

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

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

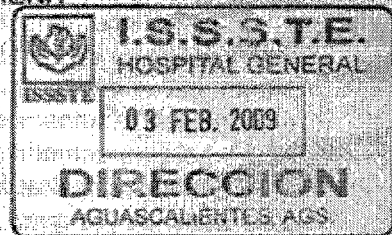
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL REGIONAL DE
AGUASCALIENTES, AGS.

**FACTORES DE RIESGO, CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y
PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA DE LA POBLACION
USUARIA AL CONSULTORIO SEIS DE LA CLINICA DE
MEDICINA FAMILIAR ISSSTE EN AGUASCALIENTES, AGS.
MEXICO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. J. JESUS ESPINOSA CASTORENA



AGUASCALIENTES, AGS. AGOSTO A DICIEMBRE DEL 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.

**FACTORES DE RIESGO, CARACTERISTICAS FAMILIARES Y
PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA DE LA POBLACION
USUARIA AL CONSULTORIO SEIS DE LA CLINICA DE MEDICINA
FAMILIAR ISSSTE EN AGUASCALIENTES, AGS. MEXICO**

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

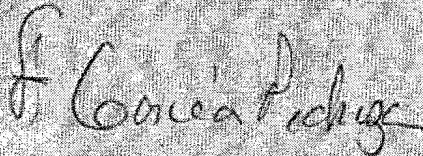
PRESENTA

DR. J JESUS ESPINOSA CASTORENA

AUTORIZACIONES



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

AGUASCALIENTES, AGS.

2009

**FACTORES DE RIESGO, CARACTERISTICAS FAMILIARES Y
PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA DE LA POBLACION
USUARIA AL CONSULTORIO SEIS DE LA CLINICA DE
MEDICINA FAMILIAR ISSSTE EN AGUASCALIENTES, AGS.
MEXICO**

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

PRESENTA:

DR. J. JESUS ESPINOSA CASTORENA

AUTORIZACIONES:

DR. SAUL JESUS HERNANDEZ RAMIREZ

DIRECTOR DE LA CLINICA HOSPITAL

AGUASCALIENTES, AGS

DRA. ELDA VIANNEY GALLEGOS PASILLAS

JEFE ENSEÑANZA DE LA CLINICA HOSPITAL

AGUASCALIENTES, AGS.

DR. ROBERTO SANCHEZ AHEDO

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 CAPACITACION DEL
ISSSTE.**

AGUASCALIENTES, AGS. AGOSTO A DICIEMBRE DEL 2008



DATOS GENERALES

01 Datos del alumno

Espinosa
Castorena
J Jesús

01 449 9 78 32 89
044 449 110 9378

Universidad Autónoma de Aguascalientes
Universidad Autónoma de México
Facultad de Medicina División de Estudios de Posgrado, Dpto. de Medicina
Familiar, UNAM
Médico Cirujano, UAA

02 Datos del asesor

Sánchez
Ahedo
Roberto

Fulvio Gómez
Clavelina
Francisco Javier

García
Pedroza
Felipe de Jesús

Hernández
Torres
Isaías

Valencia
Islas
Yolanda Estela

Hernández
Hernández
Miguel Ángel

Chapa
Luque
Tomás

03 Datos de la tesis

"Factores de riesgo, características familiares y principales causas de consulta de la de la Población Usuaría al consultorio seis de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Aguascalientes, Ags., México"

Tesis, Information

Risk Factors, Familiar Characteriscties And Main Causes Of The Consult Of
The Usuary Poblacion At The Office Number Six Of The ISSSTE Familiar
Medicine Clinic.

Aguascalientes, Ags. Mexico

2009

88p

INDICE

NOMBRE DE LA TESIS

ÍNDICE DE TESIS

1	MARCO TEÓRICO	
1.1	Historia de la Medicina Familiar	1
1.1.2	Definición de Médico Familiar	4
1.1.3	Perfil Profesional del Medico de Familia	4
1.2	Aspectos Históricos de la Familia	9
1.2.1	Definición de la Familia	13
1.2.2	Clasificación de las Familias	15
1.2.3	Clasificación de las familias con base en el parentesco	15
1.2.4	Clasificación de las familias con base en su nivel económico	17
1.2.5	Ciclo Vital de la Familia, Etapas del ciclo vital de la familia (Duball)	21
1.2.6	Estructura y Funciones de la familia	23
1.2.7	Elementos Diagnósticos de la familia	24
1.3	Fundamentos del Mosamef	26
1.3.1	EL MOSAMEF y la Medicina Familiar	27
1.3.2	Objetivos del Medico Familiar	28
1.4	Epidemiología	28
1.5	Factores de riesgo	31
		32
2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
		34
3	JUSTIFICACIÓN	
		35
4	OBJETIVOS	

4.1.1	Objetivo General	
4.1.2	Objetivo Específico	
4.2.	Hipótesis	
5	MATERIAL Y MÉTODOS	
5.1	Consideraciones éticas	36
	Ley de Heslsinki, Ley General de Salud, Ley General del ISSSTE	
5.2	Tipo de estudio	37
	Observacional, descriptivo, transversal, ambispectivo	
6	POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	38
6.1	Población	
6.2	Factibilidad del trabajo	
6.3	Utilidad del trabajo	
6.4	Factores de riesgo	
6.5	Criterios de selección	
6.6	Variables	
7	RESULTADOS	
7.1	Pirámide Poblacional	45
7.2	Tipo de Muestra	45
7.3	Método o procedimiento para recolectar la información	45
7.4	Resultados	46
7.5	Cuadros y graficas representativos de resultados de Encuestas levantadas en formato Cédula básica de Identificación Familiar en el consultorio 6: Pirámide poblacional. Ocupación por género. Parentesco por género. N° de hijos y nietos por grupo de edad; Clasificación de las familias por: parentesco, con base en la presencia física y convivencia, con base en la etapa del ciclo vital familiar.	48

Factores de riesgo encontrados en las familias. Diez principales causas de consulta de 1ª vez. Diez principales causas de consulta de Subsecuentes

8	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	63
9	CONCLUSIONES	81
10	BIBLIOGRAFÍA, REFERENCIAS	83

1. MARCO TEORICO

1.1 Historia de la Medicina Familiar

Definición de médico familiar. Perfil profesional del médico familiar

1.2 Aspectos Históricos de la familia

Definición de familia. Clasificación de las familias: con base al parentesco, con base en su nivel económico. Ciclo vital de la familia. Estructura y funciones de la familia. Elementos diagnósticos de familia.

1.3. Fundamentos Mosamef

El Mosafef y la Medicina Familiar.

Objetivos del Médico Familiar

1.4 Epidemiología

1.5 Factores de riesgo

1.1 Historia de la Medicina Familiar

El siglo XIX fue la era del Médico General, tanto en Europa como Norteamérica. Los profesionistas de la medicina eran en su mayoría médicos generales y existía poca diferenciación en sus funciones. Hay un rápido desarrollo de los conocimientos, un mayor carácter académico lo que conlleva a la especialización (Turbian, 1995).

Hacia los años sesenta surge la necesidad de que el médico general evolucione a ser un pilar fuerte en el primer nivel de atención, ya que el médico especialista estaba cayendo en las subespecialidades abarcando solo una parte de la Medicina, con su propio campo de conocimientos y metodología y un marco propio de actuación y estaba abandonado el lado humano y la atención integral del paciente cayendo en una atención despersonalizada y fragmentada, surgiendo así el Médico de Familia con un amplio campo de conocimientos propios en las distintas ramas de la Medicina, un marco propio de actuación, sobretodo en la Atención Primaria a la Salud y una metodología propia para ser aplicada en la consulta externa, siendo el primer punto de encuentro entre el médico, el paciente y su familia y así mejorar la relación médico-paciente que se había perdido (Turbian, 1995).

La reacción contra la fragmentación y la despersonalización, que da origen a la reformulación de la medicina general/familia, comienza de forma prácticamente simultánea en Gran Bretaña, Canadá, Australia y Estados Unidos, a partir de los años sesenta (Turbian, 1995).

Este cambio se inicia en Canadá en 1966, y es en Estados Unidos de América donde se inicia oficialmente en el American Board of Family and Practice en el año de 1969 siendo la primer especialidad en crear la recertificación y la vigésima especialidad en ese país, con una duración de 2 a 4 años la residencia médica.

El tipo de atención "especializada" produjo los efectos indeseables: la fragmentación de la atención al individuo y la despersonalización, coincidiendo con el desarrollo de Servicios Nacionales de Salud (especialmente en Gran Bretaña), del "General Practitioner" (Turbian, 1995).

Este concepto pasó a Estados Unidos como Medicina de Familia dando lugar a la WONCA (The World Organization of National Colleges Academis and Academia Associations of General Pratifioners/Family Physicians) surge en el año 1972 el Colegio Mundial de Médicos de Familia, cuenta con la afiliación de sociedades nacionales de medicina familiar en más de 80 países, es un organismo no gubernamental cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de la población del mundo mediante el mantenimiento de buenos estándares de calidad de la atención dada por la medicina familia, a través de proporcionar un foro de intercambio de conocimientos e información entre los miembros de las organizaciones de los médicos de familia (Turbian, 1995).

En 1978 en la conferencia internacional de Alma -Alta en la antigua URSS, apadrinada por la OMS y la UMINCEF, participaron ministros de salud de más de 100 países. Todas las naciones representadas se comprometieron con el objetivo "Salud para Todos en el año 2000". Además, ratificaron la amplia definición de la OMS de a **Salud** como un estado de completo bienestar físico, mental y social.(1)

En Latinoamérica y el Caribe en el año 1981 se crea el Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF) , donde, colaboran distinguidos Médicos Mexicanos (Turbian, 1995).

En 1991 el WONCA y la OMS también emiten una declaración "El papel del médico de familia en los sistemas de atención a la Salud" refiriéndose al rol del médico de familia dentro de la atención primaria (Turbian, 1995).

En 1996 el centro internacional para la Medicina Familiar (CIMF) realiza en Buenos Aires Argentina una reunión de trabajo sobre la medicina familiar y la

reforma en los sistemas de salud. Ese mismo año la CIMF se convierte en la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, donde afilia actualmente a las sociedades nacionales de 17 países, donde se establecen una serie de compromisos en materia de formación de Médicos Familiares en postgrado, y en el pregrado, además del mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, quedando plasmados en la Declaración de Sevilla, incluyéndose México (Turbian, 1995)

En junio del 2002 se aprueba por medio de WONCA la 6° Región Mundial, llamada Región WONCA Iberoamericana-CIMF, convirtiéndose en una nueva región WONCA (Turbian, 1995).

El especialista en medicina de familia es indispensable, y, además es el pilar fundamental de la atención sanitaria (Turbian, 1995).

En los 50 años que lleva la Medicina Familiar han surgido cambios en cuanto a la estructuración y funcionamiento de las familias, por ejemplo con la gran cantidad de mujeres que salen a trabajar se han perdido los valores en las familias actuales, ahora tenemos familias en unión libre Etéreo u homosexuales; por lo tanto se deben de cambiar los conceptos actuales de las familias ya que estos siguen revolucionando (Turbian, 1995)

Efectivamente los resultados de la Primea reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud (PRCAMF) celebrada en el año 2005 en la UNAM, nos orientan hacia la unificación de conceptos y criterios para la continuación de la práctica de la Medicina Familiar en México, así como la actualización de estos conceptos y criterios y continuar dando calidad en la atención familiar (Argiman P, y otros, 2003).

A mediados de la década de los sesenta, se comenzó a sentir la necesidad de un nuevo médico general, entendiéndolo como un profesional entrenado y orientado hacia aquello que, precisamente, las especialidades no pueden ni deben hacer, es decir, la atención integral y continuada de las personas (Turbian, 1995).

Tradicionalmente la formación del médico familiar incluía solo rotaciones por los hospitales; entre los años 1974 y 1993 existió un plan alternativo al tradicional en la Facultad de Medicina de la UNAM: El programa de Medicina General Integral (Plan A-36) en el que la formación de médicos estaba fundamentada de manera importante en el primer nivel de atención (Argiman P, y otros, 2003) (Gallo - Vallejo, 1995)

La Medicina Familiar se reconoce como especialidad ya que posee un cuerpo de conocimientos definidos, un área de responsabilidad y un perfil profesional susceptible de ser enseñado y practicado, lo que la caracterizan y diferencian de las otras especialidades de la salud (Turbian, 1995).

La medicina de familia se conceptualiza como una especialidad médica cuyo objetivo de estudio es la interacción de los patrones que influyen en el proceso para otorgar servicios médicos primarios, integrales, continuos, con énfasis en la prevención de la salud y la atención a la enfermedad y rehabilitación, en corresponsabilidad con el paciente, su familia y la comunidad (Turbian, 1995).

1.1.2 Definición de Médico Familiar

El médico familiar no es un epidemiólogo, sino un clínico que reconoce la importancia de la epidemiología clínica y la utiliza en su práctica diaria, tanto en la atención individual y familiar como en la orientada a la comunidad (Gallo - Vallejo, 1995).

Reconoce que está en una posición privilegiada para detectar problemas familiares y valorará la intervención en función del problema encontrado y de su propia capacidad en esta área (Gallo - Vallejo, 1995).

Se define al médico de familia como el profesional responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica. Es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicita atención, al contrario de otros profesionistas o especialistas que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de edad, sexo y diagnóstico de los pacientes.

También se define como el especialista que atiende los problemas relacionados con el proceso salud-enfermedad en forma integral y continúa bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar tomando en consideración en el contexto biológico, social y psicológico.

Es un clínico que atiende y asume la importancia trascendental de la familia sobre: ¿Cómo? y ¿de qué enferman sus miembros?, teniendo en cuenta su lado positivo, como recurso de la salud, y, su lado negativo, como generadora de enfermedad y de conductas de salud erróneas. Reconoce que esta es una posición privilegiada para detectar problemas familiares y valorará la intervención en la función del problema encontrado y de su propia capacidad en ésta área (Archivos, 2007).

1.1.3 Perfil Profesional del Médico de Familia

Para definir el perfil del médico familiar se basa en el desempeño de su ejercicio profesional, sus conocimientos, habilidades, actitudes, valores y actividades que desarrolla en cada una de ellas. Las áreas que abarca son:

- I. Área de atención al individuo
- II. Área de atención a la familia
- III. Área de atención a la comunidad
- IV. Área de docencia e investigación

I. Área de atención al individuo

La primera responsabilidad del médico de familia es de prestar una atención clínica efectiva y eficiente. Para ello, deberá poseer una serie de conocimientos, habilidades y actitudes que le capaciten para llegar a conocer el origen del problema que causa la demanda (diagnóstico), darle respuesta (tratamiento) y conseguir su desaparición (curación y rehabilitación).

Al médico de familia le corresponde una función educadora del paciente que deposita en él su confianza, con especial énfasis en promover la responsabilidad en el auto-cuidado. Utilizar la tecnología diagnóstica adecuada para la consulta de atención primaria y de una forma secuencial (Gallo, y otros, 1999).

II. Área de atención a la familia

El triángulo formado por el individuo, la familia y el médico constituye la base de la medicina familiar.

La familia, en tanto que medio social inmediato del individuo, tiene una importancia trascendental en: ¿cómo? y ¿de qué enferman sus miembros?, ¿cuándo y de qué forma expresan la necesidad de atención sanitaria? y en la manera en que se produce la resolución del problema.

El médico de familia está en una posición privilegiada para detectar e intervenir ante problemas familiares ocasionados o no por la enfermedad. Para ello debe ser un elemento neutro para todos los miembros de la familia, evitando la toma de partido por unos o por otros y haciendo resaltar esta postura, pues de ello va a depender.

Identificará, asesorará y apoyará a aquellas personas que explícita o implícitamente sean designadas en la familia como "cuidadores principales", que

constituyen el principal recurso de la misma ante los problemas de salud (Gallo, y otros, 1999)

III Atención Primaria de Salud (APS)

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, Ex URSS llevada a cabo del 6 al 12 de septiembre de 1978, en la Declaración compuesta de diez apartados, se define a la Atención Primaria como: "la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta 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 auto responsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un "proceso permanente de asistencia sanitaria" (Irigoyen - Coria, y otros, 2000).

- ✦ **La información de riesgo**, debidamente interpretada, puede convertirse en un vehículo para la demostración de relaciones causa/efecto el proceso salud – enfermedad y puede ayudar al desarrollo de intervenciones comunitarias adecuadas a la realidad correspondiente: (Serie PALTEX, 2007)

Los factores de Riesgo pueden ser:

- ✦ Biológicos (Ej. Ciertos grupos de edad)
- ✦ Ambientales (Ej. Abastecimiento deficiente de agua)
- ✦ De comportamiento (Ej. Fumar)
- ✦ Relacionados con la atención de Salud (Ej. Baja calidad de la atención)
- ✦ Socio – culturales (Ej. Educación)
- ✦ Económico (Ej. Ingreso). (Serie PALTEX, 2007)

Se habla con frecuencia de una cadena de hechos donde un daño precedente conduce a un daño subsecuente. Por lo tanto, cuando se lleva a cabo un estudio epidemiológico utilizando el enfoque de riesgo, debe presentarse especial atención de cuáles son los factores de riesgo y daños que se busca estudiar (Serie PALTEX, 2007)

A nivel individual y de familia, nuestra habilidad para medir estos riesgos con cierta precisión es incipiente. Contamos en la actualidad con herramientas particularmente aplicables a los aspectos preventivos de la atención a la salud. Tales herramientas y el conocimiento generado por ellas han llegado en un momento especialmente oportuno para aumentar la efectividad de la atención primaria a la salud (Serie PALTEX, 2007).

En la actualidad, el desarrollo científico y los avances tecnológicos han generado recursos que permiten no solamente atender la enfermedad sino también incidir sobre la salud, a este tipo de medicina la podríamos denominar de atención primaria, lo que equivale a decir que se ejerce antes de que aparezca un daño en contraposición, a la atención a la enfermedad o atención secundaria. (Grijalva, 2002).

Una atención en el nivel de excelencia debería ser valorada no por los medios que usa, sino por los resultados que produce, una atención de excelencia debería ser aquella que evitara costos y sufrimientos humanos que en el caso de un infarto en evolución, el paciente entra en contacto con la alta tecnología cuando el daño ya está presente y en ocasiones cuando es irreversible o fatal (Grijalva, 2002).

Actualmente podemos contar con la tecnología para identificar el riesgo respecto a un gran número de padecimientos, varios años antes de que se presente el daño e indicar las acciones tendientes a limitar un daño (Grijalva, 2002).

La metodología de Atención Programada o metodología para la programación de La Atención a través del enfoque de riesgo, fue elaborada en la Dirección General de Enseñanza en Salud de la Secretaría de Salud en 1988 (Grijalva, 2002).

En primer lugar se **detectan** los factores de riesgo por el equipo de salud; se jerarquizan de acuerdo a los criterios de **magnitud y trascendencia**.

- Posteriormente se programan las acciones del equipo de salud y se someten los factores de riesgo ya jerarquizados a decisión operativa en función de los criterios de vulnerabilidad y factibilidad, de manera que se conozca la posibilidad de actuar sobre el factor de riesgo y la intensidad y dirección en que ésta acción puede realizarse (Grijalva, 2002).

- ❖ **Vulnerabilidad:** Se refiere a la existencia de técnicas y procedimientos adecuados para abordar el factor de riesgo.
- ❖ **Factibilidad:** Se refiere a la capacidad que se tiene para impactar sobre el factor de riesgo con los recursos disponibles: lo ideal para cada factor de riesgo es cancelarlo, modificarlo o atenuarlo (Grijalva, 2002).

La evaluación de las actividades realizadas con el individuo su familia o el entorno, se lleva a cabo de acuerdo a los criterios de:

- ✦ **Eficiencia:** Será la relación existente entre el cumplimiento, apego a la técnica y habilidades establecidas para realizar la actividad planteada y el resultado obtenido.
- ✦ **Eficacia:** Será la relación entre la atención prestada y el efecto sobre los factores de riesgo (si se canceló, modificó, o se atenuaron sus efectos)
- ✦ **Efectividad:** Será el porcentaje de familias en las que se logró eficiencia y eficacia (Grijalva, 2002).

Familia

La familia es la única institución social encargada de transformar un organismo biológico en un ser humano, y según Le Play – Proudhon “es la célula básica de la sociedad”. En ella sus miembros mantienen en forma común y unitaria, relaciones directas personales “cara a cara”, con un vínculo entre sus componentes mediante el cual se comparten sentimientos, circunstancias, condiciones de vida y aspiraciones y en el que existe el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza (Huerta González, 1999).

La familia es un grupo primario y sus características son las propias de un sistema natural abierto en donde las acciones de cada uno de los miembros producen reacciones y contra reacciones en los otros y en él mismo, por eso, no debe ser entendida sólo en función de la personalidad de sus integrantes, sino también en cuanto a las relaciones interpersonales que entre ellos se establecen. Este sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, organizados por generaciones, sexos, intereses y funciones. Los principales en la estructura de una familia nuclear son:

- ✦ Subsistema conyugal
- ✦ Subsistema paterno-filial
- ✦ Subsistema fraterno

Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee distintos niveles de poder en los que aprenden habilidades diferenciadas (Huerta González, 1999).

La definición interaccional de familia la señala como un grupo de intimantes relacionados por fuertes y recíprocos lazos de afecto y lealtad, con una historia y un futuro común y que participan de un sentido de hogar (Huerta González, 1999).

El individuo es un subsistema de la familia y ésta lo es de la sociedad. Cada una de las partes está, dotada de cierta autonomía sujeta a sus propias leyes internas, características que permite distinguirlas entre sí. Sin embargo, existe interdependencia entre cada uno de estos sistemas, de manera que al definir a cualquiera de ellos, se hace necesaria la participación de los otros dos (Huerta González, 1999).

Para Ackerman, la familia es la unidad básica de la enfermedad y la salud, y afirma "hemos estado inclinados a examinar al individuo como una entidad aislada e intacta", cuando que las relaciones entre la personalidad del individuo y los procesos de dinámica del grupo y de la vida en familia constituyen un eslabón esencial en la cadena de causalidad en los estados de enfermedad y salud (Huerta González, 1999).

Es posible entonces, **definir a la familia como** el grupo social primario de individuos unidos por lazos consanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven permanentemente manteniendo en forma común y unitaria relaciones personales directas, con formas de organización y acciones tanto económicas como afectivas, con el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza y que comparten factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que pueden afectar su salud individual y colectiva (Huerta González, 1999)

1.2 Aspectos Históricos de la Familia

El hombre es un ser social que ha sobrevivido a lo largo de toda su historia a través de su pertenencia a diferentes grupos sociales. **La familia**, el ambiente más importante en el que él ha evolucionado, es la más antigua de las instituciones sociales humanas, tan añeja como la propia humanidad y según Ralph Linton, una institución que sobrevivirá mientras exista nuestra especie (Huerta González, 1999).

En las vicisitudes de la historia, la familia ha mostrado una extraordinaria capacidad de resistencia, lo cual viene a contradecir aquellas teorías que de tiempo en tiempo predicen un inminente ocaso de la familia y el matrimonio. Esta capacidad de resistencia ha quedado demostrada cuando por alguna catástrofe sucumben sociedades complejas y no ha quedado sólo un grupo de individuos sino una pluralidad de familias (Huerta González, 1999).

Simultáneamente con su evolución histórica, la familia ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época, lo cual hace augurar que la familia persistirá según Minuchin, debido a que constituye la mejor unidad humana para sociedades rápidamente cambiante. Cuanta mayor flexibilidad y adaptabilidad requiera la sociedad de sus miembros, más significativa será la familia como matriz del desarrollo psicosocial (Huerta González, 1999).

Aunque la familia es tan antigua como la especie humana, fue hasta la segunda mitad del siglo XIX en que se convirtió en objeto de estudio científico cuando Morgan, McLennan y Bachofen, entre otros, la consideraron como una institución social histórica cuya estructura y función son determinadas por el grado de desarrollo de la sociedad global (Huerta González, 1999).

En sus trabajos acerca de la familia, Morgan describió en etapas el curso completo del desarrollo social humano, desde un estado original de salvajismo y de total promiscuidad sexual, hasta la civilizada familia monogámica, la cual él veneraba fervientemente: "La completa experiencia previa y el progreso de la humanidad culminaron y cristalizaron en esta institución". Sin embargo, no existen pruebas del estado de promiscuidad total del que también hablaba Bachofen, por lo que esta vieja teoría ha sido paulatinamente relegada ante la serie de evidencias y estudios científicos que entre otros hechos señalan, por ejemplo, que los únicos primates que viven en hordas sexualmente promiscuas son los monos araguatos de América del Sur, una especie muy alejada de nuestra propia línea de descendencia. Se cuentan también los hallazgos de parejas enterradas en una misma tumba en lugares funerarios antiguos que demuestran que la monogamia era generalmente practicada en el paleolítico. Así mismo, han sido desechadas por inconsistentes, las teorías de Freud acerca de la horda primitiva y el asesinato del padre original, en las que decía que el primer tipo de familia humana era totalmente patriarcal y en ella el varón jefe tenía prioridad sobre todas las mujeres de su grupo; por eso expulsaba a los hijos a medida que crecían y se hacían adultos competidores, lo cual generaba odio en los hijos, quienes terminaban

matando al padre, con los consecuentes sentimientos culpígenos del caso (Huerta González, 1999).

En 1861, Johann Jakob Bachofen, en su obra "Derecho Materno", sostenía que las sociedades primitivas vivieron en promiscuidad sexual y que el parentesco se determinaba por línea materna debido al desconocimiento de que la fecundación ocurría por medio del contacto sexual y al hecho de que el ser varios los hombres que se relacionaban con la misma mujer, resultaba imposible saber quién era el padre. A consecuencia de esta situación surgió la **ginecocracia**, es decir, el dominio femenino absoluto sobre las nuevas generaciones. A esta situación se le atribuyen causas económicas, ya que la dedicación del hombre a los peligros de la caza dio lugar a que la mujer quedara como el elemento estable de la familia, abocada a una fuente segura y permanente de bienes como la agricultura, resultado económicamente más valiosa que el hombre, para quien la caza resultaba insegura y eventual (Huerta González, 1999).

A McLennan se deben los datos sobre la exogamia y *endogamia*; *poliandria* y *poligenia*.

- ✦ **Exogamia** (del gr exo; fuera de y gameín: casarse). Consistía en la costumbre masculina de buscar pareja con otras tribus. Era una estrategia de los grupos sociales para establecer alianzas con otros.
- ✦ **Endogamia** (del gr, éndon: dentro y gámos: boda). Unión matrimonial dentro del grupo, de miembros o individuos de una misma casa, tribu o linaje, con la prohibición de hacerlo fuera, lo que aísla al grupo del intercambio con otras poblaciones de la especie.
- ✦ **Poliandria**: Posibilidad de que una sola mujer tuviera simultáneamente varios hombres, frecuentemente hermanos y que invariablemente vivían bajo el mismo techo. Es un tipo de familia que lleva al matriarcado.
- ✦ **Poligenia**: Un solo hombre se encuentra unido a varias mujeres con las que puede tener hijos. Por lo general tales mujeres habitan con hijos y son visitados por el progenitor (Huerta González, 1999).

Lewis H. Morgan enfatizó la influencia de la sociedad sobre la forma y estructura de la familia, la cual nunca permanece estacionaria, sino que pasa de una forma inferior a una superior a medida que la sociedad evoluciona como consecuencia del desarrollo de la técnica y la economía (Huerta González, 1999).

Las etapas fundamentales de la evolución de la familia definidas por Morgan en 1877 fueron tomadas por Engels en su obra "El origen de la familia, la sociedad privada y el estado". Enriqueció los hallazgos de Morgan con las aportaciones del marxismo, resaltando la importancia de la génesis de la familia, las relaciones de producción y estableciendo una íntima conexión entre familia y estado como eslabones de un mismo proceso (Huerta González, 1999).

Morgan señala que a partir de la promiscuidad inicial absoluta aparecen otras formas diferentes de familia:

- ✦ **Familia consanguínea**, en la que predominan las relaciones incestuosas entre hermanos, siendo excluidos padres e hijos de las relaciones sexuales recíprocas.
- ✦ **Familia punaluena** o familia por grupo. En ésta, la prohibición del incesto incluye a los hermanos, y los hombres de un grupo son considerados desde el nacimiento como esposos de las mujeres de otra familia.
- ✦ **Familia sindiásmica** o patriarcal: La división de las tareas, necesaria por el desarrollo de la agricultura, lleva a la conformación de este tipo de familia en la que el hombre vive con una sola mujer, pero mantiene el derecho de la poligamia y la infidelidad. En ésta se funda el principio de autoridad absoluta del jefe de la familia.
- ✦ **Familia monogámica**: Tiene su origen en la forma anterior y se caracteriza por la unión libremente escogida de dos individuos. Es la familia de la cultura actual.

Las teorías de Morgan se completan con la descripción de los gens, un conjunto de familias unidas por determinados lazos de parentesco, que al escindirse por aumento en su densidad daban lugar a dos gens hermanas. A su vez, un conjunto de gens formaban una patría y dos o más patrías una tribu (Huerta González, 1999).

Muchos de los conceptos sobre el origen y evolución de la familia han sido obtenidos de contradictorios relatos de viajeros, de sus observaciones y vastas reconstrucciones "históricas" sobre las instituciones sociales, por lo que en gran parte pueden considerarse como meras suposiciones, algunas de las cuales parecen más probables que otras, aunque sin poder ser científicamente demostradas. Es el caso, por ejemplo, de las ahora dudosas aseveraciones de Morgan en relación con los tipos consanguíneo y punalueno de familias observadas en Hawai y otros sitios en que, posterior al estado inicial de promiscuidad, los hombres se casaban regularmente con sus propias hermanas, deducción basada probablemente en las costumbres comunes de matrimonio y en los términos en esos lugares empleados para describir y dirigirse a los parientes y quizá mal interpretados, ya que ahora se sabe que en aquel tiempo los hawaianos no tenían palabras acuñadas para parentescos como el de "tío", "tía", "sobrino", "sobrina", es decir, todos los tíos eran llamados por el mismo vocablo que designaban a padres y madres, y todos los sobrinos eran nombrados por el mismo de hermano y hermana, situación que probablemente dio lugar a la confusión (Huerta González, 1999).

Esta serie de hechos permite comprender que lo conocido sobre la organización primitiva del hombre ha llevado al reconocimiento de una tendencia central acerca del mantenimiento de relaciones sexuales permanentes, lo que de una u otra manera genera a la institución familiar, grupo en permanente evolución que a través del tiempo ha sufrido diversas transformaciones causadas fundamentalmente por factores económicos y culturales, y en menor grado por costumbres, leyes y valores. Por otro lado, resulta imposible trazar con precisión el nacimiento y desarrollo de la familia como expresión social del instinto biológico que lleva al hombre a asegurar la reproducción de la especie. Sin embargo, es evidente que dicha institución siempre ha existido y ha desempeñado hasta la actualidad y en todo el mundo, un papel primordial que caracteriza la cultura de la civilización a la que pertenece (Huerta González, 1999).

Elementos de estudio de la familia

La familia es el ambiente más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad, por ello resulta indispensable contar un marco de referencia que permita el estudio y la comprensión de este grupo social primario (Huerta González, 1999).

1.2.1 Definición de la Familia

La palabra familia deriva de la raíz latina *famulus* que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo *famul* que se origina de la voz osca *famel*, esclavo doméstico (Huerta González, 1999).

En la era del nomadismo con el término de "familia" se designaba a todo grupo de personas que se desplazaban juntas de un lugar a otro; en tanto que en la Roma antigua, el nombre de familia se daba al conjunto formado por esposas, hijos y esclavos y sirvientes que eran propiedad del *pater*, quien poseía la patria potestad y ejercía el derecho sobre la vida y la muerte de todos ellos. En la actualidad, en el lenguaje cotidiano la palabra "familia" suele designar una gama de acontecimientos sociales significativos, tales como una agrupación concreta con relaciones de parentesco entre sí, el matrimonio o la red de interacciones personales que permiten al individuo sentirse cómodo y seguro, es decir "en familia" (Huerta González, 1999).

El término familia puede incluir variadas acepciones y definiciones, por lo que resulta difícil elaborar un concepto de familia que tenga un carácter universal, ya que ésta adopta formas y dimensiones tan diferentes en cada sociedad, que no siempre es fácil discernir sobre los elementos que puedan ser comunes; sin

embargo, con la evolución que ha experimentado el grupo familiar y conforme a diferentes enfoques científicos, han surgido paulatinamente múltiples definiciones de familia, cada una de ellas con diferentes niveles de aplicación, por lo que es conveniente partir de una adecuada especificación de la terminología. De esta manera, el grupo formado por marido y mujer e hijos, sigue siendo la unidad básica preponderante en la cultura occidental, conservando aún la responsabilidad de proveer de nuevos miembros a la sociedad, socializarlos y otorgarles protección física y apoyo emocional. El concepto de familia incluye una compleja organización biopsicosocial con diversas dimensiones de funciones. No es simplemente un conjunto de individuos relacionados entre sí. Es la matriz de un grupo muy peculiar, con lazos especiales para vivir juntos y que tiene un potencial para crecer, desarrollarse y comprometerse (Huerta González, 1999).

Para el Papa León XIII (1818-1903) "la familia es una sociedad de extensión limitada; pero con todo, una verdadera sociedad, anterior a cualquier estado o nación, con sus propios derechos y deberes y totalmente independiente del Estado". La OMS, comprende como parte de la familia a los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio; en tanto que el diccionario de la Lengua Española dice que "La familia es el grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje". Por el término de linaje se entienden las líneas de descendencia unilaterales, de tal forma que en nuestro medio, las familias resultan ser patrilineales, y dado que la madre constituye el centro del afecto familiar, son matricéntricas (Huerta González, 1999).

El censo canadiense define a la familia como "esposo y esposa con o sin hijos; o padre y madre solo con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo". Según The United States Census Bureau, la familia es cualquier grupo de individuos que viven juntos y relacionados unos con otros por lazos sanguíneos, de matrimonio o adopción. En la actualidad, los teóricos del comportamiento familiar tiene la convicción común de que la familia debe ser concebida como una unidad funcional y que la actuación de sus miembros puede ser comprendida en relación con la estructura global de la misma; la consideran además, como un sistema de interacción, o mejor aún, de transacción, que imprime en el individuo sentimientos de identidad e independencia. El primero de ellos fundamentalmente influido por el hecho de sentirse miembro de un grupo y por su sentido de pertenencia a una familia específica, en tanto que el segundo se logra a través de la participación en los diferentes subsistemas familiares y en grupos extra familiares (Huerta González, 1999).

1.2.2 Clasificación de las Familias

Con el propósito de facilitar la clasificación se identificaron cinco ejes fundamentales:

- ✦ Parentesco
- ✦ Presencia física en el hogar o convivencia
- ✦ Medios de subsistencia
- ✦ Nivel económico
- ✦ Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios sociales

1.2.3 Clasificación de las familias con base en el parentesco

El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta. La trascendencia de esta clasificación se identifica fundamentalmente, en la necesidad del médico familiar de identificar características de los integrantes de las familias, que influyan en el proceso salud-enfermedad y cuya importancia se relacione con las consecuencias propias del parentesco.

Clasificación de las familias con base en la presencia física y convivencia.

La presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia cuya importancia para la práctica de la medicina familiar se identifica con los riesgos de enfermedades infecciosas y transmisibles. La presencia física también está vinculada con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias.

Clasificación de las familias con base en sus medios de subsistencia.

La inserción de las familias en los procesos productivos puede propiciar una clasificación basada en los medios que son origen esencial de su subsistencia.

De esta manera, se identifican familias que dependen de los recursos que se generan en las áreas.

- ✦ Agrícolas y pecuarias
- ✦ Industrial
- ✦ Comercial
- ✦ Servicios

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

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

Núcleo integrado	Presencia de ambos padres en el hogar
Núcleo no integrado	No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar
Extensa ascendente	Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres
Extensa descendente	Padres que viven en la casa de alguno de los hijos
Extensa colateral	Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etcétera).

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

Se reúnen diversos indicadores tanto de bienestar como de la pobreza que interactúan, dependen e influyen sobre otros factores.

Estudios recientes coinciden en que el ingreso económico familiar no es el único, pero sí uno de los factores más importantes, y por lo tanto no representa en su totalidad las dimensiones que integran el fenómeno riqueza-pobreza en el escenario familiar.

La clasificación de las familias desde el punto de vista económico debe tomar en cuenta los diversos elementos que interactúan en esta perspectiva. Por su importancia y efectos sobre la salud-enfermedad, la pobreza es indicador que el médico familiar debe evaluar, para lograrlo deberá tomar en cuenta los elementos que integren una visión multifactorial de este fenómeno.

Con base en el estudio realizado por el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza creado por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) en 2001, publicado por Cortés y Hernández-Laos, se sugiere utilizar diversos indicadores monetarios y no monetarios para medir la pobreza en el nivel familiar.

Pobreza familiar nivel 1

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

Pobreza familiar nivel 2

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

Pobreza familiar nivel 3

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

La escala establece que el nivel 3 de pobreza es el más grave de todos y el nivel 1 es menos grave. Las familias que puedan cubrir los rubros mencionados en los tres niveles no se consideran pobres.

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

Se deben tomar en consideración los cambios que se han presentado en las sociedades modernas y que han representado diversas formas en que tienden a conformarse otros estilos de convivencia y que repercuten en la salud individual y familiar.

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

1.2.5 Ciclo Vital de la Familia

(Arnulfo Irigoyen Coria, Francisco Javier Gómez Clavelina, Jesús Buendía Palao, Juan José Mazón Ramírez, Miguel Ángel Fernández Ortega, Raúl Amezcua Aguirre)

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

- ✚ Fase de matrimonio
- ✚ Fase de expansión
- ✚ Fase de dispersión
- ✚ Fase de independencia
- ✚ Fase de retiro y muerte

Este esquema propuesto por Geyman en 1980, es el que se utiliza con mayor frecuencia en México. (Irigoyen-Coria, y otros, 2000).

La fase de matrimonio se inicia precisamente con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo; lógicamente que el arribo de un nuevo miembro tiene repercusiones importantes en las relaciones de la pareja, precipitando ajustes a la vida cotidiana (Irigoyen-Coria, y otros, 2000)

Fase de expansión: Es el momento en que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros de la familia. Como su nombre lo indica la familia se dilata, se "expande". Es muy conocido el ejemplo de los jóvenes esposos, que deben organizarse de manera muy "armónica" para levantarse por la madrugada y proporcionar su biberón al bebé, cuidando que esta situación altere lo menos posible sus actividades diurnas (Irigoyen-Coria, y otros, 2000).

Fase de dispersión: Para algunos investigadores esta fase se identifica claramente, por el hecho de que todos los hijos asisten a la escuela y ni uno solo se encuentra trabajando. En esta etapa de la vida familiar, se para el camino para la próxima independencia de los hijos mayores ya que se encuentran en plena adolescencia. Los padres se ven sometidos a nuevos retos, ellos mismos se deben ajustar al pensamiento de los jóvenes, hecho que proporciona no pocas divergencias; para tal fin citemos una curiosa anécdota del Dr. Passmore:

Para centrar más exactamente nuestra discusión sobre el período de la adolescencia, haré la siguiente cita; EL MUNDO ESTA ATRAVESANDO UNA EPOCA TURBULENTO. LA GENTE JOVEN NO TIENE RESPETO A SUS PADRES; LES IMPACIENTAN TODAS LAS RESTRICIONES, HABLAN COMO

SI SOLO ELLOS LO SUPIERAN TODO, Y LO QUE ENTRE NOSOTROS PASA POR SABIDURIA, ES TONTERIA PARA ELLOS. Esto está tomado, no de los editoriales de un periódico de hoy, sino de los escritos de Pedro el Ermitaño en el siglo XI (Irigoyen-Coria, y otros, 2000).

La fase de independencia: Es difícil precisar el número de años transcurridos; Al inicio de esta fase, la pareja debe aprender a vivir nuevamente en "Independencia", sus hijos han formado nuevas familias. Los lazos de unión entre padres e hijos se deben fortalecer ante el riesgo de un progresivo debilitamiento sin olvidar el clima de profundo respeto que debe privar, hacia las nuevas familias que recientemente se están formando. Esta fase suele tener una duración aproximada entre 20 y 30 años (Irigoyen-Coria, y otros, 2000).

Fase de retiro y muerte: Al igual que muchas situaciones paradójicas en la naturaleza, observamos el contraste entre el entusiasmo e ilusión que caracterizaban la fase de matrimonio, con la incertidumbre y nostalgia que con gran frecuencia se ve marcada esta fase del desarrollo familiar. Cuatro son las circunstancias más difíciles que hemos identificado:

- ✦ Incapacidad para laborar (con desempleo debido a la presencia de enfermedades crónico-degenerativas).
- ✦ Desempleo
- ✦ Agotamiento de los recursos económicos
- ✦ Las familias de los hijos casados en fase de expansión, sin posibilidad de proporcionar recursos a los padres; abandonándolos en sus hogares de origen, o recluyéndolos en asilos para ancianos (Irigoyen-Coria, y otros, 2000).

En nuestro medio se dan con frecuencia las familias en que los abuelos participan abiertamente en el seno familiar; esta situación que conlleva el riesgo de provocar "ingerencias peligrosas" en la toma de decisiones, también permite perpetuar la protección a los ancianos, aprovechando su experiencia y sabiduría, costumbre que asumida con responsabilidad y cautela... no debe perderse, porque es signo viviente de nuestra tradición cultural (Irigoyen-Coria, y otros, 2000).

Etapas del ciclo vital de la Familia (Duball 1977)

PRIMERA ETAPA (Pareja sin hijos)	QUINTA ETAPA (Hijos Adolescentes)
SEGUNDA ETAPA (Nace 1er. Hijo)	SEXTA ETAPA (Desprendimiento)
TERCERA ETAPA (Hijos Preescolares)	SEPTIMA ETAPA (Padres Solos)
CUARTA ETAPA (Hijos Escolares)	OCTAVA ETAPA (Padres Ancianos)

1.2.6 Estructura y Funciones de la familia

Estructura

Conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden integran al grupo familiar.

Funciones de la Familia

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

- ✦ **Socialización:** Promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que proporciona la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- ✦ **Afecto:** Interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- ✦ **Cuidado:** Protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras de salud) del grupo familiar.

- ✦ **Estatus:** Participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- ✦ **Reproducción:** Provisión de nuevos miembros a la sociedad.
- ✦ **Desarrollo y ejercicio de la sexualidad.**

Factores que influyen en la relación familia – enfermedad:

- ✦ Tipo de familia
- ✦ Educación de cada miembro
- ✦ Etapa del ciclo de vida familiar
- ✦ Funcionalidad familiar
- ✦ Ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas
- ✦ Actitudes de los familiares acerca del dolor, invalidez y regímenes terapéuticos (Irigoyen - Coria, y otros, 2005).

1.2.7 Elementos del Diagnóstico de Familia

A) Instrumentos de análisis previos a la elaboración del diagnóstico:

- Genograma
- Esquema de clasificación integral de la familia
- Apgar familiar
- Escala de Holmes

B) Análisis y síntesis de elementos

C) Redacción del diagnóstico familiar (Torres, 1997).

Genograma

El genograma es la representación gráfica de las principales características de un grupo familiar a lo largo del tiempo. Se le considera un instrumento versátil y de gran utilidad clínica. También se le conoce como familiograma, árbol genealógico, pedegree humano (Gómez, y otros, 1999), (Navarro, y otros, 2004).

Es utilizado de manera cotidiana por diversos profesionales, no solo del área de la salud, sino también por historiadores, biógrafos, médicos familiares, terapeutas familiares, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, genetistas, psichistoriadores, etc. quienes lo han adaptado a sus necesidades y perspectivas (Navarro, y otros, 2004)

Con el genograma se representa información a manera de diagrama de flujo que permite identificar procesos biológicos, emocionales y sociales de una familia a través de diversas generaciones. A continuación se enlistan algunas de las ventajas de los genogramas, identificadas por Navarro-García y cols (Navarro, y otros, 2004).

- 1) Presentación de un registro médico sistemático.
- 2) Formato gráfico de lectura fácil.
- 3) Logra identificar pautas generacionales, biomédicos y psicosociales.
- 4) Permite evaluar relaciones entre el entorno familiar y la enfermedad.
- 5) Reestructura los problemas presentes en los pacientes.
- 6) Auxilia en el manejo médico y en el campo de la medicina preventiva.
- 7) Permite hacer evidentes los obstáculos para la cooperación
- 8) Identifica eventos de la vida que podrían afectar el diagnóstico y tratamiento.
- 9) Pone en evidencia pautas de enfermedad.
- 10) Facilita la educación del paciente
- 11) Detecta la etapa del ciclo de vida que cursa la familia.
- 12) Favorece la elaboración de hipótesis terapéuticas.
- 13) El proceso de su elaboración permite establecer una relación médico-paciente armónica.
- 14) Es una vía no amenazante para obtener información emocionalmente importante.
- 15) Su elaboración demuestra interés por el paciente y otros familiares.
- 16) Representa la estructura funcional de la familia (Navarro, y otros, 2004).

Esquema de clasificación integral de la familia

Apgar Familiar

Escala de Holmes

- A) Análisis y síntesis de elementos
- B) Redacción del diagnóstico familiar

La familia es una unidad biopsicosocial por excelencia, al asignar este nombre *ipso facto se hace referencia* a la estrecha relación que mantiene con la propia definición de salud; así como al concepto de salud de los individuos que la constituye. Más específicamente, con el **fenómeno salud-enfermedad**, en el que la familia se presenta como uno de sus escenarios más representativos.

Como grupo social la familia se **mantiene una actitud muy particular frente a la salud, la atención sanitaria y la propia enfermedad**, a este respecto Bellón señala: Mediante la transmisión de creencias y valores de padres e hijos, todo el proceso que acontece desde que se reconoce la enfermedad hasta que se alcanza nuevamente el estado de salud o incluso se agravara la enfermedad y ocurriera la muerte; siempre y de manera ineludible estará influido por las conductas que se adopten en el seno del grupo familiar.

Estas premisas señalan de manera contundente la **importancia que tiene el estudio del grupo familiar, para los médicos de familia, médicos familiares, y en general para los profesionales que componen el equipo de salud.**

1.3 Fundamentos del Mosamef

EL MOSAMEF se origina a partir de tres preguntas fundamentales:

1. ¿Cómo llevar a la práctica los principios esenciales de la Medicina Familiar?
2. ¿Cómo identificar las necesidades de atención a la salud de las familias?
3. ¿Cómo verificar que la atención médica familiar produzca un impacto favorable en la salud de las familias?

La práctica de la Medicina Familiar se fundamenta en tres elementos esenciales: el estudio de la familia, la continuidad de la atención y la acción anticipatoria basada en un enfoque de riesgo (Irigoyen - Coria, y otros, 2000), op. cit, pág.29

Con base en estas premisas, las actividades que el médico familiar debe realizar requieren de una guía metodológica que propicie un diagnóstico del estado de salud de las familias que requieren sus servicios (Irigoyen - Coria, y otros, 2000), op. cit. pág.29.

La evaluación demográfica de las familias mediante la descripción de su estructura, clasificación tipológica, etapa del ciclo vital familiar y elementos económicos y sociales constituyen algunos de los componentes del denominado diagnóstico de salud familiar (Irigoyen - Coria, y otros, 2000),op. cit.,pág.30.

Fundamentos del Mosamef

El análisis de la patología que con mayor frecuencia se presenta en las familias, constituye el perfil de la morbimortalidad que aunado a la evaluación demográfica de las familias, facilita al médico de familia y a su equipo de trabajo en el diseño y ejecución de estrategias específicamente dirigidas a la prevención, diagnóstico, y tratamiento oportuno (Irigoyen - Coria, y otros, 2000) op. cit.,pág.31

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

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

1. Reorientar los servicios de salud
2. Mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida
3. Crear medio ambientes saludables
4. Elaborar políticas explícitas para la salud
5. Reforzar la acción comunitaria en salud.

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

Para desarrollar medidas de promoción de la salud son necesarias nuevas actitudes y destrezas por parte el equipo de atención primaria, pero sobre todo un nuevo tipo de relación con el paciente: hacer promoción de la salud significa, en definitiva, intentar ayudar a las personas y colectividades a aprender y aceptar la responsabilidad de su propio bienestar (Irigoyen - Coria, y otros, 2000) op. cit.,pág.35

1.3.1 EL MOSAMEF y la Medicina Familiar

En 1991 se organizó una reunión de expertos, con el propósito de precisar de señalar las actividades que desarrollan y las que deberían incorporar los médicos familiares. La reunión se celebró en Perugia, Italia en mayo de 1991: con la participación de 17 médicos de familia de diferentes países. El objetivo del encuentro fue la elaboración de un documento que marcara la contribución de los médicos de familia en la consecución de los objetivos de "Salud para todos en el año 2000". (Irigoyen - Coria, y otros, 2000) op. cit.,pág.39.

El grupo de trabajo de la OMS debatió la situación en los distintos países y elaboró unas conclusiones muy explícitas:

1. **La medicina de familia es el elemento de los servicios de salud que más apoyará la consecución de los objetivos de "Salud para todos".**
2. **El médico de familia posee un papel vital como agente de cambio dentro de los complejos sistemas de salud, no solo por su papel de "portero del sistema" (gatekeeper), sino también por el de abogado de la salud de sus pacientes.**
3. La medicina de familia es, para **cualquier país, la base más adecuada de su sistema sanitario.**
4. **La creación de departamentos universitarios de medicina de familia o de atención primaria de salud (o el refuerzo de los existentes) es vital para el desarrollo de una medicina de familia efectiva.**

El reconocimiento de la medicina de familia como una disciplina específica, con una identidad propia y un claro perfil, es un requisito previo para realizar una investigación, formación y educación efectivas (Irigoyen - Coria, y otros, 2000) op. cit., pág. 39.

1.3.2 Objetivos del Médico Familiar

El médico de familia asume el objetivo de un gran cambio en nuestra sanidad, según lo que ha dado en llamar el "modelo emergente" caracterizado por aspectos tan "familiares" para este profesional, como la concepción biopsicosocial del paciente, el equipo como protagonista en el medio de trabajo, la orientación comunitaria, la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, la eficiencia, etc. evidentemente, para asumir este protagonismo en este nuevo modelo sanitario es imprescindible que el perfil profesional del médico de familia/médico general hagan su presencia funciones que complementen a las que venían siendo realizadas hace años por los médicos generales en el modelo sanitario precedente. La competencia clínica para resolver una mayoría de los problemas de salud, la disposición docente e investigadora la capacidad de asumir labores de gestión, va a ser elementos básicos que se deben desarrollar y actualizar de forma constante por el médico de familia *Ibíd.*, pág. 5.

1.4 Epidemiología

Ahora que podemos tener un mejor panorama de la familia es también interesante saber que tipo de comunidad (población) atenderemos, realizar un censo de la población adscrita y/o usuarios para ubicarla y ubicarnos tanto geográfica como demográfica y socialmente y así saber en que entorno se desarrollan nuestras familias, contamos con el saber que México tiene una población agrupada en hogares familiares total de 97.9 millones de agrupadas en familias que representan un 97.7% de la población total y en promedio cada familia mexicana esta conformada por 4.3 integrantes en México la población total según del Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI) nos reporta que 10'798,167;

son pacientes asegurados directos y familiares por Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (Ibíd.,pág.6) (INEGI).-Estatificar por grupos etarios y sexo así como realizar una pirámide poblacional que nos servirá para valorar grupos de edades a atender y con estos padecimientos más frecuentes esperados, trabajar en identificar los factores de riesgo de mi población (Carrillo, y otros, 2000).

La morbilidad de consultas en primer nivel en diferentes Instituciones quizá valga recalcar que tipo de población en cada una es diferente y quizás esto haga el cambio para encontrar las diferentes causas de consulta, se reportan como las primeras diez causas en la Secretaría de Salud en el año 2001; enumeramos de las más frecuentes:

- 01 Exámenes Generales: Investigación de personas sin quejas o sin patología
- 02 Diagnóstico Informado
- 03 Faringitis Aguda
- 04 Rinofaringitis aguda (resfriado común)
- 05 Exámenes y contactos para fines administrativos
- 06 Amigdalitis aguda
- 07 Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
- 08 Caries dental
- 09 Supervisión de embarazo normal
- 10 Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias.

Las referencias del Instituto Mexicano del Seguro Social reporte del 2006 donde señala en un estudio de un año en Clínica de Medicina Familiar se otorgaron 67 millones de consultas cuyos motivos principales fueron:

- 01 Hipertensión Arterial
- 02 Faringitis Aguda
- 03 Rinofaringitis Aguda
- 04 Diabetes Mellitus no insulo dependiente
- 05 Diabetes Mellitus no especifica
- 06 Supervisión de embarazo
- 07 Infecciones agudas de vías respiratorias superiores
- 08 Diarrea y gastroenteritis
- 09 Otros trastornos del sistema urinario
- 10 Examen general de personas

En el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en México en las Unidades de Medicina Familiar del Estado de Aguascalientes en un estudio que se realizo en el año 2007 por el INEGI las diez primeras causas de consulta fueron (INEGI).

- 01 Infecciones respiratorias agudas
- 02 Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas
- 03 Otitis media aguda
- 04 Varicela
- 05 Amebiasis intestinal
- 06 Diabetes Mellitus
- 07 Neumonías y bronconeumonías
- 08 Otras helmintiasis

09 Infecciones por picaduras de alacrán

10 Candidiasis urogenital

1.5 Factores de riesgo

Riesgo como probabilidad de que una persona libre de enfermedad desarrollo esa enfermedad durante un periodo de tiempo determinado (Román 1998). Un factor de riesgo de una enfermedad es cualquier variable asociada a la probabilidad de desarrollar dicha enfermedad dentro de las cuales se citan las ambientales, sociales, hereditarias, físicas y psíquicas.

Las medidas del efecto e impacto; son las medidas que comparan el riesgo entre grupos expresando el grado de: asociación entre enfermedad y las características que definen los grupos: entre los expuestos y los no expuestos.

El riesgo relativo: responde a cuantas veces es más probable que el grupo expuesto desarrolle la enfermedad relacionándolos con los no expuestos.

El riesgo atribuible: nos señala cual es el riesgo adicional de enfermar que es consecuencia de la exposición, riesgo responsable de que aparezca la enfermedad en un grupo de comparación, esto es la proporción de casos que podríamos prevenir si se elimina dicho factor, dicha medida se conoce como proporción de riesgo atribuible a la población. (Grijalva, 2003) (INEGI).

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Planteamiento del problema

La importancia de conocer la atención primaria; según la declaración de ALMA ATA en la que se afirma desde 1978: la atención primaria en salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta 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 auto responsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como de desarrollo social y económico global de la comunidad, representa el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevándolo más cerca al lugar donde residen y donde trabajan las personas y constituye el primer elemento de asistencia sanitaria (Cano, y otros, 1998).

Razón por la cual la medicina familiar ha demostrado que puede aplicar una atención primaria excepcional a individuos y familias; para actuar de manera eficaz en el marco de sistema asistencia sanitaria del futuro, los médicos de familia deberán ir más allá del modelo tradicional de relación individual medico-paciente y adquirir conocimientos y capacidades necesarias para una practica clínica básica en la población (Goldberg, 1999).

Así consideramos de vital importancia conocer a nuestra población para poder aplicar los programas prioritarios de atención medica que establece el sistema nacional de salud, comprenden actividades relacionadas con la aplicación permanente de vacunas, en tratamiento de enfermedades diarreicas, infecciones de vías respiratorias superiores y enfermedades crónicas como diabetes mellitus e hipertensión arterial; no obstante, la problemática de salud de la población requiere de una clara identificación de los más importantes factores que la determinen y afectan, para optimizar los recursos y hacer más racional la población de los servicios (Irigoyen, y otros, 1998).

La población total del país según datos de población y vivienda de 2005 del Instituto Nacional de Población de Geografía e Informática (INEGI) es de 103'263,388 habitantes divididos en 50'013,433 mujeres y 50'249,955 hombres.

En el estado de Aguascalientes la población es de 1'065,416 habitantes, el total de Población Amparada del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) es de 133,300 derechohabientes y esta cifra representa el 12.51% de la población total; y una Población Usuaria de 110,264 derechohabientes que representa el 82.72% de derechohabientes que hacen uso de las prestaciones y servicios que ofrece el ISSSTE, según datos del Departamento de Afiliación y Vigencia de Derechos a Nivel Nacional.

El número de familias a Nivel Nacional es de 24'803,625; el número de familias en el estado de Aguascalientes es de 4,228.53, según datos de las estadísticas del INEGI del año 2005.

La Mortalidad según datos del INEGI en el año 2006 fue en un total de 494,471 decesos, 274,091 hombres, y 220,240 mujeres y 140 no especificados.²⁴ Las cinco principales causas de Mortalidad son: enfermedades de corazón 16.43%, Diabetes Mellitus 16.91%; Tumores malignos 13.76%, Enfermedades Cerebro vasculares 5.58%, Enfermedades del Hígado 5.02%. Las principales causas de Morbilidad Según el Sistema único de Información para la Vigilancia Epidemiológica de la dirección general de Epidemiología de la Secretaría de Salud de un total de 40'321,579 casos a Nivel Nacional en el año 2007 son: Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) 61.07%, Infecciones Intestinales 11.45%, Infecciones de las Vías Urinarias (IVU) 7.65%; Úlceras Gastritis y Duodenitis 3.68%, Hipertensión Arterial 1.26%.

La Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE en el estado de Aguascalientes esta ubicada en Avenida Universidad número 410 Fraccionamiento San Cayetano, lugar donde la población es de un nivel socioeconómico medio alto y cuenta con todos los servicios de urbanización, en esta clínica se localiza el consultorio 6 del turno matutino; no se encontraron datos del número de familias; ya que la población de derechohabientes esta dividida en 4 sectores correspondiendo al consultorio 6 el sector 4.

1. El problema es desconocer la información de las familias que yo atiendo
2. ¿Cuáles son las características familiares de mi sector?
3. ¿Cuáles son los factores de riesgo?
4. ¿Cuáles las principales causas de consulta?

3. JUSTIFICACIÓN

Justificación

Ante el hecho que en la Clínica de Medicina Familiar de Aguascalientes, en el Estado de Aguascalientes, que pertenece al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en Aguascalientes, cuenta con el consultorio no. 6 del turno matutino donde no tiene el antecedente que especifique las características de las familias, no cuenta con el estudio de las 10 enfermedades más frecuentes de la consulta, es necesario que la Clínica de Medicina Familiar Aguascalientes lo conozca para el índice de marginación, el estado integral de salud de las familias; la escolaridad con el propósito de implementar acciones y programas de prevención de las condiciones de vida.

Esta población usuaria del consultorio 6 del turno matutino que cuenta con los beneficios de la Seguridad Social por que dependen y son derechohabientes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, se desconoce las causas por las que acuden generalmente; es por esto que aparecen los factores de riesgo y es necesario hacer el estudio de las características familiares y de las 10 causas principales de consulta para: incidir en los programas de salud.

Con esta investigación se pretende hacer un diagnóstico para analizar los factores de riesgo familiar (daño probable), aspectos demográficos de la familia para implementar acciones inmersas de la salud que abarquen las acciones curativas, preventivas que incidan a un mejoramiento continuo de sus condiciones de vida y satisfacción del servicio.

Con programas y estrategias establecidas a este grupo poblacional dándole un seguimiento puntual y medidas preventivas conducentes, se intenta mejorar el aspecto de salud del grupo poblacional usuario del consultorio 6 de la Clínica de Medicina Familiar de Aguascalientes.

4. OBJETIVOS

4. Objetivos:

4.1.1 Generales . 4.1.2 Especificos

4.2 Hipótesis

4.1.1 Objetivo General

Conocer factores de riesgo, características Familiares y principales causas de consulta en el consultorio 6 de Clínica de Medicina Familiar. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en Aguascalientes.

4.1.2 Objetivos Específicos

Identificar las características familiares con base en:

- ✦ Parentesco
- ✦ Convivencia
- ✦ Nivel económico
- ✦ Ocupación
- ✦ Nuevos estilos de vida
- ✦ Etapa del ciclo vida familiar
- ✦ Identificar la pirámide poblacional de las personas encuestadas
- ✦ Identificar los factores de riesgo familiar
- ✦ Identificar datos demográficos de las familias usuarias del consultorio 6

4.2 Hipótesis

No se requiere por ser un estudio descriptivo

- Identificar las causas de consulta de primera vez y 10 causas de consulta subsecuente agudas y crónicas.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 Consideraciones éticas

Ley de Helsinki. Ley General de Salud. Ley General del ISSSTE.

5.2 Tipo de Estudio

Observacional. Descriptivo. Transversal
.Ambispectivo

5.1 Consideraciones éticas

5.1.1 Ley de Helsinki

De acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación donde participan seres humanos manifestado en la declaración de Helsinki de la asociación medica mundial celebrada en Edimburgo, Escocia en octubre de 2000, que consta de 32 párrafos. La investigación biomédica en seres humanos no puede realizarse legítimamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para la persona que toma parte de ella (Everest Escolar, 2000) (Secretaría de Salud)

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

5.1.2 Ley General de Salud

El congreso de los Estados Unidos Mexicanos decreta la ley general de salud. Titulo primero (Disposiciones Generales). Capitulo único: (Última reforma DOF-30-05-08).

Artículo 1º la presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4º en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federales en materia de salubridad general.

Es la aplicación en toda la República Mexicana y sus disposiciones son de orden público y de interés social.

Artículo 2º el derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades en la fracción VII, el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud (Secretaría de Salud).

5.1.3 Ley General del ISSSTE

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado, Órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos Tomo DCXLII N° 22 México, D.F. sábado 31 de marzo de 2007.

En materia de salud, Capítulo II Sec. I; Art. 27 El Instituto establecerá un seguro de salud que tiene por objeto establecer, promover y restaurar la salud de sus derechohabientes, otorgando, servicios de salud con calidad, oportunidad y equidad.

El seguro de salud incluye los componentes de atención medico preventiva, atención medica curativa, de maternidad y de rehabilitación física y mental.

Artículo 28: El Instituto diseñara implementara y desarrollara su modelo y programa de salud en atención a las características demográficas, socioeconómicas y epidemiológicas de sus derechohabientes. (Ley General del ISSSTE, 2007).

5.2 Tipo de Estudio

- Observacional
- Descriptivo
- Transversal
- Ambispectivo

6. POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

6.1 Población

6.2 Factibilidad del trabajo

6.3 Utilidad del trabajo

6.4 Factores de riesgo

6.5 Criterios de selección

Inclusión. Exclusión. Eliminación

6.6 Variables

Cuantitativas. Cualitativas

6.1 Población

Hojas de Informe Diario del Médico hoja SM10-1 del 1° de enero del 2007 al 31 de diciembre del 2007

100 familias usuarias CEBIF

Lugar Clínica de Medicina Familiar consultorio 6 turno matutino en el Estado de Aguascalientes, Ags.,

Tiempo 1° de agosto del 2008 al 6 de diciembre de 2008.

6.2 Factibilidad del Trabajo

Cuento con Clínica de Medicina Familiar

Población fija

Consultorio 6

Estadística hoja Informe Diario de Labores del Médico

Cédula Básica de Identificación Familiar

6.3 Utilidad del Trabajo

¿Para qué? Conocer las causas de consulta de mi consultorio

¿Cómo? Con los datos que tengo

¿A quién? A la población de mi consultorio

¿Para qué? Para mejorar la calidad de atención del consultorio 6 de la Clínica de Medicina familiar en Aguascalientes.

6.4 Factores de Riesgo

Con este estudio pretendo conocer las causas de consulta de mi consultorio número 6 los factores de riesgo y las características familiares; para mejorar la calidad de atención a la población que acude al consultorio número 6 de la clínica de Medicina Familiar en Aguascalientes.

6.5 Criterios de Selección

1. Inclusión

- ✦ Usuario que acude al consultorio 6
- ✦ Mayores de edad
- ✦ Informe diario de labores del médico hoja SM10-1 del 1° de enero del 2007 al 31 de diciembre del 2007
- ✦ Consultorio 6 turno matutino de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE de Aguascalientes

2. Exclusión

- ✦ Familias de otros consultorios
- ✦ Menores de edad
- ✦ Hojas de otros consultorios
- ✦ Hojas que no corresponden al período de tiempo
- ✦ Y los no derechohabientes

3. Eliminación

- ✦ Hojas ilegibles de la consulta diaria
- ✦ Personas que no desean participar

6.6 Variables

6.6.1 Variables Cuantitativas

Nombre de la variable	Definición	Tipo de variable	Escala	Valor de la variable
Edades de integrantes familia	Tiempo vivido en años (Tabla N° 1)	Cuantitativa	Discontinua	Números enteros en años
Número de hijos por grupo de edades	Conteo de hijos y clasificación por edades (Tabla N° 4)	Cuantitativa	Discontinua	Número de hijos entre 0-10 años 11 – 19 años 20 años y +

6.6.2 Variables Cualitativas

Nombre de la variable	Definición	Tipo de variable	Escala	Valor de la variable
Género	Categoría gramatical por lo que se clasifican en masculino y femenino (Tabla N° 1,2,3)	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
Ocupación	Actividad o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa sin empleo (Tabla N° 1)	Cualitativa	Nominal	Hogar Jubilado Empleado federal Docente Profesionista Obrero Técnicos Desempleados Comerciante Empleado Chofer pensionado
Clasificación de la familia en base a parentesco	Es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable, de la afectividad análoga a esta (Tabla N° 5)	Cualitativa	Nominal	Nuclear Nuclear simple Nuclear numerosa Monoparental extendida Monoparental Extensa compuesta Reconstruida (binuclear)

Clasificación de las familias sin parentesco	Aquellas familias sin vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción u otra relación estable de afectividad análoga a esta.	Cualitativa	Nominal	Monoparental extendida sin parentesco, Grupos similares a familias.
Clasificación de las familias con base a la presencia física y convivencia	La presencia física en el hogar implica un grado de convivencia. La presencia física esta vinculada también con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias (Tabla N° 6)	Cualitativa	Nominal	Núcleo integrado, Núcleo no integrado, Extensa ascendente, Extensa descendente. Extensa colateral.
Clasificación de la familia en base en sus medios de subsistencia	Los medios que son origen esencial de su subsistencia, de esta manera se identifican familias que dependen de los recursos que se generan en las áreas	Cualitativa	Nominal	Agrícolas o pecuarias, Industrial Comercial Servicio.
Clasificación de la familia por estilos de vida originados por los cambios sociales	Cambios que se han presentado en las sociedades modernas y que han representado diversas formas en que tienden a conformarse otros estilos de convivencia y	Cualitativa	Nominal	Persona que vive sola Parejas homosexuales sin hijos Parejas homosexuales con hijos adoptivos Familia grupal

	repercute en la salud individual y familiar (Tabla N° 6)			Familia comunal Poligamia.
Etapas del ciclo vital familiar	En el curso del desarrollo familiar cada familia pasa por varias etapas en las cuales existen diferentes expectativas, necesidades y fenómenos que pueden afectar la salud de sus miembros. Toda organización viva tiene su inicio, desarrollo y ocaso, (según Geyman) (Tabla N° 7)	Cualitativa	Nominal	Matrimonio Independencia Expansión Dispersión Independencia Retiro y muerte
Factores de riesgo	Probabilidad de que una persona libre de una enfermedad desarrolle esa enfermedad durante un período determinado. Probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. (Determinación de factores de riesgo) (Tabla N° 8)	Cualitativa	Nominal	Diabetes Mellitus II Hipertensión Arterial Enfermedades cardiacas Cáncer Cérvico Uterino Cáncer de Mama Cáncer de Próstata Otro cáncer Insuficiencia Renal, Enfermedades cerebro vasculares, Asma bronquial, Sida/VIH.

				<p>Otras ETS Hepatitis B o C Tuberculosis pulmonar Desnutrición Obesidad Anorexia/bulimia Tabaquismo Alcoholismo Otra adicción Enf. Psiquiátrica Violencia familiar Discapacidad Riesgo ocupacional</p>
--	--	--	--	---

7. RESULTADOS

7.1 Pirámide Poblacional

7.2 Tipo de Muestra

7.3 Método o procedimiento para recolectar la información

7.4 Resultados

7.5 Cuadros y graficas representativos de resultados de Encuestas levantadas en formato Cédula básica de Identificación Familiar en el consultorio 6:

Pirámide poblacional. Ocupación por género. Parentesco por género. N° de hijos y nietos por grupo de edad; Clasificación de las familias por: parentesco, con base en la presencia física y convivencia, con base en la etapa del ciclo vital familiar. Factores de riesgo encontrados en las familias. Diez principales causas de consulta de 1ª vez. Diez principales causas de consulta de Subsecuentes

Resultados

7.1 Pirámide poblacional

De la población adscrita al consultorio n° 6 de la Clínica de Medicina Familiar Aguascalientes se tomo una muestra de 100 familias a estudiar de estas: se cuenta con un total de 209 pacientes masculinos y 208 pacientes femeninos; por tanto el masculino forma un 50.69% de la muestra total, dentro de la muestra predomina en el número de hijos y nietos los de edad entre 20 y mas años con un porcentaje del 63.84%. (Tabla y Gráfica no. 3 y 4).

7.2 Tipo de muestra

Muestra no probabilística por cuota; fija 100 encuestas (Familias).

7.3 Método o procedimiento para recolectar la información

Primero se solicitará el apoyo de las autoridades de la Clínica de Medicina Familiar para realizar dicho estudio y posteriormente se investigan todos los antecedentes posibles y lugar donde podemos obtener la información, acudí al Departamento de estadística para solicitar las hojas del informe diario de labores

del medico SM 10-1 las cuales me otorgaron y así en una hoja blanca procedimos a hacer el concentrado por medio de paloteo de todas y cada una de las enfermedades ahí registradas día a día en un periodo de un año del 01 de enero al 31 de diciembre de 2007 , actividad que nos llevo dos semanas posteriormente se realizó el conteo del paloteo y obtuvimos las 10 causas más frecuentes. En un período de tres meses se llevo durante la consulta la aplicación de las cédulas familiares (anexo 1) informando a cada paciente su utilidad y si estaban de acuerdo en participar, posteriormente se hizo el conteo de los resultados obtenidos por cada dato recolectado y llevar a cabo el análisis estadístico para calcular frecuencia y porcentaje para las variables cuantitativas y cualitativas por último los resultados se representan en gráficas y tablas.

7.4 RESULTADOS

De acuerdo a las familias estudiadas mediante la Cédula Básica de Identificación Familiar puede darme cuenta de lo importante que es conocer la población de mi consultorio no. 6 en la que se realizó la investigación, ya que se realizo una pirámide poblacional en el cual se detectó que el grupo mayoritario son pacientes mayores entre los 20 y 24 años y posteriormente de los 30-34 y 25 a 29 años, lo cual es relevante ya que de esta forma para realizar estudios o medidas preventivas para mejorar la salud de los pacientes y su calidad de vida. (Tabla y gráfica N°1).

La mayoría de la población censada es casada y estos datos concuerdan sobre el registro del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática sobre la población censada en el Estado de Aguascalientes.

La unión conyugal de familias en su mayoría son Nuclear Simple con un 57%; nos da un panorama, de que, se trabajo con familias con valores: éticos y morales. Entre sus ocupaciones ocupa el primer lugar con un 23.50% el hogar, jubilados con un 21.50%, empleados federales con 16.50% y docente con el 12.50%. Los hijos en su mayoría tienen una educación media y profesional. (Tablas y gráficas N° 5 y 2).

Las etapas del ciclo vital en su mayoría es el de retiro y muerte con el 40%, dispersión 23% independencia 23%, por lo tanto se correlaciona con la pirámide poblacional que representa un mayor número de personas que se encuentran en la edad reproductiva y así se correlacionan con la escolaridad de la mayoría de la población. (Tabla y gráfica N° 7).

De la información recolectada de las hojas diarias de Labores del Médico hoja SM 10-1 se determinaron las causas más frecuentes de consulta de 1ª Vez la que ocupa el primer lugar es la Hipertensión Arterial con un 40.33%, en segundo lugar enfermedades Respiratorias Altas con un 28.53% como es la Rinofaringitis y Faringitis, Diabetes Mellitus 18.24%, Depresión 4.46% y Gastritis 1.58% lo cual coincide con el panorama epidemiológico de las enfermedades de primera vez a Nivel Nacional y Mundial datos

reportados en el año de 1999 al 2004 en la Secretaría de Salud. En cuanto a la Morbilidad del ISSSTE en Aguascalientes. (Tabla N° 9).

En cuanto a la morbilidad estatal del ISSSTE en el Estado de Aguascalientes, en el año 2007 las Infecciones de vías respiratorias altas ocuparon el primer lugar, los cuadros de vías respiratorias son más frecuentes en temporada de clima frío, templado y en lluvias, por lo cual indican la necesidad de realizar medidas preventivas a los grupos más vulnerables.

Es de gran importancia recalcar que dentro de la consulta subsecuente las de mayor prevalencia son: la Hipertensión Arterial con un 62.54% y la Diabetes Mellitus con un 28.65% esto en la tercera y cuarta década de la vida en un 5 a 10% en la población general. (Tabla N°10).

Dentro de los factores de riesgo más frecuentemente encontrados están la Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo II con un alto porcentaje en los padres y abuelos ya que de ahí concluyo el por que la alta morbilidad de la hipertensión y diabetes mellitus tipo II en el consultorio 6 y en la Clínica de Medicina Familiar en el Estado de Aguascalientes.

7.5 Cuadros y gráficas

ISSSTE Aguascalientes, Ags.

Hospital General

Clínica De Medicina Familiar (CMF)

Consultorio 6

Tabla N° 1 Porcentaje Pirámide de Población según encuestas levantadas en la Cédula Básica de Identificación Familiar en el consultorio

Grupo de edad	Hombres	Mujeres
0-4	2,40	1,68
5-9,	1,92	1,68
10-14,	2,64	3,12
15-19	3,84	2,16
20-24	8,63	6,47
25-29	6,24	4,32
30-34	4,32	7,67
35-39	1,92	2,88
40-44	2,16	2,40
45-49	1,92	5,04
50-54	5,28	4,56
55-59	4,32	3,84
60-64	3,84	2,16
65-69	0,72	0,96
70-74	0,24	0,48
75-79	0,24	0,00
Total	50,60	49,40

Fuente: Cédula Básica de Identificación Familiar

Tabla 2 ocupación por género según encuestas levantadas en la Cédula Básica de Identificación Familiar en el consultorio N° 6 del ISSSTE en la CMF en Ags.

Ocupación Género	Frecuencia por Género			Porcentaje
	Femenino	Masculino	Total	
Hogar	47	0	47	23.50%
Jubilado	15	28	43	21.50%
Empleado Federal	15	18	33	16.50%
Docente	13	12	25	12.50%
Profesionista	3	12	15	7.50%
Obrero	2	6	8	4.00%
Técnico	5	3	8	4.00%
Perdidos	0	7	7	3.50%
Desempleado	0	4	4	2.00%
Comerciante	0	3	3	1.50%
Empleado	0	3	3	1.50%
Chofer	0	2	2	1.00%
Pensionado	0	2	2	1.00%
Total	100	100	200	100.00%

Fuente: Cédula Básica de Identificación Familiar

Tabla N° 3 parentesco por género según encuestas levantadas en las Cédula Básica de Identificación Familiar en el consultorio N° 6 del ISSSTE en la CMF en Ags.

Parentesco	Frecuencia por Género			Porcentaje	
	Género	Masculino	Femenino		Total
Padres		93	100	193	46,28%
Hijos		114	104	218	52,28%
Nietos		2	4	6	1,44%
Total		209	208	417	100,00%

Fuente: Cédula Básica de Identificación Familiar

Tabla 4. N° de hijos y nietos por grupo de edad según encuestas levantadas en las Cédula Básica de Identificación Familiar en el consultorio N° 6 del ISSSTE en la CM Ags.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
0 - 10 AÑOS	38	16.96%
11 - 19 AÑOS	43	19.20%
20 y + AÑOS	143	63.84%
Total	224	100,00%

Fuente: Cédula Básica de Identificación Familiar

Tabla N° 5 clasificación de las familias por parentesco según encuestas levantadas en las Cédula Básica de Identificación Familiar en el consultorio N° 6 del ISSSTE en la CMF en Ags.

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear Simple	57	57,00%
Nuclear	22	22,00%
Nuclear Numerosa	9	9,00%
Monoparental extendida	6	6,00%
Monoparenteral	3	3,00%
Extensa compuesta	2	2,00%
Reconstruida (binuclear)	1	1,00%
Total	100	100,00%

Fuente: Cédula Básica de Identificación Familiar

Tabla N° 6 clasificación de la familia con base en la presencia física y convivencia según encuestas levantadas en las Cédula Básica de Identificación Familiar en el consultorio N° 6 del ISSSTE en la CMF en Ags.

Presencia física y convivencia	Frecuencia	Porcentaje
Núcleo integrado	84	84,00%
Núcleo no integrado	10	10,00%
Extensa ascendente	5	5,00%
Extensa colateral	1	1,00%
Total	100	100,00%

Fuente: Cédula Básica de Identificación Familiar

Tabla N° 7 clasificación de la familia con base en la etapa del ciclo vital familiar según encuestas levantadas en las Cédula Básica de Identificación Familiar en el consultorio N° 6 del ISSSTE en la CMF en Ags.

Etapa del ciclo vital familiar	Frecuencia	Porcentaje
Retiro y Muerte	40	40,00%
Dispersión	23	23,00%
Independencia	23	23,00%
Expansión	11	11,00%
Matrimonio	2	2,00%
Se ignora	1	1,00%
Total	100	100,00%

Fuente: Cédula Básica de Identificación Familiar

Tabla nº 8 factores de riesgo encontrados en las familias del consultorio 6 de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE, en Aguascalientes, Ags. según encuestas levantadas en las Cédula Básica de Identificación Familiar

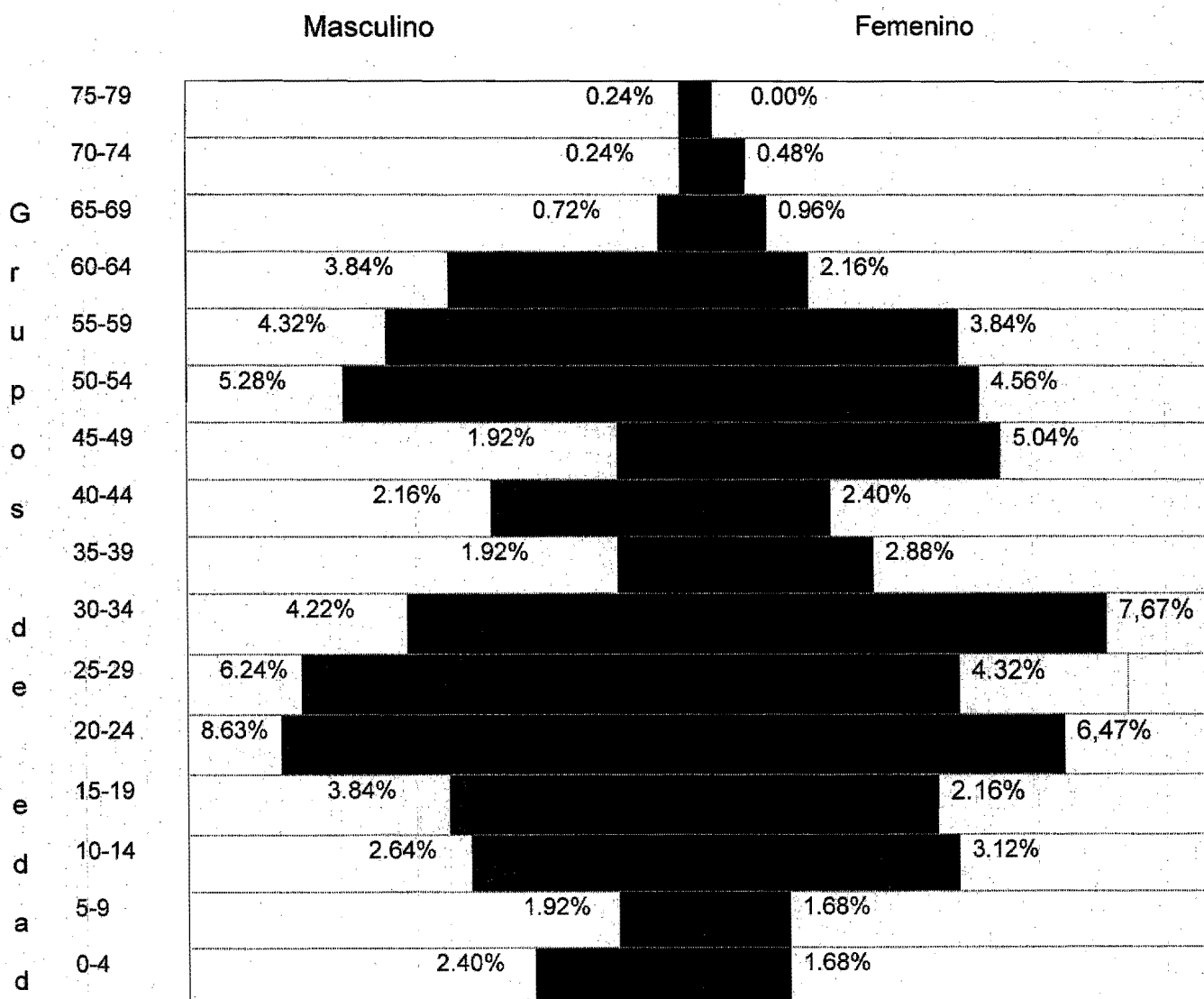
Factores de Riesgo	Total	Porcentaje
Hipertensión Arterial	184	23,65%
Diabetes Mellitus	178	22,88%
Tabaquismo	82	10,54%
Alcoholismo	65	8,35%
Enfermedades cardiacas	64	8,23%
Obesidad	57	7,33%
Otro cáncer	29	3,73%
Enfermedades cerebro vasculares	23	2,96%
Enf. Psiquiátrica	22	2,83%
Asma bronquial,	18	2,31%
Cáncer de Próstata	14	1,80%
Insuficiencia Renal,	13	1,67%
Cáncer Cérvico Uterino	8	1,03%
Cáncer de Mama	6	0,77%
Anorexia/bulimia	5	0,64%
Violencia familiar	4	0,51%
Hepatitis B o C	3	0,39%
Otras ETS	1	0,13%
Desnutrición	1	0,13%
Discapacidad	1	0,13%
Sida/VIH.	0	0,00%
Tuberculosis pulmonar	0	0,00%
Otra adicción	0	0,00%
Riesgo ocupacional	0	0,00%
Total	778	100,00%

Fuente: Cédula Básica de Identificación Familiar

ISSSTE Aguascalientes, Ags.
Hospital General
Clínica De Medicina Familiar (CMF)
Consultorio 6

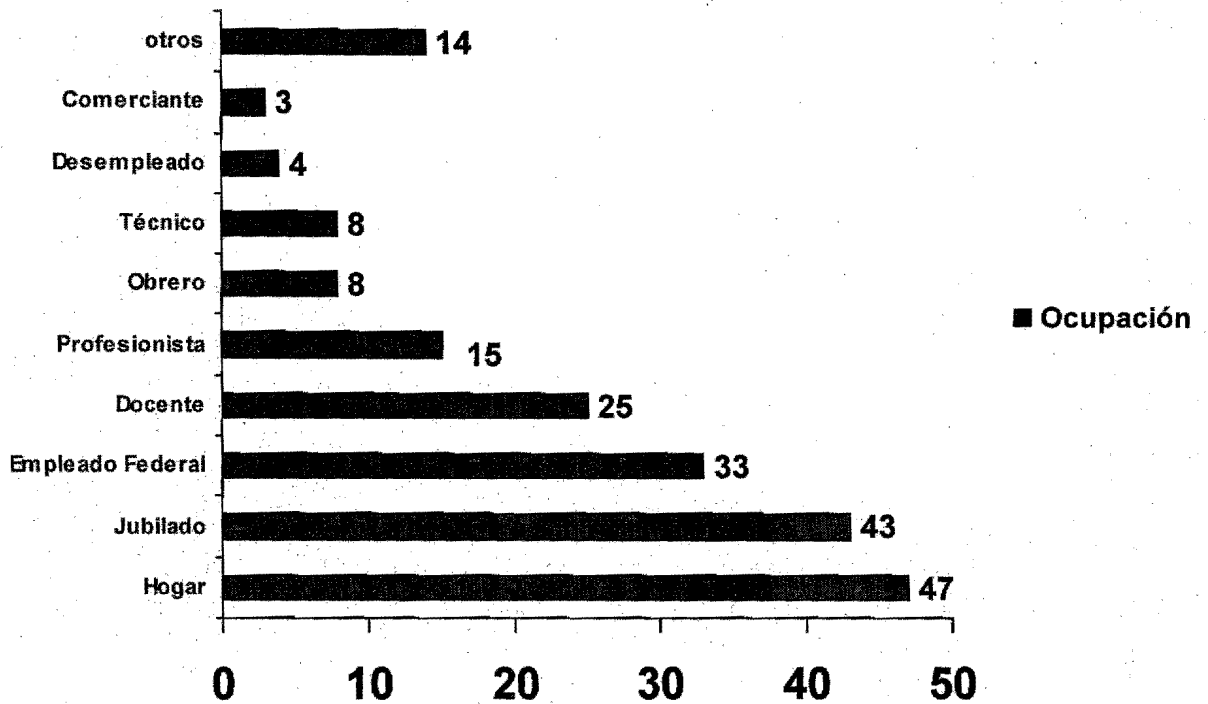
Gráfica N° 1 Pirámide de Población según encuestas levantadas en las Cédulas Básicas de Identificación familiar en el consultorio

Porcentajes Pirámide de población, 2008



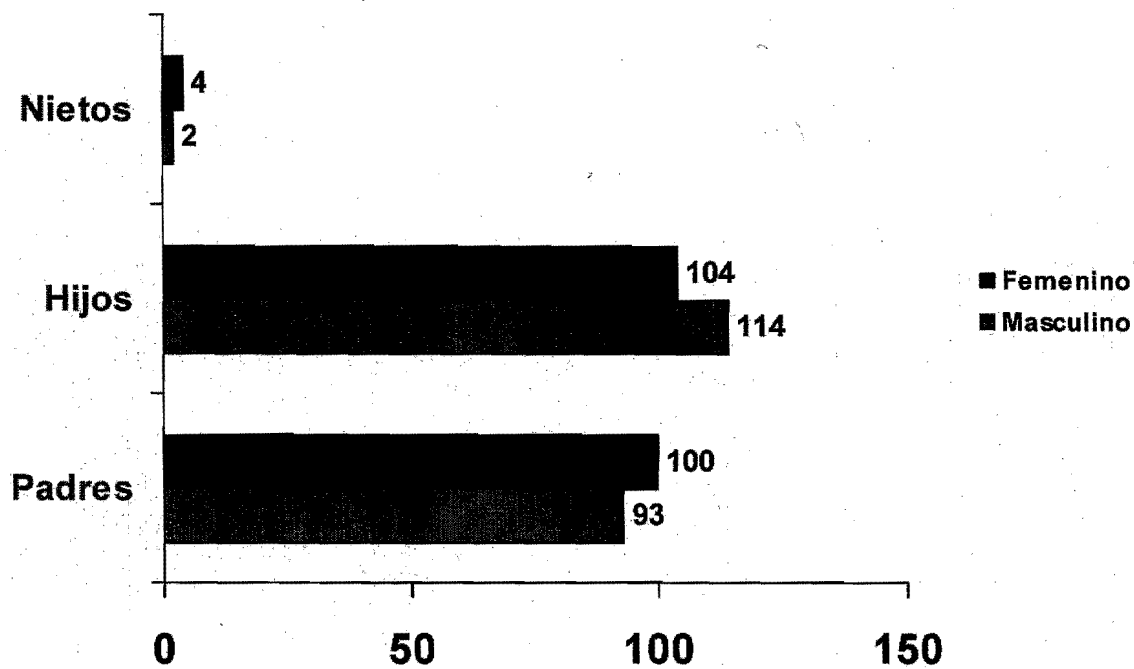
Fuente: Cédula Básica de Identificación Familiar

Grafica tabla 2 ocupación por género según encuestas levantadas en las Cédula Básica de Identificación Familiar en el consultorio N° 6 del ISSSTE en la CMF en Ags.



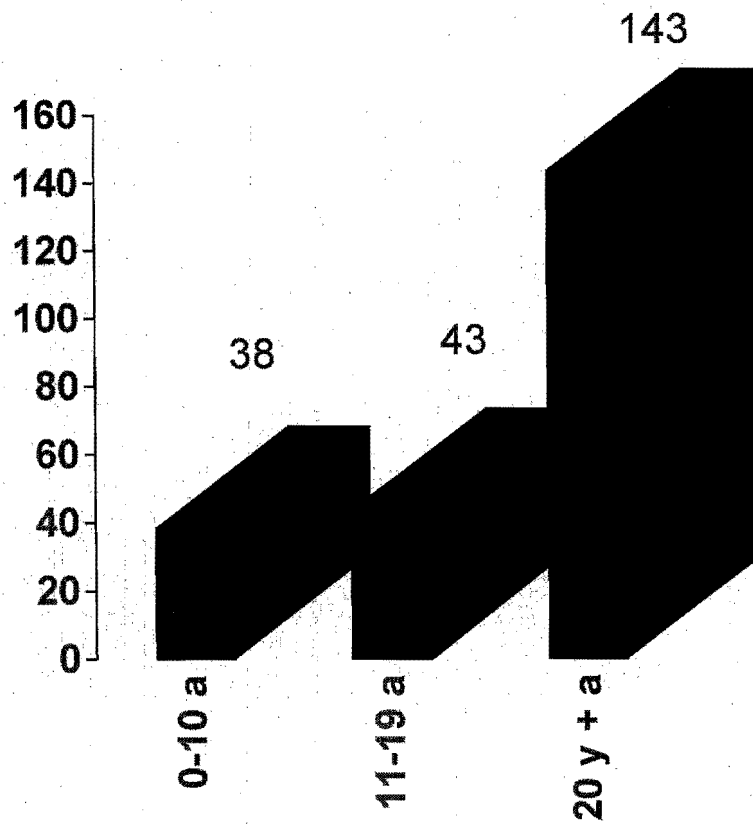
Fuente: Cédula Básica de Identificación Familiar

Gráfica N° 3 parentesco por género según encuestas levantadas en las Cédula Básica de Identificación Familiar en el consultorio N° 6 del ISSSTE en la CMF en Ags



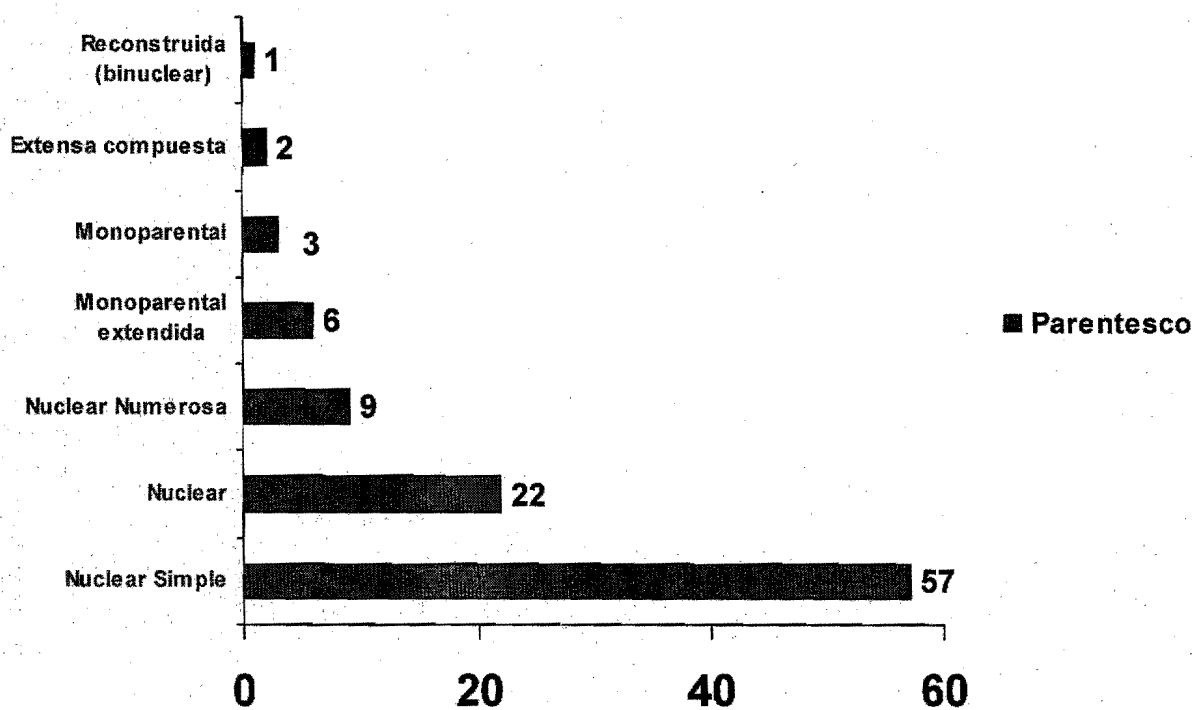
Fuente: Cédula Básica de Identificación Familiar

Gráfica 4 N° de hijos y nietos por grupo de edad según encuestas levantadas en las Cédula Básica de Identificación Familiar en el consultorio N° 6 del ISSSTE en la CMF en Ags



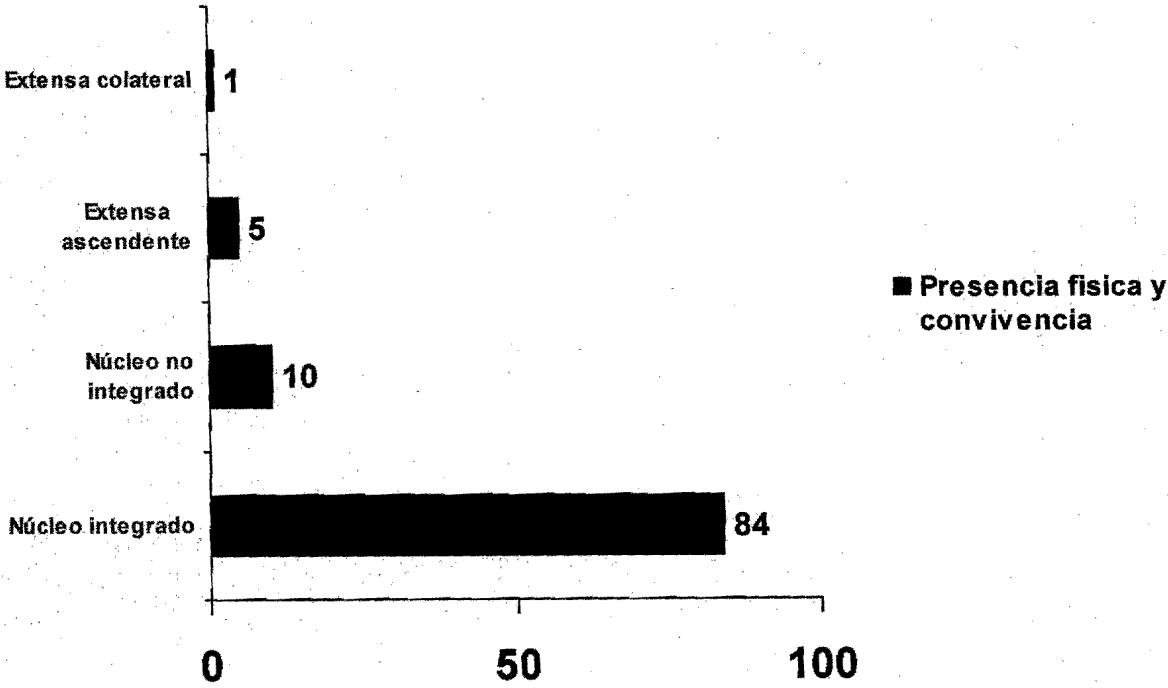
Fuente: Cédula Básica de Identificación Familiar

Gráfica N° 5 clasificación de las familias por parentesco según encuestas levantadas en las Cédula Básica de Identificación Familiar en el consultorio N° 6 del ISSSTE en la CMF en Ags



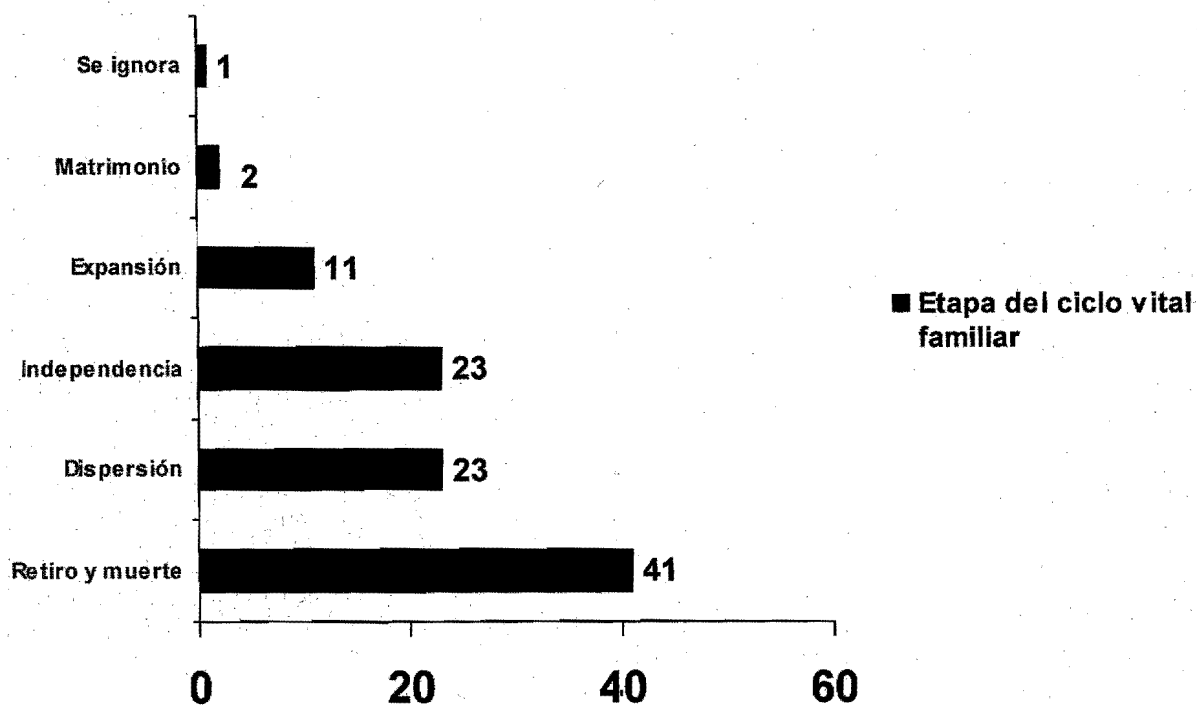
Fuente: Cédula Básica de Identificación Familiar

Gráfica N° 6 clasificación de la familia con base en la presencia física y convivencia según encuestas levantadas en las Cédula Básica de Identificación Familiar en el consultorio N° 6 del ISSSTE en la CMF en Ags



Fuente: Cédula Básica de Identificación Familiar

Tabla N° 7 clasificación de la familia con base en la etapa del ciclo vital familiar según Encuestas levantadas en las Cédula Básica de Identificación Familiar en el consultorio N° 6 del ISSSTE en la CMF en Ags



Fuente: Cédula Básica de Identificación Familiar

ISSSTE Aguascalientes, Ags.

Hospital General

Clínica De Medicina Familiar (CMF)

Consultorio 6

Tabla N° 9 Diez principales causas de consulta de 1ª vez en el Consultorio 6 de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Aguascalientes, Ags.

Correspondientes del 1º de enero de 2007 al 31 de diciembre de 2007

01	Hipertensión Arterial Sistemática	588	40.33%
03	Rinofaringitis	416	28.53%
02	Diabetes Mellitus II	266	18.24%
04	Depresión	65	4.46%
05	Gastritis	23	1.58%
06	Lumbalgia	21	1.44%
07	Migraña	21	1.44%
08	Embarazo	20	1.37%
09	Climaterio	19	1.30%
10	Infección de Vías Urinarias	19	1.30%
Total		1458	100%

Fuente: Informe diario de Labores del Médico Hoja SM 10 1

Tabla N° 10 Diez principales causas de consulta de Subsecuentes en el Consultorio 6 de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Aguascalientes, Ags.

Correspondientes del 1° de enero de 2007 al 31 de diciembre de 2007

01	Hipertensión Arterial Sistemática	1019	62.25%
02	Diabetes Mellitus	469	28.65%
03	Migraña	35	2.14%
04	Depresión	35	2.14%
05	Gastritis	23	1.41%
06	Embarazo	14	0.86%
07	Climaterio	12	0.73%
08	Lumbalgia	10	0.61%
09	Infección de Vías Urinarias	10	0.61%
10	Rinitis alérgica	10	0.61%
Total		1637	100%

Fuente: Informe diario de Labores del Médico Hoja SM 10 1

8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Discusión

De acuerdo a las familias estudiadas mediante la Cédula Básica de Identificación Familiar puede darme cuenta de lo importante que es conocer la población de mi consultorio no. 6 en la que se realizó la investigación, ya que se realizó una pirámide poblacional en el cual se detectó que el grupo mayoritario son pacientes mayores entre los 20 y 24 años y posteriormente de los 30 a 34 años y 25 a 29 años, lo cual es relevante, ya que de esta forma se pueden realizar estudios o medidas preventivas sobre todo encaminadas a la reproducción, enfermedades de transmisión sexual, educación sexual, climaterio y menopausia, cuidados durante el embarazo y adolescencia. (Tabla y gráfica no. 1)

La mayoría de la población censada es casada y estos datos concuerdan sobre el registro del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática sobre la población censada en el Estado de Aguascalientes.

La unión conyugal de familias en su mayoría son Nuclear Simple con un 57%; nos da un panorama, de que, se trabajo con familias con valores: éticos y morales. Entre sus ocupaciones ocupa el primer lugar con un 23.50% el hogar, jubilados con un 21.50%, empleados federales con 16.50% y docente con el 12.50%. Los hijos en su mayoría tienen una educación media y profesional.

Las etapas del ciclo vital en su mayoría es el de retiro y muerte con el 40%, dispersión 23% independencia 23%, por lo tanto se correlaciona con la pirámide poblacional que representa un mayor número de personas que se encuentran en la edad reproductiva y así se correlacionan con la escolaridad de la mayoría de la población.

Este sector de la población estudiada vive en las colonias del centro de la ciudad de Aguascalientes y su medio de subsistencia es por servicios.

De la información recolectada de las hojas diarias de Labores del Médico hoja SM 10-1 se determinaron las causas más frecuentes de consulta de 1ª Vez la que ocupa el primer lugar es la Hipertensión Arterial con un 40.33%, en segundo lugar enfermedades Respiratorias Altas con un 28.53% como es la Rinofaringitis y Faringitis, Diabetes Mellitus 18.24%, Depresión 4.46% y Gastritis 1.58%, lumbalgia con 1.44%, Migraña 1.44%, embarazo 1.37%, Climaterio 1.30%, Infección de vías urinarias 1.30%; lo cual coincide con el panorama epidemiológico de las enfermedades de primera vez a Nivel Nacional y Mundial datos reportados en el año de 1999 al 2004 en la Secretaría de Salud. En cuanto a la Morbilidad del ISSSTE en Aguascalientes.

En cuanto a la morbilidad estatal del ISSSTE en el Estado de Aguascalientes, en el año 2007 las Infecciones de vías respiratorias altas ocuparon el primer lugar, los cuadros de vías respiratorias son más frecuentes en temporada de clima frío, templado y en lluvias, por lo cual indican la necesidad de realizar medidas preventivas a los grupos más vulnerables.

Es de gran importancia recalcar que dentro de la consulta subsecuente las de mayor prevalencia son: la Hipertensión Arterial con un 62.25% y la Diabetes Mellitus con un 28.65% esto en la tercera y cuarta década de la vida en un 5 a 10% en la población general.

Dentro de los factores de riesgo más frecuentemente encontrados están la Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo II con un alto porcentaje en los padres y abuelos, ya que de ahí concluyo el por que la alta morbilidad de la hipertensión y diabetes mellitus tipo II en el consultorio 6 y en la Clínica de Medicina Familiar en el Estado de Aguascalientes.

Las diez principales causas de consulta el consultorio 6 de Medicina Familiar del ISSSTE Aguascalientes fueron: Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Rinofaringitis, depresión, gastritis, lumbalgia, migraña, embarazo, climaterio e infección de vías urinarias.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Introducción

La hipertensión arterial es uno de los padecimientos más frecuentes en medicina y debe ser atendida en cualquier nivel de atención médica llámese: Unidades de Medicina Familiar, Clínicas de Especialidades, Centros Hospitalarios (Hip)

Etiología

La hipertensión arterial es un padecimiento multifactorial. Puede ser primario, ideopática y/o esencial y secundaria cuando su origen deriva de alteraciones de algunos órganos como son: corazón, riñón, hígado, etc.

Frecuencia

La hipertensión arterial afecta aproximadamente de 20 a 25% de la población mayor de 25 años de edad de raza blanca y 30% de la población de raza negra en México el 26% de la población de 20 a 69 años de edad la padece, de esta totalidad el 90% sufre la denominada hipertensión arterial sistémica esencial, primario o ideopática (Hip).

Definición

La hipertensión arterial es un padecimiento multifactorial, caracterizado por un aumento sostenido de la presión arterial (sistólica, diastólica o ambas) mayor a 140/90 mmHg en personas mayores de 18 años. (15)

Se estableció la siguiente clasificación en los consensos Nacionales e Internacionales:

Clasificación y criterios diagnósticos

La HAS se clasifica de acuerdo con los siguientes criterios:

- Con fines de clasificación y registro, se utilizará la CIE-10.
- Para efectos de diagnóstico y tratamiento, se usará la siguiente clasificación clínica:

- ✦ Presión arterial óptima: <120/80 mm de Hg
- ✦ Presión arterial normal: 120-129/80 - 84 mm de Hg
- ✦ Presión arterial normal alta: 130-139/ 85-89 mm de Hg
- ✦ Hipertensión arterial:
 - ✦ Etapa 1: 140-159/ 90-99 mm de Hg
 - ✦ Etapa 2: 160-179/ 100-109 mm de Hg
 - ✦ Etapa 3: $\geq 180 / \geq 110$ mm de Hg
 - ✦ La hipertensión sistólica aislada se define como una presión sistólica ≥ 140 mm de Hg y una presión diastólica <90 mm de Hg, clasificándose en la etapa que le corresponda (Norma oficial hipertensión Arterial)

Prevención Primaria

- ✦ La hipertensión arterial puede ser prevenida; en caso contrario, es posible retardar su aparición.
- ✦ Por tanto, los programas para el control de esta enfermedad, deben incluir, como uno de sus componentes básicos, la prevención primaria.
- ✦ La estrategia para la prevención primaria tiene dos vertientes: una dirigida a la población general y otra, a los individuos en alto riesgo de desarrollar la enfermedad.
- ✦ Prevención de la hipertensión arterial entre la población general.
- ✦ Los factores modificables que ayudan a evitar la aparición de la enfermedad son: el control de peso, la actividad física practicada de manera regular; la reducción del consumo de alcohol y sal, la ingestión adecuada de potasio y una alimentación equilibrada.

- ✦ Control de peso, el IMC recomendable para la población general es >18 y <25 (Norma oficial hipertensión Arterial)
- ✦ El control de peso se llevará a cabo mediante un plan de alimentación saludable, y de actividad física adecuada a las condiciones y estado de salud de las personas; utilizar los criterios específicos en la Ley General de Salud y las normas oficiales mexicanas para el uso de medicamentos en el control de peso.

La actividad física habitual en sus diversas formas (actividades diarias, trabajo no sedentario, recreación y ejercicio), tiene un efecto protector contra el aumento de la P.A.

En el caso de personas con escasa actividad física, o vida sedentaria, se recomienda la práctica de ejercicio aeróbico durante 30/40 minutos, la mayor parte de los días de la semana, o bien el incremento de actividades físicas en sus actividades diarias (hogar, centros de recreación, caminata, etc.)

Consumo de sal.

Consumo de alcohol.

Dieta recomendable.

Tabaquismo.

Educación para la salud.

Detección

El objetivo de la detección es identificar a individuos de 25 años de edad en adelante, que padecen HAS no diagnosticada o P.A. normal alta.

Diagnóstico

- ✦ El paciente con sospecha de HAS en el examen de detección, deberá acudir a confirmación diagnóstica, sin medicación antihipertensiva, y sin cursar alguna enfermedad aguda.
- ✦ El diagnóstico de HAS debe estar basado en el promedio de por lo menos dos mediciones, tomadas al menos en dos visitas posteriores a la detección inicial, o a través de un periodo más prolongado, de acuerdo con el criterio del médico, en cuyo caso es recomendable el monitoreo ambulatorio.

- ✦ Cuando la P.A. sistólica y diastólica se ubican en diferentes etapas de HAS, se utilizará el valor más alto para clasificarlo.(24)

Tratamiento

El tratamiento tiene como propósito evitar el avance de la enfermedad, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mantener una adecuada calidad de vida, y reducir la mortalidad por esta causa.

- ✦ En el primer nivel de atención se prestará tratamiento a los pacientes con HAS, etapas 1 y 2.
- ✦ Los casos de HAS etapa 2, más complicaciones cardiovasculares, o bien HAS etapa 3, con HAS secundaria, y los casos de HAS asociada al embarazo, como la enfermedad hipertensiva del embarazo, serán referidos al especialista para su atención.
- ✦ También serán referidos al especialista los casos con padecimientos concomitantes, que interfieran con la HAS, y en general, todos aquellos pacientes, que el médico de primer contacto así lo juzgue necesario.
- ✦ El médico, con apoyo del equipo de salud, tendrá bajo su responsabilidad la elaboración y aplicación del plan de manejo integral del paciente, el cual deberá ser adecuadamente registrado en el expediente clínico conforme a lo establecido en la NOM-168-SSA1-1998.

El plan de manejo debe incluir el establecimiento de las metas de tratamiento, el manejo no farmacológico, el tratamiento farmacológico, la educación del paciente, y la vigilancia de complicaciones. (24)

- ✦ El manejo no farmacológico consiste en mantener el control de peso, realizar actividad física de manera suficiente, restringir el consumo de sal y de alcohol, llevar a cabo una ingestión suficiente de potasio, así como una alimentación idónea (Norma oficial hipertensión Arterial).

Control de peso.

Para lograr la meta del control de peso, se promoverán la actividad física y la alimentación idónea, de manera individualizada, sin el uso de anfetaminas en el control de peso.

Actividad física, si el paciente tiene un estilo de vida sedentario, se le prescribirá un programa de actividad física o ejercicio.

Tratamiento farmacológico.

Aspectos generales.

El tratamiento farmacológico debe ser individualizado, de acuerdo con el cuadro clínico, tomando en cuenta el modo de acción, las indicaciones y las contraindicaciones, los efectos adversos, las interacciones farmacológicas, las enfermedades concomitantes y el costo económico.

Los principales antihipertensivos, las dosis recomendadas y sus principales efectos adversos

En la mayor parte de los pacientes, el fármaco inicial debe administrarse a bajas dosis, aumentándolas gradualmente hasta la dosis máxima recomendable, de acuerdo con la respuesta clínica del enfermo.

En condiciones óptimas, una sola dosis diaria de un fármaco debe mantener su acción durante 24 horas, conservando por lo menos el 50% de su efectividad al término de esas 24 horas. Una dosificación dos veces al día también puede proporcionar un control similar, existiendo, sin embargo, mayor riesgo de que el paciente pase por alto alguna toma del medicamento.

Se recomienda la combinación de dos fármacos de diferentes clases a dosis bajas cuando no se logran las metas con un solo fármaco, ya que pueden lograr mayor eficacia que un solo fármaco, reduciendo así el riesgo de efectos adversos.

- Cuando no se logre el control de la P.A. antes de avanzar en cada nuevo intento de tratamiento, el médico deberá investigar la falta de adherencia terapéutica conforme al apéndice normativo h, descartar y modificar las posibles causas de la falta de respuesta al medicamento, después de aplicar los criterios terapéuticos de los dos incisos anteriores (Norma oficial hipertensión Arterial).

Principales fármacos antihipertensivos.

Medicamento	Dosis habitual* mg/día (frecuencia/día)	Principales efectos secundarios
Diuréticos (lista parcial)		Acción de corta duración, aumento de los niveles de colesterol y glucosa, alteraciones bioquímicas.
Clortalidona	12.5-50 (1)	
Hidroclorotiacida	12.5-25 (1)	
Agentes ahorradores de potasio		Hipercalcemia
Clorhidrato de espironolactona	25-100 (1)	Ginecomastia
Alfa-agonistas centrales		Sedación, boca seca, bradicardia, rebote de hipertensión por supresión.
Clorhidrato de clonidina	0.2-1.2 (2-3)	Mayor rebote por supresión
Metildopa	250-500 (3)	
Alfa- bloqueadores		Hipotensión postural
Mesilato de doxazocin	1-16 (1)	
Clorhidrato de prazosina	2-30 (2-3)	
Terazosina	1-20 (1)	
Beta-Bloqueadores		
Atenolol	25-100 (1-2)	Broncoespasmo, bradicardia, insuficiencia

Tartrato de metoprolol	50-300 (2)	cardiaca, puede enmascarar a la ipoblusemia inducida por insulina, alteraciones de la circulación periférica, insomnio, fatiga, disminución de la tolerancia al ejercicio físico, hipertrigliceridemia excepto en los agentes con actividad simpaticomimética intrínseca.
Nadolol	40-320 (1)	
Pindolol	10-60 (2)	
Maleato de timolol	20-60 (2)	
Alfa y Beta Bloqueadores combinados		Hipotensión postural, broncoespasmo.
Carvedilol	12.5-50 (1-2)	
Vasodilatadores directos		Dolores de cabeza, retención de líquidos, taquicardia.
Clorhidrato de hidralacina	50-300 (2)	Síndrome de Lupus
Antagonistas del calcio		
Nohidropiridínicos		Alteraciones de la conducción, disfunción sistólica, hiperplasia gingival
Clorhidrato de verapamil	90- 480 (2)	Constipación
Dihidropiridínicos		Edema de la rodilla, cefalea, hipertrofia gingival.
Besilato de amlodipina	2.5-10 (1)	
Felodipina	2.5-20 (1)	
Isradipina	5-20 (2)	
Nicardipina	60-90 (2)	

Nifedipina	30-120 (1)	
Nisoldipino	20-60 (1)	
Inhibidores ECA		Tos común; rara vez angioedema hipercalemia, rash, pérdida del sabor, leucopenia.
Clorhidrato de benazepril	5-40 (1-2)	
Captopril	25-150 (2-3)	
Maleato de enalapril	5-40 (1-2)	
Lisinopril	5-40 (1)	
Clorhidrato de quinapril	5-80 (1-2)	
Ramipril	1.25-20 (1-2)	
Trandolapril	1-4 (1)	
Bloqueador del receptor de Angiotensina II		Angioedema Infrecuente, hipercalemia.
Losartán potásico	25-100 (1-2)	
Valsartán	80-320 (1)	
Irbesartán	150-300 (1)	
Candesartan cilexetil	8-12 mg(1)	

* Estas dosis pueden variar y deben ser actualizadas por el médico **(24)**

DIABETES MELLITUS

Definición

Es un grupo de trastornos que se manifiesta por hiperglucemia. La patogenia es muy diversa, pero todos pacientes con Diabetes Mellitus tienen incapacidad para producir insulina en cantidad necesaria y así satisfacer las necesidades metabólicas; otro rasgo común es la tendencia a complicaciones

relacionadas con la intensidad de la hiperglucemia. El plan terapéutico destinado a mejorar el control de la glucemia reduce la morbilidad y, en última instancia prolonga la supervivencia (Charles, y otros, 1999-2000)

Clasificación de la Diabetes Mellitus y trastornos relacionados.

- a) La diabetes mellitus comprende tres categorías diagnósticas
 - 1) Diabetes tipo I suele aparecer en la infancia o en la adolescencia, pero puede hacerlo a cualquier edad. En la mayoría de los casos la producción endógena de insulina desaparece casi completamente por la destrucción inmunitaria de las células secretoras de insulina y se precisa insulina exógena para controlar la glicemia, prevenir la cetoacidosis diabética y sostener la vida.
 - 2) Diabetes tipo II suele aparecer después de los 30 años, de ordinario en sujetos obesos, con resistencia a la insulina. La producción de insulina beta casi siempre para evitar la cetoacidosis pero, si el estrés alcanza la suficiente intensidad, puede aparecer una CAD. Se puede emplear insulina por vía exógena para tratar la hiperglucemia, pero no es necesario para la supervivencia.
 - 3) Otros tipos de diabetes mellitus obedecen a diferentes etnologías, como trastornos genéticos en la producción o acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino, pancreatomecía, endocrinopatías "por ejemplo pje. Síndrome de Cushing y acromegalias), fármacos y otros síndromes.
- b) La intolerancia a la glucosa y las alteraciones de la glicemia en ayunas son características con que se define a pacientes con niveles plasmáticos anómalos de la glucosa, que no cumplen los criterios diagnósticos establecidos para la Diabetes Mellitus. Estos enfermos tienden a desarrollar complicaciones macro vasculares y muestran mayor riesgo a DM. Se ha definido un síndrome de resistencia a la insulina entre sujetos con una distribución característica de la grasa abdominal, hipertriglicelidemia, hiperinsulinemia y a menudo hipertensión.
- c) Muchos de estos sujetos padecen intolerancia a la glucosa, alteraciones de la glucosa alteraciones de la glucosa en ayunas y, en última instancia diabetes tipo II.
- d) Diabetes Mellitus Gestacional aparece en mujeres que presentan hiperglucemia por primera vez durante el embarazo. La intolerancia a la glucosa suele normalizarse después del parto, pero estas mujeres corren mayor riesgo de intolerancia a la glucosa, alteraciones de la glucemia en ayunas y diabetes mellitus en épocas posteriores de la vida (Charles, y otros, 1999-2000).

Diagnóstico

El diagnóstico de la diabetes mellitus se establece cuando la hiperglucemia se acompaña de los síntomas clásicos o cuando un sujeto asintomático cumple con los criterios específicos de glucosa plasmática. Las pruebas deben valorarse en todo individuo mayor de 45 años (o incluso antes, si padece obesidad); antecedentes familiares positivos de DM; etnia de alto riesgo (p.ej. afro americano, hispano o norteamericano nativo); infecciones recidivantes de la piel; genitales o del aparato urinario, hipertensión o hiperlipidemia; historia de embarazo complicados con diabetes gestacional o un peso de más de 4 kilogramos, o antecedentes de intolerancia a la glucosa o anomalías de la glucosa en ayunas. Todo estado reversible que cause hiperglucemia debe detectarse antes de diagnosticar una DM. Cualquiera de estos tres criterios que siguen deben confirmarse en otra ocasión (con cualquiera de los criterios) antes de establecer el criterio de DM. Para diagnosticar la diabetes mellitus en la mujer embarazada se precisan otros criterios.

- a) Síntomas de Diabetes y glucosa plasmática de 200 mg/dl o superior. Los síntomas consisten en poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso
- b) Glucosa plasmática en ayunas de 126mg/dl o mayor. El ayuno se define como la ausencia de ingestión acalórica durante, por lo menos ocho horas antes de la medición. Las anomalías de la glucosa en ayunas se definen como los niveles de glucosa entre 110mg/dl y 126 mg/dl en este estado
- c) Glucosa plasmática 200mg/dl o superior a las dos horas de la ingestión de 65 gramos de glucosa por vía oral. La sobrecarga oral de la glucosa se reserva a los sujetos sintomáticos, en los que no resulta diagnóstica la medición de la glucosa plasmática en ayunas. Los resultados solo tienen validez si el enfermo no se encuentra sometido a estrés, no se limita la actividad física y la ingestión diaria de hidratos de carbono excede de 150 gr. La glucosa se administra después del ayuno nocturno la glucosa plasmática se mide en condiciones basales y a las dos horas. Un resultado normal de la glucosa a las dos horas corresponde a menos de 140 mg/dl; y un valor de 140 mg/dl o superior pero inferior a 200 ml/dl, define la intolerancia a la glucosa (Charlès, y otros, 1999-2000).

**METAS BASICAS DEL TRATAMIENTO Y CRITERIOS PARA EVALUAR EL
GRADO
DE CONTROL DEL PACIENTE**

Metas del tratamiento	Bueno	Regular	Malo
Glucemia en ayunas (mg/dl)	<110	110-140	>140
Glucemia postprandial de 2 h. (mg/dl)	<140	<200	>240
Colesterol total (mg/dl)	<200.0	200-239	≥240
Triglicéridos en ayuno (mg/dl)	<150	150-200	>200
Colesterol HDL (mg/dl)	>40	35-40	<35
P.A. (mm de Hg)	<120/80	121-129/81-84	>130/85**
IMC	<25	25-27	>27
HbA1c*	<6.5%mg/dl	6.5-8%mg/dl	>8%mg/dl

* En los casos en que sea posible efectuar esta prueba. ** Es necesario un control estricto de la P.A. para reducir el riesgo de daño renal. Si el paciente fuma una meta adicional es dejar de fumar (Charles, y otros, 1999-2000).

Infecciones Respiratorias Agudas

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son padecimientos infecciosos de las vías respiratorias con evolución menor de 15 días, la neumonía es la principal complicación de las IRA, responsable de un número significativo de muertes.

Los factores pre disponentes más importantes se relacionan con exposición ambiental y datos individuales (IRA)

- ✦ Ambientales
- ✦ Contaminación ambiental
- ✦ Tabaquismo positivo
- ✦ Deficiente ventilación de la vivencia
- ✦ Cambios bruscos de temperatura
- ✦ Asistencia a lugares de concentración como teatros, cines, estancias infantiles, etc.
- ✦ Contacto con personas enfermas de IRA

Individuales

- ✦ Edad: la frecuencia y gravedad son mayores en menores de un año y especialmente en los menores de dos meses de edad
- ✦ Bajo peso al nacimiento

- ✚ Ausencia de lactancia materna
- ✚ Desnutrición
- ✚ Infecciones previas
- ✚ Esquema incompleto de vacunación
- ✚ Carencia de vitamina A (15)

En los menores de 5 años, el 95% de los casos de IRA son de origen viral, a las complicaciones otitis media y neumonía se agrega la etiología bacteriana.

Las infecciones respiratorias agudas representan una proporción importante como causa de consulta en atención primaria en todo el mundo. A pesar de que la mayoría de las IRA son autolimitadas, los errores en el diagnóstico y tratamiento son un problema reconocido y demostrado por el uso excesivo e inadecuado de antimicrobianos (IRA).

Rinofaringitis

La rinofaringitis aguda o catarro común es casi en la totalidad de los casos de origen viral, autolimitada y la fiebre se puede presentar hasta por 4 ó 5 días, y la rinorrea y la tos hasta por 10 días. Los virus más frecuentes son los rinovirus. Evidencia reciente sugiere que el catarro común usualmente incluye un componente sinusal, por lo que el término rinosinusitis puede ser usado como sinónimo. En estos casos, los síntomas iniciales incluyen congestión nasal e irritación faringea y en pocas horas puede ocurrir rinorrea acuosa y estornudos, frecuentemente acompañados de malestar general; de uno a tres días la secreción nasal se vuelve típicamente más espesa y muco purulenta debido a la presencia de células epiteliales, polimorfo nucleares y bacterias que normalmente colonizan el tracto respiratorio, sin que sea una manifestación de complicación bacteriana y su recuperación es espontánea. Tratamiento niños: Paracetamol 20 mg x Kg día. 3 a 4 dosis de 2 a 3 días. AAS 30 a 60 mg x Kg día en niños mayores de 4 años. Adultos: Paracetamol 500 mg cada 6 horas por 2 a 3 días. AAS 300 a 500 mg cada 6 horas por 2 a 3 días.

Faringoamigdalitis o Faringitis

La faringitis es también comúnmente causada por virus, pero aproximadamente 15% de los episodios pueden deberse a estreptococo beta hemolítico del grupo A (*Streptococcus Pyogenes*) que es la única bacteria clínicamente

importante y es más común entre los 5 y los 15 años de edad. Esta patología representa la segunda causa de consulta por infecciones respiratorias agudas. En estos casos habitualmente se encuentra exudado blanquecino en amígdalas, adenopatía cervical, ausencia de rinorrea y tos y fiebre mayor de 38°C; el diagnóstico clínico con 3 de estos datos ha demostrado una sensibilidad de más de 75%. La rinorrea, tos húmeda, disfonía y conjuntivitis son poco frecuentes en estos casos y sugieren fuertemente un origen viral. Lo mismo es aplicable en el caso de presencia de vesículas, que orientan hacia etiología viral. Tratamiento niños: Virales solo antipiréticos, Bacterianas antipiréticos, Eritromicina 30 a 50 mg por Kg por día en 4 dosis por 5 días, PGP DE 10,000 U a 40,000 U por Kg. Por día por 3 días Bencilpenicilina Genzatinica compuesta 600,000 U dosis única. Adultos Virales solo antipiréticos Eritromicina 500 mg cada 6 hrs por 7 días PGP 800,000 U x día por 3 días, Bencilpenicilina Benzatinica compuesta 200,000 U dosis única IM. (IRA).

Otitis Media

La otitis media es un problema importante en los niños, y en nuestro medio se encuentra en aproximadamente el 2% de las IRA. Es causada por múltiples factores interrelacionados que incluyen infección, disfunción de la trompa de Eustaquio, alergia y barotrauma, los cuales estimulan la mucosa del oído medio y las células inflamatorias para la liberación de mediadores que ocasionan inflamación. Como consecuencia, se presenta atropamiento de patógenos potenciales residentes en la nasofaringe. Los criterios para establecer el diagnóstico incluyen otalgia, fiebre y puede presentarse otorrea o membrana timpánica hiperémica o abombada. Debe establecerse el diagnóstico diferencial con otitis crónica en la que no presentan manifestaciones sistémicas y la evolución es más prolongada (IRA).

Los agentes etiológicos más frecuentes son Streptococcus Pneumoniae, que es responsable del 40 al 50% de los casos, Hemphilus Influenzae 20 a 30% y Maroxella Catarrhalisk 10 a 15%; otras bacterias causan aproximadamente el 5% y los virus solo el 10% Tratamiento por estudios epidemiológicos hasta un 70% de los niños puede evolucionar a la curación espontánea. En la elección del antibiótico se debe considerar su espectro de acción, actividad, tolerancia, toxicidad y facilidad de administración. Se inicia con ampicilina la cual tiene una resistencia hasta del 14% para H. Influenzae, en caso de infección persistente de 10 a 14 días Timetropin con Sulfametoxazol o Eritromicina (IRA).

Sinusitis

La sinusitis, definida como la inflamación de uno o más de uno de los senos paranasales, en su forma aguda generalmente es precedida por una IRA viral con invasión bacteriana subsecuente de los senos por *Streptococcus Pneumoniae*, *Haemophilus Influenzae* o *Moraxella Catarrhalis*. Los factores predisponentes incluyen rinitis alérgica vasomotora o medicamentosa, así como ciertas variaciones anatómicas. El diagnóstico clínico de sinusitis bacteriana requiere cumplir con los siguientes datos los adultos y niños mayores: síntomas y signos persistentes de rinofaringitis con tos (más de 7-10 días) o cuadro clínico de infección respiratoria alta severa, como fiebre mayor de 39° C, inflamación o dolor acial o cefalea. En los niños pequeños, el diagnóstico puede elaborarse en presencia de un cuadro clínico de rinofaringitis con tos de más de diez días de evolución sin mejoría. La rinorrea se vuelve mucopurulenta y mal estado general.

Estudios radiológicos de senos paranasales son recomendados para el diagnóstico, ya que se han registrado un elevada frecuencia de hallazgos anormales en los casos de cuadros viales. Tratamiento en niños: Antipiréticos, Trimetropin con Sulfametoxazol en mayores de 2 años 8 mg de trimetropin por Kg por día en dos dosis por 5 días. Adultos: atipéreticos, trimetropin con sulfametoxazol 2 tabletas cada 12 hors por 7 días. En casos severos 2 semanas (IRA).

Medidas Generales

Incrementar ingesta de líquidos, mantener la alimentación adecuada (si hay hiporexia, ofrecer los alimentos en pequeñas fracciones más veces al día). No suspender la lactancia. En caso de otorrea, limpieza del conducto auditivo externo con mechas de gasa 3 veces al día. No aplicar gotas óticas, control del dolor, la fiebre y el malestar general: Acetaminofén 60 mg/Kg/dúa, en 4 a 6 tomas.

Revalorar en 48 horas si existen factores de mal pronóstico:

- ✦ Niño con desnutrición moderada o grave (más de 25% de déficit del peso ideal para la edad)
- ✦ Niño con alguna inmunodeficiencia congénita o adquirida (Ej. (Síndrome de Down o quimioterapia).
- ✦ Menores de 1 año com antecedente de prematurez
- ✦ Madre analfabeta o menor de 17 años
- ✦ Muerte de un niño menor de 5 años en esa familia

Educación a la madre sobre:

- ✦ No aplicar supositorios de acetaminofén en menores de 1 año (fácilmente se supera la dosis que puede producir intoxicación "hepatitis fulminante")
- ✦ La inconveniencia de usar antihistamínicos en niños.

Como identificar los signos tempranos en neumonía o de agravamiento (en cuyo caso deberá regresar inmediatamente al médico)

- ✦ Aumento de la frecuencia respiratoria
- ✦ Dificultad respiratoria
- ✦ Dificultad para beber

Que el niño se vea grave (IRA).

GASTRITIS

DEFINICION

Es un padecimiento que se relaciona con la secreción del ácido gástrico, sea normal, disminuida o aumentada, así como con otros fenómenos de la motilidad gástrica como atonía gástrica., etc.

Frecuencia

Es la patología más frecuente dentro del grupo del Síndrome Ulcerosos, se presenta en cualquier edad, siendo más común entre los 20 y 40 años de edad. Seiendo de prevalencia en la mujer en una proporción de 2 a 3.1.

Etiología

- ✦ Alteraciones en la motilidad gástrica
- ✦ Estasis o atonía gástrica
- ✦ Secreción disminuida o aumentada de ácido gástrico
- ✦ Hernia Hiatal

Factores de Riesgo

- ✦ Todas las mujeres y hombres mayores de 30 años
- ✦ Ritmo de vida acompañada de estrés permanente
- ✦ Malos hábitos alimenticios (ingesta de irritantes, grasa, alcohol)

- ✦ Ingesta de medicamentos de manera continúa antiinflamatorios, analgésicos.

Clasificación y Fisiopatología

- a) Gastritis aguda: Se debe a la ingestión de alcohol, aspirina u otros medicamentos o a la presencia de toxinas víricas, bacterias (*Helicobacter Pylori*) o químicas.
- b) Gastritis Crónica: Constituye en general un signo de alguna enfermedad subyacente, como úlcera péptica, el cáncer de estómago, el Síndrome de Zollinger-Ellison o la anemia perniciosa.

Tratamiento

Gel de Aluminio y Magnesio dos cucharadas

Metoclopramida: 10 mg 2 a 3 veces al día

Ranitidina: 1590 mgs. 1 a 2 veces al día por 3 a 4 semanas

DEPRESION DEFINICION

Termino que indica, una disposición de animo de tristeza y ofuscación, el paciente parece desdichado su cara es de tristeza y tensión, hay pérdida de peso el apetito disminuye y el sueño es intranquilo y corto.

Diversos males pueden originar depresión pero existe una respuesta especifica que ilustra características comunes y muchas reacciones depresivas, ésta respuesta es la aflicción es una experiencia obligada en el curso de la vida de casi todos los hombres.

Es la reacción a la pérdida generalmente la muerte.

La aflicción es un estado que sigue un patrón de desarrollen en el que pueden devenir diversas etapas.

Etapa 1. Que duran varios días. Comienza con la noticia de la muerte el doliente se siente aturdido y no parece captar plenamente su pérdida.

Etapa II entre los brotes de sentimientos de dolor que casi son continuos el paciente esta irritable, triste con sueño y apetito disminuido.

Etapa III disminución de ataques de añoranza y de la inquietud ansiosa, ésta fase en la que entran varias semanas después de la muerte es la más prolongada; es

una etapa de sentimientos deprimidos con apatía y falta de inclinación por buscar motivo o interés en el trabajo.

Las depresiones que son respuestas a dificultades de la vida, distintas a la muerte de un allegado son muy similares a la etapa III.

FACTORES PREDISPONENTES

Características personales que pueden hacer a un individuo a ésta reacción, otra predisposición es la del individuo inmaduro autodramatizante y emocionalmente irritable.

TRATAMIENTO: La respuesta depresiva es característica para ser reconocida, fácilmente una y otra vez.

Las predisposiciones particulares, los desencadenantes y las interacciones nunca son los emocionales, terapia psicológica y tratamiento farmacológico.

Clordiazepoxido: 10 mg (fase inicial)

Clorhidrato de Fluorazepan 25 mgs.

Imipramina.

9. CONCLUSIONES

Podemos concluir que logramos conocer las características familiares, factores de riesgo y causas de consulta más frecuentes en las familias adscritas al consultorio 6 de medicina familiar del ISSSTE Aguascalientes, así concluimos unas familias en su mayoría casadas en su mayoría de 2 a 3 hijos mayores de 20 y + años, con escolaridad preparatoria y licenciatura, pero en base a subsistencia dedicados a los servicios, familias Nuclear simple, con núcleo integrado cursando su ciclo vital con etapa de retiro y muerte siendo sus factores de riesgo primordiales Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus.

Las causas de consulta resultaron en el rubro de primera vez Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus II y Rinofaringitis la población en su mayoría pertenece al sexo femenino entre los 15 y 19 años y 20-24 años de edad, así que ahora contamos con la mejor información pues conocemos a nuestra población y sabemos que es una población joven que podemos educar en todos los programas en lo que se refiere a esa cultura de salud y prevención.

Son personas que será fácil explicar ya que su escolaridad es suficiente y nos ayudará a llevar tratamientos adecuados, medidas preventivas ya que esto no los limita por ser familias nucleares simples, son familias pequeñas y por ser integrada de ambos padres nos ayudará a la comunicación y educación familiar y debido al ciclo vital tenemos que actuar en muchos programas como son: Adolescencia, sexualidad, natalidad, enfermedades de transmisión sexual y Próstata, etc. Tomando en cuenta tanto los factores de riesgo como las causas de consulta tenemos que incluir los cuidados para prevenir la aparición de enfermedades infectocontagiosas, gastroenteritis, infecciones de vías respiratorias, así como las crónicas degenerativas diabetes mellitus tipo II, hipertensión arteria. Etc.

Como médico familiar es importante otorgar una atención médica continua conocer al individuo con su familia su entorno y aspecto biopsicosocial, realizar acciones preventivas con la finalidad de evitar se presenten tempranamente enfermedades que se puedan prevenir.

De acuerdo con los factores de riesgo y las características familiares de los individuos estudiados el médico familiar puede realizar acciones encaminadas a la prevención.

Llama la atención la gran demanda de consultas crónico degenerativas y en primer lugar la Hipertensión arterial en donde es importante realizar actividades encaminadas a educar a la población en los cambios de estilo de vida como los factores de riesgo que conllevan a dicha enfermedad como: la obesidad, tabaquismo, sedentarismo, dieta rica en sal, estrés y herencia familiar. Es de gran importancia hacer énfasis en la diabetes mellitus, obesidad y tabaquismo ya que son los factores de riesgo encontrados en la mayoría de las familias.

Llama la atención las enfermedades crónico degenerativas, iniciando en edades cada vez más tempranas en hijos adultos lo cual coincide con la transición epidemiológica observada en la Población Nacional.

Los resultados obtenidos permite al medico familiar ofrecer atención de forma integral, continua; enfocada a la detección temprana y a la anticipación del daño; optimizar el otorgamiento de servicios, disminuir costos y abrir líneas de investigación médica cuyos resultados sean útiles para la toma de decisiones.

Es de importancia reorientar en los servicios de salud hacia medidas educativas fomento a la salud y prevención de enfermedades infecto – contagiosas; manejo de infecciones respiratorias y diarreicas en el hogar y detección temprana de infecciones crónico degenerativas.

Cabe mencionar que es importante otorgar información tratamiento y control sobre los riesgos de las personas con adicción al tabaquismo, alcoholismo y en la obesidad.

Como médico se otorgará orientación psicológica y se incluye al individuo en todos los aspectos de su vida familiar.

Para tomar acciones de acuerdo a lo estudiado en el consultorio no. 6 se tomaran las siguientes medidas: recordar siempre cada consulta es una oportunidad para prevenir además de atender la solicitud de nuestro paciente y recordarles la importancia de estas actividades.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Anuarios Estadísticos INEGI, Pág. 32
http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espaol/soc.int/nav/aee/08ags/cos_05.xls#5.18'A1;5-18.
- Argiman P, JM, Paray B, JL. Atención Primaria. *Análisis de la Situación de Salud, España*, Editorial el Sevier, 2003; 327-344. Pág. 3
- Argiman, PJM, Paray, BJL. Atención Primaria, *Análisis de la Situación de Salud, España*, Editorial El Sevier, 2003; 327-344. Pág. 3
- Cano VF, et al, México a 10 años de Alma Ata, *Atención Primaria*, México DF, Fac. Med. UNAM, 1998; 31(5):121-125. Pág. 32
- Carrillo LM; Lomelí GLE, Irigoyen CA, et al, Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar, *Epidemiología*, Arch. Med. Fam. 2000; 2 (2); 41-46. Pág. 29
- Charles F, Carey Hans H, Manual Washington de terapéutica medica, 10° ed., 1999; 200. Pág. 72,73
- Everest Escolar, Gran diccionario en color, 4ª. ed., España, 2000; 279, 545, 691. Pág. 36
- Gallo, VFJ; Altisent TR; Díez EJ; Fenández SC; Foz IGG, y Granados MMI, et al. Perfil Profesional del Médico Familiar, *Atención Primaria*, 1999; 23 (4): 236 – 248. Pág. 3,4
- Geo Salud Infección Respiratoria Aguda (IRA) Pág. 74
<http://www.geosalud.com/enfermedades-infecciosas/IRA>
- Goldberg BW, Asistencia Sanitaria Basada en la Población, *Medicina de Familia*, 5ª. ed., Editorial Springer – Verlag Ibérica, 1999; 36-37. Pág. 32
- Gómez CF; Irigoyen CA; Ponce RR; Terán TM; Fernández OM, y Yáñez PE. *Análisis Comparativo de las seis recomendaciones internacionales para el diseño de genogramas en medicina familiar*, Arch. De Med. Fam. 1999; 1(1):13-20. Pág. 24

- Grijalva MG. Aspectos generales atención primaria concepto organización y práctica clínica, *Factores de riesgo*, 5ª ed., España, Editorial El Sevier, 2003; 752-763 Pág. 31
- Grijalva MG. Academia del Departamento de Medicina Familiar, *Metodología para Detección de Factores de Riesgo*, México DF, UAM 2002. Pág. 7 y 8
- Hipertensión Arterial Pág. 64
<http://www.discope.com/cardiologia/pac/arterial.htm>.
- Huerta, González, JL. Estudio de la Salud Familiar. *Aspectos históricos de la familia*, México DF, Editorial Intersistemas, S.A.de C.V. Educación Médica Continua, 1999; 11-16 Pág. 8-13
- Irigoyen – Coria, A, Morales – López. Modelo Sistemático de Atención Medica Familiar, *Fundamentos Mosamef*, México DF, Arch. Med. Fam. 2000; 2 (1): 29-31, 34-35, 39 Pág. 26
- Irigoyen CA; Ponce RE; Bannac D; Rodríguez LMA; Gómez CFJ; Kahan E, y et al, Diagnóstico de Salud Comunitaria a través del Análisis factorial, *Atención Primaria*, 1998, volumen 21 (1); 28-39. Pág. 32
- Irigoyen Coria, A, Morales, LH, Nuevo Diagnóstico Familiar, *Elementos del Diagnóstico de Familia*, México DF, Editorial Medicina Familiar Mexicana 2005; 18-23. Pág. 24
- Irigoyen-Coria, A, Gómez Clavelina, FJ. El Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar, *¿Piedra de Rosetta para la Medicina Familiar?* Arch. Med. Fam. 2000; 2(1): 5-6 Pág.21
- Ley ISSSTE 2007/Rev 0/Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ART. 28 Pág. 37
- Navarro, GA; Ponce, RR; Monroy, CC; Trujillo BE; Irigoyen, CA, y Gómez, CF. *Estrategias para la elaboración de genogramas por residentes de medicina familiar*. Archivos de Med. Fam. 2004; 6(3): 78-83 Pág. 24

- Secretaría de salud de México, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, *Cap.1 Art.1 Aspectos éticos de la investigación en seres humanos apartado 1º*. Pág. 36 y 37
- Serie PALTEX para ejecutores de Salud Hispana, Manual sobre el enfoque de Riesgo en la Atención Materno – Infantil, *El enfoque de riesgo en la atención a la Salud*, 2007; 1-3. Pág. 6,7 y 29
- Torres, TM, Características Socio demográficas de las Unidades domésticas en las Colonias estudiadas. En Sheteigart M, *Pobreza, condiciones de vida y salud*, México 1997; 277-281 Irigoyen CA, Morales LH, nuevos. Pág. 24
- Turbian, JL, Cuaderno de medicina de familia. *Historia de la medicina familiar*, España, Editorial Díaz de Santos, S.A., 1995; 1-34 Pág. 1-4
- Wikipedia la enciclopedia libre, *Depresión*, <http://es.wikipedia.org/wiki/depresi%C3%B3n> Pág. 79
- Wikipedia la enciclopedia libre, *Gastritis*, <http://es.wikipedia.org/wiki/Gastritis> Pág. 78



Folio: _____

CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

Familia: _____ No. Expediente del informante: _____

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA:

Parentesco	Edad	Sexo	Escolaridad	Ocupación	Religión

Años de unión conyugal _____

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

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

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

TOTAL: _____

CLASIFICACION DE LA FAMILIA:

MARQUE CON UNA EQUIS (X)

A) Parentesco:

Nuclear () Nuclear simple () Nuclear numerosa ()

Reconstruida (binuclear) () Monoparental ()

Monoparental extendida () Extensa () Extensa compuesta ()

No parental ()

B) Sin parentesco: Monoparental extendida sin parentesco ()

 Grupos similares a familias ()

C) Con base en la presencia física y convivencia:

Núcleo integrado () Núcleo no integrado ()

Extensa ascendente () Extensa descendente ()

Extensa colateral ()

D) Estilos de vida originados por cambios sociales:

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

Parejas homosexuales con hijos adoptivos () Familia grupal ()

Familia comunal () Poligamia ()

E) Con base en sus medios de subsistencia:

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

F) Etapa del ciclo vital familiar:

Matrimonio () Expansión () Dispersión ()

Independencia () Retiro y muerte ()

FACTORES DE RIESGO FAMILIARES

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

Departamento de Medicina Familiar