

**CARACTERISTICAS DE LAS FAMILIAS USUARIAS, FACTORES DE RIESGO Y
PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EN EL CONSULTORIO No. 11 TURNO
VESPERTINO DE LA CLINICA VALLE DE ARAGON DEL ISSSTE EN CD.
NEZAHUALCOYOTL ESTADO DE MEXICO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARIA DE LOS ANGELES MORALES OLVERA

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

DR. RUBEN OSCAR OCHOA GONZALEZ

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
VALLE DE ARAGÓN

DR. FLORENCIO GARCÍA GONZÁLEZ

JEFE ENSEÑANZA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
VALLE DE ARAGÓN

DRA. MA. GUADALUPE GRIJALVA

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

VALLE DE ARAGON, EDO. MÉX.

OCTUBRE DE 2008.



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.

**CARACTERISTICAS DE LAS FAMILIAS USUARIAS, FACTORES DE RIESGO Y
PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EN EL CONSULTORIO No. 11 TURNO
VESPERTINO DE LA CLINICA VALLE DE ARAGON DEL ISSSTE EN CD.
NEZAHUALCOYOTL ESTADO DE MEXICO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARIA DE LOS ANGELES MORALES OLVERA

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

DR. CARLOS LAVALLE MONTALVO

JEFE INTERINO DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN

DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M

VALLE DE ARAGON, EDO. MÉX.

OCTUBRE 2008

RESUMEN

OBJETIVO: Conocer las características, los factores de riesgo, y las causas más frecuentes de consulta de las familias usuarias del consultorio No. 11 de la clínica de medicina familiar Valle de Aragón, aplicando un modelo de atención sistemático en medicina familiar (MOSAMEF).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se seleccionaron 120 familias por muestreo no aleatorio y se les aplicó una encuesta (cédula de identificación familiar CEBIF). Los datos incluidos fueron: estado civil, estructura familiar, ciclo vital de la familia, factores de riesgo, ocupación y escolaridad. Se estudiaron las hojas de informe diario del médico para identificar las causas más frecuentes de consulta en un periodo del 01 junio 2007 al 31 de julio 2008.

Los datos se capturaron en una base de datos excell.

RESULTADOS: Se identificó una población de 454 integrantes de las familias encuestadas donde predominó el sexo femenino y el grupo de edad de 55-59 años. Los factores de riesgo identificados para estas familias fueron: diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedades del corazón.

Las principales causas de consulta fueron las infecciones de vías respiratorias altas, hipertensión arterial y diabetes mellitus. Se describen el estado civil, la .los miembros de la familia.

CONCLUSIONES: La mayoría de las familias pertenecen al grupo de familias nucleares, encontrándose en fase de dispersión y de retiro la mayor parte de ellas. La ocupación predominante fue estudiante y la escolaridad promedio es de profesional.

Sus factores de riesgo para enfermedad y las principales causas de consulta en las familias encuestadas permiten desarrollar estrategias de salud para prevenir complicaciones ó limitar daños a la salud.

PALABRAS CLAVE: Medicina familiar, familia, MOSAMEF

SUMMARY

Objective: To know the characteristics, the risk factors, and the consults causes, of the user families of 11 consulting room, of the Aragon Valley Family Medicine Clinic. Applying an attention model in family medicine (MOSAMEF)

METHODS AND MATERIALS

An inquiry in a selection of 120 families no random sampling was applied (CEBIF family identification document).

The included data where the following: civil state, family structure, vital cycle, risk factors, occupation and schooling. The daily inform sheets of doctor were studied to identification the more common causes of consulting in the June 1o to July 31 of 2008 period. The data base was captured in excel.

RESULTS

It identifies a population of 454 members of inquired families, where the majority was female and 55 - 59 years old. The risk factor identified for these families were diabetes mellitus, hypertension and heart diseases.

The principal causes of consulting were infection of high respiratory ways, hypertension and diabetes mellitus. It describes the civil state structure and vital family cycle, schooling occupation and relationship of member's family.

CONCLUSIONS

The majority of families belong to a nuclear families group in dispersion and retirement phase the majority of them. The usual occupation was student with professional as average schooling. The risk factors for diseases and principal causes of consulting of inquiry families let to develop health strategies to prevent complications or limitate health damages.

Key words: Family medicine, family, MOSAMEF.

ÍNDICE

1.	Marco teórico.....	1
1.1	Antecedentes Medicina Familiar.....	1
1.1.1	Definición Medicina Familiar.....	5
1.1.2	Definición Médico familiar.....	6
1.2	Perfil del Médico Familiar.....	7
1.3	Familia.....	8
1.3.1	Conceptos de Familia.....	9
1.3.2	Clasificaciones de las Familias.....	10
1.3.3	Ciclo vital de la Familia.....	12
1.3.4	Etapas en su Desarrollo.....	13
1.3.5	Funciones de la Familia.....	14
1.3.6	Dinámica Familiar.....	15
1.3.7	Definición de Salud Familiar.....	15
1.3.8	Función Familiar.....	15
1.4	APS Atención Primaria a la Salud.....	15
1.5	Enfoque de Riesgo.....	17
1.6	APOC Atención Primaria Orientada a la Comunidad.....	19
1.6.1	Definición APOC.....	19
1.6.2	Origen y Desarrollo Histórico.....	19
1.6.3	Filosofía de la APOC.....	19
1.6.4	Metodología de la APOC.....	20
1.6.5	Análisis de la Situación de Salud.....	20

1.7	Mosamef.....	21
1.7.1	Antecedentes históricos.....	21
1.7.2	Fundamentos.....	22
1.7.3	Mosamef y el Médico familiar.....	22
1.7.4	Mosamef y la Medicina Familiar.....	23
1.7.5	Antecedentes Sociopolíticos.....	24
1.7.6	Perspectivas.....	24
1.8	Antecedentes del tema y del Problema.....	25
2.0	Planteamiento del Problema.....	29
3.0	Justificación.....	30
4.0	Objetivo General.....	31
4.1	Objetivos Específicos.....	31
5.0	Material y Métodos.....	31
5.1	Tipo de Estudio.....	31
5.2	Diseño del Estudio.....	31
5.3	Población, Lugar y Tiempo.....	33
5.4	Tipo de Muestra.....	33
5.5	Tamaño de la Muestra.....	33
5.6	Criterios de Inclusión.....	34
5.7	Criterios de Exclusión.....	34
5.8	Criterios de Eliminación.....	34
5.9	Variables.....	35
5.10	Método de recolección de la Información.....	37
5.11	Maniobras para evitar ó controlar sesgos.....	38
5.12	Prueba Piloto.....	38

5.13	Diseño estadístico.....	38
5.14	Diseño y Construcción de la Base de Datos.....	39
5.15	Cronograma.....	39
5.16	Consideraciones Éticas.....	40
6.0	Resultados.....	42
7.0	Discusión.....	62
8.0	Conclusiones.....	64
9.0	Referencias Bibliográficas.....	66
10.0	Anexos.....	68

1. MARCO TEORICO

1.1 ANTECEDENTES MEDICINA FAMILIAR

La medicina de familia procede de la rama más antigua de la medicina, que es la Medicina General. La profesión médica, existe desde el siglo XIX. A partir de su origen como medicina científica en la antigua Grecia, se ha ordenado en su labor asistencial, con base en razones sociales y económicas, más que en las médicas.

En la segunda mitad del siglo XIX surgió una necesidad mundial de que el médico general reuniera la atención biopsicosocial con la epidemiológica y administrara en el primer contacto con la población, la oferta del servicio médico. Por lo que la medicina familiar es una respuesta a las necesidades de la población.

El origen de la medicina familiar data de 1948 en el Reino Unido, con el Sistema Nacional de Salud, donde hay un apoyo prioritario a los médicos generales. En Canadá se inicia en 1954 con la formación del Colegio Canadiense de Médicos Familiares, y en 1960 con el Sistema Medicare que es una cobertura universal de salud. En Estados Unidos de América (EUA) se inicia con el reporte Millis en 1966 y el apoyo del gobierno federal a la educación en medicina familiar y atención primaria en universidades.

“Evolución de la Medicina Familiar de acuerdo al esquema de Robert B. Taylor, quién divide a la medicina familiar EUA en tres etapas:

- I. Los años tempranos, los 60's y los 70's, cuando se fundan los postgrados y se trata de insertar la materia de medicina familiar en el pregrado. Muchos de los pioneros fueron médicos de otras especialidades y administradores de salud.
- II. Años de crecimiento y desarrollo, sobre todo académico, son los años 80's y principio de los 90's, donde hay aceptación razonable de la población y de los hospitales.

- III. La época emergente, que se inicia a partir de la década de los 90's, cuando se ha retirado el apoyo gubernamental a la enseñanza de la especialidad de la medicina familiar y no es atractiva para los estudiantes de medicina.”

A nivel mundial, hay países que inician el despegue de la medicina familiar desde los 50's, como México y Canadá, en los EUA y los países de la península de Escandinava; los 70's como Uruguay, España, Sri Lanka, Holanda; los 80's como es el caso de Cuba, Australia y Brasil; en los 90's y el siglo XXI como Chile, Nueva Zelanda, Perú, Italia, Grecia.¹

El siglo XIX fue la era de la medicina general, a mediados del siglo XX inicia la medicina moderna con el surgimiento de las principales especialidades médicas y después de la segunda guerra mundial inicia la superespecialización. En los años setenta con la III reunión especial de ministros de salud en Chile en 1972 inicia lo que sería la atención primaria de salud y la conferencia de Alma-Ata en Rusia en 1978 subraya la importancia de la Atención Primaria de Salud como Estrategia para mejorar la salud de los pueblos con su lema “Salud para Todos en el Año 2000.” En Estados Unidos de América dio lugar a WONCA (The World Organization of National Colleges Academics and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población mundial por medio de la atención médica familiar. En 1983 inicia el movimiento de medicina comunitaria con Florey, la cual se basa en la salud pública y en la administración sanitaria.² En 1943 surge en México el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA); de 1959 a 1967 es el periodo de la medicina científica donde se consolida el modelo de medicina familiar en el IMSS, sigue un periodo de crisis de 1968 a 1979 con el florecimiento de la especialización.³

Para la aparición de la especialidad en medicina familiar fueron determinantes dos informes en la comunidad médica: La Comisión Millis en 1966, formada por técnicos y ciudadanos estadounidenses, que confirmó la fragmentación de atención de la salud; el segundo fue el del Ad Hoc Committee of Education for Family Practice of the American Medical

Association Council on Medical Education, presidido por William R. Willard, que abogó por la formación del médico de familia.

El Colegio de Médicos de Familia de Canadá fue fundado en 1954, y en 1966 se establecen los programas educativos de postgrado en medicina de familia.

En 1969 se aprobó a la Medicina de familia como la vigésima especialidad médica en EEUU. La Sociedad de Profesores de Medicina Familiar de EEUU se crea en 1967.

En Gran Bretaña a finales de los 60, existían varios sistemas de formación postgrado.

En México, la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) percibió esta necesidad y en 1970 inicia el diseño en pregrado de un plan alternativo, que permitiera formar médicos generales de contacto temprano y cercano a la comunidad, con una orientación diferente; por lo que surge en 1971 el Programa de Medicina General Integral, plan A- 36. En 1975 la Facultad de Medicina de la UNAM establece el Departamento de Medicina General familiar y Comunitaria, primero en Latinoamérica.⁴

HISTORIA DE LA MEDICINA FAMILIAR EN MÉXICO

En los años cuarenta, el país basaba su economía en el sector agropecuario; el estímulo político y económico para el sector salud inició en la época del Presidente Plutarco Elías Calles y se materializó con Lázaro Cárdenas, aumentando en el periodo de Ávila Camacho, que es cuando surge el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Es cuando se hace necesario un servicio de servicio de salud para la clase obrera creciente. La ley del IMSS de 1943 establece una protección amplia e innovadora a la familia.

En 1972 se creó un Manual del Sistema Médico Familiar, que planteaba lo siguiente:

- El médico es el eje de la atención médica y debe coordinar el equipo de salud.
- Debe ser el profesional que el país necesita.

- Debe ser un verdadero médico de primer contacto.
- Derivador de casos cuando sea necesario.
- Proporcionar atención médica integral.
- Proyección de los servicios médicos a la comunidad y promover la superación socio-económica de la población.
- Debe ser consejero familiar y educador permanente.
- Debe lograr la participación activa de la población en la solución de los problemas de salud.
- Resolver el 85% de los problemas de salud que se le presenten.
- Estudioso constante e investigador cotidiano.

En el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), se inició la especialidad en Medicina Familiar en 1980, con un programa ISSSTE-UNAM y continuó hasta 1991 y el sistema absorbió a la mayoría de sus egresados. Posteriormente inició el plan de especialización semipresencial ISSSTE-UNAM, propuesto a los médicos generales del sistema de 1992-1997.

En la Secretaría de Salud inició la Residencia de Medicina Familiar en 1980, con un programa en coordinación con la UNAM.¹

Conclusiones:

La medicina familiar tiene sus orígenes en situaciones sociales concretas de nuestro país, ha consolidado su filosofía y práctica, con ideas y conceptos internacionales, pero conservando su especificidad cultural y nacional. Es la única especialidad médica que no ha surgido del progreso de las ciencias médicas y tecnológicas, sino por la presión de atender necesidades sociales urgentes, tanto de las comunidades como del estado.

La medicina familiar depende de los especialistas que la practican.

El objetivo de la medicina familiar es la atención integral al ser humano, dentro de su contexto familiar y sus interrelaciones con el medio ambiente y la comunidad de la cual forma parte.⁴

1.1.1 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.

El apoyo a la práctica de la medicina familiar ha tenido altibajos importantes que han limitado su desarrollo, pero es importante informar que el IMSS nunca ha dejado de darle apoyo académico, desde la fundación de la especialidad de medicina familiar en 1971, y este apoyo se enfoca paulatinamente a lograr y aclarar los fundamentos de la práctica de la medicina familiar.⁵

Resulta incomprensible que desde 1982 hasta el 2007 se continuó con un apoyo académico importante a la medicina familiar; sin embargo, el apoyo instrumental y de las condiciones de trabajo se deterioró, lo que ha dificultado la aplicación de los principios en la práctica.

Los modelos propuestos por el ISSSTE y la SS para la atención primaria, tratan de coincidir con los fundamentos de la medicina familiar.

Hay algunos hechos históricos que nos reflejan problemas de vocación, inconformidad y adaptación en el egresado de la residencia.

El cuidado médico primario ó la atención primaria médica ha evolucionado dentro del IMSS, hasta concretar un acercamiento real a la medicina familiar (1953-1982 y en 1991-1994).

Para este siglo, la práctica de la medicina familiar continúa en una situación incomprensible, porque se forma y se capacita a los médicos de primer contacto como médicos familiares y las condiciones laborales, continúan siendo difíciles para ejercer como tales.

La medicina familiar ya no depende de las instituciones de salud ni de políticos que simpatizan con ella, depende fundamentalmente de la calidad de los especialistas que la practican, depende en mucho, de que el médico familiar cumpla con su compromiso social

y luche constantemente en todos los niveles e instancias sociales para lograr ser el especialista respetado, reconocido y capaz que todos deseamos.

En otros países como en Estados Unidos de América, la medicina familiar evolucionó a partir de la medicina general en la década de los sesenta, en la época de la guerra de Vietnam, del movimiento sobre los derechos civiles y de la agitación social en muchas zonas del mundo, estos sucesos coincidieron con un declive de la práctica de la medicina general; ello ocurrió debido a varias razones: existencia de pocos médicos graduados para atender las necesidades de los americanos, una tendencia a la especialización que comenzó con la segunda guerra mundial, y una formación del médico general inadecuada para un sistema de atención sanitaria cada vez más complejo. Al mismo tiempo, la población americana y los planificadores de salud más aventajados censuraron la fragmentación de la medicina del país y exigieron la creación de un médico especializado en la atención sanitaria personalizada: el médico de familia.⁶

1.1.2 DEFINICIÓN DE 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.⁵

El médico familiar es el eje de la atención médica y debe coordinar el equipo de salud.

Debe ser el profesional que el país necesita, un verdadero médico de primer contacto y derivador de casos cuando sea necesario.

Proporcionar atención médica integral, proyección de los servicios médicos a la comunidad y promover la superación socioeconómica de la población.

El médico familiar debe ser un consejero familiar y educador permanente, debe lograr la participación de la población en la solución de los problemas de salud.

Resolver el 85% de los problemas de salud que se le presenten.

Ser estudioso constante e investigador cotidiano.

En la organización de los niveles de atención, el médico familiar con su equipo se ubica en el primer nivel, las especialidades básicas ó troncales en el segundo nivel y en el tercer nivel las subespecialidades médicas.

El médico familiar “es aquel profesional que cuenta con un cuerpo de conocimientos que le permiten realizar con eficiencia funciones técnico-médicas, técnico-administrativas y de enseñanza e investigación científicas, y que a través de su práctica diaria en el primer nivel de atención médica, contribuye al logro de los objetivos institucionales.”¹

1.2 PERFIL DEL MÉDICO FAMILIAR

El individuo, la familia y el médico son la base la medicina familiar. El médico es el responsable de proporcionar atención integral y continua a toda persona que solicite atención médica, pudiendo involucrar a otros profesionales de la salud cuando sea necesario.¹ Es el pilar fundamental de la atención sanitaria, con una sólida formación clínica que entiende la importancia de la familia sobre cómo y de qué enferman sus miembros.⁵ Puede resolver el 85% de los problemas de salud y orientar el 10 % restante. Es el responsable de optimizar la salud del paciente y de su comunidad.³

Las áreas de atención del médico familiar son: Atención a la familia, administración, docencia, investigación y trabajo en equipo.

El médico familiar proporciona atención a los pacientes de todas las edades y a sus familias, responsabilizándose de las necesidades de salud tanto de los individuos como de la comunidad, coordinando los esfuerzos de los profesionales de salud para la atención de sus familias.

Puede apoyarse en sistemas de información, sistemas de apoyo a la toma de decisiones y en el trabajo en equipo. Requiere incorporar nuevas habilidades para trabajar con las familias, fomentando la comunicación en el equipo de trabajo, utilizando los espacios para su desarrollo profesional.⁵

Se requiere de un nuevo tipo de médicos familiares, los cuales sean líderes responsables, inclinados a orientar a los pacientes y a sus familias cuando entran en contacto con el

sistema de salud y con una nueva actitud hacia la investigación, la colaboración y comunicación con otros especialistas para el bienestar su población.

La aplicación de la ética en la relación médico paciente y la economía de la salud, son requisito indispensable para el crecimiento profesional.

El médico familiar presta atención inicial a cualquier persona, siendo capaz de resolver clínicamente la mayoría de los problemas de salud, utilizando un enfoque biopsicosocial en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de su comunidad. La atención es efectiva y eficiente, siendo primordial la relación médico paciente.

Es un profesional que entiende la importancia de la familia en el desarrollo de la enfermedad y en la salud del paciente, reconoce la importancia de la epidemiología, de la investigación, de la formación continua y de docencia para mejorar su conocimiento y práctica médica⁷

1.3 FAMILIA

La familia es la más antigua de las instituciones sociales, con gran capacidad de resistencia que en su evolución histórica se ha ido transformando para adaptarse a cada época. Su estudio inicia a mediados del siglo XIX con Morgan, Mc Lennan y Bachofen quienes la consideraron una institución social histórica.

El estudio de la familia es una estrategia para obtener información para identificar sus características demográficas, las cuales reflejan su estructura, sus factores de riesgo de enfermedad, sus roles familiares, y sus relaciones afectivas, entre otras. Este conocimiento le permite al médico familiar hacer un análisis para decidir el tipo de tratamiento que necesita la familia.⁸

1.3.1 CONCEPTOS DE FAMILIA:

- OMS: “Miembros del hogar emparentados entre sí, por sangre, adopción ó matrimonio.”
- CENSO CANADIENSE (1941-1961): “Es aquella que consiste en un marido y una esposa, con ó sin hijos, ó un padre con un hijo no casado ó niños que viven bajo un mismo techo.”
- CENSO ESTADOUNIDENSE (1950-1960): “Grupo de 2 ó más personas que viven juntos y tienen relación entre sí, consanguínea, por matrimonio ó adopción. Incluye familia de uno ó ambos padres.”
- ACKERMAN 1966: “Unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Unidad básica de enfermedad y salud.”
- SANTACRUZ 1983: “Grupo social primario formado por personas unidas por consanguineidad, afinidad ó matrimonio, que conviven y comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar su salud individual ó familiar.”
- CONCENSO ACADÉMICO MÉXICO 2005: “Grupo social organizado como un sistema abierto, formado por varios miembros que conviven en el mismo lugar, vinculados por lazos consanguíneos, legales y/o de afinidad. Guía y protege a sus miembros, es de estructura diversa y depende del contexto en que se ubique. Es la unidad de análisis de la medicina familiar para el estudio y seguimiento del proceso salud-enfermedad.”
- Mc LENNAN definió los siguientes términos para referirse a las familias:
 - EXOGAMIA: Costumbre masculina de buscar pareja en otras tribus.
 - ENDOGAMIA: Unión matrimonial dentro del mismo grupo.
 - POLIANDRIA: Posibilidad de que una sola mujer tuviera simultáneamente varios hombres.
 - POLIGENIA: Un solo hombre unido a varias mujeres.⁹

1.3.2 CLASIFICACIONES DE LA FAMILIA

CLASIFICACIÓN DE LEWIS H. MORGAN 1877

- Familia consanguínea: Relaciones incestuosas entre hermanos, excluyendo a padres e hijos.
- Familia punalua ó por grupo: La prohibición de incesto incluye a hermanos. Los hombres son considerados esposos después del nacimiento del primer hijo.
- Familia sindiásmica ó patriarcal: El hombre vive con la mujer, pero tiene derecho a la poligamia ó a la infidelidad.
- Familia monogámica: Unión libremente escogida de dos individuos.¹⁰

CLASIFICACIÓN CON BASE A PARENTESCO

- Núcleo integrado: Presencia de ambos padres en el hogar.
- Núcleo no integrado: No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar.
- Nuclear: Hombre y mujer sin hijos.
- Nuclear simple: Padre y madre con 1 a 3 hijos.
- Nuclear numerosa: Padre y madre con 3 hijos ó más.
- Reconstruida (binuclear): Padre y madre, donde alguno de ellos ó ambos, han sido divorciados ó viudos, y tienen hijos de su unión anterior.
- Monoparental: Padre ó madre con hijos.
- Monoparental extendida: Padre ó madre con hijos, más otras personas con ó sin parentesco.

- No parental: Familiares con vínculo de parentesco, que realizan funciones sin la presencia de los padres.

CLASIFICACIÓN SIN PARENTESCO

- Monoparental extendida sin parentesco: Padre ó madre con hijos, más otras personas sin parentesco.
- Grupos similares a familias: Personas sin vínculo de parentesco, que realizan funciones familiares.

CLASIFICACIÓN CON BASE A PRESENCIA FÍSICA EN EL HOGAR

- Extensa ascendente: Hijos casados ó en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres.
- Extensa descendente: Padres que viven en la casa de alguno de los hijos.
- Extensa colateral: Núcleo ó pareja que vive en la casa de familiares colaterales.

NUEVOS ESTILOS DE VIDA

- Persona que vive sola: Sin familiar alguno, independientemente de su estado civil ó etapa del ciclo vital.
- Matrimonio ó pareja de homosexuales: Pareja del mismo sexo, con convivencia conyugal, sin hijos.
- Matrimonio ó pareja de homosexuales con hijos adoptivos: Pareja del mismo sexo con hijos adoptivos.

- Familia Grupal: Unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo.
- Familia comunal: Conjunto de parejas monógamas con sus respectivos hijos, que viven en comunidad y comparten todo, excepto la relación sexual.
- Poligamia: Incluye la poliandria y la poliginia.⁵

1.3.3. CICLO VITAL DE LA FAMILIA

Es un proceso de evolución donde la familia se contrae a medida que el medio social con el que cada uno de sus elementos está en contacto, se va extendiendo.

Es un ciclo en la vida del ser humano, que se repite y está influenciado por aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

El Dr. John P. Greyman, propone 5 etapas del ciclo, que sirven de base para su estudio:

- **MATRIMONIO:** Inicia con la decisión de realizar la unión por medio del matrimonio civil, religioso ó concubinato y termina con el nacimiento del primer hijo.
- **ETAPA DE EXPANSIÓN:** Inicia con la llegada del primer hijo y termina con el nacimiento del último.
- **ETAPA DE DISPERSIÓN:** Inicia con el ingreso de los hijos a la escuela y termina cuando el primer hijo empieza a vivir fuera de la casa.
- **ETAPA DE INDEPENDENCIA.** Inicia cuando el primer hijo abandona el hogar y termina cuando el último de ellos se va a vivir aparte. Al dispersarse los hijos, los padres tienen que aprender a ser independientes de nuevo.
- **ETAPA DE RETIRO Y MUERTE:** Inicia con la salida de los hijos de la casa, ó por la muerte ó jubilación de alguno de los padres. Se conoce también como “nido vacío.”⁹

1.3.4 ETAPAS EN SU DESARROLLO (DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA):

- Etapa constitutiva: Desde que la pareja se compromete a vivir juntos.
 - Fase preliminar: noviazgo
 - Fase de recién casados
- Etapa procreativa:
 - a. Fase de expansión: Crianza inicial, sin hijos.
 - Nacimiento del primer hijo, hasta los 30 meses de edad.
 - Familia con hijos preescolares: Hijo mayor de 2.5 a 6 años de edad.
 - b. Fase de consolidación y apertura:
 - Familia con hijos escolares: Hijo mayor de 6 a 13 años de edad.
 - Familia con hijos adolescentes: Hijo mayor de 13 a 20 años de edad.
- Etapa de dispersión:
 - Fase de desprendimiento, separación del primero al último de los hijos.
- Etapa familiar final:
 - Fase de independencia: Cónyuges solos hasta la jubilación ó retiro.
 - Fase de disolución: Familia anciana (hasta la muerte de alguno de los cónyuges). Viudez (hasta la muerte del miembro restante).¹⁰

OTRA CLASIFICACIÓN DE CICLO VITAL, DE GARZA E.:

- Etapa de formación: Se inicia desde el compromiso o decisión de una pareja de vivir juntos en forma independiente de sus familias de origen hasta que la pareja decide procrear o adoptar un hijo.
- Etapa de expansión: Se inicia desde el primer embarazo o adopción de un hijo e incluye la crianza y desarrollo de los hijos desde la lactancia hasta la adolescencia y termina cuando el primer hijo alcanza la independencia económica de la familia y sale del hogar; puede subdividirse en las siguientes fases: 1) familia con lactantes; 2) familia con hijos en edad preescolar; 3) familia con hijos de edad escolar, y 4) familia con hijos de adolescentes.

- Etapa de dispersión: Esta etapa se inicia desde que el primer hijo sale del hogar hasta que el último lo hace y se quedan los padres solos. También se le conoce como familia de adultos jóvenes los cuales por su edad pasarán a la etapa de formación de nuevas familias.
- Etapa de Independencia: Se inicia desde que último hijo sale del hogar y los padres se quedan solos, hasta que cualquiera de los integrantes deja de cumplir con su función principal por jubilación, retiro o muerte. También se conoce como familia de edad madura.
- Etapa de retiro o muerte: Se inicia con el retiro, jubilación o muerte de cualquiera de la pareja, hasta que los dos mueren. En esta etapa se deben programar actividades de acuerdo a las limitaciones de los cambios fisiológicos del envejecimiento y aquellas atribuibles a la exigencia de enfermedades crónicas. Otros objetivos a cubrir serán los referentes a manutención, riesgo de aislamiento, cesión de bienes, disponibilidad de recursos para gastos de emergencia (hospitalizaciones, funerales). Con esto se cierra el ciclo vital de una familia¹¹

1.3.5 FUNCIONES DE LA FAMILIA:

- Cuidado: cubrir las necesidades físicas, materiales, y de salud de cada uno de los miembros de la familia.
- Afecto: interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia, que facilita la integración de la familia y el desarrollo psicológico personal.
- Expresión de la sexualidad y regulación de la fecundidad: proceso en el que la familia educa y establece las condiciones para que sus integrantes expresen su sexualidad, y genere las condiciones para que sus integrantes regulen la fecundidad, según sus intereses.
- Socialización: Favorecer en la familia el desarrollo biopsicosocial de cada uno de sus miembros, y propiciar la réplica de valores individuales y modelos de conducta propios de la familia.

- Estatus ó nivel social: incluye factores económicos, educacionales y ocupacionales; transmisión de aspiraciones, anhelos y su herencia sociocultural, según su nivel ó clase social.¹⁰

1.3.6 DINAMICA FAMILIAR

“Consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien ó mal como una unidad.” Según Chagoya “es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.”¹²

1.3.7 DEFINICIÓN DE SALUD FAMILIAR

“Homeóstasis 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.”

1.3.8 FUNCIÓN FAMILIAR

Se define tomando en cuenta las tareas que tienen que realizar los miembros de la familia como un todo. El cumplimiento de esta función le permite la interacción con otros sistemas sociales. Su evaluación nos permite comprender el contexto en que se producen los problemas de cada paciente que acude a la consulta. La familia es funcional cuando cumple con sus funciones como un sistema.⁵

1.4 ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD (APS)

En 1978 los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) convinieron en aceptar la meta que se denominó: “Salud para todos en el año 2000.” La estrategia identificada para hacer posible esta meta es la Atención Primaria a la Salud (APS). Tres

décadas después aún existe poca experiencia sobre la manera como se debe traducir este enunciado a la práctica, entre estos factores se identifican se encuentran: la seudomodernización del lenguaje, la confusión de la atención primaria con atención primitiva o atención precaria, con otros conceptos relacionados, pero diferentes, y el estereotipo de la excelencia.

En la seudomodernización del lenguaje se asume el lenguaje pero no la acción implícita en él, y se tiende a designar por exclusión con el concepto de “APS,” a aquella práctica que no corresponde a la atención del nivel especializado u hospitalario; esta confusión ocasiona un “desgaste” del concepto, ya que bajo este supuesto se tiende a asumir que la APS ya se llevó a cabo y no rindió los resultados esperados, aunque en realidad se siguió haciendo lo mismo que antes pero se le dio otra denominación.

Otra corriente identifica a la APS con atención precaria, lo que ha hecho que se identifique como una “atención de segunda clase” ó como una atención destinada a países del tercer mundo y ha hecho creer que los países que tienen un sistema hospitalario consolidado no requieren de APS.

El concepto de APS con frecuencia se confunde con los de primer nivel de atención y contacto primario. El nivel de atención queda determinado en relación con las instalaciones y recursos que se utilizan para prestación de servicios. APS y primer nivel de atención no son sinónimos, y la APS contiene al primer nivel de atención, pero no a la inversa. El tipo de contacto con los servicios va a quedar determinado por la presencia o ausencia de filtros para el acceso a dichos servicios; en el segundo y tercer nivel de atención el servicio de urgencias es de contacto primario: los servicios de hospitalización y los especializados son de contacto secundario, idealmente, el paciente debe llegar a ellos referido por algún servicio de contacto primario. En el primer nivel son servicios de contacto secundario los de laboratorio y las consultas especializadas a los cuales el paciente debe llegar por medio de otro servicio. La APS y la atención secundaria se definen de acuerdo con la fase del proceso salud-enfermedad en que se actúa, y la división entre una y otra está dada por la aparición del daño; además de acuerdo con la recomendación de Alma Ata, cubriría el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos más comunes.¹³

En la reunión de Alma Ata se definió a la APS como:

“La asistencia esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.”¹⁴

La atención primaria comprende la asistencia prestada por médicos generales, familiares, pediatras y enfermeras en centros de salud, consultorios y domicilios de los pacientes; incluye urgencias y atención continuada, toma periférica de muestras así como medios de diagnóstico y servicio de profesionales de apoyo. La atención primaria mejora y aumenta la capacidad de resolución de problemas y la participación de los ciudadanos; incide en la disminución de determinados padecimientos, disminuyendo las incapacidades; puede disminuir la mayoría de los problemas de asistencia sanitaria de la comunidad y facilita la atención a enfermos crónicos y terminales en su domicilio.²

1.5 ENFOQUE DE RIESGO

El enfoque de riesgo es el método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. Intenta mejorar la atención para todos, pero prestando mayor atención a aquellos que más la requieran. Es un enfoque no igualitario: discrimina a favor de quienes tienen mayor necesidad de atención.

Riesgo: Es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad, evento o muerte). El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad, la cual se emplea para estimar la necesidad de atención a la salud o de otros servicios.

Factor de riesgo: Es una característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud. Debe tenerse cuidado al definir en qué consiste un factor de riesgo y que es un daño a la salud, ya que algunas características pueden aplicarse a ambos casos. Los factores de riesgo pueden ser tanto indicadores de riesgo, como causas de daños a la salud.

También se le define como atributo ó exposición de una persona, una población ó el medio, que está asociado a la probabilidad de un evento, es predecible y puede usarse tanto en la prevención individual, como en la comunidad.

El término factor de riesgo fue usado por primera vez por el Dr. Thomas R. Dawber en 1961 cuando atribuyó la cardiopatía isquémica a situaciones como el tabaquismo, la presión arterial y la aterosclerosis.

Para medir la relación entre factores de riesgo y daños a la salud, se clasifican en:

- Riesgo individual: Posibilidad que presenta un individuo ó una población con características de persona, lugar y tiempo definidas, de ser afectado por la enfermedad.
- Riesgo absoluto: es la incidencia del daño en la población total.
- Riesgo relativo: Comparación de la frecuencia con que ocurre el daño en los individuos que tienen el atributo o factor de riesgo, y la frecuencia con que acontece en aquellos que no tienen el factor de riesgo.
- Riesgo atribuible: es una medida útil para mostrar la proporción en que el daño podría ser reducido, si los factores de riesgo causales desaparecieran de la población total.
- Fracción etiológica del riesgo: Proporción del riesgo total de un grupo que puede ser relacionada exclusivamente al factor estudiado.¹⁵

Es importante realizar promoción a la salud y detección oportuna, con la finalidad de evitar ó disminuir los factores de riesgo.

Entre los factores de riesgos generales se encuentran los siguientes: sobrepeso, antecedente familiar, sedentarismo, tabaquismo y alcoholismo.¹¹

1.6 APOC ATENCION PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD

1.6.1 DEFINICIÓN: Es una estrategia de asistencia sanitaria basada en la población, que ayuda al médico a equilibrar la atención de cada paciente con la de la sociedad en conjunto. La definición de la población es el primer paso en el ciclo de la APOC, posteriormente se identifican y establecen los problemas de salud prioritarios y sus principales riesgos para planificar estrategias de tratamiento. Una vez aplicado se da seguimiento mediante la obtención de datos primarios (ENCUESTAS) y secundarios (ENTREVISTAS CLÍNICAS). Finalmente se realiza la evaluación del programa (EL PROCESO Y LOS RESULTADOS).

1.6.2 ORIGEN Y DESARROLLO HISTÓRICO

La atención primaria orientada a la comunidad inicia en la década de 1940 en Sudáfrica como una forma de integrar la medicina comunitaria y la salud pública, con la creación de un centro comunitario donde se combinaban la atención curativa y preventiva, en la atención del individuo, la familia y la comunidad. Al final de la década de 1950 se extendió a Hadassah y Jerusalén, donde incorporaron los elementos de orientación comunitaria de la atención primaria. En 1982 a partir de Alma-Ata surgió el término medicina basada en la población, que supone un cambio de la medicina basada en la atención individual a medicina basada en atención a poblaciones.

1.6.3 FILOSOFÍA DE APOC

El propósito de la APOC es integrar la medicina preventiva y la salud pública con la atención primaria; es una estrategia para practicar la medicina poblacional, para ello se necesita manejar mucha información, lo que requiere el uso de bases de datos, análisis estadístico, estudio epidemiológico y una red de apoyo con otros profesionales. La medicina basada en la población requiere el cambio de atender a un individuo a atender a poblaciones mayores.

1.6.4 METODOLOGÍA

La APOC es un proceso de identificación de las necesidades de salud de la población, para establecer prioridades, intervenir y planificar; implementar y evaluar los resultados para valorar la nueva situación de salud de la comunidad. Consta de una “población diana” y una “población denominador.” Se realiza un examen preliminar para identificar el problema de salud, por medio de información ya existente, y de información cualitativa, así como “reconocimiento de campo,” para hacer el diagnóstico comunitario que consiste en un estudio de la distribución y de los determinantes de un problema concreto, y de su importancia en la comunidad. La investigación es la base para realizar el estudio. El modelo de la APOC necesita de un equipo de salud con conocimientos y habilidades que incluyan salud pública, epidemiología, sociología y psicología; con facilidad para trabajo en equipo, interdisciplinario, intersectorial y con la comunidad. Es un proceso continuo que requiere presencia permanente en la comunidad. La APOC tiene 3 componentes básicos: APS, población diana definida y un proceso sistemático de identificación y resolución de las prioridades en salud de la población diana.¹⁴

1.6.5 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

El proceso salud-enfermedad resulta de la interacción entre factores genéticos, sociales y culturales, así como la aportación de los sistemas sanitarios. El análisis de la situación de salud permite mejorar el estado de la población aplicando acciones programadas dirigidas a solucionar los problemas detectados.

OBJETIVOS:

1. Reconocer la situación socio demográfica y de salud de una población definida.
2. Identificar los problemas de salud en una población definida
3. Fundamentar el priorizar los problemas de salud
4. Facilitar la toma de decisiones sobre el desarrollo de programas de salud comunitaria.

El análisis de la situación de salud se basa en recabar información de la población; como sus características y los riesgos para la salud considerando las necesidades de la comunidad,

valorando el uso de los servicios de salud y sociales existentes en la misma. Incluye la descripción del territorio, la composición de la población, y su organización. El medioambiente influye sobre la salud y calidad de vida de la comunidad, por lo que es necesario conocer el estado de las redes de agua, de drenaje, el grado de contaminación atmosférica, la higiene, alimentación, y sistema de transporte. La demografía comprende la distribución de grupos por edad y género (pirámide poblacional). El análisis de servicios considera la organización, la oferta y la coordinación entre los sectores de atención y el acceso a los mismos de la población, los sistemas de registro e información y la forma en que los usa la población (cobertura y grado de satisfacción).¹⁶

1.7 MOSAMEF

El MOSAMEF es un modelo de práctica médica familiar, diseñado en el departamento de medicina familiar en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en 1995 por un grupo de profesores de la especialidad de medicina familiar, para realizar el estudio de las familias, para ser aplicado por el médico familiar, quién es responsable de dar atención integral y continua a los pacientes y a la población que lo solicite en general.

1.7.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La atención primaria a la salud es la estrategia utilizada en el primer contacto del individuo, la familia y la población con el sistema nacional de salud. La conferencia de Alma-Ata la define como: “asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad, mediante su participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, con un sentido de autorresponsabilidad.” La atención médica se menciona por primera vez en 1848 en el contexto de la revolución francesa con la declaración: “Todo hombre debe recibir atención médica por el hecho de serlo, y ésta debe ser digna y adecuada.” En 1883 el parlamento de Prusia aprueba la ley del seguro obligatorio de enfermedad con la autorización de lo que serían los Seguros Sociales.

En México, se crearon las instituciones de salud en el periodo de 1917 a 1958, y en 1943 surgen: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaria de Salubridad y Asistencia (SSA). De 1959 a 1967 aparece la medicina científica con la aplicación del método flexneriano, que incorpora un año de internado rotatorio de pregrado. Posteriormente hay un periodo de crisis de 1968 a 1979 donde se reduce el crecimiento de la infraestructura de salud y se orienta hacia la formación de médico de primer nivel de atención.

En 1991 hubo en Italia una reunión de expertos, los cuales elaboraron un documento que marcó la contribución de los médicos familiares en el logro de los objetivos de la declaración de “salud para todos en el año 2000.”

1.7.2 FUNDAMENTOS DEL MOSAMEF

La práctica de la medicina familiar se fundamenta en 3 elementos esenciales que son: el estudio de la familia, la continuidad de la atención y la acción anticipada al riesgo. Se basa en la evaluación demográfica de las familias, mediante la descripción de su estructura, tipología, etapa del ciclo vital familiar, economía, sociología y morbilidad para realizar el diagnóstico familiar; para posteriormente diseñar y aplicar estrategias dirigidas a la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno.

El primer nivel de atención es el sitio ideal para iniciar programas de promoción de la salud, de prevención y terapéuticos.

1.7.3 MOSAMEF Y EL MÉDICO FAMILIAR

La función del médico familiar es ayudar a las familias a que manejen las enfermedades y enseñarles a prevenir la aparición de futuros daños. Debe ser capaz de aplicar un modelo biopsicosocial que permita proporcionar atención integral de calidad utilizando la medicina preventiva y la promoción de la salud. Debe también conocer las enfermedades más frecuentes en su población, comprometerse con la persona y observar permanentemente a sus pacientes como población en riesgo. Es necesario que sea capaz de racionalizar los recursos para mejorar la atención en su consultorio de medicina familiar, como por

ejemplo: el tiempo de espera, la optimización del archivo clínico, el envío justificado al segundo nivel y el mejoramiento en la atención médica para aumentar el nivel de salud en las familias. Por todo esto, es fundamental conocer la estructura familiar, las características de la pirámide de población y la patología más frecuente en la comunidad, así como la demanda de servicios en el consultorio.

El MOSAMEF pretende incidir en los cinco campos de acción de la carta de Ottawa que señala que para mejorar la salud en las poblaciones es preciso:

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

1.7.4 MOSAMEF Y LA MEDICINA FAMILIAR

Contribución de la medicina familiar en los objetivos de “salud para todos:”

- La medicina familiar es el principal elemento en los servicios de salud.
- El médico familiar tiene el papel principal como agente de cambio dentro de los sistemas de salud.
- La medicina familiar es la base del sistema sanitario.
- La creación de los departamentos universitarios de medicina familiar es primordial para el desarrollo de una medicina familiar efectiva.
- El reconocimiento de la medicina familiar como especialidad y un perfil propio es indispensable para la investigación, formación y educación efectivas.³

Desde hace más de 25 años Varela Rueda señaló que: “Debe fomentarse la concepción científica de la práctica médica con la idea fundamental de la salud de la familia y el bienestar de la comunidad.”

Los avances en la investigación han impulsado el trabajo en equipo y el nuevo modelo se basa en fomentar la participación de la comunidad por medio del fomento a la salud y en mejorar la calidad de vida.¹⁰

1.7.5 ANTECEDENTES SOCIOPOLÍTICOS

La tendencia mundial está basada en la reforma de los sistemas de salud; condicionada por los altos costos en salud, los problemas de acceso a la atención médica y la queja de los pacientes de la mala atención.

El MOSAMEF es equivalente a otros modelos de atención médica basados en factores ecológicos para atención médica y comparte sus principios con el modelo propuesto por White, que refiere que la salud es un estado natural que se ve afectado por los siguientes factores:

- El micro y el macroambiente.
- El acceso a los sistemas de salud.
- Factores hereditarios.
- Estilo de vida.

1.7.6 PERSPECTIVAS DEL MOSAMEF

La aplicación del modelo sistemático de atención médica familiar requiere de una actualización continua, una evaluación operativa y de diseñar estrategias para solucionar problemas de salud y anticipación al daño. Deberá cubrir los programas de calidad total que incluyen:

- Identificación de las características de la comunidad a estudiar.
- Priorización de los problemas de salud de la población.
- Intervención en los problemas detectados, principalmente a nivel asistencial.
- Seguimiento de los resultados de la intervención.

La atención en medicina familiar basada en la comunidad debería ser un modelo aplicado por todos los médicos, en todas las instituciones de salud y en todos los consultorios médicos donde se atienden individuos que forman parte de una comunidad³

1.8 ANTECEDENTES DEL TEMA Y DEL PROBLEMA

La población mundial está aumentando a razón de 78 millones de personas por año y, según proyecciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas, de continuar la tendencia a la baja en la natalidad, la población del planeta aumentará desde 6,700 millones en 2008 hasta 9,200 millones hacia 2050.

En la República Mexicana de acuerdo el consejo Nacional de Población (CONAPO) en 2006, hay 104.9 millones de habitantes, de los cuales 14.2 millones se encuentran en el Estado de México. De acuerdo a proyecciones realizadas por la CONAPO, para finales de 2008, seremos 107.1 millones de mexicanos. Esta nueva generación de mexicanos tendrá una esperanza de vida de 75.1 años (72.7 para los hombres y 77.5 para las mujeres), la tasa de mortalidad será de 4.9 muertes por cada mil habitantes y la mortalidad infantil se reducirá a 15.2 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), existen en el país 22.3 millones de hogares; de ellos, 79.4% están dirigidos por un hombre, y 20.6% por una mujer.

En las próximas décadas la población de México tendrá una tasa de crecimiento más reducido y se encaminará a un perfil envejecido¹⁷

En 2004 las personas de 60 años y más en México, representaron 7.5% de la población, lo que significa que una de cada 13 personas era un adulto mayor según la CONAPO.

La evolución del promedio de edad en la población en México, que pasó de 21.8 años en 1970, a casi 27 años en 2000, confirma que la sociedad ha entrado en un proceso de envejecimiento. De acuerdo con la CONAPO, se prevé que para 2030 la población tendrá una edad media de 37 años y de poco menos de 43 años en 2050.

Actualmente 29.5 % de la población mexicana se integra por menores, es decir, 31.4 millones, siendo el Estado de México la entidad con más niños con 4.2 millones.

Los hogares, como unidades primarias de organización, han experimentado transformaciones en las últimas tres décadas.

Entre 1970 y 1975 el total de hogares se duplicó de 9.8 a 19.8 millones, este incremento podría explicarse por el aumento real en el número de viviendas particulares, que pasaron de 16.2 a 19.4 millones, y también debido a la formación de nuevas familias, ya que entre 1990 y 1995 se realizaron 3.3 millones de matrimonios.

Los hogares familiares constituyen la forma de organización predominante en México, en 9 de cada 10 hogares existen relaciones de parentesco con el jefe del hogar. El tamaño promedio del hogar familiar, disminuyó de 5.2 miembros en 1970 a 4.8 miembros en 1995, y se observa un aumento en los hogares familiares que tienen entre 2 y 4 miembros, de 40% a 50.4%.

En los últimos 5 años ha habido cambios en cuanto al parentesco, ya que aunque predominan los hogares nucleares, su proporción ha disminuido, y en su lugar hubo un incremento en los hogares extensos pasando de 19.6% a 24.5%.¹⁸

El avance en la tecnología, la especialización y la hospitalización, definen a la medicina desde mediados del siglo XX, lo que ha generado el aumento en los costos de la atención médica, ya que cada vez es más difícil mantener la infraestructura hospitalaria y la sobredemanda en la medicina especializada. Esto ha propiciado que el sistema de salud tenga que reorientar sus objetivos al primer nivel de atención, donde se da el primer contacto con los pacientes, donde es posible elevar la eficacia y promover la salud pública, para disminuir el riesgo de presentar la enfermedad.¹ Esto ha obligado a poner énfasis en la promoción de la salud y en la medicina preventiva. La medicina familiar tiene su campo de acción en el primer nivel de atención, donde ha logrado dar una atención primaria a los individuos y a sus familias, y dado que la población cada vez demanda más y mejor calidad de atención, es el sitio ideal para realizar investigación y aplicación de modelos de atención, encaminados a mejorar la calidad de vida de los individuos y las familias; capacitando al personal de salud para mejorar la calidad de la atención y responsabilizando a la población de su bienestar.³

Hace 70 años las personas morían principalmente a causa de enfermedades transmisibles, como parásitos e infecciones en el aparato digestivo ó respiratorio.

Estos padecimientos se controlaron y en algunos casos se erradicaron, debido a que se incrementó el número de hospitales, hubo avances en la investigación médica y en la educación para la prevención de enfermedades.

Entre 1960 y el 2000, disminuyó la mortalidad por enfermedades transmisibles y aumentaron las ocasionadas por accidentes, por violencia y por cáncer.

En el 2002 las principales causas de muerte fueron enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes y accidentes.

En el 2005 las principales causas de muerte fueron enfermedades del corazón, tumores malignos y diabetes mellitus.¹⁹

MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD EN EL ESTADO DE MÉXICO 2005

La mortalidad por grupos de edades es la siguiente:

- Menores de 1 año: enfermedades congénitas, influenza y neumonía.
- 1 a 4 años: accidentes, malformaciones congénitas y enfermedades intestinales causadas por infecciones.
- 5 a 14 años: accidentes, tumores malignos y malformaciones congénitas.
- 15 a 29 años: en hombres (accidentes, agresiones y suicidios) y en mujeres (accidentes, tumores malignos y problemas del embarazo, parto y después del parto).
- 30 a 59 años: en hombres (enfermedades hepáticas, accidentes y enfermedades del corazón) y en mujeres (tumores malignos, diabetes mellitus tipo II y enfermedades del corazón).
- Adultos mayores: en hombres (enfermedades del corazón, tumores malignos y diabetes mellitus II) y en mujeres (enfermedades del corazón, diabetes mellitus II y tumores malignos).¹⁹

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD 2005 INEGI/SS A NIVEL NACIONAL

1. Diabetes mellitus
2. Enfermedades isquémicas del corazón
3. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado
4. Enfermedad cerebrovascular
5. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
6. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
7. Accidentes de tráfico de vehículo motor
8. Infecciones respiratorias agudas bajas
9. Enfermedades hipertensivas
10. Nefritis y nefrosis.²⁰

PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR VALLE DE ARAGON DEL ISSSTE EN EL 2007

1. Faringitis aguda.
2. Hipertensión arterial primaria
3. Diabetes mellitus no especificada
4. Colitis y gastroenteritis no especificada
5. Artropatías
6. Caries dental
7. Embarazo
8. Infección de vías urinarias
9. Postoperatorios
10. Traumatismo no especificado

2.0 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población mundial está aumentando a razón de 78 millones de personas por año y, según proyecciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas, de continuar la tendencia a la baja en la natalidad, la población del planeta aumentará desde 6,700 millones en 2008 hasta 9,200 millones hacia 2050.

En la República Mexicana de acuerdo el consejo Nacional de Población (CONAPO) en 2006 hay 104.9 millones de habitantes, de los cuales 14.2 millones se encuentran en el Estado de México. De acuerdo a proyecciones realizadas por la CONAPO, para finales de 2008, seremos 107.1 millones de mexicanos. Esta nueva generación de mexicanos tendrá una esperanza de vida de 75.1 años, la tasa de mortalidad será de 4.9 muertes por cada mil habitantes y la mortalidad infantil se reducirá a 15.2 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), existen en el país 22.3 millones de hogares, de ellos, 79.4% están dirigidos por un hombre, y 20.6% por una mujer.

En las próximas décadas la población de México tendrá una tasa de crecimiento más reducido y se encaminará a un perfil envejecido.¹⁷

La evolución del promedio de edad en la población en México, que pasó de 21.8 años en 1970, a casi 27 años en 2000, confirma que la sociedad ha entrado en un proceso de envejecimiento. De acuerdo con la CONAPO, se prevé que para 2030 la población tendrá una edad media de 37 años y de poco menos de 43 en 2050.

Actualmente 29.5 % de la población mexicana se integra por menores, es decir, 31.4 millones, siendo el Estado de México la entidad con más niños con 4.2 millones.

Los hogares, como unidades primarias de organización, han experimentado transformaciones en las últimas tres décadas.

Entre 1970 y 1975 el total de hogares se duplicó de 9.8 a 19.8 millones, este incremento podría explicarse por el aumento real en el número de viviendas particulares, que pasaron

de 16.2 a 19.4 millones, y también debido a la formación de nuevas familias, ya que entre 1990 y 1995 se realizaron 3.3 millones de matrimonios.

Los hogares familiares constituyen la forma de organización predominante en México, en 9 de cada 10 hogares existen relaciones de parentesco con el jefe del hogar. El tamaño promedio del hogar familiar, disminuyó de 5.2 en 1970 a 4.8 en 1995, y se observa un aumento en los hogares familiares que tienen entre 2 y 4 miembros, de 40% a 50.4%.

En los últimos 5 años ha habido cambios en cuanto al parentesco, ya que aunque predominan los hogares nucleares, su proporción ha disminuido, y en su lugar hubo un incremento en los hogares extensos pasando de 19.6% a 24.5%.¹⁸

En el consultorio No. 11 turno vespertino de la clínica de medicina familiar valle de Aragón en Ciudad Nezahualcoyotl, Estado de México; se desconocen las características de las familias usuarias, los factores de riesgo, y las causas más frecuentes de consulta, por lo tanto, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

3.0 JUSTIFICACIÓN

En la República Mexicana según el consejo Nacional de Población (CONAPO) en 2006 había 104.9 millones de habitantes, de los cuales 14.2 millones se encuentran en el estado de México.¹⁹

En la clínica Valle de Aragón del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en Ciudad Nezahualcoyotl, Estado de México se encuentran registrados 59,700 derechohabientes.

En el consultorio No. 11 de la clínica de medicina familiar Valle de Aragón se encuentran adscritos 2700 derechohabientes.

Aún con el modelo de atención que se lleva a cabo, no se ha logrado controlar la demanda de atención, ni modificar estilos de vida de los usuarios.

Debido a que no se tiene información registrada de las características de las familias, las principales causas de consulta y sus factores de riesgo, se hace necesario realizar el estudio. En la clínica UMF Valle de Aragón cuento con un consultorio médico, un archivo clínico, un departamento de estadística, un servicio de epidemiología y una enfermera que apoye en la aplicación de las cédulas básicas de identificación familiar (CEBIF), es factible realizar el proyecto. Los resultados servirán para tener la información de las características de las familias y de las principales causas de enfermedad para poder desarrollar estrategias para incidir sobre ellas.

4.0 OBJETIVO GENERAL:

Determinar las características de las familias usuarias, los factores de riesgo y las principales causas de consulta en el consultorio No. 11 turno vespertino en la clínica de medicina familiar valle de Aragón del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del estado (ISSSTE) en Ciudad Nezahualcoyotl, Estado de México.

4.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar las 10 principales causas de consulta de 01 julio 2007 al 30 de junio 2008.
2. Determinar los tipos de familia según su estructura.
3. Identificar la etapa del ciclo de vida.
4. Determinar los principales factores de riesgo de enfermedad familiar.
5. Identificar el sexo, la edad, la escolaridad y ocupación de los integrantes de la familia.
6. Elaborar la pirámide poblacional de las familias encuestadas.
7. Identificar el estado civil de las familias.

5.0 MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDIO: Observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo con una etapa prospectiva y cuantitativo.

5.2 DISEÑO DEL ESTUDIO

Clínica Medicina Familiar Valle de Aragón del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado en Ciudad Netzahualcoyoth



Consultorio No. 11 de la Clínica de Medicina Familiar Valle de Aragón del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado en Ciudad Netzahualcoyotl, Estado de México



Población de Referencia **2,700 Familias**; Usuarios Adscritos al Consultorio No. 11 de la Clínica de Medicina Familiar Valle de Aragón del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado en Ciudad Netzahualcoyotl, Estado de México



Muestra del Estudio
Confianza 90%
Error 10%
Variabilidad $p = 0.7$, $q = 0.3$,
 $z = 1.645$

$$n = \frac{\frac{z^2 p}{E^2 p}}{1 + 1/N (z^2 q / E^2 p) - 1}$$



Muestra Número de Personas Estudiadas
 $N = 120$
Hojas de Informe Médico $n = 36$



Aplicación de la Cédula Familiar en el Consultorio No. 11 por medio de Encuesta Directa



Análisis



Resultados



Conclusiones

5.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO:

Hojas de informe médico diario del consultorio No. 11 turno vespertino y las familias usuarias del consultorio No. 11 de la clínica valle de Aragón turno vespertino del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del estado (ISSSTE) en Ciudad Nezahualcoyotl, Estado de México. La investigación abarcó del 01 de julio del 2007 al 30 de junio del 2008

5.4 TIPO DE MUESTRA

Muestra por cuota no aleatoria ²¹

5.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se aplicaron 120 cédulas de identificación familiar (CEBIF).

Se revisaron 36 hojas de informe estadístico de labores del médico (concentrado mensual).

$$n = \frac{\frac{Z^2 q}{E^2 p}}{1 + \frac{1}{N} \left[\frac{Z^2 q}{e^2 p} - 1 \right]}$$

Donde:

Z = confianza = 90% = 1.645

q = variabilidad = 0.3

p = variabilidad = 0.7

e = error = 10% = 0.10

N = 120

5.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes usuarios del consultorio No. 11 turno vespertino de la clínica valle de Aragón del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en Ciudad Nezahualcoyotl, Estado de México, que aceptaron participar voluntariamente en el estudio, mayores de edad y de ambos sexos. Hojas de informe médico diario del 1 de julio del 2007 al 30 de junio del 2008 legibles.

5.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que no eran derechohabientes y los pacientes que no aceptaron participar en el estudio.

Hojas de informe médico diario que no fueron del periodo del estudio, que no pertenecían al consultorio, ilegibles ó rotas.

5.8 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Cédulas de identificación familiar incompletas.

Hojas de informe médico diario ilegibles ó rotas.

5.9 VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	ESCALA	TIPO	CÓDIGO	
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	intervalo	cuantitativa	madre	01
	hasta la fecha del censo.			padre	02
SEXO	División del género humano en 2 grupos masculino y femenino	nominal	cualitativa	masculino	01
				femenino	02
EDO. CIVIL	Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles.	nominal	cualitativa	casado	03
				unión libre	04
				divorciado	05
				viudo	06
				soltero	07
PARENTESCO	Vínculo entre parientes	nominal	cualitativa	consanguineo	01
				no consanguineo	02
HIJOS	Descendiente del padre y/o la madre	Intervalo	cuantitativa	0 a 360 días	01
				1 a 4 años	02
				5 a 10 años	03
				11 a 19 años	04
				20 ó más años	05
ESTRUCTURA FAMILIAR	Clasificación de la familia en base a los elementos que la integran	nominal	cualitativa	nuclear	01
				extensa	02
				compuesta	03
ETAPA DEL CICLO VITAL	Etapas en el desarrollo de la familia, inicia con la unión de la pareja y termina al morir ambos.	nominal	cualitativa	matrimonio	01
				expansión	02
				dispersión	03
				independencia	04
				retiro	05
DIABETES MELLITUS	enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia, producida por defecto en la secreción de insulina, en la acción de la insulina ó en ambas.	nominal	cualitativa	antecedente en la familia	si 01
				no	02
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	elevación en las cifras de tensión arterial por arriba de 130/90	nominal	cualitativa	antecedente en la Familia	si 01
				no	02
CARDIOPATIA	Incapacidad del flujo coronario para oxigenar el miocardio, afección del miocardio, por obstrucción ó inflamación	nominal	cualitativa	antecedente en la Familia	si 01
				no	02

VARIABLE	DEFINICION	ESCALA	TIPO	CÓDIGO
ARTRITIS	Enfermedad articular degenerativa caracterizada por el ablandamiento y desintegración del cartílago articular.	nominal	cualitativa	antecedente en la Familia
				si 01 no 02
OBESIDAD	Todo aumento de peso corporal a expensas del tejido adiposo, cuya magnitud y distribución afectan la salud del individuo.	nominal	cualitativa	antecedente en la Familia
				si 01 no 02
CÁNCER DE MAMA	Es la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células con genes mutados, los cuales actúan normalmente suprimiendo ó estimulando la continuidad del ciclo celular.	nominal	cualitativa	antecedente en la familia
				si 01 no 02
ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR	Síndrome clínico que se caracteriza por el inicio súbito de un cuadro de afección neurológica que dura más de 24 horas de origen vascular. Puede causar la muerte.	nominal	cualitativa	antecedente en la familia
				si 01 no 02
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	Enfermedad caracterizada por limitación del flujo del aire que no es reversible, es progresiva y se asocia a respuesta inflamatoria anormal de bronquios y pulmones a partículas nocivas ó gases.	nominal	cualitativa	antecedente en la Familia
				si 01 no 02
TABAQUISMO	Es la dependencia ó adicción al tabaco. Enfermedad crónica, progresiva y mortal que puede ser prevenible.	nominal	cualitativa	antecedente en la Familia
				si 01 no 02
ALCOHOLISMO	Alteración caracterizada por un patrón patológico de uso de alcohol que causa trastornos serios de la función social ó profesional si existiera tolerancia, abstinencia ó dependencia del alcohol.	nominal	cualitativa	antecedente en la Familia
				si 01 no 02
DETECCIÓN OPORTUNA CACU	Pruebas que se utilizan para detección y erradicación de la enfermedad, por medio del diagnóstico oportuno.	nominal	cualitativa	antecedente en la Familia
				si 01 no 02

VARIABLE	DEFINICION	ESCALA	TIPO	CÓDIGO			
DETECCIÓN OPORTUNA CA MAMA	Pruebas clínicas, de laboratorio y gabinete para detectar y diagnosticar en forma temprana la enfermedad.	nominal	cualitativa	antecedente en la Familia			
				si	01	no	02
OCUPACION	Acción o efecto de ocupar. Empleo oficio. Trabajo que impide emplear el tiempo en otra cosa	nominal	cualitativa	ama de casa	01		
				jubilado	02		
				desempleado	03		
				subempleado	04		
				menor de edad	05		
				estudiante	06		
				estudia y trabaja	07		
				campesino	08		
				artesano	09		
				obrero	10		
				conductor	11		
				técnico	12		
				empleado	13		
				profesional	14		
				artista	15		
				Comerciante			
				establecido	16		
				empresario	17		
				directivo	18		
				servicios diversos	19		
				otras ocupaciones	20		

5.10 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

De acuerdo a las variables descritas en el párrafo anterior, y a que se hizo una sola medición de las variables, se desarrolló un proceso estadístico descriptivo para el manejo de la información obtenida.

Se utilizaron cédulas de identificación familiar (CEBIF), anexo 1; en los pacientes que acudieron a solicitar consulta en el consultorio No 11 turno vespertino de la UMF valle de Aragón en Ciudad Nezahualcoyotl Estado de México, después de otorgar la atención médica, se les preguntó si deseaban participar en el estudio explicándoles de que se trataba el mismo. Se pidió autorización a las autoridades de la clínica para acceder a las hojas de informe diario del médico para obtener los datos de las 10 primeras causas de consulta en el periodo del estudio. Esta actividad la realizó el investigador responsable del proyecto, y se

llevó un periodo de tiempo aproximado de 2 semanas. Se elaboró la pirámide poblacional usando los datos obtenidos en la CEBIF, se separó a los pacientes por edad y género. Esta actividad se llevó un periodo de tiempo de aproximadamente una semana.

Se solicitó a la jefa del archivo clínico el dato del número de pacientes adscritos en la clínica de medicina familiar valle de Aragón. Esta actividad se llevó un periodo de tiempo de aproximadamente una semana.

5.11 MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS

Existe un sesgo de selección, debido al tipo de investigación por cuota, y a que no se hace una selección aleatoria.

Existe un sesgo de información, debido a que se levanta una encuesta, ya que hay cierta posibilidad de que la información no sea verídica.

5.12 PRUEBA PILOTO

Se hará un ensayo de la aplicación de la CEBIF para calcular el tiempo empleado en ello, para calcular el tiempo que se llevará aplicar las 120 encuestas.

5.13 DISEÑO ESTADÍSTICO

De acuerdo con las variables descritas en la tabla anterior y a que se hace una sola medición de las variables, se desarrollará un proceso estadístico descriptivo para el manejo de la información obtenida.

Se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (desviación estándar), y se recabaron la información en una base de datos con el programa Excell.

Se utilizó la CEBIF (anexo 1)

5.14 DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE BASE DE DATOS

Se efectuó la recolección de datos de la CEBIF en el programa excell.

5.15 CRONOGRAMA

CRONOGRAMA				
ACTIVIDADES/TIEMPO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
MARCO TEORICO				
MATERIAL Y METODOS				
REGISTRO Y AUTORIZACIONES				
PRUEBA PILOTO				
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO				
RECOLECCION DE DATOS				
ALMACENAMIENTO DE DATOS				
ANALISIS DE RESULTADOS				
DESCRIPCION DE RESULTADOS				
DISCUSION DE RESULTADOS				
CONCLUSIONES				
INYEGRACION Y REVISION FINAL				
AUTORIZACIONES				
IMPRESIÓN DEL TRABAJO FINAL				
SOLICITUD DE EXAMEN DE TESIS				

5.16 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Ley General de Salud de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, título segundo, capítulo 1 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 ó modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.²²

DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia Junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, Octubre 1975; 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, Octubre 1983; 41ª Asamblea Médica Mundial Hong Kong, Septiembre 1989; 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996; y la 52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia, Octubre 2000.

Nota de clarificación del párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002.

Nota de clarificación del párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004.

Esta declaración establece los principios éticos para las investigaciones médicas en los seres humanos:

1. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación de material humano ó de información identificables.
2. Es deber del médico promover y velar por la salud de las personas. Sus conocimientos y conciencia han de subordinarse a ese deber.

3. “Velar solícitamente y ante todo por la salud del paciente”, “El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente”.
4. El progreso de la medicina se basa en la investigación, lo que implica, en ocasiones, recurrir a la experimentación en humanos.
5. El bienestar de los seres humanos es primordial en investigación
6. La investigación en humanos es para mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos.
7. La mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costos.
8. Las normas éticas en investigación promueven el respeto a todos los seres humanos, proteger su salud y sus derechos individuales.
9. El investigador debe conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en su país y los requisitos internacionales vigentes.
10. Es deber del médico proteger la vida, la salud, la integridad y la dignidad del ser humano.
11. Debe apoyarse en principios científicos aceptados.
12. Cuidar de no perjudicar el medio ambiente
13. Debe formularse en un protocolo experimental y enviarse a un comité de evaluación ética designado.
14. Debe hacer referencia a las consideraciones éticas e indicar que se han observado los principios éticos de esta declaración.
15. Debe ser realizada por personas calificadas
16. Debe realizarse una comparación de riesgo-beneficio para el individuo ó para otros.
17. Abstenerse de participar en investigación en seres humanos si no están seguros de que han evaluado correctamente los riesgos.
18. Solo realizarla cuando el objetivo es más importante que el riesgo y el costo para el individuo.
19. Solo realizarla cuando el beneficio es benéfico para la población.
20. Los participantes deben ser voluntarios e informados.
21. Proteger la integridad del individuo y su confidencialidad.

22. El participante debe ser informado acerca del proyecto, de su derecho a participar ó no y de que puede retirarse en cualquier momento, cuando ha comprendido todo lo anterior, obtener su consentimiento, preferentemente por escrito.
23. Si se tiene algún vínculo con el participante, otro médico que no participe en el proyecto debe obtener el consentimiento.
24. Si el participante es legalmente incapaz de dar su consentimiento, obtenerlo de su representante legal.
25. Si es menor de edad y puede dar su consentimiento, también se debe obtener el consentimiento de su representante legal²³

6.0 RESULTADOS

Se aplicaron encuestas a 120 familias en el consultorio No. 11 del turno vespertino de la clínica de medicina familiar valle de Aragón en el estado de México, de donde se obtuvieron los siguientes resultados de sus familiares y personas que viven con ellos: (n=454).

El sexo predominante fue el femenino con un 55.94% con respecto al sexo masculino, que fue de 44.06%, la edad promedio fue de 50 a 59 años de edad en el sexo femenino y de 30 a 34 años en el sexo masculino, con una media de 36.8, una mediana de 34 y una moda de 58, con una desviación estándar de 21.6.

El promedio de escolaridad más frecuente fue profesional con un 36.2%, como se muestra en la Tabla No.1

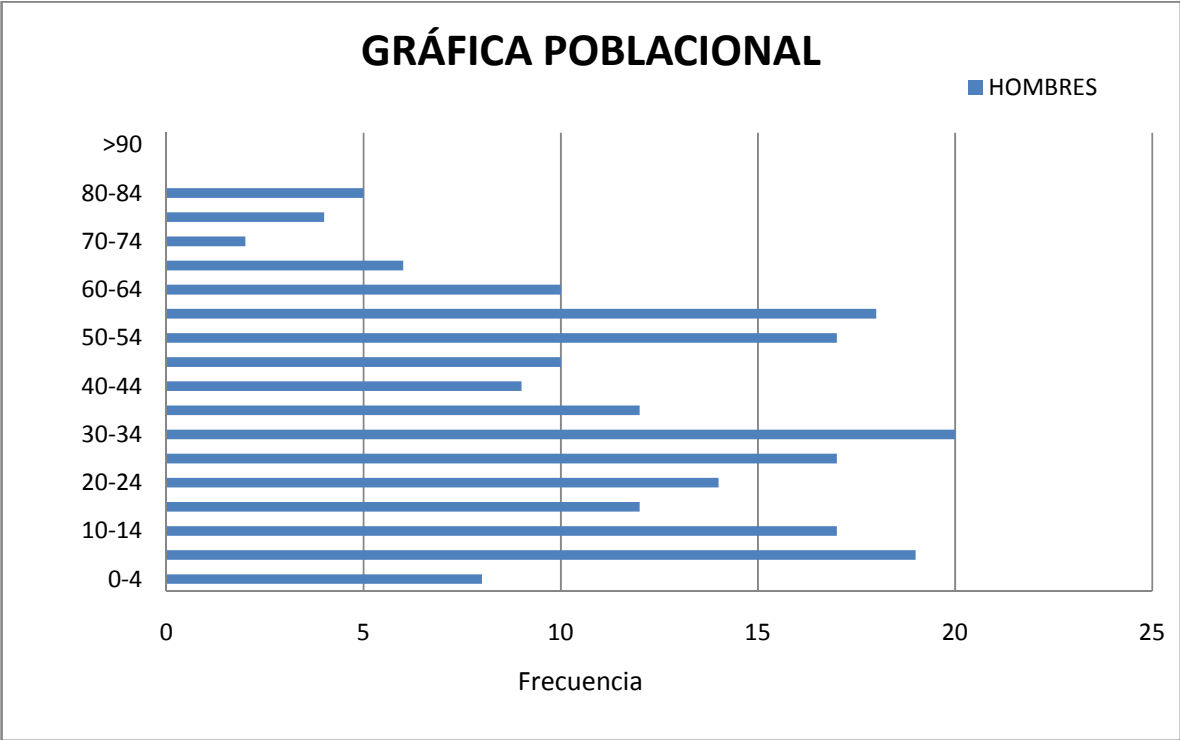
TABLA No. 1 ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA EN EL CONSULTORIO No. 11 CMF VALLE DE ARAGÓN

ESCOLARIDAD			
ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
ANALFABETA	2	0.47%	0.47%
PRIMARIA	91	21.26%	21.73%
SECUNDARIA	76	17.76%	39.49%
BACHILLERATO	94	21.96%	61.45%
PROFESIONAL	155	36.21%	97.66%
POSTGRADO	10	2.34%	100.00%
TOTAL	428	100.00%	

Fuente: CEBIF

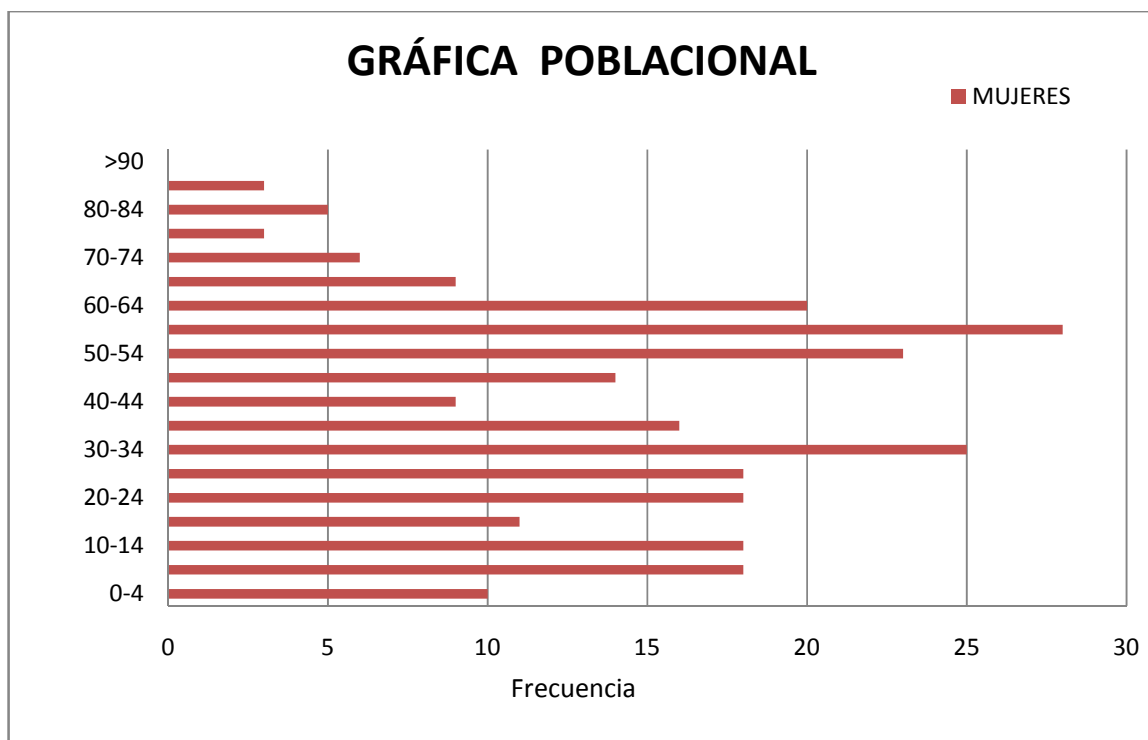
La pirámide poblacional por grupos de edad y sexo se muestra en la gráfica No. 1 y 2

GRÁFICA No.1 GRÁFICA POBLACIONAL (HOMBRES) DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS EN EL CONSULTORIO No. 11 CMF VALLE DE ARAGÓN



Fuente: CEBIF

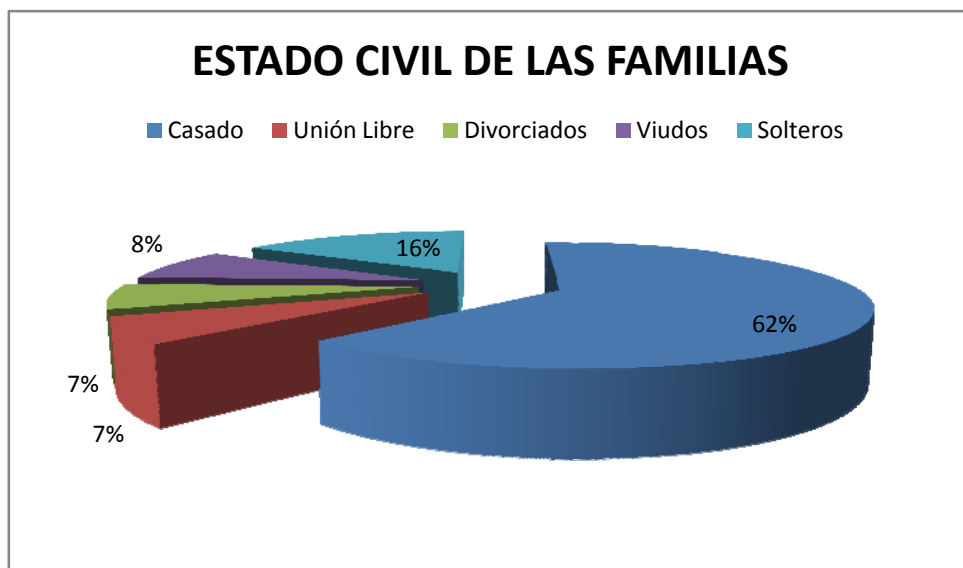
GRÁFICA No.2 GRÁFICA POBLACIONAL (MUJERES) DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS EN EL CONSULTORIO No. 11 CMF VALLE DE ARAGÓN



Fuente: CEBIF

Los resultados respecto al estado civil fueron los siguientes: predominaron los casados con un porcentaje de 62 %, los solteros con 16 %, los viudos con 8 %, en unión libre 7 % y divorciados 7 %. Como se muestra en la gráfica No. 3.

GRAFICA No. 3 ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS



Fuente: CEBIF

En cuanto al tipo de familia se encontró que la más frecuente fue la familia nuclear con un 57.5%, seguida de la extensa con un 15%, monoparental 11.7%, monoparental extendida con 9.2%, no parental 3.3%, y atípica con 3.3%. Tabla No. 2.

**TABLA No. 2 CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS USUARIAS DEL
CONSULTORIO No. 11 CMF VALLE DE ARAGÓN**

TIPO DE FAMILIA			
TIPO DE FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
NUCLEAR	69	57.5%	57.5%
EXTENSA	18	15.0%	72.5%
MONOPARENTAL	14	11.7%	84.2%
MONOPARENTAL	11	9.2%	93.3%
EXTENDIDA		0.0%	93.3%
NO PARENTAL	4	3.3%	96.7%
ATÍPICA (SOLA)	4	3.3%	100.0%
TOTAL	120	100.0%	

Fuente: CEBIF

Se encontró que las ocupaciones más frecuentes fueron las de estudiante, empleado, ama de casa, profesional y jubilado/pensionado, cuyos resultados se muestran en la tabla No.3

TABLA No.3 OCUPACIONES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA EN EL CONSULTORIO No. 11 CMF VALLE DE ARAGÓN

OCUPACION			
OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
AMA DE CASA	62	13.66%	13.66%
JUBILADO/PENSIONADO	42	9.25%	22.91%
DESEMPLEADO	9	1.98%	24.89%
SUBEMPLEADO	6	1.32%	26.21%
MENOR DE EDAD	12	2.64%	28.85%
ESTUDIANTE	107	23.57%	52.42%
ESTUDIA Y TRABAJA	4	0.88%	53.30%
CONDUCTOR	13	2.86%	56.17%
TÉCNICO	8	1.76%	57.93%
EMPLEADO	89	19.60%	77.53%
PROFESIONAL	61	13.44%	90.97%
ARTISTA	8	1.76%	92.73%
COMERCIANTE ESTABLECIDO	10	2.20%	94.93%
EMPRESARIO	2	0.44%	95.37%
DIRECTIVO	1	0.22%	95.59%
SERVICIOS DIVERSOS	9	1.98%	97.58%
OTRAS OCUPACIONES	11	2.42%	100.00%
TOTAL	454	100.00%	

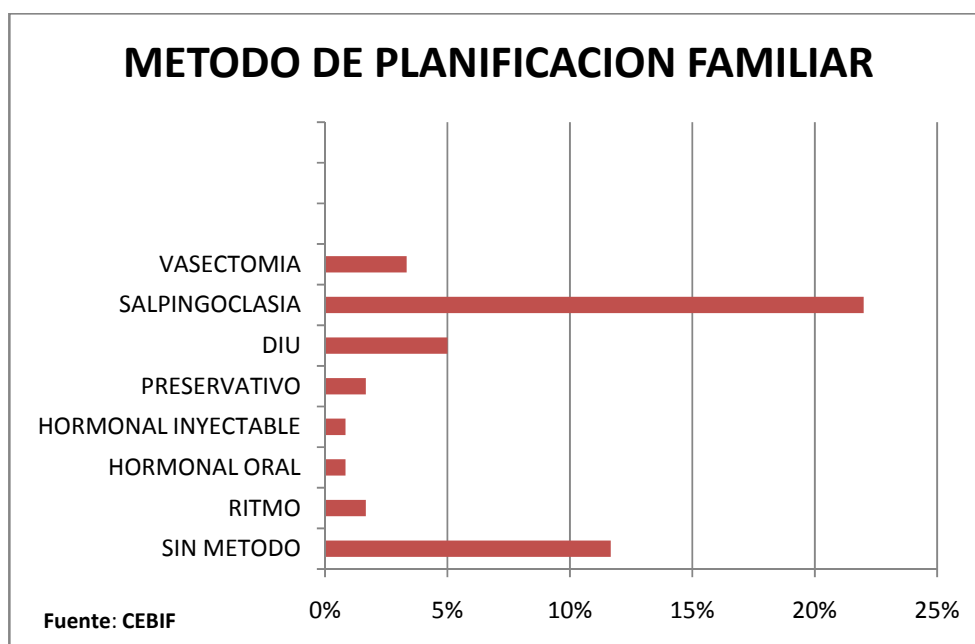
Fuente: CEBIF

Las 10 causas más frecuentes de enfermedad en el grupo estudiado fueron:

1. Faringitis aguda
2. Hipertensión esencial
3. Diabetes mellitus II no especificada
4. Colitis y gastroenteritis no especificadas
5. Otras artritis
6. Supervisión de embarazo normal no especificado
7. Otras enfermedades vasculares periféricas
8. Examen ginecológico general
9. Traumatismos en regiones no especificadas del cuerpo
10. Otros trastornos del sistema urinario.

En relación a método de planificación familiar, se encontró que la mayoría de las mujeres encuestadas se realizaron salpingoclasia bilateral, seguidas de las que no usan método de planificación familiar, las cuales desean embarazarse y en tercer lugar las que utilizan dispositivo intrauterino como método anticonceptivo. Los resultados se muestran en la gráfica No. 4

GRAFICA No. 4 METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR



Los factores de riesgo más frecuentes para las familias del estudio, fueron diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial y enfermedades del corazón, cuyos porcentajes se muestran en la tabla No. 4

TABLA No.4 FACTORES DE RIESGO DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA EN EL CONSULTORIO No. 11 CMF VALLE DE ARAGÓN

FACTORES DE RIESGO MAS REPRESENTATIVOS		
FACTORES DE RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIAB. MELLITUS	56	46.7
HIP. ARTERIAL	51	42.5
ENF. CORAZON	28	23.3
ARTRITIS	19	15.8
OBESIDAD	13	10.8
TABAQUISMO	12	10.0
ALCOHOLISMO	11	9.2
CANCER DE MAMA	9	7.5
ENF. CER. VASCULAR	9	7.5
EPOC	9	7.5

MUESTRA FAMILIAS

120

Fuente: CEBIF

Se identificó que acudieron a detección oportuna de cáncer de mama el 64.16% de las cuales sólo una resultó positiva a cáncer, y con respecto a detección oportuna de cáncer cervicouterino acudieron el 75.83%, siendo el resultado de su estudio negativo a cáncer.

Con respecto a etapa del ciclo vital de la familia, se encontraron los siguientes resultados: Familias en etapa de dispersión 47.5%, en etapa de retiro y muerte 27.5%, en etapa de independencia 15%, en etapa de expansión 9.16% y en etapa de matrimonio 0.84%.

FARINGITIS AGUDA Y RECURRENTE

Se define a la faringitis como una infección primaria viral ó bacteriana, circunscrita a la faringe. La mayoría de las faringitis son de origen vírico (65-80%), el estreptococo pyogenes es prácticamente el único agente bacteriano causante de faringitis bacteriana en pediatría y el estreptococo beta hemolítico causa el 15% del total de infecciones.

Una buena valoración clínica ayuda a establecer el diagnóstico diferencial entre un proceso vírico y uno bacteriano.

FARINGITIS VÍRICA INESPECÍFICA: Es aquella en la que el cuadro clínico no permite sospechar el agente etiológico implicado. Suele tener un inicio gradual, con fiebre moderada, faringodinia, tos irritativa, pequeñas adenopatías y poco ataque al estado general. Este cuadro se autolimita en 3 a 6 días.

FARINGITIS VÍRICAS ESPECÍFICAS:

- **Adenovirus:** Puede observarse un exudado semejante al purulento, en niños menores de 2 años, que puede acompañarse de exantema inespecífico y sintomatología digestiva.
- **Fiebre faringoconjuntival:** Es otro cuadro de infección por adenovirus, que se manifiesta con hiperemia faríngea, conjuntivitis no purulenta y adenopatía preauricular.
- **Herpangina:** Es una infección por virus coxsackie, que se caracteriza por aparición de vesículas de 1-2 mm, que se ulceran y están circunscritas a la faringe posterior.
- **Fiebre faringonodular:** También causada por coxsackie, se caracteriza por pequeños nódulos, no ulcerativos, blancos ó amarillentos, circunscritos a la faringe posterior. Dura de 1 a 2 semanas.
- **Síndrome boca-mano-pie:** Causado por coxsackie, caracterizado por fiebre y pequeñas úlceras en lengua y mucosa bucal, acompañadas por vesículas que

no ulceran en palmas de las manos, plantas de los pies y espacios interdigitales.

- Mononucleosis infecciosa: Cursa con amigdalitis exudativa, en ocasiones la hipertrofia glandular causa obstrucción respiratoria. Las adenopatías cervicales pueden ser muy marcadas y puede haber esplenomegalia.

TRATAMIENTO: Es sintomático, puede usarse paracetamol ó ibuprofeno y líquidos fríos.

FARINGITIS BACTERIANA:

La faringitis estreptocócica es la causa más frecuente. Los cuadros son la faringitis, el impétigo, la escarlatina y la celulitis.

Los cuadros más graves son la neumonía, la artritis séptica, la osteomielitis, la meningitis y la fascitis necrotizante.

La faringitis por estreptococo beta hemolítico del grupo A (EBHGA) tiene un inicio brusco con fiebre alta, faringodinia intensa y signos inflamatorios faríngeos. Antecedente de recidivas y adenopatías. Con ataque al estado general, el niño suele estar postrado, con cefalea y vómitos. Faringe hiperémica con amigdalitis con exudado blanquecino.

- Escarlatina: Puede aparecer en forma poco florida, sin fiebre, con exantema escarlatiforme y se recomienda dar tratamiento específico con antibióticos.
- Absceso peri amigdalino: Producido por EBHGA y más raramente por estreptococo alfa hemolítico y del grupo D, neumococos y anaerobios. La amígdala afectada protruye medialmente y el pilar anterior amigdalino se desplaza hacia adelante. Si no se trata, evoluciona a absceso faríngeo lateral.
- Absceso retrofaringeo: Producido generalmente por EBHGA y más raramente por estafilococo. Hay hiperextensión de cuello, disfagia, salivación y disnea. Hay tumoración faríngea posterior unilateral.
- Complicaciones supurativas: Otitis media y adenitis cervical, la celulitis es más rara y la septicemia es excepcional.

- Complicaciones no supurativas: fiebre reumática y glomerulonefritis.

DIAGNÓSTICO: La valoración clínica cuidadosa de la sintomatología y la semiología es imprescindible.

La faringitis estreptocócica es rara en menores de 3 años; sin embargo, puede presentarse en niños menores en guardería.

Se realiza cultivo de exudado faríngeo para el diagnóstico de faringitis estreptocócica.

TRATAMIENTO:

La penicilina sigue siendo el tratamiento de primera elección, las cefalosporinas dan mejores resultados en la erradicación bacteriológica, pero se reservan para casos recidivantes; los macrólidos presentan resistencia en rápido aumento.

Para una adecuada prevención de fiebre reumática es suficiente iniciar el tratamiento en los primeros 10 días de enfermedad.

- Penicilina V: en niños menores de 12 años: 250 mg cada 6 horas el primer día, seguido de 250 mg cada 12 horas por 9 días. En niños mayores 250 mg cada 6 horas el primer día, seguido de 500 mg cada 12 horas por 9 días.
- Penicilina benzatina: niños menores de 30 Kg: 600 000UI IM dosis única. Niños de más de 30 Kg: 1 200 000 IU IM dosis única.
- Amoxicilina: 50mg/Kg/día en 3 dosis por 10días.
- Eritromicina, claritromicina: 50mg/Kg/día en dos dosis por 10 días.

FARINGITIS RECURRENTE:

Se consideran segundos ataques de faringitis por EBHGA, en un periodo menor a un mes del final del tratamiento de un episodio anterior tratado correctamente con antibióticos. En estos casos se recomienda usar antibiótico de segunda línea: amoxicilina + ácido clavulánico, cefuroxima por 5 días, cefadroxilo (30 mg/Kg/día 1 ó 2 dosis) ó macrólidos.

AMIGDALECTOMÍA:

Las indicaciones son: hipertrofia severa que dificulte la respiración ó infecciones frecuentes y severas que afecten la calidad de vida del niño. Se debe individualizar cada caso.

Algunos niños presentan hipertrofia de amígdalas por *Haemophilus influenzae* productor de beta lactamasa. El Tratamiento de amoxicilina + ácido clavulánico, 40mg/Kg/día en 3 dosis por 30 días, puede disminuir drásticamente el tamaño de las amígdalas.²⁴

DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus incluye un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia debida a defectos en la secreción, en la acción de la insulina ó en ambas. La hiperglucemia crónica se asocia con otros trastornos del metabolismo lípido y de las proteínas y provoca daño neuropático, micro y macrovascular en varios órganos y sistemas: a nivel cardiovascular, retina, riñón y sistema nervioso.

La diabetes mellitus es la causa más importante de amputación de miembros inferiores de origen no traumático, de retinopatía e insuficiencia renal crónica. Es uno de los principales factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares.²⁵

CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA DE LA AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA):

- I. Tipo 1. Destrucción de las células beta con deficiencia de insulina:
 - a. Autoinmunitaria
 - b. Idiopática
- II. Tipo 2. Resistencia a la insulina con deficiencia relativa de la misma.

- III. Otros tipos específicos:
 - a. Defectos genéticos de las células beta.
 - b. Defectos genéticos en la acción de insulina.
 - c. Lesiones pancreáticas.
 - d. Enfermedades endócrinas.
 - e. Drogas ó agentes químicos.
 - f. Infecciones.
 - g. Enfermedades autoinmunitarias.
 - h. Síndromes genéticos.
- IV. Diabetes gestacional.
- V. Intolerancia a la glucosa.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: ADA 1997, OMS 1999 (Plasma mg/dl).

Glucosa plasmática en ayuno:	menos de 110	= Normal
Glucosa plasmática en ayuno anormal	110 a 125	= Glucosa en ayuno anormal GAA
Glucosa plasmática en ayuno	>126	= Diabetes
Glucosa casual	200 ó más	= Diabetes
Glucosa postcarga	200 ó más	= Diabetes
Síntomas y Glucosa plasmática		
En ayuno	120 ó casual 200	= Diabetes

Para hacer un diagnóstico de diabetes mellitus se requiere tener signos y síntomas, y un examen ó dos positivos.

Alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años padece diabetes, y el 30% de los individuos afectados desconoce que la padece. La mayoría de los pacientes la desarrolla antes de los 45 años de edad.

La diabetes tipo I está aumentando a nivel mundial en países nórdicos (Finlandia, Suecia, Noruega y Dinamarca), se ha asociado con factores ambientales, tóxicos e infecciones

virales. En México no hay datos precisos de su incidencia; sin embargo, se calcula que es por debajo del 5 a 10 % de los casos totales.

El tipo 2 es la más frecuente, se ha convertido en una pandemia y en México es un importante problema de salud pública. En el 2002 ocupó el segundo lugar de muertes hospitalarias en IMSS, ISSSTE y SEDENA. Es la primera causa de ceguera, insuficiencia renal y amputación no traumática.

La diabetes tipo 2, se asocia a síndrome metabólico y obesidad, en este tipo se presentan todas las complicaciones microvasculares y puede presentar complicaciones metabólicas agudas y crónicas, es una enfermedad heterogénea donde confluyen factores ambientales y genéticos.

Las manifestaciones clínicas pueden ser: tempranas y tardías, las tempranas se mezclan con las del síndrome metabólico: normoglucemia ó hiperglucemia provocada, hiperinsulinismo, obesidad de predominio abdominal, dislipidemia mixta, esteatosis hepática, diabetes gestacional, complicaciones obstétricas y macrovasculares.

La hiperglucemia se asocia con la dislipidemia mixta, hipertensión arterial y sobrepeso por lo que debe hacerse un tratamiento integral.²⁵

TRATAMIENTO

1. Dieta: 25calorías/Kg de peso para bajar, 30 a 35 calorías para mantenerlo y 34 a 40 para subir. La composición recomendada es 50% de calorías en carbohidratos complejos, 20% de proteínas y 30% de grasas con no más de 10% de ácidos grasos saturados y 300 g de colesterol.
2. Ejercicio: Debe adaptarse a la capacidad física, edad, peso y estado cardiovascular. Por lo menos 30 minutos de caminata diaria.
3. Hipoglucemiantes orales:
 - a. Biguanidas: Son el tratamiento de primera elección. Se usa la metformina a dosis de 500 a 850 mg al día, sin exceder de 3 g al día.
 - b. Acarbosa en dosis de 50 a 100 mg hasta una dosis máxima de 300 mg
 - c. Tiazolidinedionas: Rosiglitazona 4 mg al día hasta dosis máxima de 8 mg

- d. Sulfonilureas: Glibenclamida 2.5 a 5 mg, sin exceder 20 mg al día, y glimepirida en dosis de 1 a 8 mg al día.
4. Uso de insulina: Cuando persiste la hiperglucemia en ayunas se puede usar de manera combinada hipoglucemiantes orales diurnos con insulina nocturna.

Ante la falla de hipoglucemiantes orales a dosis máximas se utilizará insulina.

La insulina humana es el medicamento de primera elección en pacientes delgados sintomáticos, y en diabetes durante el embarazo.

La dosis se individualiza a cada paciente. La dosis inicial no debe ser mayor de 0.5UI/Kg, en algunos casos es posible usar una dosis aplicada por la mañana. Cuando se requieran más de 25 a 30 UI, se fraccionará la dosis en 2/3 por la mañana y 1/3 por la noche²⁶

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Es una enfermedad crónica con alta incidencia a nivel mundial. En México alrededor del 30 % de los adultos padecen la enfermedad (33 millones de mexicanos aproximadamente), En el 90 % se desconoce su causa y a este tipo de hipertensión se le llama esencial.¹⁹

DEFINICIÓN:

La presión arterial es la fuerza hidrostática de la sangre sobre las paredes arteriales, que resulta de la función de bombeo del corazón, volumen sanguíneo, resistencia de las arterias al flujo y diámetro del lecho arterial.²⁴

CLASIFICACIÓN

- Presión arterial óptima: <120/80 mmHg
- Presión arterial normal: 120 -129/80-84 mmHg
- Presión arterial normal alta: 130-139/85-89 mmHg
- Hipertensión arterial:
 - Etapa 1: 140-159/90-99 mmHg

-Etapa 2: 160-179/100-109 mmHg

-Etapa 3: >180/>110 mmHg.

DIAGNÓSTICO

La hipertensión arterial, la mayoría de las veces no causa síntomas, es muy frecuente la presencia de antecedentes familiares, por lo que la mejor forma de establecer un diagnóstico temprano es medir la tensión arterial en individuos sanos.

El diagnóstico se establece cuando se encuentran cifras tensionales superiores a 140/90 mmHg en dos ocasiones distintas, en pacientes diabéticos la cifra es de 130/85 mmHg. Cuando la presión arterial sistólica es superior a 150 mmHg y la diastólica menor de 90 mmHg, se denomina hipertensión arterial sistólica, la cual aparece en mayores de 60 años con mayor frecuencia y se debe al endurecimiento aórtico por aterosclerosis.

La hipertensión arterial secundaria debe sospecharse cuando se presenta en individuos jóvenes y en ausencia de antecedentes familiares.²⁵

TRATAMIENTO

El tratamiento está enfocado a:

- Reducir cifras de presión arterial a las cifras normales.
- Evitar el daño a los órganos de impacto ó revertirlo.
- Tratar los padecimientos relacionados.

TRATAMIENTO INTEGRAL:

- Control de peso
- Ejercicio
- Evitar el alcohol
- Evitar el tabaco
- Disminuir la Sal

- Medicamentos: los más recomendables son los diuréticos tiazídicos (hidroclorotiazida, clortalidona, espironolactona), betabloqueadores (metoprolol, atenolol, bisoprolol), vasodilatadores (hidralazina, prazocina), antagonistas alfa centrales (alfa metil dopa), calcio-antagonistas (amiodipina, nifedipina, lacidipina, diltiazem verapamil), inhibidores de la ECA (captopril, enalapril, lisinopril) y antagonistas receptores de angiotensina II (losartán, candesartán).

Se recomienda iniciar con un diurético ó un beta bloqueador a dosis bajas.

TRATAMIENTO MÉDICO:

- Clortalidona: 25 - 50 mg/día.
- Metoprolol: 100 - 400 mg cada 8 a 12 horas
- Captopril: 25 - 50 mg cada 8 a 12 horas. Dosis máxima 450 mg
- Enalapril: Iniciar con 5 mg al día. Dosis habitual 10 - 40 mg/1 toma.
- Prazocina: 1 mg al día inicial. Dosis habitual 1 mg cada 8 a 12 horas.
- Amiodipina: 5 mg al día. Dosis máxima 10 mg
- Nifedipina: 10 mg cada 8 horas Dosis habitual 60 - 90 mg
- Losartán: 50 mg al día. Dosis máxima 100 mg al día.²⁴

CARDIOPATÍA

La OMS estimó en 1995 que las enfermedades cardiovasculares representaban la causa más frecuente de mortalidad a nivel mundial. En América latina representan el 31 % del total de defunciones. En México constituye un problema de salud pública y cada año ocurren alrededor de 70,000 defunciones.

Las enfermedades como la hipertensión arterial, las dislipidemias y obesidad son factores de riesgo para estas enfermedades.

Se reconoce la existencia de trastornos metabólicos asociados a enfermedades cardiovasculares. El síndrome cardiovascular metabólico está constituido por la manifestación de dislipidemias, resistencia a la insulina, obesidad e hipertensión arterial.

La enfermedad arterial coronaria es la causa más frecuente de cardiopatía coronaria. Es un proceso inflamatorio crónico que afecta la remodelación vascular, genera aterosclerosis que ocluye la luz arterial de manera progresiva.

La clínica es el elemento más importante en la evaluación del paciente con síndrome coronario. El dolor precordial que tenga más de 20 minutos de duración, es diagnóstico clínico de un infarto. De acuerdo con la encuesta nacional de salud, los pacientes que tienen más de 45 años de edad, tienen al menos 85% de probabilidad de tener un factor de riesgo y hasta 50% de tener al menos 2 factores de riesgo.²⁵

DETECCIÓN OPORTUNA DE CANCER DE MAMA

DEFINICIÓN

“El cáncer de mama es la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células con genes mutados, los cuales actúan suprimiendo ó estimulando la continuidad del ciclo celular”. La palabra cáncer es sinónimo de carcinoma y designa a las neoplasias malignas originadas en tejidos epiteliales ó glandulares, las originadas en tejido mesenquimal se denominan sarcomas; los carcinomas de mamá constituyen más del 90% de los tumores malignos de mama, tienen su origen en la proliferación acelerada de las células del interior de los conductos que llevan la leche desde los acinos glandulares hasta los conductos galactóforos y el 10% restantes origina en los acinos y se nombra carcinoma lobulillar. Los carcinomas confinados a la luz de los ductos ó acinos son los carcinomas in situ y los que proliferan y rebasan la membrana basal son el carcinoma ductal infiltrante ó carcinoma lobulillar infiltrante. Los carcinomas de mama in situ son potencialmente curables si se extirpan en su totalidad.

Los sarcomas son producto de la transformación maligna de las células del tejido conectivo de la mama.

FACTORES DE RIESGO: El riesgo de contraer cáncer se incrementa con la edad y se modifica por muchos factores, en el 55 % hay un factor hereditario y tiende a ser más agresivo en mujeres jóvenes; el riesgo aumenta con la cantidad de alcohol consumido diariamente según estudios realizados en el Reino Unido, e investigadores del National Cancer Institute terminaron un estudio que sugiere que la luz artificial puede ser causa de cáncer de mama. Los contraceptivos orales y la terapia combinada en la menopausia aumentan el riesgo de adquirir cáncer de mama. Otros factores de riesgo incluyen: no tener hijos, tener hijos con más de 30 años de edad, no amamantar, menarquía temprana, menopausia tardía y la obesidad.

DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA: Existen diferentes métodos para hacer el diagnóstico, entre los cuales se encuentran los siguientes:

- Exploración de la mama: El médico realiza la inspección con la mujer sentada, observa cómo se mueven los senos en forma simétrica al levantar los brazos, palpa con la palma de la mano profundamente, iniciando con el cuadrante superior externo, seguido por el inferior externo, luego la inferior interna seguida de la superior interna, posteriormente toma el seno con la mano y lo oprime ligeramente para descartar secreción del pezón. Al final se palpa el hueco axilar para descartar ganglios axilares.
- Mamografía: Es la prueba más eficaz para diagnóstico de cáncer de mama y consiste en radiografías de la glándula mamaria.
- Ecografía: Con una sonda de ultrasonografía se explora el tejido mamario. Da datos de localización y características de la lesión.
- Resonancia Nuclear magnética (RNM): Delimita la extensión de la enfermedad para decidir conducta a seguir.
- Diagnóstico anatomopatológico: Se realiza por medio del estudio de una biopsia (muestra de la zona sospechosa para estudiar las células al microscopio).
 - PAAF (punción aspirativa con aguja fina)
 - BAG (biopsia con aguja gruesa)
 - Biopsia abierta ó quirúrgica²⁷

DETECCIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO

El cáncer del cuello uterino es uno de los problemas de salud más importantes en América Latina, el más común de los cánceres y la causa de mayor morbilidad y mortalidad en la población adulta, a pesar de contar con programas para su detección oportuna. Es la segunda causa de muerte por neoplasia a nivel mundial, en México es la neoplasia más común y es la primera causa de muerte en mujeres mayores de 35 años.

El cáncer cervicouterino es una enfermedad de lenta evolución y el acceso fácil al cuello uterino hace que se pueda prevenir en un 100%.

Los carcinomas cervicales son el estadio final de alteraciones epiteliales que evolucionan hasta el cáncer invasor en un periodo que puede ser de hasta 20 años. La primera clasificación se realizó en 1930 y se designó la displasia, la cual se denominaba como leve, moderada y severa. En 1968 se introdujo el concepto de Neoplasia Cervical Intraepitelial (NIC), con grados I, II y III ó carcinoma in situ.

En 1988 se desarrolló el sistema Bethesda que las denomina lesiones escamosas intraepiteliales, subdividiéndolas en:

- Lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (LEIBG): infecciones por virus papiloma humano y la displasia leve (NIC I)
- Lesiones intraepiteliales de alto grado (LEIAG): displasia moderada (NIC II) y displasia severa (NIC III)
- Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS): células que no satisfacen los criterios de LEIBG, pero presentan anomalías menores que antes se clasificaban como atípicas.²²

En México se utiliza la clasificación de displasias.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA: Es la prueba más utilizada, también llamada papanicolau se basa en el estudio de las características del núcleo, citoplasma y la relación núcleo-citoplasma de las células del endo y ecto cérvix y del fondo de saco vaginal.

En 1974, se inició en México el Programa Nacional de Detección Oportuna del Ca Cu (PNDOC), que permite que todas las mujeres tengan acceso a la prueba en forma gratuita,

sin embargo, a pesar de ello, no ha disminuido la incidencia de la enfermedad. Para que el programa cumpla su objetivo se necesita:

- Conocimiento y aceptación del programa
- Toma adecuada de la muestra
- Fijación y tinción adecuada
- Interpretación de laminillas por personal capacitado y actualizado.

A nivel mundial se ha determinado que dos terceras partes de falsos negativos, son debidos a errores en la calidad de las muestras y la otra tercera parte a errores en la interpretación. En México el rango de falsos negativos está entre 10 y 54%.

COLPOSCOPÍA: Es el estudio del cérvix a través de un microscopio para observar el epitelio y vasos sanguíneos, previa aplicación de ácido acético al 3 ó 5%; que permite identificar cualquier lesión del cérvix y dar un diagnóstico con cierto grado de certeza.

La colposcopia es una prueba con una técnica más específica que la citología, tiene una sensibilidad de entre 80 y 90% para lesiones pre malignas y una especificidad del 50%, y para el cáncer invasor de más del 90%; sin embargo, no es un diagnóstico definitivo.

HISTOPATOLOGÍA: Es el método diagnóstico de certeza y consiste en el estudio histopatológico de la lesión.

DETECCIÓN DE ADN DE PAPILOMAVIRUS HUMANOS (PVH): Se fundamenta en la formación de híbridos de ADN-ARN, que se cuantifican por medio de quimioluminiscencia y tiene la ventaja de que se pueden analizar muestras simultáneamente, es rápida, de alta sensibilidad y con excelente valor predictivo negativo.²²

Según la NOM-014-SSA2-1994 la prevención de cáncer cervicouterino se realiza por medio de la promoción a la salud y la detección oportuna orientadas a evitar ó disminuir los factores de riesgo que son:

- Edad entre 25 y 65 años.
- Múltiples parejas sexuales.
- Infección cervical por Virus Papiloma Humano.
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.

- Tabaquismo.
- Nunca haberse realizado el estudio.²⁸

7.0 DISCUSIÓN

En este estudio, efectuado en pacientes usuarios del consultorio No. 11 turno vespertino en la clínica de medicina familiar Valle de Aragón y en sus familias, se ha encontrado que predomina el sexo femenino sobre el masculino, situación que es semejante a la reportada por las encuestas nacionales de INEGI y CONAPO,²⁰ y que el grupo de edad más frecuente fue el de 55 a 59 años en mujeres y en hombres el de 30 a 34 años, lo que indica que la mayoría de la población es adulta madura y económicamente activa, notándose una leve disminución en el número de menores de edad y un aumento paulatino en los adultos mayores, lo que coincide con las estadísticas de población, donde la familia sigue siendo la unidad de la sociedad, por lo que requiere un tratamiento integral.²⁹

Las familias encuestadas son en su mayoría familias nucleares, lo que coincide con el perfil censal de México, donde se menciona que el hogar familiar sigue siendo la forma de organización predominante en México;²³ sin embargo, se nota un incremento en las familias monoparentales donde solo uno de los padres es responsable de la familia, se observa también que la mayor parte se encuentran en etapa de dispersión y retiro, lo cual se parece a lo reportado por el INEGI que dice que en las próximas décadas la población mexicana completará la última fase de transición demográfica y se reencaminará a un crecimiento más reducido y a un perfil envejecido,¹⁷ esto implica que será necesario enfocar las actividades de prevención y salud pública a este grupo de pacientes porque van a necesitar más apoyo tanto en el tratamiento de las enfermedades crónico degenerativas, para prevenirlas, controlarlas mejor y limitar el daño, así como brindar apoyo emocional y social.

Las ocupaciones más frecuentes fueron las de empleado y estudiante, lo cual era de esperarse porque las encuestas se aplicaron a trabajadores al servicio del estado y a sus familiares. En esta área se pueden aplicar acciones de planificación familiar y orientación a los adolescentes y adultos jóvenes para preservar la salud y evitar enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EN EL CONSULTORIO No. 11 EN EL PERIODO DE ESTUDIO (01 JULIO 2007 a 30 DE JUNIO 2008)

Se otorgaron 4,746 consultas en el periodo de estudio, encontrándose en orden decreciente: faringitis aguda, 934 consultas (19.47%); hipertensión arterial, 862 consultas (17.97%); diabetes mellitus, 490 consultas (10.21%); colitis y gastroenteritis no especificadas, 232 consultas (4.83%); otras artritis, 155 consultas (3.22%); supervisión de embarazo normal, 104 consultas (2.16%); otras enfermedades vasculares periféricas, 70 consultas (1.45%); examen ginecológico general, 54 consultas (1.12%); traumatismos en regiones no especificadas, 48 consultas (1.0%); y otros trastornos del sistema urinario, 36 consultas (0.75%).

Se identificaron las 10 principales causas de consulta las cuales coinciden con las reportadas por la Secretaria de Salud, la faringitis sigue siendo la principal causa de consulta, en cuanto a hipertensión arterial, ya que fue la que ocupó el segundo lugar en demanda de atención, y es un factor de riesgo importante para las enfermedades del corazón; seguida de la diabetes mellitus, que también se encuentra entre las primeras causas de morbilidad.²⁰ Es de suma importancia, ya que se observa que las enfermedades metabólicas siguen siendo un problema de salud pública y se encuentran entre las primeras causas de mortalidad en el país,²⁰ por lo que es de vital importancia hacer énfasis en su atención e incrementar la promoción a la salud y la prevención en el paciente y sobre todo en sus familiares, para evitar la aparición de las enfermedades y cuando ya estén presentes, limitar su avance.

En la población estudiada se encontró que sus principales factores de riesgo fueron: diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedades del corazón, en cuanto a antecedentes heredofamiliares, seguidos de obesidad, tabaquismo y alcoholismo, así como cáncer de mama, enfermedad cerebrovascular y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Notándose que algunas enfermedades pueden considerarse como factores de riesgo en la población. Por lo que es importante iniciar estrategias para prevenir daños a la salud como el inicio de tratamiento oportuno para diabetes mellitus y dislipidemias, farmacológico y no farmacológico, e incrementar las actividades de promoción a la salud, involucrando al paciente y a su familia en el cuidado de su salud, para lograr una mejor calidad de vida.

Aún cuando la mayoría de las pacientes tienen estudios de bachillerato y profesional, todavía hay un porcentaje alto de ellas que no se realizan exámenes de detección oportuna

de cáncer cervicouterino y de mama, por lo que es prioritario insistir en el consultorio para que se realicen las pruebas. Como lo menciona Muñoz X.²⁷

8.0 CONCLUSIONES

De acuerdo a la investigación realizada, se encontró que las principales causas de consulta detectadas fueron: faringitis aguda, hipertensión arterial, diabetes mellitus, colitis y gastroenteritis no especificadas, otras artritis, supervisión de embarazo normal, otras enfermedades vasculares periféricas, examen ginecológico general, traumatismos en regiones no especificadas y otros trastornos del sistema urinario en orden decreciente. En base a estos resultados se recomienda incrementar las actividades de promoción y prevención tales como orientación nutricional, fomentar la actividad física y el seguimiento del tratamiento médico.

Los principales factores de riesgo fueron: Diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades del corazón, artritis, obesidad, tabaquismo, alcoholismo, cáncer de mama, enfermedad cerebrovascular y Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En este aspecto se podrían crear grupos de pacientes con el mismo factor de riesgo, para darles pláticas acerca de sus factores de riesgo, orientación nutricional y de actividad física para prevenir la aparición ó manifestación de la enfermedad.

Es importante la obtención de esta información, ya que da la oportunidad de planear estrategias de salud para resolver las necesidades de atención más frecuentes en el consultorio.

Con base a estos resultados, se recomienda incrementar las actividades de promoción y prevención tales como orientación nutricional, fomentar la actividad física y el seguimiento del tratamiento médico lo que incluye actividades en conjunto con el equipo de salud.

El tipo de familia predominante fue la familia nuclear, lo que es un factor de suma importancia en el proceso salud enfermedad, así mismo están aumentando las familias extensas, lo cual contribuye a fomentar el apego de los individuos como grupo familiar, lo que les da más apoyo cuando se presenta la enfermedad.

La mayoría de las familias estudiadas, se encuentran en etapa de dispersión (47.5%), lo que implica que son familias con miembros jóvenes, que requieren apoyo emocional,

orientación en el trato a los escolares y adolescentes, ya que es frecuente que se presente un desequilibrio en la homeostasis familiar.⁹

Predominó el sexo femenino de 55-59 años, escolaridad profesional y ocupación empleado, lo cual es de esperar por el tipo de familias encuestadas, ya que son trabajadores al servicio del estado. Esto implica que en un futuro cercano la mayoría de la población del consultorio será de tercera edad, por lo que las actividades de prevención en el consultorio deben estar encaminadas hacia este grupo de población.

9.0 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gutiérrez C, Tapia A. Historia de la Medicina Familiar en el Mundo y en México, en Medicina Familiar. Editorial Corinter, México, 2008. 86-97, 113-114.
2. Turabián J L, Cuadernos de Medicina de Familia y Comunitaria; Ed. Díaz de Santos, S.A.; España; 1995. 1-36.
3. Irigoyen C, Morales L; Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar; 1ª Ed. Medicina Familiar Mexicana.; México, 2000. 153-168.
4. Gómez G; Ceitlin J. La Medicina de Familia en el Mundo en “Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo”. Madrid, 1997. 2-7.
5. 5º Coloquio Nacional y 3º Internacional de Profesores Investigadores en Medicina Familiar; Elementos esenciales de la Medicina Familiar; Arch. Med. Fam.; 2005. 8-14
6. Taylor R. Medicina de Familia. Aspectos actuales y perspectivas futuras. Capítulo 1 en Medicina de Familia Principios y Práctica. 5ª Ed. Editorial Springer-Verlag Ibérica. E.E.U.U. 2001. 3-4.
7. Gallo V, Altisent T, Díez E, Fernández S C, Foz I, Granados M, Lago D; Perfil Profesional del Médico de Familia. Atención Primaria.1999; 23(4):236-248
8. Gómez C, Los Estudios de Salud Familiar y la Práctica Médica Familiar en <http://www.fac.med.unam.mx/deptos/familiar/atfam7-4/editorialhtml>. consultado el 16 de Junio 2008. 2 pantallas.
9. Membrillo L, Fernández O, Quiroz P, Rodríguez L. Familia, introducción al estudio de sus elementos. Editores de textos mexicanos; 2008. 40-70.
10. Santacruz V, citado por Herrera A. La Familia Unidad de Análisis en <http://www.geocities.com/hiponiquero/family.html?2008/6>. consultado el 16 de Junio 2008. 12 pantallas.
11. Garza E, Saavedra A. Metodología para la Atención de la Salud Familiar Integral. Editorial ANAPS ISSA. México, 1986. 12-13.
12. Godberg B. Medicina de Familia; 6ª Ed. El Servier; España 2003. 44-50.
13. Álvarez –Manilla JM; Atención Primaria ala Salud. Salud Pública, México, 1988; 30: 676-682.

14. Zurro A, Cano P. Atención Primaria Orientada a la Comunidad. Capitulo 20 en Atención Primaria. Ed. El Sevier, España, 2003. 345-364.
15. Manual sobre el enfoque de riesgo en la Atención Materno Infantil, serie Paltex para ejecutores de programas de salud. OPS-OMS, 1986. 9-13.
16. Argimón P J M, de Peray B. Análisis de la Situación de Salud. Capítulo 19 en Atención Primaria Ed. El Servier; España; 2003. 327-344
17. Estado de México. Día Mundial de la Población en www.conapo.gob.mx. consultado el 05 agosto 2008. 2 pantallas.
18. Perfil Censal de México en <http://www.ejournal.unam.mx/dms/no10/DMSO1010.pdf>. Consultado el 10 de Septiembre 2008. 2 pantallas.
19. Población / ¿De qué mueren los mexicanos? En <http://cuentame.inegi.gob.mx/población/defunciones.aspx?tema=P> consultado el 13/09/08. 2 pantallas.
20. Proyecciones de población en México 2000 – 2005. Principales causas de mortalidad general. CONAPO 2002 en www.inegi.gob.mx. Consultado el 13/09/08.
21. Ponce R, Gómez Clavelina, Irigoyen C. Atención Familiar 2007; 14(2):44-53
22. Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, 1987.
23. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinky en <http://www.wma.net/s/policy/b3.htm> consultado el 01 de septiembre 2008. 2 pantallas.
24. De la Flor B. Faringitis Aguda y Recurrente. Pediatría Integral 2005; IX (3):203-210.
25. Narro R, Rivero S, López B. Diagnóstico y Tratamiento en la Práctica Médica; 2ª Ed. El Manual Moderno; México; 2007. 113, 215, 241,299.163-170,128-134.403-409.
26. Dobler L. Guía Normativa Diagnóstica y Terapéutica. Para el Médico del Primer Nivel de Atención; 1ª Ed. El Manual Moderno; México; 2001. 155-307, 204-214, 268-274.

27. Muñoz X, Caparrós B, Farrus P, Fernández J, Fontdevila P, Gascón M, et al
.Diagnóstico de cáncer de mama en
<http://www.forumclinic.org/enfermedades/cáncer-de-mama/información/que-es-el-cancer>. consultado el 24 de Agosto 2008. 2 pantallas.
28. KR, Dzúl-Rosado K, Puerto S, González-Loza M. Cáncer Cervicouterino: métodos actuales para su detección. Rev.Biomed.2004; 15(4): 233-241.
29. Organización Mundial de Salud. Promoviendo la Salud en las Américas. Atención Primaria de la Salud en <http://www.ops.org.gt./APS/APS.htm>. consultado el 21 de Junio 2008. 2 pantallas.

10.0 ANEXOS



CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (CEBIF)

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

15-Oct-2007

IDENTIFICACIÓN				Fecha: _____	Folio: _____				
Lila: _____, No. Exp.: _____, Consul./Tumo: ____/____				Teléfono: _____					
Domicilio: _____									
Edad	Ocupación	Esc. (años)	SALUD REPRODUCTIVA						
			A.G.I.D.				PF		Método
G	P	A	C	Embarazo		Si	No	Si	
re						Si	No	Si	No
re								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? _____
Menos de un año _____	Con parentesco familiar. (abuelos, tíos, nietos, sobrinos, nueros, yernos)
De 1 a 4 años _____	Num. _____, Especifique: _____
De 5 a 10 años _____	
De 11 a 19 años _____	Sin parentesco familiar. (compadres, amigos, servicio doméstico, huéspedes)
20 o más años _____	Num. _____, Especifique: _____
Total _____	

FACTORES DE RIESGO.																							
PATOLOGIA FAMILIAR																							
Crónico Degenerativas								Infecciosas				Trastornos de la Nutrición		Otros									
Diabetes Mellitus	Hipertensión Art.	Enf. Corazón	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
dre																							
dre																							
re																							
ueños																							
s																							
al																							

ATENCIÓN A LA SALUD DEL NIÑO									
Edad	IRAS	EDAS	Edad	Vacunas		Estado Nutricional			
				Completo	Incompleto	Nórmal	Desnutrición	Obesidad	
Menos de 3 años			0 - 1 años						
3 a 6 años			1 - 5 años						

APOYO DE CUIDADORES		DETECCION DE CÁNCER				
¿Algún miembro de su familia proporciona cuidados continuos a alguna persona enferma? No _____ Si _____						
¿Quién proporciona los cuidados? _____						
¿Quién le proporciona los cuidados? _____						
¿Cuál es el motivo o la enfermedad por el que necesita cuidados? _____						
		Cada año		Positivo a Cáncer		
		Doc. cada	Si	No	Si	No
		Doc. mama	Si	No	Si	No

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA

[illegible]

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

para los datos demográficos de la familia

	Grupos de Ocupaciones	Edad en años
seco	01 = Ama(ø) de casa (hogar)	Menos de 15 años
dra	02 = Jubilado / pensionado	0 = 0.000
dra	03 = Desempleado (sin trabajo remunerado ni por cuenta propia)	1 = 0.000
p	04 = Subempleado (vendedor informal, ambulante, etc.)	2 = 0.100
era	05 = Menor de edad (menores de 4 años)	3 = 0.250
ino	06 = Estudiante (pre-escolar hasta posgrado)	4 = 0.300
elo	07 = Estudia y trabaja	5 = 0.400
ymenos matem	08 = Campesino	6 = 0.500
myenos matem	09 = Artesano	7 = 0.600
brinos matem	10 = Obrero	8 = 0.600
brinos matem	11 = Conductor de auto, camioneta o camión (chofer)	9 = 0.700
inos matem	12 = Técnico (electricista, carpintero, plomero, pintor, herrero, mecánico, etc.)	10 = 0.800
inos matem	13 = Empleado (cajero, oficinista, secretaria, recepcionista, archivista, etc.)	11 = 0.900
uetos matem	14 = Profesional (masajista, médico, sacerdote, arquitecto, ingeniero, abogado, enfermeras, psicólogos, etc.)	12 = 1.000
uetos matem	15 = Artista (músico, escultor, pintor de arte, escritor, poeta etc.)	
ubutos matem	16 = Comerciante establecidos (tiendas o negocios formales con 1 a 5 trabajadores o familiares a sueldo)	
ubutos matem	17 = Empresario (dueño de comercios, organizaciones, industrias o servicios establecidos legalmente)	
ros: amigos, compadres,	18 = Directivo (ejecutivos, gerentes, directores, etc.)	
ñeres lejanos, etc.	19 = Servicios diversos (gestor, mesero, cantante, policía, bombero, paramédico, intendencia, vigilancia, seguridad, trabajadores doméstico, etc.)	
	20 = Otras ocupaciones no especificadas	



UNION REPUBLIC OF CAMBODIA
MINISTRY OF THE INTERIOR
GENERAL SECRETARIAT

[illegible][illegible]