



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  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR  
CUTLAHUAC MÉXICO D.F.

CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS Y PRINCIPALES CAUSAS DE  
CONSULTA EN EL TURNO MATUTINO DEL CONSULTORIO 10 DE  
LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR CUTLAHUAC ISSSTE.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ORLANDO MENTADO DÍAZ



ISSSTE

MÉXICO D.F. 2010.

CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS Y PRINCIPALES CAUSAS DE  
CONSULTA EN EL TURNO MATUTINO DEL CONSULTORIO 10 DE LA



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.

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR CUITLAHUAC ISSSTE.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DR. ORLANDO MENTADO DÍAZ**

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

**DR. FERNANDO TORRES AVILA**  
DIRECTOR DE LA CLÍNICA HOSPITAL  
(SEDE)

**DRA. MARIA ISABEL VILLALBA URBINA**  
JEFE ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA HOSPITAL  
(SEDE)

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
ASESOR DE TESIS  
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

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

MÉXICO D.F. 2010

**CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS Y PRINCIPALES CAUSAS  
DE CONSULTA EN EL TURNO MATUTINO DEL CONSULTORIO**

**10 DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR CUITLAHUAC  
ISSSTE.**

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

**PRESENTA:**

**DR. ORLANDO MENTADO DÍAZ.**

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

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

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

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

## AGRADECIMIENTOS:

Son muchas las personas que debería nombrar en estas líneas, pero me quedaré con las más trascendentales, con aquellas que no han bajado la guardia y siempre me han apoyado, a lo largo de mi vida.

Agradezco:

A Dios

Por permitirme llegar a este momento tan importante de mi vida y lograr otra meta más en mi carrera.

El agradecimiento más profundo y sentido va para mi esposa Magda, mis hijos Giovanna Judith, Erick Orlando y Diana Berenice. Sin su apoyo, colaboración e inspiración habría sido imposible llevar a cabo esta empresa.

A mi padre Leodegario (qepd), cuñado Ruperto Reyes, por su ejemplo de lucha y honestidad; a mi hermano Francisco (qepd) por ser un ejemplo de valentía, capacidad y superación.

A mi madre Maria de Jesús, a mis hermanos Elia, Amparo, Sonia, Maria del Pilar, Horacio, Guillermo, Gabriel, Elvia, Jorge y Emma por ayudarme a crecer y madurar como persona, y por estar siempre conmigo apoyándome en todas las circunstancias, también son parte de esta alegría. Por ellos y para ellos.

Agradezco al Dr. Isaías Hernandez, por la paciencia, el apoyo, el ánimo que me brindó, por los consejos, por sus valiosos comentarios en todo el proceso de elaboración de este trabajo, y sus atinadas observaciones que hicieron posible la culminación de la misma.

Gracias Dr. Isaías.



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  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR  
CUTLAHUAC MÉXICO D.F.

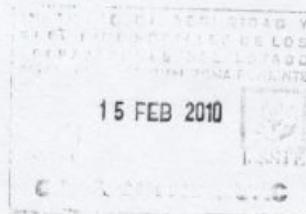
CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS Y PRINCIPALES CAUSAS DE  
CONSULTA EN EL TURNO MATUTINO DEL CONSULTORIO 10 DE LA  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR CUTLAHUAC ISSSTE.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Incluir: SELLO DE LA  
SEDE ACADÉMICA  
(que diga "ISSSTE", la  
Ciudad y Estado)

DR. ORLANDO MENTADO DÍAZ



MÉXICO D.F. 2010.

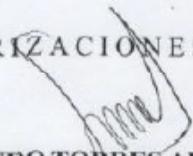
**CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS Y PRINCIPALES CAUSAS DE  
CONSULTA EN EL TURNO MATUTINO DEL CONSULTORIO 10 DE LA  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR CUITLAHUAC ISSSTE.**

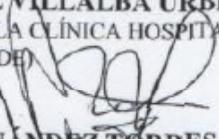
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

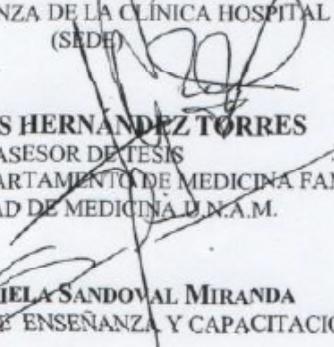
**PRESENTA:**

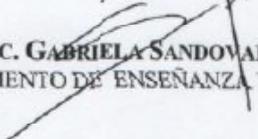
**DR. ORLANDO MENTADO DÍAZ**

**AUTORIZACIONES:**

  
**DR. FERNANDO TORRES AVILA**  
DIRECTOR DE LA CLÍNICA HOSPITAL  
(SEDE)

  
**DRA. MARIA ISABEL VILLALBA URBINA**  
JEFE ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA HOSPITAL  
(SEDE)

  
**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
ASESOR DE TESIS  
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

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

MÉXICO D.F. 2010

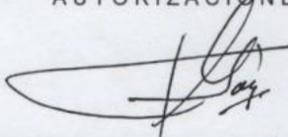
**CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS Y PRINCIPALES  
CAUSAS DE CONSULTA EN EL TURNO MATUTINO DEL  
CONSUTORIO 10 DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR  
CUITLAHUAC ISSSTE**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

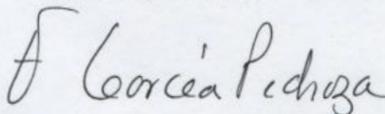
PRESENTA:

**DR. ORLANDO MENTADO DÍAZ**

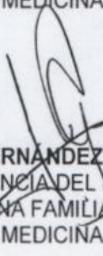
AUTORIZACIONES



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



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



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

## INDICE

RESUMEN.....	1
MARCO TEÓRICO	
1. ANTECEDENTES	
1.1 El modelo sistemático de atención..... Médica familiar (MOSAMEF)	7
1.2 Antecedentes del tema.....	8
1.3 Perfil del médico familiar.....	10
1.4 Factores de riesgo.....	12
1.5 Principales causas de consulta en el país.....	14
1.6 Definición de f..... familia.....	23
1.7 Concepto de familia.....	24
1.8 Estructura y funciones de la familia.....	25
1.9 Ciclo vital.....	25
1.10 Clasificación de las familias.....	26
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	33
3. JUSTIFICACIÓN.....	35
4. OBJETIVOS.....	36
4.1 Objetivo general.....	36
4.2 objetivos específicos.....	36
5. MATERIAL Y MÉTODOS.....	37
5.1 Tipo de estudio.....	37
5.2 Población, lugar y tiempo.....	37
5.3 Tipo y tamaño de la muestra.....	37
5.4 Diseño de estudio.....	38

5.5	Criterios de inclusión.....	38
5.6	Criterios de exclusión.....	39
5.7	Criterios de eliminación.....	39
5.8	Variables.....	40
5.9	Procedimiento para recolectar la información.....	41
5.10	Pirámide de población.....	42
5.11	Causas de consulta.....	42
5.12	Análisis estadístico.....	42
5.13	Consideraciones éticas.....	42
6.	RESULTADOS.....	43
6.1	Cedula básica de identificación familiar.....	43
6.2	Planificación familiar.....	44
6.3	Factores demográficos.....	45
6.4	Factores económicos.....	47
6.5	Derechohabiencia a las instituciones.....	48
7.	DISCUSIÓN.....	53
8.	CONCLUSIONES.....	61
9.	BIBLIOGRAFÍA.....	67
10.	ANEXOS.....	70

## RESUMEN

### MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MEDICA FAMILIAR (MOSAMEF) EN EL CONSULTORIO 10 DE LA U.M.F. CUIT- LAHUAC ISSSTE

**Introducción.**-Mediante el modelo sistemático de atención médica familiar se estudia a las familias adscritas al consultorio No. 10 de la unidad de medicina familiar Cuitlahuac, en donde se encontró que llevando las acciones adecuadas y sistematizadas se pueden obtener resultados que nos permitan continuar mejorando la atención médica que se brinda a la población.

**Objetivo.**-Identificar las características, factores de riesgo y principales causas de consulta de las familias en el turno matutino del consultorio 10 de la unidad de medicina familiar Cuitlahuac del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, a través del modelo sistemático de atención médica familiar (MOSAMEF).

**Diseño.**-Es un estudio observacional, descriptivo, transversal con una etapa retrospectiva y otra prospectiva.

**Lugar.**-A través del departamento de estadística se obtuvo la información de los expedientes del consultorio 10 del turno matutino de la U.M.F Cuitlahuac ISSSTE.HH

**Población de estudio.**-Todos los pacientes con expedientes clínicos del consultorio 10 U.M.F. Cuitlahuac ISSSTE vigentes de Enero a Diciembre del 2007.

**Instrumento.**-Cédula básica de información familiar (CEBIF). Se elaboraron 125 cédulas en el consultorio, las cuales tienen 11 áreas de información relacionadas con el estudio básico de la familia.

**Mediciones.**-.-Muestra. Se calculo una muestra no probabilística con 10% de error 5% de variabilidad y 90% de confianza, obteniéndose una muestra de 125 familias.

**Resultados.**-La pirámide de población indico 4798 personas inscritas al consultorio. Se observo 52.08 % de mujeres y 47.92% de hombres. En cuanto a estado civil la gran mayoría son casados, con el 72.8 %. En cuanto a la etapa del ciclo vital predomino la dispersión e independencia con un 34.4 %. encontramos también que en cada familia existen aspectos muy particulares que repercuten e influyen de manera muy diferente en el estado de salud-enfermedad, entre los cuales se encuentran las enfermedades crónico-degenerativas, la transmisión de enfermedades infecto- contagiosas, y el origen de enfermedades psicosomáticas, ocupando los pacientes con hipertensión arterial sistémica 69.6 %, diabetes mellitus 64.8%, hepatitis b 1.6%, sida/ VIH 0.8%, obesidad 44.8%, desnutrición 1.6%, y violencia intrafamiliar 2.4% de la consulta de medicina familiar, y que la morbi-mortalidad por enfermedades crónicas en los adultos y agudas en los niños son factores de riesgo que han aumentado significativamente en los últimos años.

**Conclusiones.**-La experiencia del MOSAMEF, aplicando la CEBIF, la pirámide de población, la información de los programas y las causas de morbilidad permitirán identificar las necesidades básicas de atención médica de las familias e individuos del consultorio. Tomando en cuenta el perfil profesional del médico familiar enfocado a sus 3 acciones básicas: estudio de la familia, enfoque de riesgo y continuidad de la atención.

Es recomendable que el MOSAMEF se lleve a cabo de manera habitual por los médicos familiares.

## **Introduction**

Through the systematic model of family care discusses families attached Office 10 Cuitlahuac where found that you taking actions appropriate and sistematizadas family medicine unit is can get results that will allow us to continue to improve the care medical provided to the population.

## **Objective**

To identify the necessities of medical attention of the population through systematic model of familiar medical attention (MOSAMEF) in the familiar medicine doctor's office.

## **Design.**

It is a cross-sectional descriptive observacional study with a retrospective stage and another exploratory.

## **Place**

To traverse of the statistic department the information of files of doctor's office 10 of the morning turn of the U.M.F Cuitlahuac ISSSTE was obtained.

## **Study Population**

All the patients with clinical files of the doctor's office 10 U.M.F effective Cuitlahuac ISSSTE of January to December of the 2007.

## **Instrument.**

Basic certificate of familial information (CEBIF). 125 certificates in the doctor's office were elaborated which have 11 areas of information related to the basic study of the family.

## **Measurements.**

Sample I am calculated a sample with 10% of error 5% of changeability and 90% of confidence, being obtained a sample of 125 families.

## **Result.**

The pyramid of population I indicate 4798 of people recorded to the doctor's office. I am observed 52.08 % of women and 47.92% of men. As for marital status the great majority they are married, with the 72.8 %. As for the phase of the life cycle I dominate the dispersion with a 34.4 %.

We also found that in every family there are very specific issues that impact and influence in a very different way in the state of health and disease, which are chronic degenerative diseases, transmission of infectious diseases, and the origin of diseases psychosomatic, occupying patients with systemic arterial hypertension 69.6%, diabetes mellitus 64.8%, 1.6% hepatitis B, AIDS / HIV 0.8%, 44.8% obesity, malnutrition 1.6%, 2.4% and domestic violence in the family medicine consultation and morbidity and mortality from chronic diseases in adults and children are acute risk factors that have increased significantly in recent years.

## **Conclusions**

The experience of MOSAMEF, applying the CEBIF, the pyramid of population, the information of the programs and the causes of morbidity will permit to identify the basic needs of attention medicates of ace families and individuals of the doctor's office. Taking into account the professional profile of the I medicate relative focused to its 3 basic actions: study of the family, focus of risk and continuity of the attention. It is recommendable that the MOSAMEF be carried I have just habitual way by the family doctors.

## **MARCO TEÓRICO**

### **1. ANTECEDENTES**

El médico de familia atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta la raza, religión, cultura o clase social. Se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continuada a sus pacientes. Aplica el MOSAMEF y muestra en buena parte lo que es la esencia de la medicina familiar (8).

#### **1.1. El modelo sistemático de atención medica familiar (MOSAMEF).**

El MOSAMEF es un modelo de práctica médica familiar, diseñado por un grupo de profesores del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). La motivación para desarrollar este modelo fue presentar en forma de protocolo un esquema de atención sistemática a las familias, dirigido a los alumnos de especialización en medicina familiar efectuado por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la UNAM.

La conferencia de Alma-Ata define a la atención primaria a la salud como: Asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptable, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en cada una de las etapas de desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y auto determinación (8).

Por primera vez en forma oficial siguiendo los principios de la declaración programática de la revolución “Todo hombre debe recibir asistencia medica por el hecho de serlo y esta debe ser digna y adecuada”(6). Digna y adecuada son principios que rigen la práctica del MOSAMEF.

## **1.2. Antecedentes del tema**

En México el proceso de creación de las instituciones de salud tuvo su momento más importante en 1943, con el surgimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaria de Salubridad y Asistencia. (7)

Su trayectoria proponía el diseño de los cursos para la formación de médicos, de acuerdo con las especialidades médicas, ponderando el uso del hospital como el principal escenario para el entrenamiento médico. Entre otras consecuencias pueden apuntarse una evidente sustitución de las habilidades sensoriales por los resultados de laboratorio (8).

En las escuelas de medicina se adopto oficialmente el currículo flexneriano en 1959, que llevo a incorporar un año de internado rotatorio al pregrado en 1962, situación que implicaba la practica hospitalaria de tiempo completo (7).

En este periodo se comienza a consolidar el modelo médico familiar en el IMSS y se experimentan nuevas opciones a nivel de posgrado (7) como los cursos de especialización en medicina familiar.

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.

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

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 diseño de estrategias de atención específicas para un consultorio o comunidad.

El médico familiar debería esforzarse por entender el entorno de las enfermedades más frecuentes que ocurren en su población, comprometerse más con la persona que con un cuerpo de conocimientos o grupo de enfermedades y, observar permanentemente a sus pacientes como población en riesgo.

Es necesario un uso racionalizado de los recursos para mejorar la atención en los consultorios de medicina familiar, desde el tiempo de espera, agilización del uso del archivo clínico, derivaciones justificadas al segundo y tercer nivel y en general una atención médica de mayor calidad que le permita promover y mantener la salud de sus familias.

Para lograr estos propósitos el médico familiar debería conocer con detalle la estructura de las familias que están bajo su cuidado, las características de la pirámide poblacional que conforman las patologías más frecuentemente tratadas así como la demanda de servicios que se ejerce en su consultorio.

El MOSAMEF pretende incidir en mayor o menor medida en cada uno de los 5 campos de acción planteados por la carta de Ottawa (8).

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

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.

### **1.3. Perfil del médico familiar.**

El médico de familia debe poseer las siguientes cualidades: ser buen clínico, científico, consejero, asesor, educador, trabajador, receptivo, accesible, sistemático, racional, respetuoso, comunicativo, con actitud de búsqueda, con afán de superación, que coordina la asistencia, preocupado por el paciente y preocupado por su propia formación.

Un médico de familia debe realizar actividades en 5 grandes áreas:

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

La atención médica familiar basada en la comunidad, espíritu del MOSAMEF es un modelo eficaz para los médicos familiares que laboran en instituciones de salud, pero no únicamente para ese sector de médicos, también para los médicos que realizan práctica privada y que también son responsables de una población.

Un papel de suma importancia juega la medicina familiar en los sistemas de atención médica al intervenir en el mantenimiento de la salud, la protección oportuna de los riesgos, el reconocimiento precoz de las enfermedades y su manejo integral para prevenir posibles complicaciones. Su esencia es la continuidad de la atención y su función primordial, la de ayudar a la familia a cuidar su salud y controlar las enfermedades comunes. Por ello el médico familiar debe identificar tempranamente los factores de riesgo en el núcleo familiar que le permitan prevenir o controlar las enfermedades que causan pérdida de años productivos.

En términos generales riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud. Una probabilidad es una medida de algo incierto. El estudio del riesgo en la población permite conocer la posibilidad de que ocurra un evento y se expresa en tasas de incidencia o muerte. El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad para estimar la necesidad de atención a la salud y atender con prioridad a grupos específicos que más lo necesitan.

El factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia presente en una persona o grupo de personas, que está asociada a un aumento en la probabilidad de padecer o desarrollar un proceso morboso, por lo tanto la importancia de identificar los factores de riesgo radica en observarlos antes de que se presente

el hecho que predicen, con la particularidad de que algunos son específicos a un daño. Los factores de riesgo pueden ser de diferentes tipos sin embargo, su principal característica está ligada a la posibilidad de modificarlos por lo que son modificables y no modificables.

Los modificables son estilo de vida, económico, ambientales, disponibilidad y accesibilidad de los servicios médicos y socioculturales.

Los no modificables, edad, sexo, herencia, clima, grupo étnico.

#### **1.4 Factores de riesgo.**

##### **Factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus en escolares obesos.**

Los niños que presenta obesidad en la infancia, sobre todo en la segunda década de la vida, tiene mayor probabilidad de continuar con esta condición en la edad adulta.

En México, las cifras de obesidad y sobrepeso se han incrementado hasta 46% en la última década, las tasas más altas se presentan en el norte del país.

La prevalencia de niños con obesidad y sobrepeso oscila entre 25 y 38%.

Las causas que se mencionan se refieren principalmente a los malos hábitos alimentarios y a la inactividad física.

Los estudios han demostrado la estrecha relación entre obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, litiasis vesicular y osteoartritis, que a su vez ocasionan mayor gasto en los sistemas de salud, incrementan los días laborales perdidos, reducen la calidad de vida e incrementan la mortalidad en la población.

Ante este problema, se ha propuesto modificar la dieta, consumir hidratos de carbono con menor índice glucémico, reducir la ingesta de grasas saturadas, sodio, bebidas azucaradas e incrementar la de frutas y vegetales y la realización de ejercicio físico, así como efectuar cambios en el medio ambiente escolar.

La obesidad en escolares es un problema mundial que implica dislipidemia, resistencia periférica a la acción de la insulina, hipertensión arterial y diabetes, lo que genera mayor riesgo cardiovascular. Esto no solo disminuye la calidad de vida sino que afecta la productividad y aumenta los costos de atención médica a la población. La diabetes y las enfermedades cardiovasculares se han constituido en las principales causa de morbilidad y mortalidad de la población en general en un gran número de países, dentro de los cuales se encuentra México.

## 1.5 PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EN EL PAIS.

### Veinte principales causas de enfermedad nacional, por fuente de notificación 2007

#### Población General

Número	Padecimiento	Código de la lista detallada de ICD-10a. Revisión	Fuente de notificación							Total		
			SALUD	IMSS-ORD	ISSSTE	IMSS-OP	DIF	PEMEX	SEDENA		SEMAR	OTRAS
1	Infecciones respiratorias agudas	J00-J06, J20, J21 excepto J02.0 y J03.0	10 298 329	7 490 085	2 314 374	1 641 948	283 009	360 210	185 231	59 456	2 003 699	24 636 341
2	Infecciones int. por otros organismos y las mal definidas	A04, A08-A09	1 576 571	1 810 596	454 856	1 76 469	56 308	72 493	27 425	9 913	431 449	4 616 080
3	Infección de vías urinarias	N30, N34, N39.0	1 049 634	1 231 210	306 604	206 387	27 627	35 255	19 900	9 308	199 673	3 085 578
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	K25-K29	589 847	381 634	182 147	116 695	16 633	19 405	9 552	3 319	164 000	1 483 232
5	Otitis media aguda	H65.0-H65.1	370 740	19 137	78 979	58 836	15 329	7 452	11 865	3 522	102 340	668 200
6	Amebiasis intestinal	A06.0-A06.3, A06.9	230 684	150 906	49 731	78 466	8 770	6 300	4 993	2 213	42 771	574 834
7	Hipertensión arterial	I10-I15	148 873	218 021	75 115	15 590	10 743	2 194	5 825	945	43 853	521 159
8	Gingivitis y enfermedad periodontal	K05	248 893	40 510	45 145	74 055	5 195	15 389	19 706	3 672	32 954	485 519
9	Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	E11-E14	139 889	151 657	53 012	10 622	8 591	1 612	4 435	809	34 143	404 770
10	Conjuntivitis	B30, H10.0	210 090	254	49 361	19 987	3 789	11 786	8 253	1 939	45 151	350 610
11	Otras helmintiasis	B65-B67, B70-B76, B78, B79, B81-B83	57 507	215 786	17 972	1 884	483	16 531	285	608	21 960	333 026
12	Varicela	B01	102 874	144 138	25 529	11 010	3 835	2 817	2 728	969	21 851	316 651
13	Candidiasis urogenital	B37.3-B37.4	147 413	38 138	11 304	93 326	3 909	1 161	816	564	18 068	314 689
14	Asma y estado asmático	J45, J46	109 072	78 958	34 729	6 982	4 451	10 154	2 518	899	49 532	297 305
15	Intoxicación por picadura de alacrán	T63.2, X22	183 165	47 977	4 239	20 952	29	29	567	191	14 291	271 440
16	Neumonías y bronconeumonías	J12-J18 excepto J18.2	60 607	51 525	11 173	4 887	1 543	620	1 084	110	20 648	152 207
17	Tricomoniasis urogenital	A59.0	73 503	11 105	4 946	52 653	1 748	28	182	263	4 967	148 395
18	Desnutrición leve	E44.1	79 466	20 688	6 474	18 026	3 052	195	543	347	4 629	133 420
19	Paratifoidea y otras salmonelosis	A01.1-A02	34 430	58 201	11 814	4 077	540	1 132	754	773	11 235	122 956
20	Ascariasis	B77	73 498	2828	14 713	18815	1550	729	432	67	5105	117 737
TOTAL 20 PRINCIPALES CAUSAS			15 785 085	12 163 354	3 752 217	2 632 567	457 144	565 492	307 094	99 887	3 272 319	39 035 159
OTRAS CAUSAS			644 733	284 841	84 708	68 885	11 595	11 191	16 704	3 200	160 563	1 286 420
TOTAL GLOBAL			16 429 818	12 448 195	3 836 925	2 701 452	468 739	576 683	323 798	103 087	3 432 882	40 321 579

FUENTE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica Dirección General de Epidemiología/SSA

## **Salud reproductiva**

Salud reproductiva se define, de acuerdo a la organización mundial de la salud, como “el estado de completo bienestar físico, mental y social en todos aquellos aspectos relativos a la reproducción”. El enfoque de la salud reproductiva imprime un alto valor al derecho de hombres y mujeres a regular su fecundidad en forma segura y efectiva, a cursar un embarazo y parto sin riesgos para la salud, a tener y criar hijos saludables, a comprender y disfrutar su propia sexualidad, y a permanecer libres de enfermedad, incapacidad o muerte asociadas con el ejercicio de la sexualidad y la reproducción.

Estimaciones del consejo nacional de población (CONAPO), refieren que en 2002 la tasa global de fecundidad era de 2.3 hijos por mujer y en 2006 de 2.1.

En los estados con mayores carencias el nivel de la fecundidad es notablemente mayor que en los estados con mejores niveles de desarrollo.

En estados como guerrero la tasa global de fecundidad es de 2.5 hijos por mujer, mientras en el otro extremo se encuentra el D.F. donde el tamaño de la descendencia es de 1.8 hijos por mujer.

El nivel educativo de las mujeres es un factor determinante de su fecundidad, a mayor instrucción, menor número de hijos. Datos del conapo basados en encuestas demográficas muestran diferencias de hasta del doble entre mujeres sin instrucción y mujeres con secundaria o más. (4.7 y 2.2 respectivamente en el año 1996)<sup>1</sup>.

## **Uso de métodos anticonceptivos**

Los servicios de planificación familiar tienen una contribución vital en la prevención de embarazos no deseados y de alto riesgo, de mortalidad perinatal, de aborto y de enfermedades de transmisión sexual, sin embargo los grupos sociales y las regiones menos favorecidas del país tienen menor acceso a éstos.

Guerrero, Chiapas y Oaxaca tiene el menor porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos (50.7, 54.6 y 56.4 por ciento respectivamente).

Distrito Federal, estado de México, Baja California sur, Sinaloa, Sonora, nuevo león y Coahuila presentan los mayores porcentajes (79, 77.8, 77.7, 77.6, 77.1, 77.1 y 77.1 por ciento respectivamente).

De acuerdo a la enadid en 1997 la prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos se presentó de manera distinta en los diversos grupos de mujeres, sólo alrededor de 70% en las mujeres de áreas urbanas, 50% en las mujeres de áreas rurales. Solo 23.9% de las mujeres sin hijos usaba anticonceptivos para retrasar la llegada del primer hijo, 80.6% de las mujeres con tres hijos usaba anticonceptivos; la mayoría para limitar su descendencia.

48% de las mujeres en edad fértil sin instrucción.

70.4% de las mujeres en edad fértil con estudios de al menos secundaria.

La encuesta nacional de juventud 2005 mostró que más de 60% de los y las jóvenes de 12 a 29 años utiliza algún método anticonceptivo.

Más de la mitad (57.6%) deciden en pareja protegerse; 36.5% de las y los jóvenes tomaron la decisión de usar algún método por sí solos, y solamente entre las más jóvenes de entre 12 y 14 años la decisión quedó a cargo de la pareja, es decir, 3 de cada 10 no participaron en la decisión de protegerse.

La misma fuente señala que alrededor de 83% (sin diferencias notables entre sexos) tienen conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual. Un bajo porcentaje (1.6%) declaró haberse contagiado en algún momento y la proporción de hombres duplica a la de mujeres, 2.3 por ciento de ellos contra 1.0 por ciento de ellas. de los infectados, a 38% se les diagnosticó gonorrea y a 10.4% el virus del papiloma humano. En su mayoría siguieron un tratamiento específico (83.8%)

### **Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos.**

La demanda insatisfecha se refiere a la proporción de mujeres expuestas a un embarazo que no utiliza ningún método anticonceptivo a pesar de su deseo de limitar o espaciar su descendencia.

La demanda insatisfecha se redujo de 25.1 a 12.1 por ciento de 1987 a 1997; se estima que haya llegado a 8.5 en el 2002. Nuevamente los grupos más desprotegidos presentan los mayores niveles de demanda insatisfecha; en 1997:

25.8% de las mujeres indígenas

22.2% de las residentes en localidades rurales

21.8% de las mujeres sin escolaridad

## **Embarazos en mujeres adolescentes.**

La fecundidad adolescente ha descendido lenta pero significativamente:

En 1970, 13.8% de las mujeres de 15 a 19 años tuvieron al menos un hijo y este porcentaje disminuyó a 11.4% en 2005. En este año se registraron 412,368 nacimientos en mujeres adolescentes.

En 1997 sólo 45% de las mujeres unidas de 15 a 19 años era usuaria de métodos anticonceptivos.

La demanda insatisfecha es de 26.7% en estas mujeres.

A pesar de que alrededor de 66 por ciento inicia su sexualidad sin la intención de embarazarse, 90% tuvieron su primera relación sexual sin protección.

Datos más recientes, de la encuesta nacional de juventud de 2005 señalan que los embarazos entre los jóvenes se dan fundamentalmente después de los 20 años de edad. Sin embargo todavía en ese año 5.7% de los adolescentes de 12 a 19 años dijeron haber embarazado a alguna mujer y 7.6% de las mujeres de 15 a 19 años reportaron haber estado embarazadas alguna vez.

## **Atención prenatal, natal y en el puerperio.**

En el periodo 2000-2003, según datos de la encuesta nacional de salud reproductiva de 2003:

La cobertura de la atención prenatal alcanzó niveles de 96.5 por ciento.

90.3 % de las mujeres embarazadas fueron revisadas durante su embarazo por un médico.

2.4 % fueron revisadas por una enfermera, auxiliar o promotora de salud.

3.7% fueron revisadas por una partera.

En cuanto a la atención durante el parto:

86.4% fue atendida por un médico.

1.8 % por una enfermera, auxiliar o promotora de salud.

10.4% por una partera.

1.3% sola o por otra persona.

64.9% fue atendida en el sector público.

22.9% en el sector privado.

11.9% en su casa.

0.3% en otro lugar.

### **Tipo de parto.**

Las normas de salud establecen que el límite ideal del parto vía cesárea no debe exceder 20 por ciento. Sin embargo en el periodo 2000-2003 el porcentaje de cesáreas fue de 33.3.

### **Mortalidad materna.**

La mortalidad materna se refiere a las muertes por complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Los datos de mortalidad materna si bien también muestran un descenso, no dejan de representar un problema prioritario y una llamada de atención para reforzar la atención de las mujeres embarazadas durante el embarazo, parto y puerperio.

Los datos de la secretaría de salud indican que en el período 2000-2004, se logró evitar 566 muertes maternas registrando una tasa de mortalidad materna de 6.3 muertes por 10 mil nacidos vivos en 2004 (SSA, 2005), esta cifra disminuyó de 7.3 en 2000 a 6.0 en 2006 (presidencia de la república 2006).

### **Aborto.**

El aborto representa la quinta causa de mortalidad materna en México.

Datos de la enadid muestran que 8.4 por ciento de los embarazos ocurridos entre 1994 y 1997 terminó en un aborto. En las localidades más urbanizadas, la incidencia del aborto es mayor que en las localidades de menos de 15 mil habitantes (9.8% y 6.5%, respectivamente).

En 2003, 6.6% de las muertes maternas se debieron a un aborto.

En México la mortalidad por estas enfermedades, se ha incrementado en las últimas décadas, siendo ya las primeras causas de mortandad general. Los factores de riesgo son hereditarios y ambientales (Dieta, inactividad, factores psicológicos, genéticos, edad).

México esta viviendo una transición epidemiológica en la que las enfermedades crónico-degenerativas representan ya un problema de salud pública. Desafortunadamente un alto número de personas no saben que las padecen.

En las siguientes tablas se muestra la prevalencia de la mortalidad a nivel nacional y D.F. en los últimos meses del 2008 (IMSS).

**TOTAL DE DEFUNCIONES POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO  
ENERO-JULIO 2008**

Delegación	Total	Hombres	Mujeres	Edad (Años)											
				<1		1 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 59		60 y +	
				H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Total Nacional	64482	33147	31272	1805	1533	189	203	156	147	418	337	8447	7268	22132	21784
Norte del D. F.	4062	1918	2144	71	63	5	4	2	4	11	10	445	404	1384	1659
Sur del D. F.	4404	2200	2204	91	70	7	9	7	7	19	17	507	412	1569	1689
<b>Fuente: Sistema Institucional de Mortalidad (SISMOR)</b>															
<b>No incluye muertes fetales</b>															

**Defunciones por Hipertensión Arterial según grupos de edad y sexo  
Enero a Julio Del 2008**

Delegación	Total	Hombres	Mujeres	Grupos de Edad							
				<10		10 a 19		20 a 59		60 y +	
				H	M	H	M	H	M	H	M
Total Nacional	2844	1329	1515	0	1	18	6	281	257	1030	1251
Norte del D. F.	195	73	122	0	0	0	0	10	14	63	108
Sur del D. F.	317	146	171	0	0	0	0	28	16	118	155

**Defunciones por Diabetes Mellitus según grupos de edad y sexo  
Enero a Julio Del 2008**

Delegación	Total	Hombres	Mujeres	Grupos de Edad							
				<10		10 a 19		20 a 59		60 y +	
				H	M	H	M	H	M	H	M
Total Nacional	12906	6020	6886	1	1	8	4	1591	1560	4420	5321
Norte del D. F.	865	394	471	0	0	0	0	110	77	284	394
Sur del D. F.	916	419	497	0	0	0	0	99	99	320	398

## Defunciones por infecciones respiratorias en menores de 5 años

Enero a Julio Del 2008

Delegación	Total	Edad (Años)				
		<1	1	2	3	4
Total Nacional	106	79	4	17	3	3
Norte del D. F.	1	0	0	1	0	0
Sur del D. F.	4	4	0	0	0	0

## Defunciones por diarreas en menores de 5 años

Enero a Julio Del 2008

Delegación	Total	Edad (Años)				
		<1	1	2	3	4
Total Nacional	36	25	2	7	0	2
Norte del D. F.	1	1	0	0	0	0
Sur del D. F.	2	2	0	0	0	0

## Defunciones por Neumonía en menores de 5 años

Enero a Julio Del 2008

Delegación	Total	Edad (Años)				
		<1	1	2	3	4
Total Nacional	95	72	4	15	2	2
Norte del D. F.	1	0	0	1	0	0
Sur del D. F.	3	3	0	0	0	0

## Defunciones Maternas según grupos de edad

Enero a Julio Del 2008

Delegación	Total	Grupos de Edad (Años)		
		< 20	20 a 34	35 y +
Total Nacional	82	2	53	27
Norte del D. F.	2	0	2	0
Sur del D. F.	3	0	2	1

Toda la población que es activa económicamente junto con sus dependientes, deben gozar de excelente salud para poder desarrollar y disfrutar una mejor calidad de vida.

## **1.6 Definición de familia.**

**Definición.-** 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 domestico.

En la era del nomadismo con el termino de “familia” se designaba a todo grupo de personas que se desplazaba 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 si, el matrimonio o la red de interacciones personales que permiten al individuo sentirse cómodo y seguro, es decir “ en familia” ,sin embargo con la evolución que ha experimentado el grupo familiar y conforme a diferentes enfoques científicos, han surgido paulatinamente múltiples definiciones de familia (10).

## **Organización de Naciones Unidas (ONU).**

Grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al jefe de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos. (6, pag.7-15.)

Organización Mundial de la Salud (OMS) A los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio (10).

## **Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).**

Personas que forman parte de un mismo lugar (durante el mes pasado permanecieron por lo menos la mitad del tiempo en el), entendido como un espacio físico delimitado y consumen los alimentos preparados de una.

De esta manera, el grupo formado por marido mujer e hijos, sigue siendo la unidad básica preponderante de la cultura occidental, conservando aún la responsabilidad de proveer de nuevos miembros a la sociedad, socializarlos y otorgarles protección física y apoyo emocional (10).

### **1.7 Concepto de familia (desde la perspectiva del médico familiar).**

La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos viven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique.

## **1.8 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.- 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 propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- Afecto: interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar.
- Cuidado: protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades 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.

## **1.9 Ciclo vital de la familia**

Como todo grupo humano la familia tiene un inicio, desarrollo y ocaso.

El esquema propuesto por Geyman en 1980, describe las épocas por las cuales va pasando la familia de acuerdo a su propio proceso.

Está integrada por las siguientes fases:

- Fase de matrimonio.
- Fase de expansión.
- Fase dispersión.

-Fase de independencia.

-Fase de retiro y muerte.

La fase de matrimonio se inicia con la consolidación del vínculo matrimonial y concluye con la llegada del primer hijo.

La fase de expansión es el momento en que se incorporan nuevos miembros a la familia, una de las principales expectativas de todo matrimonio es tener hijos.

La fase de dispersión se identifica 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 prepara el camino para la independencia de los hijos mayores.

En la fase de independencia los hijos ya preparados forma nuevas familias retirándose del hogar.

La fase de retiro y muerte se caracteriza por que los cónyuges se encuentran con la incapacidad para laborar, el desempleo, el agotamiento de los recursos económicos y la presencia de enfermedades crónico degenerativas.(27)

## **1.10 Clasificación de las familias**

Para facilitar la clasificación de las familias 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.

## **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 esta.

<b>Con parentesco</b>	<b>Características</b>
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 sin parentesco
Extensa	Personas sin vínculos de parentesco que realizan las funciones o roles familiares.
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
No parenteral	Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.

## **Sin parentesco**

## **Características**

Monoparental extendida  
s/parentesco

Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres.

Grupos similares a familias

Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia.

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

La presencia física en el hogar implica un alto grado de convivencia cuya importancia para la práctica de la medicina familiar se identifica con los riesgos de enfermedades infecciosas y transmisibles.

### **Presencia física en el hogar**

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 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.

## **Clasificación de las familias en base a 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.

- Agrícolas
- Pecuarias
- Comercial
- Servicios

Las diversas posibilidades de origen de los recursos para la subsistencia de las familias, combinaciones de las cuatro fuentes mencionadas.

## **Clasificación de las familias en base a su nivel económico**

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

La clasificación de las familias desde el punto de vista económico debe tomar en cuenta los diversos elementos que interactúan en esta perspectiva. Se sugiere utilizar diversos indicadores monetarios y no monetarios para medir la pobreza en el nivel familiar.

### Pobreza familiar nivel 1

- Ingreso per capita suficiente para cubrir el valor de la canasta básica
- Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda.

### Pobreza familiar nivel 2

- Ingreso per 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.
- Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda.

### 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.
- Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda.

La escala establece que el nivel 3 de pobreza es el más grave de todos y el nivel 1 es el 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**

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 monógamas con sus respectivos hijo, que viven comunitariamente compartiendo todo, excepto las relaciones sexuales.

Poligamia.- incluye la poliandria y la poliginia.

## **Dinámica familiar**

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

### **Salud familiar**

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

## **Evaluación de la familia**

La evaluación de la familia se puede concebir como un proceso fundamental para realizar intervenciones promocionales y preventivas a favor de la salud, establecer diagnósticos, manejo y tratamiento, y en su caso rehabilitación o paliación.

Para lograr esta evaluación, el médico familiar debe seguir una estrategia de carácter clínico, que incluya a los individuos y sus familias, bajo un enfoque integrador de las esferas biológicas y psicosociales.

Para el estudio de los problemas de salud existen algunos instrumentos básicos, como son:

- Historia clínica.- instrumento de trabajo clínico de todo medico.
- Genograma.- instrumento que proporciona una visión rápida e integrada de los problemas biomédicos y psicosociales. Describe la estructura familiar, las relaciones de parentesco y las características generales de los integrantes de la familia.
- Clasificación familiar.- Permite identificar desde diversas perspectivas las características de las familias.
- Ciclo vital familiar.- Favorece la evaluación de factores de riesgo relacionados con las etapas de desarrollo existencial de las familias.
- Apgar familiar.- Instrumento de autoaplicación que evalúa la percepción del apoyo familiar.
- Faces III.- Instrumento de autoaplicación que evalúa la adaptabilidad familiar.
- Índice simplificado de pobreza familiar.- Instrumento de autoaplicación que evalúa elementos esenciales para la identificación de pobreza en las familias.

-Escala de reajuste social de Holmes y Rahe.- Instrumento observacional que permite realizar una evaluación cuantitativa de los acontecimientos vitales estresantes.

Los instrumentos mencionados han sido utilizados, probados y validados en el ámbito de la medicina familiar. La aplicación de instrumentos de evaluación psicosocial en el ámbito clínico requiere de un análisis crítico de la literatura científica que los respalda.

### **Evaluación de la función familiar**

La función familiar se define a través de las tareas que le corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo.

La evaluación de la función familiar tiene en medicina familiar características específicas que la diferencian de la que puede realizarse por otras disciplinas científicas.

Con base en estos conceptos se puede considerar que una familia es funcional cuando cumple con sus funciones como un sistema.

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

El llevar a cabo la realización de este estudio es con la finalidad de conocer de forma particular los aspectos que condicionan el proceso de salud enfermedad de los pacientes del turno matutino del consultorio 10 de la clínica de medicina familiar Cuitlahuac; de acuerdo a los diversos factores relevantes, desde el punto de vista bio-psico-social de cada familia.

Ya que en muchas de las enfermedades que se estudian en medicina familiar, no se puede comprender plenamente, a menos que se analicen dentro de su propio contexto, personal, familiar y social (1).

En cada familia existen aspectos muy particulares que pueden repercutir e influir de manera muy diferente en el estado de salud-enfermedad entre los cuales se encuentran las enfermedades crónico-degenerativas, la transmisión de enfermedades infecto- contagiosas, y el origen de enfermedades psicosomáticas. Por lo que al realizar esta investigación nos dará la oportunidad de identificar los factores que intervienen en el proceso salud-enfermedad, y nos dará la oportunidad de plantear objetivos y proponer alternativas de solución que nos ayude a mejorar la salud de las familias.

La mortalidad por enfermedades crónicas en los adultos y agudas en los niños son factores de riesgo que han aumentado significativamente en los últimos años.

Actualmente hemos notado que día a día la demanda de atención médica por los derechohabientes del ISSSTE ha ido en aumento, ante esta situación debemos lograr que la atención del primer nivel sea de mayor calidad y calidez.

Debido a las anteriores consideraciones, en este trabajo se plantea estudiar:

¿Cuáles son los factores de riesgo, características familiares y principales causas de consulta en el turno matutino del consultorio 10 de la unidad de medicina familiar Cuitlahuac del ISSSTE?

### **3. JUSTIFICACIÓN.**

La medicina, cada vez más especializada y tecnificada, orienta a su estudio e importancia casi exclusivamente a la parte física del hombre, desdeñando entender con igual importancia al mundo afectivo y mental del ser humano, lo que no permite considerarlo del todo como tal.

Por lo que es necesario, llevar a cabo una nueva forma de medicina, de acuerdo a lo que realmente el paciente necesita, y que nosotros podremos identificar solo con un verdadero interés por el como persona, explorando hasta conocer cada vez mas, con cada consulta y por todo el tiempo que el y su familia sean nuestros pacientes.

Es el papel del médico general orientado hacia la atención integral de la familia, considerar todos los aspectos de esta, ya que la familia es el lugar donde se gesta la salud o la enfermedad de la persona, es por lo tanto fundamental conocer a nuestras familias en su dinámica y sus funciones, para reconocer si en ese ámbito es donde se encuentra el origen de su padecimiento y es el que motiva a acudir en demanda de atención médica.

Conociendo mejor a nuestro paciente y su familia podremos identificar mejor cualquier desajuste en una etapa temprana, cuando aun no repercute de una manera importante en su salud; reconoceremos factores de riesgo, causas que motiven el origen de algunas enfermedades, y estaremos en esas circunstancias en posibilidades de practicar una medicina mas integral y humana, actuando más favorablemente en los tres niveles de acción, el preventivo, el curativo y el rehabilitatorio.

Con la implementación del proyecto del modelo sistemático de atención médica familiar abordaremos la problemática actual de salud existente en nuestro país, ya que a partir del inicio y aplicación del MOSAMEF tendremos un diagnóstico de salud de nuestros consultorios de medicina familiar actualizado y de acuerdo a la realidad por lo que mejoraremos la atención integral de las familias; lo cual se reflejara en el tiempo de espera para consulta, un archivo clínico más eficiente, una derivación o referencia a especialidades más justificada y más curativa que rehabilitatoria, esto nos permitirá tener familias cada vez más sanas, lo que también impactara en el ahorro de recursos de nuestras instituciones de salud.

## **4. OBJETIVOS.**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL.**

-Identificar las características, factores de riesgo y principales causas de consulta de las familias en el turno matutino del consultorio 10 de la “unidad de medicina familiar Cuitlahuac” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

-Determinar las 10 principales causas de consulta de primera vez en el lapso de 01 de enero a 31 de diciembre de 2007.

-Determinar las 10 principales causas de consulta subsecuentes en el lapso de 01 de enero a 31 de diciembre de 2007.

-Identificar los tipos de familia según su estructura

- Determinar la etapa del ciclo de vida.

-Identificar factores de riesgo familiares.

## **5. MATERIAL Y METODOS**

### **5.1 Tipo de estudio.**

El trabajo realizado es de tipo observacional, descriptivo y transversal, con una fase retrospectiva, y otra prospectiva.

### **5.2 Población, lugar y tiempo.**

- familias usuarias del consultorio 10 turno matutino en la U.M.F. Cuitlahuac en 4 meses.

- Formato SM-10-1

Lugar. Clínica Cuitlahuac del ISSSTE, DF. Mayo a septiembre 2008.

### **5.3 Tipo y tamaño de la muestra.**

#### **Tipo de muestra:**

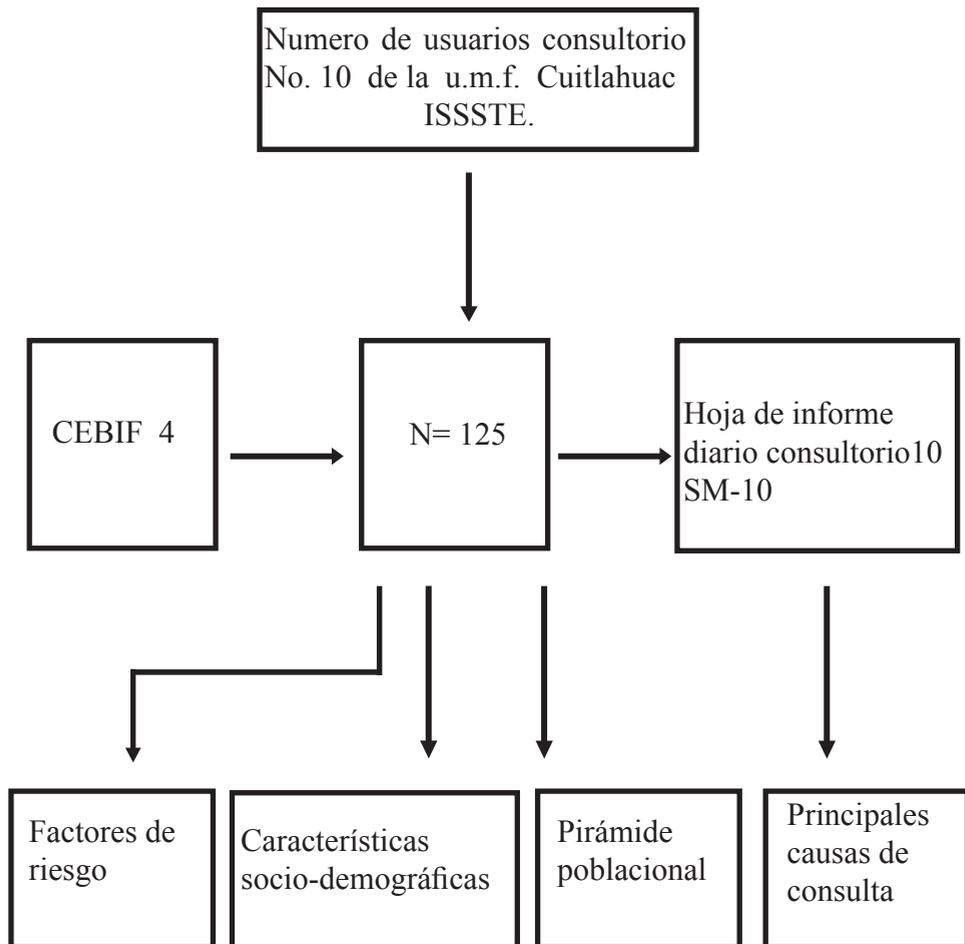
-No probabilística, de tipo secuencial ya que se realizaron las encuestas en forma consecutiva hasta completar el tamaño de la muestra.

#### **Tamaño de la muestra: 125 familias.**

Se calculó una muestra de trabajo, con el 10% de error, 5% de variabilidad y 90% de confianza, obteniéndose una población final de 125 familias.

Para las causas de consulta: se consultaron todas las hojas de registro diario, comprendidas del 8 mayo al 8 de septiembre de 2008.

## 5.4 DISEÑO DE ESTUDIO.



### **5.5 Criterios de inclusión.**

- Derechohabientes adscritos al consultorio 10 turno matutino.
- que acepten participar voluntariamente.
- mayores de edad.
- ambos sexos.
- Sin alteraciones mentales.

### **5.6 Criterios de exclusión.**

- que no cumplan con los criterios de inclusión mencionados.

### **5.7 Criterios de eliminación.**

- Foráneos.
- Cédulas incompletas.

## 5.8 Variables.

NOMBRE DE LA VARIABLE	CONCEPTO	OPERACIONALIZACIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN
Estado civil	Condición de un individuo en lo que toca a sus relaciones con la sociedad	Casado, unión libre y otros	Nominal
Años de unión conyugal	Tiempo de unión	De 1 – n	Discontinua
Edad del padre	Hombre cabeza de familia	De 1 – n	Discontinua
Edad de la madre	Mujer cabeza de familia	De 1 – n	Discontinua
Ocupación de padre	Empleo u oficio	Profesor, policía, campesino, técnico, etc.	Nominal
Ocupación de la madre	Empleo, oficio o ama de casa	Profesora, campesina, técnicas, ama de casa, etc.	Nominal
Escolaridad del padre	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en establecimiento escolar	Analfabeta, primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura, posgrado.	Ordinal
Escolaridad de la madre	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en establecimiento escolar	Analfabeta, primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura, posgrado.	Ordinal
Numero de hijos	Cantidad de hijos en una pareja conyugal	1 a 10 hijos	Discontinua
Parentesco	Relación de consanguinidad o alianza	Nuclear, nuclear simple, nuclear numerosa, reconstruida (binuclear), etc. mono parenteral	Nominal
Sin parentesco	Relación sin consanguinidad	Mono parenteral extendida sin parentesco y grupos similares a familias	Nominal
Con base en la presencia física y convivencia.	Relación de consanguinidad con presencia del padre y la madre y otros familiares	Núcleo integrado, núcleo no integrado, extensa ascendente, extensa descendente y extensa colateral	Nominal
Estilos de vida originados por cambios sociales	Tipo de vida de una persona u otro del mismo sexo	Persona que vive sola, pareja homosexuales sin hijos, familia gripal, poligamia, etc.	Nominal
Con base de en sus medios de subsistencia	Lo necesario para la vida humana	Agrícola, industrial, comercial y servicios	Nominal

Etapa del ciclo vital familiar	Fase de una pareja madre y padre desde el matrimonio hasta el retiro y muerte	Matrimonio, expansión, dispersión, independencia, retiro y muerte	Nominal
Causas de consulta	Padecimientos registrados en el SM-10-1	Categorías CIE-10	Nominal
Factores de riesgo	Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupos de personas que se encuentra asociada con un aumento de padecer, desarrollar, o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido	Presencia o ausencia de factores de riesgo	Nominal

## 5.9 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN.

-La aplicación de la CEBIF se realizó de mayo-septiembre de 2008, en la Clínica de Medicina Familiar Cuitlahuac ISSSTE, con la autorización de los investigadores del departamento de Medicina Familiar, y las autoridades de la clínica, se optó por aplicar las cédulas en la sala de espera, pasillos y en el mismo consultorio médico de la clínica, aplicando de 3 a 4 cédulas al día, con una duración aproximada de 15 minutos en la elaboración de cada una de ellas. La elaboración de la CEBIF la realizó el autor de este documento previa orientación de los investigadores de la coordinación del departamento de Medicina Familiar.

### **5.10 Pirámide de población.**

Con la autorización de las autoridades de la Clínica Cuitlahuac ISSSTE se consultó el documento correspondiente al diagnóstico situacional correspondiente al año de 2007, de donde se obtuvieron los datos de la pirámide de población, programas prioritarios y de morbilidad.

### **5.11 Causas de consulta.**

Se solicitó la autorización de las autoridades de la U.M.F. Cuitlahuac para acudir al servicio de estadística y solicitar la información correspondiente de las hojas SM-10-1, de donde se obtiene la información correspondiente a las 10 causas de consulta.

### **5.12 Análisis estadístico.**

Se realizó un análisis descriptivo (frecuencia, porcentaje, etc. De las variables).

### **5.13 Consideraciones éticas.**

De acuerdo con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud vigente en nuestro país el trabajo tiene conforme al título segundo capítulo 1, artículo 17 categoría “1” investigación sin riesgo, debido a que los individuos que participaron en el estudio, aportaron datos a través de una entrevista, lo cual no provoca daños mentales ni físicos.

La investigación no viola y esta acorde con las recomendaciones para guiar a los médicos en investigación biomédica, donde participan seres humanos contenidos en la declaración de “Helsinki” de la asociación médica mundial enmendada en la 41 asamblea médica mundial en Hong Kong en septiembre de 1989.

-La información se obtuvo previa autorización de las autoridades de la U.M.F. Cuitlahuac, del departamento de estadística, el cual se encarga de concentrar los datos del informe diario del médico del consultorio 10.

La etapa retrospectiva observa de 01 de enero a 31 de diciembre de 2007 y consiste en el estudio de las causas de consulta.

-La etapa prospectiva abarca de 08 de mayo a 08 de septiembre de 2008 en la ciudad de México y consiste en el estudio de las características familiares y factores de riesgo.

## **6. RESULTADOS.**

### **6.1 Cédula básica de identificación familiar.**

-El total de cédulas de identificación familiar aplicadas en el consultorio 10 fueron 125 en el turno matutino.

Antecedentes gineco- obstétricos de las mujeres encuestadas

<b>ANTECEDENTES</b>	<b>NUMERO</b>	<b>PROMEDIO</b>
<b>GESTAS</b>	<b>166</b>	<b>1.03</b>
<b>PARTOS</b>	<b>145</b>	<b>1.16</b>
<b>ABORTOS</b>	<b>15</b>	<b>0.12</b>
<b>CESAREAS</b>	<b>12</b>	<b>0.96</b>

N = 125 familias

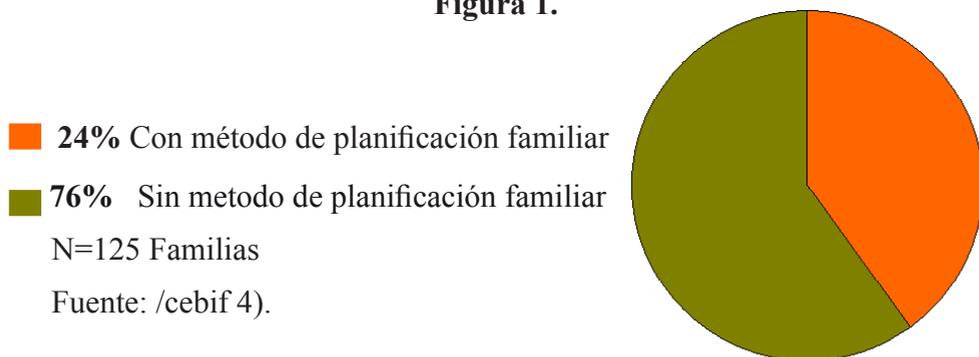
Fuente: (cebif 4).

## 6.2 Planificación familiar.

En lo que se refiere a planificación familiar, de las mujeres encuestadas en edad reproductiva el 24% utilizaba algún método anticonceptivo y el 76% no usaba ningún método. (Figura 1)

### USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES ENCUESTADAS.

Figura 1.



El tipo de métodos utilizados se muestra en el cuadro No. 2

Cuadro No. 2

El tipo de métodos utilizados por las mujeres encuestadas

METODO	No. USUARIAS	PORCENTAJE
OTB	14	0.93%
DIU	8	0.64%
H. ORALES	4	0.032%
PRESERVATIVOS	3	0.024%
VASECTOMIA	0	0
METODOS NATURALES	1	0.008%

No. 125 familias  
Fuente: (cebif 4).

En la realización de las encuestas se detecto pacientes con la nula realización de vasectomía.

## ESTADO CIVIL DE LOS CÓNYUGES.

El estado civil de los cónyuges se muestra en el cuadro No. 3

Cuadro No. 3  
Estado civil de los cónyuges.

ESTADO CIVIL	No. PAREJAS	PORCENTAJE
CASADOS	91	72.8%
UNIÓN LIBRE	9	7.2%
DIVORCIADOS	5	4.0%
VIUDOS	7	5.6%
SOLTEROS	13	10.4%
TOTAL	125	100%

No. 125 familias

Fuente: (cebif 4).

En lo que se refiere a los años de unión conyugal, los porcentajes fueron muy diversos en donde predominaron las personas casadas con más del 72 %.

La encuesta fue respondida en su mayoría por las esposas.

### 6.3 Factores demográficos.

En las familias encuestadas en menos de un 30 % se encontraban viviendo otras personas además de padre, madre e hijos en los domicilios con algún tipo de parentesco, y un 0.9 % sin parentesco alguno, tales como compadres, amigos etc.

-NUMERO DE HIJOS POR FAMILIA.

-El número de hijos según los grupos de edad utilizados se presentan en el cuadro No. 4.

### Cuadro No.4

Número de hijos por grupos de edad

GRUPO DE EDAD	No. HIJOS	PORCENTAJE
R/NA 1 AÑOS	3	1.26%
1 A 4 AÑOS	5	2.10%
5 A 10 AÑOS	20	8.40%
11 A 19 AÑOS	60	25.21%
20 O MAS AÑOS	150	63.02%
	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL</b>
	<b>238</b>	<b>100%</b>

No. 125 familias

Fuente: (cebif 4)

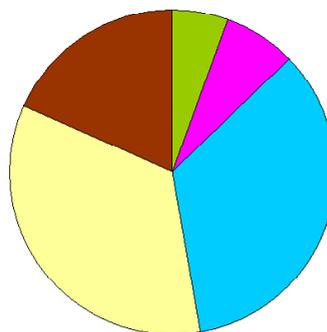
### -ETAPA DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA.

En lo referente a las diferentes etapas del ciclo vital en el que se encuentran las familias estudiadas, los resultados se muestran en la figura 2.

Figura 2

### ETAPA DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA.

MATRIMONIO	7	5.6%
EXPANSION	9	7.2%
DISPERSIÓN.	43	34.4%
INDEPENDENCIA.	43	34.4%
RETIRO	23	18.4%



## 6.4 Factores económicos.

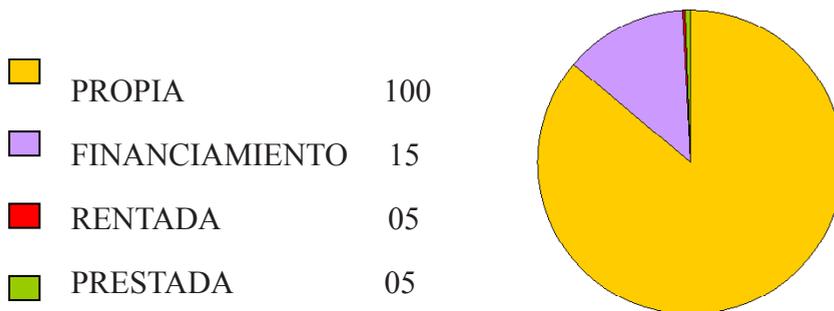
### PERSONAS QUE CONTRIBUYEN AL INGRESO FAMILIAR

El número de personas que contribuyen al ingreso familiar en el 42.7% de los casos fue una sola persona, dos personas en el 40.9% y únicamente en el 16.36% de los casos más de tres personas.

### TIPO DE VIVIENDA.

En el tipo de vivienda se observa que la más frecuente fue la propia con un 80%.

Los diferentes tipos de vivienda se representan a continuación en la figura No.3.



-El 56.5% cuenta con automóvil.

El 33.5% cuenta con computadora en casa.

## **-DESARROLLO COMUNITARIO.**

En lo concerniente al rubro de los servicios en la comunidad, agua potable, drenaje, energía eléctrica, servicio telefónico, alumbrado público, pavimentación, banquetas, transporte público y vigilancia el 100% de las familias cuentan con estos servicios

### **6.5 Derechohabiencia a las instituciones de salud.**

Las familias presentaron la siguiente distribución en cuanto a su derechohabiencia.

Cuadro No. 5

Institución que otorga servicios de salud a las familias

<b>INSTITUCION</b>	<b>No. FAMILIAS</b>	<b>PORCETAJE</b>
<b>IMSS</b>	<b>10</b>	<b>8%</b>
<b>SSA</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>SEDENA</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>PRIVADO</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>ISSSTE</b>	<b>125</b>	<b>100%</b>
<b>DIF</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>PEMEX</b>	<b>18</b>	<b>14.40%</b>
<b>SEC. MARINA</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>OTROS</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>

N = 125 familias

Fuente: (cebif 4).

El 100 % son derechohabientes del ISSSTE, con un bajo porcentaje de otros servicios médicos, los cuales regularmente son otorgados por las instituciones en donde laboran.

## FACTORES DE RIESGO.

Factores de riesgo familiares presentes en la población estudiada en el periodo mayo-septiembre de 2008 en el consultorio 10 de la U.M.F. Cuitlahuac ISSSTE D.F.

TIPO DE RIESGO	FACTOR DE RIESGO	PADRE	MADRE	HIJOS	ABUELOS	TÍOS	TOTAL	%
Enfermedades crónico degenerativas	DM2	14	23	10	24	10	81	64.8
	HAS	27	20	0	18	22	87	69.6
	Enfs. Corazón	2	5	3	13	2	25	20
	CaCu.	0	0	0	1	0	1	0.8
	Ca mama	0	0	0	0	0	0	0
	Ca próstata	0	0	0	2	0	2	1.6
	Otro cáncer	0	0	0	0	0	0	0
	Insuf. Renal	0	6	1	2	3	12	9.6
	Enf. Cerebro vascular	0	0	4	0	2	3	4.8
Asma bronquial	0	1	6	0	4	11	8.8	
Infecciosas	Sida/VIH	0	0	0	0	1	1	0.8
	Otras ETS	0	0	0	0	0	0	0
	Hepatitis B ò C	0	0	0	1	1	2	1.6
	TBP	0	0	0	0	0	0	0
Trastornos alimentación	Desnutrición	0	0	2	0	0	2	1.6
	Obesidad	11	7	12	18	8	56	44.8
	Anorexia / Bulimia	0	0	0	0	0	0	0
Fármaco dependencia	Tabaquismo	4	2	2	6	5	19	15.2
	Alcoholismo	3	1	1	6	3	14	11.2
	Otras Fármaco dependencia	0	0	0	0	0	0	0
Psicosociales y laborales	Enfs. Psiquiátricas	0	0	0	0	0	0	0
	Violencia intrafamiliar	3	0	0	0	0	3	2.4
	Discapacidad	0	0	0	0	0	0	0
	Riesgo Ocupacional	0	0	0	0	0	0	0
Totales		64	65	41	91	61	322	

N = 125 familias

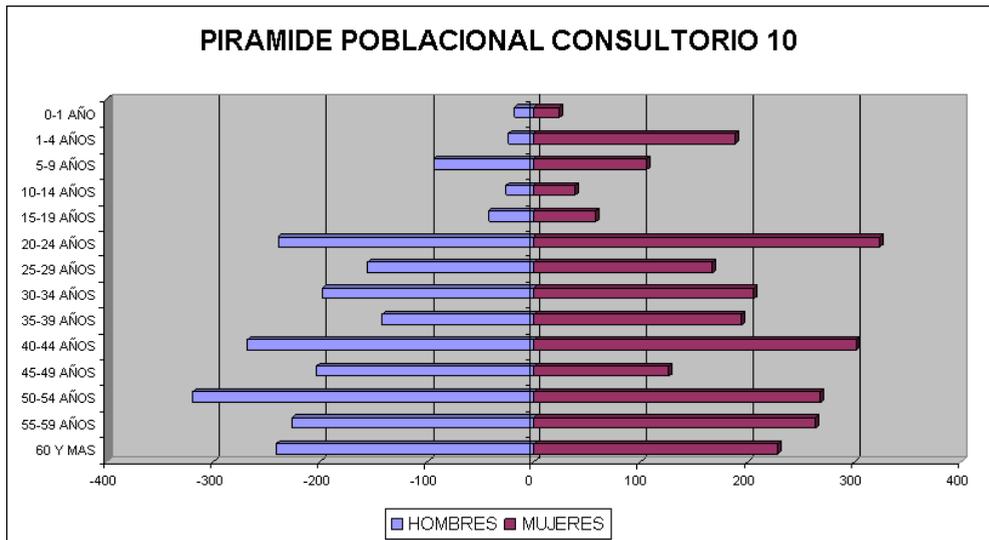
Fuente: (cebif 4)

## PIRAMIDE POBLACIONAL.

La pirámide de población del consultorio número 10 se presenta a continuación en la figura número 4.

En esta pirámide poblacional se encontró que hay un total de 4798 personas de las cuales el 52.08 % correspondió a mujeres, y el 47.91 % a hombres, también se observó que las edades de los 40 a los 60 años y más de edad, es la que más predominó con un 51 % de toda la población en general. Es importante mencionar que en las edades de 0 a 4 años hay 354 niños que representan el 7.38 % del total, lo que explica que nos enfrentamos a una población que en su mayoría corresponde a adultos.

Figura No.4



## PIRAMIDE POBLACIONAL CONSULTORIO 10

HOMBRES			MUJERES		
GRUPOS ETARIOS:	NUMERO DE:		GRUPOS ETARIOS:	NUMERO DE:	
DE 0-1 AÑOS	18		DE 0-1 AÑOS	24	
DE 1 A 4 AÑOS	123		DE 1 A 4 AÑOS	189	
DE 5 A 9 AÑOS	94		DE 5 A 9 AÑOS	106	
DE 10 A 14 AÑOS	26		DE 10 A 14 AÑOS	39	
DE 15 A 19 AÑOS	42		DE 15 A 19 AÑOS	58	
DE 20 A 24 AÑOS	239		DE 20 A 24 AÑOS	324	
DE 25 A 29 AÑOS	156		DE 25 A 29 AÑOS	167	
DE 30 A 34 AÑOS	198		DE 30 A 34 AÑOS	206	
DE 35 A 39 AÑOS	143		DE 35 A 39 AÑOS	195	
DE 40 A 44 AÑOS	269		DE 40 A 44 AÑOS	302	
DE 45 A 49 AÑOS	204		DE 45 A 49 AÑOS	127	
DE 50 A 54 AÑOS	320		DE 50 A 54 AÑOS	269	
DE 55 A 59 AÑOS	226		DE 55 A 59 AÑOS	264	
DE 60 Y MAS AÑOS	241		DE 60 Y MAS AÑOS	229	
TOTAL	2299		TOTAL	2499	
GRAN TOTAL		4798			

### MORBILIDAD.

Conocer el tipo y las características de la morbilidad del consultorio 10.  
 Se enlistan las principales causas de demanda de atención médica en la U.M.F. CUITLAHUAC ISSSTE MEXICO D.F.

**PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EN LA U.M.F.  
CUITLAHUAC.**

- 1.- Faringitis aguda
- 2.- Hipertensión Arterial primaria
- 3.- Diabetes Mellitus no insulino dependiente
- 4.- Rinofaringitis (Resfriado común)
- 5.- Infección de Vías Urinarias
- 6.- Colitis y Gastroenteritis
- 7.- Gastritis Crónica
- 8.- Hipercolesterolemia
- 9.- Obesidad
- 10.- Esguinces y torceduras

**PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN EL  
CONSULTORIO 10 DE LA U.M.F. CUITLAHUAC**

- 1.- Faringitis aguda
- 2.- Rinofaringitis aguda (Resfriado común)
- 3.-Infección de Vías Urinarias
- 4.-Lumbago no especificado
- 5.- Colitis y Gastroenteritis alérgicas y dietéticas
- 6.-Convalecencia consecutiva a cirugía
- 7.-Gastritis Crónica superficial
- 8.-Hipercolesterolemia pura
- 9.-Embarazo abdominal
- 10.- Obesidad

## **PRINCIPALES CAUSAS DE CONTRAREFERENCIA A HOSPITALES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL**

- 1.- Insuficiencia venosa
- 2.- Conjuntivitis crónica
- 3.- Hipertensión arterial descompensada
- 4.-Fracturas
- 5.- Diabetes mellitas descompensada
- 6.- Lumbalgias
- 7.-Rinitis alérgicas
- 8.- Gastritis crónica
- 9.-Obesidad
- 10.- Dermatitis atópica.

Es importante conocer que problemas de salud tiene la población del consultorio, para llevar a cabo las estrategias y lineamientos de los programas prioritarios de salud que nos permitirán brindar una mejor atención.

## **7. DISCUSIÓN.**

Con la aplicación de las cédulas de identificación familiar se pudo identificar, datos muy importantes para conocer el perfil de la población, como son la edad de la madre que en promedio se encuentra próxima al climaterio y la menopausia, y en los hombres se identificó que se encuentran próximos al fin de su vida laboral.

En relación con la escolaridad se observó que los hombres presentan un nivel escolar superior a las mujeres, probablemente debido al desarrollo intelectual que aun impera en la sociedad mexicana.

Los resultados de la evaluación en el apartado de planificación familiar muestran que la responsabilidad del control de la fecundidad lo llevan casi en su totalidad las mujeres, y sería muy importante identificar los motivos por los que los varones no son usuarios de métodos anticonceptivos.

En cuanto al estado civil y la unión conyugal las relaciones se identifican con un promedio de alrededor de dos décadas, lo que refleja la existencias de matrimonios duraderos, por que las parejas asumen concientemente una responsabilidad y un compromiso.

En relación a los factores demográficos observamos que las familias mexicanas encuestadas tienden a no aceptar a personas que no forman parte del vínculo nuclear de la familia en la misma casa.

Los hijos de las familias encuestadas se encuentran en más de la mitad en edades productivas y reproductivas, y que las familias que requieren de cuidados pediátricos representan una minima parte de la población del consultorio.

Con respecto al ciclo vital de las familias observamos que la etapa de dispersión representa más de la mitad de las familias entrevistadas, esto quiere decir, que se trata de familias en las cuales los hijos se encuentran asistiendo a la escuela, o están laborando y por lo tanto, al relacionarse con parejas están en vías de formar nuevos hogares.

En lo que refiere al ingreso familiar se encontró que en un gran número de las familias encuestadas el ingreso económico, es por más de uno de los miembros, tal vez ocasionado por fuerte apego de los miembros de la familia de origen, y por el momento económico que esta cursando nuestro país.

Respecto al tipo de vivienda encontramos que la casa propia representa más del 70% de la muestra, esto concuerda con el tipo de población que maneja el instituto, ya que cuenta con programas de vivienda en la que los trabajadores con más antigüedad pueden acceder a un crédito para ser propietarios de la casa.

Los servicios de urbanización con los que cuentan las viviendas en su totalidad son, el teléfono, agua, luz, drenaje, gas, etc.

Con respecto a la educación, la que predomina en las familias encuestadas es la pública, siendo muy importante resaltar que alrededor de la mitad de las familias ya no tiene hijos en edad escolar.

En la atención médica y prestación de servicios encontramos que prácticamente todas las familias evaluadas son derechohabientes sin embargo encontramos familias que cuentan con otros servicios médicos como son PEMEX e IMSS.

En cuanto a los factores de riesgo se observó que la diabetes mellitus se encuentra presente como un factor de riesgo en muy alto porcentaje de la familias encuestadas y que también un gran porcentaje no recibe atención médica, lo cual motiva a investigar las causas por las que no se esta recibiendo tratamiento.

Con respecto a la hipertensión arterial encontramos que más del 80 % de familias cuentan con estos factores y solo cerca del 70 % se encuentra en control, y que al igual, que en el caso de la diabetes mellitus es recomendable investigar la cobertura.

Las enfermedades del corazón junto con la diabetes mellitus y la hipertensión arterial son factores de riesgo que deben motivar su atención a través de programas de atención, ya que figuran como causas de consulta que suelen encontrarse asociadas.

Más de 50% de la población de adultos y casi un tercio de los niños y niñas en México tienen sobrepeso y obesidad. Estimado en millones de personas estaríamos hablando de un poco más de 32 millones 671mil sin contar a los niños. El hecho de tener sobrepeso u obesidad conlleva a un mayor riesgo de mortalidad, así como al desarrollo de múltiples padecimientos especialmente enfermedad coronaria, diabetes tipo 2, cáncer y apoplejía que son las principales causas de muerte en nuestro país. La Organización Mundial de la Salud anunció que existen en el mundo más de un billón de adultos con sobrepeso de los cuales aproximadamente 300 millones padecen obesidad. Además de la epidemia de obesidad, se observa en México gran incremento en la incidencia de diabetes tipo 2. El 80% de los casos de diabetes tipo 2 están relacionados al sobrepeso y obesidad en particular la obesidad abdominal. Se pensaba que la enfermedad se limitaba a adultos pero ahora están involucrados los grupos de edad más jóvenes. En México podríamos hablar de por lo menos tres epidemias porque no es sólo la obesidad y la diabetes tipo 2 las que avanzan en el país, sino también las enfermedades cardiovasculares que van de la mano con las altas prevalencias tanto de hipertensión arterial como del síndrome metabólico, informados en investigaciones basadas en los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000.

El cáncer cérvico-uterino, el cáncer de mama, el de próstata y otros tipos de cáncer se encuentran como factores de riesgo en las familias encuestadas, por lo que deben ser tomados en cuenta por los servicios de salud, en la prevención de estas enfermedades.

Con respecto a la insuficiencia renal encontramos que es un padecimiento presente en aproximadamente el 10 % de las familias estudiadas, que en la mayoría de las veces surge como una enfermedad secundaria, y que su incidencia podría disminuirse y se hace énfasis, en la educación atención y control del paciente.

En la detección del cáncer cervico uterino sugerimos llevar a cabo una campaña más agresiva de promoción de la salud en las familias de este consultorio, ya que se pueden prevenir estos padecimientos con el auto examen mamario, y la promoción de la citología cervico vaginal.

La enfermedad cerebro vascular es un padecimiento generalmente del paciente geriátrico, y que se debe hacer énfasis en la prevención de las secuelas de estos padecimientos.

El asma bronquial es un padecimiento que se presenta con un patrón típicamente desencadenado por alergenicos, que mejora mucho, con las medidas higiénico dietéticas y la educación del paciente, este padecimiento se presento en el 10 % de las familias estudiadas en este consultorio.

Con relación a los padecimientos infecciosos se detecto un caso de sida, el cual se encuentra en control, sin reportar otras enfermedades de transmisión sexual.

Con respecto a la hepatitis, se detecto en menos del 5% como factor de riesgo familiar, cifra que se podría ver incrementada si no se llevan a cabo las medidas de prevención adecuadas.

En la tuberculosis pulmonar es importante considerar la prevención y la educación para la salud, debido a que en este tipo de padecimientos, cuando se presentan encontramos que su tratamiento además de costoso en muy pocos casos es exitoso, debido a que el paciente abandona los medicamentos, antes de que se encuentre curado.

En el grupo de niños de 0-4 años de edad es importante identificar si cuentan con su cuadro de vacunación completo, educación y orientación nutricional, detección oportuna de problemas físicos, y hacer hincapié sobre la importancia que tiene en esta edad el cuidado, afecto y protección que se les debe brindar.

En el grupo de edad de los 5 – 14 años. Es necesario detectar defectos posturales, de la agudeza visual y auditiva, sin olvidar el estado nutricional, caries dentales, indagar y orientar acerca de los hábitos higiénicos y dietéticos, de las enfermedades parasitarias, prevención de accidentes, respecto a las funciones de la familia no olvidar en esta edad la socialización que de alguna manera es la puerta de entrada de estos individuos para la autonomía e independencia como ser humano en la sociedad.

De las edades 15 a los 24 años. Orientar acerca de la educación sexual (enfermedades de transmisión sexual, métodos de planificación familiar embarazos no deseados, salud sexual, etc.) prevenir adicciones, caries dentales, salud mental. Orientar con respecto al desarrollo individual, donde se presentan cambios de la adolescencia a la adultez, teniendo alteraciones del yo (crisis de identidad, y nuevos roles).

En lo que respecta a las edades de los 25 a 49 años. Hacer énfasis acerca de la prevención en cuanto a las enfermedades crónico-degenerativas, detección oportuna de cáncer, la importancia de la alimentación, actividad física, adicciones, educación sexual, manejar el estrés y la familia como unidad fundamental de los seres humanos, explicar cada etapa del ciclo vital al que se puede enfrentar a su momento.

En el grupo de los adultos mayores de la tercera edad es importante mencionar acerca de la prevención de las enfermedades crónico degenerativas o el control de estas, contar con redes sociales, integrarlos a grupo para platicas, trabajar en conjunto con el equipo de salud, otorgar orientación sobre la etapa del ciclo vital (retiro y muerte) a la que se están enfrentando.

Las infecciones de las vías respiratorias altas son las enfermedades más frecuentes en nuestra unidad de medicina familiar, y originan anualmente mas consultas con el médico, ausencias a la escuela o al trabajo que ninguna otra enfermedad. Las enfermedades de las vías respiratorias pueden ser causadas por más de 200 virus diferentes. Sin embargo, entre todos esos virus, los que producen la mayoría de las infecciones son los rinovirus y los coronavirus. Las infecciones de las vías respiratorias pueden transmitirse a través del aire y por contacto directo, si el tratamiento no es el adecuado a veces pueden complicarse y producir infecciones secundarias como por ejemplo infecciones óticas, infecciones de los senos paranasales y neumonía que incluso pueden causar la muerte. Los niños sufren más frecuentemente infecciones de vías respiratorias al año que los adultos, esto se debe a que su sistema inmune no se ha desarrollado completamente, y a que tienen un estrecho contacto físico con otros niños en las escuelas o guarderías.

Los medicamentos se utilizan para aliviar los síntomas, pero no hacen que las infecciones desaparezcan más rápido. Por lo tanto, el tratamiento consiste en ayudar a aliviar los síntomas y proporcionar los cuidados necesarios. El tratamiento específico siempre será determinado por el médico.

Las medidas preventivas adecuadas pueden hacer que disminuya el riesgo de que las personas desarrollen infecciones de vías respiratorias. Entre algunas de estas medidas se incluyen: Mantenerse alejado de las personas enfermas, evitar cambios bruscos de temperatura, vigilar signos de insuficiencia

respiratoria, evitar asistir a lugares concurridos, evitar saludar de beso o mano, la automedicación, recomendar cuidados extremos de higiene como lavarse las manos con frecuencia, cubrirse boca y nariz al toser o estornudar.

El fomento de la realización de estas medidas y la identificación de los factores que favorecen la aparición de las infecciones de vías respiratorias nos van a permitir ofrecer un mejor tratamiento y manejo de las mismas, lo cual se traduciría en hacer que disminuya la cantidad de solicitud de atención médica.

Otra de las causas que generan mayor consulta de la población pediátrica y de adultos mayores adscrita en nuestra unidad de medicina familiar son las enfermedades diarreicas. Consiste en aumento en el número de evacuaciones al día de consistencia líquida, pueden acompañarse de fiebre, dolor abdominal y/o vómito, aumento de movimientos intestinales que en poco tiempo pueden provocar deshidratación y muerte.

La deshidratación secundaria a la diarrea es una de las principales causas de muerte en niños. La etiología más frecuente es infecciosa e incluye agentes bacterianos, virales y parasitarios; todo cuadro diarreico da lugar a alteraciones en la absorción de líquidos, electrolitos y en ocasiones, ocurren lesiones en las vellosidades intestinales, lo que origina una deficiente absorción de los hidratos de carbono, principalmente la lactosa; cabe destacar que este azúcar es el más importante en la nutrición de los lactantes, cuando aún no han sido introducidos otros alimentos en su dieta. Algunas de las causas que propician la aparición son: La alimentación al seno materno por poco tiempo, utilizar biberones u otros utensilios sucios, consumir alimentos en mal estado o crudos, beber o utilizar agua sin hervir y sin clorar para preparar los alimentos, no lavarse las manos antes y después de la alimentación al seno materno, esquema de vacunación incompleto y comer alimentos en la vía pública.

Las señales de alarma que caracterizan este cuadro son: mayor número de evacuaciones líquidas, disminución la ingesta de alimentos, líquidos, puede presentar vómito repetitivo e intolerancia a la vía oral, se observa decaído, triste, inquieto e irritable, aumenta la frecuencia respiratoria y cardíaca. Todo esto va a provocar lo que conocemos como signos de alarma: sed intensa y boca seca, llanto sin lágrimas, ojos y fontanelas hundidas, presencia de sangre en las evacuaciones, triste, letárgico, decaído y la piel del abdomen está seca. Las dos principales complicaciones de la enfermedad diarreica son deshidratación y desnutrición. La terapia de hidratación oral consiste en la administración de líquidos por vía oral para prevenir o tratar la deshidratación, otras medidas para prevenir la diarrea, fomentar la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida, mantener el esquema básico de vacunación, lavado de manos con agua y jabón, antes de preparar y dar los alimentos, y después de ir al baño, hervir y clorar el agua, desinfectar frutas y verduras. Para disminuir la incidencia de estos padecimientos considero que es importante llevar a cabo campañas constantes en las que se haga hincapié que si se llevan a cabo las medidas higiénicas de manera adecuada, la tendencia de estos padecimientos será hacia la disminución.

## **8.- CONCLUSIONES.**

Al llevar a cabo el modelo sistemático de atención médica familiar como un método de trabajo para obtener los datos básicos de las familias derechohabientes se cumplieron los objetivos planteados como: la elaboración de la pirámide poblacional, la identificación de las 10 primeras causas de demanda de consulta, las cuales permiten cumplir los aspectos básicos del médico familiar

como son: enfoque del riesgo, estudio de la familia y continuidad de la atención , lo que nos permite brindar una atención integral a las familias y poder realizar acciones específicas a los problemas identificados.

En este trabajo se aplicó el MOSAMEF en 125 familias del consultorio 10 turno matutino de la U.M.F. Cuitlahuac del ISSSTE, encontrándose:

### **PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN EL CONSULTORIO 10 DE LA U.M.F. CUITLAHUAC**

- 1.- Faringitis aguda
- 2.- Rinofaringitis aguda (Resfriado común)
- 3.-Infección de Vías Urinarias
- 4.-Lumbago no especificado
- 5.- Colitis y Gastroenteritis alérgicas y dietéticas
- 6.-Convalecencia consecutiva a cirugía
- 7.-Gastritis Crónica superficial
- 8.-Hipercolesterolemia pura
- 9.-Embarazo abdominal
- 10.- Obesidad

## **PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA SUBSECUENTE EN EL CONSULTORIO 10 DE LA U.M.F. CUITLAHUAC**

- 1.- Hipertensión arterial primaria
- 2.- Diabetes mellitas tipo 2 no insulino dependiente
- 3.-Hipercolesterolemia pura
- 4.- enfermedad pulmonar obstructiva crónica pulmonar
- 5.- Fracturas
- 6.- Lumbalgias
- 7.- Esguinces y torceduras
- 8.-Artritis reumatoide no especifica
- 9.- Gastritis crónica
- 10.- Obesidad

La estructura de la familia es nuclear en un 50% aproximadamente, llamando la atención la baja frecuencia a extensa y extensa compuesta.

Debido a que la edad que predomina esta en un promedio de 31 a 44 años, es necesario interrogar acerca de la salud reproductiva y las enfermedades más frecuentes en ese grupo etario, proporcionando en cada consulta orientación en prevención y control de adicciones, nutrición y promoción de la actividad física.

La ocupación principal es de amas de casa y empleados, solo cerca del 56% de los familiares son económicamente productivos.

Una quinta parte no cuentan con casa propia ni automóvil, con hijos dependientes, la mayoría envía a sus hijos a las escuelas de gobierno, probablemente la escolaridad no es muy alta por la falta de recursos y oportunidades para seguir estudiando.

Seria conveniente investigar más a fondo el grado de escolaridad de las familias ya que esto nos permitiría conocer mejor las expectativas de trabajo y de vida de las familias.

Al estudiar los factores de riesgo se comprobó que la hipertensión arterial sistémica es un padecimiento de alta prevalencia, el cual genera un gran número de incapacidades y muertes en nuestra población, por lo que el llevar a cabo medidas para tener un mejor control y realizar medidas preventivas a través de actividades como la promoción de la salud, con la finalidad de aumentar la esperanza y calidad de vida.

Con respecto a la diabetes mellitus encontramos que el grupo de riesgo pertenece en gran parte a personas que se encuentran en edad productiva, esto nos obliga a realizar acciones de prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de este padecimiento tendiente a disminuir la incidencia de esta enfermedad, para poder instituir programas de atención médica y lograr un control efectivo de la enfermedad, disminuir las complicaciones y la mortalidad.

Otra de las poblaciones que también requieren de una mayor atención es la de los niños, para asegurar una atención integral y poder erradicar las enfermedades evitables por vacunación, y la prevención de las enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias, agudas, vigilancia del esquema de vacunación, vigilancia en la nutrición y capacitación a la madre sobre la identificación de los signos de alarma.

Debido a que el cáncer cérvico uterino ocupa el primer lugar causado por tumores malignos y el cáncer de mama el segundo lugar de incidencia, se

considera de suma importancia el llevar a cabo acciones preventivas orientadas a tener una conducta de autocuidado en el grupo de riesgo, encaminado a promover la realización de la prueba de Papanicolaou y la auto exploración de mamas.

Entre los familiares existen factores que pueden ser los generadores de muchos de los padecimientos que hacen que acudan con mayor frecuencia a consulta, como son: la escolaridad, ingreso económico, orientación nutricional y la mala información sobre las causas y tratamientos de las enfermedades.

Al indagar sobre los factores de riesgo encontramos que algunas de las personas encuestadas desconocen las patologías de sus familiares y que los pacientes que ya están diagnosticados, la gran mayoría están en programas de tratamiento.

El estudio de la familia es un elemento clave, partiendo desde la identificación de la misma, sus integrantes, su tipología y su funcionalidad.

La continuidad de la atención es indispensable para dar seguimiento a los problemas detectados, y a las acciones específicas orientadas a la atención integral del individuo y su familia, ya que no solo es el encargado de otorgar el primer nivel de atención médica, si no el coordinador de un equipo multidisciplinario para la atención de la familia.

Las 10 primeras causas en la U.M.F Cuitlahuac como en el consultorio 10 son muy similares.

Es deseable que el servicio de dietología tenga mas elementos humanos para atender a la población que se envía del consultorio de medicina familiar, ya que la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial sistémica, la obesidad, la dislipidemia, las alteraciones metabólicas y de la nutrición deben ser manejadas de manera conjunta por los 2 servicios y con apoyo en la formación de grupos

con trabajo social, para poder disminuir la incidencia de secuelas en las patologías antes mencionadas, y se le brindara a los pacientes y a sus familias la oportunidad de modificar los factores de riesgo familiar que dependen del tipo de alimentación y estilo de vida.

Al disminuir la demanda de consulta se producirá una reducción de los tiempos de espera por lo que el paciente quedara más satisfecho.

Considero que es muy recomendable el uso de esta metodología ya que permite planear con bases las acciones que puedan realizarse dentro de su perfil profesional.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Cano VF. México a 10 años de Alma Ata. Rev Fact Med UNAM. 1988;31(5):121-125.
2. Gallo VFJ, Altisent TR, Díez EJ, Fernández SC, Foz I GG, GRANADOS MI y cols. Perfil Profesional del Médico Familiar. Atención Primaria 1999; 23(4):236-248.
3. Medina-Carillo L, Lomeli-Guerrero LE, Irigoyen-Coria A. Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar: estrategia para la formación de recursos humanos para la salud de Nayarit, México. Arch Med Fam 2000;2(2):41-46
4. Lozwe R. Atención Primaria a la Salud: Revisión Conceptual. Salud Publica de México 1988; 30 (5): 5564.
5. Martín zurro, Huguet M. García CF. La Organización de las Actividades en Atención Primaria. En principios de la Atención Primaria de Salud. Cap.3,pp. 34-47; 1944.
6. Goldberg Bruce W. Asistencia Sanitaria Basada en la Población, Cap.6,pp 35-39 en: Taylor Robert B. Medicina de Familia Principios y Práctica 5ta. Edición, ed. Springer-Verlag, Barcelona España 1999.
7. Turabian JL. Atención Primaria de Salud, cap 4, pp. 15-28 en: Cuaderno de Medicina de Familia y Comunitaria. Primera edición, ed. Díaz Santos, España, 1995.
8. Irigoyen CA, Gómez CFJ, Noriega GR, Hernández TI, Arteaga AG, Granel GE, Castro CJ, Modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar, cap 11, pp. 151-174 en: Irigoyen-Coria A. Fundamentos de Medicina Familiar. Séptima edición, ed. M.F.M:2000

9. Irigoyen CA, Gómez CFJ, La medicina familiar y la investigación: Una perspectiva integradora. En: Irigoyen-Coria A. Fundamentos de Medicina Familiar. Quinta edición, ed. M.F.M: 1996:P143-149.
10. Farfán Salazar Georgina. Programa de actualización continúa en medicina familiar. PAC MF-1. 2000; 31-34
11. Narro José. XI Medicina Familiar. Documento Mimeografiado presentado en el V. Ciclo de Diez Simposios sobre la Administración de la Atención Médica. 1995; 239-252.
12. Irigoyen Coria Arnulfo. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar pp 113-114. Ed Med Fam Mex, 1ª. Ed. 2002.
13. Gallo VFJ, Altisent TR, Díez EJ, Fernández SC, foz 1 GG, Granados MI y cols. Perfil Profesional del Médico Familiar. Atención Primaria. 1999 23 (4):236-248.
14. De la Revilla L, Fleitas Cochoy L. Influencias socioculturales en los cuidados de salud. Enfoque Familiar en Atención Primaria de Salud. En: Principios de la Atención Primaria de Salud. Cap. 6, pp76-78;1994.
15. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la escritura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam 1999; 1 (2):45-57.
16. Irigoyen-Coria Arnulfo. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar pp 33-34. Ed Med Fam Mex 1ª. Ed 2002.
17. De la Revilla L, Aragón A, Muñoz M, Pascual J. Una nueva clasificación demográfica de la familia para uso en Atención Primaria. Aten Primaria 1991; 8:104-111.
18. Márquez CE, Gascón VJ, Domínguez BG, Gutiérrez MM, Garrido BC. Clasificación demográfica de la familia en la Zona Básica de Salud La orden de Huelga. Aten Primaria 1995; 15(1):48-50.

19. Instituto Nacional de Estadísticas Geografía e Informática. Glosario. En: INEGI. Las familias Mexicanas. México; INEGI 1988 p. 133.
20. Medalie JH, Cole-Kelly K. The Clinical Importance of Defining Family. *Am Fam Phys.* 2002; 65(7): 1277-1279.
21. Irigoyen CA, Gómez CFJ, Noriega GR, Hernández TI, Arteaga AG, granel GE, Castro CJ, Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar. Ed Med Fac; México 2000
22. Reyes RE, Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar en l Micro escenario consultorio 11 de la Clínica de Medicina Familiar “Gustavo A. Madero” ISSSTE, trabajo para obtener el diploma de especialista de Medicina Familiar. México DF: 2001.
23. Santiago IH, Lomeli GLE. Diagnostico de salud y estructura familiar a través del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar. *Arch Med Fam.* 2000; 2(1): 11-16
24. Gómez CFJ, Irigoyen CA, Ponce RER, Guía para el seminario de investigación del PUEM. Primera edición. Medicina Familiar Mexicana 1999
25. Montalbán SJ. Relación entre ansiedad y dinámica familiar. *Atención Primaria* 1988; 21(1):29-34.
26. Ponce RER, Irigoyen CA, Gómez CFJ, Terán TM, Madrigal LLHG, Palomino GL. Contabilidad del Índice Simplificado de Marginación Familiar. *Arch Med Fam.* 1999; 1 (4):99-104.
27. Ibarra Aspuro Fernando. Aspectos éticos de la familia mexicana. Editorial Limusa 1988.pag.345-370.

## **10. ANEXOS.**



# CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (CEBIF)

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

15-Oct-2007

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

FACTORES DEMOGRÁFICOS	
Número de Hijos: _____	Si viven otras personas en el hogar: ¿Cuántas y cuáles? _____
<input type="checkbox"/> RN a un año _____ <input type="checkbox"/> 1 a 4 años _____ <input type="checkbox"/> 5 a 10 años _____ <input type="checkbox"/> 11 a 19 años _____ <input type="checkbox"/> 20 o más años _____ <input type="checkbox"/> Total _____	<b>Con parentesco familiar.</b> ( abuelos, tíos, nietos, sobrinos, nueras, yernos ) Num. _____, Especifique: _____  <b>Sin parentesco familiar.</b> (compadres, amigos, servicio doméstico, huéspedes) Num. _____, Especifique: _____
Clasificación Estructural de la Familia	
<input type="checkbox"/> <b>Nuclear</b> Simple ( ) Numerosa ( ) Ampliada ( ) Binuclear ( ) Reconstruida ( )	<input type="checkbox"/> <b>Monoparental</b> Simple ( ) Ampliada ( ) Vive en casa de la familia de origen ( ) La familia de origen vive en casa de la familia monoparental ( )
<input type="checkbox"/> <b>Extensa</b> Ascendente ( ) Descendente ( )	<input type="checkbox"/> <b>Equivalentes familiares</b> ( ) <input type="checkbox"/> <b>Persona que vive sola</b> ( )
Etapa del Ciclo Vital de la Familia	
<input type="checkbox"/> Matrimonio o unión conyugal ( ) <input type="checkbox"/> Expansión ( ) <input type="checkbox"/> Dispersión ( )	<input type="checkbox"/> Independencia ( ) <input type="checkbox"/> Retiro ( )

## APGAR FAMILIAR (TAMIZ)

1. ¿Esta satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
Casi Nunca	A veces	Casi siempre	
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
Casi Nunca	A veces	Casi siempre	
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
Casi Nunca	A veces	Casi siempre	
4. ¿Estas satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
Casi Nunca	A veces	Casi siempre	
5. ¿Siente que su familia le quiere?			
Casi Nunca	A veces	Casi siempre	

Total

## FACTORES ECONÓMICOS

Vivienda		Si	No
<input type="checkbox"/> Número de personas que contribuyen al ingreso familiar: _____	<input type="checkbox"/> Teléfono	( )	( )
<input type="checkbox"/> Casa: Propia ( )	<input type="checkbox"/> Computadora	( )	( )
Financiamiento ( )	<input type="checkbox"/> Num. de hijos en escuela pública.	( )	( )
Rentada ( )	<input type="checkbox"/> Num. de hijos en escuela privada.	( )	( )
Prestada ( )	<input type="checkbox"/> Num. de hijos con becas	( )	( )
<input type="checkbox"/> Agua entubada intradomiciliaria ( )			
<input type="checkbox"/> Automóviles: 0, 1, 2, 3 o más			
Desarrollo Comunitario			
	Si	No	Si
<input type="checkbox"/> Serv. de agua potable	( )	( )	<input type="checkbox"/> Alumbrado público
<input type="checkbox"/> Drenaje subterráneo	( )	( )	<input type="checkbox"/> Pavimentación
<input type="checkbox"/> Energía eléctrica	( )	( )	<input type="checkbox"/> Banquetas
<input type="checkbox"/> Servicio telefónico	( )	( )	<input type="checkbox"/> Serv. de transp. público
			<input type="checkbox"/> Vigilancia

