando Antonio

Alvarado Herrera

FECHA: 29 de Julio 108.

FIRMA: [Signature]

**CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS Y CAUSAS DE
CONSULTAS DEL HOSPITAL INTEGRAL DE SABANCUY DEL
INSTITUTO DESCENTRALIZADO DE SALUD PÚBLICA DEL
ESTADO DE CAMPECHE, DE LA JUNTA MUNICIPAL DE
SABANCUY, CARMEN, CAMPECHE MÉXICO**

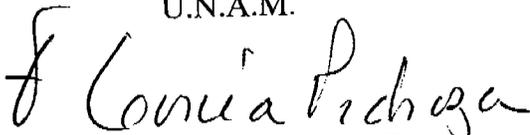
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE GRADO DE
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

FERNANDO ANTONIO ALVARADO HERRERA

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

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


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


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

**CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS Y CAUSAS DE
CONSULTAS DEL HOSPITAL INTEGRAL DE SABANCUY
DEL INSTITUTO DESCENTRALIZADO DE SALUD PÚBLICA
DEL ESTADO DE CAMPECHE, DE LA JUNTA MUNICIPAL
DE SABANCUY, CARMEN, CAMPECHE MÉXICO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE GRADO DE
MEDICINA FAMILIAR

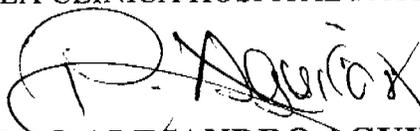
PRESENTA:

FERNANDO ANTONIO ALVARADO HERRERA

AUTORIZACIONES:



DR. PERLA ELISA SEMADENI MORA
DIRECTOR DE LA CLÍNICA HOSPITAL PATRICIO TRUEBA REGIL



DR. PEDRO ALEJANDRO AGUILAR JUÁREZ
JEFE ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA HOSPITAL PATRICIO TRUEBA REGIL



DR (A). ANA MARÍA NAVARRO GARCÍA
ASESOR DE METODOLOGÍA
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



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

INDICE

1. MARCO TEORICO	01
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
3. JUSTIFICACION	20
4. OBJETIVO GENERAL	25
5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
6. METODOLOGIA	26
I. TIPO DE ESTUDIO	26
II. POBLACION, LUGAR Y TIEMPO	26
III. CRITERIOS DE SELECCIÓN	26
IV. TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	27
V. METODOS Y PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN	27
VI. CONSIDERACIONES ÉTICAS	27
VII. VARIABLES DE ESTUDIO	28
7. RESULTADOS	32
8. DISCUSIÓN	46
9. CONCLUSION	48
10. BIBLIOGRAFÍA	50
11. ANEXOS	52

1. MARCO TEÓRICO:

La definición de familia etimológicamente proviene la palabra latina *fámulus* lo que significa sirviente o esclavo domestico. ⁽¹⁾

En la historia de la familia antropólogos y sociólogos desarrollaron diferentes teorías sobre la evolución y estructura familiares y sus funciones.

En las sociedades más primitivas existían dos o tres núcleos familiares a menudo unidos por vínculo de parentesco, que se desplazaban juntos gran parte del año pero se dispersaban en las estaciones en que escaseaba el alimento.

La familia era una unidad económica.

Los hombres cazaban mientras que las mujeres recogían, preparaban los alimentos y se encargaban de cuidar a los niños. En este tipo de sociedad era normal la muerte de los niños de corta edad y se expulsaba del núcleo familiar a los enfermos que no podían trabajar.

En el siglo XVII el carácter religioso de los lazos familiares fue sustituido por el de carácter civil.

La función familiar que ha sobrevivido a todos los cambios es la fuente de afecto y de apoyo emocional.

Desde 1990 se han producido diversos cambios en la unidad familiar, un mayor numero de parejas viven juntos antes de contraer matrimonio y algunas parejas mayores de edad a menudo viudos o viudas cohabitan, esto lo encuentran mas práctico desde el punto de vista económico.

Las parejas de homosexuales viven juntas formando familias sin hijos o con hijos de unas de las partes, o niños adoptados, estas unidades familiares aparecen en occidente en las décadas de 1960 y 1970.

En el año de 1990 se comenzó a promulgar leyes en diferentes países en su mayoría Europeos que ofrecen protección a las familias de homosexuales.

El día 15 de mayo se celebra el día INTERNACIONAL DE LA FAMILIA.⁽²⁾

La familia es un grupo social primario formado por individuos unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan o conviven en forma

mas o menos permanente y que en general comparten factores psicológicos, biológicos y sociales que pueden afectar su salud individual o familiar.⁽³⁾

La OMS define a la familia como personas emparentadas entre sí que viven juntas, conjunto de ascendientes y descendientes, que son colaterales y afines de un linaje, con parentela inmediata de uno.⁽⁴⁾

La familia: es la más antigua de las instituciones sociales y estas, sobrevivirán de una forma u otra mientras exista nuestra especie.⁽⁵⁾

Para facilitar la clasificación de la familia se identificaron 5 ejes fundamentales:

1. PARENTESCO.
2. PRESENCIA FÍSICA EN EL HOGAR O CONVIVENCIA
3. MEDIOS DE SUBSISTENCIA
4. NIVEL ECONÓMICO
5. NUEVOS TIPOS DE CONVIVENCIA-FAMILIAR ORIGINADA POR CAMBIOS SOCIALES

Clasificación de la familia por parentesco:

CON PARENTESCO	CARACTERISTICAS
<u>Nuclear</u>	Padre y madre sin hijos
<u>Nuclear simple</u>	Padre y madre con 1 a 3 hijos
<u>Nuclear numeroso</u>	Padre y madre con 4 hijos o más
<u>Reconstruida (binuclear)</u>	Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior
<u>Monoparental</u>	Padre o madre con hijos
<u>Monoparental extendida</u>	Padre o madre con hijos, mas otras personas con parentesco
<u>Monoparental extendida compuesta</u>	Padre o madre con hijos, mas otras personas con y sin parentesco
<u>Extensa</u>	Padre y madre con hijos, mas otras personas con parentesco
<u>Extensa compuesta</u>	Padre y madre con hijos, mas otras

	personas con y sin parentesco
<u>No parental</u>	Familiares con vínculos de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos primo o hermanos, etcétera)
SIN PARENTESCO	CARACTERÍSTICAS
<u>Monoparental extendida sin parentesco</u> <u>Grupo similares a familias</u>	Padre o madre con hijos, mas otras personas sin parentesco personas sin vinculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etcétera

PRESENCIA FÍSICA EN EL HOGAR	SUS CARACTERÍSTICA
<u>Núcleo integrado</u>	Presencia de ambos padres en el hogar
<u>Núcleo no integrado</u>	No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar
<u>Extensa ascendente</u>	Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de algunos de los padres
<u>Extensa descendente:</u>	Padres que viven en la casa de algunos de los hijos
<u>Extensa colateral</u>	Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etcétera)

Encontramos una clasificación de las familias:

Clasificación de la familia en base de sus medios de subsistencia: aquí se identifica sus familias que depende sus recursos que se generan en las áreas:

agrícola y pecuaria, industrial, comercial, servicio.

Clasificación de la familia en base de su nivel económico: es difícil clasificar de una sola manera a las familias con una perspectiva económica, ya que se reúnen diversos indicadores tanto del bienestar como de la pobreza que interactúan, a estos le agregaremos otros factores. Partiré de la importancia y efecto sobre la salud-enfermedad, para lograr tomar en cuenta los elementos que integren una visión amplia sobre este. De aquí clasificare estos:

A) Pobreza familiar nivel 1

- Ingresos per cápita para cubrir el valor de la canasta básica.
- Recurso suficiente para cubrir los gastos: vestido, calzado, vivienda, salud, educación, y transporte público aun dedicado sus ingresos a esto rubros.
- Carencia: de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles comunicación, transporte fuera del lugar en que se radica cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

B) Pobreza familiar nivel 2

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

C) Pobreza familiar nivel 3

- Ingreso per cápita inferior al valor de la canasta básica.
- Carencia de recursos para cubrir los gastos en: Vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público aún dedicando todo sus ingresos a estos rubros.

- Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustible, comunicación, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal: esparcimiento y turismo.

Si analizamos esta clasificación podemos darnos cuenta que el nivel 3 de pobreza es el más grave de todos y el nivel 1 es el menos grave.

Nuevos estilos de vida personal-familiar originados por cambios sociales.

En este rubro tome en cuenta los cambios que se han presentado en las sociedades modernas y que han representado diversas fuertes transformaciones en nuestra sociedad.⁽⁶⁾

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

Ciclo vital de la familia: favorece la evaluación de factores de riesgo relacionados con las etapas de desarrollo existencial de las familias, según Geyman se compone de cinco fases: fase matrimonio, fase expansión, fase de dispersión, fase de de independencia, fase retiro muerte.

La fase del matrimonio: se inicia precisamente con la consolidación del vínculo matrimonial, concluye con la llegada del primer hijo.

Fase de expansión: es cuando se incorpora nuevos miembros a la familia o sea esta se dilata.

Fase dispersión: se identifica por el hecho de que los hijos asistan a la escuela, esto es la plena adolescencia.

Fase independencia: la pareja debe aprender a vivir independiente sus hijos han formado nueva familia.

Fase retiro muerte: en esta fase se encuentra una circunstancia como incapacidad para laborar, desempleo, agotamiento de los recursos económicos, la familia de hijos casados de fase de expansión no hay posibilidad de proporcionar recursos a los padres, abandonándolos en sus lugares de origen o recluyéndolos en asilos de ancianos. ⁽⁷⁾

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

- **Socialización**
- **Afecto.**
- **Cuidado.**
- **Estatus y Nivel socioeconómico.**
- **Reproducción**

Socialización: es la promoción de las condiciones que favorezcan en los

miembros de la familia al desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la replica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.

Afecto: interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.

Cuidado: protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar.

Estatus: participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.

Reproducción: es la provisión de nuevos miembros a la sociedad-
Desarrollo y ejercicio de la sexualidad.⁽⁸⁾

SALUD.

La OMS define que es un estado de bienestar físico, psíquico y social, el cual el estado de bienestar únicamente puede darse mediante la adecuada adaptación del hombre al medio en que vive.⁽⁹⁾

ENFERMEDAD

Es un proceso de fenómenos que se inician en un individuo en un momento de su vida al exponerse a una serie de factores de riesgo o periodo prepatogénicos, que puede desencadenar la aparición subclínica o clínica o periodo patogénico.⁽¹⁰⁾

Cuando el grupo familiar que convive juntos y pierde la capacidad funcional, o no logra establecerla se suscita la disfuncionabilidad responsable de tantas afecciones de salud, de diferentes magnitudes en cualquier período de la vida.

La enfermedad es un comportamiento de valor negativo para un ser vivo en relación de actividad con su medio ambiente y aquí se encuentra la familia., la cual cumple un papel protagónico tanto en la génesis de la enfermedad, como la posibilidad de superación de la misma. Es importante destacar que la concepción salud-enfermedad es valida para el núcleo familiar en si.

Conocemos la existencia de mecanismos reguladores en el organismos cuya finalidad es mantener el equilibrio ya que a la presencia de esos organismos es imposible imaginar un órgano aisladamente enfermo que no tenga repercusiones en todo el cuerpo, comprometido en el proceso patológico supliendo funciones, generando mayor energía o instrumentando mecanismos de defensa, lo mismo sucede con la familia, frente a un miembro enfermo del núcleo familiar, se hace necesario suplir funciones e instrumentar mecanismos de defensas.

Una de las razones que hace más importante el estudio de la familia, es que la enfermedad de unos de sus miembros puede ser el elemento estabilizador necesario para ese núcleo familiar. Para dicho estudio en la relación salud – enfermedad se debe apelar a las teorías:

a.- teoría de los sistemas

b.- teoría de la comunicación humana y enfoque estratégico.

c.- conocimiento de las pautas de desarrollo-

d.- teorías de las ideologías.

a.- Las teorías de los sistemas:

Nos permite pensar en la familia como un sistema abierto que esta compuesto por sus miembros y la relación existente entre ellos, es decir la estructura del sistema se modifica al cambiar el estado de salud de unos de sus miembros y también con la entrada del médico que aunque es externo y tiene un rol diferenciado establece relación con un miembro familiar y con toda la familia lo cual modificara necesariamente el sistema.

b.- La teoría de la comunicación humana y el enfoque estratégico:

Nos permite conocer las diversas formas de comunicación y las patologías que se presentan en ellas y nos da una visión de la forma en que aparecen los problemas en las familias lo que hace más complejo la relación existente entre los

diversos miembros que la forman.

c.- Conocimiento de las pautas de desarrollo:

Nos posibilita el acceso al conocimiento de las fases del ciclo de vida vital familiar y es importante para la evaluación diagnóstica del funcionamiento familiar ejemplo no son las mismas actividades y roles para familias en fase de matrimonio que una en fase dispersión.

d.- Las teorías de ideologías:

Nos aportan conocimientos relacionados con los modos de relación predominantes en el medio, aquí hay vínculos de sometedor–sometido al ejercicio del poder, de la autoridad, competencias. Recordamos que la familia es una institución que cumple funciones dentro de las cuales la de mantenimiento y transmisión de la cultura vemos por lo cual es papel predominante que ocupa la teoría de ideologías para la comprensión de los modos de relación interno de la misma.

Al igual es importante estudiar para un buen diagnóstico familiar a:

Grado de adaptabilidad familiar.

Saber cual es la capacidad de cambio real que tiene la familia para enfrentar acontecimientos o situaciones que exigen modificaciones en su funcionamiento, no solamente en crisis de sucesos polaridad negativos como defunciones, enfermedad incapacitante si no también nacimiento de hijos, graduaciones, ascenso en trabajo, los cuales exigen cambios en la estructura y funcionamiento de la familia poniendo en prueba su grado de flexibilidad y rigidez.

Evaluar resonancia del sistema:

Es como responde el sistema familiar a los cambios individuales los cuales pueden ser hacia la salud, enfermedad o propios del desarrollo (adolescencia, casamiento, psicosis curado, infartos, etc.).

Toda enfermedad severa o prolongada, genera crisis familiar, porque obliga a los

miembros de la familia a redefinir su relación entre los individuos sanos como entre estos y el enfermo y muy especialmente la del enfermo.⁽¹¹⁾

El estudio de la familia permite el entendimiento del entorno biosiquico social lo que es fundamental en que se desarrolla la vida de cualquier individuo y señala la familia como un grupo social en el que el proceso salud-enfermedad se maneja mediante una serie de factores de tipo estructural, cultural y funcional que puede favorecer o limitar la salud ya sea individual o familiar.⁽¹²⁾

En la historia medicina familiar en el mundo nos remontamos al siglo XIX en donde una importante población de indigentes y los más pobres en todas las comunidades del mundo en las cuales sus necesidades de atención de salud eran resueltas con ciertos personajes que no siempre eran médicos y los más ricos eran bien atendidos. En América y Europa se había constituido la era de la Medicina general. Cada familia tenía su médico que atendía a los miembros de la familia esto era en los países desarrollados.

Al inicio del siglo XX se inicia la era de la especialización. En 1910 se da a conocer el informe Flexner el cual es considerado como el documento que marca la declinación de la práctica de la medicina general a favor del desarrollo de las especialidades médicas. En 1966 la denominada comisión Millis hace fragmentación de la atención de la salud, plantea que es el momento de cambiar el enfoque de la atención de la medicina, no de replicar las insuficiencias con que se trabajaba si no de hacer una revolución.

Paralelamente el comité de carácter académico "Comite on education for family Practice" establece como debe formarse el nuevo especialista en la medicina y le denomino MEDICO DE LA FAMILIA. Son las primeras ocasiones que aparece en la literatura médica la terminología que habla del médico de la familia y la especialidad de medicina familiar. En la segunda mitad del siglo XX la medicina familiar empieza a ser vista como una disciplina medica, se empiezan a formar en muchas universidades los departamentos de medicina familiar y formarse programas y adiestramiento.

Paralelamente en Estados Unidos, Gran Bretaña y Canadá se empiezan a estructurar esquemas de certificación de especialistas en medicina Familiar.

En América Latina y el caribe el inicio de la evolución de la medicina familiar se da a partir de los años setenta y ochenta del siglo XX.

En el año de 1960 se reconoce el concepto de medicina familiar y es aceptada como una especialidad y en 1969 se funda el Consejo Americano de Medicina Familiar. ⁽¹³⁾

En el año de 1972 se crea oficialmente el Colegio Mundial de Médicos de la Familia (WONCA).

En el contexto Latinoamericano y del caribe se crea en 1981 el Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF).

En 1991 WONCA y la OMS emiten la declaración "El papel del medico de la familia en los sistemas de atención de salud"

En junio de 2002 hay aprobación por parte de la WONCA en la 6ta Región mundial llamada Región WONCA Iberoamericana – CIMF. ⁽¹⁴⁾

En la historia de la Medicina Familiar en México, en 1954 el Instituto Mexicano del Seguro Social fueron los que plantearon un primer esbozo de lo que es la Medicina Familiar y propusieron un esquema de trabajo dentro de algunas unidades de Medicina Familiar y en 1955 se implanta el sistema médico familiar pero no se contaba con especialistas en esa disciplina. En el año de 1971 se inicia la primera residencia de especialización en medicina familiar en el IMSS y es cuando inician los cursos médicos. ⁽¹⁵⁾

En el año de 1974 la Universidad Autónoma de México otorga el reconocimiento académico de la disciplina y es en 1975 que la UNAM crea el primer departamento de Medicina Familiar en Latinoamérica. En año de 1980 la Secretaria de Salubridad y Asistencia y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales inician la formación de especialistas en Medicina Familiar.

En 1988 se crea el Consejo Mexicano de Certificación de Medicina Familiar (CMCMF), organismo alejado de toda relación política e institucional que busca garantizar la capacidad técnica de los especialistas, en medicina familiar y se comenzó a certificar a dichos especialistas

En el año de 1994 se constituye el Colegio Mexicano de Medicina Familiar

(CMMF), y en 2002 el Colegio ingresa formalmente como un país titular al Colegio Mundial del gremio. (WONCA). ⁽¹⁶⁾

La medicina familiar: es la atención médica integral, con un especial énfasis en la familia como una unidad, y se tiene una responsabilidad continua del médico en relación con la salud sin importar sexo o límite de edad del paciente, órgano o del sistema afectado por la enfermedad. ⁽¹⁷⁾

El perfil del Medico Familiar es:

a.- Actuar como vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención a la salud, integra las ciencias biológicas, sociales y de la conducta y su campo de acción se desarrolla sin distinción de edad, sexo, sistemas orgánicos y enfermedades.

b.- Dará atención primaria de salud, integral y continua,

c.- Tiene el compromiso y responsabilidad con la persona y el núcleo familiar.

d.- Deberá ser un clínico genuino interesado en la salud de sus pacientes.

e.- Busca comprender el contenido en que se presentan los problemas de salud de sus pacientes.

f.- Entiende la organización de su práctica profesional en términos de conjuntos de individuos y la población en riesgo. ⁽¹⁸⁾

El perfil profesional del medico familiar, en el instituto de seguridad social al servicio de los trabajadores del estado, será aquel profesional capacitado para responsabilizarse de la atención médica primaria e integral del individuo y su familia. La medicina que practique este profesional, estará encaminada al desarrollo de acciones de mantenimiento y promoción de la salud, prevención de las enfermedades, diagnóstico, tratamiento de padecimiento agudo y crónico así como su rehabilitación

En los casos que así lo amerite, ejercerá el juicio clínico necesario para solicitar interconsulta o referirlo a otros profesionales de la salud para investigaciones adicionales, instalación del tratamiento o evaluación de los resultados del mismo.

Desarrollara el habito de la auto enseñanza, revisara, actualizará periódicamente su competencia profesional, participando en programas de educación médica continua, autoevaluación y auditoria médica. Será capaz de analizar, evaluar y desarrollar actividades de investigación.⁽¹⁹⁾

Las funciones del médico familiar son:

Tiene funciones prioritarias como la prevención, atención y control:

1.- Salud reproductiva

- a.- Planificación familiar
- b.- Salud perinatal.
- c.- Salud de la mujer

2.- Atención a la salud de niños.

- a.- Vacunación universal
- b.- Enfermedades respiratorias
- c.- EDA
- d.- Nutrición
- e.- Salud buco dental

3.- Atención a la salud del adulto mayor.

- a.- Diabetes.-Hipertensión arterial
- c.- Neoplasias malignas
- d.- Vacunación

Las líneas estratégicas son:

1.- Promoción a la Salud.

- a.- Familiar
- b.- Escolar
- c.- Municipio saludable

2.- Enfermedades transmisibles por vectores.

3.- Enfermedades transmisibles sexuales.

Los mecanismos de apoyo son:

1.- Vigilancia epidemiológicas.

2. Información, estadísticas y desarrollo informativo.

a.- Sistema de información salud a población abierta (Sispa)

3.- Supervisión integral.

a.- Análisis integral de los programas. ⁽²⁰⁾

El médico familiar otorga atención a la salud en dicha disciplina y su entrenamiento y experiencia lo califican para la práctica profesional en los diversos campos de la medicina.

Esta educado y entrenado para desarrollar practicas y aptitudes únicas que lo califican para una atención continua, mantenimiento integral de la salud y atención medica a todos miembros de la familia sin importar sexo, edad o tipo de enfermedad, sea esta biológica, conductual o social. Es la figura que intercede ante todos los asuntos relacionados con la salud incluyendo el uso adecuado de los consultantes así como de los recursos de la comunidad. ⁽²¹⁾

Morbilidad: es la proporción de personas que se enferman en un lugar, durante un periodo de tiempo determinado en relación con la población total de ese lugar. ⁽²²⁾

La morbilidad varia de acuerdo a la región del mundo por diversas causas una de ellas por ejemplo es lo económico. La OMS reporta en el año 2002 el 36 % se debió a enfermedades y traumatismo padecidos en niños menores de 15 años. Alrededor del 50 % a los adultos en edades comprendidas de 15 a 59 años en lo que sobresale el VIH SIDA mas frecuentes en los varones que en las mujeres se observo más en África, otra causa es la depresión más frecuente en las mujeres. En adultos mayores de 60 años predomina las Cardiopatías isquémicas, accidentes vasculares cerebrales. ⁽²³⁾

Mortalidad: es un número proporcional de defunciones en una población o tiempos determinados. ⁽²⁴⁾

La OMS menciona que en 2002 de 57 millones de defunciones 10.5 millones eran niños de edad de 0 a 5 años y en un 98 % en países en proceso de desarrollo y mas frecuentes en hombres que en mujeres y en países desarrollados es mas frecuentes en personal mayores de 70 años.

Las diez causas principales de mortalidad a nivel mundial en países en proceso de desarrollos según la OMS son por.

- 1.-Enfermedades Perinatales.**
- 2.-Infecciones Vías Respiratorias Inferiores.**
- 3.- Enfermedades Diarreicas.**
- 4.-Malaria.**
- 5.-Sarampión.**
- 6.-Malformaciones Congénitas.**
- 7.-VIH /SIDA.**
- 8.-Tétanos.**
- 10.-Malnutrición Proteinoenergéticas.⁽²⁵⁾**

El envejecimiento de la población en el fenómeno de salud y la seguridad de ingresos económicos ha desarrollado a nivel mundial que aumente la prevalencia de enfermedades no transmisibles como las crónicas degenerativas, constituyendo por lo tanto uno de los mayores retos para asegurar una buena calidad de vida.

El paciente, la familia y el médico son responsables de la asistencia médica. El médico adopta una orientación familiar y tiene diferentes niveles al realizar el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad. El paciente y la familia se convierten en recursos importantes y a través de ello recoge la información necesaria para comprender los síntomas y planificar el tratamiento, por lo cual la familia coparticipa en la intervención médica. Todos juntos deciden lo que se debe

hacer. Por lo cual las familias son un recurso valioso y una fuente de apoyo para adecuado tratamiento de las enfermedades. Por lo tanto el Médico Familiar no trata la enfermedad si no que recomienda un tratamiento el cual habitualmente se lleva a cabo en el hogar por el propio paciente o sus familiares.⁽²⁶⁾

2.-Planteamiento del problema

De acuerdo a CENSOS de población mundial, tenemos que la población mundial hace 10-20 años y la actual es:

1985	1995	2005
4, 979, 000, 000	5, 380, 000, 000	6, 453, 628, 000

En lo relacionado a población en la República Mexicana hace 10-20 años y actual es:

1985	1995	2005
81, 200, 000	91,400,000	103, 263, 388

En la República Mexicana tenemos según reportes del INEGI censo del 2005 se encuentran distribuidos por sexo de la siguiente manera.

MUJERES	53, 013, 433
HOMBRES	50, 249, 955
TOTAL:	103, 263, 388

La Población en la entidad federativa Campeche según el INEGI año 2005 por edades y sexo son en total 754,730 se distribuyen de la siguiente manera en porcentajes.

Las enfermedades más frecuentes en el Estado de Campeche en 2006: ⁽²⁷⁾

ENFERMEDADES	CASOS
Infecciones respiratorias agudas	255 438
Infecciones intestinales por otros organismos o mal definidas	37 942
Infecciones de vías urinarias	29 212
Úlceras, gastritis, duodenitis	12 653
Amebiasis intestinal	10 012
Otitis media aguda	6 770
Gingivitis y enfermedad periodontal	6 048
Otras helmintiasis	4 529
Asma y estado asmático	4 337

Candidiasis urogenital	3 320
Conjuntivitis	3 271
Hipertensión arteria	2 579
Varicela	2 218
Diabetes mellitus II	2 200
Paratifoidea y otras salmonelosis	1,841
Ascariasis	1,697
Otras infecciones intestinales debidas a protozoarios	1,530
Tricomoniiasis urogenital	1,399
Accidentes de transporte en vehículos con motor	1,371
Desnutrición leve	1,170

Influye la familia en la salud por ser un valioso recurso y fuentes de apoyo, a través de ella se recogen información sobre las etapas de la vida y tipo de integrantes y subsistencia. Al recolectar dicha información se podrá obtener la sintomatología y dar una prevención y un tratamiento médico adecuado de la enfermedad ya que la familia participa activamente y se le delega el control de las mayorías de la enfermedades y participa activamente en la vigilancia y cumplimiento de dicha enfermedad.

La enfermedad afecta a la familia porque obliga a los miembros de dicha familia a redefinir la relación tanto en los individuos sanos, como entre estos y el enfermo y muy especialmente del enfermo.

El Médico Familiar ofrece una calidad asistencial en numerosos aspectos de la salud y desarrolla una amplia actuación sobre todo basándose en la prevención, detecta y colabora en las mejora de las condiciones de vida a la población que atiende. Le importa cada persona en su conjunto y a lo largo de toda su vida, ya que atiende a personas con unos determinados problemas y creencias, inmersas en su contexto familiar y Social.

Esta capacitado para el cuidado de la salud de la persona, considerando al paciente en un todo integrado por aspectos físicos, psíquicos y sociales vinculado a un contexto, lo que le permite llevar a cabo una atención continuada a las

familias que atiende, para elevar el nivel de salud de las que están sanas y curar a las que están enfermas, cuidar y aconsejar los efectos de la enfermedad cuando no es posible la recuperación de la salud.

El médico familiar deberá atender en forma continua y eficaz a la familia en las enfermedades y darle seguimiento continuo para un mejor tratamiento y medidas preventivas al paciente y a los demás integrantes del sistema familiar para mantenimiento integral de la salud familiar. Deberá estar capacitado para el cuidado de la salud de la persona considerando al paciente como un todo integral en la familia.

Ya que se desconoce la información que se esta buscando y por eso se plantea lo siguiente:

¿Cuales son las principales causas de consulta y las características generales de las familias asignadas al consultorio matutino del Hospital Integral de Sabancuy, del instituto descentralizados de salud publica del estado del junta municipal de sabancuy, Carmen, Campeche?

3.-Justificación.

a.- MAGNITUD DEL PROBLEMA:

Es necesario conocer con que frecuencia se presentan las enfermedades en una comunidad, para poder así establecer medidas preventivas para poder disminuir el impacto que estas tienen no solo en el paciente, sino también en la familia y comunidad.

Pero antes de identificar las enfermedades más frecuentes en Sabancuy, es necesario tener una idea de cuales son las más presentadas en el país y en el estado de Campeche por la Secretaria de Salud y Asistencia

En los reportes estadísticos se encuentran enfermedades por nuevos casos presentados en el año 2006. Las cuales son a nivel nacional: ⁽²⁸⁾

ENFERMEDADES	CASOS
Infecciones respiratorias agudas	23 776 199
Infecciones intestinales por otros organismos o mal definidas	4 716 011
Infecciones de vías urinarias	3 076 468
Úlceras, gastritis, duodenitis	1 491 309
Otitis media aguda	708 556
Amebiasis intestinal	662 197
Hipertensión arterial	521 486
Gingivitis y enfermedad periodontal	507 395
Diabetes mellitas II	394 360
Helmintiasis	351 095
Candidiasis urogenital	346 611
Conjuntivitis	325 433
Varicela	283 695
Intoxicaciones por picadura de alacrán	282 598
Asma y estado asmático	276 468
Tricomoniasis urogenital	167 748
Neumonías y bronconeumonías	148 464
Ascariasis	147 420
Otras infecciones intestinales por protozoarios	146 591
Desnutrición leve	146 454
Mordedura por perro	133 608
Paratifoideas y otras salmonelosis	115 014
Quemaduras	113 861
Faringitis y amigdalitis estreptocócica	95 838

La población del estado de Campeche actual es de: **754, 730**

MUJERES		HOMBRES
EDAD / AÑOS	PORCENTAJES	PORCENTAJES
0 a 4	15.4 %	15.9 %
15 a 29	14.4 %	13.4 %
30 a 44	10.7%	10.1 %
45 a 59	05.8 %	05.8 %
60 a 74	02.7 %	02.7 %
75 o mas	01.0 %	01.1 %

La población que atiende en la secretaria de salubridad y asistencia es abierta, por lo tanto son 754,730

En datos reportados por la secretaria de Salud del estado de Campeche en su boletín Epidemiológico No. 11 del año 2007 señala lo siguiente.

Porcentaje por institución de pacientes atendidos del 2006 y 2007:

1. SSA	57.1 %
2.- IMSS	22.2 %
3.- OTRAS INSTITUCIONES SALUD	12.1 %
4.- ISSSTE	09.5 %
5.-IMSS SOLIDARIDAD	09.0 %

CASOS DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES ATENDIDAS POR LA SSA EN EL ESTADO DE CAMPECHE ⁽²⁹⁾

	AÑO
--	-----

	2006	2007
1.-Enfermedades por otros organismos y mal definidas	6 441	5 926
2.-Ulceras Gastritis y duodenales	2 104	2 754
3.-Asma y estado asmático	895	913
4.- Gingivitis y enfermedades periodontales	972	699
5.- Hipertensión arterial	595	613
6.-Diabetes Mellitas II No insulodependiente	488	546
7.-Desnutrición leve	189	171
8.- Intoxicación aguda por alcohol	115	095
9.- Isquemias Cardiacas	103	071
10.- Displasias leves y moderadas cervical	035	027

**CASOS DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES ATENDIDAS POR LA SSA
EN EL ESTADO DE CAMPECHE ⁽²⁹⁾**

	AÑO	
	2006	2007
1.- I.R.A.	49 464	44 241
2.- EDAS	9 668	8 202
3.- I.V.U.	5 099	4 642
4.- Amibiasis intestinal	1 818	1 489
5.- Conjuntivitis	510	602
6.- Escabiosis	203	344
7.- Ascariasis	359	244
8.- Paratifoideas y otras Salmonellosis	262	295

Como se puede observar los datos nacionales y estatales son un panorama general de consulta de enfermedades, podemos observar la gran similitud que existe entre los dos resultados, ahora es necesario observar cuáles se encuentran en la comunidad de Sabancuy.

b- VULNERABILIDAD DEL PROBLEMA

En mi hospital integral de Sabancuy para abordar dicho problemas cuento con:

- o Un consultorio médico
- o Un medico general
- o Población fija
- o Con archivos, de expedientes médicos clínicos, para realizar el trabajo de investigación.
- o Hoja de informe diario del medico.

c.- FACTIBILIDAD DEL TRABAJO

Ya que cuento con los recursos necesarios para la investigación si es factible.

d.- UTILIDAD O TRANSCENDENCIA DEL TRABAJO

Recordemos la importancia de estudiar a las familias y sus caracteres sociales, ya que como bien sabido estas representan un recurso o en algunas ocasiones un fuerte obstáculo para mejorar o perpetuar estados mórbidos.

El conocer el ciclo vital de la familia es importante ya que nos permitirá enfocar programas específicos, ya que los diferentes roles familiares pueden influir en ciertas patologías.

Sin embargo en el consultorio matutino del hospital Sabancuy no se tienen datos específicos de las enfermedades con mayor prevalencia y las características sociales de las familias en las que están integradas los pacientes.

Dicho conocimiento, podremos identificar no solo a las enfermedades más frecuentes, sino también las causas que van a relacionarse con su presentación; esto nos servirá para fomentar una participación activa tanto de la comunidad sabancuyera como del servicio de salud que ofrece atención en dicha institución.

Debemos estar concientes que identificando los factores influyentes en esta

sociedad, en mi consultorio me ayudará para que realice como médico familiar actividades de medidas preventivas específicas a la misma. Ofreciéndoles a mis pacientes una atención medica integrada, para capacitarme, evitando así la enfermedad y por consiguiente disminuyendo las complicaciones y costos que usualmente se agregan a la misma. Con el fin último de mejorar la calidad de vida del futuro paciente y la familia a la que pertenece.

Evitando enfermedades, ayudaríamos a la familia a derivar el probable gasto económico en otras ramas del gasto familiar; e igual forma se disminuiría a la institución de salud el costo de tratamiento de enfermedades prevenibles.

Al conocer la pirámide poblacional, me será útil para identificar edades o grupos vulnerables, con base en programas específicos de salud.

4.-Objetivo General

Identificar las principales causas de consulta y las características generales de las familias, del consultorio del Hospital Integral de Sabancuy, del Instituto descentralizado de salud pública del estado de Campeche.

5.- Objetivos específicos.-

- a.- Identificar a las familias usuarias con base en su parentesco
- b.- Identificar a las familias usuarias con base en la presencia física y convivencia
- c.- Identificar las familias usuarias con base en los estilos de vida originado por cambios sociales
- d.- Identificar a las familias usuarias con base en su medio de subsistencia
- e.- Identificar a las familias usuarias con base en la etapa de ciclo vital familiar
- f.- Identificar las 10 causas de consultas de primera vez y 10 subsecuentes que originan consulta médica
- g.- Identificar la pirámide poblacional del Hospital Integral de Sabancuy

6.- METODOLOGIA

I.- Tipo de estudio:

Es un estudio:

- a.- Observacional.
- b.- Descriptivo.
- c.- Transversal
- d.- Ambispectivo.

II.- Población, lugar y tiempo.

Población abierta que acude al consultorio único del Hospital Integral de Sabancuy de la Secretaria de Salubridad y Asistencia, en la junta de Sabancuy Municipio del Carmen en el Estado de Campeche.

El tiempo para identificar las principales causas de consulta será de octubre del 2006 a septiembre del 2007.

Para cubrir los objetivos de identificar las características de familia será en el periodo de octubre de 2007 a febrero del 2008.

III.- Criterios de selección.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

a.- Criterios de Inclusión: son las familias que radican y acuden al Hospital Integral de Sabancuy de la Secretaria de Salubridad y Asistencia en la villa de Sabancuy, Carmen, Campeche en el periodo Octubre del 2007 a Febrero del 2008. Hojas de consultas de informe diario del medico del periodo Octubre del 2007 a Febrero del 2008.

b.- Criterios de Exclusión: Familias que no radican en la villa de Sabancuy, Carmen, Campeche.

Hojas de informes diario del medico extraviadas. Periodo Octubre del 2007 a Febrero del 2008

c.- Criterios de Eliminación

Hojas ilegibles de informes diarios del Médico.

Cedulas básicas de identificación familiar de investigación incompletas

IV.- Tipo y tamaño de la muestra

TIPO:

- a.- Aleatorio simple
- b.- Representativo
- c.- Por cuotas

TAMAÑO: Se tomaron 100 familias para realizar el presente estudio de investigación.

V.- Método y Procedimiento de recolección

Solicite las hojas diarias consultas del informe médico a la autoridad correspondiente del Hospital Integral de Sabancuy del archivo. Se procedió a capturar por medio de paloteo las 10 principales causas mas frecuentes de consultas primera vez y subsecuentes, en orden descendentes según su frecuencia, y de tal forma se solicito la información del censo población adscrita para la realización de la pirámide poblacional por sexo y edad.

Se aplico la cédula básica de identificación familiar dentro del consultorio después de haber sido atendidas por el motivo que acuden a consultar. Se les aplico método aleatorio simple con una tómbola, participaron familias voluntarias al azar hasta cumplir con la cuota que son 100 familias. Se capturo datos correspondientes a variables medidas en hojas sabanas y se realizo análisis estadísticos, tablas u graficas. (ver anexo)

VI.- Consideraciones éticas:

El trabajo de investigación se apega al Reglamento del a Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud, Titulo Quinto Disposiciones Generales Capitulo Único Artículo 100, Fracción del I al VII, es un estudio de investigación sin riesgo.

A la declaración del Helsinki de la federación médica mundial, adoptada por las 18ª asamblea médica mundial en el Helsinki de Finlandia, Junio de 1964 y enmendada en la 52ª asamblea general en Edimburgo, Escocia Octubre 2000.

VII.- Variables de estudio:

1.- ESTADO CIVIL: condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles; sobre todo lo que se hace.

Operacionalmente: identificar la situación legal.

Tipo de variable: es cualitativa.

Escala de medición: es nominal.

Valores: si es casado, unión libre u otro.

2.- AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL: Es el tiempo constituido por el marido y la mujer.

Operacionalmente: identificar los años de convivencia de la pareja.

Tipo: cuantitativo

Escala de medición: discontinuo

Valores: 1 a N

3.- EDAD DEL PADRE: tiempo de existencia desde del nacimiento del individuo.

Operacionalmente: es identificar los años vividos del padre.

Tipo de variable: es cuantitativa.

Escala de medición: es discontinua.

Valores: 1 a N

4.-EDAD DE LA MADRE: tiempo de existencia desde del nacimiento del individuo

Operacionalmente: es identificar los años vividos de la madre

Tipo de variable: es cuantitativa.

Escala de medición: es discontinua.

Valores: 1 a N

5.- NÚMEROS DE HIJOS: personas respecto a su padre o su madre

Operacionalmente: es identificar la cantidad de hijos en matrimonio.

Tipo e variable: es cuantitativa.

Escala de medición: es discontinua.

Valores: 1 a N.

6.- OCUPACIÓN: actividad, empleo, oficios actuales del individuo.

Operacionalmente: se identificara el tipo de trabajo laboral que realiza el individuo.

Tipo de variable: Es cualitativa

Escala de medición: nominal

7.- ESCOLARIDAD: tiempo en que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza

Operacionalmente se identificara el grado de estudio del individuo.

Tipo de variable es cualitativa

Escala de medición: ordinal

Valores: analfabeta, primaria, secundaria, bachiller, licenciatura

8- PARENTESCO: Relación entre personas que descienden una de otras o de un tronco común o están ligadas por vínculos matrimoniales.

Operacionalmente: es identificar las características como se encuentran integradas las familias que por consanguinidad, afinidad, adopción matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga ha esta.

Tipo de variable: es cualitativa

Escala de medición: nominal

Valores: nuclear, nuclear simple, nuclear numerosa, reconstruida (binuclear), monoparental, monoparental extendida, extensa, extensa compuesta, no parental

9.-PRESENCIA FISICA Y CONVIVENCIA:

Convivencia: es la vida común con una o varias personas.

Presencia física: estado o hecho de encontrarse una persona en el mismo lugar que otra.

Operacionalmente: se identificara si viven o no, los padres en el hogar, si viven una o mas familias en la misma casa, estas conformadas por los hijos u otros familiares colaterales

Tipo de variable: es una variable cualitativa

Escala de medición: nominal

Valores: núcleo integrado, núcleo no integrado, extensa ascendente, extensa descendente, extensa colateral.

10.- SUBSISTENCIA: es el mantenimiento o conjunto de medios necesarios para su sustento.

Operacionalmente: se identificaran el tipo de trabajo con lo que vive el individuo,

para sus necesidades

Tipo de variable: es una variable cualitativa

Escala de medición: nominal

Valores: agrícola o pecuaria, industrial comercial y servicio

11.-ESTILO DE VIDA POR CAMBIOS SOCIALES: modificación, cambios o costumbres en la sociedad.

Operacionalmente: se identificara la manera en que conviven las personas o familias en un hogar.

Tipo de variable: es una variable cualitativa

Escala de medición: es nominal

Valores persona que vive sola, pareja de homosexuales sin hijos, pareja de homosexuales con hijo adoptivo, familia grupal, familia comunal, poligamia

12.- CICLO VITAL FAMILIAR: etapa de desarrollo existencial de la familia

Operacionalmente: se identificara la etapa de la vida en que se encuentra actualmente la familia.

Tipo de variable: es una variable cualitativa

Escala de medición: nominal

Valores: matrimonio, expansión, dispersión independencia, retiro y muerte

13.- CAUSA DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ: Examen o inspección que el medico hace a un enfermo en la primera ocasión

Operacionalmente: se edificará el motivo o causa por la cual acude el paciente a consultar

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal

Valores: respuesta abierta

14.- CAUSA DE CONSULTA SUBSECUENTE: examen o inspección que el medico hace a un enfermo posterior a la primera ocasión

Operacionalmente: se identificara el motivo o causa por la cual acude el paciente a la consulta por posterior a la primera vez

Tipo de variable: cualitativa

7.- Resultados

En la gráfica 1 se puede observar que en el poblado de Sabancuy la población en su mayoría es masculina y tiene mayor frecuencia entre las edades de 10 a 19 años en ambos sexos.

Podemos observar en tablas 1 y 2, las causas de consulta primera vez que mas frecuentemente se atienden son IRA y EDA, teniendo que también ocasionan una alta frecuencia de consultas de seguimiento.

Las características de las familias que habitan en el poblado de Sabancuy comparten que en la mayoría las edades de los padres de familia se encuentran entre 24-29 años de edad (tabla 3 y 4); encontrando que en estas la gran mayoría de los padres no cuentan con estudio alguno o bien solo han cursado la primaria (tabla 5).

Se clasificó a la familia de acuerdo al parentesco que guardaban los integrantes de esta, obteniendo que un 43% de las familias son nucleares simples, o sea están conformadas por padre, madre y menos de tres hijos; pero también un porcentaje considerable de 26% se encontraron en nuclear numerosa. (Tabla 6 gráfica 2)

Por el número de hijos hay mayor número de familias con hijos de 11 a 19 años de edad. (Tabla 7)

De las familias encuestadas el 61 % se encuentran en estado civil de casado, aunque un 39% se encuentra en unión libre. (Tabla 8); y también se observa que llevan un promedio de 20-29 años de unión conyugal. (Tabla 9 y gráfica 3).

De las 39 familias en donde las figuras paternas se encuentran en unión libre se observa que entre estas hay un 33.3% que llevan de 10-19 años juntos, con este siendo más frecuente. (Tabla 10 y gráfica 4)

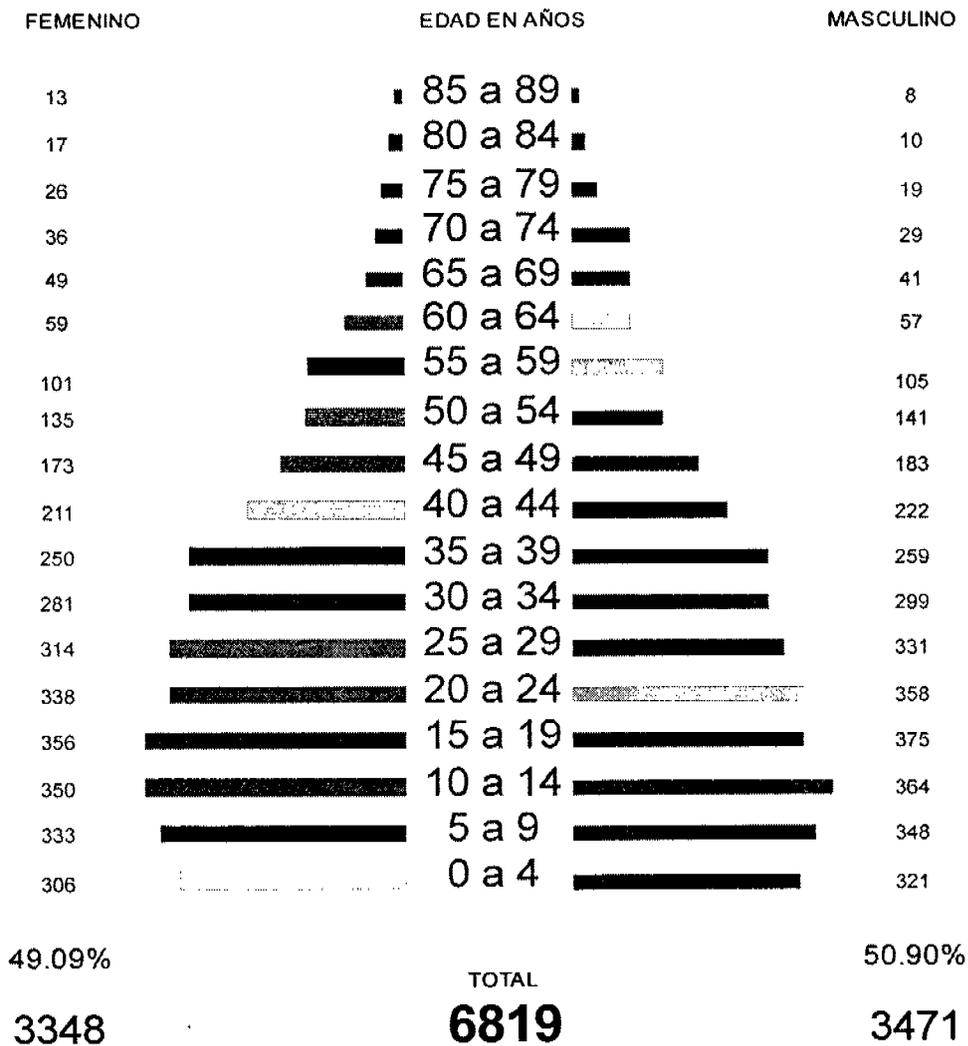
De las familias que se interrogaron también importa que de acuerdo con base en

la presencia física y convivencia, un 73% de estas se encontró en la clasificación de núcleo integrado, en el cual la presencia de los padres está presente. (tabla 11 y gráfica 5)

De acuerdo en ciclo vital de la familia, se encuentra que la mayoría esta en proceso de dispersión, siguiendo en frecuencia la situación de independencia familiar. (Tabla 12 y grafica 6)

La gran mayoría de las familias de la población de Sabancuy se dedican a actividades agrícolas, siguiendo en frecuencia aquellas en las que los padres se dedican a los servicios. (Tabla 13 y gráfica 7)

Gráfica 1.- Pirámide poblacional de la población de Sabancuy 2006.



FUENTE: INDESALUD
 JURISDICCION SANITARIA No. 3
 DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA

Tabla 1.- Causas de consulta primera vez

10 PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA POR PRIMERA VEZ
1.- IRA
2.- E.D.A.
3.- I.V.U.
4.- PRENATAL.
5.- AMIBIASIS
6.- CARIES DENTAL.
7.- PICADURA DE INSECTOS.
8.- VAGINOSIS.
9.- GASTRITIS.
10.- OTITIS MEDIA AGUDA

Tabla 2.- Causas de consulta seguimiento

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTAS SUBSECUENTES
1.- PLANIFICACION FAMILIAR
2.- CONTROL PRENATAL.
3.- I.R.A.
4.- E.D.A.
5.- AMIBAS.
6.- GASTRITIS.
7.- I.V.U
8.- CONTROL DE H.T.A.
9.- DIABETES
10.- VAGINOSIS

FUENTE: HOJA DE REPORTE DIARIA DE MEDICO DE OCTUBRE 2006 A SEPTIEMBRE 2007

Tabla 3.- Distribución Edad del padre.

AÑOS	FRECUENCIA	%
MENOS DE 20 AÑOS	5	5
20 A 24	11	11
25 A 29	16	16
30 A 34	13	13
35 A 39	12	12
40 A 44	15	15
45 A 49	13	13
50 A 54	6	6
55 A 59	4	4
60 A 64	4	4
65 O MAS	4	4
TOTAL	100	100

Tabla 4.- Distribución Edad de la madre

AÑOS	FRECUENCIA	%
MENOS DE 20 AÑOS	5	5
20 A 24	13	13
25 A 29	20	20
30 A 34	11	11
35 A 39	18	18
40 A 44	14	14
45 A 49	7	7
50 A 54	8	8
55 A 59	1	1
60 A 64	2	2
65 O MAS	1	1
TOTAL	100	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE
IDENTIFICACION FAMILIAR

Tabla 5.- Escolaridad de padres de familia.

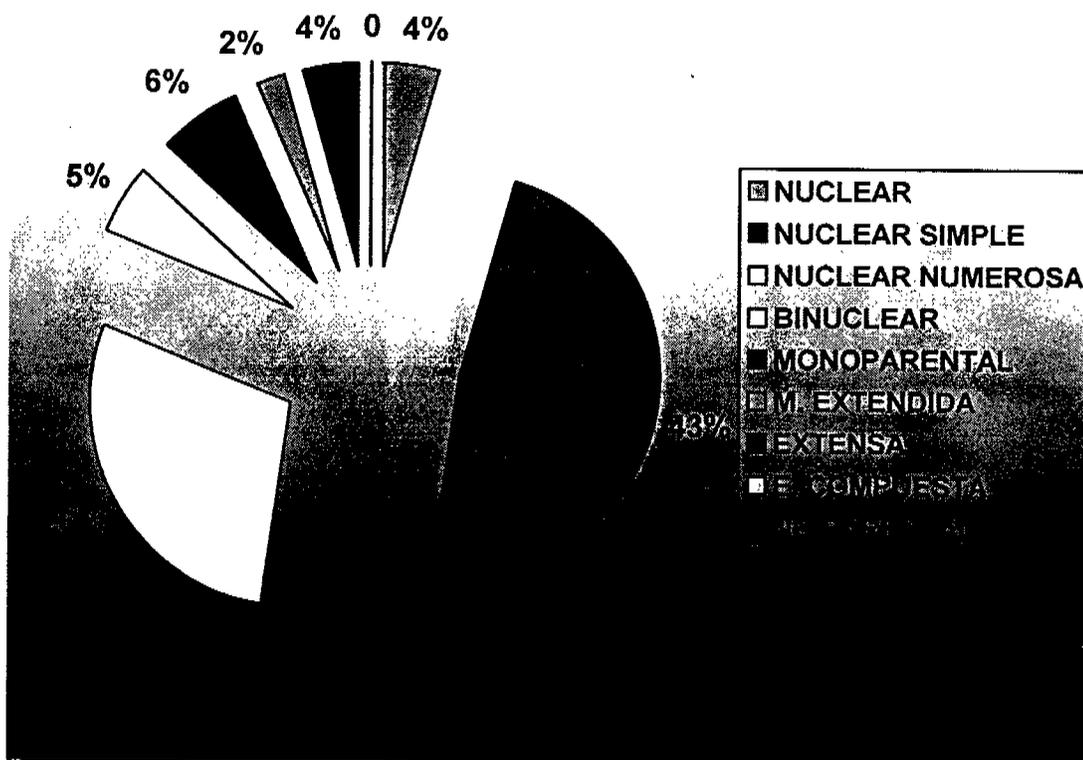
ESTUDIOS REALIZADOS	TOTAL	PADRE	MADRE	%
PRIMARIA	63	31	32	31.5
SECUNDARIA	46	20	26	23
BACHILLER	10	6	4	5
LICENCIATURA	5	3	2	2.5
NO ESTUDIOS	76	40	36	38
TOTAL	200	100	100	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

Tabla 6.- Clasificación de la familia por su parentesco.

TIPO DE FAMILIA	NUMERO DE FAMILIAS	%
NUCLEAR	4	4
NUCLEAR SIMPLE	43	43
NUCLEAR NUMEROSA	26	26
BINUCLEAR	5	5
MONOPARENTAL	6	6
MONOPARENTAL EXTENDIDA	2	2
EXTENSA	4	4
EXTENSA COMPUESTA	0	0
NO PARENTAL	0	0
TOTAL	100	100

Gráfica 2.- Clasificación de la familias por su parentesco



FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

Tabla 7.- Clasificación de las familias por su número de hijos según la edad.

EDAD NIÑOS	FAMILIAS	%
HASTA 10 AÑOS	33	33
DE 11 A 19 AÑOS	38	38
20 O MAS AÑOS	25	25
SIN HIJOS	4	4
TOTAL	100	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR.

Tabla 8.- Estado civil de la familia encuestada

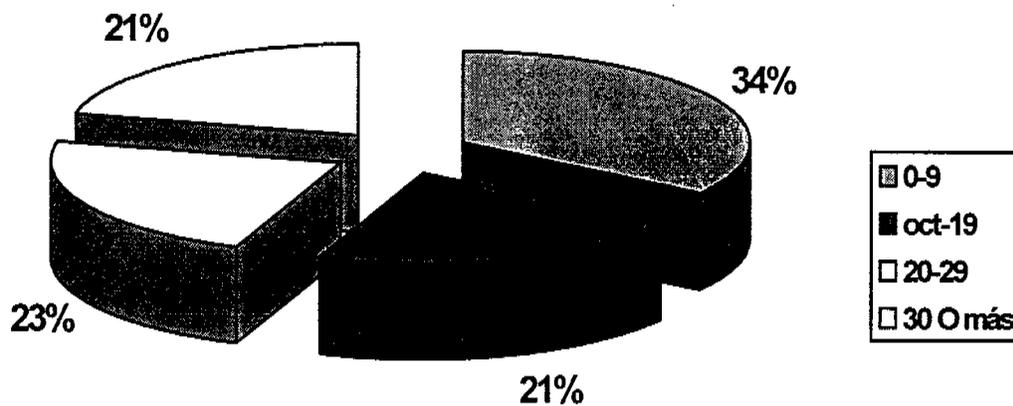
Estado civil	Número de familias	%
CASADA	61	61
UNION LIBRE	39	39
OTRO	0	0
Total	100	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR.

Tabla 9.- Años de unión conyugal de las familias casadas

AÑOS	NÚMERO FAMILIAS	%
0-9	21	34.4
10-19	13	21.31
20-29	14	22.95
30 o mas	13	21.31
TOTAL	61	100

Gráfica 3.- Años de unión de familias casadas

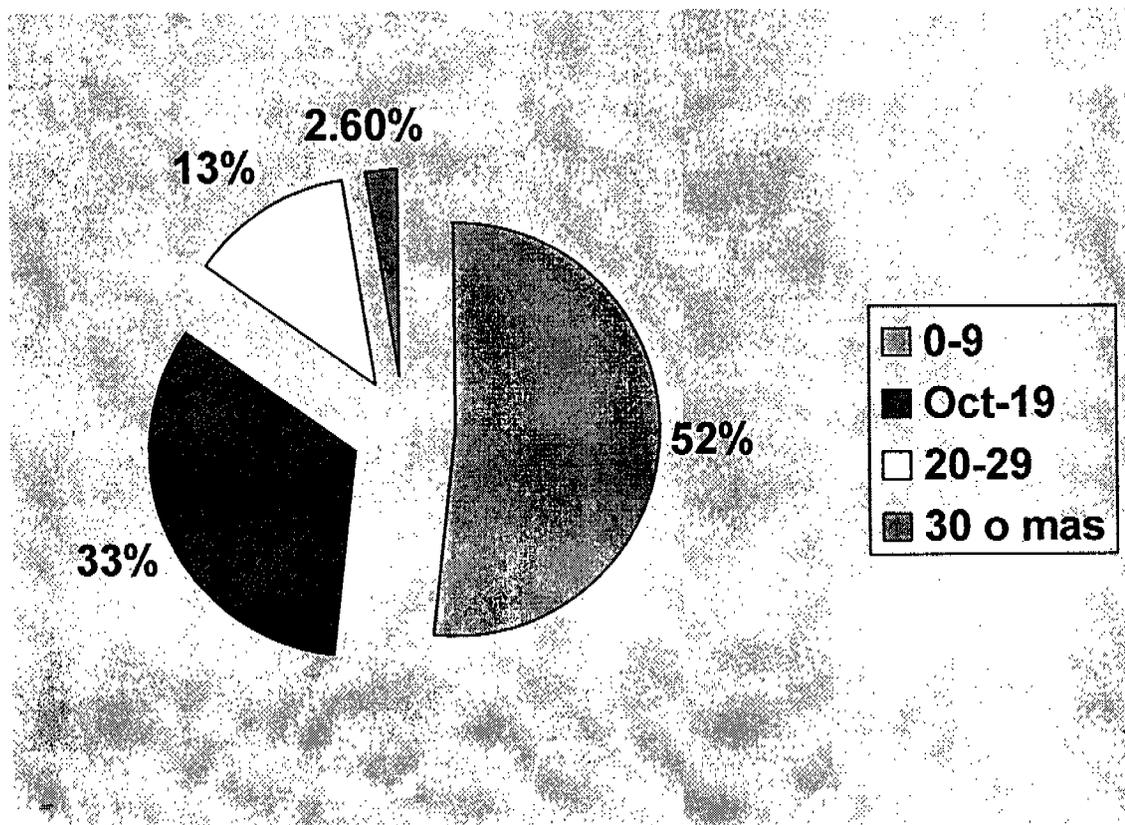


FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR.

Tabla 10.- Años de unión conyugal en unión libre.

AÑOS	NUMERO FAMILIAS	%
0-9	20	51.2
10-19	13	33.3
20-29	5	12.8
30 o mas	1	2.5
TOTAL	39	100

Gráfica 4.- Años de unión conyugal en unión libre

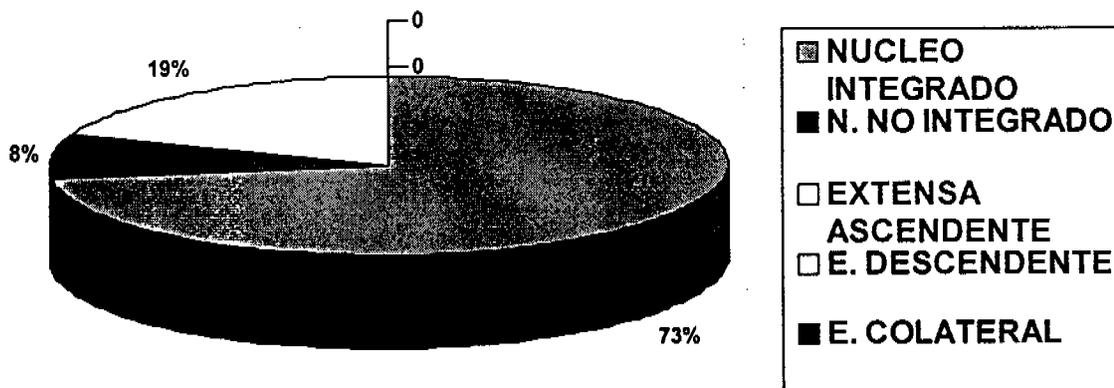


FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR.

Tabla 11.- Clasificación de la familia con base en la presencia física y convivencia.

TIPO	NUMERO DE FAMILIAS	%
NÚCLEO INTEGRADO	73	73
NÚCLEO NO INTEGRADO	8	8
EXTENSA ASCENDENTE	19	19
EXTENSA DESCENDENTE	0	0
EXTENSA COLATERAL	0	0
TOTAL	100	100

Grafica 5.- Clasificación de la familia con base en la experiencia física y convivencia

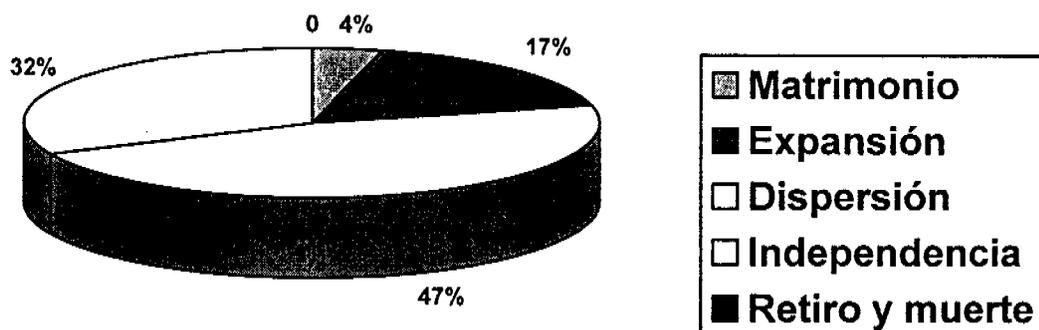


FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR.

Tabla 12.- Clasificación de la familia en las etapas del ciclo vital familiar.

TIPO	NUMERO DE FAMILIAS	%
Matrimonio	4	4
Expansión	17	17
Dispersión	47	47
Independencia	32	32
Retiro y muerte	0	0
Total	100	100

Gráfica 6.- Clasificación de la familia en las etapas del ciclo vital familiar.

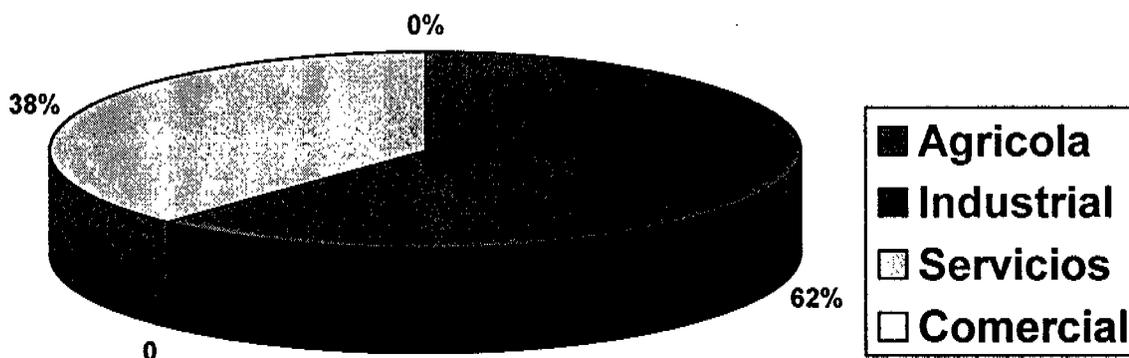


FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR.

Tabla 13.- Clasificación de la familia con base en sus medios de subsistencia.

Tipo	Número de familias	%
Agrícola o pecuarias	62	62
Industrial	0	0
Comercial	0	0
Servicios	38	38
Total	100	100

Gráfica 7.- Clasificación de la familia con base en sus medios de subsistencia



FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR.

8.- Discusión

De acuerdo a lo observado, la gran mayoría de la población de Sabancuy se encuentra en edades de crecimiento, entre 10 a 19 años de edad, predominando sexo masculino por ligera diferencia. En cuanto a grupos de edad, nos demuestra que la población es predominantemente adolescente y joven, partiendo de esto para empezar a implementar programas que involucren y orienten a estos en cuanto a toxicomanías, educación sexual, orientación anticonceptiva, ejercicio y vida sana.

Las familias que habitan en Sabancuy tienen como padres a personas que se encuentran entre 24 y 29 años de edad, que no cuentan con educación o apenas tienen educación primaria y que se dedican a actividades agrícolas; son familias nucleares simples, donde se encuentran padre, madre y menos de tres hijos, en donde igual estos se encuentran entre 11 y 19 años.

Las familias tienen padres casados, que llevan de 20 a 29 años de unión conyugal, con firme presencia de ambos padres en la educación de los hijos; aunque la gran mayoría de las familias se encuentra en proceso de dispersión.

Los datos obtenidos de acuerdo a primera vez de consulta, se observó que los resultados son parecidos a nivel nacional, siendo las IRA y las EDAS las primeras causas de consulta, al igual que las infecciones de vías urinarias y prenatales. En cuanto a las de seguimiento las cuatro, ya antes mencionadas también ocasionan una alta frecuencia de consultas, pero en este apartado también se observa que aparecen controles de planificación familiar como primer lugar, y controles prenatales como segundo, sospechando entonces que tal vez los programas planificación familiar no están funcionando como se desearía.

En cuanto a las enfermedades crónico degenerativas, a pesar de que se encuentran dentro de los primeros diez lugares, no ocupan tanta importancia como IRAS y EDAS, pero aún así no hay que olvidar la existencia de estas.

De las familias estudiadas se obtuvo que predominan aquellas nucleares simples con un número menor de 3 hijos, aquí el problema radica que los padres no cuentan con estudios o solo a nivel primaria, compartiendo datos a nivel nacional.

Se tuvo dificultades en información de hojas diarias por encontrar frecuentemente hojas diarias en desorden y faltante de datos.

Es de mencionar que por el número de familias que se encuestaron hay acercamiento por ser un muestreo aleatorio y hay cierto sesgo de información por que se confió en la honestidad del encuestado. Hay otro sesgo porque se interrogó solo a las familias que sí acudieron a la clínica y no se buscó a las que poco o nunca acuden.

9.- Conclusiones

Se logro como objetivo general identificar las principales causas de consulta, las características sociales de las familias del consultorio del Hospital Integral de Sabancuy, del Instituto Descentralizado de Salud Pública del Estado de Campeche.

En el presente estudio se logro identificar los objetivos específicos de las familias usuarias del consultorio del Hospital Integral de Sabancuy del Instituto Descentralizado de Salud Publica del Estado de Campeche con las siguientes características.

- a.- Con base en su parentesco la familia mas común es nuclear simple..
- b.- Con base en presencia física y convivencia la familia más común es núcleo integrado.
- c.- Con base en medios de subsistencia la familia más común es agrícola o pecuaria
- d.- Con base etapas del ciclo vital familiar la etapa más común es dispersión.
- e.- Las 10 principales causas de consulta de primera vez son: i.r.a., e.d.a., i.v.u., prenatal, amibiasis, caries dental. Picadura de insectos, vaginosis, gastritis, otitis media aguda y 10 causas subsecuentes son: planificación familiar, prenatal, i.r.a., e.d.a., amibiasis, gastritis, i.v.u., control de h.t.a., diabetes, vaginosis.
- f.- La pirámide poblacional es grupo más representativo en femenino y masculino es de 15 a 19 años.

Dentro de los pacientes atendidos en el centro de salud de Sabancuy es importante tomar en cuenta las características de la población familiar, para reconocer no solo el ambiente en donde se desarrollan los integrantes, sino para considerar el nivel económico y el grado de estudios de estos, ya que es bien sabido que con estas dos características pueden mejorar lo que son las adhesión a los tratamientos; se observó que la mayoría de los padres no contaban con estudios de formación escolar, por lo cual se podría esperar poco entendimiento por parte de estos a la realización de los tratamientos o bien poco apego a la prevención.

Considero que sería adecuado el crear grupos de padres donde se ofrezca educación que sea fácil y de buena calidad para educar en cuanto a la prevención de IRA y EDAS, así como a detección y manejo de complicaciones.

También sería conveniente analizar la educación de planificación familiar que se otorga en la institución; así como contar con mayor número de médicos familiares y/o trabajadoras sociales en la misma o capacitar a los médicos generales que laboran en el hospital para unificar enfoques de medicina familiar y fomentar la capacitación médica continua.

9.- Bibliografía

- 1.- López S. Actuación del especialista en medicina familiar en la sociedad actual. Rev Med IMSS. 1995; 33:317-320
2. - Enciclopedia WILKIPEDIA Internet: es.wikipedia.org/wilki/familia
- 3.- Santacruz J. La familia unidad de análisis. Rev. Med IMSS 1983; 31:175-180.
- 4.- Irigoyen A. La familia: Fundamento de Medicina Familiar. 3ª ed. México: Ed. 1993.
- 5.-Vínculos familiares y realidad social. <http://11www.psenté.com.ae.RIF6/823.htm>
- 6.- Parra M. Conceptos básicos para el estudio de la familia. Archivo en Medicina Familiar 1994; 7:15-18.
- 7.- Irigoyen A, Gómez F, Hernández C, Farfán G. Diagnóstico familiar. 2ª ed. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana; 1994. Pág. 23-28
- 8.- Dorado G, Loría J, Guerrero B. Aptitud clínica hacia el estudio integral de la familia en residentes de medicina familiar. Arch Med Fam 2005; 7:169-174.
- 9.- Roque P. Educación para la salud. 1ª Ed. México: Publicaciones culturales; 1996. Pág. 9
- 10.- Hernández E, Aguilar S. Introducción a la salud pública. 1ª Ed. México: Centro de investigación de ciencias de la salud, UJET; 1994. Pág. 13
- 11.- Capra F. La trama de la vida. La emergencia del pensamiento sistemático. 1ª Ed. Barcelona: Anagrama; 1996. Pág. 16-40
- 12.- Irigoyen A, Ponce C, Hernández C, Farfán G, et al. Medicina familiar mexicana, La evolución histórica de la familia. 4ª Ed. México: Medicina familiar; 1996. Pág. 05-10
- 13.- Irigoyen A, Ponce C, Hernández C, Farfán G, et al. Evolución histórica de la familia. 4ª ed. México: Medicina familiar; 1996. Pág. 11-24
- 14.- Domínguez O. La medicina familiar en el mundo. Arch Med Fam 2003; 25:136-138.
- 15.- López S. Actuación del especialista de medicina familiar en la sociedad actual. Rev Med IMSS 1995; 43:317-320
- 16.- Domínguez J. La medicina familiar en México. Arch Med Fam 2003; 4:139
- 17.- Gómez F, Irigoyen A. La medicina familiar y la investigación: una perspectiva integradora. 4ª edición. México: Medicina Familiar; 1993. Pág. 142-145
- 18.- Narro J. Medicina Familiar, Salud en México, testimonios 1998, las

especialidades médicas en México pasado, presente y futuro. México: Fondo de Cultura Económica; 1989. Pág. 239-252

19.- Irigoyen A, Ponce R, Marín F. Nuevos fundamentos de medicina familiar. México: Medicina Familiar; 2006. Pág. 138-139.

20.- Boletín Medicina Familiar. 1997 julio-agosto. UNAM

21.- Gómez C, Irigoyen A. Fundamentos de medicina familiar. 3ª ed. México: Medicina Familiar; 1995.

22.- Diccionario lengua española Pág. Internet www.word.com

23.- Reto Salud Mundial Actuales, capítulo I. Pág. 22 a 25.

24.- Diccionario lengua española.

25.- Reto Salud Mundial Actuales, capítulo II. Pág. 21 a 25

26.- Daniel S, Cambell T, Seaburn D. Orientación familiar en atención primaria. Manual para Médicos de Familia. Barcelona: Springer Vergas Iberica; 1998.

27.- Dirección General de Epidemiología. Gobierno Federal. Secretaria Salud. 2006

28.- Dirección general adjunta de epidemiología. Gobierno Federal Secretaria de Salud 2006.

29.- Instituto de Servicios Descentralizados de Salud Pública (INDESALUD. del Estado de Campeche departamento de Epidemiología. Boletín Epidemiológico No. 11 del año 2007, comprende información año 2006 hasta la semana No. II del 2007.

ANEXOS:



Folio:

CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

DATOS GENERALES DEL INFORMANTE:

Familia: _____ No. Expediente del informante: _____

Datos de la persona que proporciona la información:

Madre () Padre () Hijo ()

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA:

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

Años de unión conyugal: _____

Edad del padre: _____ Edad de la madre: _____

Ocupación del padre: _____

Ocupación de la madre: _____

Escolaridad del padre: _____

Escolaridad de la madre: _____

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

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

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

TOTAL: _____

CLASIFICACION DE LA FAMILIA:

MARQUE CON UNA EQUIS (X)

A) Parentesco:

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

B) Sin parentesco: Monoparental extendida sin parentesco ()

Grupos similares a familias ()

C) Con base en la presencia física y convivencia:

Núcleo integrado () Núcleo no integrado ()

Extensa ascendente () Extensa descendente ()

Extensa colateral ()

D) Estilos de vida originados por cambios sociales:

Persona que vive sola () Parejas homosexuales sin hijos ()

Parejas homosexuales con hijos adoptivos () Familia grupal ()

Familia comunal () Poligamia ()

E) Con base en sus medios de subsistencia:

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

F) Etapa del ciclo vital familiar:

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

