



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO
UNIDAD ACADÉMICA
(CLINICA HOSPITAL IRAPUATO, GUANAJUATO)**

**CARACTERISTICAS FAMILIARES, FACTORES DE RIESGO Y CAUSAS DE
CONSULTA MÁS FRECUENTES EN LA POBLACIÓN USUARIA ADSCRITA A
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE YURIRIA, GUANAJUATO, MÉXICO**

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

PRESENTA:

DRA. OLGA RUIZ MÉNDEZ



IRAPUATO GTO

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.

**CARACTERISTICAS FAMILIARES, FACTORES DE RIESGO Y CAUSAS DE
CONSULTA MÁS FRECUENTE EN LA POBLACIÓN USUARIA ADSCRITA A
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE YURIRIA, GUANAJUATO, MEXICO.**

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

PRESENTA:

DRA OLGA RUIZ MENDEZ

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

DR. SERGIO ARTUTO VILLALOBOS RIVERA
DIRECTOR DE LA CLÍNICA HOSPITAL
(SEDE)

DR. ENRIQUE AGUILERA BETETA
JEFE ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA HOSPITAL
(SEDE)

DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA
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.

IRAPUATO GTO

2008

**CARACTERISTICAS FAMILIARES, FACTORES DE RIESGO Y CAUSAS DE
CONSULTA MÁS FRECUENTES EN LA POBLACIÓN USUARIA ADSCRITA EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE YURIRIA, GUANAJUATO, MÉXICO**

PRESENTA:

DRA OLGA RUIZ MENDEZ

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

DR. FRANCISCO JAVIER F. GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

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

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

IRAPUATO GTO

2008

TITULO

CARACTERISTICAS FAMILIARES, FACTORES DE RIESGO Y CAUSAS DE CONSULTA MÁS FRECUENTES EN LA POBLACIÓN USUARIA ADSCRITA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE YURIRIA GUANAJUATO, MÉXICO.

INDICE	Pág.
1.-Marco Teórico	1
2.-Planeamiento del problema	20
3.-Justificación	21
4.-Objetivos	22
5.- Material y métodos	23
-Tipo de estudio	23
-Población lugar y tiempo del estudio	23
-Tipo de muestra y tamaño de la muestra	23
-Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	23
-VARIABLES y forma de operacionalizarlas	24
-Método y procedimientos para recolección de la información	27
-Consideraciones éticas	28
6.-Resultados	29
7.-Discusión de los resultados	43
8.-Conclusiones	45
9.-Referencia bibliográficas	46
10.-Anexos.	48
-CEBIF	48
-Hoja del reporte diario del medico	50

MARCO TEORICO

LA MEDICINA FAMILIAR

Se define como la especialidad médica o disciplina académica que estudia los procesos que inciden tanto en la salud como en la enfermedad del individuo y su familia¹ para otorgarle atención médica primaria, integral, cooparticipativa, continua y con un enfoque preventivo en forma compartida, es una especialidad en amplitud que integra las ciencias clínicas, biológicas y del comportamiento, su alcance no está limitado por edad, sexo, órganos o sistemas o entidad mórbida.

Es considerada una especialidad porque tiene como objeto de estudio bien definido a la familia, la cual constituye la unidad biopsicosocial de cuyo funcionamiento se genera salud o enfermedad entre sus propios miembros³.

La medicina familiar se fundamenta en tres ejes: Estudio de la familia, continuidad y acción anticipatorio⁷.

En relación a la especialidad, McWhinney establece nueve principios, los cuales, cuando se consideran en conjunto, representan una visión distinta del mundo, un sistema de valores y un enfoque hacia los problemas, que identifican a la medicina familiar como una especialidad diferente de otras disciplinas.

En estos principios el medico familiar:

1. Esta comprometido con la persona más que con un cuerpo particular de conocimientos.
2. Se esfuerza por comprender el contexto de la enfermedad.
3. Ve cada contacto de su paciente como una oportunidad para la prevención y la educación para la salud.
4. Considera su práctica como una población en riesgo.
5. Se ve a sí mismo como parte de una amplia red comunitaria de organizaciones para la atención de la salud.
6. Idealmente debe compartir el mismo hábitat de sus pacientes.
7. Ve a sus pacientes en las casas, así como en el consultorio y el hospital
8. Agrega importancia a los aspectos subjetivos de la medicina. Complementa el enfoque estrictamente objetivo y positivista de los problemas de salud con los sentimientos y comprensión profunda de las relaciones.
9. Es el gerente de los amplios recursos que como médico de primer contacto tiene en beneficio de sus pacientes y de toda la comunidad³.

EVOLUCIÓN DE LA MEDICINA FAMILIAR

En la actualidad según datos de la encuesta de la World Organizatio of family Doctors (WONCA) por lo menos 56 países tienen programas de formación de

posgrado en Medicina Familiar, la mitad de los cuales se establecieron después de 1970, hecho que indica el rápido crecimiento y la importancia de esta especialidad^{3, 14}.

Canadá fue uno de los primeros países que incluyeron la especialidad de Medicina Familiar en 1966¹⁰. En Estados Unidos en 1969 la medicina familiar se convirtió en la vigésima especialidad médica americana⁴.

En México el Instituto Mexicano del Seguro Social creó en 1954 la categoría de Médico Familiar con la finalidad de brindar una atención integral y continua a núcleos particulares de población, pero fue hasta marzo de 1971 que se inauguró el primer curso de Medicina Familiar, al cual tres años después la Facultad de Medicina de la UMAM avaló, y reconoció como especialidad médica.

Una década después el programa académico fue diseñado por los mismos médicos familiares egresados de la residencia, y para entonces existían las Unidades de Medicina Familiar, separadas del hospital, pero accesibles de tal manera que permitían la atención rápida y oportuna de los pacientes que lo ameritaban.

Por su parte el Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) implementó en 1980 un curso de especialización en Medicina Familiar y siete años después dejó oficialmente implantado el sistema médico familiar en las unidades de primer nivel.

Esta institución en coordinación con la UMAM, inició en 1993 un programa de especialización para médicos familiares con el propósito de fortalecer dicho sistema y mejorar la calidad técnica y humanística del personal médico que labora en el primer nivel de atención^{3, 4, 8, 14}.

Las asociaciones de medicina familiar han venido conformándose en México desde 1970 a 1979, constituyéndose en 1987 el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, organismo que un año después obtuvo la idoneidad de la Academia Nacional de Medicina. Este hecho significó para la Medicina Familiar el logro académico más importante en los años recientes y le permitió legitimarse como especialidad.

De igual forma el proceso de certificación, acción que realizan los propios médicos familiares voluntariamente para demostrar su capacidad como especialistas, ha generado un ambiente muy favorable hacia la capacitación y la educación médica continua³. En el 2002 se abrió en la Academia Nacional de Medicina el primer sitio para medicina familiar, el cual fue ocupado por el Dr. Arnulfo Irigoyen Coria⁸.

DEFINICIÓN DE MEDICO FAMILIAR

El Médico Familiar es un especialista que atiende los problemas relacionados con el proceso salud-enfermedad en forma integral, continua y bajo el enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar, tomando en consideración el contexto biológico, social y psicológico^{1,9}.

El Médico Familiar es el único profesional de la salud que atiende pacientes y familias en una estrecha relación que, a menudo se extiende desde el nacimiento hasta la muerte, y no sólo le incumbe a la familia como unidad, sino la relación entre las personas que la integran.

Es el personal especializado en atención primaria a la salud, el cual tiene una cultivada habilidad para escuchar, aconsejar y simpatizar y para entender lo que otros consideran como trivial o que no concierne al campo de la salud³.

PERFIL DEL MEDICO FAMILIAR

Para que un medico pueda denominarse médico familiar debe realizar actividades en cinco grandes áreas:

1. Área de atención al individuo
2. Área de atención a la familia
3. Área de atención a la comunidad
4. Área de formación, docencia e investigación
5. Área de apoyo que incluye trabajo en equipo, sistemas de registro e información, gestión de recursos-administración sanitaria y por ultimo la garantía de la calidad⁵.

Debe ser un profesional que trabaje en equipo para orientar de forma integral los problemas de salud de sus pacientes a través de la entrevista clínica, utilizando los métodos diagnósticos y terapéuticos adecuados, programando y evaluándole proceso y aceptando la participación comunitaria⁵.

El Médico Familiar debe tener una sólida formación clínica que le permita prestar una atención individual afectiva y eficiente y en la cual, la relación medico-paciente ocupa un lugar privilegiado en su practica diaria.

El Médico Familiar no es un terapeuta familiar, sino un clínico que atiende y asume la importancia trascendental de la familia sobre cómo y de qué enferman sus miembros, teniendo en cuanta su lado positivo, como recurso de la salud y su lado negativo como generadora de enfermedad y de conductas de salud erróneas.

Reconoce que está en una posición privilegiada para detectar problemas familiares y valorará la intervención en función del problema encontrado y de su propia capacidad en esta área. No es tampoco un epidemiólogo, sino un clínico que reconoce la importancia de la epidemiología clínica y la utiliza en su práctica diaria, tanto en la atención individual y familiar como en la orientada a la comunidad.

Tampoco en un agente de desarrollo comunitario sino un clínico que reconoce su responsabilidad sobre la salud de la comunidad en su conjunto, así como la importancia de la participación de ésta en sus problemas sanitarios para mejorar su nivel de salud⁵.

El médico familiar debe poseer las siguientes características:

- Ser un buen clínico
- Ser científico
- Es un consejero diagonal
- Es el asesor
- Es trabajador
- Es receptivo
- Es accesible
- Empático
- Es sistémico
- Muy racional
- Respetuoso
- Comunicativo
- Con actitud de búsqueda
- Con afán de superación
- Es quien coordina la asistencia
- Se preocupado por el paciente y
- Se preocupado por su propia formación⁵

Ahora bien el siguiente punto a considerar para enfocar el estudio de la familia son los aspectos históricos de la misma.

LA FAMILIA

ASPECTOS HISTORICOS

El hombre es un ser social que ha sobrevivido a lo largo de toda su historia a través de su pertenencia a diferentes grupos sociales. La familia es el ambiente más importante en el que él ha evolucionado, es la más antigua de las instituciones sociales humanas, según Ralph Linton, una institución que sobrevivirá mientras exista nuestra especie.

La familia a lo largo de la historia ha mostrado una enorme capacidad de resistencia, con lo cual contradice aquellas teorías que de tiempo en tiempo predicen un inminente ocaso de la familia y el matrimonio.

Simultáneamente con su evolución histórica, la familia ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época lo cual hace augurar que la familia persistirá, según Minuchin, debido a que constituye la mejor unidad humana para sociedades rápidamente cambiantes.

En sus trabajos acerca de la familia Morgan describió por etapas el curso completo de desarrollo social humano, desde un estado original de salvajismo y de total promiscuidad sexual hasta la civilizada familia monogámica. Sin embargo no existen pruebas de ese estado de promiscuidad total del que también habla Bachofen.

Una serie de evidencias y estudios científicos señalan entre otros hechos que los únicos primates que viven en hordas sexualmente promiscuas son los monos araguatos de América del sur, la cual es una especie muy alejada de nuestra propia línea de descendencia. Se cuenta también con el hallazgo de parejas sepultadas en una misma tumba en lugares funerarios antiguos^{2, 3}.

En 1961, Johann Jakob Bachofen, en su obra DERECHO MATERNO, sostenía también que las sociedades primitivas vivieron en promiscuidad sexual y que el parentesco se determinaba por línea materna, esto debido al desconocimiento de que la fecundación ocurría por medio de el contacto sexual y al hecho de que al ser varios hombres que se relacionaban con la misma mujer, resultaba imposible saber quien era el padre. Como consecuencia surgió la GINECOCRACIA, o sea el dominio femenino absoluto^{2, 3}.

A Engels, se le deben los estudios sobre la exogamia, endogamia, poliandra y poliginia en la descripción de la evolución de los grupos familiares considerando:

- ENDOGAMIA: Unión de matrimonial dentro de grupo de miembros o individuos de una misma casta, tribus o linaje con la prohibición de hacerlo fuera, lo que aislaba al grupo del intercambio con otras poblaciones de la especie.
- EXOGAMIA: Consistía en la costumbre masculina de buscar pareja en otras tribus. Es una estrategia de los grupos sociales para establecer alianzas con otros.
- POLIANDRA: Una sola mujer comparte simultáneamente varios hombres, frecuentemente hermanos que viven bajo un mismo techo, es un tipo de familia que lleva al matriarcado y es poco frecuente.
- POLIGINIA: Un solo hombre se encuentra unido a varias mujeres con las que puede tener hijos. Por lo general las mujeres habitan con sus hijos y son visitadas por el progenitor.

Morgan señala que a partir de la promiscuidad inicial absoluta aparecen otras formas diferentes de familia tales como^{2, 3, 16, 17}.

- FAMILIA CONSANGUÍNEA.-predominan las relaciones incestuosas entre hermanos, siendo excluidos padres e hijos de las relaciones sexuales

recíprocas.

- **FAMILIA PUNALÚA O FAMILIA POR GRUPO.**-la prohibición del incesto incluye a los hermanos. Los hombres de un grupo son considerados desde el nacimiento como esposos de las mujeres de otra familia.
- **FAMILIA SINDIÁSMICA O PATRIARCAL.**-la división de las tareas, necesarias para el desarrollo de la agricultura, lleva a la conformación de este tipo de familia en la que el hombre vive con una sola mujer, pero mantiene el derecho de la poligamia y la infidelidad. En ésta se funda el principio de autoridad absoluta del jefe de familia.
- **FAMILIA MONOGÁMICA:** tiene su origen en la forma anterior, y se caracteriza por la unión libremente escogida de dos individuos. Es la familia de la cultura actual.

DEFINICIÓN DE FAMILIA

Existen varias definiciones de familia que pueden considerarse; la palabra familia deriva de la raíz latina famulus, que significa siervo, sirviente, la cual a su vez proviene del primitivo famul, que se origina de la voz osca famel, esclavo doméstico, en la era de el nomadismo con el termino de familia designaba a todo el grupo de personas que se desplazaban juntas de un lugar a otro en tanto que en la Roma antigua el nombre de familia se le daba al conjunto formado por esposas, hijos, esclavos y sirvientes que eran propiedad de el pater, quien poseía la patria potestad y ejercía el derecho sobre la vida y la muerte de todos ellos^{2, 3, 16}.

Según el consenso académico, México 2005

Desde el punto de vista del medico familiar la familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros. Que en la mayoría de los casos viven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sea consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis en medicina familiar^{1, 16}.

Javier Santa Cruz Varela (1983)

Define a la familia como “ un grupo social primario formado por individuos unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o de matrimonio que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que en general comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar a la salud individual y familiar”.

Es para el autor de la misma, la forma más clara de poder describir las principales características que presentan las familias mexicanas.

Al considerar que en este núcleo familiar se satisfacen las necesidades más elementales de las personas como comer, dormir , alimentarse, etc., además de

prodigar amor, cariño , protección y preparar a los hijos para la vida adulta al colaborar con su integración a la sociedad, se satisfacen las necesidades de supervivencia, pero también las de crecimiento y desarrollo.

Por otra parte, la familia es un sistema social abierto, en constante interacción con los medios natural, cultural, y social; conforman un microgrupo, en el cual hay dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de alta relevancia en la determinación del estado de salud o enfermedad de sus componentes¹⁶

FUNCIONES DE LA FAMILIA

Por otro lado, la familia refiere dentro de su conformación, la disposición para desarrollar o desempeñar funciones para cada uno de sus miembros y para ella misma, por lo que describiremos brevemente algunas de ellas.

Estas funciones son aquellas tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia, como un todo y que en teoría deben de cumplirse durante todo el ciclo evolutivo de la familia.

Este sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, organizados por generaciones, sexos, intereses, funciones, los principales en una familia nuclear son:

- Subsistema conyugal: Se constituye cuando un hombre y una mujer deciden unirse con la intención de constituir una familia, las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la comunicación mutua. Las pautas de complementariedad le permiten a cada cónyuge ceder sin sentir que se ha entregado o vencido. Tanto uno como el otro deben ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia, debe desarrollar límites que le protejan de la interferencia de las demandas y necesidades de otros sistemas^{2,3}.
- Subsistema paterno- filial: El nacimiento de un hijo ocasiona un cambio radical en la organización familiar, ya que, al aparecer este nuevo subsistema- surge también la necesidad de reorganizar los límites y las funciones familiares, satisfacer otras necesidades e iniciar el manejo de nuevas relaciones sin renunciar al apoyo que caracteriza al subsistema conyugal.
- Subsistema fraterno: Constituye el entorno social en el que los hijos pueden experimentar relaciones con sus iguales, en el se aprende a negociar, compartir, cooperar. Los niños sin hermanos suelen desarrollar pautas y procesos del mundo adulto que pueden manifestarse como un desarrollo precoz.

Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en el que posee distintos niveles de poder y en los que aprende distintas habilidades diferenciadas. La definición interaccional de familia la señala como un grupo de intimantes relacionados por fuertes y recíprocos lazos de afecto y lealtad. Con una historia y un futuro común y que participan de un sentido de hogar^{2,3}.

Con el propósito de crear un consenso de conceptos y durante la Primera Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud (PRCAMF), tubo lugar el día 15-17 de junio 2005 en la Ciudad Universitaria, México, D. F.^{1,16}, y se llegó a las siguientes conclusiones:

Se reconocen las siguientes funciones de la familia.

- **Socialización.**- promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia-
- **Afecto.**-interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propician 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:** provisión de nuevos miembros a la sociedad y conjuntamente se describe el **Desarrollo y ejercicio de la sexualidad**^{1,16,17}.

CICLO EVOLUTIVO DE LA FAMILIA

La tarea de la familia consiste en producir nuevos conjuntos de seres humanos para ser independientes, formar nuevas familias y repetir el proceso, conforme la vieja familia pierde energía y muere.

En el transcurso de su desarrollo la familia pasa por varias etapas de transición predecibles en las cuales existen diferentes expectativas, necesidades y fenómenos que pueden afectar la salud de sus miembros.

El ciclo evolutivo de la familia es un concepto ordenado que nos permite entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en

función del crecimiento y desarrollo de sus miembros.

El estudio de las etapas del desarrollo familiar permite el análisis genérico de la historia natural de una familia desde que se forma hasta su disolución, su principal valor radica en la identificación de las tareas específicas que debe desempeñar la familia en cada una de sus fases, de manera que, si en alguna de ellas no se cumplen dichas tareas, pueden surgir problemas de funcionamiento con efecto en las etapas subsiguientes^{2,3}.

La familia como todo grupo humano tiene su inicio, desarrollo y ocaso; a semejanza del hombre que es engendrado, nace, crece, se desarrolla, reproduce y muere: la familia por su parte sigue un patrón similar:

John P. Geyman menciona las siguientes etapas del ciclo evolutivo de la familia:

- FASE DE MATRIMONIO
- FASE DE EXPANSIÓN
- FASE DE DISPERSIÓN
- FASE DE INDEPENDENCIA
- FASE RETIRO Y MUERTE

Este esquema fue propuesto en 1980, y es el que se utiliza con mayor frecuencia en México^{7, 6,14, 16,17}. Presenta las siguientes características:

- **Fase de matrimonio**, se inicia precisamente con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo; lógicamente que el arribo de un nuevo miembro tiene repercusiones importantes en las relaciones de la pareja, precipitando ajustes a la vida cotidiana^{6, 7,14, 16, 17}.
- **Fase de expansión:** Es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia, como su nombre lo indica la familia se dilata, se expande. Es muy conocido el ejemplo de los jóvenes esposos que deben organizarse de manera muy armónica para levantarse de madrugada y proporcionar su biberón al bebé, cuidado que esta situación altere lo menos posible sus actividades diurnas^{6, 7, 14,16, 17}.
- **Fase de dispersión:** Para algunos investigadores, se identifica claramente, por el hecho de que todos los hijos salen a la escuela hasta la adolescencia, los padres se enfrentan a nuevos retos, ellos mismos se deben ajustar al pensamiento de los jóvenes, hecho que proporciona no pocas divergencias^{6, 7, 14, 16, 17}.
- **Fase de independencia:** Es difícil precisar el número de años transcurridos al inicio de esta fase, aproximadamente son 20 o 30, se inicia con la salida del primer hijo(a) de la casa por cualquier causa, la pareja debe aprender a

vivir nuevamente en independencia, sus hijos han formado nuevas familias., los lazos de unión entre padres e hijos se deben fortalecer ante el riesgo de un progresivo debilitamiento, sin olvidar el clima de profundo respeto que debe privar, hacia las nuevas familias que recientemente se están formando^{6, 7,14,16,17}.

- **Fase de retiro y muerte**, al igual que muchas situaciones paradójicas en la naturaleza, observamos en contraste entre el entusiasmo e ilusión que caracterizaba la fase de matrimonio con la de incertidumbre y nostalgia que con gran frecuencia se ve marcada en esta fase del desarrollo final son cuatro las circunstancias mas difíciles que se han identificado en esta etapa: Incapacidad laboral, desempleo, agotamiento de los recursos, las familias de los hijos casados en fase de expansión, sin posibilidades de proporcionar recursos económicos a los padres, con frecuencia los recluyen en asilos para ancianos^{6, 7, 14,16,17}.

CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA

Para facilitar la clasificación de las familias se identificaron 5 ejes fundamentales^{1, 16}.

1. Parentesco
2. Presencia física en el hogar o convivencia
3. Medios de subsistencia
4. Nivel económico
5. Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originada por cambios sociales.

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS EN BASE AL PARENTESCO

El parentesco es un vinculo por consanguinidad y. afinidad, adopción, matrimonio, u otra relación estable de afectividad análoga a esta. La trascendencia de esta clasificación se identifica fundamentalmente, en la necesidad del medico familiar, de identificar características de los integrantes de la familia que influyan en el proceso salud enfermedad y cuya importancia se relacione con las consecuencias propias del parentesco. Se pueden clasificar^{2, 3, 16} de la siguiente manera:

CON PARENTESCO	CARACTERISTICA
Nuclear	Hombre y mujer sin hijos
Nuclear simple	Padre y madre con 1 a 3 hijos
Nuclear Numerosa	Padre madre con 4 hijos y más
Reconstruida (Binuclear)	Padre y madre en la que alguno o ambos has sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior.
Monoparental	Padre o madre con hijos
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco.

Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos más otras personas con o sin parentesco.
Extensa	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco.
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, más otras personas con o sin parentesco.
No parental	Familias con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familias, sin presencia de los padres (por ejemplo, tíos, sobrinos, abuelos, hermanos, primos, etc.)

SIN PARENTESCO	CARACTERÍSTICAS
Mono parental extendida sin parentesco	Padre o madre con hijos , más otras personas sin parentesco
Grupos Similares a familias	Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones que realizan funciones o roles de familia. Por ejemplo, grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos etc.

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS EN BASE EN LA PRESENCIA FÍSICA Y CONVIVENCIA

La presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia, que tiene mucha importancia por los riesgos de enfermedades infecciosas y transmisibles. También está vinculada con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de la familia^{1, 16}.

PRESENCIA FÍSICA EN EL HOGAR	CARACTERÍSTICAS
Núcleo integrado	Presencia de ambos padres en el hogar
Núcleo no integrado	No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar.
Extensa ascendente	Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres
Extensa descendente	Padres que viven en la casa de alguno de los hijos.
Extensa Colateral	Núcleo o pareja que viven en la casa de familiares colaterales(tíos, primos, abuelos etc.

CLASIFICACIÓN EN BASE A LOS MEDIOS DE SUBSISTENCIA

La inserción de las familias a procesos productivos, puede propiciar una clasificación basada en los medios que son origen esencial de su subsistencia. De esta manera se identifican familias que dependen de los recursos que se generan^{1, 16} en las áreas:

- agrícolas y pecuarias
- Industrial
- Comercial
- Servicios.

Las diversas posibilidades de origen de los recursos que permiten la subsistencia de la familia, combinaciones de las cuatro fuentes mencionadas. Se asignará la clasificación correspondiente al origen de los recursos de subsistencia aportada por el jefe de familia¹.

CLASIFICACIÓN EN BASE A SU NIVEL ECONOMICO

El nivel económico de la familia influye poderosamente sobre diversos elementos vinculados con la salud. Se han identificado enfermedades fuertemente relacionadas con la pobreza y se ha señalado la importancia de evaluar el peso de este fenómeno económico-social sobre la salud individual y familiar

Con base en el estudio realizado por el comité tecnológico para la medición de la pobreza, creado por La Secretaria de Desarrollo social. (SEDESOL) en 2001 y publicado por Cortes Hernández-Laos, se sugiere utilizar diversos indicadores monetarios para medir la pobreza en el nivel familiar^{1, 2, 3}.

Pobreza familiar nivel 1

- Ingreso per capita **suficientes** para cubrir el valor de la canasta básica.
- Recursos **suficientes** para cubrir los gastos en; vestido, calzado, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.
- **Carencias** de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda .energía eléctrica, combustibles .comunicaciones y transporte fuera del lugar en que se radica y aseo personal, esparcimiento y turismo¹.

Pobreza familiar nivel tipo 2

- Ingreso per capita **suficiente** para cubrir el valor de la canasta básica
- **Carencia** de recursos para cubrir los gastos en: vestido, calzado, salud, educación, y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.
- **Carencias** para cubrir los gastos reconseración de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, transporte y comunicaciones fuera del lugar en que se radica y aseo personal, esparcimiento y turismo¹.

Pobreza familiar tipo 3

- Ingreso per capita **inferior** al valor de la canasta básica.
- **Carencia** de recursos para cubrir los gastos en vestido, calzado, salud, educación, transporte público, aun dedicado todo su ingreso a estos rubros.
- **Carencia** de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, transporte, y comunicaciones fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

La escala establece que el nivel 3 de pobreza es el más grave de todos, el nivel 1 es el menos grave, las familias que pueden cubrir los rubros mencionados en los tres niveles no se consideran pobres¹.

NUEVOS ESTILOS DE VIDA PERSONAL FAMILIAR ORIGINADOS POR CAMBIOS SOCIALES.

Otro indicador es tomar en consideración los cambios que se han presentado en las sociedades modernas y que han representado diversas formas en que tienden a conformarse otros estilos de convivencia y que repercuten en la salud individual y familiar^{1, 16}.

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

FACTORES DE RIESGO

El enfoque de riesgo es el método que se utiliza para determinar prioridades de atención y reorganización de los servicios de salud a grupos vulnerables.¹¹

El Riesgo es la probabilidad de que se presente un evento o daño a la salud¹².

Los factores de riesgo son características o circunstancias detectables en individuos o grupos, asociados con una probabilidad mayor de experimentar un evento determinado, pueden ser los antecedentes o las condiciones actuales del paciente y su familia, que sin ser o formar parte del padecimiento actual, se asocian o pueden asociarse con una evolución desfavorable del estado de salud de el paciente o su familia.

Estos factores pueden ser de tipo:

- **Biológicos** (edad y sexo)
- **Ambientales** (calidad del agua, contaminación etc.)
- **Socioculturales** (educación cultura hábitos)
- **Económicos** (ingresos, empleo), o
- **En relacionados con estilos de vida** (tabaquismo, actividad física),
- **Con los servicios de salud** (oportunidad y calidad de atención medica).

Los factores de riesgo son observables e identificables antes de que ocurra el hecho que predicen: son específicos a un daño, cuando son modificables esta característica es inversamente proporcional a la ocurrencia del daño^{2,3}. (Cuadro)

Cuadro	Factores de Riesgo
Modificables	Dieta, sedentarismo e higiene
No modificables	Antecedentes familiares, edad.

Los factores de riesgo son tanto los problemas que la familia identifica como aquellos que el equipo de salud detecta, incluyendo los eventos críticos y los fenómenos que pueden significar un riesgo para otro problema asociado.

Por ejemplo: la hipertensión arterial es un riesgo para la enfermedad isquémica del miocardio, la cual es factor de riesgo para el infarto y éste a su vez para la muerte del paciente y todos estos son factores de riesgo para la salud integral familiar.

Algunos de los más poderosos factores de riesgo están relacionados con la conducta: algunos ejemplos lo constituyen el tabaquismo, el consumo excesivo de

bebidas alcohólicas, el manejo de vehículos sin cinturón de seguridad, y la practica de relaciones sexuales inseguras, entre otros^{2,3}.

A fin de ubicar a la salud como eje, debe cuestionarse y luego reformularse el paradigma centrado en la enfermedad, lo cual implica reforzar y renovar los conceptos de trabajo en equipo y de participación y responsabilidad de la población en su propia salud, al hacer participar a la comunidad en la identificación y jerarquización de sus propios factores de riesgo individual y colectivo, se obtiene un mayor conocimiento de su problema y por ende, una tendencia a evitarlos o corregirlos.

A si mismo, el enfoque de riesgo permite a los servicios de salud identificar y seleccionar a la población de alto riesgo a fin de intervenir oportunamente y brindar una atención prioritaria a aquellos que lo ameriten³.

ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD.

La conferencia de Alma Ata (1978), organizada por la OMS Y UNICEF define a la Atención Primaria a la Salud (APS), como “la asistencia esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de sus etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación”^{5,9,12}, con un enfoque alternativo al problema de salud individual y colectivo, enfoque conceptual y operativo, que representa el impulso mas importante que la atención a la salud ha recibido en los últimos tiempos^{3,5, 9,10}.

La atención primaria a la salud es parte integrante tanto del sistema nacional de salud del que constituye la función central y el núcleo principal del desarrollo social y económico global de la comunidad, representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de proceso permanente de asistencia sanitaria^{3,5,9,10}.

Las instituciones de salud en México a partir del acuerdo presidencial de 20 de Diciembre de 1982 se integraron en el sector salud con objetivos bien definidos, entre los que sobresalen la optimización y redistribución de recursos que permitan mayor orientación hacia los aspectos preventivos.

Dentro de esta integración sectorial, se han establecido programas prioritarios, uno de los cuales señala:

- Reforzar la atención primaria a la salud mediante módulos de medicina familiar estructurados para servir a varios cientos de familias³.

NIVELES DE ATENCIÓN

Por otro lado, en el modelo de salud propuesto en nuestro país, se definen tres niveles de atención, organizados en estratos que van de menor a mayor complejidad, debidamente vinculado y determinado, en función del comportamiento epidemiológico de una población, con la finalidad de satisfacer las necesidades de salud de cada paciente y su familia. El sistema está integrado por tres niveles de atención³.

- **PRIMER NIVEL:** Es el primer contacto de la población solicitante de atención con los servicios médicos de una institución de salud; lleva a cabo actividades de promoción de la salud, diagnóstico y tratamiento de padecimientos frecuentes y de baja complejidad y seguimiento de los casos referidos a otros niveles.

Requiere mínimos recursos materiales, aunque gran interrelación con la familia y la comunidad. Este nivel se apoya en los niveles superiores a los que se envía temporalmente a los pacientes que así lo requieran³.

- **SEGUNDO NIVEL:** Cuenta con las especialidades de medicina interna, pediatría, ginecología, cirugía y con el apoyo de otras subespecialidades como otorrinolaringología, oftalmología, salud mental, a través de las cuales atiende padecimientos menos frecuentes y de mediana complejidad enviados del primer nivel o que acuden espontáneamente con urgencias médico quirúrgicas³.
- **TERCER NIVEL.-** a este nivel son remitidos, los pacientes que requieren estudios diagnósticos y tratamiento de alta complejidad, como cateterismos, medicina nuclear, tomografías computarizadas. Resonancia magnética y oncología, entre otros³.

Como puede verse el primer nivel de atención es el de primer contacto en el cual se sitúa a la Medicina Familiar y a su práctica clínica, lo cual repercute en el uso de conocimientos como los descritos anteriormente brindando una atención integral familiar con orientación a la comunidad.

ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD (APOC)

La Atención Primaria Orientada a la Comunidad nace a partir de Alma-Ata (1983,1991), y es la práctica de la atención primaria a la salud que combina la atención individual con la medicina comunitaria, los fundamentos conceptuales de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) son la evolución de la epidemiología, la orientación de la comunidad de la atención primaria a la salud y la afirmación de que la atención primaria puede ser la estrategia básica para hacer frente a las principales necesidades de salud de las comunidades, cuando se coordina la atención individual y la medicina comunitaria⁴.

La atención primaria a la salud orientada a la comunidad es una estrategia sistemática para abordar la asistencia sanitaria de la comunidad y de los individuos de una forma integrada⁴. El proceso de APOC aporta una metodología para identificar y abordar los principales problemas de salud de una población.

Aplica los principios de gestión a la planificación y aplicación de la asistencia sanitaria, de hecho, su estructura es notablemente similar a la utilizada por los programas de garantía de calidad y de mejora continua de la calidad.

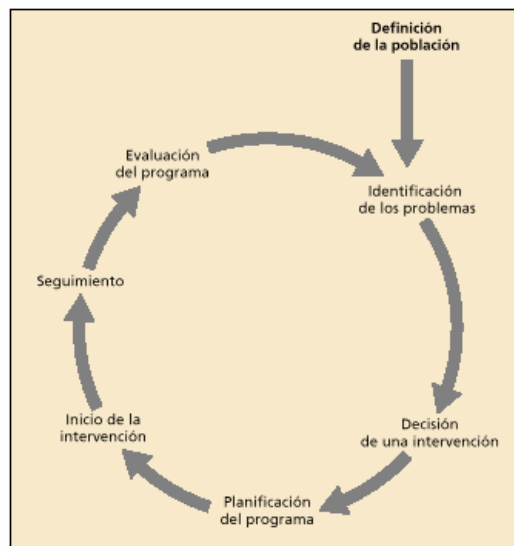
El proceso de APOC requiere cuatro elementos:

1. Definición y caracterización de la comunidad o la población asignada
2. Identificación de los problemas de salud y de asistencia sanitaria.
3. Identificación o modificación de los patrones de práctica asistencial.
4. Seguimiento del impacto de la intervención.

Estos cuatro elementos se organizan en un ciclo (APOC), a través del cual las decisiones están influidas de manera continua por el conocimiento de la información basada en la población⁴.

CICLO DE ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD (APOC)

Ciclo de atención primaria orientada a la comunidad (APOC)



Una vez definida una población el médico familiar puede identificar y establecer prioridades sobre los problemas de salud importantes y los principales riesgos de salud existente, posteriormente pueden planificarse estrategias de intervención para abordarlos⁴.

EL MOSAMEF

Una de estas estrategias es el MOSAMEF, el cual es un modelo de práctica médica familiar con un enfoque de riesgos, con acciones preventivas para los núcleos familiares a los cuales se les brinda asistencia médica, fue diseñado por un grupo de profesores del departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina, de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y dado a conocer desde 1995 en la tercera edición del libro fundamentos de Medicina Familiar.

La motivación inicial para desarrollar el modelo fue presentar en forma de protocolo un esquema de estudio sistemática de las familias, dirigido a los alumnos del curso semipresencial de especialización en medicina familiar, efectuado en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la UNAM^{5, 14}.

El MOSAMEF se origina a partir de tres preguntas fundamentales:

- ¿Cómo llevar a la práctica los principios esenciales de la medicina familiar?
- ¿Cómo identificar las necesidades de atención a la salud de las familias?
- ¿Cómo verificar que la atención médica familiar produce un impacto favorable en la salud de las familias?

Con base en estas premisas, las actividades que el médico familiar debe realizar requieren de una guía metodológica que propicie el diagnóstico del estado de salud de las familias que requieren sus servicios^{5, 14}.

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

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

La información obtenida mediante estas actividades ofrece la oportunidad para desarrollar proyectos de investigación multidisciplinaria y permiten un uso más eficiente de los recursos para la solución de problemas de salud y el diseño de estrategias de atención específicas para un consultorio o comunidad^{5, 14}.

El MOSAMEF pretende incidir en mayor o menor medida en cada uno de los cinco campos de acción, planteados por la Carta de Ottawa producto de la Segunda 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 para la salud,
- Y reforzar la acción comunitaria en salud.

Al identificar concretamente las características biopsicosociales de las familias que están bajo su cuidado, el médico familiar podrá implantar medidas de prevención de enfermedades y promoción de la salud, en su consultorio de medicina familiar, con lo que hará efectivas las premisas de estudio de la familia continuidad de la atención y acción anticipatoria para llegar a realizar diagnósticos precoces en las diversas patologías, así como eficientes cuidados en la salud de las familias^{5, 14}.

La OMS reporta la carga de morbilidad (AVAD) a nivel mundial 2003 y las 10 principales causas son:

Población (000)	(000)	%total
1.-Enfermedades infecciosas y parasitarias	356.824	23.9
2.-Trastornos Neuropsiquiátricos	193.136	12.9
3.-Enfermedades cardiovasculares	147.541	9.9
4.-Afecciones perinatales	97.423	6.5
5.-Infecciones Respiratorias	90.252	6.1
6.-Infecciones de vías urinarias inferiores	87.022	5.8
7.-VIH/SIDA	86.072	5.8
8.-Neoplasias malignas	75.407	5.1
9.-Trastornos de los órganos sensoriales	69.380	4.7
10.-Enfermedades diarreicas	61.095	4.1

Con los antecedentes planteados consideramos adecuado plantear el siguiente cuestionamiento:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México contamos con una población de 103, 263, 388 millones de habitantes de acuerdo a lo reportado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), la tasa de morbilidad de los principales casos nuevos de enfermedad en el 2006 (INEGI) reporta en primer lugar infecciones respiratorias agudas con 22,671.1, los datos son reportados por 100 mil habitantes, en segundo lugar infecciones intestinales por otros organismos o las mal definidas con 4,4496.8. en tercer lugar las infecciones de vías urinarias con 2,933.5, en cuarto lugar ulcera , gastritis y duodenitis 1,422.0, en quinto lugar Otitis media aguda 675.6, en sexto lugar amibiasis intestinal 631.4, en séptimo lugar hipertensión arterial 497.4, en octavo lugar gingivitis y enfermedades periodontales 483.8 ,novenos lugar diabetes mellitus tipo II 376.0 y en décimo lugar otras helmintiasis 334.8.

El medico familiar es el responsable de proporcionar atención integral y continua a todo individuo que se presente y en la medida en que logre conocer con detalle las características bio-psico- sociales de las familias que atiende, estará en posibilidades de de iniciar acciones concretas; establecer programas de fomento a la salud y preventivas, detección temprana y tratamientos oportunos y realizar un seguimiento efectivo y coordinado de los recursos con que cuenta la comunidad para el cuidado de la salud.

El Instituto de Seguridad Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), atiende a un 10.45 % de la población en general a nivel nacional.

En la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE de Yuriria Guanajuato, tenemos una población adscrita de 4, 572, y 1,385 trabajadores afiliados (departamento de vigencias del ISSSTE, Irapuato Gto.), sin embargo, se desconocen cuales son las características de las familias, y las causas por las que se presentan a consulta con mayor frecuencia por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las características familiares, factores de riesgo y las causas de consulta mas frecuentes en la Unidad de Medicina Familiar de Yuriria, Guanajuato?

JUSTIFICACIÓN

En el Estado de Guanajuato el INEGI de acuerdo con el II conteo de población y vivienda 2005 en el estado registró 4 millones 894 habitantes. Las principales causas de morbilidad en el 2004, datos obtenidos de la Secretaria de Salud del Estado de Guanajuato, son las siguientes: Infecciones respiratorias agudas 857,493, infecciones intestinales por otros organismos o mal definidos 159,779, infecciones de vías urinarias 83,190, ulcera, gastritis y duodenitis 41,716, hipertensión arterial 24,804, intoxicación por picadura de alacrán 20,850, amebiasis intestinal 20,312, diabetes mellitus tipo II 18,284, otitis media 17,999, y varicela 12,434.^{20, 25.}

La Unidad de Medicina familiar de Yuriria Guanajuato, cuenta con una población diversa así como también sus demandas de atención médica, y es necesario estudiar las características de las familias adscritas, factores de riesgo y causas más frecuentes de consulta así como investigar la pirámide de población adscrita.

Es necesario evaluar el primer nivel de atención, que le compete al médico familiar, para determinar sus acciones, anticipar el daño en su población, atender a tiempo y en forma a cada uno de los integrantes de las familias, administrar los recursos con los que cuenta la institución, y buscar capacitación de acuerdo a ese resultado, y sobre todo satisfacer al paciente y a sí mismo, al saber que ha hecho lo mejor y con conocimiento de causa, lo que beneficiara a los pacientes y a la institución, el médico y sobre todo a la salud que es nuestro principal objetivo preservarla.

En la Unidad de Medicina Familiar contamos con: Un consultorio, pacientes fijos, estadísticas, y una cedula para obtener la información, si es posible realizar la investigación, para que con los conocimientos obtenidos. Determinar como se clasifican, y de que se enferman las familias, grupos de edades, factores de riesgo presentes, y que no se han distinguido formalmente. Con estos datos poder actuar prontamente, y anticipadamente en cada grupo familiar, para la prevención de futuras enfermedades, los pacientes se beneficiaran con una atención más coherente, respaldada por factores de riesgo reales, así recibirán la atención que a cada familia le interesa y brindarles una de mejor calidad, promover en las familias medidas preventivas para beneficio de la salud individual, familiar y de la comunidad.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar las características de las familias, los factores de riesgo y las causas más frecuentes de consulta, y su pirámide poblacional en la unidad de medicina familiar de Yuriria, Guanajuato, ISSSTE.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Clasificar a las familias en base a, su parentesco, sin parentesco, convivencia, a estilos de vida originados por cambios sociales, medios de subsistencia, etapa del ciclo de vida familiar, en la Unidad de Medicina Familiar de Yuriria, Guanajuato; ISSSTE.
2. Identificar los factores de riesgo presentes en las familias a estudiar en la Unidad de Medicina familiar de Yuriria, Guanajuato.
3. Conocer la pirámide poblacional de Unidad de Medicina Familiar de Yuriria, Guanajuato.
4. Identificar algunos datos demográficos como son; años de unión conyugal, estado civil, edad, sexo, ocupación, escolaridad y numero de hijos, en la Unidad de Medicina Familiar de Yuriria, Guanajuato.
5. Determinar las 10 principales causas de consulta por primera vez, y subsecuentes en la Unidad de Medicina Familiar de Yuriria, Guanajuato.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y trasversal^{13, 19}.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

- **Población:**
 - a. Familias usuarias que acuden al consultorio único del turno vespertino en la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Yuriria Guanajuato.
- **Lugar:**

Consultorio único del turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar de Yuriria Guanajuato.
- **Tiempo:** La fase retrospectiva abarcará 01 de Enero de 2007 a 31 de Diciembre 2007.

MUESTRA

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA: Es una muestra, no probabilística, por cuota, no aleatoria, fija de 100 familias^{13, 19}.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

- **Inclusión**
 1. Familias adscritas a la Unidad de Medicina Familiar en el turno vespertino de Yuriria Guanajuato.
 2. Todos los pacientes inscritos en las hojas de reporte diario del médico de Enero a Diciembre 2007, en el turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar de Yuriria Guanajuato.
 3. Usuarios que deseen participar en la encuesta.
 4. Usuarios mayores de edad
- **Exclusión**
 1. Usuarios de otra Unidad de Medicina Familiar
 2. Usuarios que no quieran participar en la entrevista
 3. Personas que no sean derechohabientes del ISSSTE
 4. Usuarios menores de edad.
 5. Hojas de reporte diario del médico que no correspondan al periodo de Enero a Diciembre 2007.
 6. Hojas de reporte diario del médico extraviadas.
- **Eliminación**

1. Hojas de reporte diario del médico ilegibles.
2. Familias que abandonen el estudio
3. Cuestionarios incompletos

VARIABLES DEL ESTUDIO

Nombre de la variable	Definición	Tipo de variable	Escala	Valor de la variable
Edades de los integrantes fam.	Tiempo vivido en años ¹⁶	Cuantitativa	Discontinua	Números enteros en años
Sexo	Condición orgánica masculino y femenino ¹⁶	Cualitativa	Nominal	Masculino y femenino
Estado civil	La situación de cada persona, en relación con las leyes y costumbres relativas al matrimonio que existen en el país ²⁷	cualitativa	nominal	-casados -Unión libre -Separados -Divorciados -Viudos
Años de unión conyugal	Tiempo transcurrido desde la unión en años	Cuantitativa	Discontinua	Números enteros en años
Escolaridad	Grado de enseñanza alcanzado ¹⁶	Cuantitativa	Nominal	-Primaria incompleta -Primaria completa -Secundaria incompleta -Secundaria completa -bachillerato incompleto. -bachillerato completo -licenciatura incompleta -licenciatura completa -especialidad -doctorado
Ocupación	Efecto de ocuparse, trabajo,	Cualitativa	Nominal	Campesino Ama de casa

	empleo ¹⁶ U oficio,			Obrero Técnico Comerciante Profesionista
Nombre de la variable	Definición	Tipo de variable	Escala	Valor de la variable
Numero de hijos por grupo de edades.	Conteo de hijos y clasificación por edades	Cuantitativa	Discontinua	Numero de hijos entre 0a 10 años, 11 a 19años y de 20 años o más
Clasificación de las familias en base a su parentesco	Es un vinculo por consanguinidad afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta ¹	Cualitativa	Nominal	-Nuclear -Nuclear simple -Nuclear numerosa -Reconstruida -Monoparental -monoparental extendida -extensa -extensa compuesta -No parental
Clasificación de las familias sin parentesco	Aquellas familias sin vinculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad ¹	Cualitativa	Nominal	-Monoparental extendida -Grupos similares a familia.
Clasificación de las familias en base a la presencia física y convivencia	La presencia física en el hogar implica un grado de convivencia y la interacción psicosocial de los miembros de la familia ¹	cualitativa	Nominal	-Núcleo integrado -Núcleo no integrado -Extensa ascendente -Extensa descendente -Extensa colateral.
Clasificación de la familia en base a sus medios	Los medios son origen esencial de su subsistencia ¹ .	cualitativa	Nominal	-Agrícola y pecuaria -Industrial -comercial

de subsistencia.				-servicios-
Clasificación de las familias por estilos de vida originados por cambios sociales.	Cambios que se han presentado en las sociedades modernas y que Han representado diversas formas en que tienden a conformarse otros estilos de convivencia y repercuten en la salud individual y familiar ¹	Cualitativa	Nominal	-Personas que viven solas -Parejas homosexuales sin hijos -Parejas homosexuales con hijos adoptivos -Familia grupal -Familia comunal -poligamia-
Etapas del ciclo vital familiar	En el curso del desarrollo familiar cada familia pasa por varias etapas en las cuales existen diferentes expectativas, necesidades y fenómenos que pueden afectar la salud de sus miembros.Toda organización viva tiene su inicio, desarrollo y ocaso(según geyman)(25,2)	Cualitativa	Nominal	-Matrimonio -Expansión -Dispersión -Independencia -Retiro y muerte.
Factores de riesgo	Probabilidad de que una persona libre de una enfermedad desarrolle esa enfermedad guante un periodo de tiempo determinado(18,11)	Cualitativa	Nominal	-Diabetes mellitus -HTA -Ca. Cu -Ca de mama -Ca de próstata -Otro Cáncer Insuf. renal -Enf. Cerebro vascular. -Asma bronquial -SIDA/VIH -Otras ETS

				-Hepatitis B o C -TB pulmonar -Desnutrición -Obesidad - Anorexia/Bulimia -Tabaquismo -Alcoholismo -Otras fármaco dependencia Enf. Psiquiátricas -Violencia intrafamiliar -Discapacidad -Riesgo ocupacional
--	--	--	--	---

MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACION

Primero se solicitará al apoyo de las autoridades de la unidad de medicina familiar para realizar dicho estudio y se investigara todos los antecedentes posibles y lugar donde podemos obtener la información.

La información sobre pirámide de población se obtendrá del registro de los pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar de Yuriria Gto, en el departamento de estadísticas en Irapuato, a quienes se les solicitara la información, las característica de las familias y los factores de riesgo se obtendrán del llenado de la Cédula Básica de Información familiar (CEBIF).

Para las causas mas frecuentes de consulta será a través de las hojas de reporte diario de actividades del medico de Enero a Diciembre 2007, en la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE en Yuriria Gto.

Se revisa y se procede a vaciar en un hojas blancas por medio de paloteo las causas de consulta por los cuales fueron vistos los paciente por primera vez y subsecuentes día por día para, para posteriormente realizar el concentrado del paloteo y obtener las 10 principales causas de consulta por primera vez y subsecuentes, actividad que nos llevo dos semanas,

Se les realiza la entrevista a 100 familias durante la consulta. Se les solita su autorización a los pacientes para realizarles la encuesta se inicia tomando los apellidos de las familias, su cedula de filiación, se interroga sobre el parentesco de

los familiares, edad, sexo, estado civil, años de unión conyugal, escolaridad, ocupación, se clasifican las familias marcando con una X la clasificación a la que corresponda, en base a su parentesco, en base a la presencia física en base al estilo de vida originados por cambios sociales, en base a sus medios de subsistencia, en base a la etapa del ciclo de vida familiar, informando a cada paciente sobre la utilidad de en interrogatorio.

Y se interroga sobre los factores de riesgo familiares uno por uno todos los que se encuentran en la cedula, se realizo el conteo de cada dato recolectado y se llevo acabo el análisis estadístico, para calcular frecuencia y porcentaje para cada una de las variables, los resultados se representan en graficas y tablas, esto nos llevo tres meses su realización.

CONSIDERACIONES ETICAS

El trabajo se sujeta a las consideraciones éticas de acuerdo a la Ley General de Salud de los aspectos Éticos de la investigación en seres humanos, en el titulo segundo, capítulo 1, artículo 17 fracción 1, que a la letra dice:

1.-.Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y método de investigación documental, retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna investigación ó modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas, y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos, y otros en los que no se le indique no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta (Referencia ley general de salud en materia de investigación para la salud 1987).

A la Declaración de Helsinki en su 5 enmienda en el año 2000 en Escocia y a la clarificación del párrafo 30 en Tokio 2004.

Que de acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación donde participan seres humanos manifestado en esta declaración.

Dice que la investigación biomédica en seres humanos no puede realizarse legítimamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para la persona que toma parte de ella.

Siempre debe respetarse el derecho del participante en la investigación a proteger su integridad, deben tomarse todas las precauciones del caso para respetar la vida privada del participante y en su personalidad.

DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

Del total de las familias en las que se aplicó la CEBIF, se encontró una población de 4,528 (100%) usuarios, de los cuales 2,111 (46%) son hombres y 2,417 (53.3%) son mujeres (Ver grafica 1).

El grupo de edad que predominó fue el de 20 a 29 años 888 (19.6%), de 60 o mas años 809 (17.8%), de 10 a 19 años 703 (15.5%), de 40 a 49 años 659 (14.5%), de 30ª 39 años 595 (13.1), de 01 9 años 499 (11.0%), de 50 a 59 años 375 (8.2%), (Ver tabla 1).

Del llenado de las 100 cédulas básicas de identificación familiar (CEBIF), se obtuvieron los siguientes resultados: se clasifico a los padres de acuerdo a su estado civil, casados 81 (81 %), divorciados 3 (3%), separados 3 (3%), Unión libre 2 (2%), Viudas 10 (10%), Viudos 1 (1%) (Ver grafica No 2).

De acuerdo a los años de unión conyugal de 0 a 10 años 37 (37%), de 11 a 20 años 33 (33%), de 21 a 30 años 16 (16%), de 31 a 40 años 4 (4%), de 41 a 50 años 8 (8%), de 51 y más 2 (2%).(Ver grafica No 3).

Se clasifico de acuerdo a la edad de los padres de 20 a 29 años 11 (11%), de 30 a 39 años 19 (19%), de 40 a 49 años 27 (27%), de 50 a 59 años 15 (15 %), de 60 y mas años 12 (12%). Padres ausentes 16 (16 %), promedio 45.1%, moda 47, media 44. (Ver grafica No 4).

De acuerdo a la edad de las madres de 20 a 29 años 12 (12%), de 30 a 39 años 28 (28%), de 40 a 49 años 28 (28%), de 50 a 59 años 12 (12%), de 60 y más 19 (19%), ausentes 1 (1 %). Promedio de 44.92%, moda de 35, media 43. (Ver grafica No 5).

Con respecto a la ocupación del padre: campesino 5 (5 %), comerciante 6 (6%), obrero 21 (21 %), profesionista 47 (47%), técnico (5%) ausentes 16 (16%), (Ver cuadro No 2).

En relación a la ocupación de la madre; amas de casa 48(48%), comerciante 1 (1%), obrera 7 (7%), profesionista 36 (36%), técnica 7(7%), ausentes 1 (1%). (Ver cuadro No 3).

La escolaridad del padre se refiere con: primaria incompleta 5(5%), primaria completa 3 (3%), secundaria incompleta 1(1%), secundaria completa 14 (14%), bachillerato incompleto 2 (2%), bachillerato completo 11 (11%), licenciatura incompleta 1 (1%), licenciatura completa 45 (45%), especialidad 1 (1%), doctorado 1 (1 %), ausentes 16 (16%). (Ver grafica No 6)

La escolaridad de la madre fue de; primaria incompleta 13 (13%), primaria completa 20 (20%), secundaria completa 17 (17%), bachillerato completo 12 (12%), licenciatura incompleta 1(1%), licenciatura completa 34 (34%), especialidad

2 (2%), ausentes 1 (1%). (Ver grafica No 7)

El número total de hijos en las familias encuestadas es de 193, de acuerdo a las edades se distribuye de la siguiente forma de 0 a 10 años con 63 (32.64%), de 11-19 años 66 (34.20%), de 20 y más 64 (33.16%).

Del total de hijos por familia, 18(18% de las familias sin hijos, 23 (23%) de las familias con un hijo, 24 (24%) de las familias con dos hijos, 23 (23%) de las familias con 3 hijos, 8 (8%) de las familias con 4 hijos, 4 (4%) de las familias con 5 hijos, la media de hijos son dos al igual que la moda. (Ver grafica No 8)

Se obtuvo la clasificación de las familias en base al parentesco, dando como resultado familia nuclear 10(10%), nuclear simple 41(41%), nuclear numerosa 11 (11%), reconstruida 7 (7%), monoparental 10 (10%), monoparental extendida 4 (4%), extensa 10(10%), extensa compuesta 4 (4%), no parental 3 (3%), (Ver grafica No 9).

Con el indicador de presencia física y convivencia: 66 (66%) con núcleo integrado, 20 (20%) núcleo no integrado, 6 (6%) extensa ascendente, 4 (4%) extensa descendente, y 4 (4%) extensa colateral (Ver grafica No 10)

En relación a los estilos de vida originados por cambios sociales solo 2 (2%) son personas que viven solas, el resto de las familias no entran dentro de esta clasificación (Ver grafica No 11)

En base a los medios de subsistencia se clasifican como agrícola y pecuaria: 5 (5%), industrial 0 (0%), comercial 6 (6%), servicios 89 (89%) (Ver y grafica No 11).

Clasificación en base a la etapa del ciclo de vida familiar; matrimonio 7 (7%), expansión 21(21%), dispersión 39 (39%), independencia 21 (21%), retiro y muerte 12 (12%), (Ver grafica No 12).

Los principales Factores de Riesgo Familiar fueron, (Ver tabla No 4):

- Diabetes Mellitus se presento en 86 (86%)
- Hipertensión Arterial 81 (81%)
- Cardiopatías en 58(58%)
- Ca.Cu 9 (9%)
- Ca. de mama 12(12%)
- Ca. de próstata 9 (9%)
- Otros cánceres 14 (14%)
- Insuficiencia Renal 14 (14%)
- Enfermedad Cerebrovascular 25 (25%)
- Asma 28(28%)
- Obesidad 68 (68%)
- Anorexia y Bulimia 1 (1%)
- Tabaquismo 35(35%)

- Alcoholismo 32(32%)
- Otras Adicciones 4 (4%)
- Enfermedades Psiquiátricas 11(11%)
- Violencia Familiar 1 (1%)
- Discapacidad 2 (2%)
- Riesgo ocupacional 0(0%)

De la consulta atendida en el transcurso de un año, estas fueron un total de 4026, de las cuales 2050 (50.92%) son de primer vez, y 1976 (40.08%) subsecuentes.

Las 10 principales causas de consulta por primera vez son, (Ver tabla No 5):

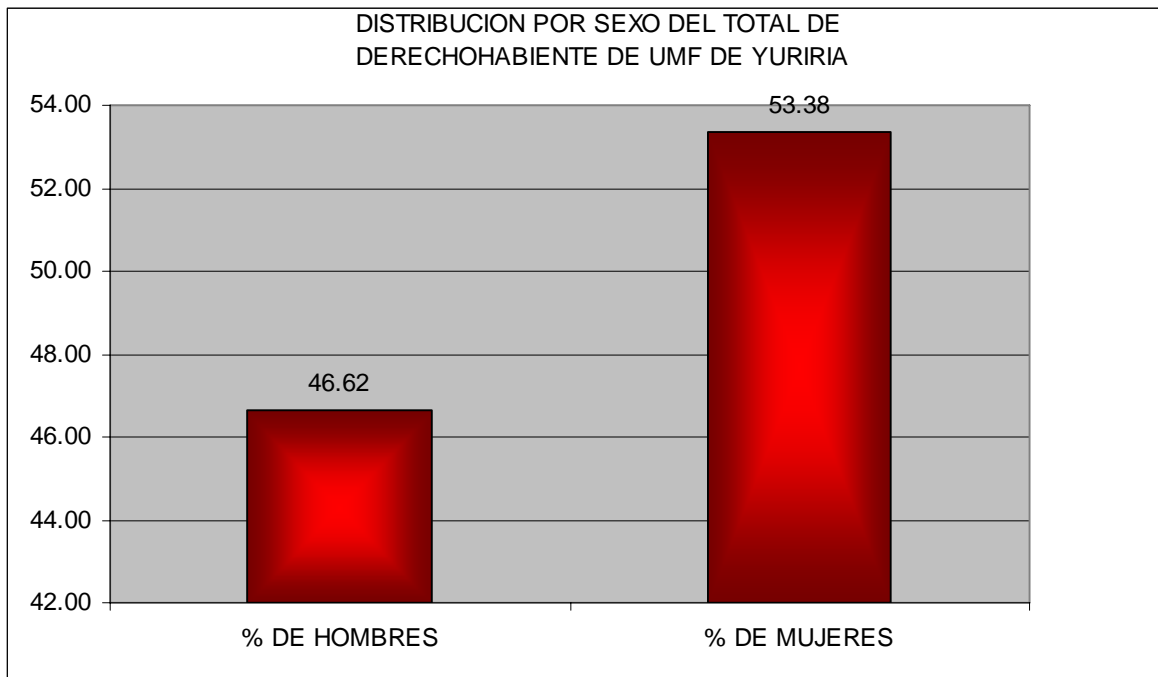
1. Infecciones respiratorias agudas 871 (42.49%)
2. Infecciones intestinales 102 (4.98%)
3. Gastritis, colitis y duodenitis 86 (4.2%)
4. Caries 55 (2.68%)
5. Control de embarazo 50(2.44%)
6. Vulvovaginitis 44 (2.15%)
7. Infecciones urinarias 40 (1.95%)
8. Traumatismos 39 (1.90%)
9. Conjuntivitis 37 (1.80%)
10. Amibiasis intestinal 34 (1.66%)

De la consulta subsecuente las 10 principales causas son, (Ver tabla No 6):

1. Hipertensión Arterial 321 (15.33%),
2. Diabetes Mellitus 293 (13.99%),
3. Control de embarazo 175 (8.36%),
4. Gastritis, colitis, duodenitis 125 (5.97%),
5. Detección oportuna de Ca Cu 94 (4.97%),
6. Infecciones respiratoria crónicas 73 (3.94%),
7. Osteoartritis 66 (3.15%),
8. Dislipidemias 56 (2.67%),
9. Onicomycosis 45(2.15%),
10. Lumbalgia 43 (2.05%).

PRESENTACIÓN DE GRAFICAS Y CUADROS DE LOS RESULTADOS

GRAFICA 1: distribución Por sexo de los derechohabientes usuarios de la Unidad de medicina familiar Yuriria GTO.



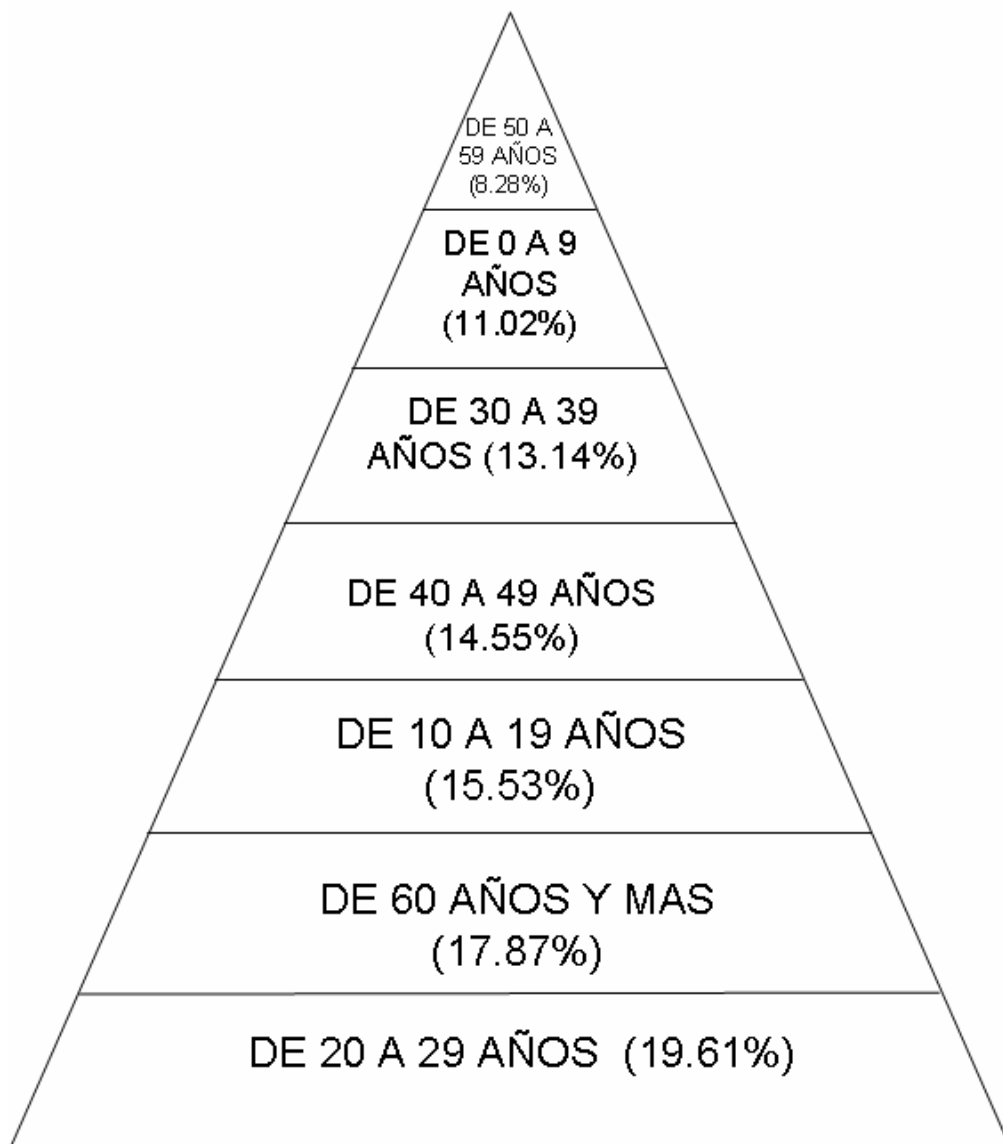
Fuente: Departamento de estadísticas Irapuato GTO.

Cuadro No. 1: Grupos de edad de los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar "Yuriria". Guanajuato.

EDAD	NUMERO DE DERECHOHABIENTE	PORCENTAJE DERECHOHABIENTES
De 0 a 9 años	499	11.02%
De 10 a 19 años	703	15.53%
De 20 a 29 años	888	19.61%
De 30 a 39 años	595	13.14%
De 40 a 49 años	659	14.55%
De 50 a 59 años	375	8.28%
De 60 años ó más	809	17.87%
TOTAL	4528	100%

Fuente: Departamento de Estadística de Irapuato, Gto

Pirámide Poblacional De Los Derechohabientes De La Unidad De Medicina Familiar De Yuriria, Gto.



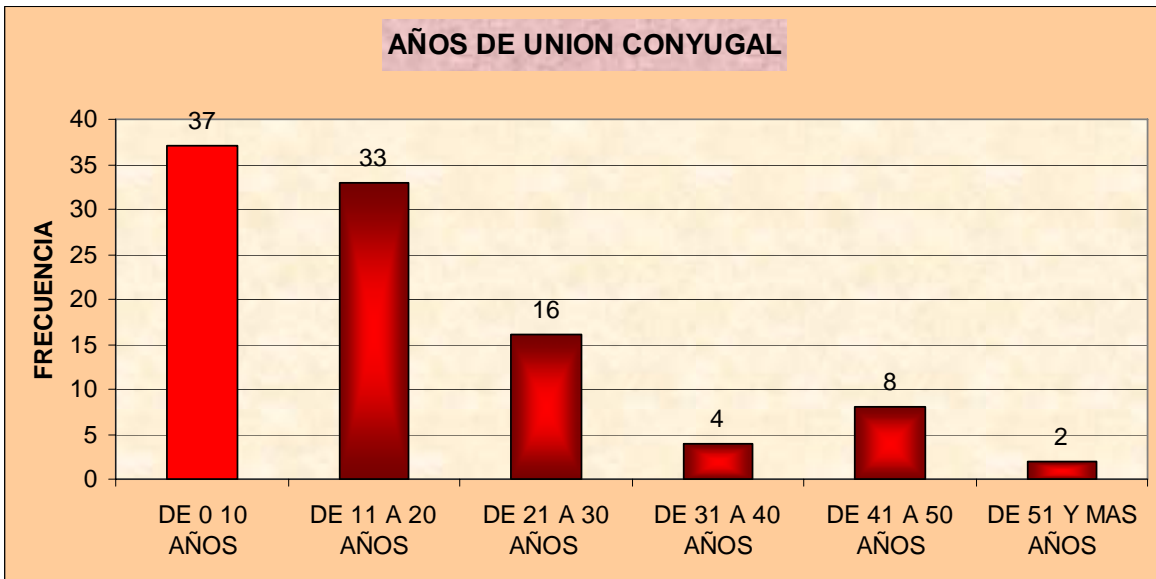
Fuente: departamento de estadística de Irapuato, Gto.

GRAFICA No. 2: Clasificación del estado civil de los padres en la Unidad de Medicina familiar de Yuriria GTO.



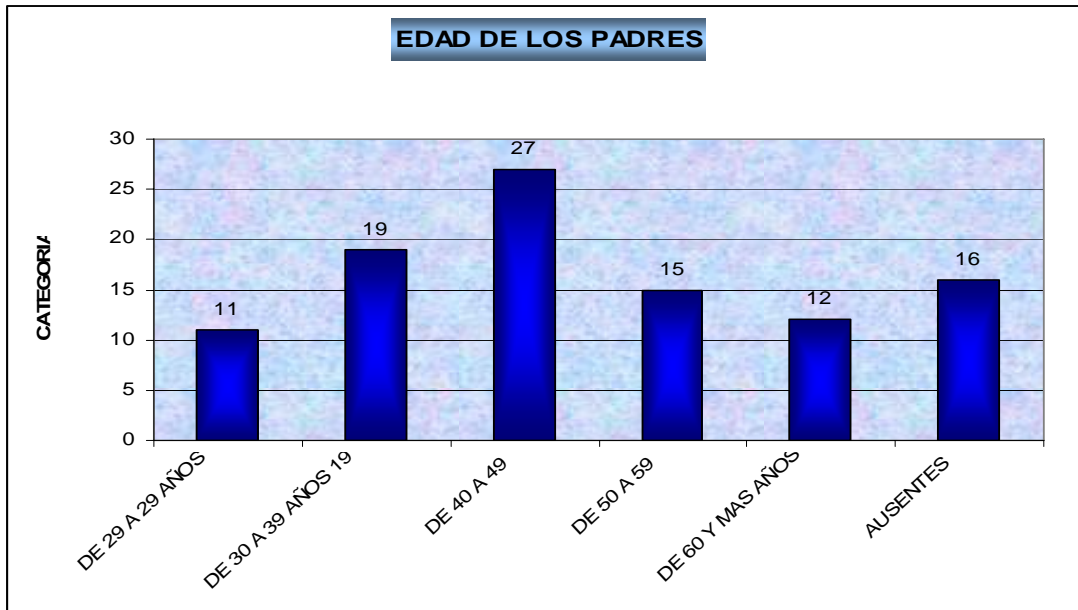
Fuente: Cedula básica de identificación familiar

GRAFICA No 3: Distribución en años de unión conyugal en las familias de la Unidad de Medina Familiar Yuriria Gto.



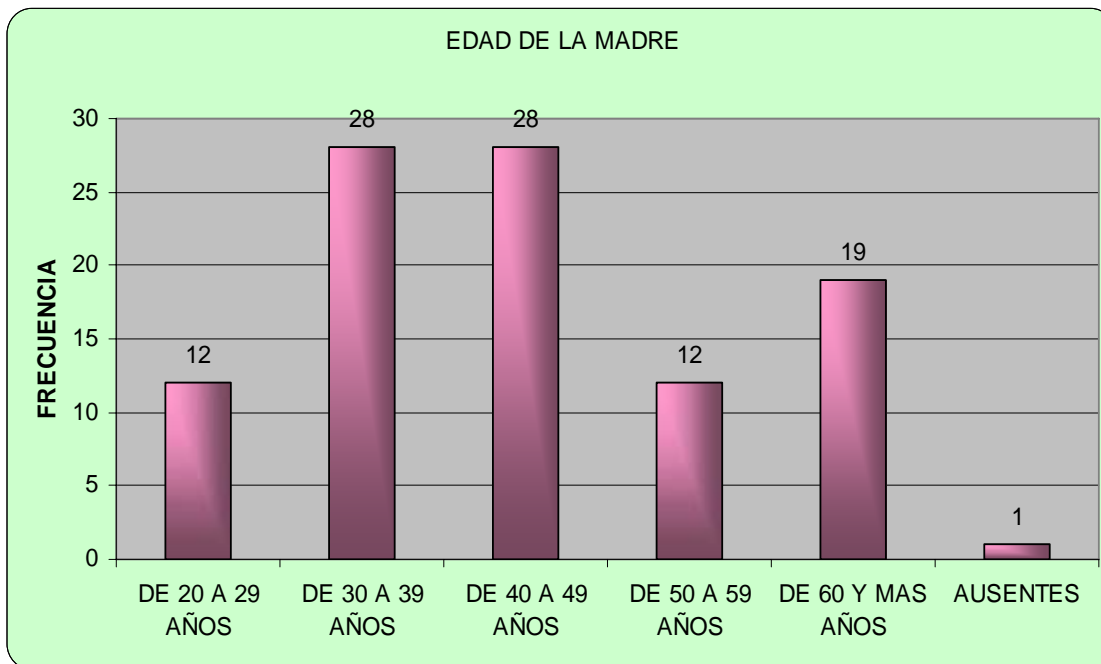
Fuente: Cedula básica de identificación familiar

GRAFICA No.4: Distribución por edad de los padres de las familias de la Unidad de Medicina Familiar Yuriria GTO.



Fuente: Cedula básica de identificación familiar. Promedio 45.11 media 44 moda 47

GRAFICA No 5: distribución por edad de las madres de las familias en la Unidad de Medicina Familiar, Yuriria GTO.



Promedio 44.92 Moda 35 media 43
Fuente: cedula básica de identificación familiar

CUADRO NO 2: Distribución de acuerdo a la ocupación del padre de los pacientes entrevistados, en la Unidad de medicina familiar, Yuriria Gto.

OCUPACION	NUMERO	PORCENTAJE
CAMPESINO	5	5%
COMERCIANTE	6	6%
OBRERO	21	21%
PROFESIONISTA	47	47%
TECNICO	5	5%
AUSENTES	16	16%
TOTALES	100	100%

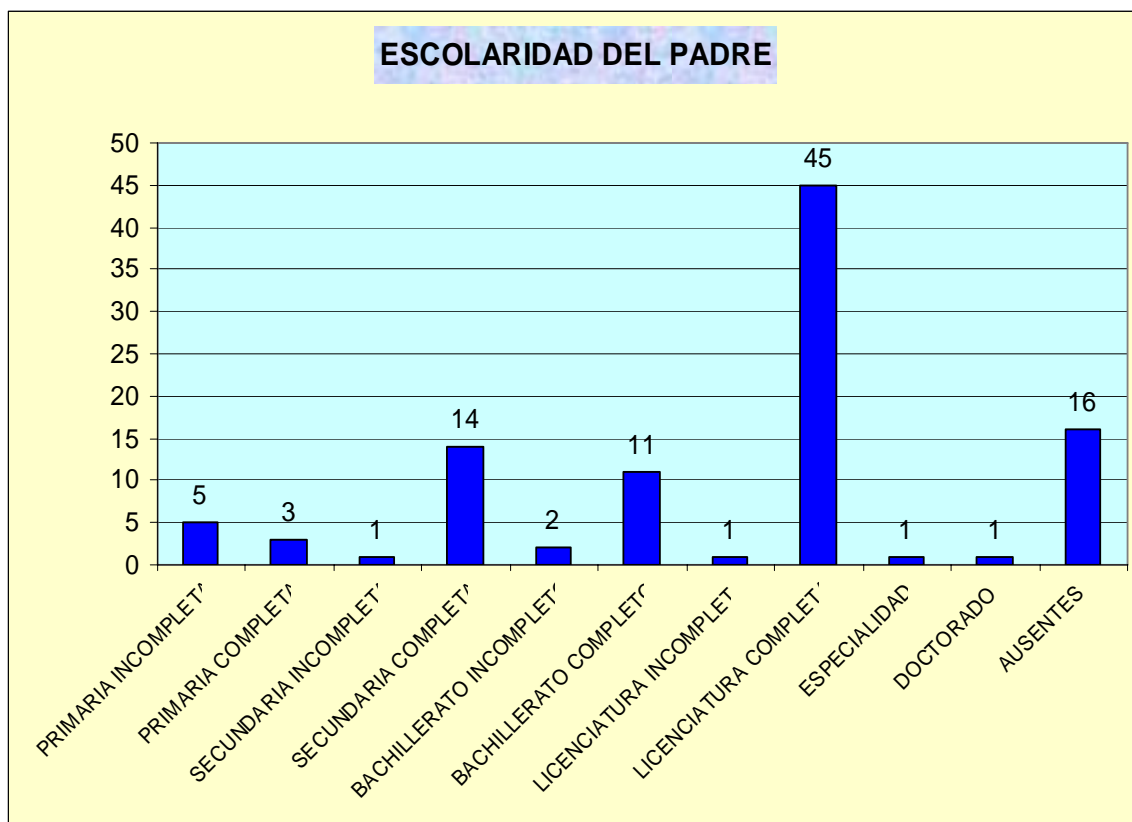
Fuente: cedula básica de identificación familiar

CUADRO NO 3: Distribución de acuerdo a la ocupación de la madre de los pacientes entrevistados en la Unidad de Medicina Familiar Yuriria Gto.

OCUPACION	NUMERO	PORCENTAJE
AMA DE CASA	48	48%
COMERCIANTE	1	1%
OBRERA	7	7%
PROFESIONISTA	36	36%
TECNICA	7	7%
AUSENTE	1	1%

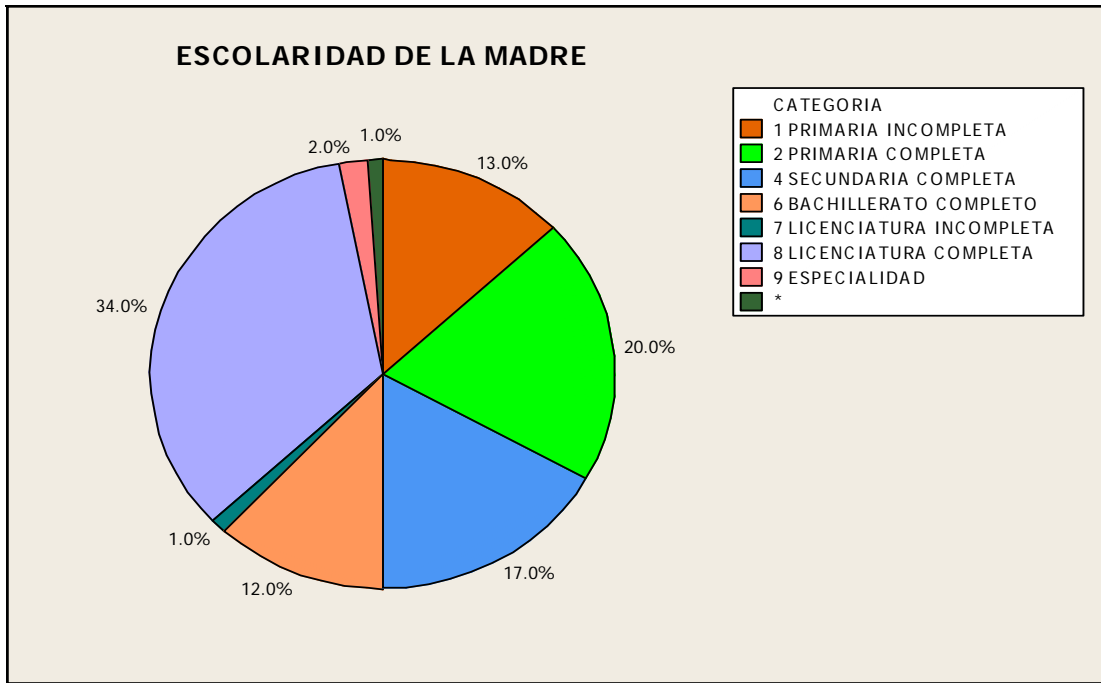
Fuente: cedula básica de identificación familiar

GRAFICA No.6: Distribución de acuerdo a la escolaridad del padre de los pacientes entrevistados en la Unidad de Medicina Familiar, Yuriria Gto.



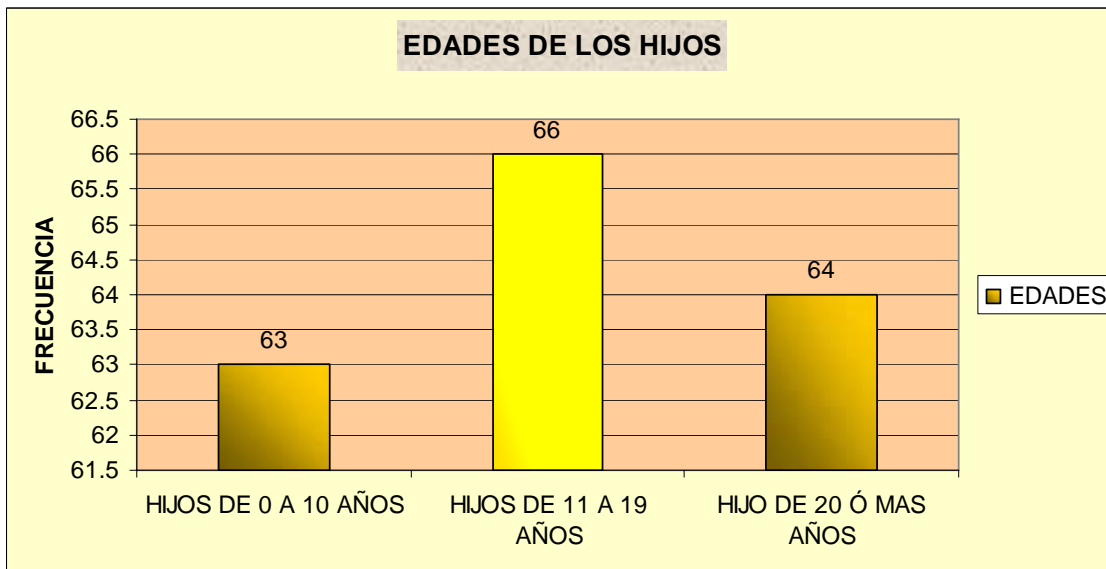
Fuente: cedula básica de identificación familiar

GRAFICA No. 7: Distribución de acuerdo a la escolaridad de la madre de los pacientes entrevistados en la Unidad de Medicina Familiar, Yuriria Gto.



Fuente: cedula básica de identificación familiar

GRAFICA No. 8: Distribución de los hijos por edades de las familias de la Unidad de Medicina Familiar, Yuriria Gto.

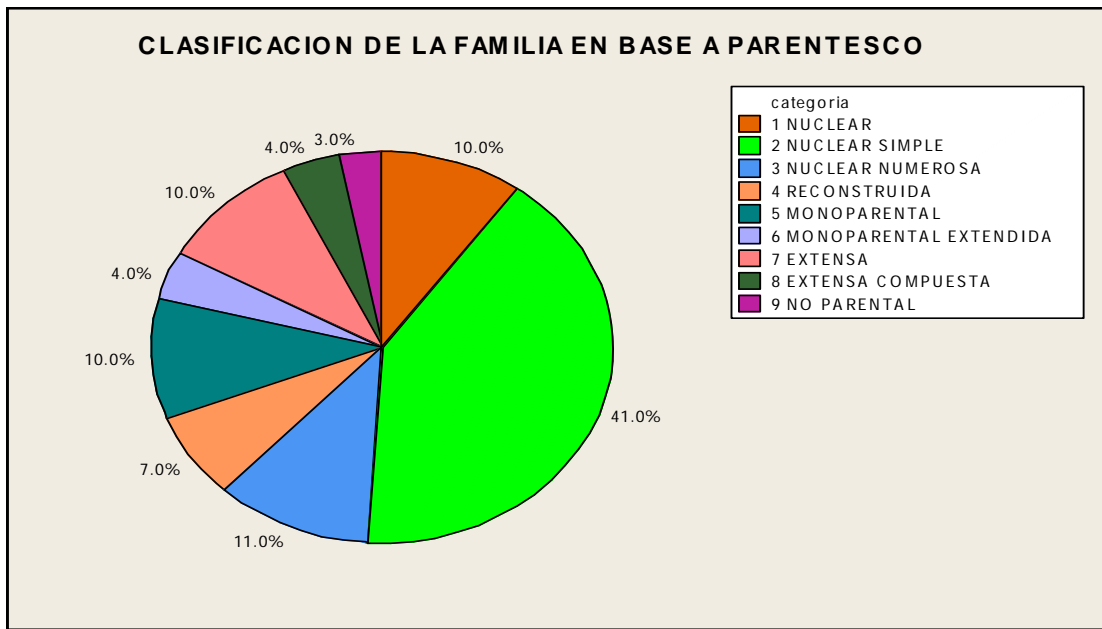


Media 2

moda 2

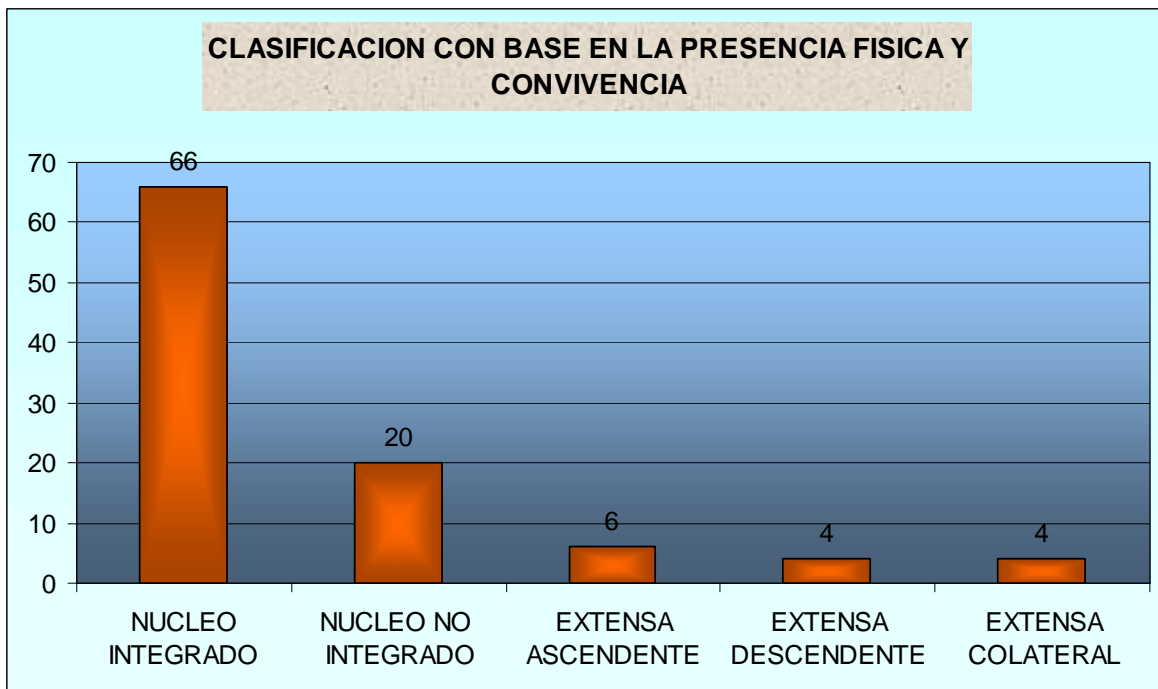
Fuente: cedula básica de identificación familiar

GRAFICA No 9: Clasificación de las familias en base al parentesco, de la Unidad de Medicina Familiar Yuriria Gto.



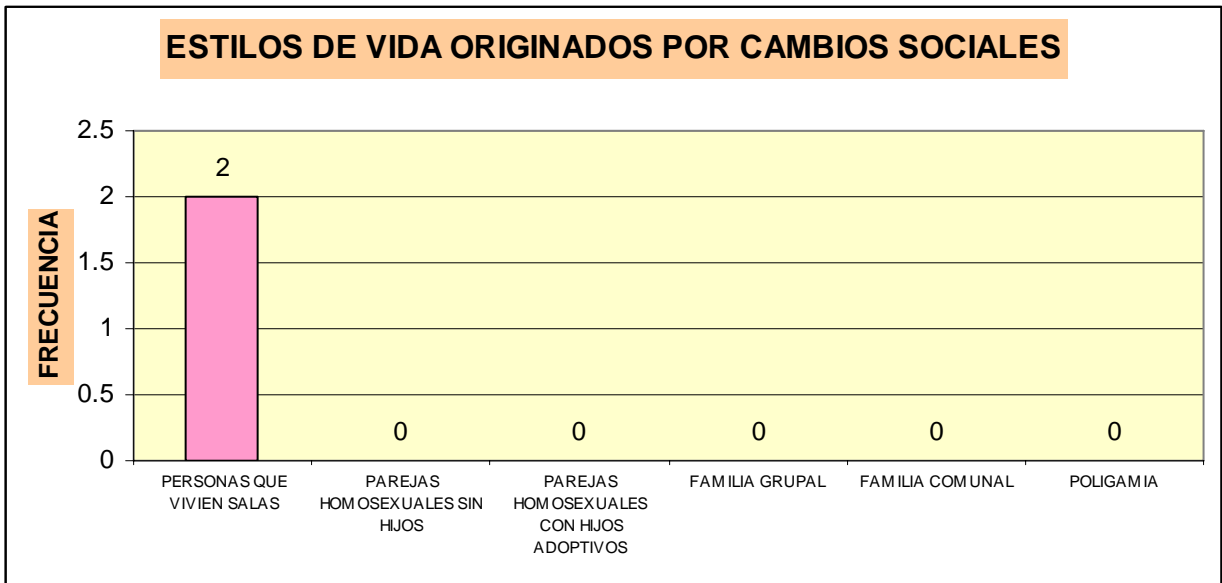
Fuente: cedula básica de identificación familiar

GRAFICA No. 10: Clasificación de las familias con base en la presencia física y convivencia en la Unidad de Medicina familiar Yuriria Gto.



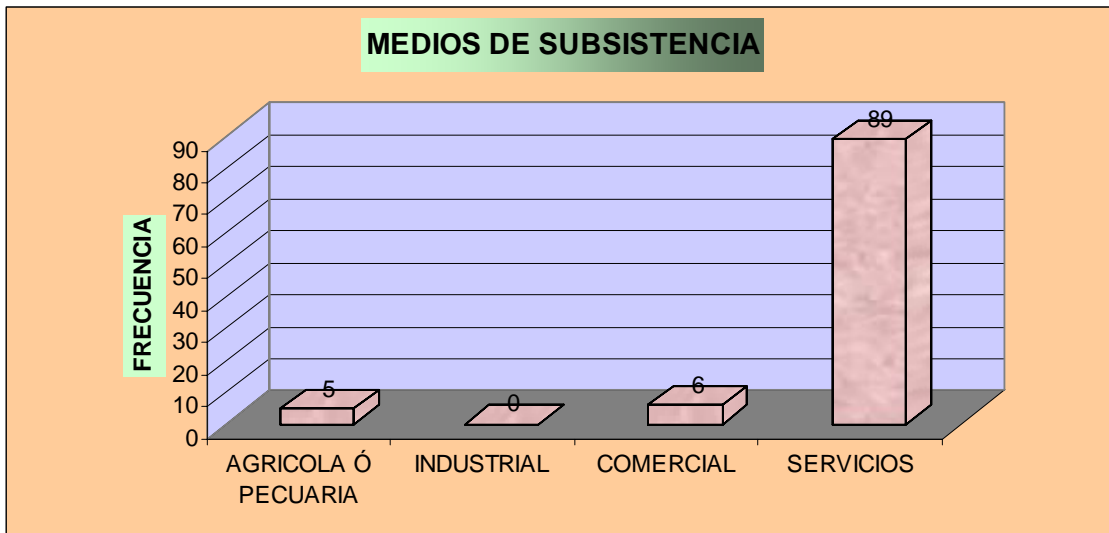
FUENTE: cedula básica de identificación familiar

Grafica No 11: Clasificación de las familias en base estilos de vida originados Por cambios sociales en la Unidad de Medicina Familiar Yuriria Gto.



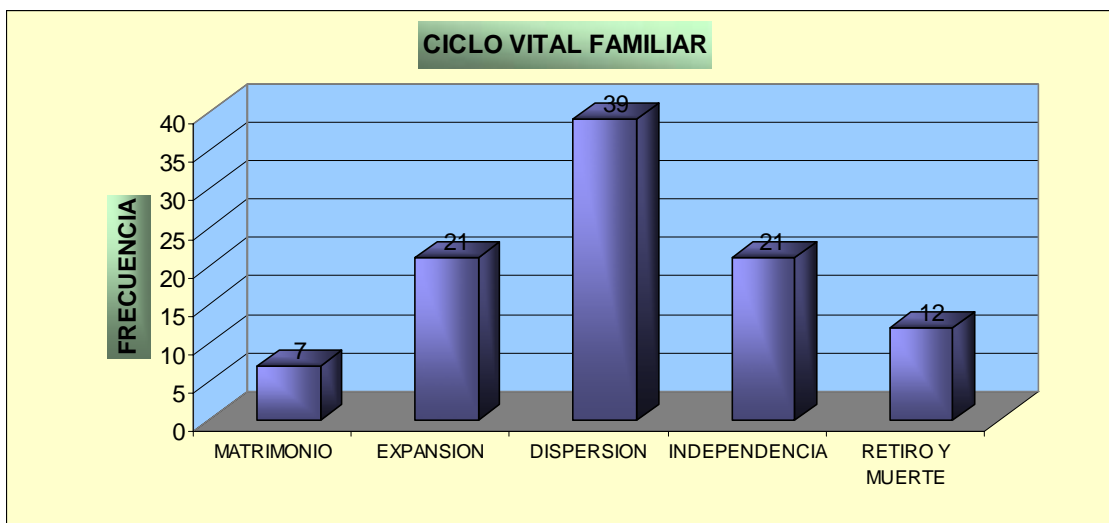
FUENTE: cedula básica de identificación familiar

Grafica No 12: Clasificación de las familias en base a sus medios de subsistencia en la unidad de medicina familiar Yuriria Gto.



FUENTE: cedula básica de identificación familiar

Grafica No 13: Clasificación de las familias en base a el ciclo vital familiar en la Unidad de Medicina Familiar Yuriria Gto.



FUENTE: cedula básica de identificación familiar

Cuadro 4: Factores de riesgo de la Unidad de Medicina Familiar Yuriria GTO

Factores de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes mellitus	86	86%
Hipertensión arterial	81	81%
cardiopatía	58	58%
Ca. Cu	9	9%
Ca. De mama	12	12%
Ca de próstata	9	9%
Otro cáncer	14	14%
Insuf. Renal	14	14%
EVC.	25	25%
Asma	28	28%
VIH/ SIDA	0	0%
Otras ETS	0	0%
Hepatitis B o C	0	0%
TBP.	0	0%
Desnutrición	3	3%
Obesidad	68	68%
Anorexia y bulimia	0	0%
Tabaquismo	35	35%
Alcoholismo	32	32%
Otras Adicciones	4	4%
Enf. Psiquiatricas	11	11%
Violencia familiar	1	1%
Discapacidad	2	2%
Riesgo Ocupacional	0	0%

FUENTE: cedula básica de identificación familiar

Cuadro 5: Las 10 principales causas de consulta por primera vez en la Unidad de Medicina familiar Yuriria Gto.

Diagnósticos	Frecuencia	Porcentaje
Infecciones respiratorias agudas	871	42.49%
Infecciones intestinales	102	4.98%
Gastritis, colitis, duodenitis	86	4.2%
caries	55	2.68%
Control de embarazo	50	2.44%
Vulvovaginitis	44	2.15%
Infecciones urinarias	40	1.95%
Traumatismos	39	1.90%
Conjuntivitis	37	1.80%
Amibiasis intestinal	34	1.66%
Total de consultas	2050	100%

FUENTE: las hojas de informe diario cotejadas en un año de Enero a Diciembre 2007

Cuadro 6: Las 10 principales causas de consultas subsecuentes en la Unidad de Medicina Familiar Yuriria Gto.

Diagnostico	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial	321	15 33%
Diabetes mellitus	293	13.99
Control de embarazo	175	8.36%
Gastritis, colitis duodenitis	125	5.97%
Detección oportuna Ca. Cu.	94	4.49%
Infecciones respiratorias	73	3.49%
osteoartritis	66	3.15%
Ama bronquial	57	2.72%
Dislipidemia	56	2.67%
Onicomiosis	45	2.15%
total	1976	100%

FUENTE: las hojas de informe diario cotejadas en un año de Enero a Diciembre 2007

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

De acuerdo a los resultados obtenidos en nuestro estudio, la población adscrita a esta Unidad de Medicina Familiar Yuriria Gto nos podemos dar cuenta de lo importante que es conocer las características de la población estudiada, con lo cual se pudo realizar la pirámide poblacional, con la cual se detecto que el porcentaje mas elevado lo representan las mujeres, lo que va en concordancia con lo reportado estado de Guanajuato en el conteo de población y vivienda en el 2005 reportado por el INEGI, que refiere el 52.4% de mujeres y el 47.6% hombres, este punto nos lleva a tomar medidas preventivas encaminadas principalmente a las mujeres como son la planificación familiar, la detección oportuna de Ca Cu, detección oportuna de Ca de mama, salud reproductiva etc.

El grupo de edad mas representativo en el estudio es el de 20 a 29 años, con el grupo de mas de 60 años en segundo lugar, en el estado de Guanajuato se reporta con mas de la tercera parte de la población a niños menores de 15 años con un 33.7%, de 15 a 29 años con un 26.7%.la mediana de edad para la población mexicana en general es de 23 años (INEGI), lo que se observa es que nuestra población es de mayor edad que la descrita a nivel estatal y entra dentro de la mediana a nivel nacional.

Lo cual nos permite observar una población joven en edad reproductiva que requiere se tome medidas preventivas encaminadas al control de la reproducción, planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, educación sexual, el otro grupo de edad significativo en el de 60 y mas con un segundo lugar que nos indica que nuestra población se esta polarizando y debemos tomar en cuenta a los adultos mayores para tomar medidas como grupos de apoyo para diabetes, HTA, obesidad, alimentación, ejercicios, apoyo emocional.

El estado civil de la mayoría de la población investigada son casados, y estos datos concuerdan con el registro de la INEGI sobre la población casada en el estado de Guanajuato y a su vez encontramos que los años de unión conyugal los años que predominan es de 0 a los 10 años de unión

Con respecto a la edad del padre el grupo más representativo fue de 40 a 49 años, con un promedio de 45.11, una media de 44, y la moda de 44. La mediana a nivel nacional se reporta para los hombres de 21 años (INEGI)

La edad de la madre la edad más representativa es de 30 a 39 años con un promedio de 44.92, moda de 35, media de 43. La mediana a nivel nacional para la mujer es de 23 años (INEGI), en este grupo de edades se pueden tomar medidas preventivas como control de peso, detecciones de HTA y diabetes, y detección oportuna de Ca de próstata.

La ocupación de los padres que predomina es la de profesionistas y la ocupación de la madre que predomina es amas de casa y el segundo lugar profesionistas.

Con respecto a la escolaridad de el padre el mayor porcentaje es licenciatura completa y la escolaridad de la madre lo mismo licenciatura completa, lo que representa un dato contrario a lo reportado por el INEGI a nivel estatal donde la escolaridad en la población mayor de 15 años en promedio es para las mujeres 7.0 años de escolaridad y para los hombres 7.3 años, en muestra población tenemos un porcentaje muy elevado de licenciaturas completas y en ocupación un porcentaje elevado de profesionistas, lo cual es debido que dentro de las condiciones de trabajo para la cual laboran se requiere de de un perfil educativo y profesional.

El numero de hijos por familias, la media es de 2 hijos y la moda 2 hijos a nivel nacional la INEGI reporta un promedio de hijos por mujer en el 2006 de 2.3 hijos. Lo que esta disminuido en nuestra población, indicando que debemos seguir orientando sobre temas de planificación familiar.

En base al parentesco las familias de la unidad se clasifican con el mayor porcentaje en nuclear simple.

En base a la presencia física y convivencia el porcentaje mas alto en familias con núcleo integrado. Lo que se correlaciona con el alto porcentaje correspondiente al estado civil a casados.

En base a los estilos de vida originados cambios sociales el 2 % corresponde a personas que viven solas

Con base a los medios de subsistencia la principal forma de obtener los recursos corresponde a servicios, en el estado de Guanajuato la INEGI reporta que de la población ocupada en 56 % labora en (servicios y comercio) en nuestras familias es un porcentaje muy elevado a los servicios debido a que laboran en instituciones federales estatales que prestan servicios.

En base a la etapa del ciclo de vida familiar, el porcentaje más elevado corresponde a la fase de dispersión.

Los factores de riesgo con porcentajes mas elevados son diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, cardiopatías, tabaquismo, y alcoholismo, con el conocimiento de estos factores nos podemos dar cuenta que algunos de estos factores pueden ser modificables y los hereditarios con medidas preventivas pueden retardar su presencia o no presentarse, por lo que tenemos que actuar para prevenir, limitar el riesgo actuando en el núcleo familiar a todas las edades.

Las principales causas de consulta son infecciones respiratorias agudas, hipertensión arterial, diabetes, control de embarazo, gastritis colitis y duodenitis, que concuerda con lo reportado a nivel nacional y estatal,

Teniendo este panorama debemos encaminar nuestra mejor atención a la problemática que se vive en esta unidad, como medico familiar realizando una

atención integral de calidad.

CONCLUSIONES

De acuerdo al estudio realizado podemos concluir que la población usuaria que asiste a la clínica, el mayor número es representado por las mujeres y la edad más representativa es la de 20 a 29 años, el estado civil que predomina es casados, la media en años de los padres es de 44 años, la media en años de las madres es de 43 años, la ocupación principal de los padres son profesionistas y de las madres el de amas de casa, seguidas de las profesionistas, la escolaridad en ambos padres con el más alto porcentaje es de licenciatura completa, la media y la moda de hijos por familia es de dos hijos, predominan las familias nucleares simples, con núcleo integrado, en muy bajo porcentaje las personas que viven solas, sus medios de subsistencia basados en los servicios, son familias en las que su ciclo evolutivo predominante es la fase de dispersión, con factores de riesgo muy elevados de diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatías, obesidad, alcoholismo, y tabaquismo, con estos datos consideramos haber alcanzado nuestro objetivo general y detectar los principales factores de riesgo, así como las causas más frecuentes de consulta médica.

Entre estas se encuentran en la consulta por primera vez, las infecciones de vías respiratorias altas, infecciones intestinales, gastritis, colitis y duodenitis, control de embarazo, de las subsecuentes hipertensión arterial, diabetes mellitus, control de embarazo, gastritis colitis y duodenitis.

Conociendo los resultados del presente estudio, podemos plantear que para mantener la salud en la familia, la cual es pilar fundamental de toda sociedad, se debe aplicar la atención médica de primer contacto en forma integral, para el individuo y su familia, lo cual nos permitirá realizar acciones encaminadas al mantenimiento y promoción de la salud, para la prevención de las enfermedades, hacer un diagnóstico biosicosocial y tratamiento de padecimientos agudos y crónicos así como una rehabilitación adecuada.

Es necesario promover los programas de atención médica continua, para realizar acciones anticipatorias y preventivas con la finalidad de evitar se presenten las enfermedades en forma temprana o si es posible evitarlas por medio del manejo de los factores de riesgo encontrados en el presente estudio.

Además de promover la formación de grupos de apoyo para realizar cambios en los factores de riesgo que sean modificables, y actuar directamente con cada uno de los pacientes que asistan a consulta con medidas preventivas para disminuir los factores de riesgo controlando la obesidad, canalizar a grupos de apoyo a fumadores y alcohólicos, y los pacientes ya con patologías prepararnos el personal médico en forma adecuada para tener un control óptimo y disminuir las complicaciones a corto y largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. 1ª Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud. Elementos Esenciales de la Medicina Familiar conceptos Básicos para el Estudio de las Familias Código de Bioética en Medicina Familiar. Archivo en Medicina Familiar.2005; 7:11-9.
2. Colegio Mexicano de Medicina Familiar. PAC Medicina Familiar -1. México: Sistemas Inter. 1999: Vol. 1:11-6
3. Huerta J. Medicina familiar la familia en el proceso salud-enfermedad. México: Editorial Alfil, 2005: 1-11,105-6,163-9.
4. Taylor RB. Medicina familiar. Principios y práctica. 5edición. Barcelona: Doyma, 1998: 1-7,35-39
5. Irigoyen CA. Morales LH. MOSAMEF. Bases conceptuales. México: Medicina familiar mexicana, 2000:16 -29- 32- 48.
6. Irigoyen CA. Morales LH. Nuevo diagnóstico familiar. México: Medicina Familiar Mexicana, 2005:47-48.
7. Irigoyen CA. Y Col. Fundamentos de medicina familiar. 5edición. México: Medicina Familiar mexicana, 1998:
8. UNAM. Plan único de especialidades medicas en medicina familiar. México: Medicina familiar mexicana, 2003:5.
9. Zurro MA. Cano PJF. Atención primaria .5 edición. Madrid: Elsevier, 2003: 1-4.
10. Domínguez del Olmo. La medicina familiar en México y en el mundo. Archivo de Medicina familiar: 2000:136-139.
11. El enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Serie Paltex, OPS, OMS, Washington D: D: 1988
12. Álvarez MJ y Col. Manual de atención programada. Secretaria de Salud, Dirección General de enseñanza en Salud. SSA. México 1986.
13. Sánchez PT. Guía metodológica para la elaboración de un protocolo de investigación en el área de la salud. México: Prado, 2002: 23-39.
14. Irigoyen C. Nuevos fundamentos en medicina familiar. Segunda edición. México: Medicina familiar mexicana, 2004:128-133,159, 187.

15. Velasco ML. Sinivaldi J. Manejo del enfermo crónico y su familia. México: El manual moderno, 2001:
16. Membrillo LA Y Col. Familia introducción al estudio de sus elementos. México: Editores de textos mexicanos, 2008: 69-71, 95-104.
17. Anzures CR Y Col. Medicina Familiar. México: Corporativo intermédica, 2008:44-46,213-218.
18. Everest Escolar. Gran Diccionario en color. 4ª Edición. España: 2000. 691, 545,279.
19. Gómez C. Irigoyen C. Ponce R. Guía para el seminario de investigación del PUEM. México: Medicina familiar mexicana, 200 : 53-55.
20. Secretaria de salud del Estado de Guanajuato. E-mail salud@guanajuato.gob.mx
21. Censo Nacional de Población y Vivienda, INEGI, 2005.
22. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2003.
23. Anuario estadístico ISSSTE 2006. www.issste.gob.mx.
24. Reglamento de la ley General de Salud en materia de investigación para la salud, Secretaria de Salud de México Capt. 1, Art. 17, aspectos éticos de la investigación en seres humanos, apartado 1°.
25. Declaración De Helsinki de la Asociación Médica Mundial, en Helsinki Finlandia, Junio 1964 y enmendada en 52ª Asamblea general en Edimburgo, Escocía, Octubre del 2000.
26. Stephen J. Maxine A. Y Col. Diagnostico Clínico y tratamiento. Edición 46. México: McGraw Hill, 2007:429-459,595-609, 1041-1070.
27. Sistema de Control y Regulación de Abasto (SICORA); Guías Diagnóstico-Terapéuticas de las 25 patologías más frecuentes del primer nivel de atención; Subdirección General Médica, ISSSTE, México; Noviembre 2002.
28. ONU. Principios y recomendaciones para los censos de población y habitación estadísticos, Serie M, Num. 67 Revisión 1- Naciones Unidas, Nueva York, 1998. <http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesM/SeriesM67rev1S.pdf>
29. Llaca RD y Fernández AJ. Obstetricia clínica. México: McGraw Hill Interamericana, 2000: 57-92.

ANEXOS



Folio:

CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

Familia: _____ No. Expediente del informante: _____

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA:

Parentesco	Edad	Sexo	Escolaridad	Ocupación	Estado civil

AÑOS DE UNION CONYUGAL

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 ()

FACTORES DE RIESGO FAMILIARES

Factor de riesgo	Padre	Madre	Hijos	Abuelos	Tíos
Diabetes					
Hipertensión					
Cardiopatía					
Ca. Cu					
Ca. Mama					
Ca. Próstata					
Otro cáncer					
Insuf. Renal					
Enf. cerebrovascular					
Asma bronquial					
VIH/SIDA					
Otras ETS					
Hepatitis B o C					
Tuberculosis pulmonar					
Desnutrición					
Obesidad					
Anorexia/bulimia					
Tabaquismo					
Alcoholismo					
Otra adicción					
Enf. Psiquiátrica					
Violencia familiar					
Discapacidad					
Riesgo ocupacional					



Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

DELEGACIÓN GUANAJUATO
 INFORME DE LABORES DIARIAS DEL MEDICO
 CLINICA HOSPITAL Irapuato GTO

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO		FIRMA		CLAVE		ESPECIALIDAD		HORARIO		USUARIO Y CLAVE DE LA UNIDAD		
NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (SUPLENTE)		FIRMA		CLAVE		ESPECIALIDAD		HORARIO		MOTIVO DE LA SUSTITUCION		
NUM. CONSULTA	NOMBRE DEL PACIENTE	EXPEDIENTE	TIPO DE DERECHO HABIENTE		SOLICITUD A		MOTIVO DE LICENCIA MEDICA		DIAS DE LIC. MEDICA	MOTIVO DE LA CONSULTA	DIAGNOSTICO	IA. VEZ
			SEXO Y EDAD	FORANEOS	PLANIFICACION FAMILIAR*	DETENCIONES**	LAB	RN				
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

* ACCIONES P.F.
 1= H.O.
 2= H.L.
 3= CORRECTIVO

** DETENCIONES
 1= D.O.C.
 2= EXP. MAMA
 3= P.PRONOSTA.TE(T)

4= DIABETES MELLITIS
 5= HIPERTENSION ARTERIAL
 6= OBESIDAD

7= DISPLASIA
 8= TUBERCULOSIS

LOS PACIENTES ENLISTADOS SE ENCUENTRAN VIGENTES