



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 DE MEDICINA FAMILIAR "5 DE FEBRERO"

**LAS CARACTERISTICAS DE LAS FAMILIAS Y LAS
PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA DE LOS USUARIOS
DEL CONSULTORIO 3, TURNO VESPERTINO DE LA CMF
5 DE FEBRERO DEL ISSSTE MEXICO DF**

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

PRESENTA:
DRA. ELSA TORRES LEON



ISSSTE

MEXICO DF

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.

**LAS CARACTERISTICAS DE LAS FAMILIAS Y LAS PRINCIPALES CAUSAS
DE CONSULTA DE LOS USUARIOS DEL CONSULTORIO 3, TURNO
VESPERTINO DE LA CMF 5 DE FEBRERO DEL ISSSTE MEXICO DF**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ELSA TORRES LEON


AUTORIZACIONES:



DRA. SONIA ISABEL SANCHEZ RIOS
DIRECTOR DE LA CLÍNICA DE LA CLINICA FAMILIAR
"5 DE FEBRERO"



DRA. NALLELY VILLA DIAZ
JEFE ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA DE LA CLINICA FAMILIAR
"5 DE FEBRERO".



DR. ROBERTO SANCHEZ AEDO
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.

**LAS CARACTERISTICAS DE LAS FAMILIAS Y LAS PRINCIPALES CAUSAS
DE CONSULTA DE LOS USUARIOS DEL CONSULTORIO 3, TURNO
VESPERTINO DE LA CMF 5 DE FEBRERO DEL ISSSTE MEXICO DF**

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

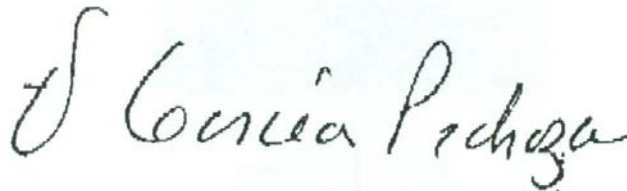
PRESENTA:

DRA. ELSA TORRES LEON

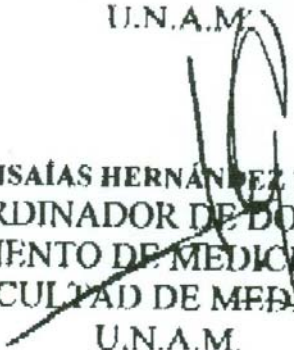
AUTORIZACIONES



DR. CARLOS LAVALLES MONTALVO
JEFE INTERNO 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.

Í N D I C E

	Página
Marco teórico	1 a 36
Planteamiento del problema	37
Justificación	37 - 38
Objetivo general	39
Objetivos específicos	39
Diseño de investigación del estudio	40
Hipótesis	41
Material y Métodos	41 a 51
Consideraciones Éticas	51 a 52
Resultados	53 a 56
Análisis o discusión	57 a 61
Conclusiones	62 a 65
Referencias	66 a 70
Anexos: Resultados y Gráficas	71 a 88
Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF)	89 a 90

INTRODUCCIÓN

La Medicina Familiar es conocida popularmente como el Médico de cabecera, y es una especialidad que abarca el conocimiento de varias especialidades con un amplio campo de acciones y el primer punto de encuentro entre el médico, paciente y su familia, es el primer contacto con el sistema de salud, el médico familiar acude, esté o no enfermo el paciente para recibir una atención continua, integrada, y comprehensiva, altamente eficiente y bien adiestrado en lo científico, lo social y lo humano. Surge por la transformación de la Medicina General y como descontento de la población con el tipo de atención: despersonalizada y fragmentada de la medicina especializada, se crea la Medicina Familiar en el año de 1966 en Canadá y se define en el mismo año en Estados Unidos de América, oficialmente es reconocida en 1969 con el American Board of Family Practice, es la primera especialidad en crear la recertificación, y su principal característica es la continuidad en la atención . (35).

La atención primaria de salud se convirtió para la OMS en un concepto fundamental a raíz de la Declaración de Alma-Ata (1978), en que se adoptó la meta de la salud para todos. El compromiso de lograr mejoras mundiales en el ámbito de la salud, sobre todo en lo que atañe a las poblaciones más desfavorecidas. (36).

La atención Primaria de Salud (APS) y la Medicina Familiar son ámbitos estrechamente relacionados y la APS es el terreno de actuación fundamental del Médico de Familia, mientras que la Medicina Familiar es la herramienta clave para el desarrollo pleno de la APS, es decir la APS es la estrategia y la Medicina Familiar la disciplina para realizarla. (35).

El médico familiar maneja muchas consultas por trastornos indiferenciados, además de combinaciones complejas de trastornos somáticos, sociales, emotivos y muchos padecimientos en forma prodrómica con una relación de continuidad que trasciende lo episódico. El 70% de los problemas que maneja el Médico familiar se hallan dentro unos 30 diagnósticos. (35).

Es importante la evaluación de la familia y es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el primer nivel de atención, se puede concebir como un proceso fundamental para realizar actividades médico preventivas en forma continua y adecuada en favor de la salud, establecer diagnósticos, manejo y tratamiento y en su caso rehabilitación o paliación, este proceso implica obtener de los individuos y sus familias información relacionada con los elementos que intervienen en el proceso salud enfermedad, su análisis, y la planeación de estrategias y toma de decisiones en el contexto biopsicosocial. (27).

Un familiograma es un instrumento clínico práctico que favorece el abordaje a los sistemas familiares para la atención de pacientes. Los familiogramas permiten a los médicos familiares diagnósticos y manejar problemas clínicos psicosociales complicados que frecuentemente no pueden ser identificados usando el modelo biomédico tradicional. Los familiogramas también ayudan a los médicos para establecer una relación armónica con los pacientes, tener empatía y comprender sus circunstancias personales, especialmente cuando se enfrentan a pacientes difíciles. (27).

Dentro de los factores de riesgo heredo familiares encontramos que predominan las enfermedades crónico degenerativas, por lo cual es importante que todos los miembros de la familia al estar bajo el cuidado del mismo médico o equipo de salud, debe de ser estudiada con el fin de detectar e identificar factores de riesgo que, previa jerarquización, lleven a cabo actividades en forma continua y adecuada y la elaboración de un adecuado plan de trabajo que incluya actividades médicas de prevención primaria, secundaria o de rehabilitación, para ello es necesario involucrar a la familia y a todo el grupo de salud como el dice el Expediente clínico (34).

RESUMEN ESTRUCTURADO

En la Clínica de Medicina Familiar 5 de Febrero en el consultorio 3, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, se llevó a cabo un estudio de las características de familias usuarias, que cuenta con una pirámide poblacional de 2035 encontrándose que el grupo etareo que más predomina es el de más de 70 años de edad, la por lo cual se tomo una muestra aleatoria y se aplicó una encuesta a 120 familias, utilizándose la Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF), se encontró que el perfil de las familiar encuestadas corresponde a familiares nucleares simples en un 36.67%, que la etapa del ciclo vital que predomina es la de retiro con un 36.67%, que los factores de riesgo de patología familiar son las crónicas degenerativas como son Diabetes Mellitus con 19.71%, Hipertensión Arterial con 18.67%, Enfermedades del Corazón con un 11.20%. lo que refleja que la pirámide de población actual se ha invertido a la de hace 15 años, y con ello aumentan las enfermedades crónico degenerativas.

STRUCTURED SUMMARY

In the Familiar Medicine Clinic 5 of February in doctor's office 3, of the Institute of Security and Social Services of the Workers of the State, a study of the characteristics of usuary families was carried out, that counts on a population pyramid of 2035 being that the etareo group that predominates more he is the one of more than 70 years of age, thus the volume a random sample and the Basic Certificate of Identificación was applied to a survey to 120 families, being used Familiar (CEBIF), was that the survey profile of the relative corresponds to simple nuclear relatives in 36,67%, that the stage of the vital cycle that it predominates is the one of retirement with 36,67%, that the factors of risk of familiar pathology are the degenerative chronicles as they are Mellitus Diabetes with 19,71%, Arterial Hypertension with 18,67%, Diseases of the Heart with 11,20%. what reflects that the pyramid of present population has been reversed to the one of 15 years ago, and in this way increase the diseases chronic degenerative.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Definición de Familia:

Familia de Latín Famulus= (siervo), sirviente o esclavo doméstico y a su vez del primitivo famul originario de la voz osca. La familia estaba agrupada al conjunto de esclavos y criados propiedad de un nombre. (2).

Es la institución básica de una sociedad humana.

Es el grupo formado por marido, mujer e hijos que es la unidad básica dentro de la sociedad que tiene como responsabilidad la de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico.

La familia es en esencia el sistema vivo de tipo abierto, tal como lo describió Bertalanffy en 1968. Dicho sistema se encuentra ligado e intercomunicado con otros Sistemas como es el Biológico, Psicológico y el Ecológico.

Definición Familia según la ONU en 1970:

Es el conjunto de miembros del hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio.

Definición de Familia por Norteamérica:

La familia es un grupo de 2 ó más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción.

Definición de Familia por Canadá:

El grupo compuesto por un marido, una esposa, con o sin hijos, o un padre o madre con uno o más hijos, que viven bajo el mismo techo.

Concepto de Familia (desde la perspectiva del Médico 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 conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad. (27).

1.2. Movimiento de la Medicina Familiar:

El siglo XIX fue la era del Médico General, tanto en Europa y en Norteamérica. (32)

Segunda mitad siglo XIX se empieza a formar la medicina moderna (se incorpora conocimientos de las ciencias naturales y supera la práctica empírica, presencié el surgimiento de las principales especialidades médicas, concentradas cada vez más en los grandes hospitales. (32)

Hay un rápido desarrollo de los conocimientos más carácter académico = especialización se cree que la salud puede mantenerse si se dispone de los más modernos aparatos, la tecnología de punta y los grandes hospitales, con ellos la medicina se ha despersonalizado, se ha deshumanizado. (32)

Después de la segunda guerra mundial: explosión tecnológica e informática, súper especialización, pero que llega a su fin: los médicos se adentran cada vez más en la ciencia, alejándose de la persona – sentimiento de la necesidad del Médico General. (32)

El prestigio cada vez mayor de los especialistas y la valoración de las habilidades técnicas por encima de los cuidados personales, convirtieron a la medicina general en una carrera impopular, y quedaron relegados, pero la atención especializada produjo los efectos indeseables: la fragmentación de la atención al individuo y la despersonalización. Después

de la segunda guerra mundial se dio el desarrollo de Servicios Nacionales de Salud y en EUA., paso con el concepto de Medicina Familiar dando lugar a Wonca. (32)

La Organización Wonca (World Organization of National Colleges, Academies and Academic. Associations of General Practitioners/Family Physicians) su objetivo es mejorar la calidad de vida de la población del mundo mediante el mantenimiento de buenos estándares de calidad de la atención dado por la medicina de familia. (32)

En este movimiento atención primaria es sinónimo de atención dada por el Médico General o Médico de Familia.

La Atención Primaria desde el punto de vista del movimiento de la Medicina General, se encamina hacia la Medicina de Familia. (32)

1.1. Atención Primaria:

El médico de atención primaria es el que proporciona la mayoría de la atención sanitaria o atiende los problemas más comunes, o el médico que el paciente ve con más frecuencia, es el médico personal, y el que dedica más tiempo a actividades de atención primaria, el que realiza tareas de prevención y promoción a la salud. (32)

La atención primaria acepta la responsabilidad de atender una población definida. Incluye prevención, así como tratamiento y objetivos a seguir por un equipo multidisciplinario. Tiende a dibujar los límites del trabajo médico alrededor de las actividades clínicas (inmunizaciones, planificación familiar, control del niño sano. La consulta individual y la prescripción constituyen el número del trabajo médico. La atención primaria es una forma del servicio médico, es un nivel organizativo de los cuidados sanitarios. (32)

Objetivos de los cambios en atención primaria:

- 1.- aumentar la competencia técnica de la medicina ofrecida y mantener la mejor relación de eficacia técnico-médica con el hospital.

2.- mejorar la relación con la comunidad.

3.- Asegurarse de que no hay grupos significativos de la población que no tiene acceso a la atención de calidad según sus necesidades. (21)

En los años 60s. La reacción contra la fragmentación y la personalización que da origen a la reformulación de la medicina general/familiar, comienza en Gran Bretaña, Canadá, Austria y Estados Unidos.

Con los cambios en el patrón de morbi-mortalidad en las sociedades posindustriales.

Complejas interacciones de factores físicos, ambientales y compartamentales, como componentes etiológicos de los problemas de salud comunes.

Tendencias a privilegiar la atención primaria como elemento de cambio en los sistemas sanitarios para atender mejor a las necesidades de la población

Debate sobre la figura del profesional médico que presta sus servicios en atención primaria da origen a la Medicina Familiar y Comunitaria.

1.4. Movimiento de la Medicina Comunitaria (Florey, 1983).

Fueron fundaciones como la de (Rockefeller), las que dieron origen a este movimiento debido a las demandas sociales y psicológicas, y se refiere al cuidados de grupos más que individuos, en un área definida geográficamente y la combinación de la atención clínica y la intervención social, apoyada en la epidemiología que se va desarrollando como epidemiología clínica. (32)

Medicina comunitaria se basa en la salud pública y la administración sanitaria. (32)

Salud pública. Conjunto de actividades a favor de la salud, dirigidas al medio biológico, físico y social (a diferencia de la atención médica, que estarían dirigidas al ser humano. (32)

Administración sanitaria. Es un proceso social que lleva consigo la responsabilidad del mejor uso de los recursos sanitarios para obtener un fin (la salud comunitaria). El proceso administrativo es el de planificación. (32)

Medicina social es la ciencia descriptiva que estudia las condiciones sociales y sanitarias de la población estableciéndose relaciones causales; también ciencia normativa que fija criterios y normas a adoptar y que delimita tres aspectos en la relación sociedad / salud: (32)

Salud en relación la demanda socio-sanitaria

Salud como valor social

Salud en relación a la comunidad.

La problemática de salud pública en el siglo XIX fueron las enfermedades transmisibles se dio tratamiento preventivos y esto origino la Sanidad o Higiene Pública. (32)

La medicina comunitaria aglutina a la medicina preventiva, Salud Pública y medicina social y su objetivo son las poblaciones o grupos más que pacientes individuales. (Portella1985)

La medicina social considera el proceso de enfermar como un proceso colectivo resultante de confrontaciones de carácter social, y que se manifiesta por diferentes patrones epidemiológicos. (32)

La medicina comunitaria abarca 3 áreas.

1.- la epidemiología y estadística

2.- la prevención

3.- la planificación

Epidemiología:

Las medidas de frecuencia

La medición del riesgo

La validez de las pruebas diagnósticas. (32)

1.5. Atención Primaria Orientada a la Comunidad:

La APOC se define como la práctica unificada de la Atención Primaria y familiar con la atención comunitaria, dirigida a mejorar la salud de la comunidad como un todo. (33)

APOC es un programa intersectorial, que incorpora la participación de la comunidad y que incluye en su coordinación a todos los servicios responsables y a representantes de la propia comunidad. (33)

APOC es un proceso continuado y sistemático de identificación de las necesidades de salud de la comunidad, toma de decisiones sobre las prioridades y la necesidad de intervención y de planificación, implementación y evaluación de dicha intervención, que permita, además un reexamen de la nueva situación de salud de la comunidad. (33)

Origen y desarrollo histórico.

Los fundamentos conceptuales de lo que hoy se denomina APOC surgieron a través del desarrollo de la Medicina Comunitaria a mediados del siglo XX. (33)

APOC se inicia como un proceso de prestación de servicios en la práctica de la Atención Primaria en la década de 1940 en Sudáfrica por Sydney Kark y Emily Kark, médicos familiares interesados entre lo sociocultural y la salud. (33)

Este proceso se inició con la creación de un centro de salud comunitario con servicios prestados combinaban la atención curativa con la preventiva a través de la atención del individuo, la familia y la comunidad, dándose el diagnóstico individual, el diagnóstico familiar y el diagnóstico comunitario, tratamiento la intervención sobre los problemas prevalentes en esa población, al principio fue una área definida, posteriormente se extendió áreas más lejanas. (33)

Consolida sus bases conceptuales y metodológicas junto con las nuevas concepciones de la Atención Primaria que surgen a partir de la década de 1950.

La Atención Primaria surge como un intento de superación de la atención fragmentada prestada por sistemas sanitarios cada vez más basados en la súper especialización y en la tecnología, con costes crecientes que se pronostican inasumibles por la sociedad en un futuro cercano, y como superación también de la Atención Primaria individual prestada por el médico de cabecera de forma aislada. En el mundo en vías de desarrollo surge como estrategia integrada para enfocar los dramáticos problemas sociales y de salud. La nueva atención primaria tiene desde su inicio la orientación a la comunidad, el objetivo de resolución de los principales problemas de salud y la participación comunitaria. Con orientación comunitaria y posteriormente con su conceptualización.

La Atención Primaria y su reorientación se concretan en todo el mundo durante la década de 1970 a través de la OMS, primero en su estrategia “SALUD PARA TODOS en el año 2000” (asamblea anual de la OMS, 1977) y, posteriormente, en la conferencia de Alma Ata de 1978 (OMS1978). (33)

Su estrategia “Salud para Todos” su objetivo social principal es el de todos los países miembros sea el logro de un estado de salud para todos los ciudadanos, que les permita llevar a cabo una vida social y económicamente productiva, e identifica a la Atención Primaria de salud para la vía para alcanzarlo. (33)

La declaración de Alma-Ata considera la Atención Primaria como la función central y el núcleo principal del “Sistema Nacional de Salud”, define los atributos esenciales que consolidan su orientación comunitaria. Y dice Atención Primaria “esté dirigida a las principales necesidades de salud de la comunidad” y forma parte integral del desarrollo social y económico global de la comunidad. (33)

2. Medicina Familiar:

Los primeros programas de medicina familiar y de América Latina se desarrollaron en México en la década de los sesenta, en el Instituto Mexicano de los Seguros Sociales (IMSS) para el público, organizo su propio programa educativo para formar el recurso humano que necesitaba en esta especialidad. Fue reconocido por la Universidad Nacional Autónoma de México y en 1975 se crea el Departamento de Medicina Familiar, en esa misma década en Panamá y Bolivia se crean los servicios de Medicina Familiar, y el IMSS de México le presto ayuda. En 1981 se crea el Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF), en los años ochentas ya existía Medicina Familiar en 13 países de América Latina. (20)

Contaban con 21 programas (Programa de medicina familiar, a una organización que ofrece servicios de atención primaria atendido por médicos de la especialidad. Para 1990 ya existían 18 países con Medicina Familiar. (20)

Dicho éxito se debe a la promoción de la atención primaria de salud por las organizaciones internacionales como OMS, OPS, la mayor conciencia de los gobiernos latinoamericanos sobre la necesidad de desarrollar sistemas eficientes y coste-efectivos que ofrecieran buenos servicios de salud a sus poblaciones y se ve a la medicina familiar como factor de calidad y excelencia de la atención primaria. (20)

La última década del siglo XX trajo de la mano 2 fenómenos de enorme influencia sobre los sistemas de salud y, por ende, sobre la atención primaria: la reforma de los sistemas de salud, impulsada por los organismos internacionales y el concepto de medicina gerenciada o gestionada. Se pusieron los conceptos de los servicios de salud como mercancía y se impulsó el de la función del médico de familia como barrera o portero del sistema de salud, cuya misión es limitar el acceso de los pacientes a niveles más complejos del sistema, con el objeto de bajar costos. Se concebía al médico de familia como facilitador, coordinador, orientados y cuidador de sus pacientes aun en los niveles más complejos del sistema. (20)

En la década de los noventa la atención primaria de salud de América Latina recibió la influencia de los cambios demográficos y epidemiológicos y careció de apoyo por decisiones políticas y no se llevó a cabo la resolución Real Decreto de 1978 (en España) disponiendo que El médico de familia constituye la figura fundamental del sistema sanitario y tiene como misión realizar una atención médica integrada y completa de los miembros de la comunidad. (20)

En noviembre 1994, se realizó la conferencia sobre Medicina Familiar en la Reforma de los Servicios de Salud de las Américas organizado por WONCA/OMS, en London, Ontario, Canadá y dice hacer que la práctica médica sea más relevante a las necesidades de salud de la comunidad. (20)

En septiembre de 1996, en Buenos Aires Argentina, la OPS, CIMF Y WONCA, donde trataron la medicina familiar en la reforma de los servicios de salud y se aprobó lo siguiente:

Las escuelas y facultades de medicina deben implementar procesos de inserción de la medicina familiar dentro de los planes curriculares del pregrado, que permitan al alumno un contacto temprano, gradual y continuo con los principios universales y las modalidades de práctica de esta disciplina. (20)

Con base en sus características particulares, cada país debe desarrollar modelos integrales de atención a la salud, que permitan utilizar de manera óptima los principios y las ventajas de la práctica de la medicina familiar, convirtiéndola en la vía de entrada a los servicios de salud. (20)

En 2005, la resolución de los Ministros de Salud de las Américas constituye un reconocimiento franco del deficiente estado de la atención primaria de salud. (20)

Aunque el panorama general de la atención primaria y la medicina familiar en América Latina es carencial e insatisfactorio, se ha logrado el estatus universitario para la disciplina, los programas de conversión de médicos generales, la creación de una entidad para impulsar la investigación en medicina familiar, y la difusión de los principios e instrumentos de la medicina familiar entre otros especialistas. (20)

Definición: Medicina Familiar.- Especialidad Médica y disciplina académica que estudia los procesos que inciden tanto en la salud como en la enfermedad del individuo y su familia. (27)

Definición del Médico Familiar: Especialista que atiende los problemas relacionados con el proceso salud-enfermedad en forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar tomando en consideración el contexto biológico, social y psicológico. (27)

El especialista en Medicina de Familia es indispensable y, además es el pilar fundamental de la atención sanitaria.

El Médico de familia puede resolver el 80 por 100 de los problemas de salud atendidos y de orientar el 10 por 100 del resto, da respuesta a necesidades sociales de forma directa y con accesibilidad total, permitiendo que la asistencia sanitaria sea económicamente soportable por el sistema. (32)

2.1. Perfil del Médico Familiar:

Área asistencial:

Conocimientos: atención primaria, perfil epidemiológico, los clínicos requeridos por las necesidades de atención relacionados con el perfil epidemiológico, modelos de abordaje de la atención médica, modelos de relación médico paciente, conocimientos bioéticos, de ciencias sociales, estudio de salud familiar, informática. (15)

Habilidades: ser efectivo y eficiente, orientador, relación efectiva: médico-paciente-familia, tomador de decisiones compartidas, detección oportuna de enfermedades indiferenciadas, usuario de modelos de abordaje de la atención médica más adecuada al problema de salud que enfrenta, capacidad resolutoria y/o de referencia, valorar con justicia los elementos subjetivos y objetivos durante la práctica médica, capacidad empática. (15)

Actitudes y Valores: Respeto al individuo y su contexto (cultural), responsable, humanista, conciencia de sus alcances y limitaciones profesionales, conciencia de su compromiso social, respeto de normas éticas, compromiso y solidaridad en el vínculo con el individuo y su familia, compromiso de seguimiento del paciente durante su atención médica, compasión, sinceridad, honestidad, liderazgo. (15)

Actividades: Atención clínica continua e integral y trabajo con la comunidad, orientar a la familia, trabajar en equipo, prevención, curación, rehabilitación y paliación, atención de primer contacto, atención centrada en la persona y la familia, tomar decisiones compartidas, detectar oportunamente, manejar en forma integral padecimientos agudos y/o crónicos, utilizar modelos de abordaje de la atención médica más adecuada al problema de salud que enfrenta, atención de los pacientes en diversos escenarios. (15)

Área Administrativa:

Conocimiento: Administración de los servicios, economía y salud, liderazgo, informática, leyes y reglamentos en materia de salud. (15)

Habilidades: Gestor en coordinación con el equipo de salud, optimización de los recursos. (15)

Actitudes y valores: Servicio, honradez, respeto a los individuos e instituciones.

Actividades: Coordinar al equipo de salud, optimizar recursos, promover el desarrollo organizacional en los diversos escenarios de trabajo. (15)

Área Educativa:

Conocimiento: Educación médica, lectura crítica, lectura de textos médicos en inglés, informática.

Habilidades: Educación y promoción de la salud, asesor, evaluación de los programas educativos, formador de nuevos recursos humanos. (15)

Actitudes y valores: Compromiso con su desarrollo profesional, compromiso y respeto con sus educados.

Actividades: Educar, promover la salud, asesorar, desarrollar y actualizar sus conocimientos y habilidades. (15)

Área de investigación:

Conocimiento: Metodología de investigación, estadística, informática. (15)

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

Actitudes y Valores: Ética, rigor metodológico.

Actitudes: Planear, diseñar y conducir proyectos de investigación y difundirlos en los medios existentes. (15)

2.2. Ciclo Vital de la Familia:

La familia como grupo humano tiene su inicio, desarrollo y sigue patrones según esquema propuesto por Gayman en 1980. (1)

1°.- Fase de matrimonio o unión conyugal: Se inicia con la consolidación del vínculo matrimonial y concluye con la llegada del primer hijo.

2°.- Fase de expansión: Se incorporan nuevos miembros a la familia, comprende desde el nacimiento del primer hijo hasta el nacimiento del último.

3°.- Fase de dispersión: Se caracteriza porque todos los hijos asisten a la escuela, no trabaja ninguno.

4°.- Fase de independencia: Los hijos han formado nuevas familias, la pareja debe de aprender a vivir en independencia y esta fase tiene una duración entre 20 y 30 años. O cuando los padres se han jubilado.

5°.- Fase de retiro y muerte: Es una fase de incertidumbre y nostalgia y son 4 circunstancias difíciles que la caracteriza.

- a) Incapacidad para laborar (con desempleo debido a enfermedades crónico degenerativas.
- b) Desempleo
- c) Agotamiento de recursos económicos
- d) Las familias de los hijos casados en fases de expansión sin posibilidad de proporcionar recursos a los padres, sufriendo el abandono en sus hogares de origen y recluyéndolos en asilos para ancianos. (1)

2.3. Nuevos estilos de vida personal-familiar originados por cambios sociales: Son cambios de sociedades modernas, y conforman otros estilos de convivencia y que repercuten en la salud individual y familiar.

TIPO	CARACTERÍSTICAS
Persona que vive sola	Sin familiar alguno, independiente de su estado civil o etapa de ciclo vital
Matrimonios o parejas de homosexuales	Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal sin hijos
Matrimonios o parejas de homosexuales con hijos adoptivos	Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal e 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 la poliandria y la poliginia.

(27)

2.4. Clasificación de la Familia:

2.4.1. Por su desarrollo:

Moderna: 40% se considera así cuando ambos cónyuges trabajan fuera del hogar.

Tradicional: 50% es la familia que sólo uno de los cónyuges trabaja fuera del hogar.

Arcaica o primitiva: 10% nos referimos en general a la familia campesina, cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por los productos de la tierra que laboran. (1)

2.4.2. Por su demografía:

Urbana: 40% es la familia que habita en una comunidad de más de 5000 habitantes, y que cuenta con los servicios básicos de urbanización: agua entubada (intra o extradomiciliaria), energía eléctrica, drenaje subterráneo y pavimentación.

Suburbana: 10% Es la familia que habita en una comunidad de más de 5000 habitantes y que carece de algunos de los servicios básicos de urbanización.

Rural: 50%: Es la familia que habita una comunidad de menos de 2000 habitantes y que carece de todos los servicios básicos de urbanización. (1)

2.4.3. Con base en su integración:

Integrada: Los cónyuges viven y cumplen con sus funciones.

Semiintegrada: Los cónyuges viven juntos, pero no cumplen adecuadamente sus funciones.

Desintegrada: En la cual falta alguno de los cónyuges por muerte, divorcio, separación o abandono. (1)

2.4.4. Por su tipología:

Dada por la ocupación de uno o de ambos cónyuges y ubica indirectamente el nivel socioeconómico de la familia: (1)

- a) Campesino
- b) Obrero
- c) Técnica
- d) Profesional.

2.4.5. Por su Composición o Estructura Familiar según de la Revilla, modificado por Márquez:

Familia nuclear: formada por dos individuos de distinto sexo y sus hijos convivientes en el mismo domicilio. (1)

Familia nuclear simple: formada por los cónyuges y menos de cuatro hijos.

Familia nuclear numerosa: En la que conviven cuatro o más hijos con sus padres.

Familia nuclear ampliada: Integrada por un núcleo familiar al que se añaden otros parientes (abuelos, tíos, primos, etc.) o bien agregados (personas sin vínculo consanguíneo, huéspedes, servicio doméstico). (1)

Familia binuclear: Familias en las que uno de los cónyuges o ambos son divorciados, conviviendo en el hogar; hijos de distintos progenitores. (1)

Familia extensa: Es aquella en la que se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en el mismo hogar más de dos generaciones; suele estar formado por hermanos, cónyuges y sus hijos y/o padres e hijos casados. (1)

Familia monoparental: Esta constituida por su solo cónyuge y sus hijos.

Sin familia: En esta familia se contempla no solo al adulto soltero, sino también al divorciado o al viudo sin hijos.

Equivalentes familiares: Se trata de individuos que viven en el mismo hogar, sin constituir un núcleo familiar tradicional, como parejas de homosexuales estables, grupos de amigos que viven juntos o en comunas, religiosos que viven fuera de su comunidad, personas que viven en residencias o asilos, etc. (1)

2.4.6. Clasificación de las familias con base en el parentesco:

El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta, su trascendencia es para identificar las características de los integrantes de las familias, que influye en el proceso de salud-enfermedad y se relaciona con las consecuencias propias del parentesco. (27)

CON PARENTESCO	CARACTERÍSTICAS
Nuclear	Hombre y mujer sin hijos.
Nuclear simple	Padre y madre con 1 a 3 hijos.
Nuclear numerosa	Padre y madre con 4 hijos o más.
Reconstruida (binuclear)	Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior.
Monoparental	Padre o madre con hijos.
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco.
Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.
Extensa	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco.
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.
No parental	Familiares con vínculos de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera).

Sin parentesco	Características
Monoparental extendida sin parentesco	Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco
Grupos similares a familias	Personas sin vínculos de parentesco que realizan funciones o roles familiares. Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etcétera.

2.4.7. Funciones de la Familia:

En base a estas se determina el diagnóstico de la familia y la integridad familiar. Y son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo.

1o. - Socialización: Es la tarea fundamental de la familia la de transformar en un tiempo determinado a una persona totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo, con independencia para desarrollarse en la sociedad, y la madre es el educador primordial con la responsabilidad de socializar a sus hijos en los primeros 6 años de vida, posteriormente son las instituciones. (1)

2o.- Cuidado: Es la función clave de la familia y es la preservación de nuestra especie a base de alimentación, vestido, seguridad física, apoyo emocional. (1)

3o.- Afecto: Es la actitud hacia nuestros semejantes, es una transacción dentro de la familia (es la necesidad de recibir afecto y proporcionarlo) (1)

4o.- Reproducción: Es la encargada de proveer de nuevos miembros a la sociedad, con responsabilidad (Salud Reproductiva). (1)

5o.- Estatus y nivel socio económico: La familia le transfiere derechos y obligaciones a un individuo para que se desenvuelva en la sociedad y de esta forma se perpetúan los privilegios y logros familiares. (1)

2.4.8. Dinámica Familiar:

Es un proceso en el que intervienen interacciones, transacciones, sentimientos, pautas de conducta, expectativas, motivaciones y necesidades entre los integrantes de una familia; este proceso se efectúa en un contexto cambiante, en cada etapa evolutiva familiar y permite o no la adaptación, el crecimiento, desarrollo, madurez y funcionamiento del grupo familiar. (27)

3. Factores de Riesgo:

El factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia presente en una persona o grupo de personas, que está asociada a un aumento en la probabilidad de padecer o desarrollar un proceso morboso, por lo tanto la importancia de identificar los factores de riesgo radica en observarlos antes de que se presente el hecho que predicen, con la particularidad de que algunos son específicos a un daño. Los factores de riesgo pueden ser de diferentes tipos, sin embargo su principal característica está ligada a la posibilidad de modificarlos, por lo que se dividen en no modificables y modificables. (34)

Factores que predisponen a la enfermedad: estilo de vida, factores sociales, económicos, nutricionales, medioambientales. (32)

4. Medicina Preventiva:

La que se ocupa de impedir en el individuo, familia o grupos de población la aparición, desarrollo y propagación de las enfermedades, manteniendo el sentido de salud y evitando y limitando la aparición de invalidez (32)

5. Salud Familiar:

Homeostasis biológica, psicológica y social del sistema familiar que resulta del funcionamiento satisfactorio de la familia y que influye en el nivel de salud de cada uno de sus integrantes, propiciando una interacción adecuada con otros sistemas familiares y con su entorno social. (27)

6. Hogar:

Es el conjunto de personas que pueden ser o no familiares, que comparten la misma vivienda y se sostienen de un gasto común. Una persona que vive sola también constituye un hogar. (31)

6.1. Tipos de Hogares en México: Porcentaje de hogares según tipo, 2005: (31)

En México, de cada 100 hogares:

69% son nucleares, formados por el papá, la mamá y los hijos o sólo la mamá o el papá con hijos; una pareja que vive junta y no tiene hijos también constituye un hogar nuclear. (31)

22% son ampliados y están formados por un hogar nuclear más otros parientes (tíos, primos, hermanos, suegros, etcétera). (31)

1% es compuesto, constituido por un hogar nuclear o ampliado, más personas sin parentesco con el jefe del hogar. (31)

7% son unipersonales, integrados por una sola persona. (31)

1% es corresidente y está formado por dos o más personas sin relaciones de parentesco. (31)

¿Jefe o jefa de familia?

Los hogares también se clasifican de acuerdo con la persona que los dirige.

La información del Censo 2005, muestra que de cada 100 hogares 23 está a cargo de una mujer. (31)

7. Elementos del Diagnóstico de Familia:

Evaluación de la Familia: La evaluación de la familia es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el primer nivel de atención, es un proceso para realizar intervenciones promocionales, y preventivas a favor de la salud, establecer diagnóstico, manejo y tratamiento y en su caso rehabilitación o paliación, implica obtener de los individuos y sus familias información relacionada con los elementos que intervienen en el proceso salud enfermedad, su análisis, y la planeación de estrategias y toma de decisiones en el contexto biopsicosocial. (27)

7.1. Familiograma:

Sinónimo: familiograma, árbol genealógico, árbol familiar, pedegree humano.

Es un instrumento de análisis previos a la elaboración del diagnóstico.

Es un instrumento clínico versátil que puede ayudar a los médicos familiares a integrar información de la familia del paciente dentro del proceso de aclaración del problema médico para una mejor atención al propio paciente. El conocimiento tanto biomédicos como psicológicos. El familiograma (árbol familiar o genograma) sirve para obtener más fácilmente el historial familiar médico y social de los pacientes y, para ampliar la comprensión del médico familiar sobre la problemática presente, proporcionando una descripción inmediata del contexto en la cual ocurre. (27)

Ventajas del famioliograma según Navarro-García y cols.










1. Presentación de un registro médico sistemático.
2. Formato gráfico de lectura fácil
3. Logra identificar pautas generacionales biomédicas y psicosociales
4. Permite evaluar relaciones entre el entorno familiar y la enfermedad
5. Reestructura los problemas presentes en los pacientes
6. Auxiliar en el manejo médico y en el campo de la medicina preventiva
7. Permite hacer evidentes los obstáculos para la cooperación
8. Identifica eventos de la vida que podrían afectar el diagnóstico y tratamiento
9. Pone en evidencia pautas de enfermedad
10. Facilita la educación del paciente
11. Detecta la etapa del ciclo de vida que cursa la familia
12. Favorece la elaboración de hipótesis terapéuticas
13. El proceso de su elaboración permite establecer una relación médico paciente armónica
14. Es una vía no amenazante para obtener información emocionalmente importante
15. Su elaboración demuestra interés por el paciente y otros familiares
16. Representa la estructura funcional de la familia.

7.2. Construyendo un familiograma:

Los símbolos de los familiogramas han sido estandarizados y dan una descripción de la estructura familiar. Un familiograma congrega y registra información familiar de tres generaciones en seis categorías específicas

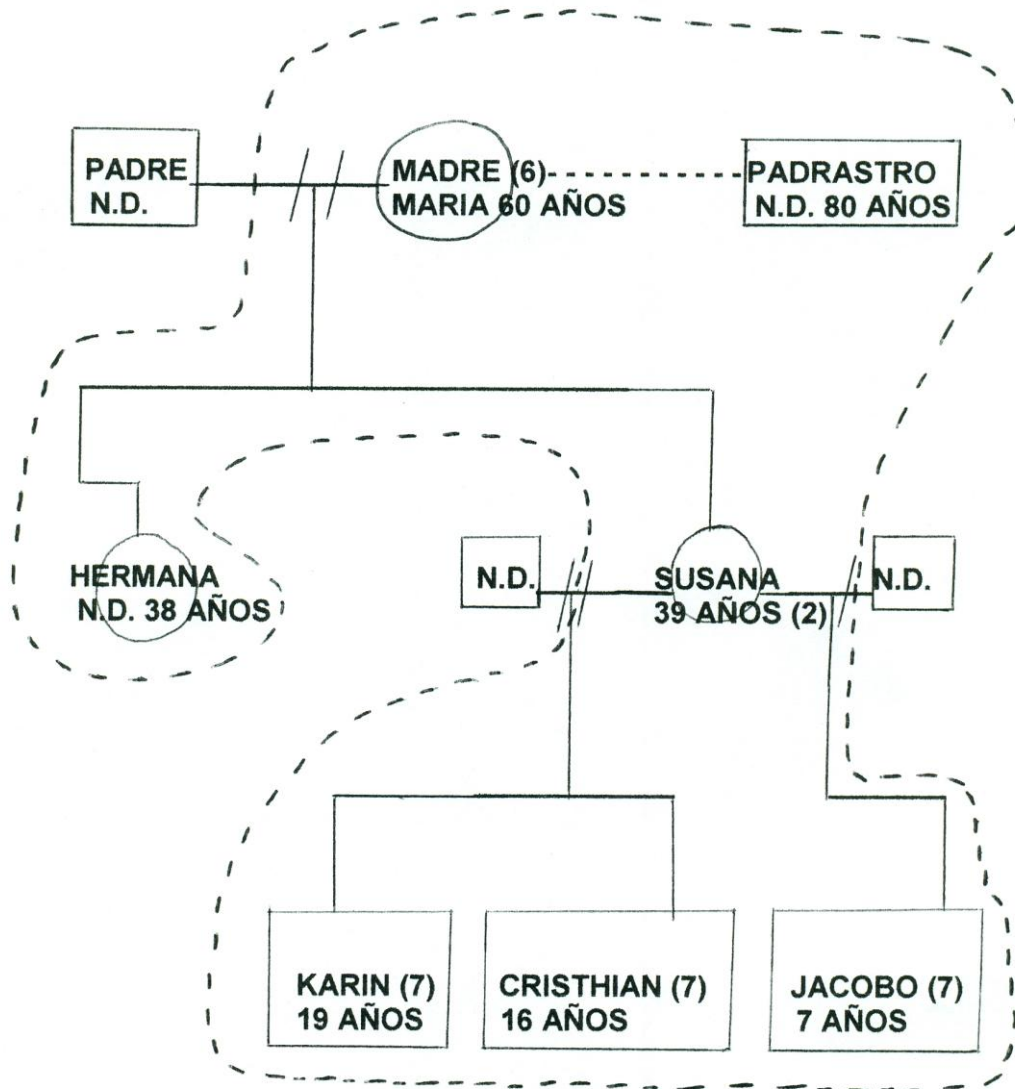
- Estructura familiar
- Estadio del ciclo de vida.
- Patrón de repetición a través de las generaciones.
- Eventos de la vida y funcionamiento familiar.
- Patrones de relación y triángulos.
- Equilibrio y desequilibrio familiar.

SIMBOLOS DEL FAMILIOGRAMA:

MASCULINO	
FEMENINO	
MATRIMONIO	
UNION LIBRE	
DIVORCIO	
SEPARADO	
EMBARAZO	
ADOPTADO	 
ABORTO INDUCIDO	
ABORTO ESPONTANEO	
MUERTE	 
RELACIONES MUY ESTRECHAS	
RELACIONES ESTRECHAS	
RELACIONES NORMALES	
RELACIONES DEBILES	
RELACIONES CONFLICTIVAS	
MIEMBROS DE UNA CASA	
PACIENTE QUE ACUDIO A CONSULTA	 
PACIENTE IDENTIFICADO O PROBLEMA	 
INTEGRANTE ALEJADO DEL NUCLEO FAMILIAR	
GEMELO DICIGOTO	 
GEMELOS HOMOCIGOTOS	 
SEXO Y NUMERO DE HIJOS DESCONOCIDOS	

Este censo incluye solamente a la familia nuclear, a los que habitan una casa.

Ejemplo de un Familiograma de una familia derechohabiente:



8. Fases del Ciclo Vital de la Familia (J. Gemían 1980):

1.- 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. (1)

2.- Fase de expansión: Es el momento en que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia, como su nombre lo indica la familia se dilata, se “expande”. Es muy conocido el ejemplo de los jóvenes esposos, que deben organizarse de manera muy “armónica” para levantarse por la madrugada y proporcionar su biberón al bebé, cuidando que esta situación altere lo menos posible sus actividades diurnas. (1)

3.- Fase de dispersión: Para algunos investigadores esta fase se identifica claramente, por el hecho de que todos los hijos asisten a la escuela. En esta etapa de la vida familiar, se presenta el camino para la próxima independencia de los hijos mayores (usualmente es así), ya que se encuentran en plena adolescencia. (1)

Los padres se ven sometidos a nuevos retos, ellos mismos se deben ajustar al pensamiento de los jóvenes, hecho que proporciona no pocas divergencias.

4.- Fase de independencia: Es difícil precisar el número de años transcurridos al inicio de esta fase, aproximadamente son 20 a 30. La pareja debe aprender a vivir nuevamente en “independencia”, sus hijos han formado nuevas familias. (1)

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. (1)

5.- Fase de retiro y muerte: al igual que muchas situaciones paradójicas en la naturaleza, observamos el contraste entre el entusiasmo e ilusión que caracterizaban la fase de matrimonio, con la incertidumbre y nostalgia que con gran frecuencia se ve marcada esta fase del desarrollo familiar. (1)

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

-Incapacidad para laborar

-Desempleo

-Agotamiento de los recursos

-Las familiar de los hijos casados en fase de expansión, sin posibilidad de proporcionar recursos económicos a los padres; con frecuencia los recluyen en “asilos” para ancianos. (1)

9. MOSAMEF:

La investigación que se llevó a cabo durante todo un año, acerca de las familias que están adscritas a mi consultorio, se necesito de un documento el cual fué elaborado por el Dr. Arnulfo Irigoyen Coria y el Dr. Francisco Javier Gómez Clavelina y se le asigno el nombre de MOSAMEF (MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR), que es un protocolo de estudio y que fué propuesto por la Jefatura de Servicios de Investigación de la Subdirección General Médica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, tiene como fin que el médico familiar estudie a las familias, que de continuidad de la atención médica y realice acciones de preventivas.

(30)

Este Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar consta de 3 elementos importantes:

1°.- Fase uno:

Censo Poblacional y se lleva a cabo sacando el total de población adscrita derechohabiente y que es usuaria de esta clínica 5 de Febrero y que corresponde al consultorio 3, por lo cual se necesito recurrir al archivo clínico en donde se localizó todos los expedientes y procedió por orden alfabético a clasificarlos por edad y sexo y por tipo derechohabiente, se hizo el paloteo para realizar la pirámide poblacional. (30)

2° - Fase dos:

Estudio sistemático familiar.- Este paso se procede con la información anterior a formar núcleos familiares, y para esto se utiliza la Cédula Básica de Identificación Familiar, además de completarla y de confirmar datos cuando el paciente acuda a consulta con el fin de llevar a cabo lo que se plantea al inicio del marco teórico. Para realizar la encuesta el interrogatorio fue directo e indirecto y solo se realizo a personas adultas derechohabientes. (30)

3° - Fase tres:

Análisis de las causas de consulta: Para sacar la morbilidad de los pacientes derechohabientes usuarios adscritos al consultorio 3, se recurrió a información a cargo del departamento de estadística en donde se me proporciono las formas SM 10-1, que es el Informe Diario de Labores del Médico correspondientes a los 12 meses del año anterior a la fecha actual, y se identifico el motivo de consulta, clasificándolos por grupos de edad, y fue por paloteo. (30)

Consta de: análisis y resultados:

Fase uno:

Identificación de características demográficas de la población adscrita a mi consultorio, con especial atención en los grupos de mayor riesgo. (30)

Población infantil menor de 4 años.

Mujeres en edad fértil

Ancianos

Fase dos:

Descripción de la estructura familiar (ciclo vital, desarrollo).

Elementos socioculturales: ingreso económico, escolaridad, núm. de hijos etc.

Relación de estos elementos con los factores de riesgo.

Fase tres:

Relación de los principales motivos de consulta con los factores demográficos, familiares, culturales y económicos de las familias adscritas al consultorio 3. (30)

Conclusiones:

Elaboración de estrategias de acción médico familiar en el consultorio 3.

Medidas preventivas:

Identificar las mujeres en edad fértil, identificar el método de planificación familiar que utilizan. Definir estrategias de promoción y aplicación de los métodos de planificación familiar. (30)

Identificar a cuantas pacientes en edad reproductiva o en el climaterio se les ha practicado detección oportuna de cáncer, clasificar el resultado de los estudios de laboratorio y gabinete aplicados al programa de detección oportuna de cáncer (DOC). (30)

Identificar cuantos pacientes en edad pediátrica han completado su esquema nacional de vacunación. Control de peso y talla, desarrollo psicomotriz, motivos de consulta. (30)

Al terminar el estudio del MOSAMEF el médico familiar tendrá un panorama más amplio de lo que es la Medicina Familiar, aplicada a sus familias adscritas al consultorio 3, y dará como resultados: (30)

1°.- Promoción del trabajo en equipo.

2°.- Mayor satisfacción de los usuarios.

- 3°.- Mayor importancia de las acciones preventivas.
 - 4°.- Atención continua.
 - 5°.- Permite la planeación de estrategias de los servicios de salud.
 - 6°.- Propicia la investigación biomédica.
 - 7°.- Favorece la actividad académica del equipo de salud.
 - 8°.- Mayor satisfacción de los prestadores de servicios.
- (30)

10. Calculo de Poblaciones:

La población aumenta, decrece o permanece estacionaria debido a 3 factores:

- a) Nacimientos.
- b) Muerte
- c) Migración (emigración o inmigración).

(24)

Para determinar la cantidad y composición de un país o de un área cualquiera el procedimiento más concreto es el censo.

10.1. Censo: es una enumeración o empadronamiento completo de los habitantes de una zona o un país que se hace en un momento dado, el censo puede ser local, regional o nacional. (24)

10.2. Comunidad: Es un conjunto de grupos sociales, territorialmente definidos, donde los hombres pueden pasar su vida entera y que desarrollan características comunes, tales como costumbres, lenguaje y escritura, coordinan sus actividades y configuran estructuras sociales para satisfacer sus necesidades.

(24)

10.3. Tasas: Naturaleza y elementos. Para medir el riesgo de que ocurra un evento dado en una población y poder hacer comparaciones válidas, se debe relacionar ese evento con la

población en la cual aconteció o puede acontecer. Esa relación se conoce con el nombre general de Tasas, las cuales constituyen el mejor instrumento de comparación en epidemiología. (24)

10.4. Prevalencia: Proporción de enfermos nuevos y viejos x 1000 habitantes de una determinada enfermedad. (24)

10.5. Tasa de prevalencia: es el número de personas que sufren de una enfermedad determinada en un momento determinado por cada mil habitantes o por cada 100. Puede considerarse como tasa o como razón. (24)

No. de casos de una enfermedad en un momento determinado x 100
Población en el mismo momento

10.6. Incidencia: Proporción de enfermos nuevos de una enfermedad x 1000 habitantes en un espacio de tiempo, generalmente un año. (24)

10.7. Tasa de incidencia: Se refiere al número de nuevos casos de una enfermedad x 1000 habitantes al año, es un concepto dinámico que abarca el desarrollo epidemiológico de una enfermedad durante un cierto período. (24)

No. de casos en la población expuesta al riesgo durante un período
Población expuesta al riesgo en el mismo período

10.8. Tasa de morbilidad: No. de enfermos x 1000 ó por 100 mil
Población Total

10.9. Tasa de mortalidad: (cruda) no. de muertos x toda causa y edad x mil
General Población Total.

10.10. Natalidad: no. de nacidos vivos en 1 años x 1000 habitantes

Población Total

10.11. Encuesta descriptiva: Se estudia una población y únicamente se pretende algunas variables. No se tiene una hipótesis central, aunque el estudio puede servir para sugerir hipótesis que se contrasten después. (24)

11. Criterios de Clasificación del Estudio:

Se definen con base en el periodo en que se capta la información, la evaluación del fenómeno estudiado, la comparación de poblaciones y la interferencia del investigador en el estudio.

11.1 De acuerdo con el período en que se capta la información, el estudio es:

- a) Retrospectivo: Es aquella que se basa en la revisión de expedientes, cédulas, sin que se hayan precisado las condiciones de estudio.
- b) Retrospectivo parcial: Estudio que cuenta con una parte de la información, el resto ésta por obtenerse (para fines de clasificación se considera como estudio retrospectivo)
- c) Prospectivo: Es aquella que se planea a futuro y en la que previamente se definen con precisión las condiciones de estudio.

11. 2. De acuerdo con la evolución del fenómeno estudiado, el estudio es:

- a) Longitudinal: Es aquella en la que se lleva a cabo el seguimiento de un fenómeno durante su desarrollo.
- b) Transversal: Es aquella en la que se examinan las características de un grupo en un momento dado o durante un tiempo limitado.

11.3. De acuerdo con la comparación de las poblaciones, el estudio es:

- a) Descriptivo: Es aquella en la que un fenómeno es estudiado sin establecer comparaciones.

b) Comparativo: Es aquella en la que se establece la comparación entre 2 ó más grupos o variables. Los estudios comparativos, en lo que toca a la forma de abordar el fenómeno, se dividen en:

De causa a efecto: Se investigan dos ó más grupos de unidades de estudio que se diferencian en varias modalidades p. e. (nada, regular, mucho), de un factor causal y se estudia el desarrollo de éstas para evaluar, conocer y analizar el efecto y la frecuencia de aparición de aquel dentro de cada grupo.

De causa a efecto: Se parte de 2 ó más grupos de unidades de estudio que presentan cierto fenómeno considerado como efecto en varias modalidades p. e. (presente, ausente), y se retrocede al pasado para determinar o conocer el factor causal, y la proporción en que éste se presentó en los diferentes grupos.

11.4. De acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza, el estudio es:

- a) Observacional: Es aquella en la que se presencia un fenómeno sin modificar intencionalmente sus variables.
- b) Experimental: Es aquella en la que se modifican intencionalmente las variables del fenómeno.

12. Pirámide Poblacional:

El total de la población de un lugar está constituida por personas de diferentes edades. Al dividir una población de acuerdo a su edad y sexo, en un tiempo determinado, se obtiene una pirámide poblacional. (28)

12.1.

CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA DEL 2005 POR EL INEGI,
POBLACIÓN TOTAL DE 103, 263 388 HABITANTES EN MÉXICO
ESTADÍSTICA SOCIODEMOGRÁFICA
2000-2005

ENTIDAD FEDERATIVA	POBLACIÓN TOTAL (AÑO 2005)	PORCENTAJE (RESPECTO A LA POBLACIÓN TOTAL)
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	103 263 388	100
AGUASCALIENTES	1 065 416	1.03
BAJA CALIFORNIA	2 844 469	2.75
BAJA CALIFORNIA SUR	512 170	0.49
CAMPECHE	754 730	0.73
COAHUILA DE ZARAGOZA	2 495 200	2.41
COLIMA	567 996	0.55
CHIAPAS	4 293 459	4.15
CHIHUAHUA	3 241 444	3.13
DISTRITO FEDERAL	8 720 916	8.44
DURANGO	1 509 117	1.46
GUANAJUATO	4 893 812	4.73
GUERRERO	3 115 202	3.01
HIDALGO	2 345 514	2.27
JALISCO	6 752 113	6.53
MÉXICO	14 007 495	13.56
MICHOACÁN DE OCAMPO	3 966 073	3.84
MORELOS	1 612 899	1.56
NAYARIT	949 684	0.91
NUEVO LEÓN	4 199 292	4.06
OAXACA	3 506 821	3.39
PUEBLA	5 383 133	5.21
QUERÉTARO ARTEAGA	1 598 139	
QUINTANA ROO	1 135 309	1.09
SAN LUIS POTOSÍ	2 410 414	2.33
SINALOA	2 608 442	2.52
SONORA	2 394 861	2.31
TABASCO	1 989 969	1.92
TAMAULIPAS	3 024 238	2.92

TLAXCALA	1 068 207	1.03
VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	7 110 214	6.88
YUCATÁN	1 818 948	1,76
ZACATECAS	1 367 692	1.32

En nuestro país, las entidades con mayor número de habitantes son: Estado de México (14 007 495), Distrito Federal (8 720 916) y Veracruz de Ignacio de la Llave (7 110 214). (28)

12.2.

POBLACIÓN ADSCRITA DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR 5 DE FEBRERO DEL ISSSTE. FICHA TÉCNICA 2007.

	2003	2004	2005	2006	2007
Población Amparada	25089	16115	15680	14389	14257
Población Registrada	21148	10432	10595	10100	10100
Población Usuaría	13012	9651	9814	8924	8792
Trabajadores	3110	2951	2951	2913	2846

12.3.

PIRAMIDE DE POBLACIÓN DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR 5 DE FEBRERO DEL ISSSTE. FICHA TÉCNICA 2007

EDAD	HOMBRES	%	MUJERES	%	TOTAL	%
MENORES DE 1 AÑO	9	0.23	14	0.29	23	0.26
1 A 4 AÑOS	90	2.32	77	1.57	167	1.90
5 A 9 AÑOS	192	4.94	204	4.16	396	4.50
10 A 14 AÑOS	241	6.21	274	5.58	515	5.86
15 A 19 AÑOS	275	7.08	248	5.05	523	5.95
20 A 24 AÑOS	420	10.82	381	7.76	801	9.11
25 A 29 AÑOS	288	7.42	325	6.62	613	6.97
30 A 34 AÑOS	211	5.43	221	4.50	432	4.91
35 A 39 AÑOS	201	5.18	292	5.95	493	5.61
40 A 44 AÑOS	226	5.82	371	7.56	597	6.79
45 A 49 AÑOS	274	7.06	446	9.09	720	8.19
50 A 54 AÑOS	239	6.16	381	7.76	620	7.05
55 A 59 AÑOS	243	6.26	313	6.38	556	6.32
60 A 64 AÑOS	205	5.28	269	5.48	474	5.39
65 A 69 AÑOS	176	4.53	253	5.15	429	4.88
70 A 74 AÑOS	160	4.12	238	4.85	398	4.53
75 Y MÁS	433	11.15	602	12.26	1035	11.77
TOTAL	3883	100%	4909	100%	8792	100%

12.4.

CASOS NUEVOS Y SUBSECUENTES DE LA MORBILIDAD DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR 5 DE FEBRERO DEL ISSSTE. FICHA TÉCNICA 2007.

	PADECIMIENTO	CLAVE CIE-10	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
1	IRAS	J029	6994	20.62
2	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	I10x	5195	15.31
3	DIABETES MELLITUS	E119	2483	7.32
4	EDAS	A09X	956	2.82
5	OBESIDAD	E669	745	2.20
6	IVU	N390	742	2.19
7	ULCERA, GASTRITIS, DUODENITIS	K297	590	1.74
8	CONJUNTIVITIS	K050	367	1.08
9	GINGIVITIS	K050	367	1.08
10	OTITIS	H659	338	1.00
11	TODAS LAS DÉMAS		15146	44.65
	TOTAL		33923	100%

12.5.

GRUPOS VULNERABLES DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR 5 DE FEBRERO DEL ISSSTE. CENSO 2007.

NÚMERO			
	GRUPO	HOMBRES	MUJERES
1	MENORE DE 5 AÑOS	124	187
2	EMBARAZADAS	0	17
3	DIABÉTICOS	154	461
4	HIPERTENSOS	100	187
5	OBESOS	69	249

13. Planteamiento del Problema:

En el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en la Clínica de Medicina Familiar 5 de febrero, del consultorio 3, se desconocen las características socio-demográficas de su población adscrita, por lo cual es importante que en la práctica de la Medicina Familiar se realice el estudio de la familia, la continuidad de la atención y la acción anticipatoria basada en un enfoque de riesgo, por lo que tiene la obligación médico familiar de estudiar a la familia apoyándose y aplicando el Mosamef, y que es un modelo de práctica médica familiar .por lo cual se plantea la siguiente pregunta:

¿Que características tienen las familias y cuales son las principales causas de la consulta de los usuarios del consultorio 3, del turno vespertino de la Clínica de Medicina Familiar 5 de Febrero del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado del Distrito Federal?

14. Justificación:

Durante los últimos 50 años, la población en México ha crecido cuatro veces: En 1950 había 25.8 millones de persona.

En el 2005, hay 103. 263 388 habitantes lo que ha repercutido en el proceso salud enfermedad.

En México del 2000 a 2005, la población se incrementó de 5.8 millones de habitantes, lo que representa un aumento anual de una persona por cada 100 (uno por ciento), por ello México está entre los once países más poblados del mundo.

En nuestro país el Distrito Federal ocupa el 2°. Lugar en mayor número de habitantes (8, 720 916).

En la Clínica 5 de Febrero la población amparada del 2003 fue de 25,089, 2004 de 16,115, 2005 de 15680, 2006 de 14, 389, en el 2007 de 14,257, 2008 de 14,489

En el Consultorio no. 3 de la Clínica de Medicina Familiar 5 de Febrero la población total por vigencia de derechos es de 1,619 pacientes registrados, en el archivo clínico es de 2035 pacientes hasta junio del 2008.

Dentro del sector salud del 2004 – 2006 , tenemos que las principales causas de morbilidad siguen siendo las enfermedades infecciosas, seguidas de las enfermedades crónico degenerativas, lo mismo se refleja en la Clínica de Medicina Familiar 5 de febrero del ISSSTE, los casos nuevos reportados del 2007, en el Consultorio 3 de la Clínica 5 de Febrero coincide con lo anterior.

Por lo tanto el médico encargado de primer nivel de atención del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado debe de incidir en los factores de riesgo para controlar o limitar el daño y la incapacidad de la población derechohabiente y dar una mejor atención médico familiar mediante la educación a la salud.

Esto se logra al obtener y conocer las características de los núcleos familiares a su cargo, por medio de la evaluación de la familia y cómo interactúan los factores biopsicosociales en el proceso salud enfermedad, y de esta manera realizar intervenciones promocionales y preventivas a favor de la salud, establecer el diagnóstico y manejo y tratamiento y en su caso rehabilitación o paliación , este proceso implica obtener de los individuos y sus familias información relacionada con los elementos que intervienen en el proceso salud enfermedad, su análisis, y la planeación de estrategias y toma de decisiones en el contexto biopsicosocial. (27)

La utilidad del presente trabajo de investigación servirá para conocer las características de las familias de los pacientes adscritos al consultorio 3 de la Clínica 5 de Febrero, las principales causas de consulta y de esta forma mejorar la calidad de vida de las familias derechohabientes, y al mismo tiempo lograr una mejor relación médico paciente.

15. Objetivo General:

Identificar las características sociodemográficas de las familias, las principales causas de morbilidad y los principales factores de riesgo de los usuarios del consultorio 3 del turno vespertino de la Clínica de Medicina Familiar 5 de Febrero del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado del Distrito Federal.

16. Objetivos Específicos:

Determinar la pirámide de población por edad y sexo.

Enlistar la población por tipo de derechohabiente.

Nombrar las 10 principales causas de demanda de consulta.

Encontrar los principales factores de riesgo familiar.

Identificar el estado civil de las familias encuestadas.

Determinar la etapa del ciclo vital de la familia.

Cuantificar los tipos de familias según su estructura familiar.

Mencionar los años de escolaridad de las familias.

Mencionar la ocupación de las familias.

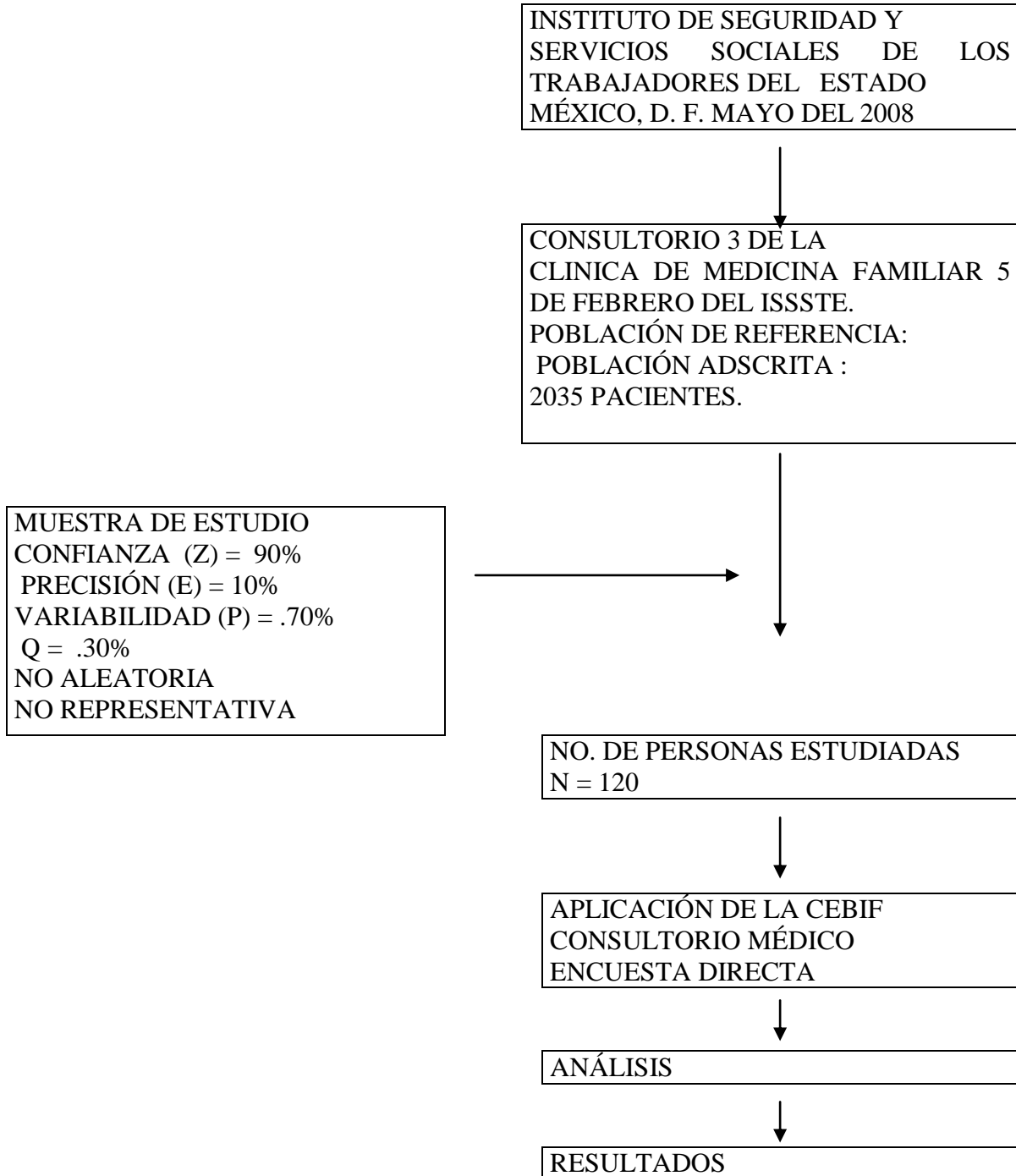
Mencionar el método de planificación familiar utilizado por las familias.

Enumerar el núm. de los hijos por edades.

Identificar el parentesco familiar.

Determinar los antecedentes gineco obstetricos de las familias.

17. Diseño de Investigación del Estudio:



18. Hipótesis:

Dado que el presente trabajo es de tipo DESCRIPTIVO, no requiere de hipótesis.

19. Metodología:

Este tipo de estudio es:

Observacional
Descriptivo
Prospectivo
Retrospectivo parcial
Transversal.

La fase prospectiva se llevo a cabo de mayo a agosto del 2008.

La etapa retrospectiva abarco de enero a diciembre del 2007.

Y es transversal porque se mide una sola vez.

20. Tipos de Población:

Se estudia a las familias usuarias del Consultorio 3, del turno vespertino de la Clínica de Medicina Familiar 5 de Febrero del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado del Distrito Federal. Se utilizaron los expedientes clínicos, el formato SM 10-1 (Informe diario de labores del médico), la fichas de identificación familiar.

21. Lugar:

México, Distrito Federal

Consultorio 3, de la Clínica de Medicina Familiar 5 de Febrero del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores Del Estado, Zona Norte.

22. Tiempo:

El presente trabajo se realizó de mayo a agosto del 2008

23. Tipo de muestra:

Para realizar este estudio se tomó una muestra no aleatoria.

24. Tamaño de la muestra:

Esto se hizo por cuotas hasta un total de 120 Cédulas Básica de Identificación Familiar (CEBIF). De acuerdo a la formula

$$\frac{Z^2 \cdot q}{E^2 \cdot p}$$

$$n = \frac{\frac{Z^2 \cdot q}{E^2 \cdot p}}{1 + \frac{Z^2 \cdot q}{E^2 \cdot p}}$$

donde

$$z = 90\% = (z) \quad 1 + N \frac{1}{\left[\frac{Z^2 \cdot q}{E^2 \cdot p} - 1 \right]}$$

q = .30

p = .70
e = 10%
N = 120

→ = .70 Variabilidad

25. Criterios de inclusión:

- a) Se aplica a pacientes del consultorio 3 de la Clínica de Medicina Familiar 5 de Febrero.
- b) La Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF), se aplica solo a personas adultas que sepan leer, escribir y a ambos sexos.
- c) Pacientes que acepten participar voluntariamente.

- d) Se incluye solo las hojas de consulta del consultorio no. 3 del turno vespertino de la Clínica de Medicina familiar 5 de Febrero de enero a diciembre del 2007.
- e) Se incluye las 10 principales causas de demanda de consulta de todos los pacientes adscritos al consultorio 3, sin importar edad y sexo y con diagnósticos de primera vez y subsecuentes.

26. Criterios de exclusión:

Para el presente trabajo se excluyen:

- a) A todos los pacientes no derechohabientes.
- b) Pacientes no adscritos al consultorio 3, foráneos y fuera de zona.
- c) A los pacientes que no contestan la Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF).
- d) A los pacientes menores de edad.
- e) Se excluyen diagnósticos imprecisos, ilegibles y probables.

27. Criterios de eliminación:

- a) Defunción.
- b) Cambio de consultorio.
- c) Cambio de clínica.
- d) Cédulas Básicas de Identificación Familiar (CEBIF) incompletas,
- e) Hojas de consulta no legibles.

28. Variables:

En el presente trabajo se manejan:

Variables cualitativas y variables cuantitativas y son las siguientes:

28.1. Variable: Sexo:

Definición: Condición orgánica que distingue el macho de la hembra, lo masculino de lo femenino. Aparato genital masculino o femenino. Conjunto de individuos cuyo aparato genital es del mismo orden. Sexo cuyos miembros poseen el par de cromosomas sexuales distintos. Por ejemplo, el hombre, que posee los cromosomas sexuales X e Y. Sexo cuyos miembros poseen un par de cromosomas sexuales semejantes. Por ejemplo la mujer, que posee los cromosomas sexuales X y X. (diccionario médico)

Tipo de la Variable: Cualitativa

Valores: 1.- hombre, 2.- mujer

28.2. Variable: Edad de los integrantes de la familia.

Definición: Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la fecha. La cronológica medida por los años de vida.

Tipo de la variable: Cuantitativa.

Valores: a centenas

28.3. Variable: Demandas de Consulta.

Definición: Es el motivo por el cual el paciente acude a consulta con el médico familiar

Tipo de la variable: Cuantitativa.

Valores: Las manifestadas en el CIE 10

28.4. Variable: Factores de Riesgo Heredo Familiares:

Definición: un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de

riesgo (biológico, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos...) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción.

Tipo de variable: cualitativa

Valores: Antecedentes en la familia

28.5. Variable: Estado Civil

Definición: Se refiere a la situación de las personas de 12 y más años respecto a las leyes y costumbres matrimoniales de cada país.

Tipo de variable: cualitativa.

El estado conyugal de una persona puede ser: 1. Casado, 2. unión libre, 3. divorciado, 4. viudo 5. Soltero. (31)

Definición Casados: El matrimonio es un aspecto fundamental de la nupcialidad, el cual por definición vincula los dos sexos dando lugar a una nueva unidad social, la pareja. Es una institución de carácter público e interés social, por medio de la cual un hombre y una mujer voluntariamente deciden compartir un estado de vida para la búsqueda de su realización personal y fundación de una familia. (9)

Definición Unión libre: Se trata de un hombre y una mujer que prefieren permanecer legalmente solteros, aunque viviendo conyugalmente. Con frecuencia estas parejas comparten sus bienes económicos.

Definición Divorcio: El Divorcio disuelve el matrimonio y deja a los cónyuges en aptitud de contraer otro, se clasifica en necesario y voluntario. Es necesario, cuando cualquiera de los cónyuges lo reclama ante la autoridad judicial competente fundado en las causales de divorcio, es voluntario, cuando se solicita de común acuerdo por los cónyuges, ya sea ante la autoridad judicial o por vía administrativa ante oficial. (9)

Definición Viudo: Muerte del cónyuge

Definición: Soltero. Sin cónyuge

28.6. Variable: Ciclo Vital Familiar:

Definición: 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”.

Definición: Dispersión: Generalmente corresponde a que todos los hijos asisten a la escuela.

Definición: Independencia: Etapa en que los hijos de mayor edad (usualmente) se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen.

Definición: Retiro y muerte: Etapa en la que se deben enfrentar diversos retos y situación críticas como el desempleo, la jubilación, la viudez y el abandono, se caracteriza por la incertidumbre y nostalgia que con gran frecuencia se ve marcada esta fase del desarrollo familiar.

Tipo de la variable: cualitativa

Valores: 1.- matrimonio, 2.- Expansión, 3.- dispersión, 4.- Independencia, 5.- Retiro y Muerte.

28.7. Variable: Composición de la Familia de acuerdo a su Estructura:

Definición: Nuclear: Es la familia constituida por padre, madre e hijos convivientes en el mismo domicilio

Definición: Extensa: Es la familia en la cual, además del padre, madre e hijos y familiares con lazos consanguíneos, o sea se mantiene el vínculo generacional y conviviendo en el mismo hogar.

Definición: Compuesta: El cual se conforma por jefes con o sin cónyuges, con o sin hijos con otros parientes y no parientes, es decir, hogar nuclear o ampliado más no parientes.

Tipo de la variable: cualitativa

Valores: 1.- Nuclear, 2.- Extensa, 3.- Compuesta

28.8. Variable: Escolaridad:

Definición: Es el grado de estudios máximo que tienen la familia

Tipo de la variable: cuantitativa

Valores: preescolar, primaria, secundaria, preparatoria, profesional, otro.

28.9. Variable: De acuerdo a su ocupación:

Definición: Es la actividad que realiza cada miembro del grupo familiar

Tipo de la variable: cualitativa

Valores: estudiante, profesional, obrero, campesino, policía, etc.

28.10. Variable: Planificación Familiar:

Definición: Es el Derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener al respecto la información específica y los servicios idóneos, el ejercicio de este derecho es independiente del género, la preferencia sexual, la edad y el estado social o legal de las personas. (4)

Su estrategia es retraso del primer embarazo, esparcimiento de los nacimientos, ilimitación definitiva de los mismos cuando se ha alcanzado el tamaño de familia deseado. (29)

28.11. Variable: Métodos de Planificación Familiar.

Definición: Los métodos de planificación familiar son los instrumentos que nos permiten cristalizar las estrategias de planificación familiar para tener el número de hijos e hijas que se planea, en el momento o en el momento deseado hay diversas estrategias de planificación familiar, también hay diferentes métodos y su fin es prevenir embarazos no planeados. Su utilidad depende de los principios, valores y necesidades de cada persona y pareja, así como de la seguridad de cada método, a cada persona y a cada pareja le corresponde el derecho de elegir de manera libre, responsable e informada, el método de planificación familiar que desee utilizar.

28.12. Variable: Métodos Anticonceptivos.

Definición: Son aquellos que se utilizan para limitar la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja, en forma temporal o permanente.

Norma Oficial Mexicana. NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación Familiar.

Tipo de la variable: cualitativa

Valores: 1. ciclo menstrual, 2. condón femenino, 3. condón masculino, 4. diafragma, 5. dispositivo intrauterino, 6. método de la lactancia y amenorrea, 7. método hormonal subdérmico, 8. métodos tradicionales naturales o de abstinencia periódica, 9. vasectomía

28.13. Variable: De acuerdo a su Parentesco o relación.

Definición: Es el vínculo que existe entre cada miembro del hogar con respecto al jefe del mismo, este vínculo o relación puede estar basado en lazos de consanguinidad, afinidad, adopción u otro tipo de nexo:

Tipo de variable: Cualitativa

Valores: 1. madre, 2. padre, 3. hijo, 4. abuelos, 5. tíos, etc.

28.14. Variable: Número de Hijos.

Definición: Es el total de número de hijos en un matrimonio

Tipo de la variable: Cuantitativa

Valores: R. N. a -1 año, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 19 años y más de 20 años.

29. Método o procedimiento de captura de datos de la información:

Para recabar la información primero nos basamos al formato del MOSAMEF y se realizó de la siguiente manera:

Para recabar la información y capturarla primero se tuvo que pedir autorización de la Directora de la Clínica de Medicina Familiar 5 de Febrero del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado del Distrito Federal, para realizar el Censo Poblacional de la población adscrita al consultorio no. 3, los datos se obtuvieron del archivo clínico, en donde se sacaron los expedientes por orden alfabético, y se sacaron los datos de los pacientes por edad, sexo y tipo de derechohabiente para realizar la pirámide poblacional.

Se me proporcionó la ficha técnica 2007 de la Clínica 5 de Febrero, la cual contiene el censo general de la población derechohabiente, se me diera el Diagnóstico de salud del año 2007, en donde se encuentran las primeras 10 causas de morbilidad.

Segundo: Se realizó la cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF), realizada por el Dr. Irigoyen aplicándose a las personas adultas y alfabéticas que acudían al consultorio 3 del turno vespertino para recibir atención médica, y que nos proporcionarán datos veraces, esta encuesta fue al azar y se hizo con el fin de determinar las características de las familias.

Tercero: Para sacar las principales 10 causas de demanda de consulta, se utilizó el formato SM. 10 que son las hojas de consulta diaria del médico del consultorio 3, de todo un año (de enero a diciembre del 2007), y correspondientes al turno vespertino, de la Clínica de

Medicina Familiar 5 de Febrero del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado del Distrito Federal.

Vigencia de Derechos me proporciono el núm. Total de derechohabientes.

Se capturó la información, se obtuvo la pirámide de población, gráficas y tablas, se analizaron los resultados dando como resultado el diagnóstico situacional de los derechohabientes adscritos al consultorio núm. 3 de la Clínica 5 de Febrero del Instituto de Seguridad u Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, dando como resultado el Diagnóstico Situacional.

Maniobras para evitar o controlar sesgos:

En todo tipo de investigación hay sesgos de información debido que las personas encuestadas son las que dan la información confiando de que nos proporcionaron correctamente la información.

Procedimientos estadísticos.

El análisis de la información se hizo mediante estadística descriptiva, medidas de tendencia central, resumen y de dispersión.

Diseño y construcción de base de datos.

Se efectuó la recolección de datos de la Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF).

30. Cronograma:

ACTIVIDADES	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
Marco Teórico		X	X	X	
Material y métodos	X	X	X	X	
Recolección de datos	X	X	X	X	
Almacenamiento de la información			X	X	X
Análisis de resultados				X	X
Integración del reporte final					X
Entrega de trabajo					x

31. Recursos humanos, materiales y financieros.

El material que se utilizó papelería (hojas, lápiz, pluma, regla, marcador), fotocopias, muebles de oficina, computadora, libros, revistas, etc.

Material humano: pacientes, investigador, tutor y maestros.

32. Consideraciones éticas:

La presente investigación de trabajo se apega a las recomendaciones establecidas en la declaración del Helsinki y el reglamento de la Ley Federal de Salud en Materia de Investigación de la Secretaría de Salud. (16)

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, Adoptada en la 18^a. Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada en la 52^a. Asamblea General, Tokio, Japón, 2004. (16)

En base a la Ley General de Salud en su artículo 17 fracción 1, que a la letra dice:

1. Investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en la 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 identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. (16)

En la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial adoptada por la 18^a Asamblea Médica Mundial en junio de 1964 y enmendada por la 29^a Asamblea Médica Mundial en Tokio, Japón, en octubre de 1975, en la 35^a. Asamblea Médica Mundial en Venecia Italia en octubre de 1983, en la 41^a A. M. M. Hong Kong, septiembre de 1989, 48^a Asamblea General en Sudáfrica, octubre de 1996, la 52^a. Asamblea General, en Edimburgo, octubre del 2000, y en Washington en 2002, la declaración de Helsinki establece los principios éticos que sirven para orientar a los médicos y a otras personas que realizan

investigación médica en seres humanos. El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas, los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

Velar solícitamente y ante todo por la salud del paciente.

El médico debe actuar solamente en el interés del paciente.

El progreso de la medicina tiene que recurrir muchas veces a la experimentación en seres humanos.

La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada solamente por personas científicamente calificadas.

La investigación médica debe ser por el bienestar de los seres humanos.

El propósito principal es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos y comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. (16)

La investigación médica debe estar sujeta a normas éticas para promover el respeto a todos los seres humanos y proteger la salud así como sus derechos individuales.

Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos.

Principios básicos para toda investigación médica.

Es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

Debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados.

Debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica.

Prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar al medio ambiente.

Debe formularse claramente un protocolo experimental

Debe fundamentarse en las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación.

Este trabajo se sujeta a las normas anteriores de Helsinki (16)

RESULTADOS

34. Resultados de las Gráficas:

Al terminar de recabar toda la información del estudio del MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR, aplicado a la población derechohabiente del consultorio no. 3 de la Clínica de Medicina Familiar 5 de Febrero del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado del Distrito Federal, se encontró lo siguiente:

34.1. Censo Poblacional:

La población adscrita es de 2035, de la cual observamos que hay un predominio del sexo FEMENINO de 1200 (58.97%), con relación al sexo MASCULINO que es de 835 (41.03%), como se puede observar en la tabla 1

Que el grupo etáreo que más predomina es el de más de 70 años de edad con un total de 365 (17.94%), y el menor es de -1 año de edad con un total de 7 (0.34%). Tabla 1

Del total de familias fue de 1115 que corresponde al tipo de derechohabiente trabajador (a), jubilado (a). De las cuales solo se encuestaron 120 familias. Tabla 2

Que de acuerdo al tipo de derechohabiente la trabajadora (2) predomina con 448 (22.01%) seguida del trabajador con 338 (16.61%) y el mínimo fue el padre con 34 (1.67%). Tabla 2

34.2 MOTIVOS DE CONSULTA:

Dentro de las primeras 10 causas de consulta observamos un predominio en primer lugar: Infección de Vías Respiratorias Agudas, con un total de 862 (31.74%) afectando a todos los grupos de edades y con un predominio en el grupo etáreo de 40-44 años de edad, con un total de 116, y el que menos se enferma corresponde de 25 a 29 años de edad con un total de 18 casos; seguida de Hipertensión Arterial Sistémica 404 (14.87%), y la de menor frecuencia fue Hipotensión Arterial con 116 (4.27%). Tabla 3

34.3 DATOS DEMOGRÁFICOS:

34.3.1 FACTORES DE RIESGO

Dentro de los factores de riesgo de la población estudiada se encontró que el padecimiento que más predomina en los antecedentes heredo-familiares es el de Diabetes Mellitus con un total de 95 (19.71%) seguido de hipertensión arterial con 90 (18.67%) y el último fue el de Tuberculosis Pulmonar 1 (0.21%). Tabla 4

34.3.2 ESTADO CIVIL: Se observa un predominio del casado con 38 (31.67%), y el menor fue el divorciado con 16 (13.33%). Tabla 5

34.3.3 ETAPA DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIAR: La etapa que predomina es la de retiro con 44 familias (36.67%), seguida la de dispersión 42 (35%), y la última fue matrimonio o unión conyugal 7 (5.83%) tabla 6

34.3.4 CLASIFICACIÓN ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA: Predomina la NUCLEAR SIMPLE con 44 familias (36.67%) seguida de la persona que vive sola 36 (30%) y la última es la familia extensa-ascendente 1 (0.83%).Tabla 7

34.3.5 AÑOS DE ESTUDIOS: Se observa que los años que la mayoría de los pacientes oscila entre 10 y 14 años de estudios y fueron 133 pacientes (31.22%), y de 0 a -1 años de estudios con 4 pacientes (0.94%) tabla 8

34.3.6 DE ACUERDO A SU OCUPACIÓN: Se encontró que la ocupación de la familia que más predomina es el estudiante (preescolar hasta postgrado) con un frecuencia de 101 (25.70%), y la última es la de desempleado, estudia y trabaja y obrero cada uno con 1 (0.25%). Tabla 9

34.3.6 METODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: Se observa que el método que más predomino en los pacientes en alguna época de su vida reproductiva fue el de sin

planificación familiar 73 (60.83%) y el menos frecuente fue el de parches y histerectomía cada uno con 1 (0.83%). Tabla 10

34.3.7 NÚMERO DE HIJOS POR EDADES:

Hay un total de 246 hijos de las familias encuestadas, y el grupo etáreo que más predomina es el de más de 20 años de edad con 155 (63.01%) y el que menos predomina es el de recién nacido a menos de un año de edad 1 (0.41%). Tabla 11

34.3.8 PARENTESCO DE LA FAMILIA: Se encontró que predomina el de hijo con 162 (41.22%), y el último yerno y nuera cada uno con 1 (0.25%). Tabla 12

34.3.9 CLASIFICACIÓN DE LOS ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS: Se encontró que las mujeres en su etapa de su vida reproductiva tuvieron un total de 113 gestaciones (45.38%), y predominó la vía vaginal con 91 y el último fue abortos con 17. Tabla 13

ANALISIS
O
DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos en comparación con el marco teórico se encontró que:

Las familias de la población adscrita al Consultorio 3 de la Clínica de Medicina Familiar 5 de Febrero del I. S. S. S. T. E., se encontró que hay grupos familiares y que encajan como familias de acuerdo a las definiciones de la ONU, de Norteamérica y de Canadá. Y el INEGI nos dice que es un hogar al conjunto de personas que pueden ser o no familiares, que comparten la misma vivienda y se sostienen de un gasto común. Y que una persona que vive sola también constituye un hogar.

35.1 POBLACIÓN. Se observa que la pirámide de población de hace algunos años se ha invertido, ya que durante los últimos 50 años, la población en México ha crecido cuatro veces: en 1950, había 25.8 millones de personas; en el 2005, hay 103.3 millones como se observa en el censo del INEGI 2005, pero en la Clínica 5 de Febrero de Medicina Familiar, y del Consultorio 3 de la misma Clínica, la población ha disminuido.

Que el sexo femenino predomina más que el sexo masculino en la pirámide de población general de la Clínica 5 de Febrero, así como la del consultorio 3.

Que el grupo de edad de (-1 año) es el menor y predomina tanto en la población del consultorio 3 y el de la Clínica 5 de Febrero, pero no en el de la población del INEGI del D. F., en donde el grupo de menor edad es el de 85 años y más.

Con relación a la edad que más predomina es la de más de 70 años en la población del Consultorio 3, y en la Clínica 5 de Febrero la que más predomina es la de 70 años y más, y la de la población del INEGI del D. F. es la edad de 10 a 14 años de edad, por lo tanto coinciden las 2 primeras.

35.2 CAUSAS DE CONSULTA

Con relación a la morbilidad del 2007, las causas de demanda de consulta tanto de la Secretaria de Salud, de la Clínica de Medicina Familiar 5 de Febrero del I.S.S.T.E. y del consultorio 3 de la Clínica de Medicina Familiar, se observa que predominan en primer lugar las INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS. Lo que demuestra que los procesos infecciones son propio de los países en vías de desarrollo. Se observa que coincide con lo que dice la literatura del Movimiento de Medicina Comunitaria que en el siglo XIX las enfermedades transmisibles eran la principal causa de mayor problemas de salud que afecta a la población (32).

35.3. DATOS DEMOGRAFICOS DE LAS FAMILIAS

35.3.1. FACTORES DE RIESGO:

Dentro de los Factores de riesgo comunes en las familias, las cuales pueden ser causa de enfermedad individual o colectiva y/o disfunción en la familia como un todo, influirá en el manejo y rehabilitación del enfermo por lo cual se debe de incluir al grupo de familia en el manejo de cada caso, el tratamiento de pacientes con enfermedades crónico degenerativas resulta difícil sin la intervención y la comprensión de la familia hacia la enfermedad. (27)

La presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia cuya importancia para la práctica de la Medicina Familiar se identifica con los riesgos de enfermedades infecciosas y transmisibles. La presencia física también está vinculada con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de familias. Expediente familiar, Instrumento para valorar riesgos y daños a la salud (34)

35.3.2. Que el estado civil de la población estudiada el que más predomina es el casado

35.4. Clasificación de las familias:

Ciclo vital de la Familia: según el esquema propuesto por Gayman en 1980, las familias adscritas al consultorio 3 de la Clínica de Medicina Familiar 5 de Febrero predominan los casados.

35.5. Que de acuerdo a su estructura y funciones de las familias al encuestar a las familias adscritas al consultorio 3, de la Clínica de Medicina Familiar 5 de Febrero del ISSSTE. se encontró que no todas las familias cumplen con estas funciones de socialización, cuidado, afecto, reproducción, estatus y nivel socioeconómico tal y como lo dice Irigoyen, ya que se encontró que hay familias nucleares simples, personas que viven solas, monoparental simple, nuclear ampliada, monoparental ampliada, nuclear numerosa y extensa ascendente, y disfuncionales . (1) .

35.6. De acuerdo a los años de escolaridad: encontramos que los años que más predominan es el de 10 a 14 años de escolaridad, lo que nos ubica indirectamente el nivel socioeconómico de la familia y las posibilidades de desarrollo al menos desde el punto de vista económico tal como lo dice Irigoyen-Coria en la clasificación de la familia con base en la ocupación del jefe.

35.7. De acuerdo a su ocupación nos dice Irigoyen-Coria/Morales López que nos ubica indirectamente el nivel socioeconómico de la familia y las posibilidades de desarrollo al menos desde el punto de vista económico y la ocupación que más predominó fue la de estudiante (preescolar hasta postgrado).

35.8. Que de acuerdo al parentesco en las familias encuestadas lo que más predomina es la madre, padre e hijos, lo que nos habla que las familias son nucleares como lo dice De la Revilla, modificado por Márquez. Y el INEGI nos dice que en México, de cada 100 hogares 69% son nucleares. Y la primera Reunión de consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud nos dice que la trascendencia de esta clasificación se identifica fundamentalmente, en la necesidad el médico familiar de identificar características de los integrantes de las familias, que influyen en el proceso salud enfermedad y cuya importancia se relacione con las consecuencias propias del parentesco. (34).

35.9. De acuerdo a su planificación familiar: Se encontró que la mayoría de las personas encuestadas no utilizan ningún método de planificación familiar.

36.

CONCLUSIONES

Al terminó de este trabajo de investigación concluyó:

Que por medio del MODELO SISTEMATICO DE ATENCIÓN FAMILIAR aplicado en el año 2008, para saber las principales características de las familias y las causas de consulta de los usuarios del Consultorio núm. 3 de la Clínica de Medicina Familiar 5 de Febrero del I. S. S. S. T. E. del D. F., los objetivos generales y específicos se cumplieron en un 100%.

De acuerdo a los resultados y análisis obtenidos se resolvió el problema a investigar de la siguiente manera:

Se aplicaron 120 encuestas familiares por medio de la CEBIF.

Que de acuerdo a nuestro censo poblacional cuenta con una población total de 2035 derechohabientes en el 2008, que predomina más el sexo femenino y el grupo etáreo que más predomina es el de más de 70 años.

Que el tipo de derechohabiente predomina más la trabajadora.

Que dentro de las 10 principales causas de consulta en primer lugar fueron las Infecciones Respiratorias Agudas, seguidas de las Enfermedades Crónicas Degenerativas (Hipertensión Arterial, Enfermedad Articular Degenerativa Crónica, Diabetes Mellitus

De sus datos demográficos los Factores de Riesgo (antecedentes heredo familiares) las enfermedades crónicas degenerativas (diabetes mellitas, hipertensión arterial, enfermedades del corazón, etc.) son las que predominan.

Que el estado civil predominan los casados.

Que las familias se encuentran principalmente en la etapa de retiro

Que de acuerdo a su estructura fue la familia nuclear simple la de primer lugar.

Que las familias tienen entre 10 y 14 años de estudios (nivel medio básico y básico superior).

De acuerdo a la ocupación de la familia predomino la de estudiante (preescolar hasta postgrado).

Que la familia en alguna etapa de vida reproductiva no utilizaron ningún método anticonceptivo.

De los hijos la mayoría tiene más de 20 años de edad.

Que de acuerdo a su parentesco predominan más los hijos.

De los Antecedentes gineco obstetricos hubo 113 gestaciones de las cuales predominaron los partos vía vaginal.

Por lo cual concluyo que se alcanzaron los objetivos planteados.

Recomendaciones con base a los resultados:

Que es importante que el médico identifique los factores de riesgo para poder actuar con una acción anticipatoria, planear estrategias más adecuadas para las enfermedades en su perspectiva integradora del tratamiento médico curativo con las medidas preventivas en los grupos expuestos a determinados factores causales (35)

En el periodo prepatogénico y aplicar la prevención primaria para evitar que el estímulo de la enfermedad se produzca, realizar promoción a la salud mediante la aplicación de medidas generales que permitan mantener o mejorar la salud y el bienestar del individuo y su familia. (35)

Que el médico debe de realizar actividades médico-preventivas familiares en base a:

Detección de padecimientos crónico- degenerativos, transmisibles o no.

Detección y acciones contra padecimientos transmisibles.

Acciones contra padecimientos transmisibles vulnerables por vacunación.

Participación en el programa de planificación familiar.

Participación en programas y actividades de odontología preventiva, control embarazo y puerperio, detección de embarazo de alto riesgo, vigilancia del niño sano, farmacodependencia, alcoholismo, tabaquismo, fomento a la salud, saneamiento de la vivienda y el medio, otros. (27)

La familia sobre su participación en actividades sociales, culturales, recreativas, deportivas, debe efectuar al pasar de una etapa a otra del ciclo vital. (27)

Orientar al individuo sobre sus funciones en la familia, en el trabajo, en la sociedad, sobre las medidas dietéticas adecuadas y sobre la importancia del ejercicio y la higiene personal. (27)

Sobre la importancia de las actividades en la fase de retiro y del apoyo a los padres en la fase familiar final.

Los resultados del presente estudio servirán como base para mejorar la calidad de salud de los pacientes derechohabientes y sus familias mediante programas preventivos.

Referencias

- 1.- Irigoyen CA, Morales H. Nuevo Diagnóstico Familiar, Primera Edición. Ed. Medicina Familiar Mexicana México, 2005, 21, 31-37, 46-48.
- 2.-Engels F. El Origen de la Familia, la Propiedad Privada y el Estado, Moscú, Ed. Progreso, 1979.
- 3.- Zurro AM, Cano P. Atención Primaria de Salud. (Conceptos, organización y práctica clínica), quinta edición, Vol. 1, Ed. Elsevier. Barcelona. 3-15.
- 4.- S. S. A. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993. De los servicios de panificación familiar. 42.
- 5.- ISSSTE Estadísticas de la Clínica 5 de Febrero de la Delegación Zona Norte, 2008.
- 6.- Barragan M. Interacción entre Desarrollo Individual y Desarrollo Familiar. Monografía de la Asc. Méx. De Psiq. Inf. , Depto. Psiq. Y Salud Mental, UNAM. Doc. 4: 100-124.
- 7.- Medalie JH. Medicina Familiar (principios y práctica) 1ª. Ed. Limusa 1987.
- 8.- La Familia, Cuadernos de Psicología Médica y Psiquiatría, Depto. de Psiquiatría y Salud Mental. Fac. Med. UNAM 1987. 1-5
- 9.- Reglamento del Registro Civil del Estado de México, Gaceta del Gobierno, periódico oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de México, Registro DGC núm. 001 1021 características 113282801, Poder Ejecutivo del Estado, Toluca de Lerdo, Méx. Jueves 28-9-2006 no 64. Pantallas 2.

- 10.- CONAPO Métodos de Planificación Familiar, cuadernos de población. 1974-1999. Pág. 16 a 20.
- 11.- Gómez CFJ. La Cultura Contemporánea los Indicadores de Salud y la Familiar, sem. De integración y prac. en comunidad. Depto. Epid. y Comunidad Fac. Med. UNAM: 1991. 25-34.
- 12.- Taylor RB. Medicina de Familia. Principios y práctica. Atención basada en la población. Sexta Edición. Ed. Masson, Barcelona. 44- 50.
- 13.- ISSSTE. Informe Diario de las Labores del Médico, de la Clínica 5 de Febrero del Consultorio 3.
- 14.- <http://www.fac.med.unam.mx/deptos/familia/quemfl-8.htm>. 2 pantallas.
- 15.- F.J. Gallo V. R. ALTISENT, TROTA, J. DIEZ ESPINO, C. FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, G. FOZ. GIL, Y COL. Perfil Profesional del médico de familia. Atención Primaria. 4-15, marzo 1999.
- 16.- <http://www.uchile.cl/bioética/doc/helsink.htm>. Declaración de Helsinki, 22/7/2008, 4 pantallas.
- 17.- Ian, R. MC. Wainney, Medicina de Familia. 1ª. Reimpresión, Ed. Mosby/Doyma libros, 1996. 3.
- 18.- Gómez DO. Llópez-Aviles M. Bibliographic references in medical manuscripts. Salud Pública Méx. 1988;30: 760-765.
- 19.- Shires DB., Hennen Brian K. Medicina Familiar. Ed. Mc. Graw Hill, 1ª. Ed. 1983. 30-34

- 20.- Ceitlin J. La medicina familiar en América Latina. Presentación. Aten. Primaria 2006,38(9): 511-4.
- 21.- Ashton, 1989, Turabián, Atención Primaria 1992. 9-15
- 22.- Irigoyen CA. Fundamentos de Medicina Familiar, 4ª. Edición Internacional, Editorial Medicina Familiar Mexicana. 27- 29.
- 23.- Waters I., MSW, CSW, William Watson, MD, CCFP, Wetzel W., MSW. Canadian Family Physician. Familiogramas. Instrumentos útiles para los médicos familiares. 1994;40: 282-287.
- 24.- San Martin H. Salud Enfermedad. La Prensa Médica Mexicana México. 3ª . Ed. Reimpresión 1980; 46, 66 - 68.
- 25.- Méndez RI, Namihira GD. Moreno AL., Sosa de MC. El Protocolo de Investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis. 2ª. Ed. 1990. Ed. Trillas.
26. – ISSSTE Base de datos de población usuaria. Departamento de Vigencia de derechos y del Archivero Clínico de la Clínica 5 de Febrero, 2008.
27. – Elementos Esenciales de la Medicina Familiar, Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias. Código de Bioética en Medicina Familiar. 1ª Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud. 15-17 de junio de 2005. 8-20
28. - <http://cuentame.inegi.gob.mx/INEGI.gob.mx/población/habitantes.aspx?tema=P> Estadísticas del II Censo de Población y Vivienda 2005, realizado por el INEGI en México. Pantallas 4.

29.- Gómez CFJ. Irigoyen CAE. Ponce RER. Material didáctico del Curso de Metodología de la Investigación par Tesis. Curso de Especialización en Medicina Familiar, departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. UNAM. 2008. MOSAMEF. 1 - 4.

30.- CONAPO. Cuaderno de población Planificación, 1974-1999.

31.- Gómez CFJ. Irigoyen CAE, Ponce RER. Material didáctico del Curso de Metodología de la Investigación para Tesis. Curso de Especialización en Medicina Familiar, Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. UNAM. 2008.

(cuéntame2008)

32.- <http://cuentame.inegi.gob.mx/poblacion/hogares.aspx?tema=P> .Vivimos en hogares diferentes. 4 pantallas.

33.- (Connor, 1983; Sosa, 1987; Consejo Nacional de Especialidades Médicas, 1993) Movimiento de la Medicina Familiar. 3-7, Movimiento de Medicina Comunitaria 7-9

34.-G. Foz Gil – Gofin – I. Montaner Gomis. Atención Primaria orientada a la comunidad. Vol. 20, 345-353.

35.- González OM, Dra. Farfán SG. Expediente Familiar, instrumento para valorar riesgos y daños a la salud, resumen de la tesis del mismo nombre, para recibir el título de especialista en Medicina Familiar. IMSS UNAM 1996. 1 a 6

37.- mhtml:file:///F:/Medicina familiar – Wikipedia, la enciclopedia libre.mht. 7 pantallas.

38.- Conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: 25. aniversario 5 pantallas.

39.- http://iies.faces.ula.ve/censogo/conceptos_definiciones_de_poblaci3n.html-36K
pantallas 10

ANEXOS

Tabla no. 1

PIRÁMIDE POBLACIONAL DEL CONSULTORIO 3 DE LA CLÍNICA 5 DE
FEBRERO DE MEDICINA FAMILIAR 2008

EDAD	FEMENINO	MASCULINO	CANTIDAD	PORCENTAJE
70 +	237	128	365	17.94%
65-69	79	49	128	6.29%
60-64	83	55	138	6.78%
55-59	76	53	129	6.34%
50-54	91	57	148	7.27%
45-49	102	52	154	7.57%
40-44	98	65	163	8.01%
35-39	84	48	132	6.49%
30-34	60	26	86	4.23%
25-29	31	13	44	2.16%
20-24	48	42	90	4.42%
15-19	67	78	145	7.13%
10-14	72	82	154	7.57%
5-9	45	66	111	5.45%
1-4	22	19	41	2.01%
-1	5	2	7	0.34%
TOTAL:	1200	835	2035	100%

PIRÁMIDE POBLACIONAL DEL CONSULTORIO 3 DE LA CLÍNICA 5 DE FEBRERO DE MEDICINA FAMILIAR 2008

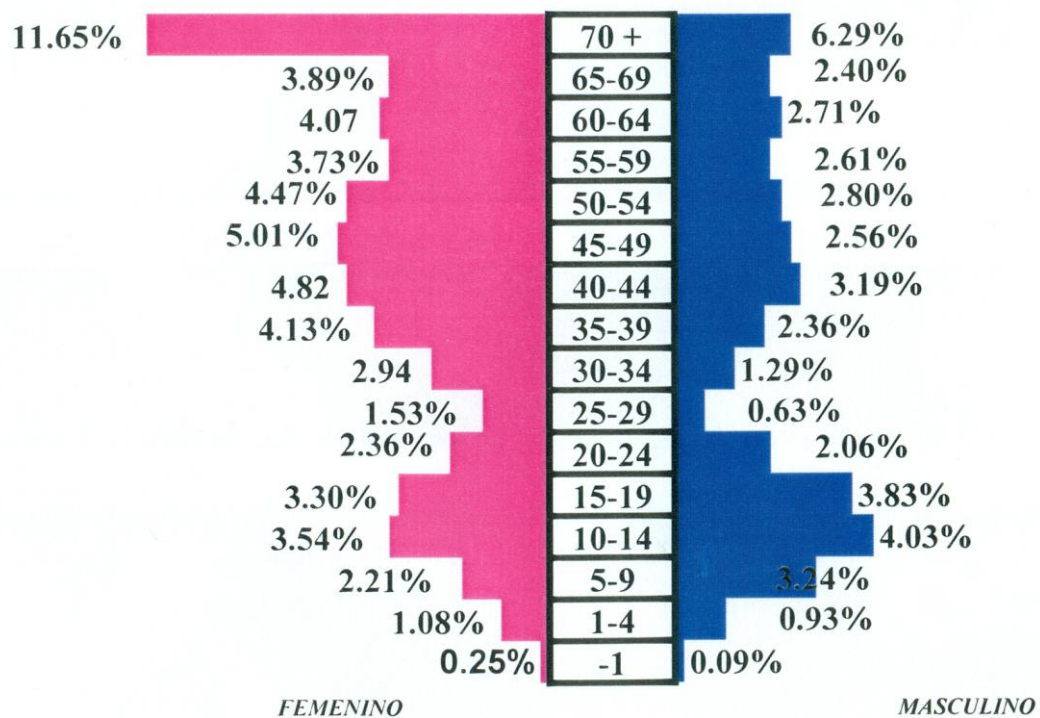
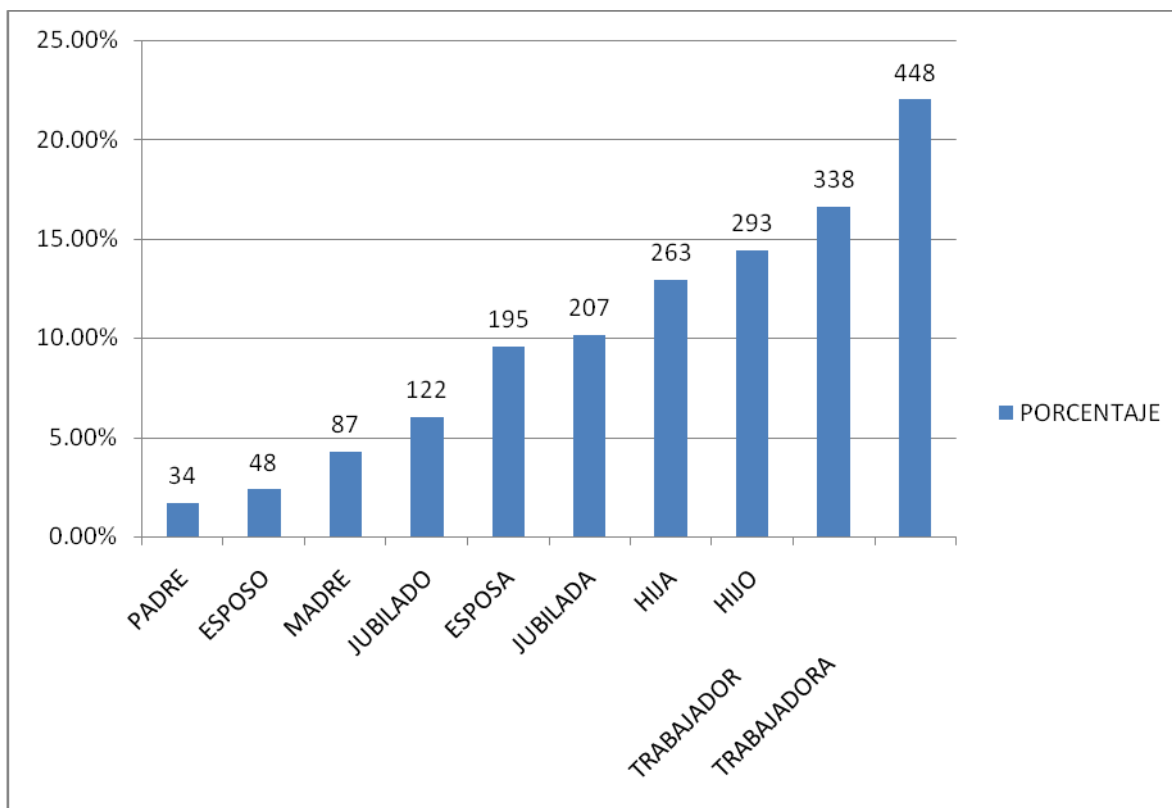


Tabla no. 2

POBLACION ADSCRITA DEL CONSULTORIO 3, DE ACUERDO AL TIPO DE DERECHOHABIENTE 2008

DERECHOHABIENTE	TOTAL	PORCENTAJE
TRABAJADORA	448	22.01%
TRabajADOR	338	16.61%
HIJO	293	14.40%
HIJA	263	12.92%
JUBILADA	207	10.17%
ESPOSA	195	9.58%
JUBILADO	122	6.00%
MADRE	87	4.28%
ESPOSO	48	2.36%
PADRE	34	1.67%
TOTAL	2035	100%



MOTIVOS DE CONSULTA

EDAD	-1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44		45-49		50-54		55-59		60-64		+65		TOTAL		
	AÑO	H	M	AÑO	H	M	AÑO	H	M	AÑO	H	M	AÑO	H	M	AÑO	H	M	AÑO	H	M	AÑO	H	M	AÑO	H	M	AÑO	H	M			
Motivo de Consulta																																	
IRA	862	12-26	44-70	70-62	38-34	22-8	10-20	6-12	24-26	24-56	18-98	24-34	16-26	8-16	12-14	6-26	862																
HTA	404	0	0	0	0	0	2	0	4	0	0	4	0	0	4	6	34	18	16	36	20	28	34	56	52	90	404						
EADC	288	0	0	0	0	0	0	0	2	8	12	12	8	16	6	26	6	16	8	30	30	70	288										
EAP	224	0	0	0	0	0	2	12	4	4	12	10	18	8	12	2	12	8	20	6	8	18	34	224									
DM	206	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
CERVI	192	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
CO																																	
VAG.																																	
TRAU	162	0	0	0	2	12	4	0	8	6	2	2	12	16	2	2	6	2	12	4	10	12	4	16	0	4	6	162					
MA																																	
TIS																																	
MO																																	
COLI	134	0	0	0	0	2	0	8	2	4	0	6	4	2	2	10	4	10	4	34	0	6	2	14	4	2	0	4	0	10	134		
TIS																																	
IVU	128	0	0	0	4	2	4	0	0	2	2	6	0	4	0	12	8	12	0	14	4	8	6	6	2	2	0	4	18	8	128		
HIPO	116	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	8	6	8	0	20	2	18	0	8	4	20	6	0	0	0	0	6	6	116		
TA.																																	
TO	2716	12-26	44-72	86-78	42-56	32-22	18-74	36-58	38-136	62-174	46-246	102-178	68-184	52-118	66-140	162-288	2716																
TAL:																																	

Motivos de consulta: Infecciones Respiratorias Agudas, Hipertensión Arterial, Enfermedad Articular Degenerativa Crónica, Enfermedad Acido Péptica, Diabetes Mellitus, Cervico Vaginitis, Traumatismos, Colitis, Infección de Vías Urinarias, Hipotensión Arterial.

Fuente: Informe diario de labores del Médico del Consultorio 3, turno vespertino
Enero a diciembre de 1998.

MOTIVOS DE CONSULTA

EDAD	-1 AÑO		1-4 AÑOS		5-9 AÑOS		10-14 AÑOS		15-19 AÑOS		20-24 AÑOS		25-29 AÑOS		30-34 AÑOS		35-39 AÑOS		40-44 AÑOS		45-49 AÑOS		50-54 AÑOS		55-59 AÑOS		60-64 AÑOS		+65 AÑOS		TOTAL	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M				
Motivo de Consulta	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	4	0	0	0	16	0	12	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	36
EMBARAZO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	12	0	8	0	4	0	10	0	6	0	0	4	0	0	0	0	0	0	48	
P.F.X.	88	10-16	4	4	8	16	0	10	2	6	0	2	0	0	0	4	0	2	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	88	
TOTAL:	172	10-16	4	4	8	16	0	12	2	10	0	18	0	8	0	24	0	24	0	12	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	172	

Motivos de Consulta: Embarazo, Planificación Familiar, Sano.

FUENTE: Informe Diario de labores del Médico del Consultorio 3, turno vespertino.
Enero a Diciembre de 1998.

Tabla no. 4

FACTORES DE RIESGO DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA, DEL CONSULTORIO
NO. 3 DE LA CLÍNICA 5 DE FEBRERO DE MEDICINA FAMILIAR 2008.

PADECIMIENTO	PADRE	MADRE	HIJOS	ABUELOS	TIOS	TOTAL	PORCENTAJE
D. M.	20	23	2	27	23	95	19.71%
H. T. A.	15	43	2	22	8	90	18.67%
ENF. DEL CORAZON	18	18	1	11	6	54	11.20%
TABAQUISMO	22	9	8	4	7	50	10.37%
ALCOHOLISMO	20	1	6	7	6	40	8.30%
OBESIDAD	9	11	9	5	5	39	8.09%
OTROS CANCERES	8	9	0	8	4	29	6.02%
DISCAPACIDAD	3	8	4	6	0	21	4.36%
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	5	2	1	0	2	10	2.07%
ASMA	2	2	4	0	0	8	1.66%
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	4	1	2	0	0	7	1.45%
INSUFICIENCIA RENAL	2	4	0	1	0	7	1.45%
CA. CU.	0	4	0	1	2	7	1.4%
HEPATITIS B Y C	2	1	1	1	1	6	1.24%
CA. PROSTATA	4	0	0	0	1	5	1.04%
CA. MAMA	0	1	1	0	2	4	0.83%
ENF. PSIQUIATRICAS	0	1	3	0	0	4	0.83%
DESNUTRICIÓN	0	2	0	0	0	2	0.41%
ANOREXIA/BULIMIA	0	0	0	1	0	1	0.21%
OTRAS FARMACODENPENDEN CIAS	0	1	0	0	0	1	0.21%
T. B. PULMONAR	0	1	0	0	0	1	0.21%
RIESGO OCUPACIONAL	1	0	0	0	0	1	0.21%
TOTAL:	135	142	44	94	67	482	100%

Tabla no. 4

FACTORES DE RIESGO DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA, DEL
CONSULTORIO NO. 3 DE LA CLÍNICA 5 DE FEBRERO DE MEDICINA
FAMILIAR 2008

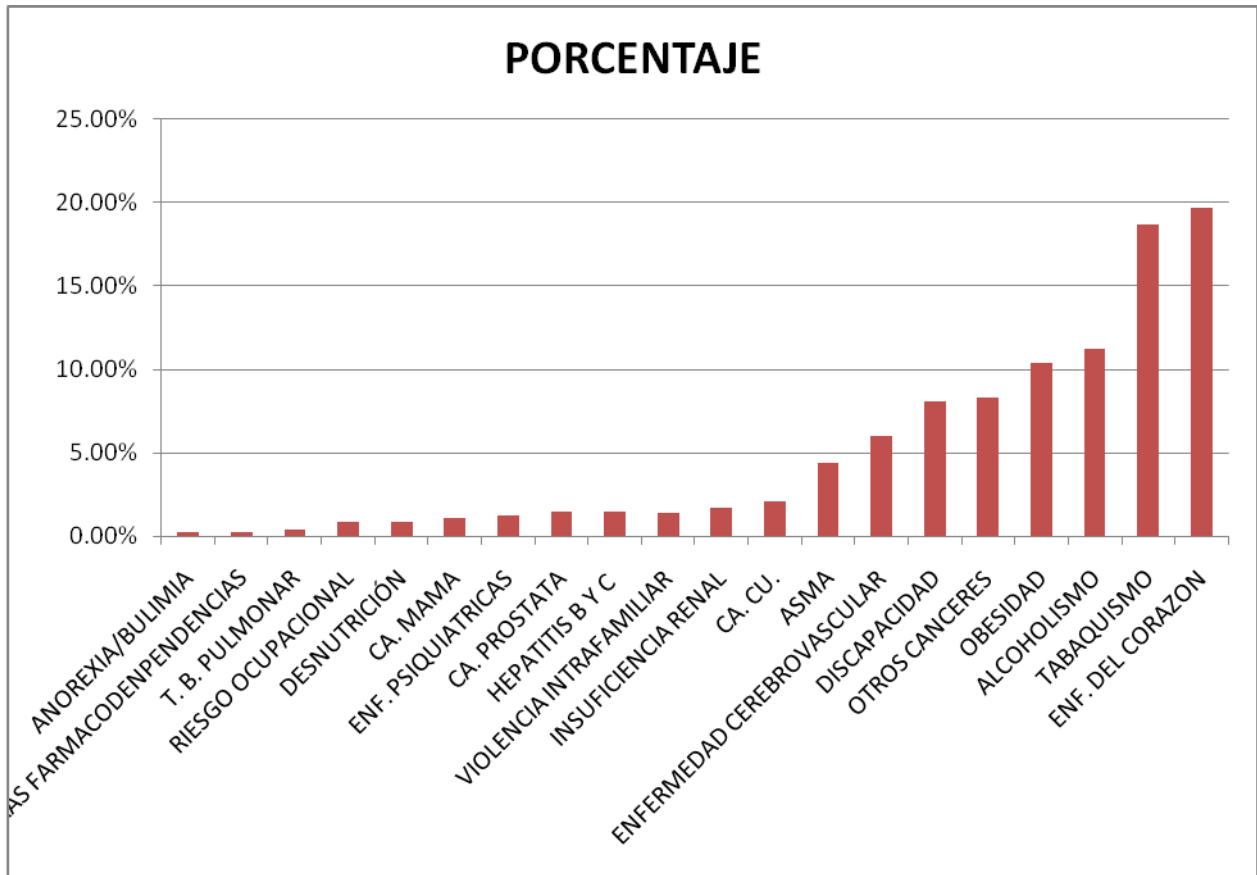


Tabla no. 5

CLASIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN DEL CONSULTORIO 3 DE LA CLÍNICA 5 DE FEBRERO DE MEDICINA FAMILIAR DE ACUERDO A SU ESTADO CIVIL 2008

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Casados	38	31.67%
Solteros	30	25%
Unión libre	19	15.83%
Viudos	17	14.17%
Divorciados	16	13.33%
TOTAL:	120	100%

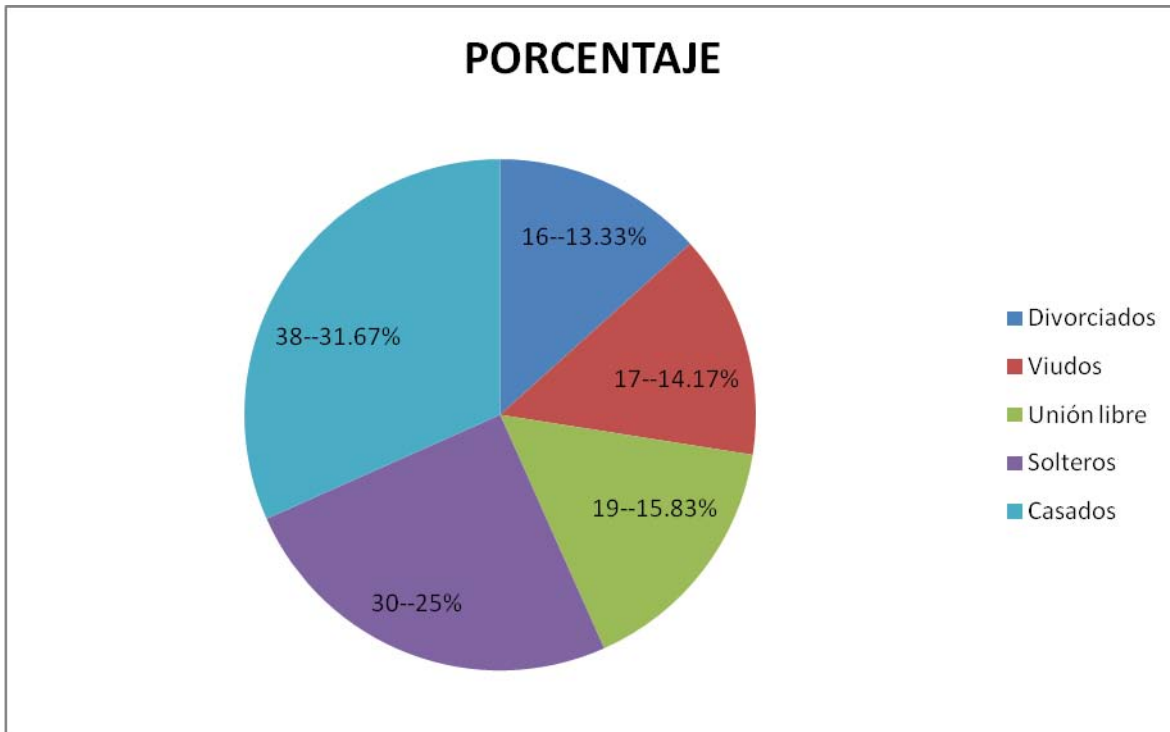


Tabla no. 6

CLASIFICACIÓN DEL CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO 3 DE LA CLÍNICA 5 DE FEBRERO DE MEDICINA FAMILIAR 2008

ETAPA	NUMERO	PORCENTAJE
Retiro	44	36.67%
Dispersión	42	35%
Expansión	15	12.50%
Independencia	12	10%
Matrimonio o unión conyugal	7	5.83%
TOTAL:	120	100%

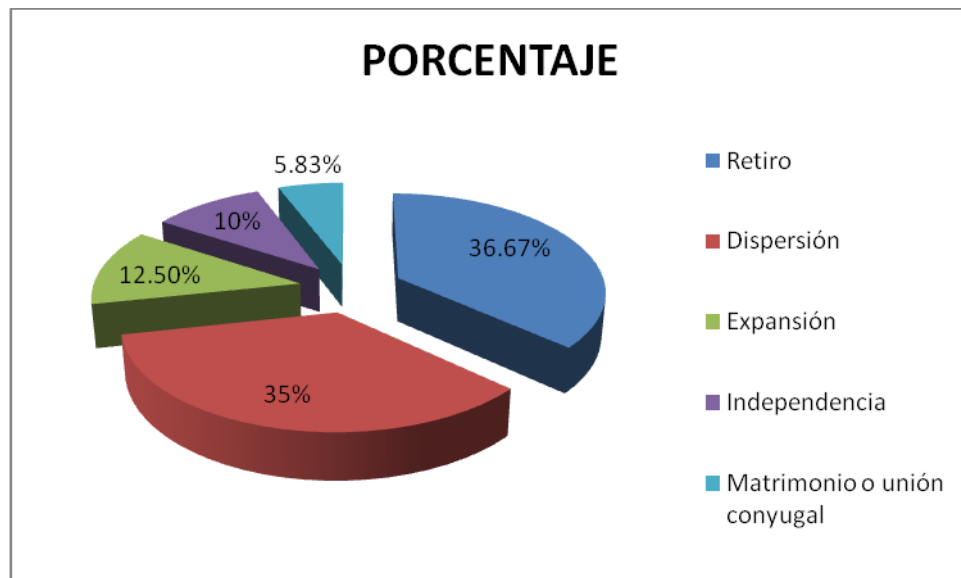


Tabla no. 7.

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO 3 DE LA CLÍNICA 5 DE FEBRERO, DE ACUERDO A SU ESTRUCTURA FAMILIAR 2008.

TIPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nuclear simple	44	36.67%
Persona que vive sola	36	30%
Monoparental simple	18	15%
Nuclear ampliada	9	7.5%
Monoparental ampliada	8	6.67%
Nuclear numerosa	4	3.33%
Extensa ascendente	1	0.83%
TOTAL:	120	100%

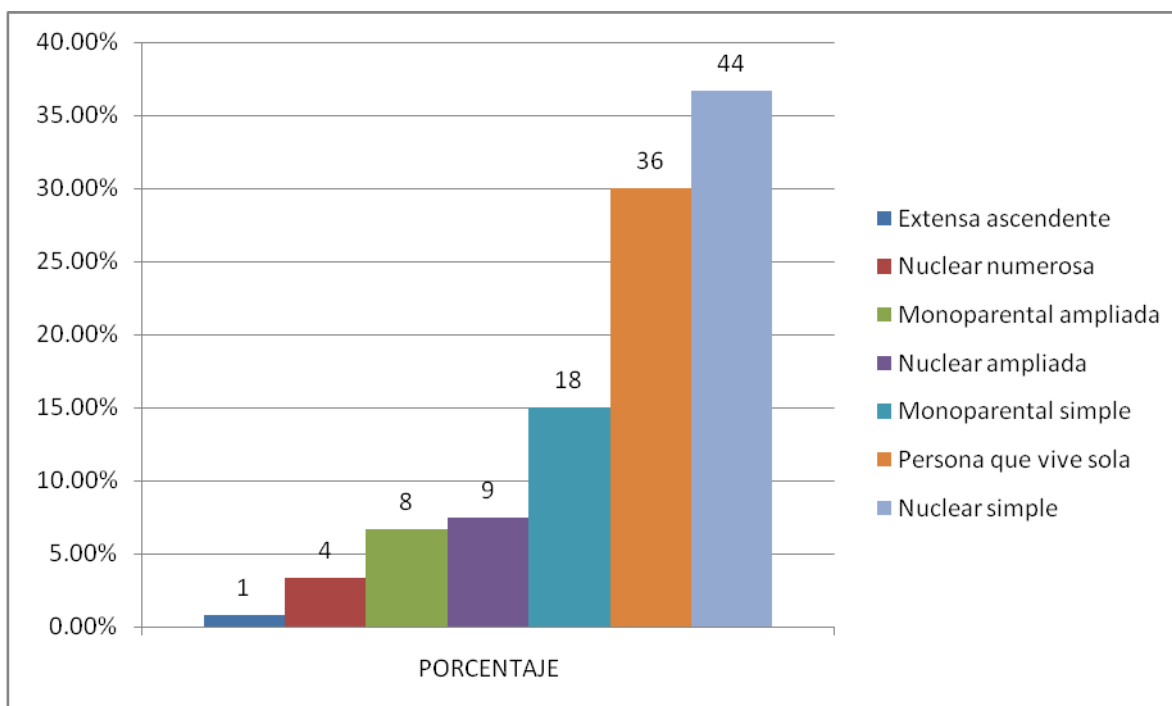


Tabla no. 8

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO 3 DE LA CLÍNICA 5 DE FEBRERO DE MEDICINA FAMILIAR DE ACUERDO A SU ESCOLARIDAD 2008

AÑOS DE ESTUDIOS	NUMERO	PORCENTAJE
10 a 14	133	31.22%
15 a 19	129	30.28%
5 a 9	98	23%
20 a 24	38	8.92
1 a 4	24	5.63%
0 A MENOS 1	4	0.94%
TOTAL:	426	100%

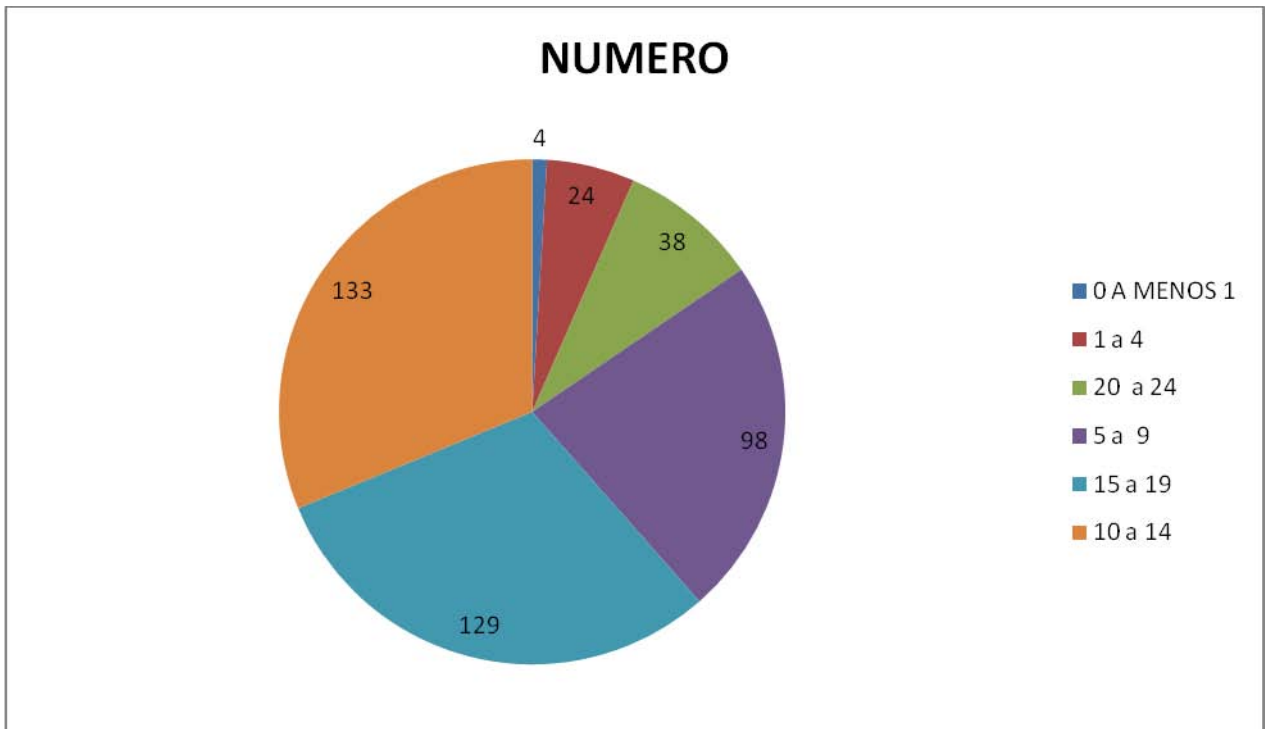


Tabla no. 9

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO 3 DE LA CLÍNICA 5 DE FEBRERO DE MEDICINA FAMILIAR DE ACUERDO A SU OCUPACIÓN 2008

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estudiante (preescolar hasta postgrado)	101	25.70%
Empleado (cajero, oficinista, secretaria, etc.)	90	22.90%
Profesional (maestros, médicos, enfermeras, etc.)	60	15.27%
Ama (o)de casa	40	10.18%
Jubilado	37	9.41%
Técnico (electricista, carpintero, plomero, pintor, etc.)	11	2.80%
Servicios diversos (gestor, mesero, soldado, policía, bombero, trabajadora doméstica, etc.)	10	2.54%
Conductor de auto, (chofer)	8	2.04%
Otras ocupaciones no específicas.	7	1.78%
Comerciante establecido (tiendas etc.)	6	1.53%
Menor de edad (menos de 4 años)	6	1.5%
Subempleado (subdesempleado, vendedor ambulante)	4	1.02%
Artesano	3	0.76%
Empresario	3	0.76%
Campeño	2	0.51%
Artista (músico, pintor, escultor, poeta, etc.)	2	0.51%
Desempleado	1	0.25%
Estudia y trabaja	1	0.25%
Obrero	1	0.25%
TOTAL	393	100%

Tabla no. 9

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO 3 DE LA CLINICA 5 DE FEBRERO DE MEDICINA FAMILIAR DE ACUERDO A SU OCUPACIÓN 2008

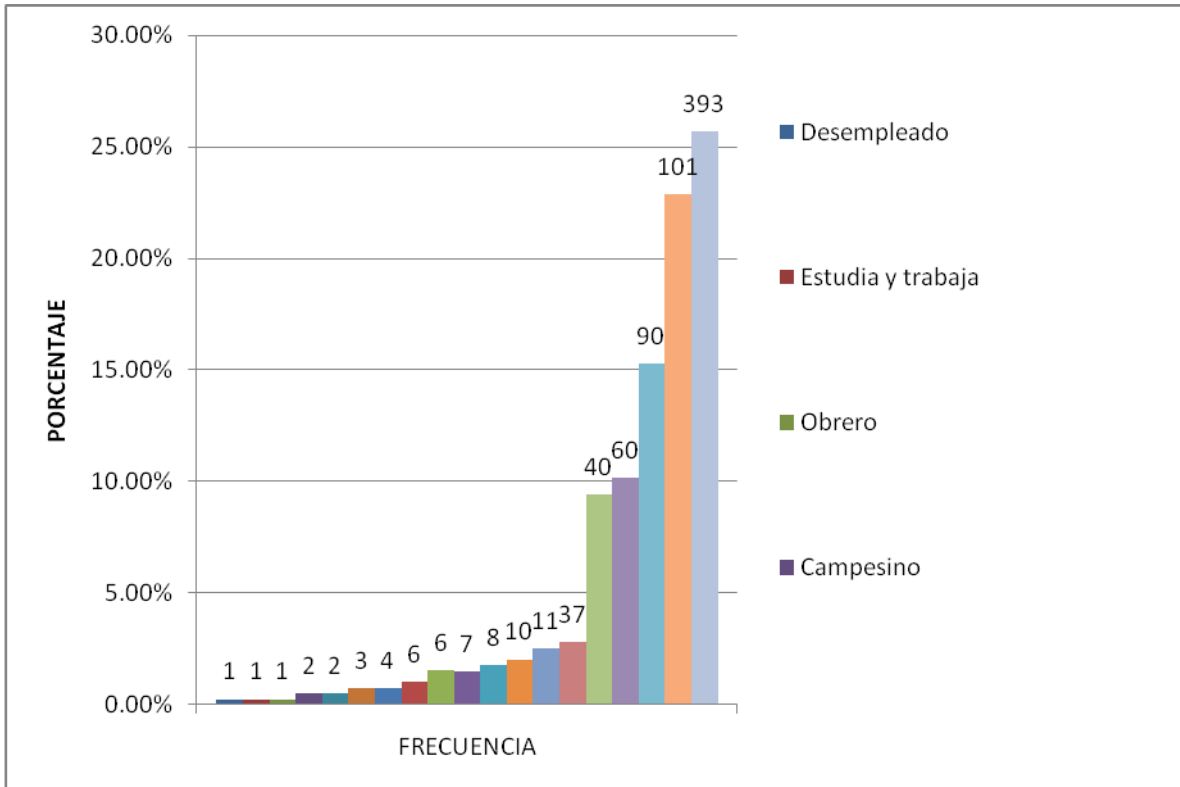


Tabla no. 10

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO 3 DE 5 DE FEBRERO DE MEDICINA FAMILIAR DE ACUERDO A SU PLANIFICACIÓN FAMILIAR 2008

METODO	NUMERO	PORCENTAJE
SIN PLANIFICACIÓN	73	60.83%
OBSTRUCCIÓN TUBARICA BILATERAL	18	15%
DISPOSITIVO INTRAUTERINO	9	7.5%
ANTICONCEPTIVO ORAL	8	6.66%
CONDÓN	7	5.83%
ANTICONCEPTIVO INYECTABLE	1	0.83%
RITMO	1	0.83%
VASECTOMÍA	1	0.83%
PARCHES	1	0.83%
HISTERECTOMIA	1	0.83%
TOTAL:	120	100%

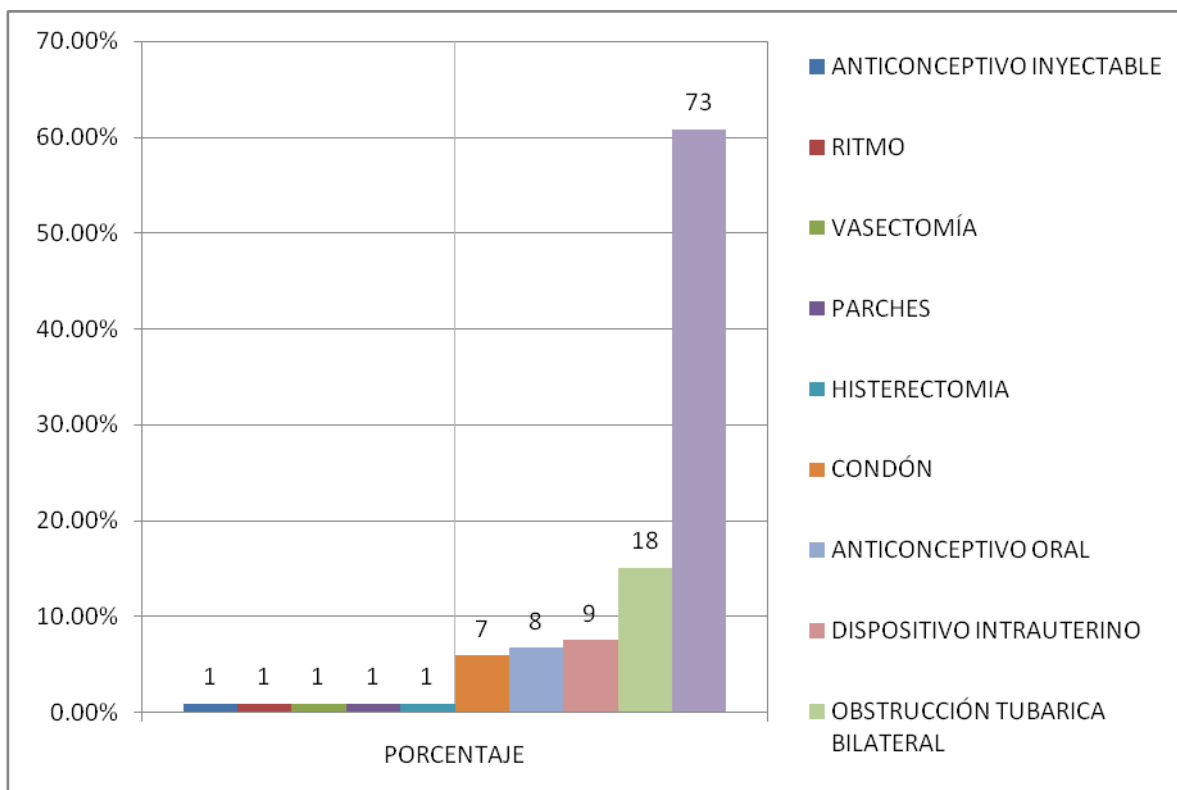


Tabla no. 11

CLASIFICACIÓN DE LOS HIJOS POR EDADES DEL CONSULTORIO 3 DE LA CLÍNICA 5 DE FEBRERO DE MEDICINA FAMILIAR 2008

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
MÁS 20	155	63.01%
11 A 19	48	19.51%
5 A 10	22	8.94%
1 A 4	20	8.13%
R. N. A -1 AÑO	1	0.41%
TOTAL:	246	100%

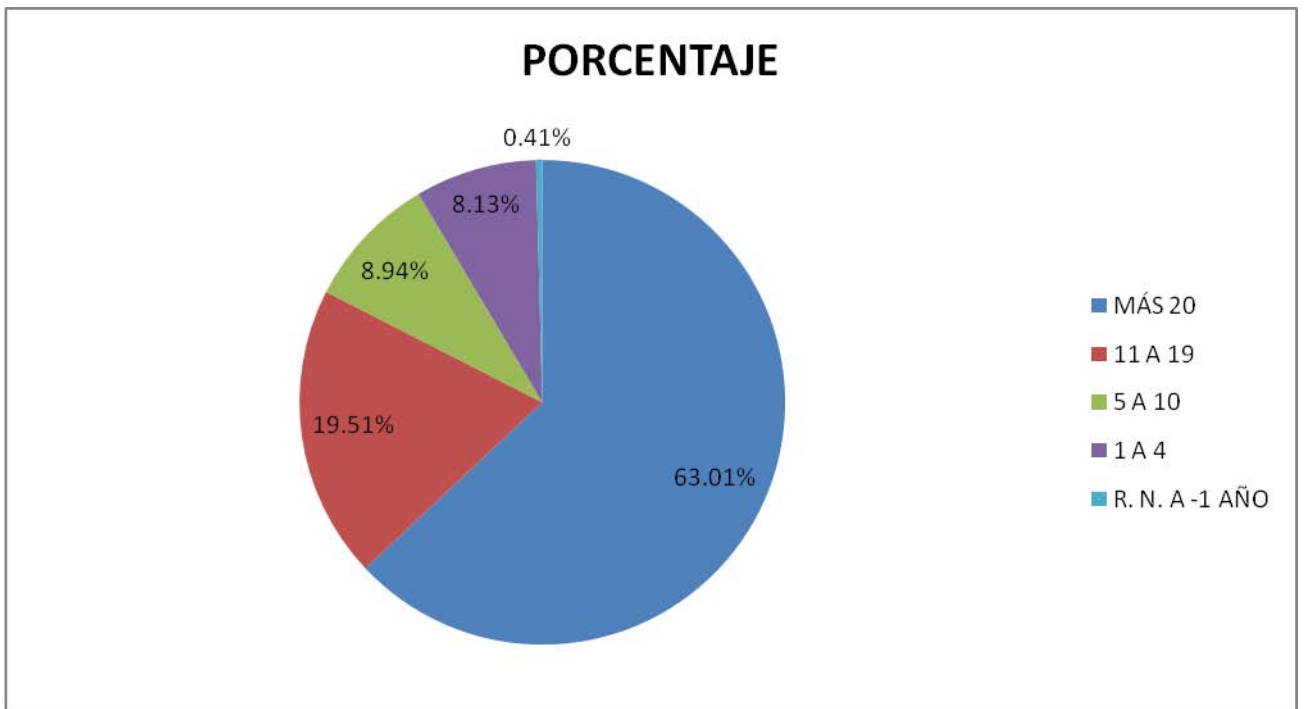
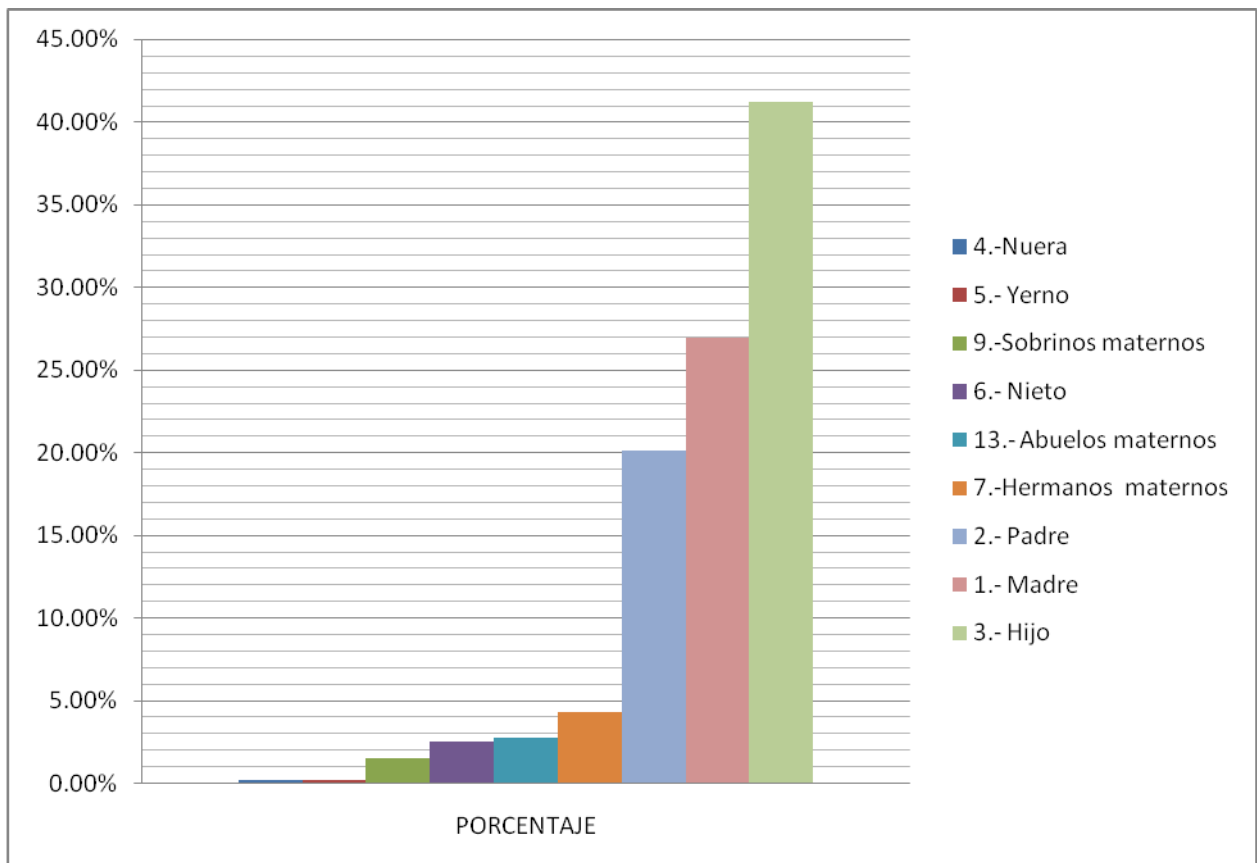


Tabla no. 12

POBLACIÓN ESTUDIADA DE ACUERDO A SU PARENTESCO FAMILIAR DEL CONSULTORIO 3 DE LA CLÍNICA 5 DE FEBRERO DE MEDICINA FAMILIAR 2008

PARENTESCO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
3.- Hijo	162	41.22%
1.- Madre	106	26.97%
2.- Padre	79	20.10%
7.-Hermanos maternos	17	4.33%
13.- Abuelos maternos	11	2.80%
6.- Nieto	10	2.54%
9.-Sobrinos maternos	6	1.53%
4.-Nuera	1	0.25%
5.- Yerno	1	0.25%
TOTAL:	393	100%

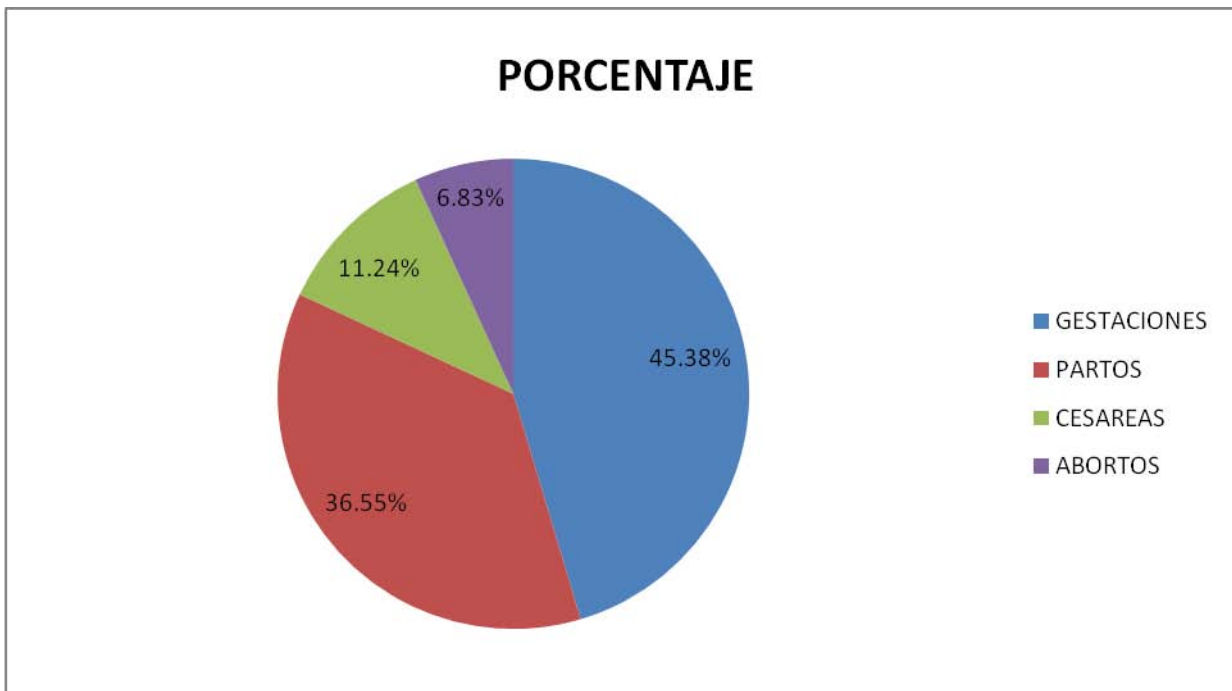


4 5 9 6 13 7 2 1 3

Tabla no. 13

CLASIFICACIÓN DE LOS ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS DE LAS
PACIENTES ADSCRITAS AL CONSULTORIO 3 DE LA CLÍNICA 5 DE FEBRERO
DE MEDICINA FAMILIAR

	NUMERO	PORCENTAJE
GESTACIONES	113	45.38%
PARTOS	91	36.55%
CESAREAS	28	11.24%
ABORTOS	17	6.83%
TOTAL:	249	100%





CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (CEBIF)

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

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

FACTORES DEMOGRÁFICOS	
Número de Hijos	Si viven otras personas en el hogar: ¿Cuántas y cuáles?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ RN a un año _____ ▪ 1 a 4 años _____ ▪ 5 a 10 años _____ ▪ 11 a 19 años _____ ▪ 20 o más años _____ ▪ Total _____ 	<p>Con parentesco familiar. (abuelos, tíos, nietos, sobrinos, nueras, yernos) Num. _____, Especifique: _____</p> <p>Sin parentesco familiar. (compadres, amigos, servicio doméstico, huéspedes) Num. _____, Especifique: _____</p>
Clasificación Estructural de la Familia	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nuclear <ul style="list-style-type: none"> Simple () Numerosa () Ampliada () Binuclear () Reconstruida () ▪ Extensa <ul style="list-style-type: none"> Ascendente () Descendente () 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monoparental <ul style="list-style-type: none"> Vive en casa de la familia de origen () Simple () Ampliada () La familia de origen vive en casa de la familia monoparental () ▪ Equivalentes familiares () ▪ Persona que vive sola ()
Etapa del Ciclo Vital de la Familia	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Matrimonio o unión conyugal () ▪ Expansión () ▪ Dispersión () 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Independencia () ▪ Retiro ()

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

c= en control sc=sin control

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

**Escriba en el margen izquierdo un asterisco (*) junto al nombre de la persona que responde el cuestionario
Si el grupo familiar tiene más de 10 integrantes, anexe sus datos en una hoja adicional.*

Códigos para los datos demográficos de la familia

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