



**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  
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
UNIDAD ACADÉMICA  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR CLAVE 021214  
PUEBLA, PUEBLA, ISSSTE**

**CAUSAS MÁS FRECUENTES DE CONSULTA,  
CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y FACTORES  
DE RIESGO EN LA POBLACIÓN ADSCRITA AL  
CONSULTORIO 12 DE LA CLÍNICA DE MEDICINA  
FAMILIAR DEL ISSSTE-PUEBLA.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DR. MARIO CRUZ RUIZ**



**MÉXICO D. F.**

**ENERO/2009**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

**CAUSAS MÁS FRECUENTES DE CONSULTA, CARACTERÍSTICAS  
FAMILIARES Y FACTORES DE RIESGO EN LA POBLACIÓN  
ADSCRITA AL CONSULTORIO 12 DE LA CLÍNICA DE MEDICINA  
FAMILIAR DEL ISSSTE-PUEBLA.**

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

**P R E S E N T A:**

**DR. MARIO CRUZ RUIZ**

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

**MA. TERESA ORFID JUSTO JANEIRO  
DIRECTORA DE LA CLINICA HOSPITAL  
ISSSTE-PUEBLA**

**DR. ÉDGAR AGUILAR RAMÍREZ  
JEFE DE ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA HOSPITAL  
ISSSTE-PUEBLA**

**YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS.  
ASESOR DE TESIS**

**PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM**

**LIC. GABRIELA SANDOVAL MIRANDA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y  
CAPACITACIÓN DEL ISSSTE**

**CAUSAS MÁS FRECUENTES DE CONSULTA, CARACTERÍSTICAS  
FAMILIARES Y FACTORES DE RIESGO EN LA POBLACIÓN  
ADSCRITA AL CONSULTORIO 12 DE LA CLÍNICA DE MEDICINA  
FAMILIAR DEL ISSSTE-PUEBLA.**

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

**P R E S E N T A:**

**DR. MARIO CRUZ RUIZ**

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

**FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA  
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTA DE MEDICINA. UNAM**

**FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA. UNAM**

**ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA. UNAM**

## INDICE

1. Marco Teórico. . . . .	6
2. Planteamiento del Problema. . . . .	26
3. Justificación. . . . .	28
4. Objetivo General. . . . .	30
5. Objetivos Específicos. . . . .	30
6. Material y métodos. . . . .	31
7. Población, lugar, tiempo. . . . .	31
8. Tipo de estudio. . . . .	31
9. Población de estudio. . . . .	31
10. Tipo de tamaño de la muestra. . . . .	31
11. Criterios de inclusión. . . . .	31
12. Criterios de exclusión. . . . .	32
13 Criterios de eliminación. . . . .	32
14. Variables a recolectar. . . . .	33
15. Procedimientos para captar la información. . . . .	36
16. Recursos. . . . .	36
17. Consideraciones éticas. . . . .	36
18. Resultados. . . . .	38
19. Cuadros y gráficas. . . . .	39
20. Discusión de los resultados. . . . .	56
21. Conclusiones. . . . .	62
22. Referencias bibliográficas. . . . .	64
23. Anexos. . . . .	66

ANEXOS

El doctor y el paciente de la Medicina Familiar

Documento elaborado en historia de la medicina familiar y comunitaria en el contexto de la atención de la salud y el bienestar de la población. A través de un análisis de la modernidad en medicina familiar.

**CAUSAS MÁS FRECUENTES DE CONSULTA, CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y FACTORES DE RIESGO EN LA POBLACIÓN ADSCRITA AL CONSULTORIO 12 DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE-PUEBLA.**

## MARCO TEÓRICO

### ANTECEDENTES

#### **Historia y Evolución de la Medicina Familiar.**

*Desde el comienzo de su historia, la medicina ha estado siempre sometida a cambios. Sólo ha variado la velocidad con que esto se produce<sup>1</sup> Actualmente la globalización y la modernidad como nueva propuesta social y económica en la actualidad han generado cambios importantes y determinantes en la misma estructura económica, afectando el campo tecnológico y científico. La medicina no puede permanecer intocable a este cambio.*

En los albores de estos cambios, la transición del siglo XX al siglo XXI, en la modernidad dominante han surgido nuevas especialidades y revoluciones tecnológicas que llegan a explorar el cuerpo humano hasta su último compartimiento biológico. En este marco político, económico, científico e ideológica *todas estas influencias han jugado un papel en el reciente surgimiento de la medicina familiar. Los cambios sociales, la especialización y un nuevo patrón de morbilidad, exige un nuevo prototipo de médico<sup>1</sup> Sin embargo, las especialidades tienen su antecedente histórico, como la cirugía y la obstetricia que han nacido de artes antiguas y otras de reciente creación como la cardiología, medicina interna, geriatría y en la medicina familiar se ha desarrollado de una disciplina más antigua: la medicina general.<sup>1</sup>*

La medicina como hoy la vemos organizada e institucional y con un modelo de atención, tuvo sus avances y retrocesos para su estructuración y es

que los rasgos característicos de la medicina en cada época están determinados en un amplio grado por la actitud de **la sociedad hacia el cuerpo humano y su valorización de la salud y enfermedad.**<sup>2</sup>

Esto quiere decir que el quehacer médico y la medicina han *variado considerablemente en los diferentes períodos de la historia de acuerdo con la estructura de la sociedad de cada época y su concepción general del mundo.*<sup>3</sup>

Un momento importante en que la medicina se ha transformado, fue a consecuencia del movimiento social surgido en Francia y *se localiza en 1798 bajo los efectos filosóficos y políticos de la revolución francesa*<sup>3</sup> Este acontecimiento muestra cómo los *médicos de esta época consideran positiva la revolución francesa. Profesan una fe absoluta en el pensamiento de la ilustración, el socialismo ideal de Jean-Jacques Rousseau y los servicios humanitarios del enciclopedismo. Su trabajo cotidiano reconoce las injusticias sociales y se proclaman a favor de la igualdad entre los hombres...se renuncia a veces a los intereses corporativos de los médicos para dar paso al bienestar común. En interés de la población enferma se proponen medidas contra la charlatanería y a favor de una mejora de la formación de los médicos. Por ejemplo, la implantación de hospitales provinciales, el fortalecimiento físico de los niños así como la introducción del control de la natalidad.*<sup>3</sup>

De este movimiento nace una declaración: *todo hombre debe recibir asistencia médica por el hecho de serlo y ésta debe ser digna y adecuada.*<sup>4</sup>

Es en Alemania donde surge un avance importante y *es el primer seguro social de los trabajadores contra la enfermedad, se instituyó el 1º de julio de 1883 en Alemania durante el reinado de Guillermo I y con Bismarck como primer ministro, quien asumiendo una actitud paternalista ante la situación de*

*inseguridad de las clases sociales con mayor grado de marginación, autoriza la realización de que en lo futuro y a escala mundial se conoce como los seguros sociales.*<sup>4</sup>

La iniciativa fue el comienzo del más amplio programa de seguro social que hubiera emprendido gobernador alguno en el siglo XIX.

Esta transformación no ocurrió simultáneamente en toda Europa, menos en América Latina.

*En México la medicina corre a parejo, pudiéramos decir de las corrientes dominantes de cada época*<sup>5</sup> y en cada período de su historia.

Los descubrimientos básicos se suceden y revoluciona la medicina.

Bajo este contexto en México se le consideraba al médico *un consejero de la familia que actúa y dirige a sus pacientes en muchos de los momentos difíciles de su vida.*<sup>5</sup>

“Hacia 1900 la situación médica nacional no se ajusta a las necesidades y demandas del pueblo”.<sup>5</sup> Durante la época del porfiriato la población de bajos recursos económicos, se encontraba marginada de la atención médica, pero había avances y es con la inauguración de hospitales de asistencia pública, como el Hospital General en 1905.<sup>5</sup> Actualmente sigue atendiendo a la población más desprotegida y tiene un gran reconocimiento social por su labor altruista y académica.

Los cambios son vertiginosos; en 1937 se funda la Secretaría de la Asistencia Pública.<sup>5</sup> En 1943 se instala la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Decreto del 15 de octubre, en su artículo primero reza lo siguiente: Se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia en la que se fusionan la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública.<sup>5</sup>

Y el 19 de enero de 1943 se publica en el Diario Oficial el Decreto que establece la obligatoriedad de la Ley del Seguro Social (IMSS).<sup>5</sup>

En los antecedentes históricos de la medicina en México, destaca la creación del IMSS en 1943. **Es precisamente en esta institución de seguridad social en donde se da el surgimiento de la medicina familiar, como consecuencia de un momento de crisis e inestabilidad.**

Esto se reflejó en la atención del derechohabiente, porque no había una consolidación sobre el sistema de medicina familiar; *los médicos tenían poco conocimiento de los problemas de sus pacientes y se abusaba de la visita domiciliaria*<sup>5</sup>

El Instituto, *a pesar de los esfuerzos de su estructuración de los servicios médicos, éste se consolida y los cimientos van tomando mayor cuerpo” sin embargo se adolecía de graves defectos y si podemos llamarlo así, existía una anarquía “ya que el enfermo acude a la unidad que le corresponde y solicita la consulta para el médico que se le ocurre, variando constantemente de facultativo según le conviene o le va en gana”.*<sup>5</sup>

Por lo que corresponde al médico, *éste no se responsabiliza del paciente porque no es su enfermo, porque lo pierde de vista con suma frecuencia y desiste del interés que pueda acarrearle el caso clínico.*<sup>5</sup>

Resumiendo, en el IMSS no había una consolidación sobre el sistema de medicina familiar *los profesionales que ocupaban estos puestos eran médicos generales con conocimiento limitado o médicos especialistas tradicionales.*<sup>6</sup> Había un vacío en torno al papel fundamental de lo que significaba la medicina familiar.

En octubre de 1953, en el IMSS se hace un estudio monográfico sobre el sistema médico familiar *la subdirección general médica tuvo noticia, a título de ensayo, que la caja regional de Monterrey había establecido con éxito un nuevo procedimiento de trabajo para los médicos que laboran en N. Laredo, México.*<sup>5</sup>

A grandes rasgos, este ensayo consistía en que el médico tuviera *una mejor atención médica, al ser un solo facultativo el que resuelva sus problemas debido a la identificación que pudiera existir entre ambos, resolviendo problemas de tipo preventivo con base en el conocimiento de sus casos clínicos.*

*En enero de 1954, del 11 al 13, tiene lugar en Panamá el Seminario sobre Seguridad Social auspiciado por CISS y la OIT. El Instituto presenta ahí su ponencia sobre el médico de familiar.*<sup>5</sup>

*En 1955 el IMSS dio su aprobación para experimentar en forma más amplia el sistema médico familiar en dos clínicas del Distrito Federal. Lo novedoso es que se introduce una población definida, sin importar la edad o el sexo, a cada médico de la familia.*<sup>6</sup>

En este período, el IMSS no contaba con médicos que tuvieran un enfoque sobre la familia, que fueran verdaderos especialistas en la materia y *sobre todo que no poseían la actitud* requerida para cumplir satisfactoriamente su papel como médicos familiares.<sup>6</sup>

*Ante este panorama y con la necesidad de formar médicos especialistas en Medicina Familiar el IMSS elaboró un programa educacional que inició en 1971 con 32 alumnos bajo la forma de residencia médica en el Distrito Federal.*<sup>6</sup>

*Posteriormente en 1974, la Facultad de Medicina de la UNAM llevó a la medicina familiar a la categoría de especialidad, al otorgarle el reconocimiento universitario al programa respectivo. Se constituye el primer departamento de*

*medicina familiar en Latinoamérica (Departamento de Medicina General Familiar y Comunitaria) en la UNAM 1975.<sup>6</sup>*

*A partir de 1978 la Facultad de Medicina de la UNAM entró en contacto con las autoridades de las otras grandes instituciones de salud: la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el propósito de evaluar la factibilidad de desarrollar un curso de especialización en medicina familiar.<sup>6</sup>*

*Este acercamiento fue posible gracias al liderazgo que ejerció el Dr. José Narro Robles, quien fungía como Jefe del Departamento de Medicina General, Familiar y Comunitaria; lo anterior se realizó bajo un convenio de participación conjunta entre la UNAM y cada una de las instituciones mencionadas.<sup>6</sup>*

*Todo esto se modifica de manera sustancial y reorienta el currículum médico apartándose del notorio énfasis en la especialización hospitalaria y orientando la formación de los médicos hacia la atención primaria a la salud.*

## **Medicina Familiar**

La medicina familiar es una alternativa para brindar servicios de calidad a cualquier sistema de salud de los países del mundo, lo que finalmente redundará en un beneficio para la salud.

La medicina general y familiar comienza en la segunda mitad del siglo XX, a ser vistas como una disciplina clínica. Se empieza a formar en muchas universidades los conocidos departamentos de medicina familiar y comienzan a

definirse de una manera más sistematizada; programas de formación y de adiestramiento en la medicina familiar.

En el contexto mexicano, el sistema de salud busca la universalidad en la cobertura de los servicios, la equidad en el otorgamiento de las mismas y la calidad como características fundamentales. Si hay una disciplina que puede contribuir en este país a garantizar estos tres importantes factores de universalidad, equidad y calidad, esa disciplina es la medicina familiar por eso, en el contexto de la evolución de nuestra disciplina, éste es uno de los factores fundamentales que debemos aprovechar para seguirla fortaleciendo e impulsando.<sup>7</sup>

*El Médico Familiar es profesional de la salud que tiene como unidad de análisis a la familia, la cual se ha estudiado desde muchos aspectos como el antropológico, sociológico, psicológico, pero creo que es importante conocer el punto de vista histórico, cómo surgió esta institución.*

## **Evolución histórica de la familia**

Históricamente la familia ha pasado por una sucesión de etapas de confirmación de pactos, alianzas, alternancias, herencias, prohibiciones y sobrevivencias, hasta ser determinadas por el contexto socioeconómico cultural e ideológico.

Una corriente importante en el estudio de la familia que le dio importancia, fue el evolucionismo y es a partir del siglo XIX cuando surge esta corriente teórica, no ajena a su contexto político y económico. *En efecto, durante*

*este período se obtienen evidentes triunfos y avances en el campo de la ciencia y de la técnica.*<sup>8</sup>

Nacen los primeros pensadores evolucionistas y en 1851 Morgan publica *The League of the Ho-deno-sau-nee, or Iroquois* y en 1861 *El origen de las especies* de Darwin y *El matriarcado de Bachofen*.<sup>8</sup> Esta innovadora corriente aborda el estudio de la familia que contribuye de manera conceptual a estructurar a la misma, partiendo de su antecedente, que es la sociedad antigua.

Los estudiosos de este campo abordaron el análisis de la familia y citamos a Engels, Darwin y Morgan, este último...*seguramente influenciado por Darwin presenta su obra fundamental, la sociedad antigua de la que el propio Engels apunta: Morgan desarrolla con plena nitidez lo que en 1871 conjeturaba vagamente. La endogamia y la exogamia (endogamia del griego endo: dentro y gamos: boda). Es la provisión de casarse fuera de un determinado grupo social, (tribu), clase o casta. Las restricciones matrimoniales son de dos clases: las que impiden casarse fuera de un determinado grupo (ley de la endogamia) y las que obligan a casarse fuera de él (leyes de la exogamia) del griego exo: fuera y gamein: casarse.*<sup>7</sup>

Continuando con la cita, apunta: *pero en la época en que aún dominaba el matrimonio por grupos que, según toda verosimilitud, han existido en tiempos en todas partes, la tribu se escindió en cierto número de grupos de genes consanguíneos por línea materna, en el seno de las cuales estaba rigurosamente prohibido el matrimonio.*<sup>7</sup> ¿Qué significa esta prohibición? ¿Será la prohibición del incesto?

Por lo tanto, *estas líneas históricamente representan el inicio del estudio del origen de la familia. Por fin se iba a estudiar de manera científica la organización familiar.*<sup>7</sup>

Irigoyen Coria comenta: que de todas estas investigaciones, resultó que, *a través de varios decenios de estudio sobre el origen de la institución familiar, fue una visión evolucionista aunada a los conocimientos psicoanalíticos y de dinámica de la población.*<sup>7</sup> Tocaremos brevemente en el terreno psicoanalítico como se define a la familia. *Entre todos los grupos, la familia desempeña un papel primordial en la transmisión de la cultura. También otros grupos contribuyen a las tradiciones espirituales, al mantenimiento de los ritos y de las costumbres, a la conservación de la técnica y del patrimonio y es en la familia que predomina la educación inicial, la represión de los instintos, la adquisición de la lengua a la que justificadamente se designa como materna. De este modo gobierna los procesos fundamentales del desarrollo psíquico, la organización de las emociones de acuerdo con el ambiente que se constituye.*<sup>9</sup>

*En lo social, se destaca cómo el patriarcado y el matriarcado han jugado un papel decisivo en la reestructuración de la familia y es un elemento indiscutible en los orígenes de la familia moderna.*<sup>11</sup>

Sobre el matriarcado surge un cuestionamiento, como lo plantea Irigoyen Coria, *¿qué importancia tiene el matriarcado en el desarrollo de la familia?* Si económicamente se retoma el papel del hombre como proveedor de bienes, ya sea trabajando en la crianza de animales, pastoreando, cazando, pescando, etc. *las mujeres se constituían en un elemento de estabilidad social permaneciendo en campamentos con los hijos, desarrollándose ineludiblemente bajo la influencia materna.*<sup>10</sup>

Según Bachofen, todas las sociedades fueron matriarcales en su origen, posteriormente pasaron al régimen patriarcal. Por esto mismo, el patriarcado y el matriarcado así como su relación con la familia, son elementos básicos para su estudio y aún persisten en la actualidad. De estos conceptos se deriva matrilocalidad y patrilocalidad.<sup>10</sup>

La formación de la familia como grupo social, que históricamente ha desarrollado pautas y conductas, marcó en sus integrantes, **una interacción** dinámica sobre ella misma como algo viviente, constante y dialéctico. El origen de la palabra **familia** ha variado etimológicamente con el tiempo.

Así tenemos las siguientes hipótesis:

<b>Autor</b>	<b>Concepto etimológico</b>
<i>Taparelli</i>	<i>La palabra familia deriva del latín fames, ya que es una de las necesidades que resuelve esta asociación humana.</i>
<i>Marqués de Morante</i>	<i>La palabra familia deriva de famulus (siervo), a su vez del primitivo famul, originado de la voz osca famel que significa esclavo.</i>
<i>Mendizábal</i>	<i>El origen de la familia deriva de la fames (hambre), por lo que tenemos en castellano; hambriento de hambre.</i>
<i>Rodríguez de Zepeda</i>	<i>Conjunto de personas que viven bajo un mismo techo subordinados a un superior</i>

	<i>común, y unidos por vínculos que se derivan inmediatamente de la ley natural.</i>
<i>Trendelenburg</i>	<i>Existen en la familia tres sociedades unidas; la conyugal y la filial.</i>
<i>Anónimo del siglo XIII</i>	<i>Gente que vive en una casa bajo la autoridad del señor de ella.</i>
<i>Fernández de Moratín</i>	<i>Conjunto de ascendentes, descendientes; laterales y afines de un linaje.</i>
<i>co</i>	
<i>Góngora</i>	<i>Cuerpo de una orden o religión o parte considerable de ella.</i>
<i>con</i>	
<i>Alarcón</i>	<i>Gente que el señor sustenta dentro de su casa.<sup>10</sup></i>

*Una vez estudiado el origen de la familia, considero importante ver cuál es su definición y analizaré los siguientes conceptos.*

La definición actual de acuerdo a la OMS define el concepto de familia como un *conjunto de miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, por adopción o matrimonio.*<sup>11</sup>

En Norteamérica la definen como, *la familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras, por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción.*<sup>11</sup>

En Canadá se describe a la familia *como 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.*<sup>11</sup>

En México, el INEGI define a la familia como algo que *se circunscribe a compartir el mismo techo, el presupuesto para comer y al hecho de que, por lo menos alguna persona tenga vínculos de parentesco con el jefe del hogar, ya sea conyugal, consanguíneo o político.*<sup>12</sup> Por lo tanto existe una amplia variedad de definiciones que se incluyen e influyen unas a otras, se combinan y se alimentan, sin embargo, coinciden en que la familia es el núcleo básico de la sociedad *que con el tiempo ha desarrollado puntos de interacción.*<sup>13</sup>

*Por otro lado es importante conocer como se debe clasificar a esta identidad de poder aplicar estos elementos a su estudio por el médico de familia.*

## **Clasificación Familiar**

Con base a su demografía se clasifica en **urbana y rural:** *Este dato es de importancia para reportar con una sola palabra el acceso y la disponibilidad a servicios de la comunidad (agua potable, electricidad, drenaje, etc.)*<sup>14</sup>

Clasificación de la familia con base a su integración. **Integrada:** *en la cual los cónyuges viven y cumplen sus funciones.* **Semi-integrada:** *en la cual los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones.* **Desintegrada:** *es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono.*<sup>14</sup>

Clasificación de la familia con base a la ocupación del jefe(s). **Campesina, obrera, técnica, profesional técnica y profesional:** *La información que reporta*

*la ocupación del jefe de familia es muy útil, puede sustituir el preguntar el número de salarios mínimos que ingresan a la familia. Ubica indirectamente el nivel socioeconómico de la familia y las posibilidades de desarrollo al menos desde el punto de vista económico.*<sup>14</sup>

*La familia como toda organización viva tiene su inicio, desarrollo y ocaso; tradicionalmente en el campo de la medicina familiar se utiliza múltiples clasificaciones, pero mencionaré la clasificación de Geyman:*

*Ciclo vital familiar (Geyman) **Fase de matrimonio:** se inicia con el vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo. **Fase de expansión:** es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia. Como su nombre lo indica la familia se dilata, se “expande”. **Fase de dispersión:** generalmente corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia en los hijos. **Fase de independencia:** etapa en que los hijos de mayor edad (usualmente) se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen. **Fase de retiro y muerte:** etapa en la que se deben enfrentar diversos retos y situaciones críticas como el desempleo, la jubilación, la viudez y el abandono.*<sup>14</sup>

*Otro elemento que es importante de conocer, para estudiar a las familias que atendemos en nuestro consultorio y poder incidir a fin de que las cumplan exitosamente es: su funcionalidad.*

## **Funciones esenciales de la familia.**

*Funciones esenciales de la familia. **I Socialización:** la tarea fundamental de la familia es transformar en un tiempo determinado, a una persona*

*totalmente dependiente de sus padres, en un individuo autónomo, con “independencia” para desarrollarse en la sociedad.*

**II Cuidado:** *en esta función se identifican cuatro determinantes para poder evaluarla: alimentación, vestido, seguridad física y apoyo emocional.*

**III Afecto:** *definido como el objeto fundamental de “transacción dentro de la familia”.*

**IV Reproducción:** *durante siglos se observó como la función esencial de la familiar consistía exclusivamente el suministrar nuevos miembros a la sociedad Pero además debe de estudiarse actualmente el control de la natalidad y la educación de la sexualidad.*

**V Otorgamiento de estatus y nivel socioeconómico:** *el reconocimiento que la sociedad le da a la familia.*<sup>14</sup>

## **Médico Familiar.**

*El médico familiar es el profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continua a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario.*<sup>10</sup>

Por lo tanto, cuenta con una herramienta fundamental que es el MOSAMEF.

MOSAMEF es un modelo de práctica familiar diseñado por un grupo de profesores del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), dado a conocer en 1995.<sup>10</sup>

*El MOSAFEF se origina a partir de tres preguntas fundamentales:*

- *Cómo llevar a la práctica los principios esenciales de la medicina familiar.*
- *Cómo identificar las necesidades de atención a la salud de las familias.*
- *Cómo verificar que la atención médica familiar produce un impacto favorable en la salud de las familias<sup>10</sup>*

*Las prácticas de la medicina familiar se fundamentan en tres elementos esenciales:*

- *El estudio de la familia.*
- *La continuidad de la atención.*
- *La acción anticipatoria basada en un enfoque de riesgo.<sup>10</sup>*

*Esta metodología está con base a la evaluación demográfica de las familias mediante la descripción de su estructura, clasificación tipológica, etapa en el ciclo familiar, además de los elementos económicos y sociales constituyen alguno de los componentes denominado diagnóstico de salud familiar.*

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

*El MOSAMEF pretende incidir en mayor o menor medida en cada uno de los cinco campos de acción, planteados por la Carta Ottawa producto de la Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, la cual señala que a fin de mejorar la salud de las colectividades es preciso actuar en cinco campos de acción:*

- *Reorientar los servicios de salud.*
- *Mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida.*
- *Crear “medioambientes” saludables.*
- *Elaborar políticas explícitas para la salud.*
- *Reforzar la acción comunitaria en salud.*<sup>10</sup>

## PERFIL PROFESIONAL DEL MÉDICO FAMILIAR.

- El médico general/familiar, será aquel profesional capacitado para responsabilizarse de la atención médica primaria e integral del individuo y su familia.
- En la mayoría de las ocasiones actuará como la vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención médica.
- Coordinará la utilización de los recursos para atención de los mismos y dará atención médica independientemente de la edad, sexo o el padecimiento del individuo.
- La medicina que practique este profesional, estará encaminada al desarrollo de acciones de mantenimiento y promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico tratamiento de padecimientos agudos crónicos así como su rehabilitación.
- En los casos que así lo ameriten, ejercerá el juicio clínico necesario para solicitar interconsulta o referirlos a otros profesionales de la salud para investigaciones adicionales, instalación de tratamiento o evaluación de los resultados del mismo.<sup>10</sup>

## FACTORES DE RIESGO

El término factor de riesgo comenzó a ser utilizado en el año de 1961 por los investigadores de grupo Framingham (Kannel, 1961).

Cuando hablamos de factores de riesgo combinamos varios conceptos, en primer lugar, consideramos una hipótesis, agente causal de la enfermedad y en segundo lugar, un factor de predicción, de aparición de dicha enfermedad.

Por lo tanto podemos afirmar que el factor de riesgo *al atributo o exposición de una persona, una población o el medio, que están asociados a una probabilidad mayor de aparición de un proceso patológico o de evolución específicamente desfavorable de este proceso.*<sup>16</sup>

Entendemos como factores de riesgo que, en los diferentes ámbitos de la familia como son eventos, situaciones, circunstancias, condiciones que favorecen cualquier evento patológico, psicológico, ambiental y socioeconómico y que es importante que el médico familiar señale estos factores de riesgo a la familia para su atención integral, o sea jerarquizando los problemas familiares una vez evaluada la magnitud y la trascendencia de estos factores, así como su vulnerabilidad y factibilidad para incidir sobre ellos, como son: padecimientos crónicos degenerativos, inseguridad económica y social, duelo por muerte de un familiar, incumplimiento de roles, falta de compromiso en sus padecimientos, presencia de enfermedades infecto-contagiosas, problemas psicosociales.

## PANORAMA EPIMEDIOLÓGICO

*El médico familiar no es un epidemiólogo, sino un clínico que reconoce la importancia de la epidemiología clínica y la utiliza en su práctica diaria.*<sup>10</sup>

Por lo tanto, debe tener conocimientos sobre epidemiología que le permitan mejorar *el conocimiento sobre la morbilidad, mortalidad, incidencia y prevalencia*

Entendemos por morbilidad al número proporcional de personas que enfermen en población y en tiempo determinado.

Mortalidad: número proporcional de muertes en una población en un tiempo determinado.

Prevalencia: indica el número de casos (enfermos o con el evento que nos interesa estudiar), que existe en una población en el momento que se está realizando la investigación.

Incidencia: se entiende por el número de casos que se estudian y que son producidos a lo largo de la duración del estudio.

En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe los factores que nos explican el incremento en las enfermedades no transmisibles o crónico-degenerativas son **la transición demográfica, la inmigración, los cambios alimenticios, las transformaciones sociales, las económicas, las demográficas, el sedentarismo, las ambientales** que determinan el cambio en el estilo de vida.

Dentro de las enfermedades crónico-degenerativas destacan por su ascendente incremento, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, obesidad, dislipidemias.

La diabetes mellitus, *puede decirse que la prevalencia de este padecimiento no ha dejado de aumentar en las últimas décadas, como consecuencia de una serie de factores entre los que deben mencionarse una mayor longevidad de la población, el progresivo incremento de la obesidad y el sedentarismo entre los diversos grupos sociales, así como los cambios en los hábitos alimentarios. Otro factor que condiciona enormemente la prevalencia de la diabetes tipo 2 es el origen étnico, de modo que entre algunos grupos existen cifras muy elevadas como son los individuos de raza negra 9.9 por ciento; los mexicanos 10.7 por ciento; los indios pima en Estados Unidos 34 a 50 por ciento; los aborígenes de Australia 12.6 y los chinos en la isla Mauricio 15.8 por ciento.*<sup>16</sup>

La diabetes es sin duda un problema creciente de salud pública y una de las principales causas de muerte.

*En México, la mortalidad por diabetes ha mostrado durante las últimas décadas un crecimiento sostenido, a una tasa de 15.5 defunciones por 100 mil habitantes hasta llegar a ocupar, en 1997, el tercer lugar de mortalidad general, con una tasa de 56.8, sitio en el que se ha mantenido hasta en 2003; en ese año ocurrieron 59 mil 192 muertes atribuibles a esa causa con una tasa de 56.8.*<sup>16</sup>

La hipertensión arterial afecta a uno de cada tres adultos en el mundo, con una prevalencia estimada del 28 a 32 por ciento 140/90 mmHg o más de cifras de presión arterial, si a ello agregamos que esta enfermedad constituye un **factor de riesgo** de otras enfermedades graves como accidentes coronarios, cerebrales,

entre otros, se comprenderá la importancia de prevenir, y seguir a este grupo de enfermos durante toda su vida.<sup>16</sup>

*La obesidad es una enfermedad crónica que afecta a todos los grupos poblacionales; el sobre peso y la obesidad son tan comunes como la diabetes tipo 2, dislipidemias, hipertensión arterial y las enfermedades cardiovasculares.*

*Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recorrido el sobre peso y obesidad, como una problema de salud pública mundial en diversas poblaciones tanto de países desarrollados, donde el problema es mayor, como en aquellos en vías de desarrollo, donde el incremento es paulatino.*

*Así también, La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la obesidad como la enfermedad nutricional más común del mundo, estimando alrededor de 300 millones de adultos obesos. En el informe mundial de salud la obesidad se ubica dentro de los primeros 10 lugares como factor de riesgo mundial.<sup>16</sup>*

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial existen cambios en las características de la población, de las familias y de los daños a la salud condicionadas por lo cambios sociales, económicos, políticos propios de la modernidad.

Las causas más frecuentes en México a nivel nacional de morbilidad son, la diabetes mellitus con 118 786 casos. Enfermedades del sistema circulatorio con 208 52, Bronquitis crónica, enfisema pulmonar y asma con 38 120.<sup>17</sup>

**A nivel estatal en el ISSSTE en el año 2006, se reporta a la** infección de vías respiratorias altas con 51 065; infección intestinal y por otros organismos mal definidos, 12 460; infección de vías urinarias, 7 664; hipertensión arterial, 3 334 casos.<sup>18</sup>

En la clínica de medicina familiar del ISSSTE-Puebla se observa que aún prevalecen las enfermedades infectocontagiosas, y se están presentando las enfermedades crónicas degenerativas. Es precisamente en esta unidad de primer nivel de atención, en donde el derechohabiente está en primer contacto con el sistema de atención médica, interactuando con el médico de familia.

Los usuarios de los servicios conforman un universo de pacientes de diferentes niveles y profesiones tales como, administrativos, maestros, burócratas, técnicos, médicos, entre otros.

Es a partir de este universo que el médico se enfrenta a una serie de problemas y para resolverlos, debe conocer cómo son las características familiares, los factores de riesgo y sus patologías, las cuales se desconocen, debido a que se da más importancia a los aspectos biológicos, sin tomar en cuenta los factores psicosociales que permiten

dar un entendimiento más profundo a estos fenómenos. El médico de familia debido a su perfil profesional, *está capacitado para responsabilizarse de la atención médica, en atención primaria e integral al individuo y su familia. Por lo que es de vital importancia tener el conocimiento de su población y de las características de las familias que atiende, a fin de cumplir los preceptos de la medicina familiar.*

*Ante este panorama nos planteamos la siguiente pregunta.*

¿Cuáles son las causas más frecuentes de consulta, características familiares y factores de riesgo en la población adscrita al consultorio número 12 de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE-Puebla?

## JUSTIFICACIÓN

En Puebla, a nivel del estado, la morbilidad se encuentra en las siguientes cifras, infección de vías respiratorias altas con 51 065; infección intestinal y otros organismos más definidos es de 12 462; infección de vías urinarias, 7 464.

En la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE-Puebla, del mes de julio de 2007 a junio de 2008, tenemos las siguientes cifras, infección de vías respiratorias altas con 4 155; caries dental, 1 661; faringitis, 1 525; enfermedades diarreicas, 977; hipertensión arterial sistémica, 853; diabetes mellitus, 716;

En esta unidad médica y específicamente en el consultorio 12, se aborda por primera vez un estudio de la población bajo el modelo sistemático de la atención médica familiar.

Se desconoce la morbilidad, la tabla de población, los factores de riesgo, las características de las familias, por lo que este trabajo será de suma importancia.

El modelo sistemático de atención médica pretende incidir en mayor o menor medida en cada uno de los cinco campos de acción, planteados por

La Carta de Ottawa, producto de la II Conferencia Internacional de promoción de la salud, la cual señala que a fin de mejorar la salud de las colectividades es recomendable: reorientar los servicios de salud, mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida, crear

medioambientes saludables, elaborar políticas explícitas para la salud y reforzar la acción comunitaria en esta área.

Para realizar este trabajo, cuento con un archivo, pacientes que me permiten ser encuestados, la colaboración del personal de la Clínica y el apoyo de las autoridades. Al tener la información realizaré acciones preventivas, curativas, de rehabilitación, y programare mi capacitación a fin de solucionar en forma integral problemas de las familias adscritas en mi consultorio y trataré de integrar a los pacientes en grupos de apoyo para que reciban una orientación educativa que reditúe en un mejor control de se enfermedad.

## OBJETIVO GENERAL

Identificar las causas más frecuentes de consulta, la tabla de población las características familiares y factores de riesgo en la población adscrita al consultorio 12 de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE-Puebla.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características demográficas de las familias encuestadas adscritas al consultorio 12.
2. Referir los años de unión conyugal de los padres encuestados adscritos al consultorio 12.
3. Identificar las características familiares de los pacientes encuestados del consultorio 12.
4. Describir el ciclo de vida familiar de los pacientes encuestados adscritos al consultorio 12.
5. Identificar los factores de riesgo de los integrantes de las familias encuestadas al consultorio 12.
6. Describir la tabla de población del consultorio 12.
7. Identificar las causas de primera vez y subsecuentes del consultorio 12.

## **MATERIAL Y METODOS**

### **POBLACION, LUGAR, TIEMPO**

El presente estudio se realizó en la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE- Puebla, en el período comprendido del 1 de julio del 2007 al 30 junio 2008, para la fase retrospectiva y fase prospectiva de agosto a octubre del 2008.

### **TIPO DE ESTUDIO.**

Observacional. Transversal. Descriptivo. Retrospectivo parcial.

### **POBLACION DE ESTUDIO**

Derechohabientes adscritos al consultorio número 12.

### **TIPO DE TAMAÑO DE LA MUESTRA.**

Es una muestra seleccionada no aleatoria, consistente en la aplicación de 100 encuestas.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

- Pacientes de ambos sexos mayores de edad, con núcleo familiar, que cuenten con vigencia de derechos, pertenecientes al consultorio 12, de

la Clínica de Medicina Familiar, zona 1 del ISSSTE Puebla y que acepten participar en el estudio.

- Hojas SM-10 de registro diario de actividades del médico que sean legibles, del período comprendido de julio de 2007 a junio 2008.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

- Pacientes que no pertenecen al consultorio 12 de la Clínica de Medicina Familiar, zona 1 y que no tiene vigencia de derechos.
- Pacientes menores de edad.
- Hojas de informe diario actividades de Medico con datos ilegibles
- Que sean menores de edad.

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.**

- Cédulas Cebif incompletas.

## VARIABLES A RECOLECTAR

Nombre de la variable	Definición	Tipo de variable	Escala	Valor de la variable
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligación civil.	Cualitativa	Nominal	Casados Unión Libre Otros
Unión conyugal	Perteneciente a los cónyuges.	Cuantitativa	Discontinua	Años cumplidos
E d a d	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Cuantitativa	Discontinua	En años cumplidos 1 año
Ocupación	Acción y efecto de ocuparse.	Cualitativa	Nominal	Empleado. Profesor. Licenciado. Jubilado Campesino Comerciante
Escolaridad	Conjunto de cursos que ha de seguir un estudiante	Cualitativa	Nominal	Primaria Secundaria Preparatoria Normal primaria Normal superior Licenciatura Maestría Doctorado
Hijos	Persona con respecto de su padre o de su madre	Cuantitativa	Ordinal	Hasta de 10 años de edad. De 11 a 19 años de edad. De 20 o más años de edad.
Familia	Conjunto de ascendentes, descendentes y afines de un linaje	Cualitativa	Nominal	Nuclear Nuclear simple Nuclear numerosa Reconstruida (Binuclear) Monoparental

				Monoparental extendida Extensa Extensa compuesta No parenteral
Sin parentesco	Sin vínculos existentes entre las personas ni con sanguinidad	Cualitativo	Nominal	Monoparental extendida sin parentesco Grupos similares a familias.
Estilos de vida	Modo particular de vivir de acuerdo a la época o costumbre.	Cualitativo	Nominal	Persona que vive sola. Pareja homosexuales sin hijos. Pareja homosexuales con hijos adoptivos. Familia grupal. Familia comunal Poligamia
Con base a los medios de subsistencia	Permanencia, estabilidad y conservación de las cosas	Cualitativa	Nominal	Agrícola o pecuaria Industrial Comercial Servicios
Ciclo vital familiar	Serie completa de cambio de magnitud y periódica	Cualitativa	Nominal	Matrimonio Expansión Dispersión Independencia Retiro y muerte
Factores de riesgo	Posibilidad que se presente un evento no previsto	Cualitativa	Nominal	DM HAS Enf. corazón CaCu Ca de mama Ca de próstata Otro cáncer Ca Insuf. Renal Enf.Cerebrovascular Asma bronquial Sida-VIH Otras ETS Hepatitis B ó C

				<p>TBP</p> <p>Desnutrición</p> <p>Obesidad</p> <p>Anorexia-bulimia</p> <p>Tabaquismo</p> <p>Alcoholismo</p> <p>Otras</p> <p>farmacodependencias</p> <p>Enf. Psiquiátricas</p> <p>Violencia</p> <p>intrafamiliar</p> <p>Discapacidad</p>
Tabla Poblacional	Es la representación gráfica de la distribución por edad y sexo de la población.	Cuantitativa	Discontinua	Es el conjunto de todos los individuos que cumplen ciertas propiedades
Morbilidad	Proporción de enfermos en lugar y tiempo determinados	Cualitativa	Nominal	10 principales causas de consulta de primera vez y subsecuentes en el consultorio 12

## **PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN**

- Para la elaboración del trabajo de investigación en la Clínica de Medicina Familiar, que se realizó en el consultorio 12, zona 1.
- Se solicitó autorización de la Directora de la Clínica de Medicina Familiar y del jefe del Archivo Clínico, para la recolección de las hojas diarias SM-10.
- Se revisaron las hojas SM-10 y se capturaron los principales motivos de consulta de primera vez y subsiguientes, mediante el método de paloteo.
- Se encuestó a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.
- Los datos obtenidos, se capturaron en el programa Excel y para análisis estadístico se obtuvieron las medidas de tendencia central, la media o promedio aritmético, mediana, moda y desviación estándar.

## **RECURSOS.**

- a) Humanos. Enfermera, Médico Familiar responsable de la investigación.
- b) Físicos, lápiz, goma de borrar, encuestas, calculadora, computadora, impresora, hojas blancas,
- c) Económicos, financiado por parte del investigador.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

El presente estudio no se considera que presente algún riesgo para la salud. Contamos con el consentimiento informado de los sujetos de estudio y se apega de forma escrita al Reglamento de la Ley General de la Salud en materia de investigación de 1998, tomando en cuenta los siguientes códigos, de Nuremberg sobre experimentos en seres humanos. Tribunal internacional de Nuremberg, 1974. Declaración de Helsinki sobre investigaciones biomédicas en seres humanos de 1964. Declaración de Lisboa sobre los derechos del paciente XXXIV asamblea médica mundial realizada en 1981.

Al obtener los resultados de esta la investigación me comprometo a realizar acciones tendientes a mejorar la salud de los pacientes.

## RESULTADOS

Se aplicaron 100 encuestas de CEBIF en el Consultorio 12, zona 1, turno matutino de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE-Puebla.

Con los siguientes resultados.

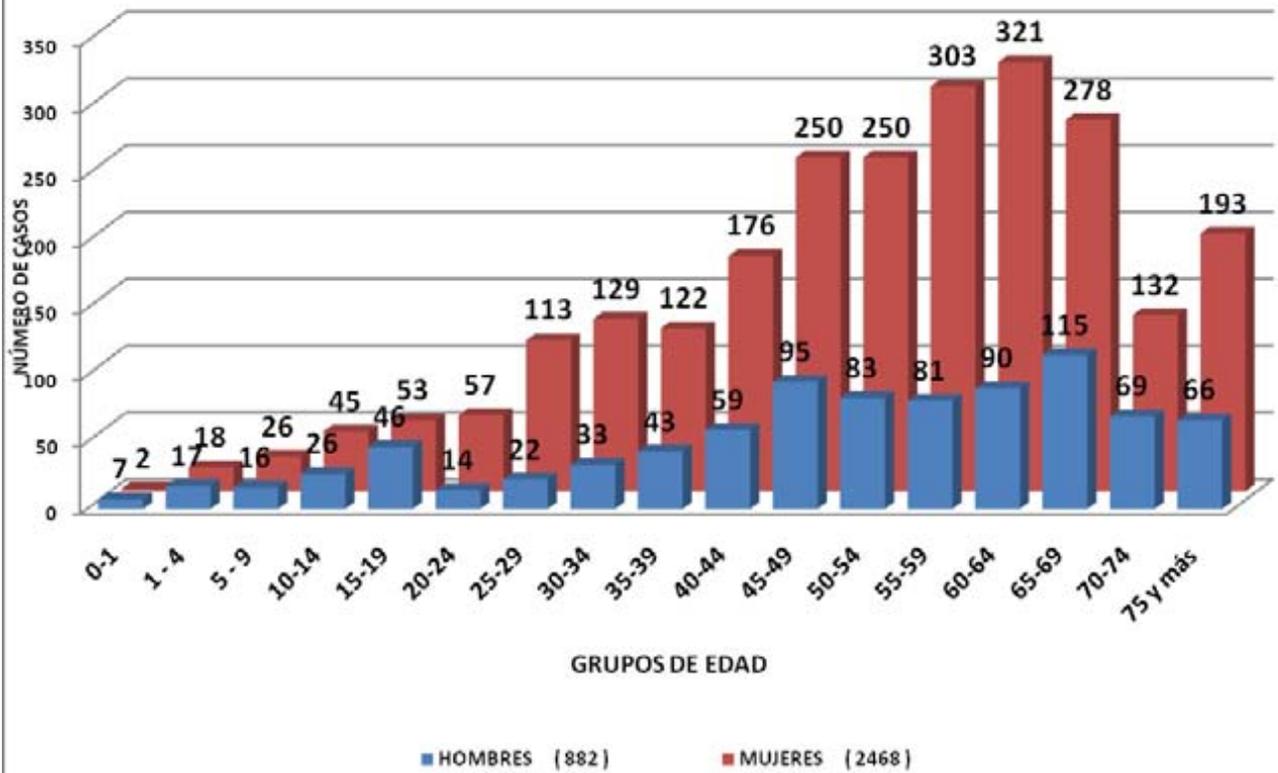
**TABLA POBLACIONAL  
ISSSTE, PUEBLA, 2008**  
(Número total de pacientes = 3 350)

**TABLA 1**

GRUPO DE EDAD	HOMBRES		MUJERES	
	Casos	porcentaje	Casos	Porcentaje
0-1	7	0.79	2	0.1
1-4	17	1.93	18	0.7
5-9	16	1.81	26	1.1
10-14	26	2.95	45	1.8
15-19	46	5.22	53	2.1
20-24	14	1.59	57	2.3
25-29	22	2.49	113	4.6
30-34	33	3.74	129	5.2
35-39	43	4.88	122	4.9
40-44	59	6.69	176	7.1
45-49	95	10.77	250	10.1
50-54	83	9.41	250	10.1
55-59	81	9.18	303	12.3
60-64	90	10.20	321	13.0
65-69	115	13.04	278	11.3
70-74	69	7.82	132	5.3
75 y más	66	7.48	193	7.8
<b>TOTAL</b>	<b>882</b>	<b>100.00</b>	<b>2468</b>	<b>100.0</b>

**TABLA POBLACIONAL ISSSTE, PUEBLA 2008**

(número total de pacientes= 3350)



**GRAFICA 1**

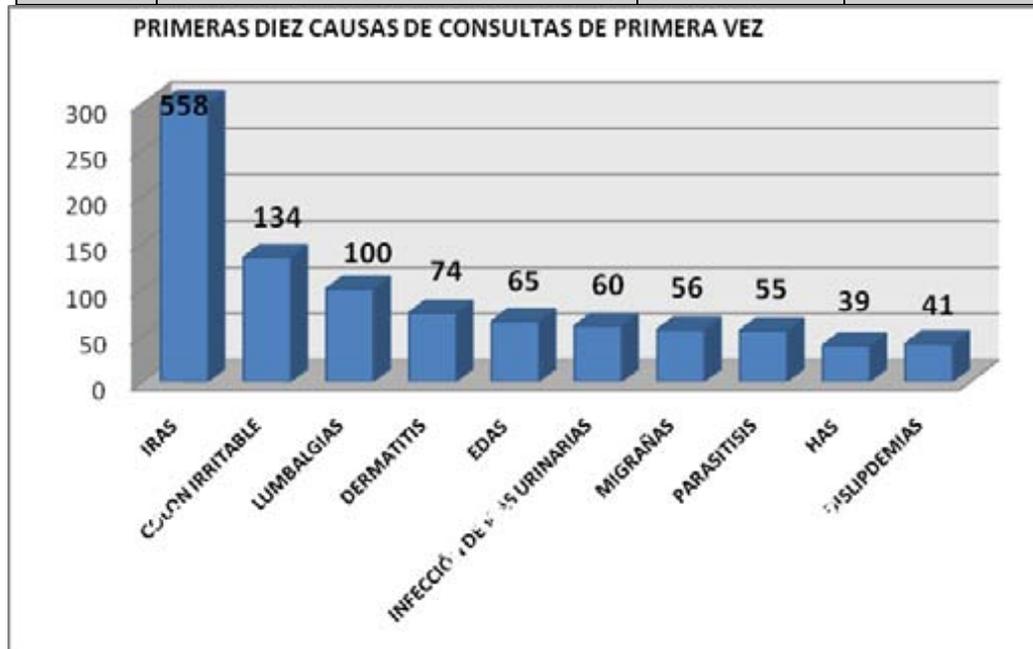
**FUENTE: SM-10**

**Total de pacientes: 3 350 de sexo femenino, 2468 y sexo masculino, 882, predomina, sexo femenino, y los grupos de edad mayores de 60 años.**

## PRIMERAS DIEZ CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ

**TABLA 2**

1	INFECCIONES DE VIAS RESPIRATORIAS ALTAS.	558	47.2
2	COLON IRRITABLE	134	11.3
3	LUMBALGIAS	100	8.4
4	DERMATITIS	74	6.2
5	ENDEFERMEDADES DIARREICAS	65	5.4
6	INFEC. VIAS URINARIAS	60	5.0
7	MIGRAÑAS	56	4.7
8	PARASITOSIS	55	4.6
9	HAS	39	3.2
10	DISLIPIDEMIAS	41	3.4
<b>TOTAL</b>		<b>1182</b>	<b>100</b>



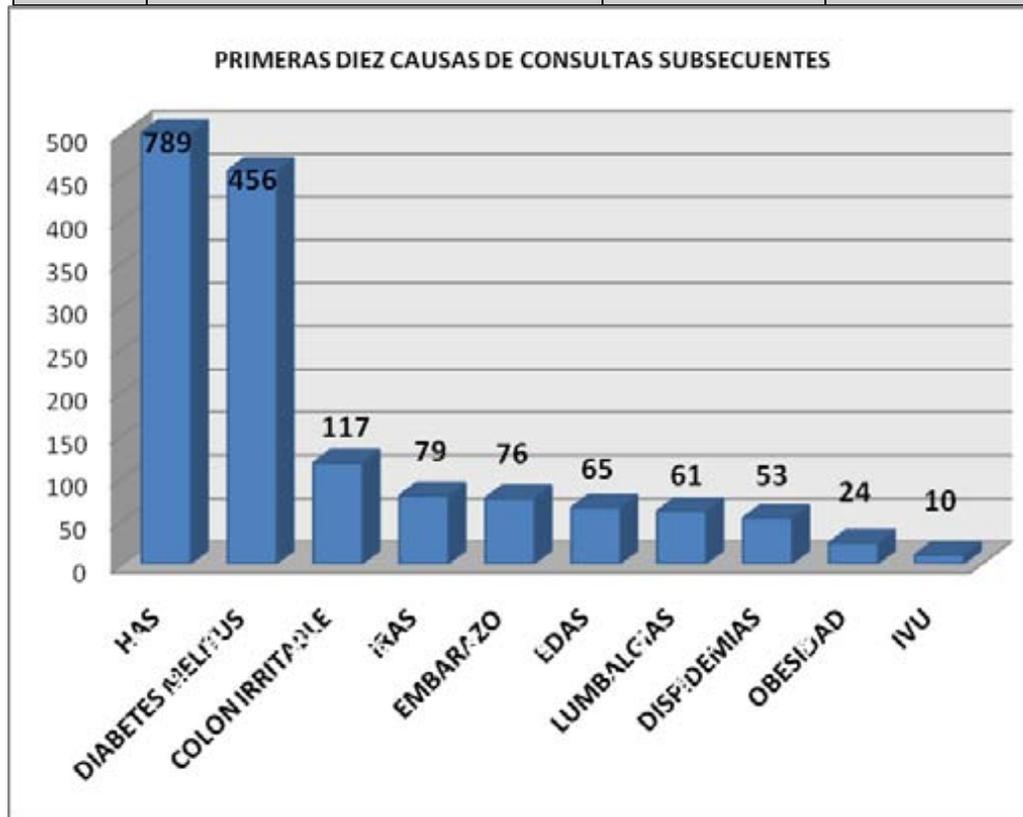
**GRAFICA 2**

**FUENTE: SM-10**

Los principales motivos de consulta de primera vez en este consultorio son. Infección de vías respiratorias, colon irritable, lumbalgias, dermatitis, enfermedades diarreicas.

**PRIMERAS DIEZ CAUSAS DE CONSULTAS SUBSECUENTES**  
**TABLA 3**

1	HAS	789	45.8
2	DIABETES MELLITUS	456	26.5
3	COLO IRRITABLE	117	6.8
4	IRAS	79	4.5
5	EMBARAZO	76	4.4
6	EDAS	65	3.7
7	LUMBALGIAS	61	2.9
8	DISLIPIDEMIAS	53	3.0
9	OBESIDAD	24	1.3
10	IVU	10	0.5
<b>TOTAL</b>		<b>1720</b>	<b>100</b>



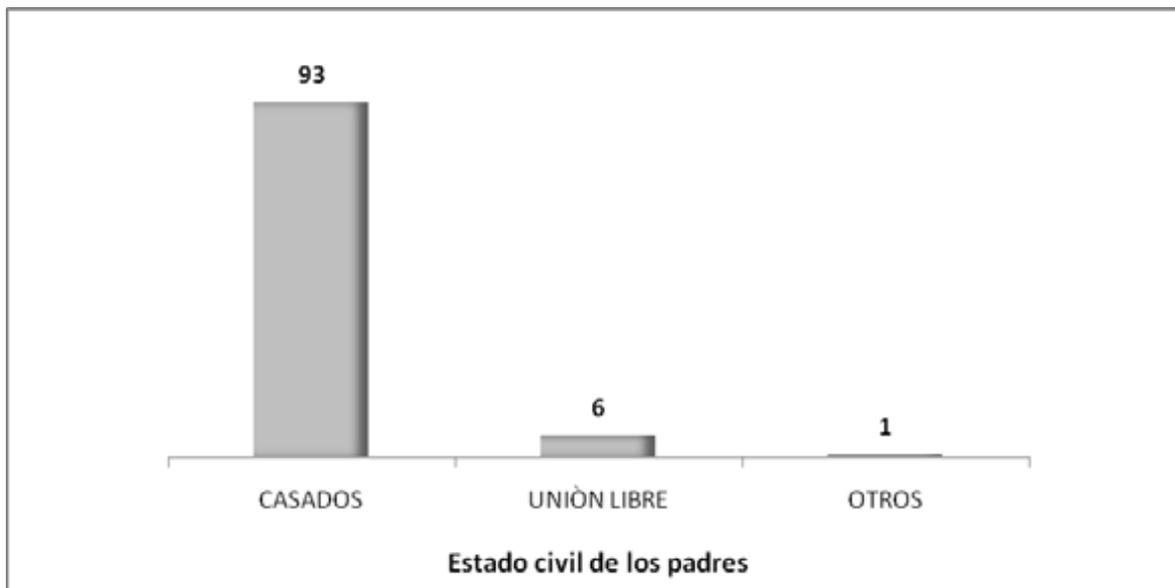
**GRAFICA 3**

**FUENTE: SM-10.** En lo referente a los motivos de consulta subsecuente encontramos a la HAS, 789, diabetes Mellitus, colon irritable.

## ESTADO CIVIL DE LOS PADRES

TABLA 4

ESTADO CIVIL	NÚMERO	PORCENTAJE
CASADOS	93	
UNIÓN LIBRE	6	
OTROS	1	
<b>TOTAL:</b>	<b>100</b>	



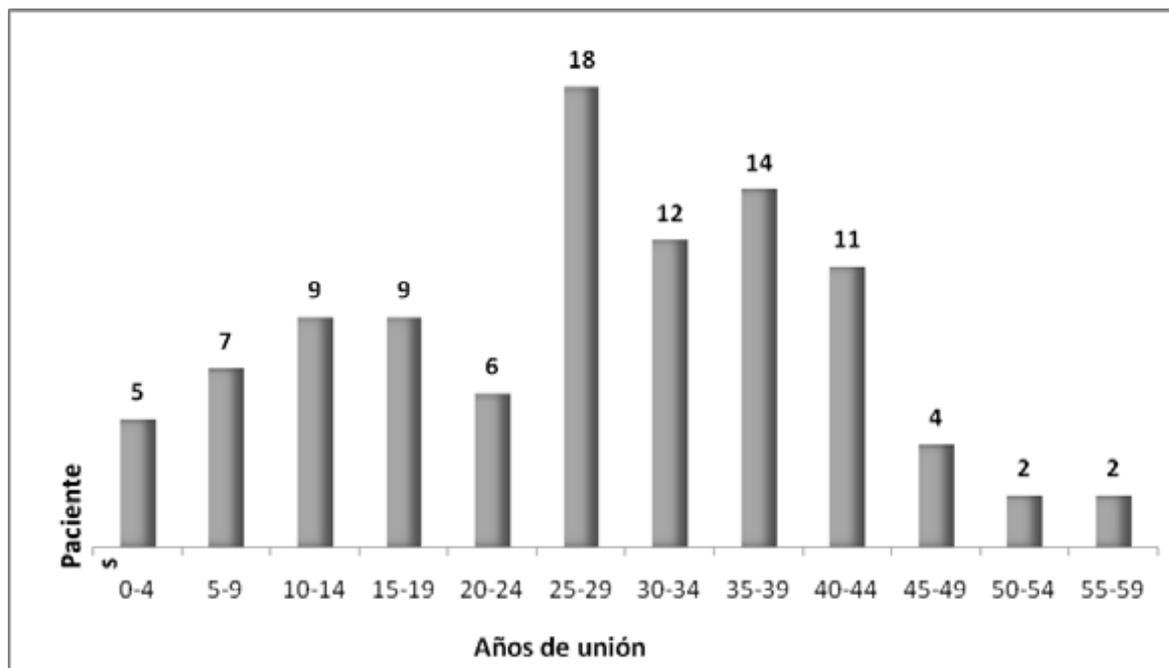
GRÁFICA 4

**FUENTE: CEBIF**

De las 100 familias encuestadas, su estado civil, fue 93. (1 93%) casados; unión libre, 6. (6%); otros, 1. (1%)

**AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL**  
**TABLA 5**

<b>AÑOS DE UNIÓN</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0-4	5	5
5-9	7	7
10-14	9	9
15-19	9	9
20-24	6	6
25-29	18	18
30-34	12	12
35-39	14	14
40-44	11	11
45-49	4	4
50-54	2	2
55-59	2	2
<b>TOTAL:</b>	<b>99</b>	<b>100</b>



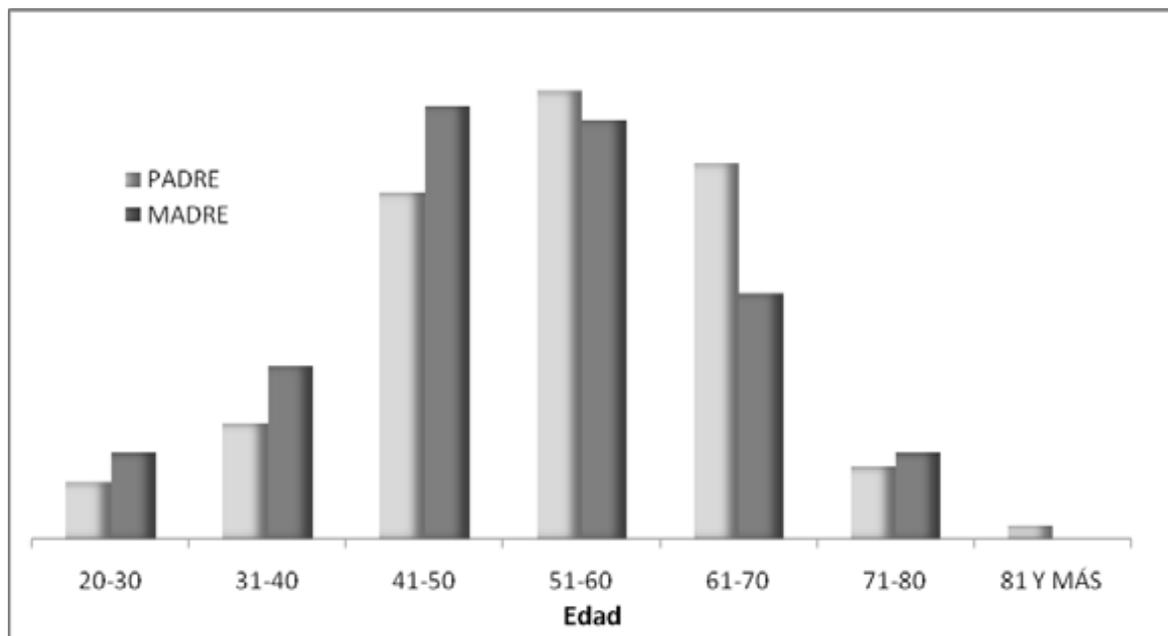
**GRÁFICA 5**

**FUENTE: CEBIF**

El porcentaje más elevado es de 25 a 29 años, son de 18. (18%) y el menor, de 50 a 54 Años, con 2. (2%), con un promedio de 27.07, mediana de 27.0, moda 25, desviación estándar 13.28

**EDAD DE LOS PADRES**  
**TABLA 6**

EDAD	PADRE		MADRE	
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE
20-30	4	4	6	6
31-40	8	8	12	12
41-50	24	24	30	30
51-60	31	31	29	29
61-70	26	26	17	17
71-80	5	5	6	6
81 Y MÁS	1	1	0	0
<b>TOTAL:</b>	<b>99</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



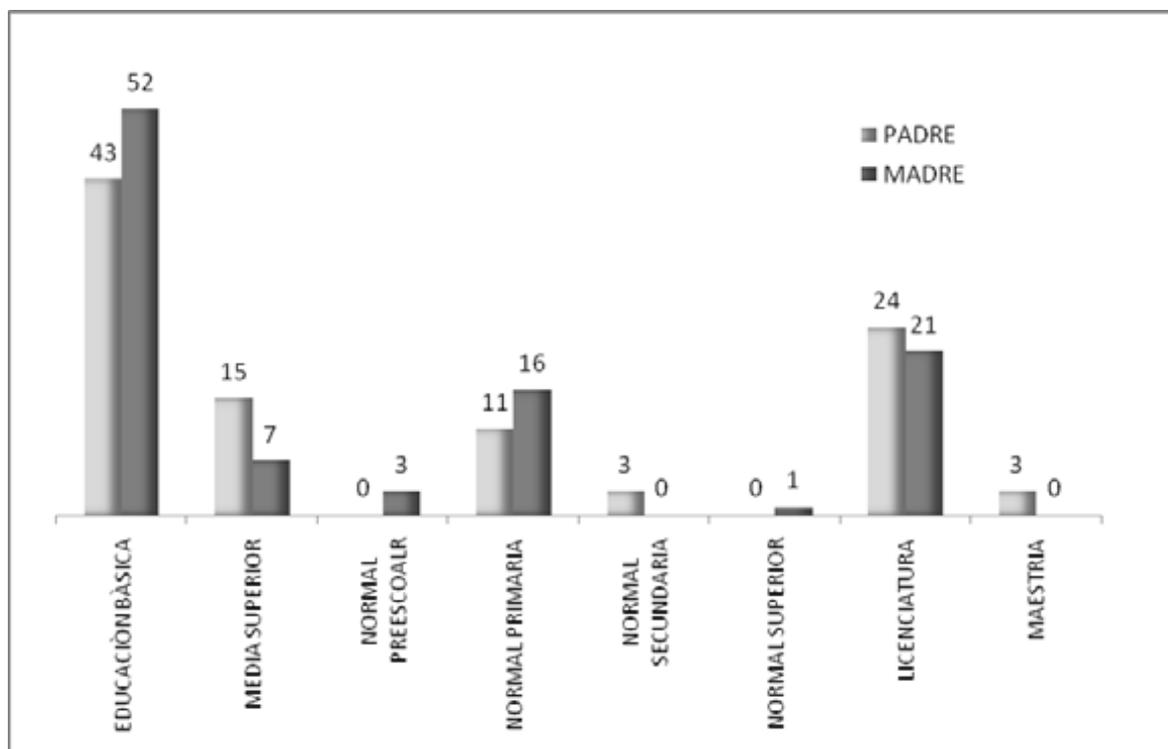
**GRÁFICA 6**

**FUENTE: CEBIF**

Se encontró que la edad promedio materna y paterna es de 55 a 60 años. Promedio de 54.1, mediana de 54, moda de 50, desviación estándar 12.4.

**ESCOLARIDAD DE LOS PADRES**  
**TABLA 7**

ESCOLARIDAD	PADRE		MADRE	
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE
EDUCACIÓN BÁSICA	43	43	52	52
MEDIA SUPERIOR	15	15	7	7
NORMAL PREESCOALR	0	0	3	3
NORMAL PRIMARIA	11	11	16	16
NORMAL SECUNDARIA	3	3	0	0
NORMAL SUPERIOR	0	0	1	1
LICENCIATURA	24	24	21	21
MAESTRÍA	3	3	0	0
<b>TOTAL:</b>	<b>99</b>	<b>100</b>	<b>99</b>	<b>100</b>



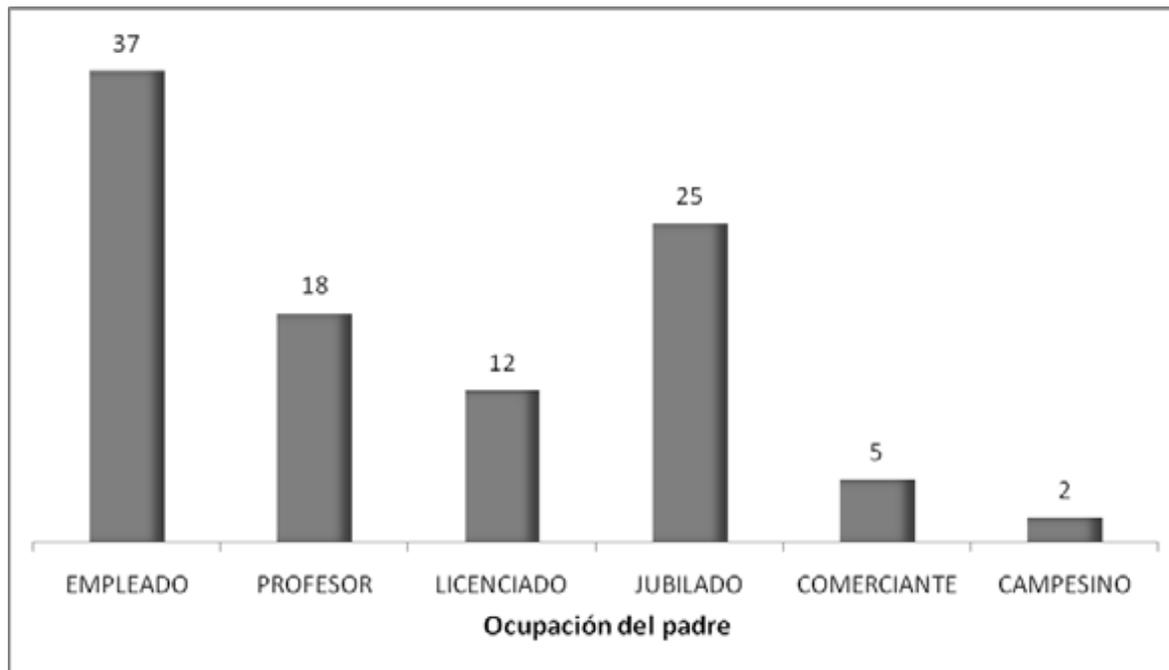
**GRÁFICA 7**

**FUENTE: CEBIF**

Hay predominio de educación básica en la mujer con 52. (52%) y en el hombre, licenciatura con 12. (12%).

**OCUPACIÓN DEL PADRE**  
**TABLA 8**

<b>OCUPACIÓN</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
EMPLEADO	37	37
PROFESOR	18	18
LICENCIADO	12	12
JUBILADO	25	25
COMERCIANTE	5	5
CAMPESINO	2	2
<b>TOTAL:</b>	<b>99</b>	<b>100</b>



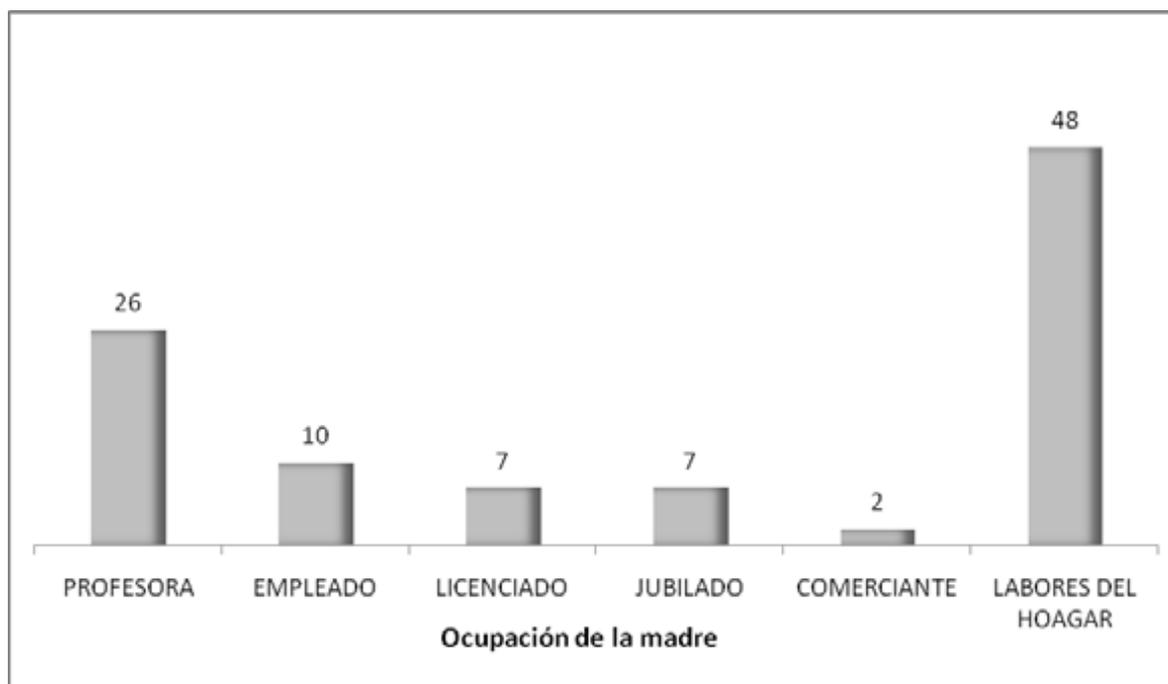
**GRÁFICA 8**

**FUENTE: CEBIF**

En la ocupación, predominan empleados con el 37 (37%) seguido de jubilados con el 25 (25%) y licenciatura, 12 (12%).

**OCUPACIÓN DE LA MADRE**  
**TABLA 9**

<b>OCUPACIÓN</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
PROFESORA	26	26
EMPLEADO	10	10
LICENCIADO	7	7
JUBILADO	7	7
COMERCIANTE	2	2
LABORES DEL HOAGAR	48	48
<b>TOTAL:</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



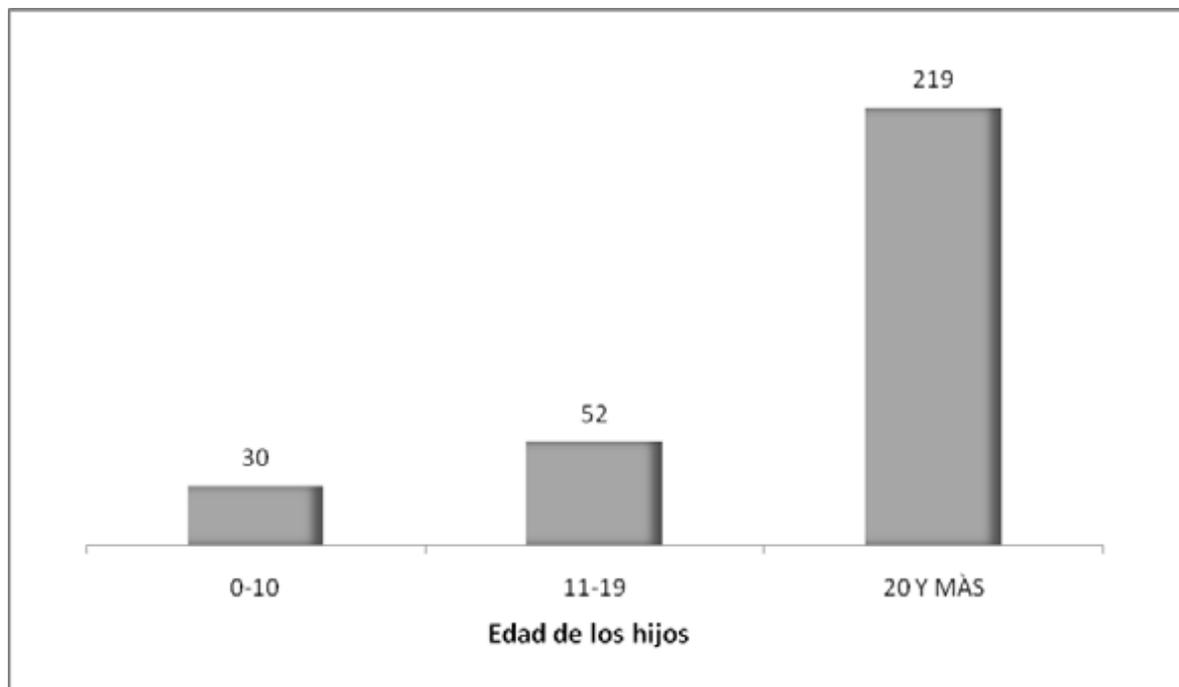
**GRÁFICA 9**

**FUENTE: CEBIF**

En la ocupación materna sobresale labores del holgar con 48 (48%), profesores 26 (26%) licenciatura y jubiladas, 7 (7%).

**NÚMERO DE HIJOS POR EDAD**  
**TABLA 10**

<b>EDAD</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0-10	30	10
11-19	52	17
20 Y MÀS	219	73
<b>TOTAL:</b>	<b>301</b>	<b>100</b>



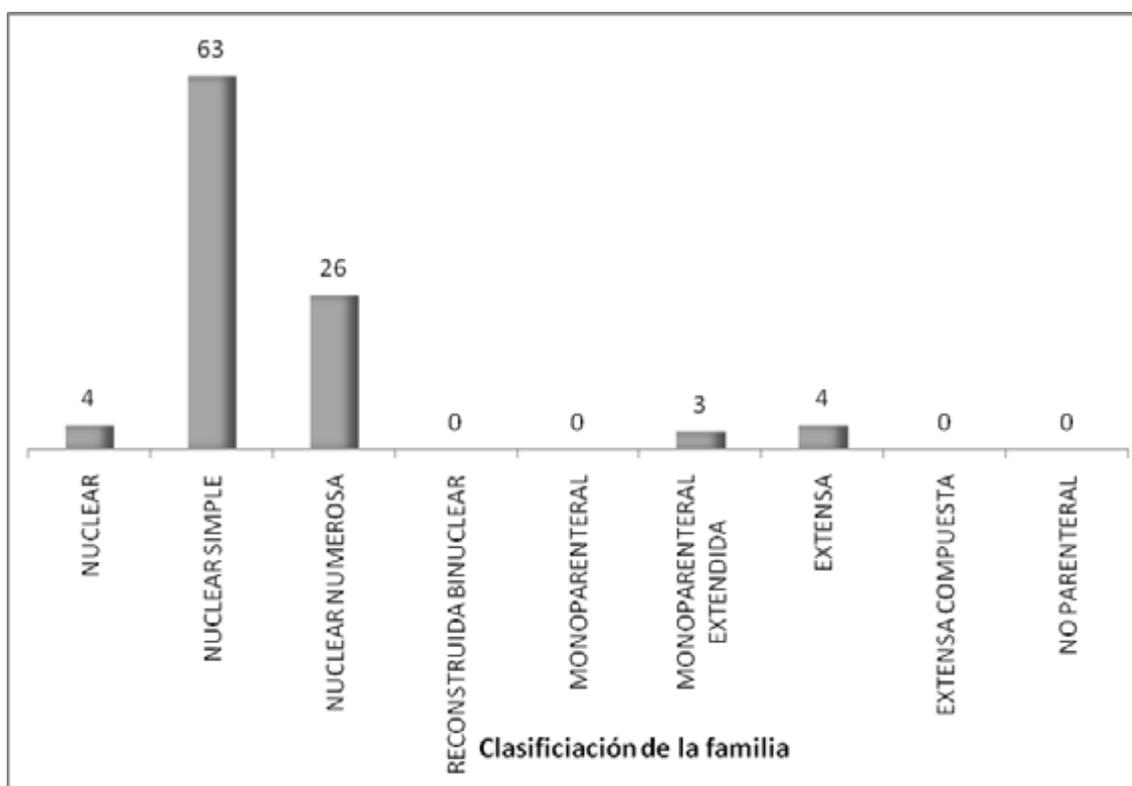
**GRÁFICA 10**

**FUENTE:CEBIF**

Hay predominio de 20 y más y corresponde con 219 (73%) de 11 a 19 años, es de 52 (17%) Y de 0 a 10, 30 (10%). Promedio de 3.01, mediana , 3 y moda 3.

**CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA SEGÚN POR PARENTESCO**  
**TABLA 11**

<b>PARENTESCO</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
NUCLEAR	4	4
NUCLEAR SIMPLE	63	63
NUCLEAR NUMEROSA	26	26
RECONSTRUIDA BINUCLEAR	0	0
MONOPARENTAL	0	0
MONOPARENTAL EXTENDIDA	3	3
EXTENSA	4	4
EXTENSA COMPUESTA	0	0
NO PARENTAL	0	0
<b>TOTAL:</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



**GRÁFICA 11**

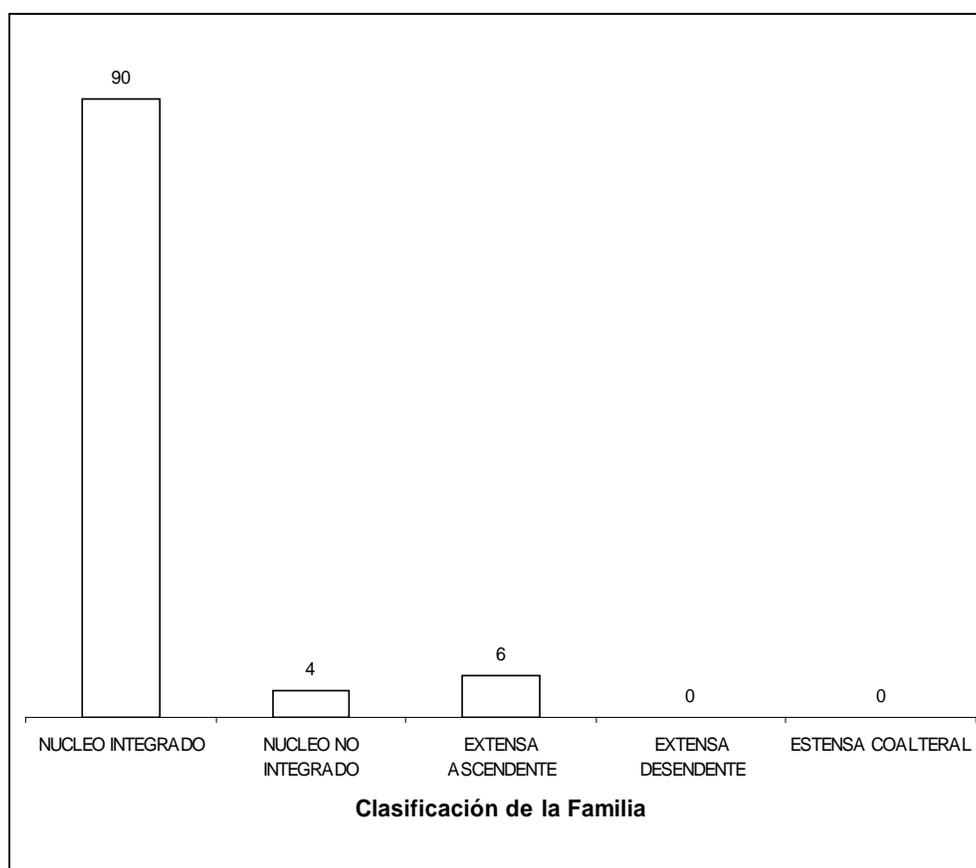
**FUENTE:CEBIF**

El 63 (63%) corresponde a nuclear simple, nuclear numerosa con 26 (26%); nuclear 4 (4%); extensa, 4 (4%); monoparental extendida, 3 (3%)

**CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA CON BASE EN  
LA PRESENCIA FÍSICA Y CONVIVENCIA**

**TABLA 12**

<b>PRESENCIA FISICA Y CONVIVENCIA</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
NUCLEO INTEGRADO	90	90
NUCLEO NO INTEGRADO	4	4
EXTENSA ASCENDENTE	6	6
EXTENSA DESENDENTE	0	0
ESTENSA COALTERAL	0	0
<b>TOTAL:</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



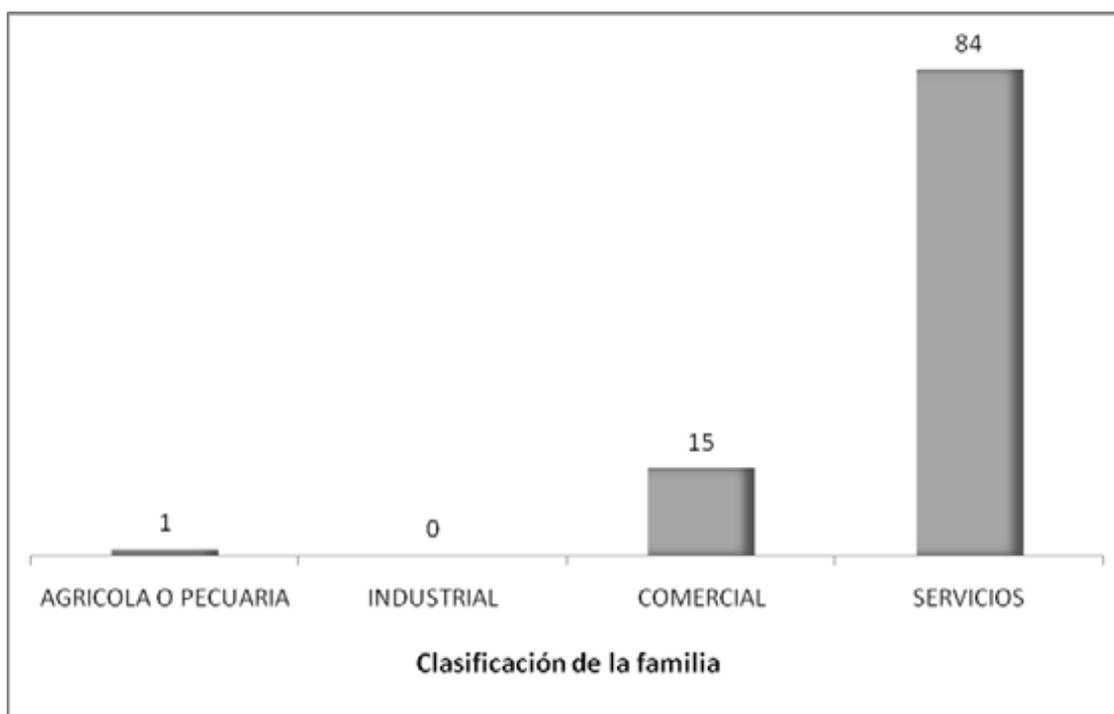
**GRÁFICA 12**

**FUENTE: CEBIF**

Encontramos núcleo integrado de 90 (90%); extensa ascendente, 6 (6%) y 4 (4%) de Núcleo no integrado.

**CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA CON BASE EN  
SUS MEDIOS DE SUBSISTENCIA  
TABLA 13**

<b>SUBSISTENCIA</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
AGRICOLA O PECUARIA	1	1
INDUSTRIAL	0	0
COMERCIAL	15	15
SERVICIOS	84	84
<b>TOTAL:</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



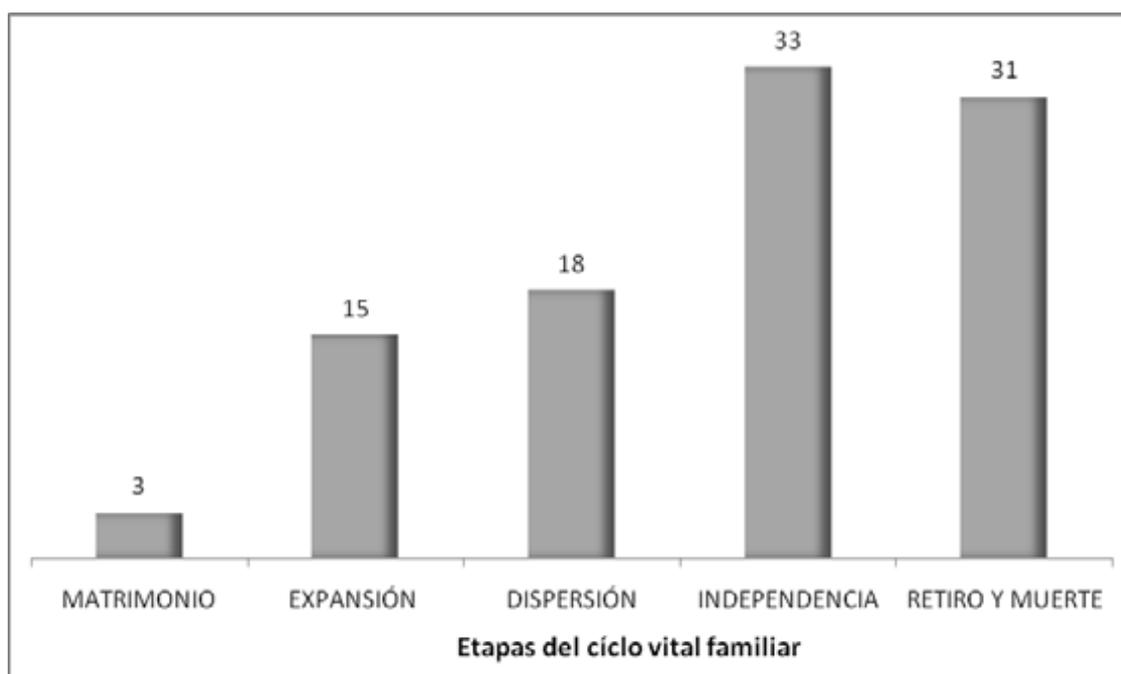
**GRÁFICA 13**

**FUENTE:CEBIF**

Con base a sus medios de subsistencia, son de servicios, 84 (84%), comercial 15 (15%); y agrícola ó pecuaria 1 (1%).

**ETAPAS DEL CÍCLO VITAL FAMILIAR**  
**TABLA 14**

<b>ETAPAS</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
MATRIMONIO	3	3
EXPANSIÓN	15	15
DISPERSIÓN	18	18
INDEPENDENCIA	33	33
RETIRO Y MUERTE	31	31
<b>TOTAL:</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



**GRÁFICA 14**

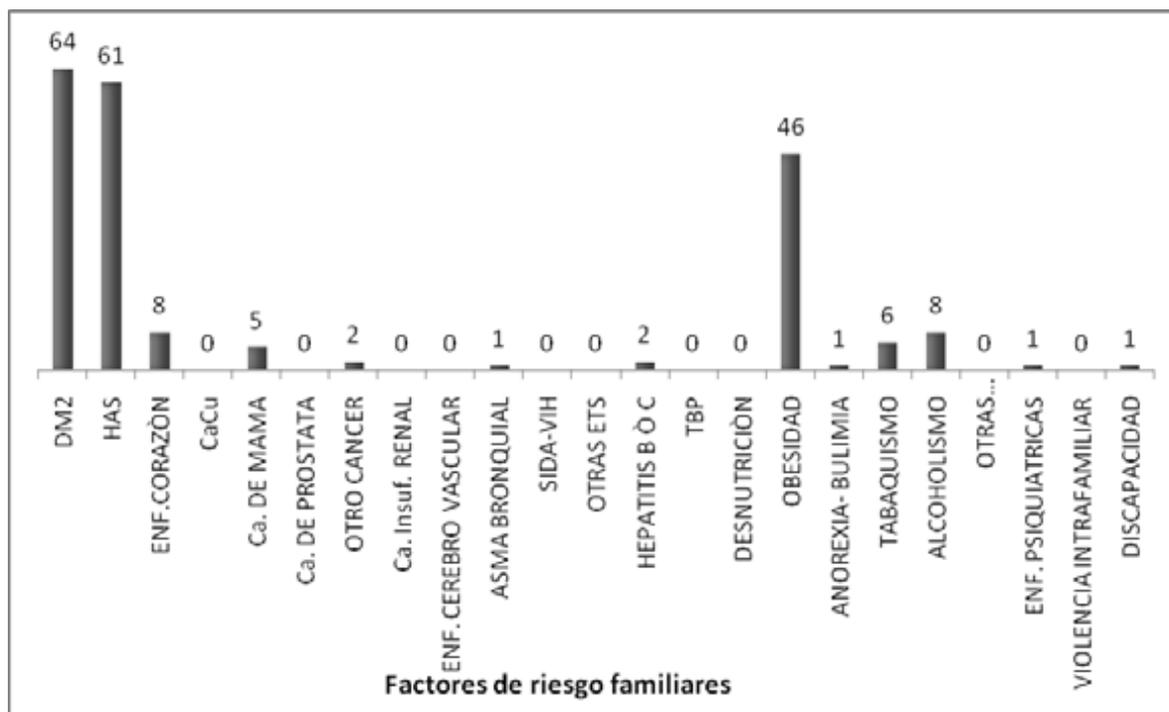
**FUENTE: CEBIF**

Se distingue que el 33 (33%) en la etapa de independencia con el mayor porcentaje. Le sigue retiro y muerte con 31 (31%); dispersión, 18 (18%); expansión, 15 (15%) y etapa de matrimonio, 3 (3%)

**IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGOS FAMILIARES**  
**TABLA 15**

<b>FACTORES DE RIESGO</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
DM2	64	31
HAS	61	30
ENF.CORAZÒN	8	4
CaCu	0	0
Ca. DE MAMA	5	2
Ca. DE PROSTATA	0	0
OTRO CANCER	2	1
Ca. Insuf. RENAL	0	0
ENF. CEREBRO VASCULAR	0	0
ASMA BRONQUIAL	1	0
SIDA-VIH	0	0
OTRAS ETS	0	0
HEPATITIS B Ò C	2	1
TBP	0	0
DESNUTRICIÒN	0	0
OBESIDAD	46	22
ANOREXIA- BULIMIA	1	0
TABAQUISMO	6	3
ALCOHOLISMO	8	4
OTRAS FARMACODEPENDENCIAS	0	0
ENF. PSIQUIATRICAS	1	0
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	0	0
DISCAPACIDAD	1	0
<b>TOTAL:</b>	<b>206</b>	<b>100</b>

## IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGOS FAMILIARES



**GRÁFICA 15**

**FUENTE: CEBIF**

Se identificó la diabetes mellitus con 64.0 (31%), es el mayor porcentaje; le sigue HAS, con 61 (30%); obesidad, 46 (22%); alcoholismo, 8 (5%); enfermedades del corazón, 8 (4%); tabaquismo, 6 (3%); Ca de mama, 5 (2%); hepatitis B ó C, 2 (1%); otro cáncer, 2 (1%); asma bronquial, 0 (0%).

## DISCUSION

Al realizar el estudio a los usuarios adscritos al consultorio 12, zona 1, encontramos los siguientes resultados:

- **La tabla poblacional** en número total es de 3 350 pacientes, con predominio por el sexo femenino. Lo cual concuerda con lo reportado en otros estudios en donde es evidente que las personas del género femenino acuden más frecuentemente a la consulta, ya que aceptan más fácilmente la fragilidad ante la enfermedad, no así los del género masculino debido o bien que no se les permite salir de su trabajo para acudir a los servicios de salud, o bien la enfermedad la perciben como una debilidad en una sociedad donde aún están muy estereotipados los roles de género. Los resultados de la investigación a través de la aplicación del MOSAMEF, de las 10 primeras causas de consulta fueron infecciones de enfermedades gastrointestinales, infección de vías urinarias, migrañas, parasitosis, hipertensión arterial sistémica y dislipidemias. La presencia de colon irritable es de llamar la atención ya que esta enfermedad está asociada con niveles altos de stress, y observamos que existe en un alto grado de profesionistas.

El colon irritable en estas últimas décadas ha alcanzado una importante significación, ya que este síndrome de intestino irritable, como también se le conoce, se hace más presente en la población urbana y en una sociedad altamente competitiva destacándose más en el género femenino. La mujer, en estos últimos años se ha visto obligada a participar o asumir totalmente el costo de la producción de la fuerza de

trabajo, así como en la manutención económica del hogar y trabajo doméstico.

Al compartir estos roles su situación se vincula a estados de stress, ya que este síndrome está vinculado, en la mayoría de los casos, a situaciones emocionales.

En la población en general, de los países occidentalizados, la prevalencia de este síndrome es muy elevada, dado que alcanza el 8-22% de los individuos, aparentemente sanos. En España, la prevalencia de este síndrome varía entre el 3.3 y el 23%. Existe un ligero predominio en las mujeres<sup>19</sup> En 1997, el Comité de Práctica de la Asociación Americana de Gastroenterología, reportó que la prevalencia del síndrome de intestino irritable era de 5 a 25%<sup>20</sup> En México, algunos investigadores estiman que la prevalencia en la población abierta es de 18%, como sucede en el servicio de gastroenterología del Hospital General de México, porcentaje establecido en el seguimiento durante tres años de 347 consultas en la que se encontraron 80 casos que cumplía con los criterios para diagnosticar síndrome de intestino irritable, lo que equivale al 23.5%.<sup>20</sup>

Referente a las lumbalgias, datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que el 80% de la población mundial llega a padecer lumbalgias en algún momento de su vida. Es uno de los trastornos que se presenta con mayor frecuencia en la práctica de atención primaria, ocupa el segundo lugar, sólo después del resfriado común, con una incidencia anual del 5% y una prevalencia

en toda la vida del 60 al 90%. El dolor lumbar es la principal causa de discapacidad en Estados Unidos de Norteamérica.<sup>21</sup>

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, los trastornos del dorso y lumbares ocupan el séptimo lugar de los motivos de consulta en el primer nivel de atención. Se registró como la quinta causa de accidentes de trabajo en el año 2000.

De las diez primeras causas subsecuentes, las enfermedades crónicas degenerativas predominan HAS y diabetes; vuelve a ocupar un lugar importante las lumbalgias.

- **El estado civil** de los padres, el 90% corresponde a casados, un porcentaje elevado. En Puebla se observa que la sociedad aun es muy conservadora, ya que en unión libre encontramos el 6% y prácticamente no identificamos divorcios, probablemente esto se deba a la situación ideológica, política, económica y social, tradicional. Con este dato se confirma al analizar los años de unión conyugal donde observamos que esta población cuenta con un promedio de 27 años.
- **Edad de los padres** la analizaremos conjuntamente, ya que estas variables están relacionadas. Por lo que respecta al padre el promedio de edad es de 54.1% y en la madre, de 51.2%, con una diferencia de tres años aproximadamente entre cónyuges. Esta diferencia nos permite deducir que la pareja lleva implícita una serie de esquemas que se manejan en la sociedad; una de ellas es la edad, que al casarse debe ser mayor el hombre que la mujer. Este comportamiento nos ratifica los patrones tradicionales de esta sociedad conservadora. A nivel nacional, la edad media del hombre es de 40 años y en la mujer de 36 años. La

diferencia de edad entre el hombre y la mujer cónyuge es de tres años a nivel nacional. Pero en Puebla esta diferencia es de cuatro años, por lo que el estudio demuestra que no estamos alejados del porcentaje nacional.

- **Ocupación de los padres**, en este rubro el porcentaje más elevado es (37%) que corresponde a la categoría de empleados, seguido de los jubilados (25%), por otra parte en lo referente a la ocupación de la madre, el 48% se dedica a las labores del hogar y el 26% como profesoras. Observamos un alto porcentaje de pacientes jubilados y otro en vías de serlo. En esta etapa de la vida se enfrenta una serie de problemas como el paso de la actividad a la inactividad, el rechazo, la soledad y estados depresivos, así como la presencia de enfermedades crónico-degenerativas, para las cuales el individuo y la familia deben de estar preparados y el médico debería de identificar factores de riesgo y los protectores para un envejecimiento exitoso.
- **Escolaridad de los padres**, en este rubro la educación básica ocupa en 46% y licenciatura el 24%, para el padre y para la madre, la educación básica es de 52% y licenciatura, 21%. Muchos de nuestros pacientes son profesores y profesionistas, pero el otro extremo se encuentra en la categoría trabajadores en de los servicios del estado, los cuales no han tenido la oportunidad de incrementar o elevar su nivel de estudios, de tal manera que la población adscrita al consultorio tiene dos extremos, esto hay que considerarlo para los programas de educación para la salud.

- **Número de hijos**, en esta variable se encuentra un promedio y una mediana del 3.0% hijos por cada núcleo familiar. En México el promedio es de 2.4% y varía de acuerdo a cada entidad federativa. En Puebla, es de 2.6%, no estamos alejados del promedio nacional, esto se debe al éxito de los programas de planificación instituidos en la década de los años 70.
- **Clasificación de familia, según parentesco**, el 63% corresponde a familias nucleares simples y el 26% a nucleares numerosas. A nivel nacional son familias nucleares el 73% y el Puebla es del 70% familias nucleares.
- **Con base a la presencia física y convivencia**, vemos que el estudio proyecta un alto porcentaje del 90% y corresponde al núcleo integrado.
- **Con base en los medios de subsistencia**, la actividad principal en este estudio señala a los bienes y servicios y le corresponde el 84%. Esta actividad económica se encuentra muy ligada a la burocracia en sus diferentes áreas y al magisterio, característico de los usuarios de los servicios de salud del estado.
- **Etapas del ciclo vital familiar**, hay dos fases que predominan en este estudio, la etapa de independencia le corresponde el 33% y la fase de la de retiro y muerte el 31%. En la fase de independencia, es una etapa los hijos se han ido a realizar nuevos proyectos o bien a formar una nueva familia, buscando su propia independencia, cumpliendo con la función de socialización, Respecto a la fase de retiro y muerte, se enfrentan a la vejez y sus grandes complejidades llenas de situaciones

enigmáticas y la muerte, que es el más grande de los imponderables y perturbador, encontrándose a un solo paso de ella.

- **Factores de riesgo.** En este estudio se combinan diferentes factores de riesgo, como son la diabetes mellitus con el 31%, hipertensión arterial sistémica, 31% y obesidad, 22%. La incidencia y la prevalencia de la diabetes mellitus aumenta rápidamente en Puebla, uno de cada 10 adultos padece diabetes, pero la situación se agrava entre menores de edad, pues de cada 100 infantes entre 60 y 70, padecen problemas de obesidad y por lo tanto están en riesgo de padecer esta enfermedad metabólica. Se asocian estrechamente hipertensión arterial, obesidad y diabetes. El resultado de este estudio demuestra la vulnerabilidad de la población que esta en relación a esta patología crónico-degenerativa, ya sea por la carga genética o por vía nutricional.

El manejo extenso y adecuado de estos factores de riesgo involucrados en esta problemática, traerán como beneficio ayudar a reducir el riesgo elevado que actualmente se observa en esta población de usuarios.

## CONCLUSIONES

Se cumplieron los objetivos de esta investigación

- Las características de la población son un total de 3 350 pacientes: sexo femenino, 2 468 y masculino, 888.
- El mayor número de pacientes se encuentran por arriba de los 60 años.
- Acuden a la consulta más personas del sexo femenino que del masculino.
- Los motivos de consulta de primera vez predominan la infección de vías respiratorias altas y en la subsecuente la hipertensión arterial y diabetes mellitus
- El estado civil de los padres predomina los casados.
- En los años de unión conyugal, el rango es de 25 a 29 años.
- La edad de los padres, el mayor porcentaje es de más de 50 años.
- La escolaridad de los padres, prevalece la educación básica.
- Respecto a la educación, son empleados en el padre y en la madre, profesoras.
- El número de hijos por edad, predominan de 20 años en adelante.
- En las características sociodemográficas, encontramos el tipo de familia, en estos pacientes es nuclear simple y nuclear integrada.
- Referente a la subsistencia, predominan los servicios.
- En la etapa del ciclo vital prevalece la fase de independencia.
- Factores de riesgo, sobresalen las enfermedades crónico-degenerativas como la hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus.
- El terminar este trabajo me permite hacer una reflexión con respecto a mi práctica profesional y comprometerme a mejorar mi capacitación médica con el objetivo de dar una atención integral, realizar actividades a promover la salud

en mis pacientes, utilizar los recursos disponibles en la unidad como grupos de apoyo, equipo multidisciplinario.

- Sugerencias: difundir el trabajo para poder dar a conocer las bondades del MOSAMEF. Realizar mayores actividades preventivas a fin de modificar los factores de riesgo encontrados.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Curso de especialización en medicina familiar para médicos familiares. Vol. 1, enero de 1964. ISSSTE-UNAM, pp. 1, 2, 30.
2. Méndez Goncálvez, RB, Medicina e Historia, primera edición en español. Ed. Siglo XXI, 1984, pp. 12, 13.
3. Crónica de la Medicina. Ed. Intersistemas, segunda edición, septiembre de 1964, pp. 240, 241.
4. Pérez Tamayo, R. El concepto de enfermedad. Tomo II, Ed. CONACYT, FCE, pp. 8, 13.
5. Cárdenas De la Peña, E. Medicina familiar en México. IMSS. México, 1954, pp. 21, 25, 30, 31, 37, 40, 79, 80, 81, 82, 87.
6. Galindo Barrientos, R. Plan único de especializaciones médicas (Medicina familiar). Pp. 5, 6.
7. Irigoyen Coria, A. Fundamentos de Medicina Familiar, 3ª. Edición. Ed. Medicina Familiar Mexicana, 1995. pp. 13, 14.
8. Revista Nueva Antropología, A. C. Centro de Investigaciones Superiores del Instituto Nacional de Antropología e Historia. Año II, núm. 7, México, diciembre de 1977, pp. 7, 9.
9. Lacan, Jacques. La familia. Ed. Argonauta, 3ª. Edición 1987, Buenos Aires, p. 16.
10. Irigoyen Coria, A. Nuevos fundamentos de medicina familiar. Ed. Medicina Familiar Mexicana, 2004, 2ª. Edición, pp. 13, 130, 147, 153, 154, 156.

11. Irigoyen Coria, A. Fundamentos de Medicina Familiar, 3ª. Edición. Ed. Medicina Familiar Mexicana, 1995, pp. 13, 14.
12. Las Familias Mexicanas. INEGI 2ª. Edición, febrero de 1999, p. 2.
13. Velasco Campos, M. L. Sinibaldi Gómez, J: F. Manejo del enfermo crónico y su familia. Ed. Manual Moderno 2001, p.
14. Irigoyen Coria, A. Guía Práctica para la elaboración de estudios de salud familiar. Ed. Medicina Familiar Mexicana, 3ª. Edición 2006, pp. 23, 24, 27.
15. Irigoyen Coria, A. Guía Práctica para la elaboración de estudios de salud familiar. Ed. Medicina Familiar Mexicana, 2ª edición 2004, pp. 139, 146, 156, 159.
16. Tapia Conyer R. Salud Pública, 2ª. Edición. Ed. Intersistemas 2006, pp. 221, 558, 559, 599, 643.
17. INEGI. Cuaderno No. 20. Estadística del Sector Salud y Seguridad Social edición 2003, p. 39
18. INEGI. Anuario de Estadística Puebla Tomo 1, edición 2007, p. 427
19. Rodes Teinidor, J. y cols. Medicina Interna 2da. Edición. Ed. Masson. Barcelona, España 2004, pp. 13, 21.
20. Córdova Pluma, Víctor Hugo y cols. Medicina Interna Mex. Ed. Revista Médica Mexicana, Vol. 24 núm. 2, marzo-abril de 2008 p. 121.
21. South Paul, J y cols. Diagnostico y Tratamiento en Medicina Familiar. Ed. Manual Moderno, México, 2004, p. 293
22. Reyes Morales, H. y cols. Guías de Prácticas Clínicas para Medicina Familiar. Ed. Manual Moderno, México, 2004, p. 213.

## ANEXOS

### CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

Familia \_\_\_\_\_ No. Exp. del informante \_\_\_\_\_

#### DATOS GENERALES DE LA FAMILIA:

Edo. Civil de los padres: Casados ( ) Unión libre ( ) Otro ( )

Años de unión conyugal: \_\_\_\_\_

Edad del padre: \_\_\_\_\_ Edad de la madre: \_\_\_\_\_

Ocupación del padre: \_\_\_\_\_

Ocupación de la madre: \_\_\_\_\_

Escolaridad del padre: \_\_\_\_\_

Escolaridad de la madre: \_\_\_\_\_

Número de hijos (hasta de 10 años de edad) \_\_\_\_\_

Número de hijos (de 11 a 19 años de edad) \_\_\_\_\_

Número de hijos (de 20 o más años de edad) \_\_\_\_\_

TOTAL: \_\_\_\_\_

#### CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA: MARQUE CON UNA EQUIS (X)

##### A) PARENTEZCO:

Nuclear ( ) Nuclear simple ( ) Nuclear numerosa ( )

Reconstruida (binuclear) ( ) Monoparental ( )

Monoparental extendida ( ) Extensa ( ) Extensa compuesta ( )

No parental ( )

B) SIN PARENTEZCO: Monoparental extendida sin parentesco ( )

Grupos similares a familias ( )

##### C) CON BASE EN LA PRESENCIA FÍSICA Y CONVIVENCIA:

Núcleo integrado ( ) Núcleo no integrado ( )

Extenso ascendente ( ) Extensa descendente ( )

Extensa colateral ( )

##### D) ESTILOS DE VIDA ORIGINADOS POR CAMBIOS SOCIALES:

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

Parejas homosexuales con hijos adoptivos ( ) Familia Grupal ( )

Familia comunal ( ) Poligamia ( )

E) CON BASE EN SUS MEDIOS DE SUSBSISTENCIA:

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

F) ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR:

Matrimonio ( ) Expansión ( ) Dispersión ( )

Independencia ( ) Retiro y muerte ( )

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO FAMILIARES

<b>Factor de riesgo</b>	<b>Padre</b>	<b>Madre</b>	<b>Hijos</b>	<b>Abuelos</b>	<b>Tíos</b>
DM2					
HAS					
Enfs. Corazón					
Cacu					
Ca mama					
Ca Próstata					
Otro cáncer					
Insuf. Renal					
Enf. Cerebro vascular					
Asma bronquial					
Sida/VIH					
Otra ETS					
Hepatitis B o C					
TBP					
Desnutrición					
Obesidad					
Anorexia/bulimia					
Tabaquismo					
Alcoholismo					
Otra farmacodep.					
Enfs. Psiquiátricas					
Violencia intrafamiliar					
Discapacidad					
Riesgo ocupacional					