

11226 78  
24



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE  
MÉXICO**

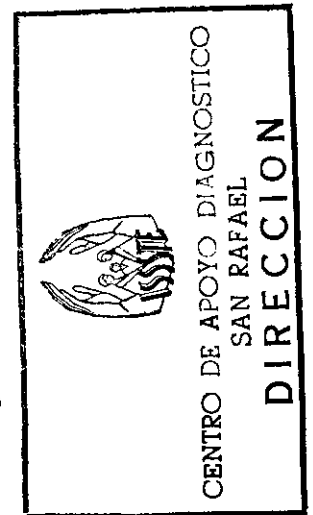
**FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE  
POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS  
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
CLÍNICA SAN RAFAEL**



**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MEDICA FAMILIAR**

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

**DRA. ANTONIA MOCTEZUMA REGIS**

**MÉXICO D.F., A 5 DE MARZO DE 1999.**

271624  
**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



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.

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCIÓN MEDICA FAMILIAR**

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

**FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. ANTONIA MOCTEZUMA REGIS**



**DR. FELIPE RAMÍREZ ALVA.**

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL ISSTE EN  
CLINICA SAN RAFAEL**



**DR. JOSÉ CASTRO CANTE.**

**ASESOR DE TESIS**



**DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO.**

**JEFE DE DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA Y MEDICINA  
FAMILIAR.**

**JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA L.S.S.T.E.**

**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR**

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

**FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. ANTONIA MOCTEZUMA REGIS**

**AUTORIZACIONES**

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA**

**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA**

**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN**

**DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

**DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES.**

**COORDINADORA DE DOCENCIA**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

## ÍNDICE

Concepto de Medicina Familiar y perfil del Médico Familiar.....	( 1 )
Evolución de la Medicina Familiar .....	( 2 )
Fundamentos Científicos de la Medicina Familiar.....	( 2 )
Familia.....	( 5 )
Clasificación y Funciones de la Familia.....	( 6 )
Ciclo Vital .....	( 9 )
Fases del Ciclo Vital.....	( 12 )
Familiograma.....	( 13 )
Morbilidad, causas en U.M.F:.....	( 15 )
¿Qué es el MOSAMEF?.....	( 15 )
Planteamiento del Problema.....	( 17 )
Justificación y Objetivos.....	( 17 )
Metodología.....	( 18 )
Resultados.....	( 19 )
Análisis.....	( 45 )
Conclusiones.....	( 46 )
Referencias Bibliográficas.....	( 47 )
Anexos.....	( 51 )

## *TÍTULO*

### MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

#### *MARCO TEORICO*

Medicina Familiar es la Disciplina que capacita al médico para brindar atención médica primaria, continua e integral al individuo y su familia.<sup>1, 5, 8, 13, 17, 21, 23, 27</sup>

A partir de la definición se identifica lo que operacionalmente caracteriza al médico familiar con los elementos sobresalientes de su perfil profesional. (vol. I.M.F.)<sup>2, 27</sup>

- Actúa como vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención a la salud. Presta sus servicios a todos los miembros de la familia, más que a individuos aislados, y lo hace con independencia de la edad, el sexo o el problema de salud que se le plantee.
- El ejercicio de sus acciones tiene como marco de referencia la atención primaria, con una serie de características que adjetivan el auténtico sentido de la profesión. Así, la atención que se presta ha de ser continua e integral, de forma tal que la práctica se contraponga a la atención esporádica y fragmentada que en general es ofrecida por otros especialistas de la medicina.
- La atención que puede prestar el médico familiar se desarrolla tanto en el consultorio como en el hogar del paciente, o en los propios servicios hospitalarios. A lo largo de su práctica reconoce la necesidad insalvable de compartir el estudio, análisis y tratamiento de los problemas de salud de su población con otros especialistas y trabajadores de la salud. En este sentido, el médico familiar ha de actuar como coordinador de los recursos disponibles en la comunidad para la atención de los problemas de salud.
- El médico familiar ha de ser, por excelencia, un clínico genuinamente interesado en la salud de sus pacientes. Cada contacto con ellos debe verlo como oportunidad para efectuar acciones preventivas y de educación para la salud. Sin embargo, esta vocación por la prevención no deberá oscurecer sus capacidades para diagnosticar y tratar los padecimientos agudos y crónicos que con mayor frecuencia se presentan entre su población. esto último es también valido en el caso de la rehabilitación.
- Para el adecuado cumplimiento de sus responsabilidades, el médico familiar busca comprender el contexto en el que se presentan los problemas de salud de sus pacientes, al tiempo que concede importancia central a los aspectos subjetivos de la práctica médica, de tal forma que actitudes, valores, sentimientos y niveles de interrelación son permanentemente analizados y manejados por él.
- A diferencia de otros especialistas, el médico familiar tiene compromiso y responsabilidad con la persona o el núcleo familiar, más que con un cuerpo de conocimientos particular, un grupo de enfermedades o la práctica de una técnica especial. Este especialista enfrenta los problemas de salud de

sus pacientes en estadios sintomáticos y asintomáticos y estudia las características y consecuencias de la enfermedad a lo largo de su historia natural. Como consecuencia de lo anterior, con frecuencia debe atender signos y síntomas aislados más que cuadros clínicos definidos, o bien enfrentarse a las complejidades derivadas del diagnóstico múltiple.

- El médico familiar entiende la organización de su práctica profesional no sólo en términos de un conjunto de individuos, sino en términos de una población en riesgo. Por eso, maneja el concepto epidemiológico de riesgo, mismo que aplica, de nueva cuenta, tanto en lo individual como en lo colectivo.

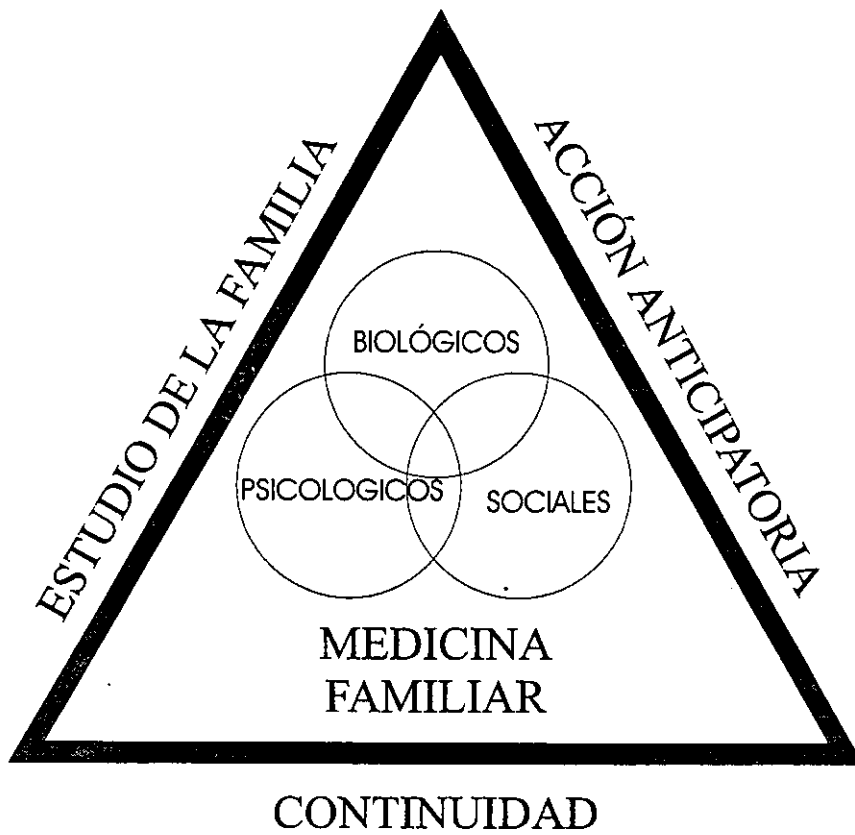
La medicina familiar es una Especialidad porque cuenta con un cuerpo de conocimientos y técnicas que en conjunto no pueden ser manejados por otros especialistas, por lo que el tratamiento de los problemas familiares que se atienden en medicina familiar reclama entrenamiento específico, existiendo variaciones en la extensión, alcances, limitaciones y énfasis en la medicina familiar, porque se presentan en función directa de las características sociales, económicas, culturales, demográficas y políticas del núcleo bajo análisis, así como relacionadas con la organización de la atención médica y con las necesidades derivadas de estas formas organizativas.

Es disciplina académica porque posee un campo de acción, un cuerpo de conocimientos y una serie de técnicas especiales que están bien definidos y que son aplicados y desarrollados por los profesionales de la materia, debiendo atender muy variados problemas de salud en vista de la patología por cubrir.

El entrenamiento de los recursos humanos que se requieren se hace de forma intelectual, científica y rigurosa y se cuenta con una filosofía que da sustento y punto de reflexión a la medicina familiar.  
2,3,6,7,9,19

La medicina familiar es una disciplina académica y especialidad médica que comprende<sup>23</sup> una serie de actividades que se fundamentan en tres ejes: Estudio de la familia, continuidad y acción anticipatoria.

# ENFOQUE MEDICO-FAMILIAR DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD



Diseño: Dr. Francisco Javier F. Gómez Clavelina  
Dr. Arnulfo Irigoyen Coria

Fig. 2 pág. 144  
(Fund. M.F.)



Las estrategias para efectuar la práctica de la medicina familiar se definen mediante el enfoque sistémico para el estudio de la familia y el diagnóstico de salud familiar.

La medicina familiar se ha desarrollado de una disciplina más antigua : la medicina general. Tres tendencias modernas han influido en su desarrollo: Cambios en la mortalidad y morbilidad, crecimiento de la especialización, avances recientes en las ciencias de la conducta y cambios en el rol del hospital. 12, 18, 20, 22, 24.

Se puede describir la medicina familiar como un conjunto de conocimientos acerca de los problemas confrontados por los médicos de familia. <sup>10, 11, 26</sup>

Los principios que gobiernan sus acciones tomados en su totalidad representan un sistema de valores y una manera de abordar los problemas diferente a otras disciplinas. <sup>21</sup>

Según Mc Whinney pueden identificarse 9 principios que gobiernan las acciones del médico de familia. (pág. 20 Vol. I. M.F.)

1. El médico de familia está comprometido con la persona más que con un determinado cuerpo de conocimientos, grupo de enfermedades o una técnica especial.
2. El médico de familia aspira a comprender el entorno de la enfermedad.
3. El médico de familia ve cada contacto con su paciente como una oportunidad para la prevención y la educación sanitaria.
4. El médico de familia considera al conjunto de sus pacientes como una población en riesgo. a diferencia de los clínicos que piensan habitualmente en términos de pacientes individuales más que en grupos de población, el médico de familia debe pensar en términos de ambos.
5. El médico de familia se ve a sí mismo como parte de una red de servicios de salud que lo apoyan a través de toda la comunidad. Esta red puede ser oficial, no oficial, formal e informal.
6. El médico de familia debe compartir, en lo posible, el mismo ambiente de sus pacientes.
7. El médico de familia ve a sus pacientes en el consultorio, en sus casas o en el hospital. La proporción de tiempo que dedica a cada una de estas facilidades varía según el país, el sistema, la región, etc.
8. El médico de familia da importancia a los aspectos subjetivos de la medicina.
9. El médico de familia es un gerente de los recursos. Como generalista y médico de primer contacto debe ser capaz, dentro de ciertos límites, de controlar la admisión de sus pacientes al hospital, usar investigaciones, prescribir, tratar y referirlos a especialistas.

Se describen cuatro habilidades específicas del médico de familia. (pág. 15. Vol. I. M.F.)

- Habilidad para resolver problemas indiferenciados dentro del contexto de una relación personal continua con los individuos y las familias.

- Habilidades preventivas para identificar los riesgos y detectar lo más pronto posible cualquier desviación de la normalidad en los pacientes que conoce.
- Habilidades terapéuticas para manejar adecuadamente la relación médico-paciente y optimizar la efectividad de todos los tipos de terapia.
- Habilidades para manejar y utilizar los recursos de la comunidad y el sistema de servicios de salud en beneficio de los pacientes. Entre ellas están las habilidades para dirigir el consultorio, realizar interconsultas y hacer referencias.

### *FAMILIA*

No ha habido un sólo tipo de evolución de la familia, sino una serie de evoluciones locales que han seguido caminos diferentes para alcanzar objetivos también diferentes. <sup>4, 16, 27</sup>

Evolución Histórica de la familia. (pág. 3. Fund. M.F.)

1. Promiscuidad inicial.
2. Cenogamia.
3. Poligamia:
  - a) La Poliandria y
  - b) La Poligenia.
4. Familia patriarcal monogámica; y
5. Familia conyugal moderna.

El termino familia se aplica indiscriminadamente a dos unidades sociales básicamente diferentes en su composición y en sus posibilidades funcionales. La palabra puede designar o bien un grupo íntimo y fuertemente organizado, compuesto por los cónyuges y los descendientes, o bien un grupo difuso y poco organizado de parientes consanguíneos.

Es indudable que el tipo conyugal de familia, como unidad funcional, fue el primero en la historia humana, el primero que se integro en las estructuras sociales.

La familia consanguínea es una creación social artificial.

La familia es considerada como el núcleo primario y fundamental para proveer a la satisfacción de las necesidades básicas del hombre y sus descendientes.

La familia ha demostrado históricamente ser el núcleo indispensable para el desarrollo del hombre, el cual depende de ella para su supervivencia y su crecimiento.

La familia es la institución básica de la gran mayoría de las sociedades humanas, representando el fundamento lógico de todo desarrollo cultural.

La familia como todo grupo humano tiene su inicio, desarrollo y ocaso; el esquema propuesto por Geyman en 1980 es el que se utiliza con mayor frecuencia en México.(Pag.27. Fund. M.F.)

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

Consenso Canadiense: “ Una familia está compuesta por un marido y una esposa, con o sin hijos, o un padre o madre con uno o más niños, que viven bajo el mismo techo”.

Consenso Norteamericano: “Una familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras por lazos sanguíneos de matrimonio o adopción”, ejerciendo una interacción reciproca porque saben que existen ellos y se consideran una unidad.

ONU: Se entiende como familia a los miembros del hogar emparentados entre si, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio.

Se considera a la familia como eje, como unidad epidemiológica y base de la estructura social, la conducta científica en la práctica médica por lo tanto, deberá procurar estudiar integralmente a la familia. (Pag.4. Fund. M.F.)

#### *CLASIFICACIÓN Y FUNCIONES DE LA FAMILIA* (pág. 6. Fund. M.F)

Desde el punto de vista social se ha encontrado útil la clasificación:

---

#### **EN BASE A SU DESARROLLO:**

---

MODERNA

TRADICIONAL

ARCAICA O PRIMITIVA

---

Proporción aproximada en nuestro medio 40%, 50% y 10% respectivamente



Fuente: Cédula de Recolección de Datos

---

**EN BASE A SU DEMOGRAFÍA**

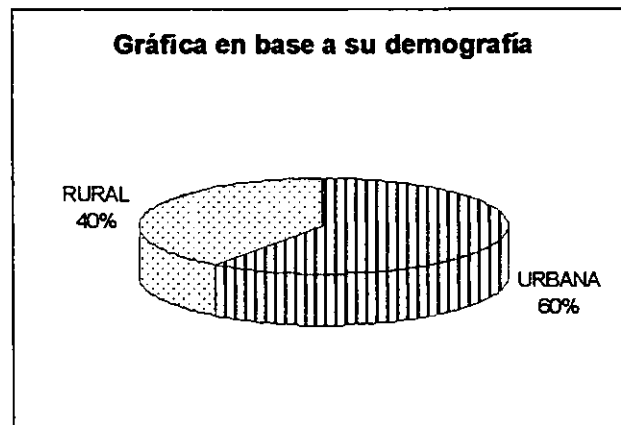
---

URBANA

RURAL

---

Proporción aproximada en nuestro medio Urbana 60%, Rural 40% respectivamente



Fuente: Cédula de Recolección de Datos

---

**EN BASE A SU INTEGRACIÓN**

---

INTEGRADA

SEMI-INTEGRADA

DESINTEGRADA.

---

Integrada: en la cual los cónyuges viven y cumplen sus funciones.

Semi-Integrada: en la cual los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones.

Desintegrada: es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono.

---

## **DESDE EL PUNTO DE VISTA TIPOLOGICO**

---

CAMPESINA

OBRERA

PROFESIONAL.

---

*Esta característica esta dada según la ocupación de uno o ambos cónyuges.*

---

## **EN BASE A SU COMPOSICIÓN O ESTRUCTURA**

---

NUCLEAR

EXTENSA

EXTENSA COMPUESTA

Nuclear: padre e hijos.

Extensa: Padres, hijos, abuelos, etc.

---

*Extensa Compuesta: Padres, hijos, abuelos, compadres, amigos, etc.*

---

## **VARIACIONES DE LOS TIPOS DE FAMILIA EN LAS SOCIEDADES OCCIDENTALES**

---

PAREJA SIN HIJOS

PADRE O MADRE SOLTEROS

---

*Usualmente madres y en las que el matrimonio no es deseado o difícil de realizar.*

---

## **FUNCIONES ESENCIALES DE LA FAMILIA**

---

I. SOCIALIZACIÓN

II. CUIDADO

III. AFECTO

IV. REPRODUCCIÓN

V. ESTATUS Y NIVEL SOCIOECONÓMICO

---

*Es de suma importancia determinar si la familia cumple con estas funciones, y sobre todo los mecanismos que utiliza para efectuarlos.*

### *Socialización.*

La familia es el vínculo entre el individuo y la sociedad, por lo que cada tipo de familia responde a la sociedad y por ende al sistema económico en el que esta inmerso.

Transforma a los hijos totalmente dependientes de sus padres en un individuo autónomo en plena independencia para desarrollarse en la sociedad.

### *Cuidado.*

Es resolver de la manera más adecuada las necesidades de sustento, seguridad física, acceso a los sistemas de salud, etc., en cada uno de sus miembros.

Com y otros investigadores encuentran una relación directamente proporcional entre larga vida / estándares de salud satisfactorios y el nivel socioeconómico familiar.

### *Afecto.*

Referido a proporcionar ánimo, amor y cariño.

### *Reproducción.*

Como una función esencial de la familia provee de nuevos miembros a la sociedad.

### *Estatus y Nivel Socioeconómico.*

Se transfieren derechos y tradiciones a los miembros de la familia.

### *Ciclo vital de la Familia.* (Vol. I. M.F: pág. 47-49)

Ciclo de la vida familiar según el sentido de desarrollo, es el cambio y la evolución familiar.

Schmidt ha observado numerosas evidencias de que los problemas familiares afectan a los resultados de la atención médica.

Candib detalla muchos ejemplos sobre los beneficios que se obtienen de explorar la situación familiar durante las visitas de seguimiento del niño sano y durante las consultas episódicas.

En la actualidad se presta mucha atención a la cuestión de si las estructuras familiares alternativas y las pautas de conducta familiar como el matrimonio tardío, la demora a la hora de tener

hijos, las familias con dos fuentes de ingreso, las familias con un sólo padre, los segundos matrimonios o la dispersión geográfica de los miembros de la familia pueden afectar negativamente a éstas.

Francoeur afirma que los cambios importantes en la estructura familiar son el resultado de varias tendencias, como la disminución de los matrimonios, del número de hijos, del aislamiento y del individualismo.

Bane, sin embargo, cree que “el tipo de matrimonio tradicional de los americanos es una institución aún omnipresente y duradera” a pesar de esas tendencias y las elevadas tasas de divorcio. Esta autora cita como pruebas la elevada frecuencia de casamientos después del divorcio, el dolor persistente después de éste, y los estudios que indican que tanto los hombres como las mujeres casadas parecen ser más felices que los que no se casan. Mudd ha observado seis rasgos que son comunes a los matrimonios duraderos: planificación, compromiso, afecto, democracia, oportunidad económica y altruismo.

Los cambios más importantes que se han dado en la estructura familiar son el resultado de la disminución de la fertilidad y de las tasas de mortalidad. Sus principales consecuencias son los cambios en la calidad de vida de los niños con menos hermanos y las actividades de los esposos que pasan más años juntos. Persisten las funciones primarias de la familia de criar a los hijos hasta la vida adulta y proporcionar un lugar para compartir el afecto y el amor íntimo e incondicional. Muchas de las estructuras familiares alternativas de hoy en día ya habían existido en épocas anteriores. De hecho, durante la Gran Depresión las familias solían ser pequeñas, y los segundos matrimonios fueron frecuentes en un momento en que el hombre vivía más que la mujer, volviéndose a casar después de que su esposa hubiese muerto a una edad temprana por viruela o por complicaciones del parto. La tabla 5.1 ilustra algunos de los problemas que se dan en la atención médica en las diferentes fases de la familia.

#### *Consejos preventivos.*

El consejo anticipado es la revisión con los miembros de la familia de los factores de riesgo planteados por las transiciones de una fase del ciclo vital familiar a la siguiente. Es un momento propicio para mejorar las creencias sobre la salud.

La evaluación del riesgo para la salud es una técnica paralela que se aplica en la identificación y la monitorización de los factores de riesgo de enfermedad.

Los objetivos del consejo anticipado son:

- Prevenir los conflictos intrafamiliares.
- Promover el bienestar y la prevención de la enfermedad.
- Promover un funcionamiento familiar sano respecto a:
  - a) Factores estresantes.
  - b) Capacidad de adaptación
  - c) Cohesión.
  - d) Pautas de interacción.

Los estudios previos sobre las familias proporcionan la base para detectar los riesgos que se oponen a un funcionamiento sano de la misma, y ésta se debe utilizar para proporcionar consejo anticipado. Missildine propone que una comprensión del “niño que llevamos dentro” proporciona las bases para evaluar las expectativas y para anticipar las futuras áreas conflictivas. Sugiere, además, que las manifestaciones del adulto pueden provenir de las actitudes definidas de los padres. Burgess y Cottrell han observado que es factible predecir antes del matrimonio la calidad de la adaptación a éste.

Observaron que la capacidad para dar y recibir afecto (proveniente de las relaciones infantiles con los padres), la compatibilidad de temperamentos y la capacidad de adaptación social eran los factores predictivos principales de la adaptación matrimonial. Recientemente, Ilfeld ha indicado que el optimismo es el mejor factor predictivo y que la insatisfacción, la falta de reciprocidad y la no aceptación por parte del cónyuge como los principales indicadores de una futura mala adaptación. Bolman ha identificado siete factores que colocan la armonía matrimonial y familiar en una situación de riesgo elevado y que deben evaluarse a lo largo del ciclo vital familiar:

- Pérdida de algún miembro de la familia.
- Llegada de algún miembro con defectos físicos o estigmatizado.
- Número de miembros excesivos para los recursos adaptativos de los padres.
- Dificultades o presiones ambientales excesivas.
- Relaciones o patrones de comunicación desordenados.
- Capacidad de adaptación o de afrontar los problemas muy limitada.
- Fases del desarrollo normales o crisis que superan la capacidad de adaptación.



*Fases del ciclo vital familiar.*

Duvall ha definido ocho fases de ciclo vital familiar.

Este esquema ha sido reducido a cinco fases. Identifican las oportunidades para integrar la atención longitudinal en el plan de atención de los miembros de la familia.

Fase I. Formación de la familia.

Fase II. Crianza de los hijos (desde el nacimiento del primer hijo hasta que éste ingresa en la escuela).

Fase III. Edad escolar (desde que el primer hijo entra en la escuela hasta que uno de los hijos abandona el hogar paterno).

Fase IV. Abandono del hogar (desde que el primer hijo abandona el hogar hasta que lo han abandonado todos ellos).

Fase V. El hogar abandonado (padres solos).

**Tabla 5.1. Cambios en las relaciones del ciclo vital familiar: factores de riesgo asociados** <sup>27</sup>

<i>Fases del ciclo vital familiar</i>	<i>Matrimonio e hijos tardíos</i>	<i>Dos padres trabajadores</i>	<i>Un solo padre</i>	<i>Segundo matrimonio</i>	<i>Dispersión familiar</i>
I. Creación	Mezcla de estímulos de vida y de sistema de valores fijos	Mejora la calidad del matrimonio	Madre soltera. Disminución de la lactancia natural		Sistemas de apoyo cambiantes. Apoyo intergeneracional por correo y teléfono.
II. Crianza de los hijos	Infertilidad. Incapacidad para tener el número de hijos deseados.	Las guarderías aumentan el número de enfermedades infantiles. Hijos con mayor independencia.	Guardería Conflicto de triangulación. Confusión sobre los sucesos del divorcio. Los hijos se sienten responsables del divorcio. Estrés por el tiempo.	Conflicto de triangulación. Valores, papeles y expectativas familiares ambiguas. Aumento de la familia.	Priorización del parentesco. Relaciones substitutivas (familia suplente)
III. Edad escolar	Las necesidades de los hijos coinciden con las necesidades de dependencia de los padres.	Disrupción del esquema temporal: horarios laborales conflictivos; cónyuge que no colabora; labores del hogar no compartidas. Tiempo de los niños no supervisado. Embarazos en la infancia	Niños en papeles de adulto. Tiempo de los niños no supervisado. Soledad, impotencia y depresión en los hijos. Problemas de relación con sus compañeros. Disrupción de la separación familiar y	Lo mismo que más arriba.	Lo mismo que más arriba.

			establecimiento de identificación de los adolescentes con los adultos.		
IV. Abandono del hogar a edades avanzadas					
V. El hogar abandonado	Los cónyuges pasan poco tiempo juntos/solos	Mejora la calidad del matrimonio Juntos y/o solos más tiempo.		Lealtad ambigua de los hijastros. Conflictos entre los hijos y los hijastros sobre las responsabilidades hacia los padres dependientes.	

*Familiograma.*

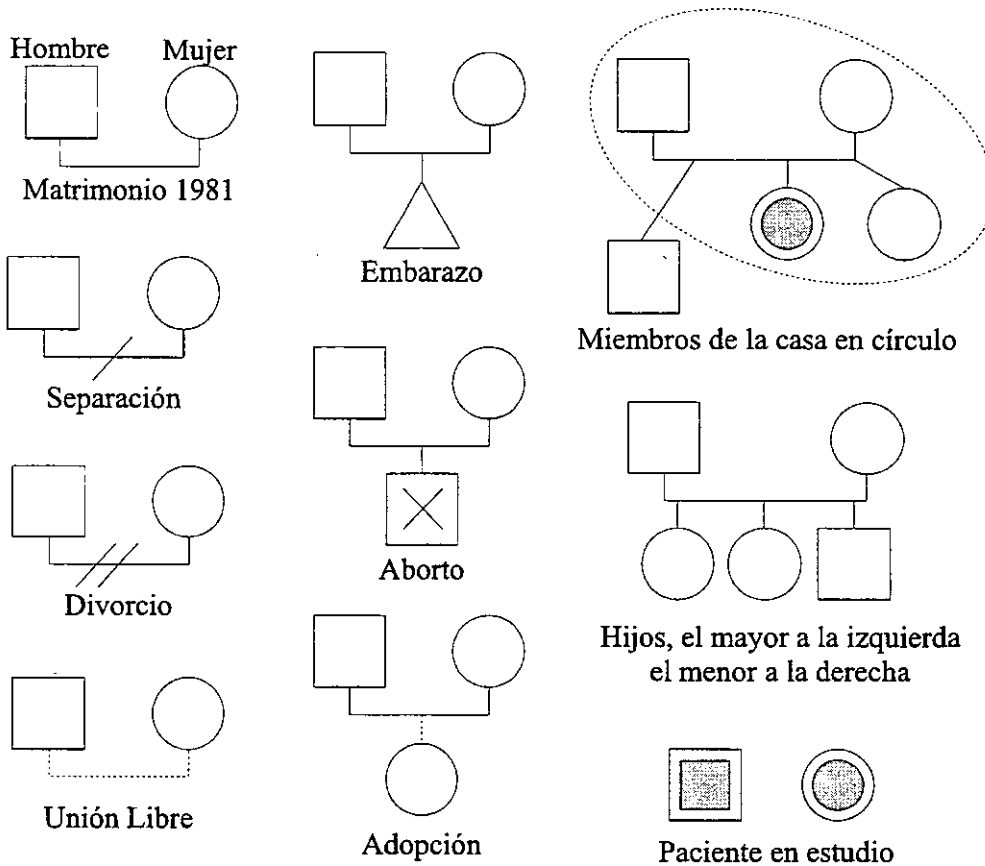
El familiograma es un instrumento clínico de evaluación médico-social que facilita el historial familiar para la comprensión biopsicosocial y cultural presente en cada miembro que la constituye, identificando la problemática presente en el contexto en que ocurre, describiéndolas con símbolos estandarizados y en sentido de izquierda a derecha.

Un familiograma congrega y registra información familiar de tres generaciones en seis categorías específicas: (pág. 69 Fund. M.F.)

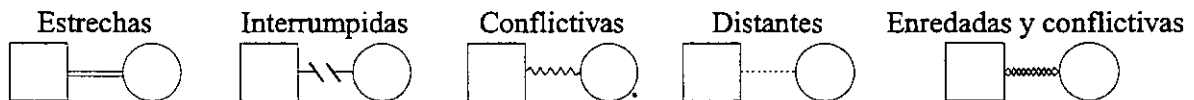
- Estructura familiar
- Estadio del ciclo de vida.
- Patrón de repetición a través de las generaciones.
- Eventos de la vida y funcionamiento familiar.
- Patrones de relación y triángulos.
- Equilibrio y desequilibrio familiar.

Ofrece la ventaja de la presentación de registro médico sistemático, establecimiento de una relación armónica, manejo médico y medicina preventiva, también ayuda para tener empatía y comprender las circunstancias personales de los pacientes.

## ESTRUCTURA FAMILIAR



## PAUTAS DE RELACIÓN



### *Morbilidad.*

Definición: número proporcional de personas que enferman en población y tiempo determinados.

### *Causas en UMF.*

Los diez padecimientos con más demanda de consulta son:

- Infección de Vías respiratorias Altas (I.V.R.A)
- Hipertensión Arterial Sistémica (H.A.S)
- Colitis
- Diabetes Mellitus II (D.M.II.)
- Contusiones
- Gastritis
- Esguince
- Infecciones de Vías Urinarias (IVU)
- Vaginitis
- Parasitosis.

Las consultas subsecuentes son de:

- Odontología
- Enfermedades crónicas degenerativas
- Crecimiento y Desarrollo del niño sano
- Atención Prenatal.

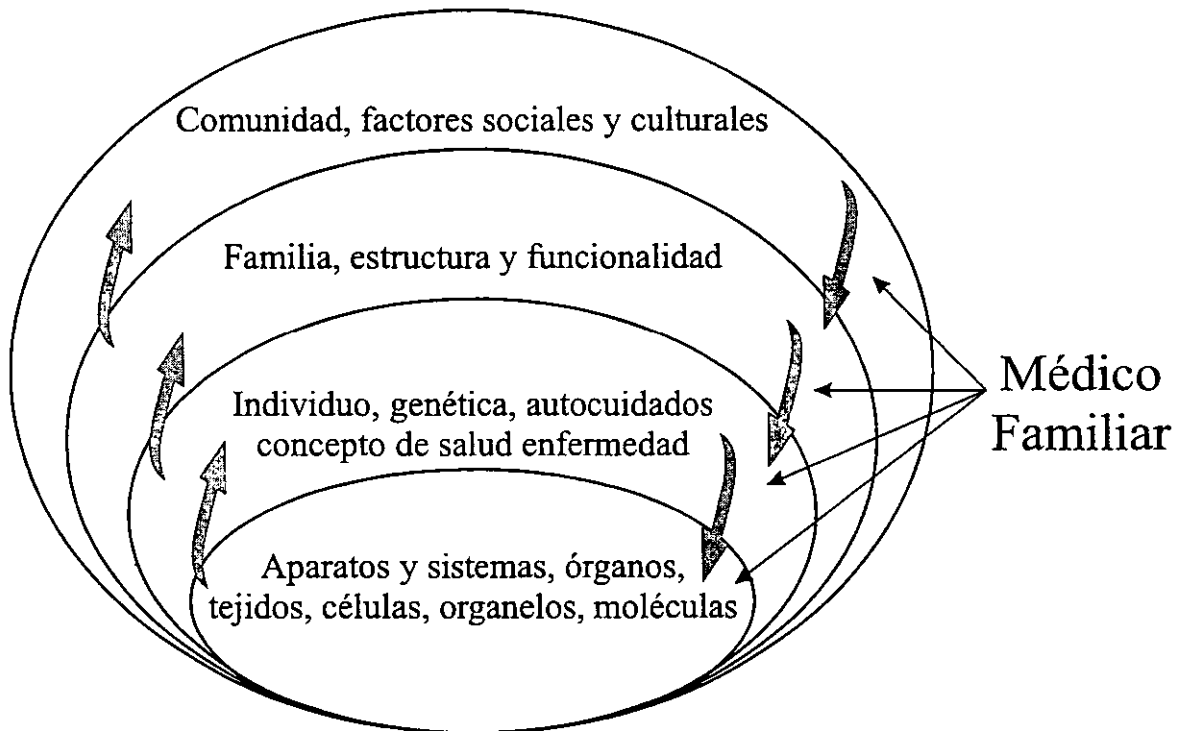
### *¿Qué es el MOSAMEF, Modelo Sistemático de la Atención Familiar?*

Es una metodología que facilita la práctica operativa de habilidades y conocimientos propios y exclusivos del médico familiar, es producto del análisis de posibles estrategias para acciones con conocimiento lógico, analítico y crítico de las familias, y deberá implementarse como una actividad que requiere de: Actualización periódica anual para identificar el comportamiento dinámico de las variables sociodemográficas y de morbimortalidad. Evaluación operativa comparando los cambios atribuibles a las acciones médicas, y establecimiento de estrategias para la solución de problemas de salud y de anticipación al daño, en consonancia con los programas prioritarios de atención a la salud, acatando los lineamientos que establecen las normas oficiales mexicanas para la atención médica.

La realización de estas tres actividades, propiciara una correcta interpretación del proceso Salud-Enfermedad en la población cautiva, favorecerá la investigación como parte de la cultura médica y mejorará la prestación de servicios de atención médica primaria. <sup>1, 2, 6, 7, 10, 11, 21, 25</sup>

El enfoque del proceso de salud-enfermedad se diversifica y complementa integrando los niveles que lo constituyen.

Niveles de enfoque del proceso salud - enfermedad



Diseño: Dr. Francisco Javier F. Gómez Clavelina

Fig. 3 pág. 146. Fund. M.F.

**PROBLEMA:**

¿ Cuáles son las principales características biopsicosociales y principales causas de demanda de consulta de las familias adscritas al consultorio tres ( C-3) de la unidad médica familiar San Rafael ISSSTE ?

**JUSTIFICACIÓN:**

Determinar las características de los núcleos familiares adscritos a la unidad de medicina familiar y así implementar medidas anticipatorias para mejorar el nivel de salud y optimizar la atención médica integral.

El MOSAMEF actúa en los cinco campos de acción planteados por la Carta de Ottawa, producto de la II Conferencia Internacional de Promoción de la Salud.

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

**OBJETIVOS:**

**GENERAL:**

Identificar las características biopsicosociales y principales causas de demanda de consulta de las familias usuarias del C-3 de la unidad médica familiar San Rafael , I.S.S.S.T.E.

**ESPECÍFICOS:**

Conocer la topología familiar, su composición, demografía, etapa del ciclo familiar, integración, promedio de ingreso económico, escolaridad, estado civil con años de unión conyugal, métodos de planificación familiar, edad e hijos.

Identificar las 10 principales causas de demanda de consulta.

**HIPÓTESIS:**

Dado que el trabajo es descriptivo no requiere de hipótesis.

**METODOLOGIA.**

**TIPO DE ESTUDIO:**

Encuesta descriptiva, retrospectiva, prospectiva, observacional y transversal fundamentada en <sup>15</sup>:

<b>Estrategia</b>	<b>Sujetos de observación</b>
Censo poblacional	Expedientes clínicos de todos los individuos de las familias en estudio.
Estudio de comunidad.	Familias asignadas al médico familiar.
Identificación de causas de consulta.	Hojas de informe diario de actividades médicas.

**POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO:**

Familias adscritas a la UMF, del 01-enero al 31-julio-1998.

**TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

Aleatorio, por cuotas con un total 78 familias, pirámide poblacional UMF.

No es necesario el calculo de la muestra.

**CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

Variables de Medición Cualitativas, Nominales, Ordinales y Causa de consulta.

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

- Personas responsables
- Derechohabientes
- Adscritos al consultorio
- Padecimientos con diagnóstico de certeza

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- No Derechohabientes
- Que pertenezcan a otro consultorio
- No acepten la encuesta
- Foráneos



### *CRITERIOS DE ELIMINACIÓN*

- Encuesta incompleta
- Cambio de domicilio
- Menores de edad
- Fallecidos
- Padecimientos en estudio

### *PROCEDIMIENTO DE CAPTURA DE INFORMACIÓN:*

Consulta de hojas SM-10-1., Revisión de Expedientes clínicos, Encuesta personal con los DH de la UMF, Cédulas de Recolección de Datos del MOSAMEF.

### *CONSIDERACIONES ÉTICAS:*

El presente trabajo se apega a las recomendaciones establecidas en la declaración de Helsinki y al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación de la Secretaría de Salud.

### *RESULTADOS:*

Dado que la población del C-3 de la Unidad Médica Familiar San Rafael es de 1435 en dos turnos, se tomo una muestra del 14% de la población total del turno vespertino (100), de tal manera que al aplicar los criterios de exclusión y eliminación se logro obtener una muestra significativa del 11% (78), con esta muestra se realizaron las siguientes estadísticas como resultado de las encuestas realizadas aleatoriamente.

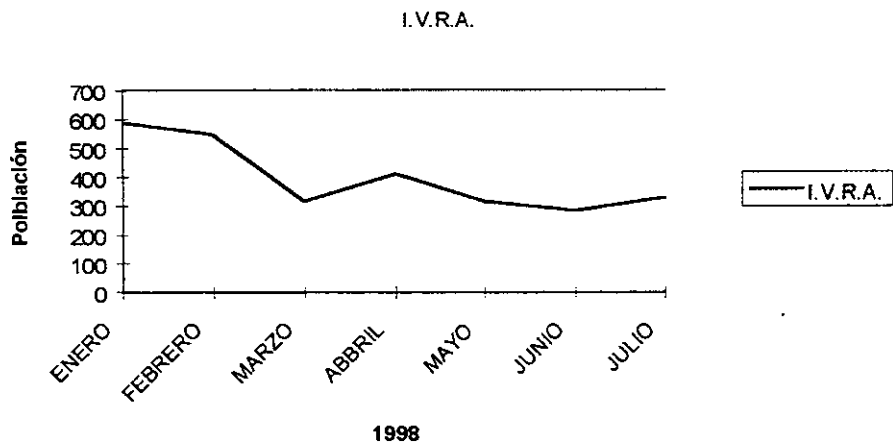
Las medidas de tendencia central que resultaron más significativas y por lo tanto de un mayor y mejor uso en el desarrollo del estudio, fueron la media y moda.

La información obtenida a partir de estas medidas permitieron concluir importantes datos que caracterizan a nuestro estudio, englobándolo en un estudio familiar que analiza las condiciones bajo las cuales viven las familias circundantes a la clínica.

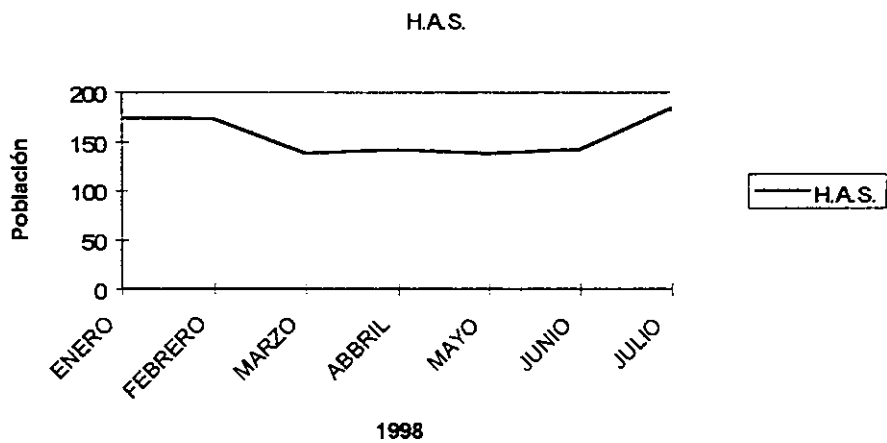
**TABLA CORRESPONDIENTE A LA DEMANDA DE CONSULTAS DEL 01 -ENERO AL 31 -JULIO DE 1998.**

MES	I.V.R.A.	H.A.S.	COLITIS	D.M.II	GASTR.	ESGUINCE	I.V.U.	VAGIN	PARAST	CONTUSIONES
ENERO	588	174	115	63	38	0	0	0	0	40
FEBRERO	548	173	95	67	48	0	26	0	0	32
MARZO	316	138	96	35	26	0	0	36	0	25
ABRIL	411	142	120	57	33	28	0	0	0	39
MAYO	316	138	96	35	26	0	0	36	0	25
JUNIO	285	143	126	40	33	32	0	0	0	32
JULIO	329	184	110	67	39	30	0	0	31	0

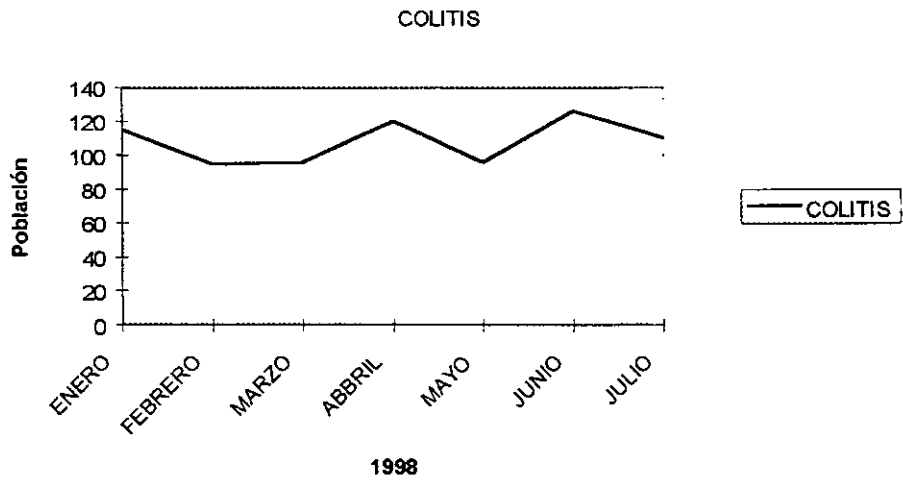
Fuente: Cédula de Recolección de Datos



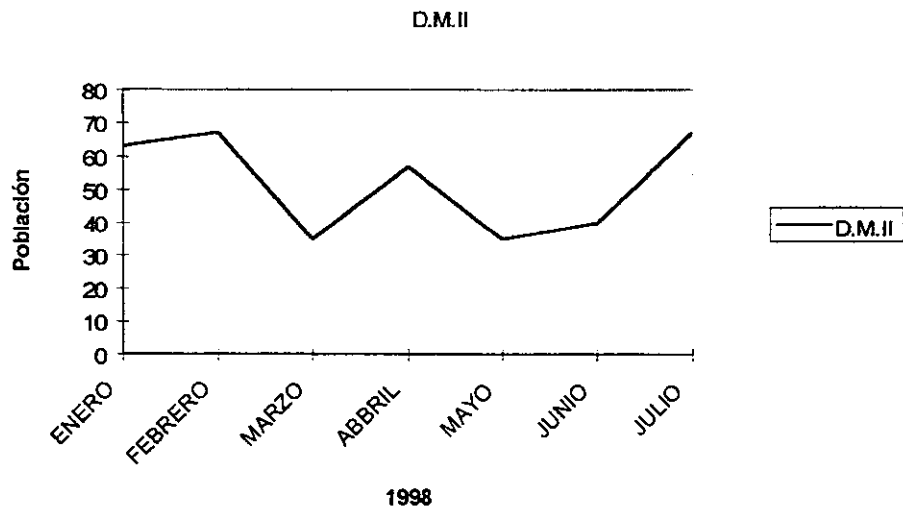
Fuente: Cédula de Recolección de Datos



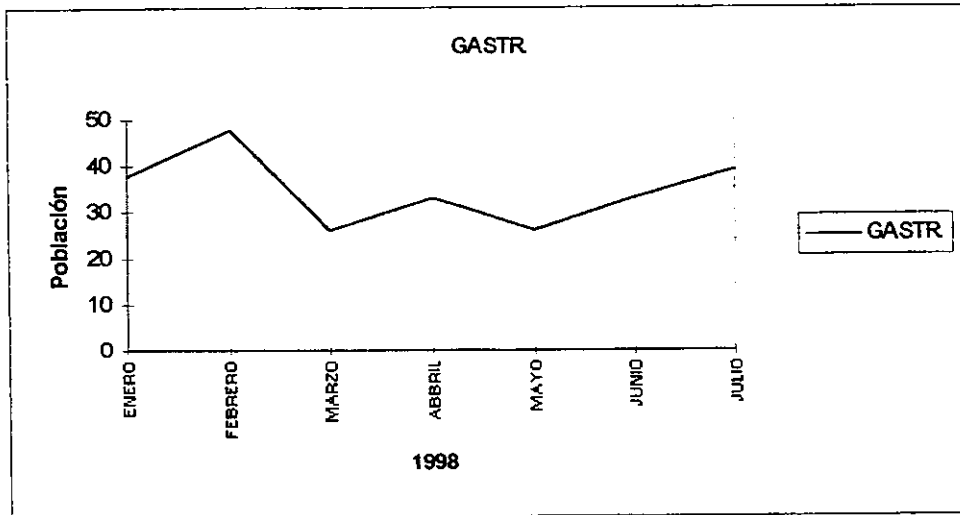
Fuente: Cédula de Recolección de Datos



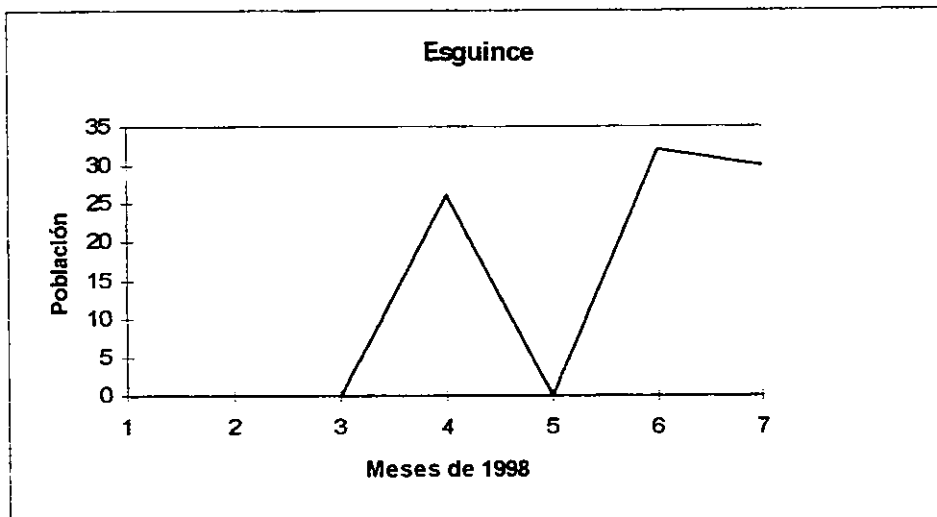
Fuente: Cédula de Recolección de Datos



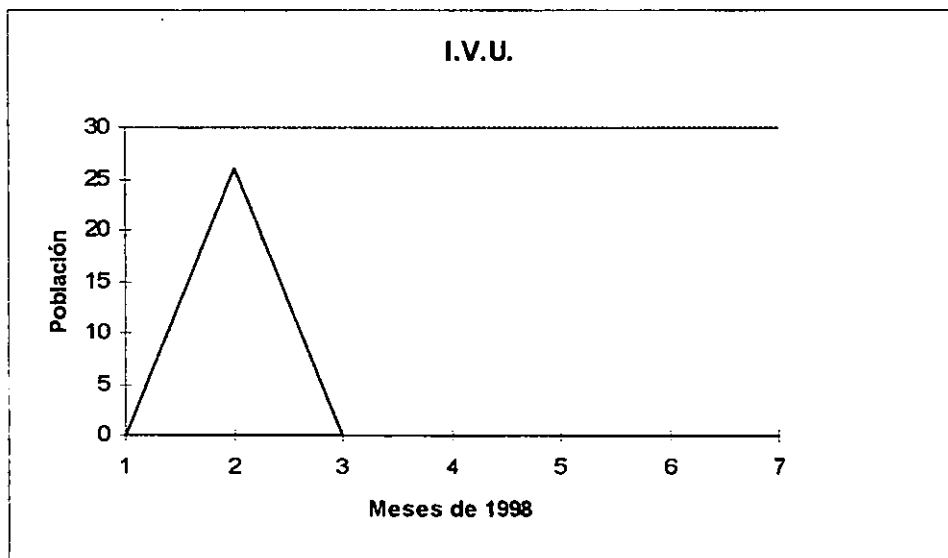
Fuente: Cédula de Recolección de Datos



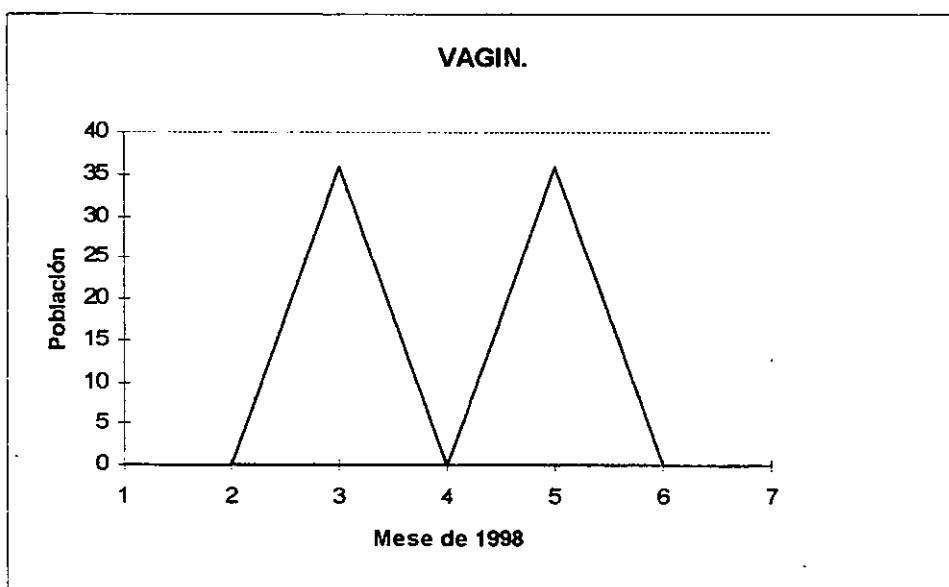
Fuente: Cédula de Recolección de Datos



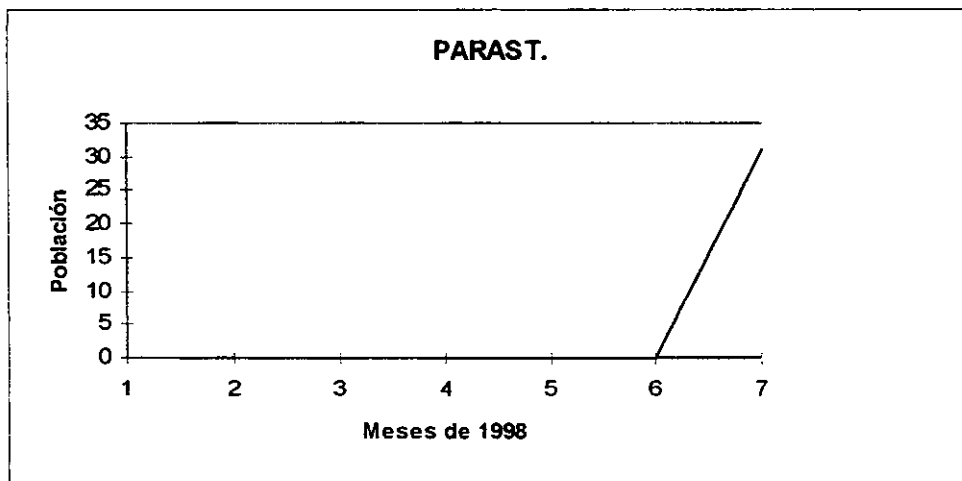
Fuente: Cédula de Recolección de Datos



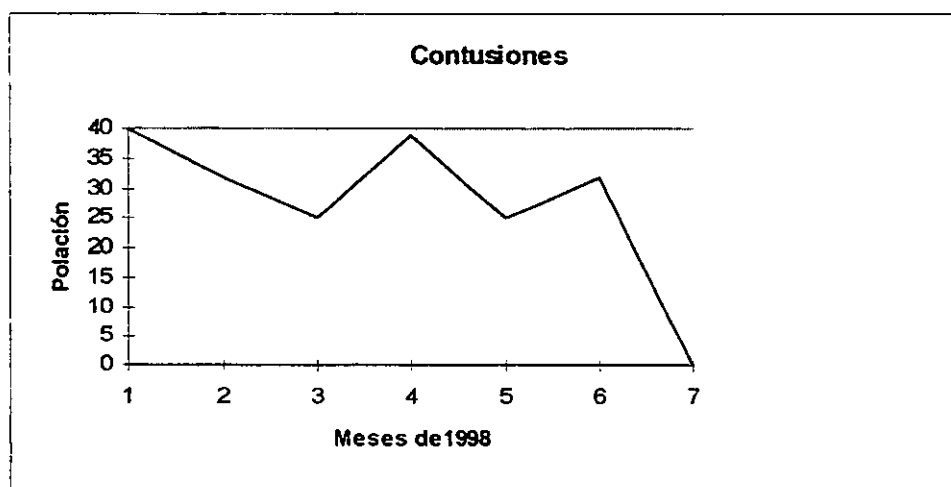
Fuente: Cédula de Recolección de Datos



Fuente: Cédula de Recolección de Datos



Fuente: Cédula de Recolección de Datos

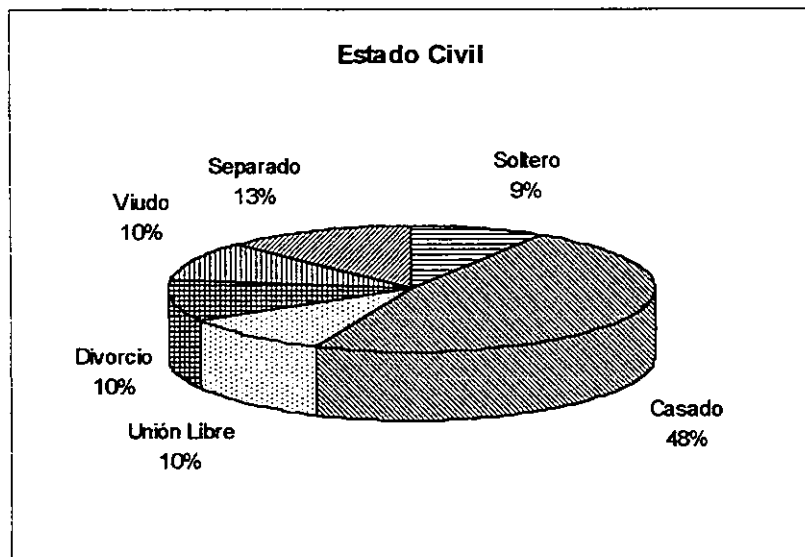


Fuente: Cédula de Recolección de Datos

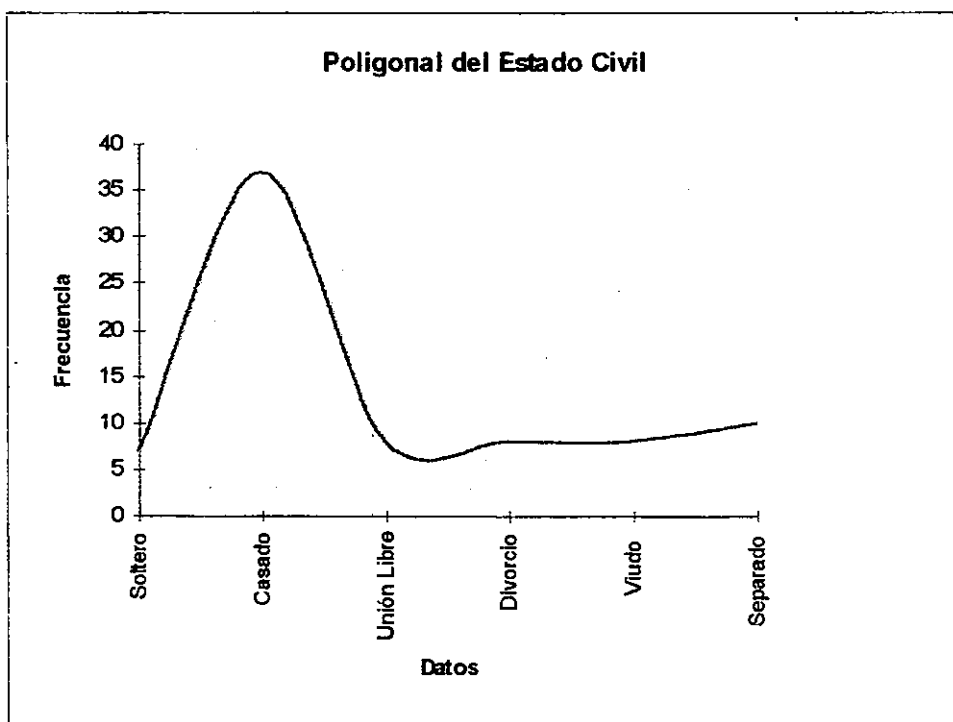
<b>Estado Civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Soltero	7	8.97
Casado	37	47.44
Unión Libre	8	10.26
Divorcio	8	10.26
Viudo	8	10.26
Separado	10	12.82
<b>Totales</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

Moda = Casado

Fuente: Cédula de Recolección de Datos

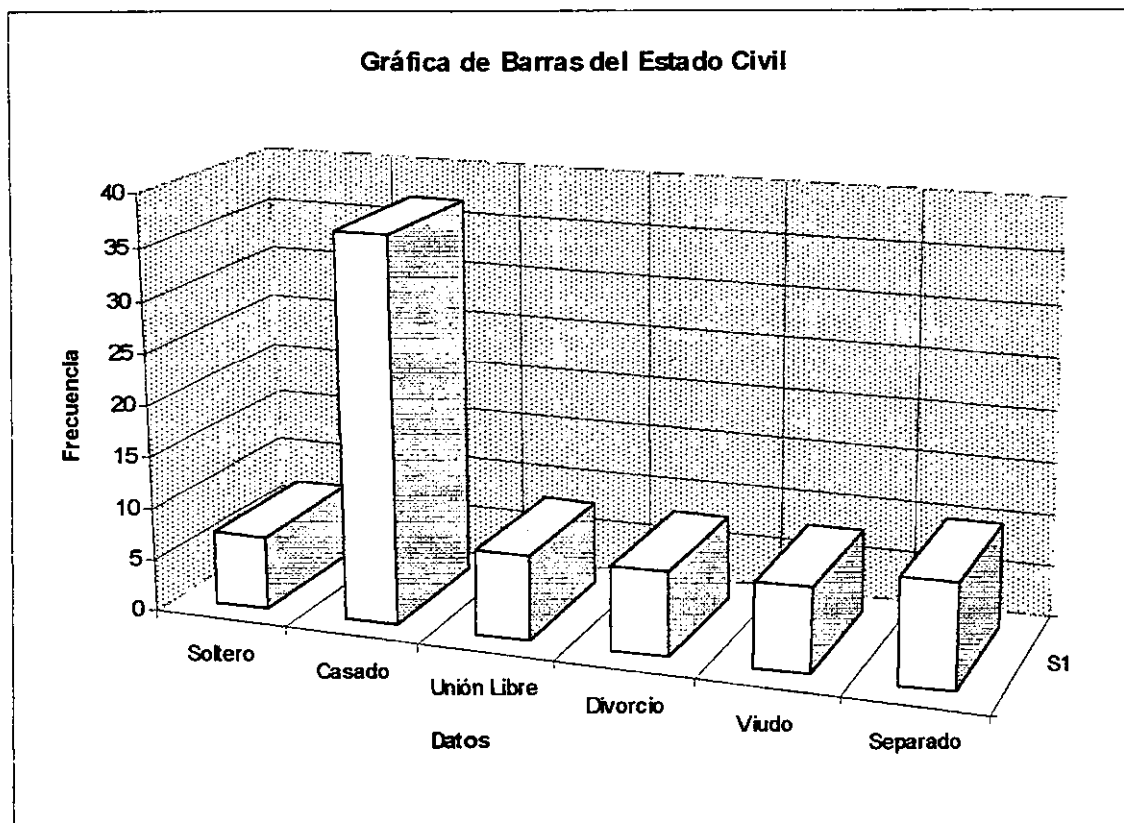


Fuente: Cédula de Recolección de Datos



Fuente: Cédula de Recolección de Datos





Fuente: Cédula de Recolección de Datos

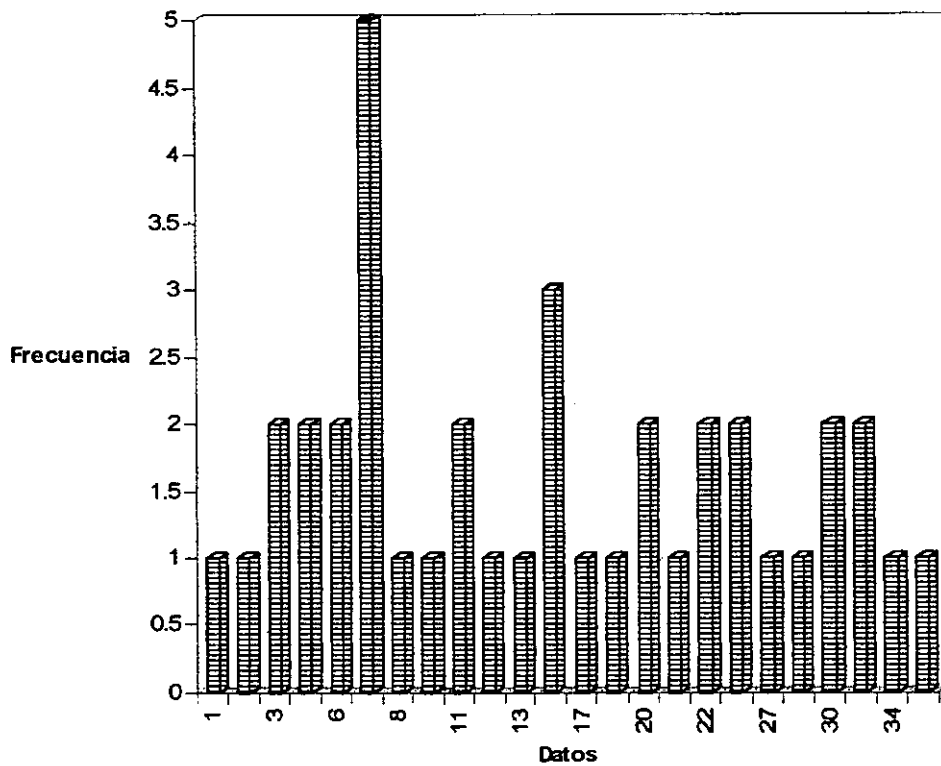
Años de Unión Conyugal	Frecuencia	Años de Unión Conyugal	Frecuencia
1	1	17	1
2	1	18	1
3	2	20	2
5	2	21	1
6	2	22	2
7	5	24	2
8	1	27	1
9	1	28	1
11	2	30	2
12	1	32	2
13	1	34	1
16	3	35	1

Moda = 7 años.

Media = 15 años 8 meses

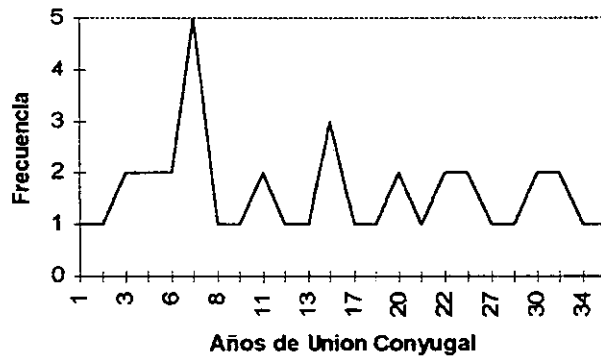
Fuente: Cédula de Recolección de Datos

**Gráfica de barras de los Años de Union Conyugal**



Fuente: Cédula de Recolección de Datos

**Poligonal de Años de Union Conyugal**

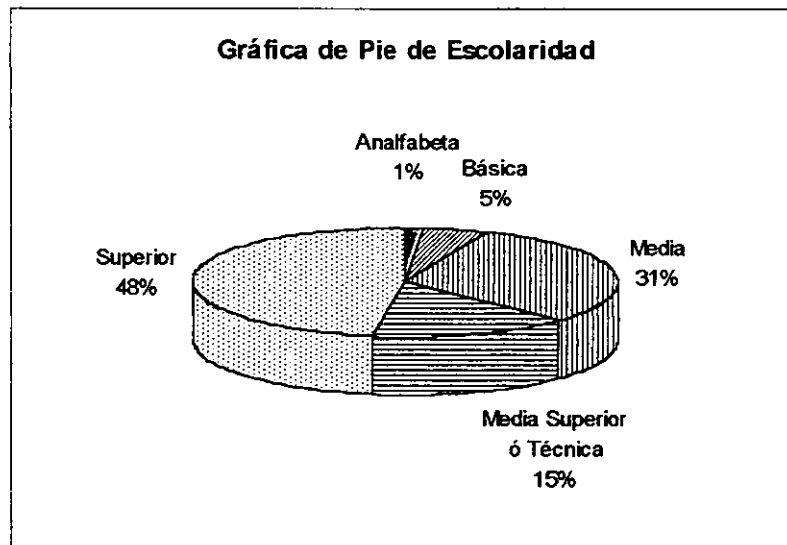


Fuente: Cédula de Recolección de Datos

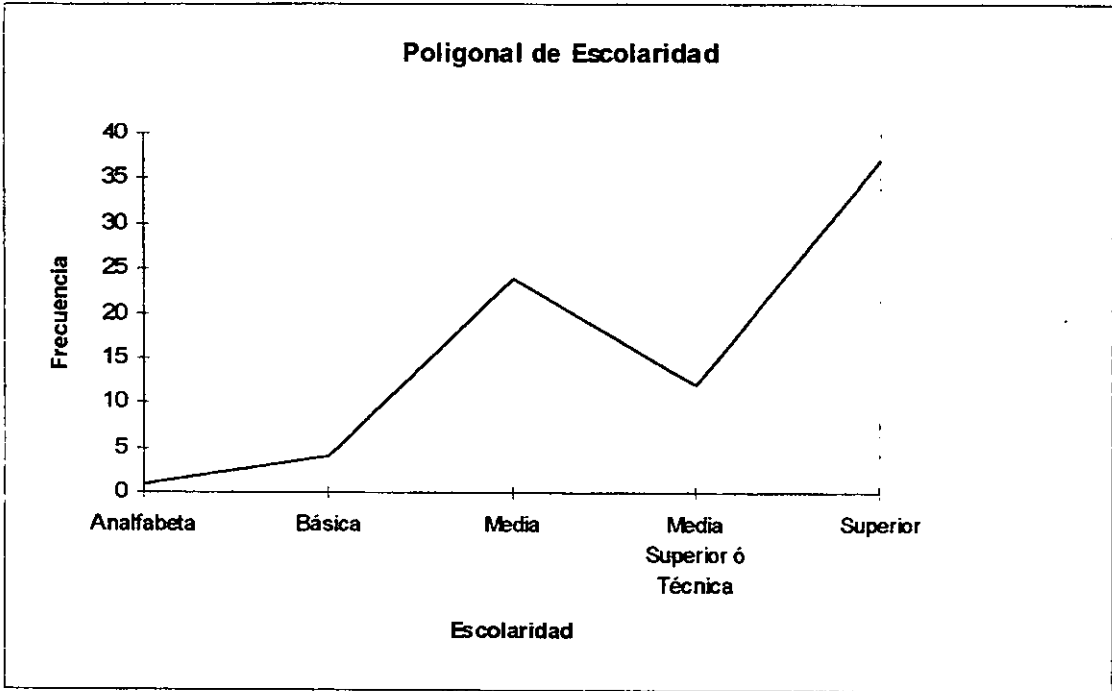
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	1	1.28
Básica	4	5.13
Media	24	30.77
Media Superior ó Técnica	12	15.38
Superior	37	47.44
<b>Totales</b>	78	100.00

Moda = Superior

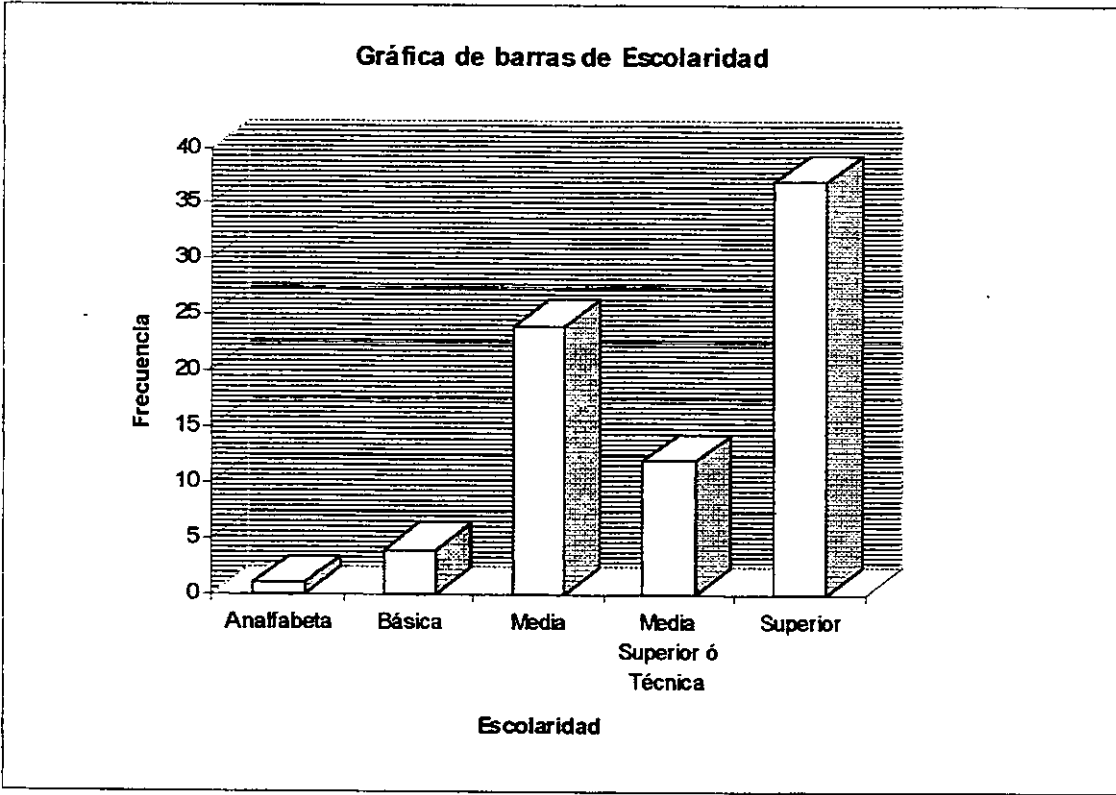
Fuente: Cédula de Recolección de Datos



Fuente: Cédula de Recolección de Datos



Fuente: Cédula de Recolección de Datos



Fuente: Cédula de Recolección de Datos

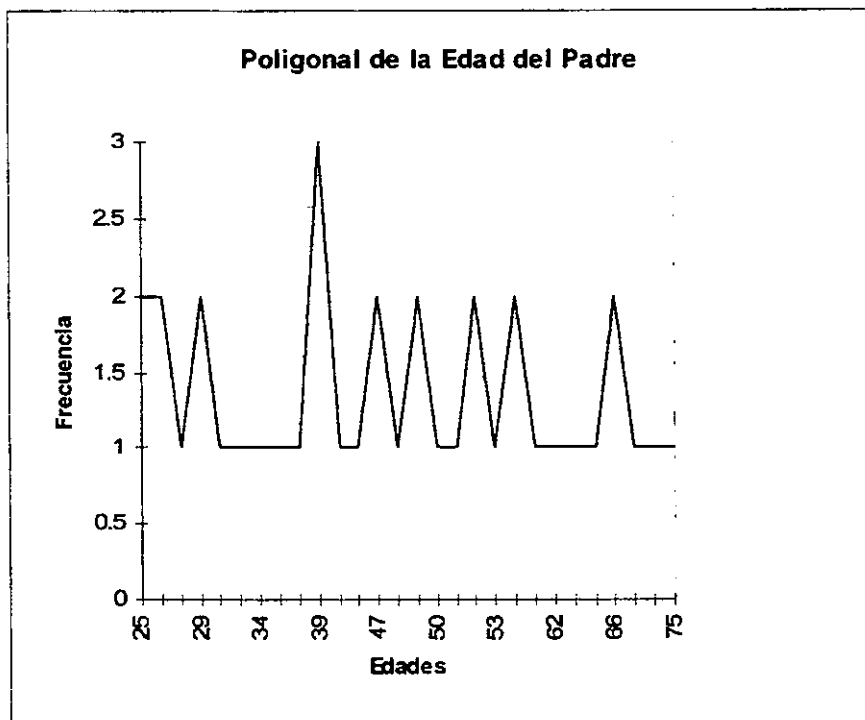
Edad del Padre	Frecuencia
25	2
27	2
28	1
29	2
30	1
33	1
34	1
36	1
37	1
39	3
44	1
46	1
47	2
48	1

Moda = 39

Edad del Padre	Frecuencia
49	2
50	1
51	1
52	2
53	1
54	2
60	1
62	1
64	1
65	1
66	2
71	1
72	1
75	1

Media = 35 años

Fuente: Cédula de Recolección de Datos



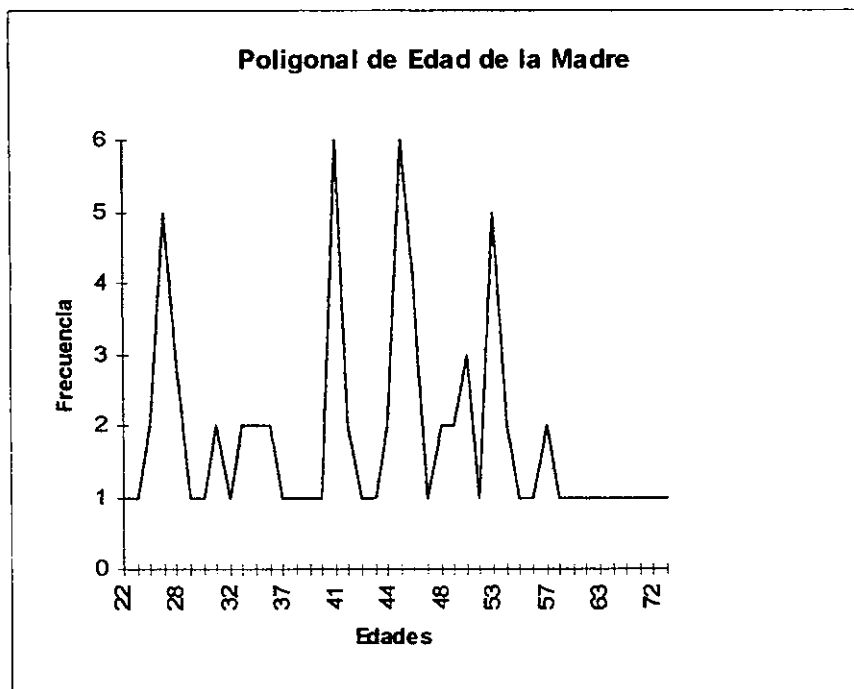
Fuente: Cédula de Recolección de Datos

Edad de la Madre	Frecuencia	Edad de la madre	Frecuencia
22	1	45	6
24	1	46	4
26	2	47	1
27	5	48	2
28	3	49	2
29	1	50	3
30	1	52	1
31	2	53	5
32	1	54	2
33	2	55	1
34	2	56	1
36	2	57	2
37	1	58	1
38	1	60	1
39	1	62	1
40	1	63	1
41	6	66	1
42	2	68	1
43	1	70	1
44	1	72	1
44	2	78	1

Moda = 41, 45

Media = 44 años

Fuente: Cédula de Recolección de Datos

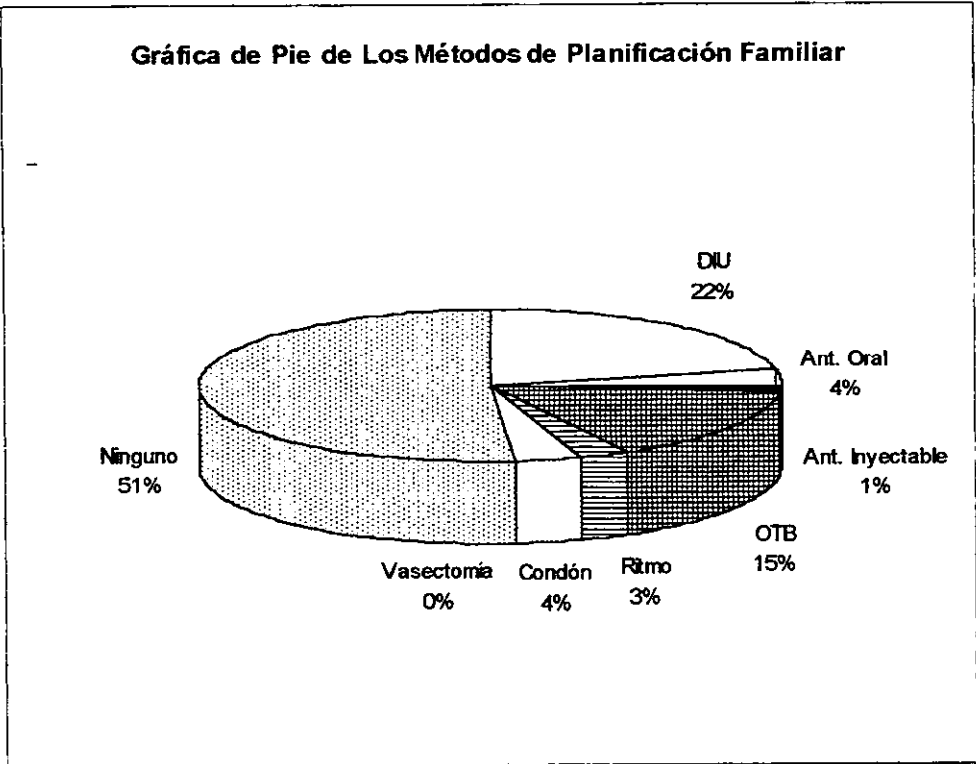


Fuente: Cédula de Recolección de Datos

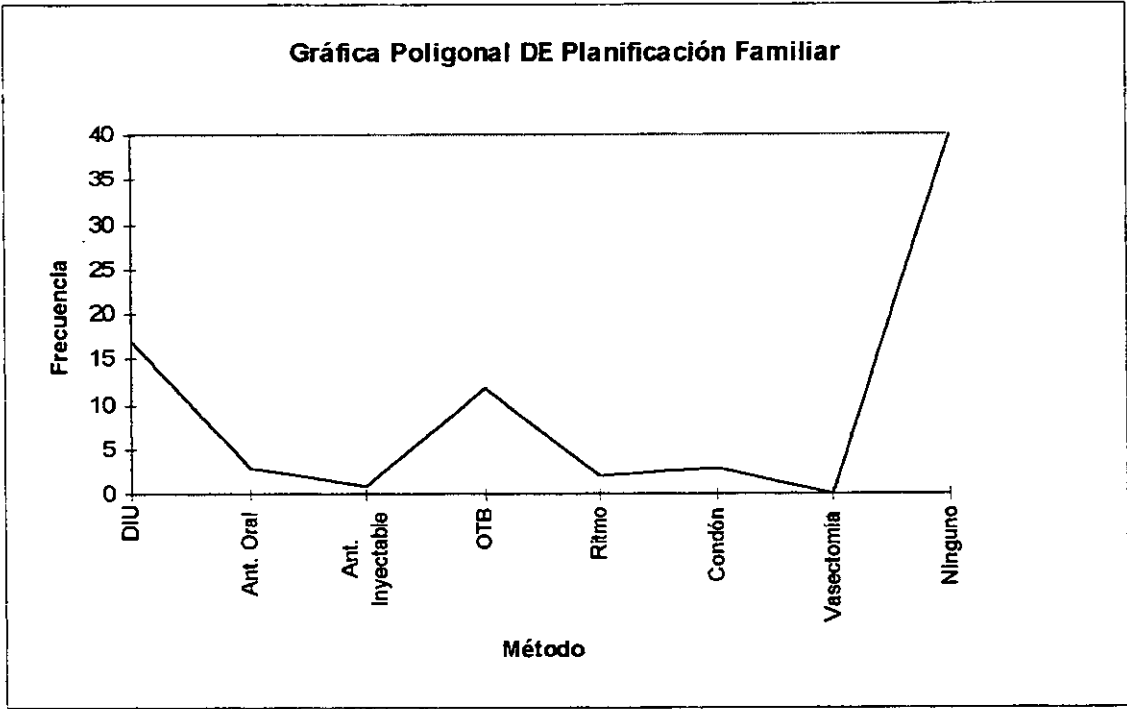
Método de planificación Familiar	Frecuencia	Porcentaje
DIU	17	21.79%
Anticonceptivo Oral	3	3.85%
Anticonceptivo Inyectable	1	1.28%
OTB	12	15.38%
Ritmo	2	2.56%
Condón	3	3.85%
Vasectomía	0	0.00%
Ninguno	40	51.28%
<b>Totales</b>	<b>78</b>	<b>100%</b>

Moda = Ninguno

Fuente: Cédula de Recolección de Datos



Fuente: Cédula de Recolección de Datos



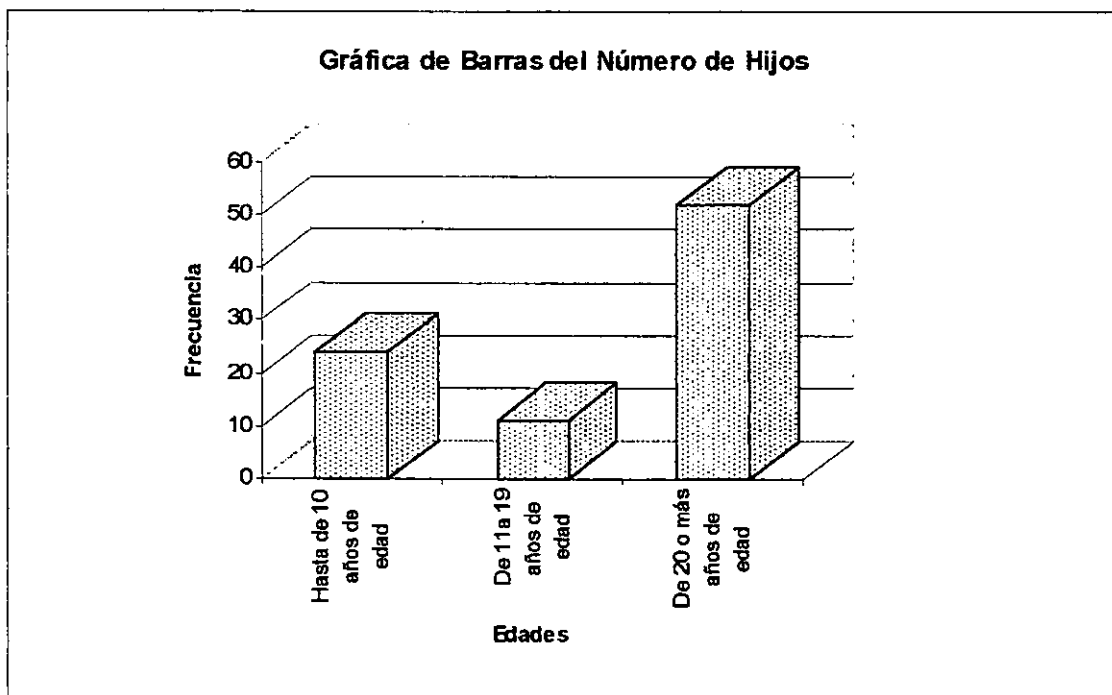
Fuente: Cédula de Recolección de Datos



Número de Hijos	Frecuencia
Hasta de 10 años de edad	24
De 11a 19 años de edad	11
De 20 o más años de edad	52

Moda = 20 o más años

Fuente: Cédula de Recolección de Datos

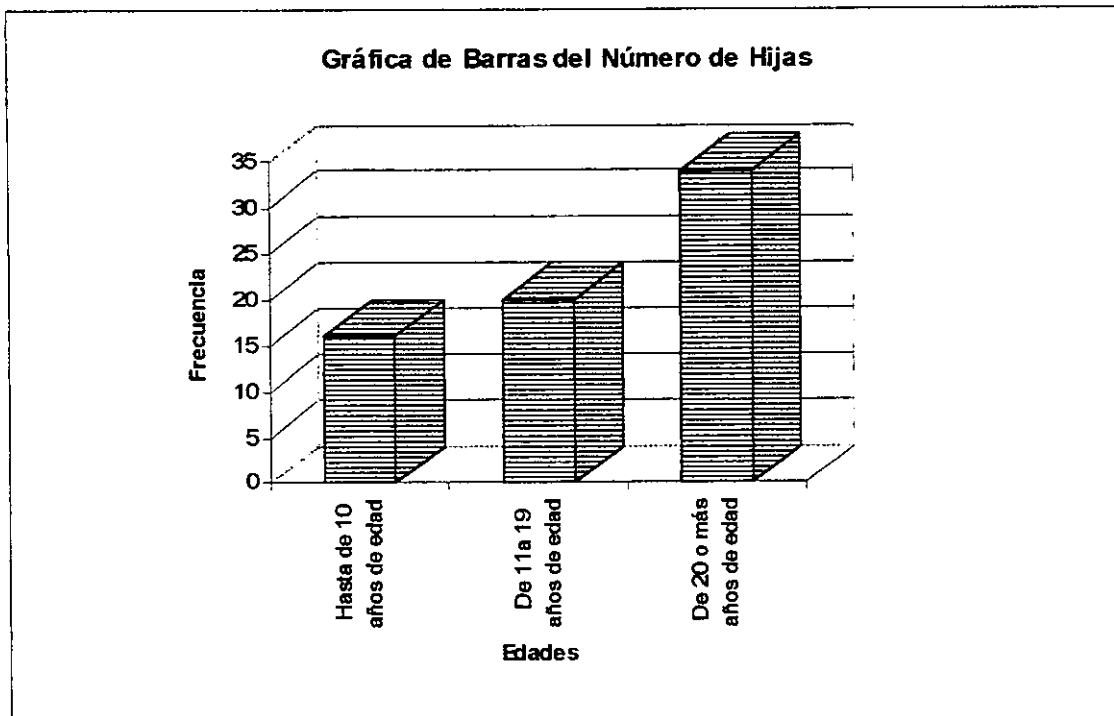


Fuente: Cédula de Recolección de Datos

Número de Hijas	Frecuencia
Hasta de 10 años de edad	16
De 11 a 19 años de edad	20
De 20 o más años de edad	34

Moda = 20 años o más

Fuente: Cédula de Recolección de Datos



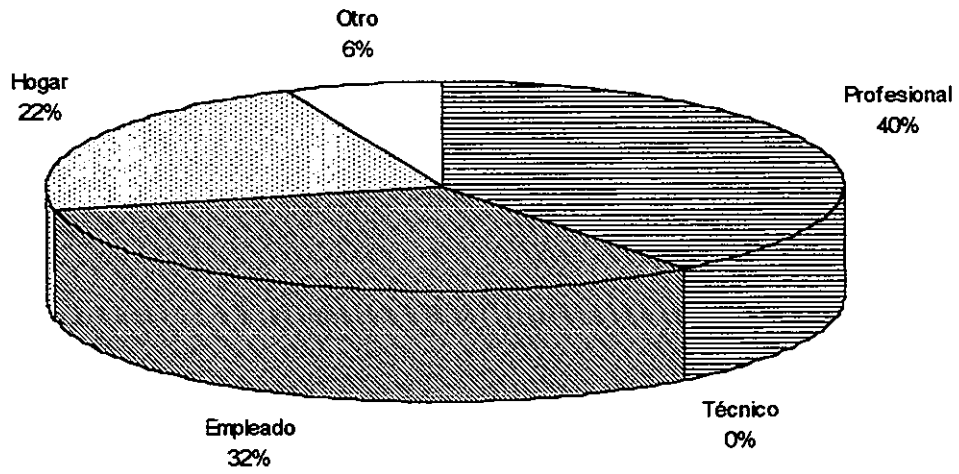
Fuente: Cédula de Recolección de Datos

Ocupación de los padres de familia	Frecuencia	Porcentaje
Profesional	31	39.74%
Técnico	0	0.00%
Empleado	25	32.05%
Hogar	17	21.79%
Otro	5	6.41%
<b>Totales</b>	<b>78</b>	<b>100%</b>

Moda = Profesional

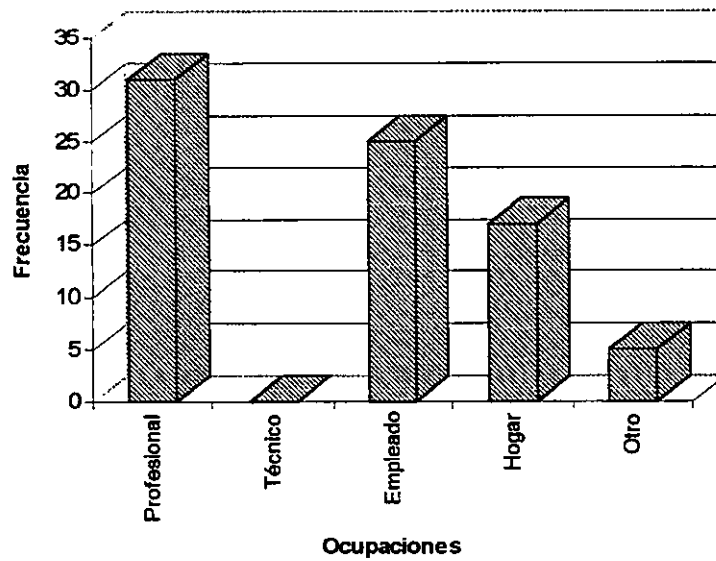
Fuente: Cédula de Recolección de Datos

**Gráfica de Pie Ocupación de los padres de familia**



Fuente: Cédula de Recolección de Datos

**Gráfica de barras de Ocupación de los padres de familia**

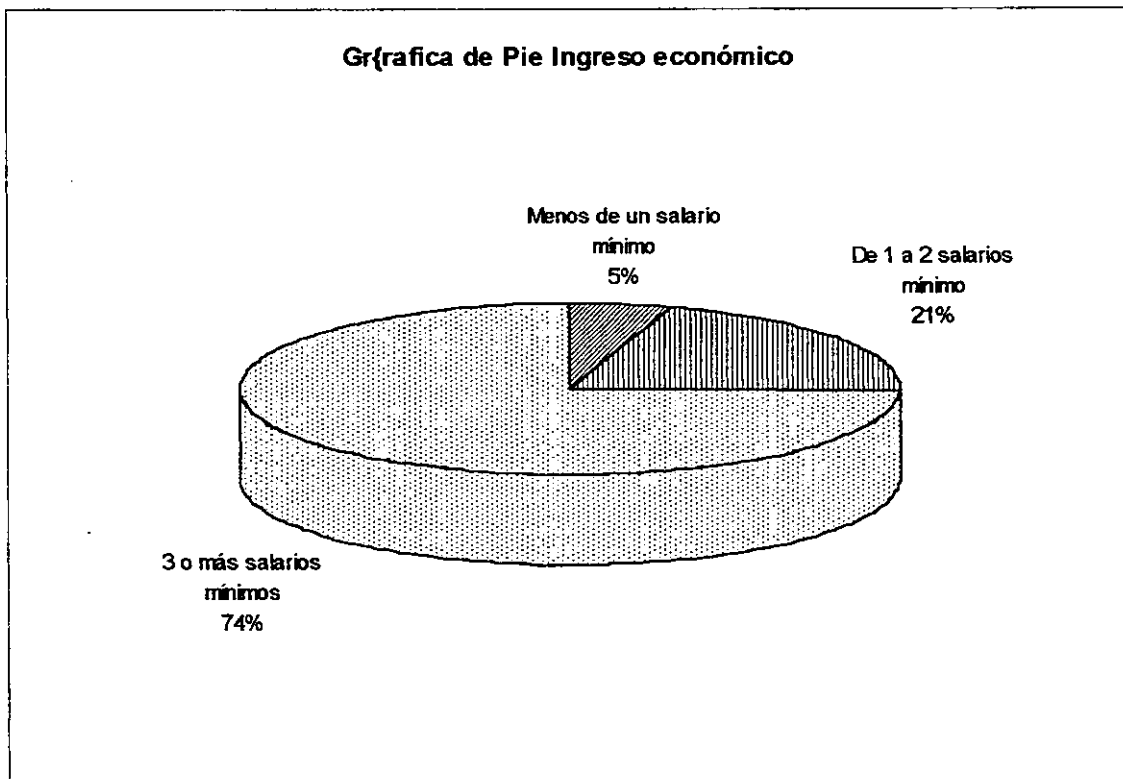


Fuente: Cédula de Recolección de Datos

Ingreso económico	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un salario mínimo	4	5.13%
De 1 a 2 salarios mínimo	16	20.51%
3 o más salarios mínimos	58	74.36%
<b>Totales</b>	<b>78</b>	<b>100%</b>

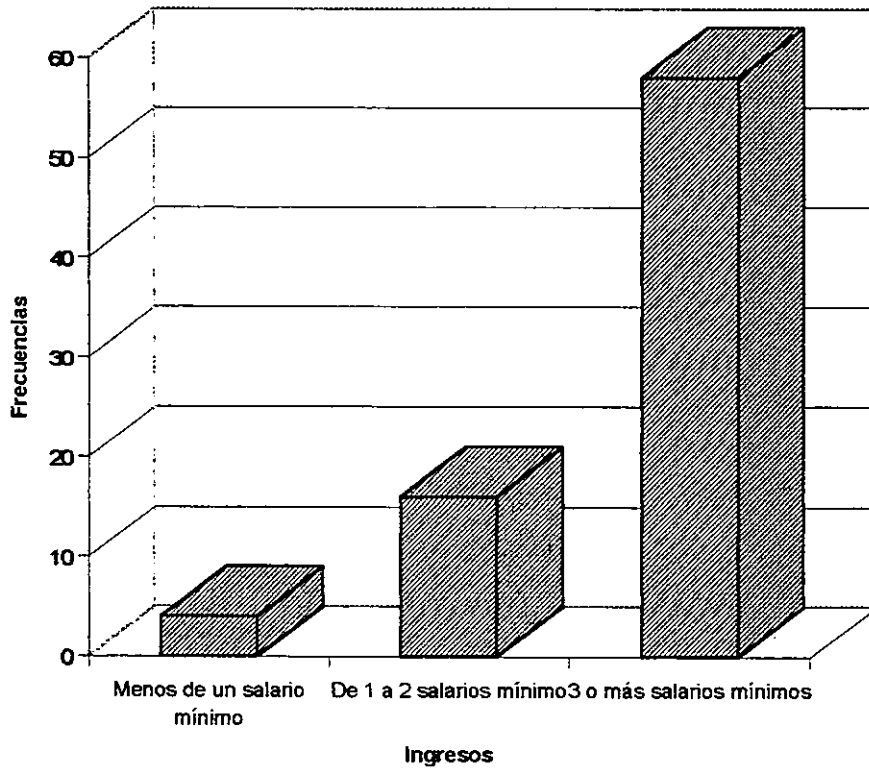
Moda = 3 o más salarios mínimos

Fuente: Cédula de Recolección de Datos



Fuente: Cédula de Recolección de Datos

**Gráfica de barras del Ingreso económico**



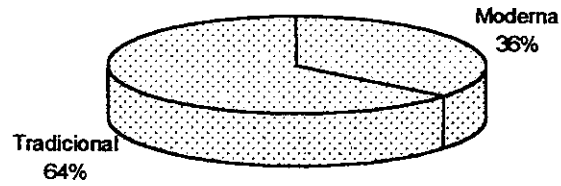
Fuente: Cédula de Recolección de Datos

Tipo de familia	Frecuencia	Porcentaje
Desarrollo	0	0
Moderna	28	35.90%
Tradicional	50	64.10%
<b>Totales</b>	<b>78</b>	<b>100%</b>

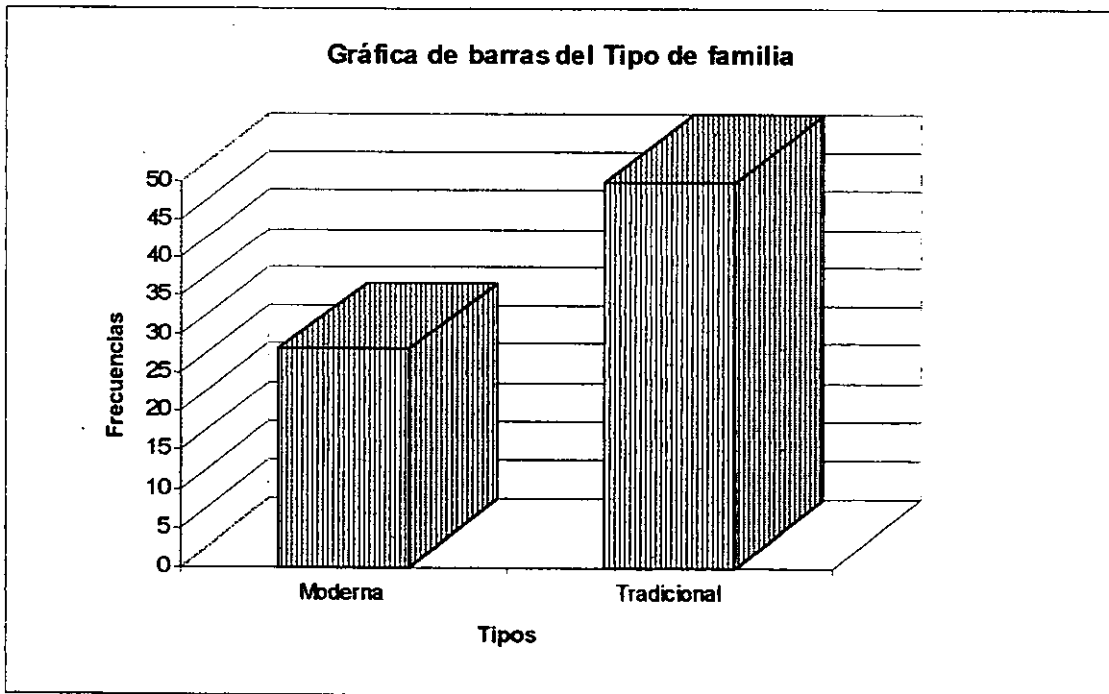
Moda = Tradicional

Fuente: Cédula de Recolección de Datos

### Gráfica de Pie del Tipo de familia



Fuente: Cédula de Recolección de Datos

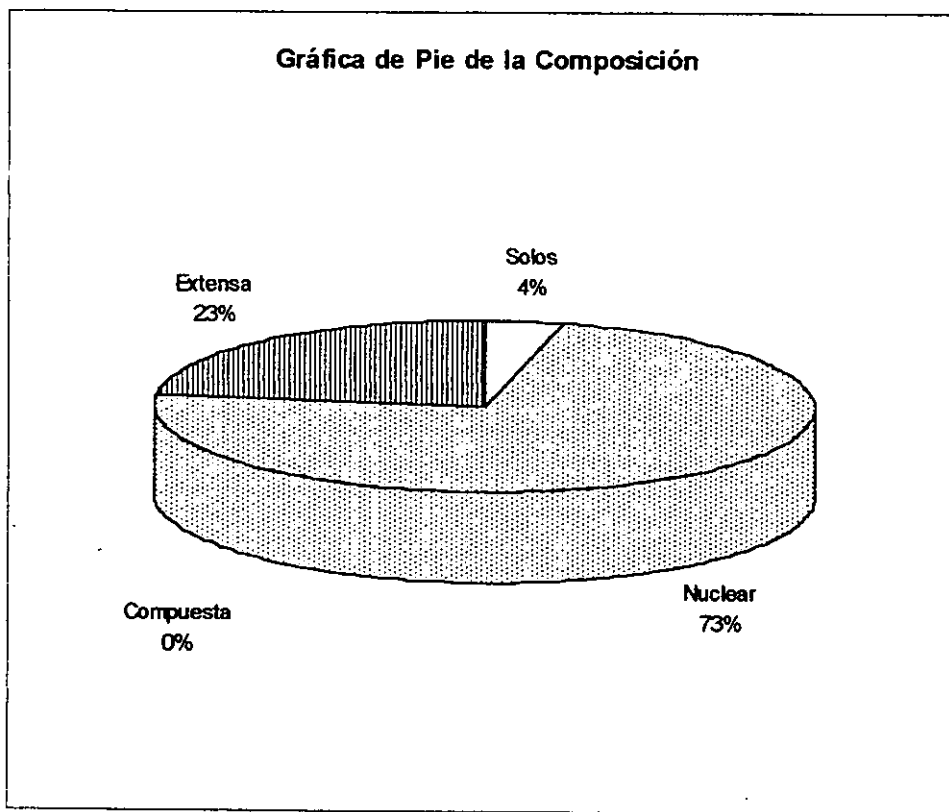


Fuente: Cédula de Recolección de Datos

Composición	Frecuencia	Porcentajes
Solos	3	3.85%
Nuclear	57	73.08%
Extensa	18	23.08%
Compuesta	0	0.00%
<b>Totales</b>	<b>78</b>	<b>100%</b>

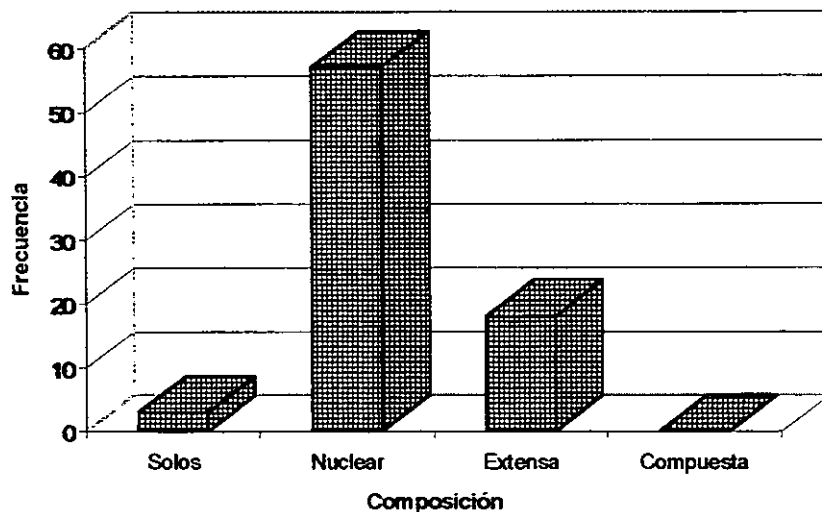
Moda = Nuclear

Fuente: Cédula de Recolección de Datos



Fuente: Cédula de Recolección de Datos

**Gráfica de barras de la Composición**



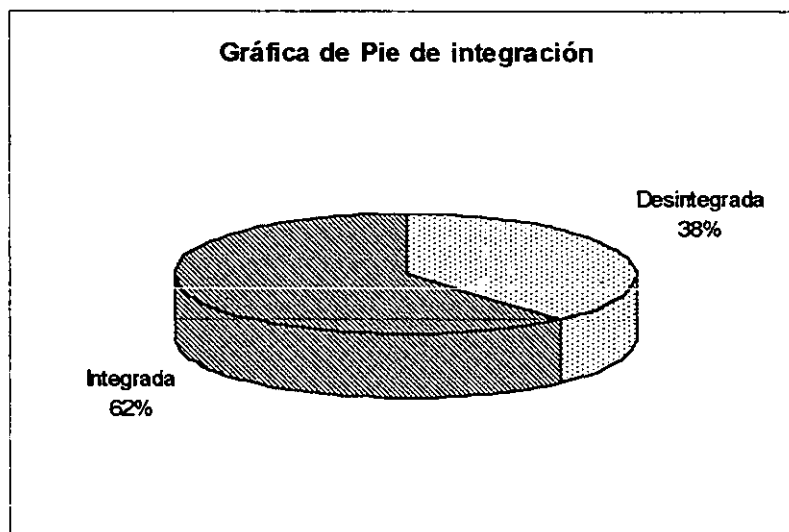
Fuente: Cédula de Recolección de Datos

<b>Integración:</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Desintegrada	30	38.46%
Integrada	48	61.54%
<b>Totales</b>	<b>78</b>	<b>100%</b>

Moda = Integrada

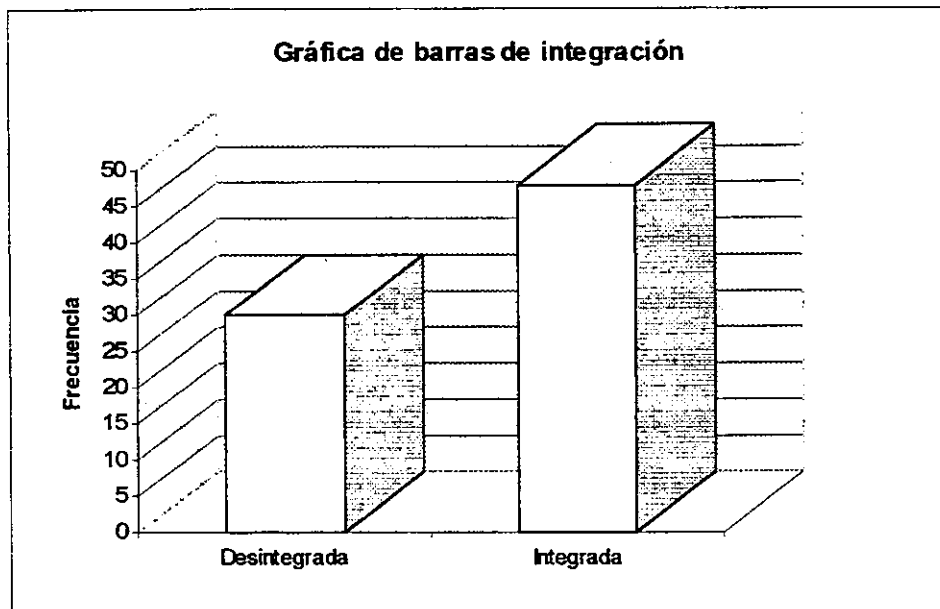
Fuente: Cédula de Recolección de Datos

**Gráfica de Pie de integración**



Fuente: Cédula de Recolección de Datos



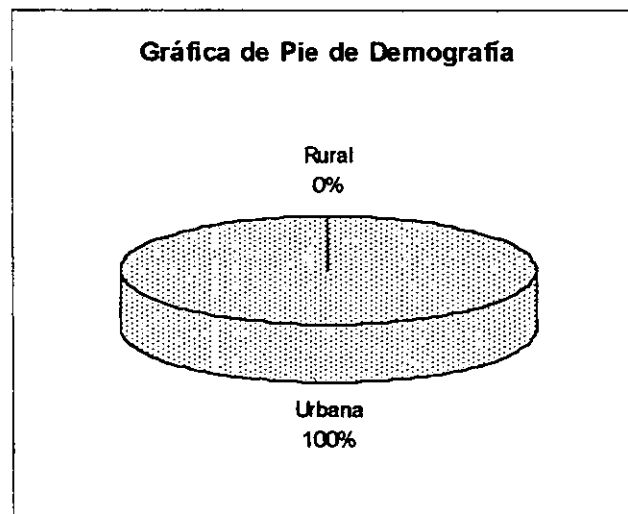


Fuente: Cédula de Recolección de Datos

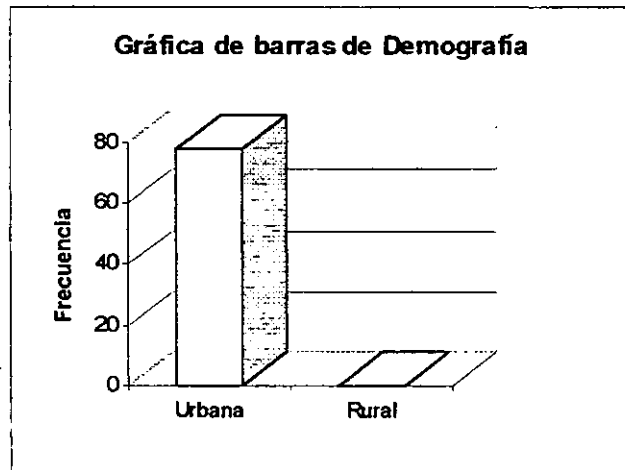
Demografía	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	78	100%
Rural	0	0%
<b>Totales</b>	78	100%

Moda = Rural

Fuente: Cédula de Recolección de Datos



Fuente: Cédula de Recolección de Datos

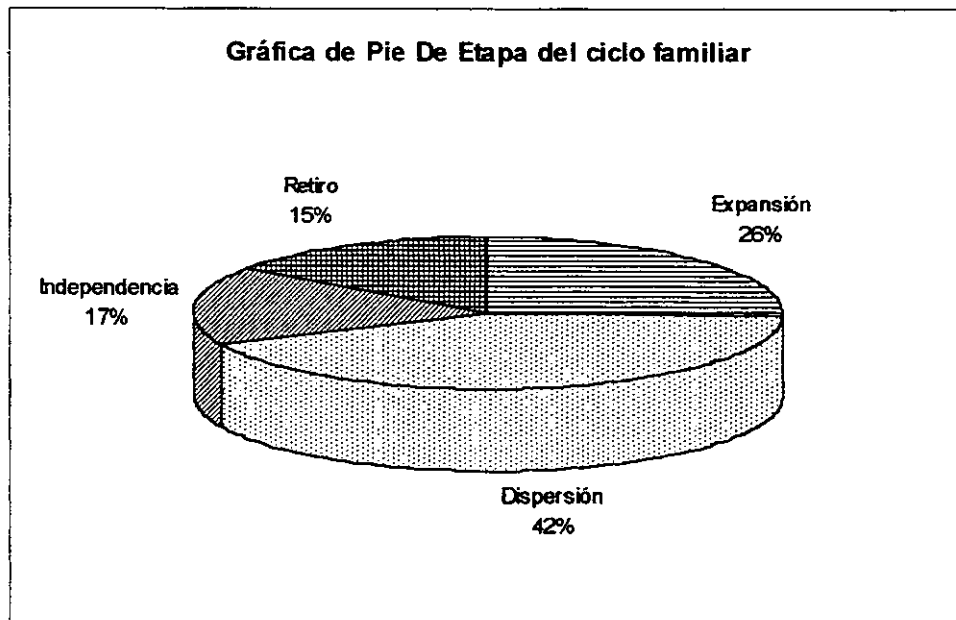


Fuente: Cédula de Recolección de Datos

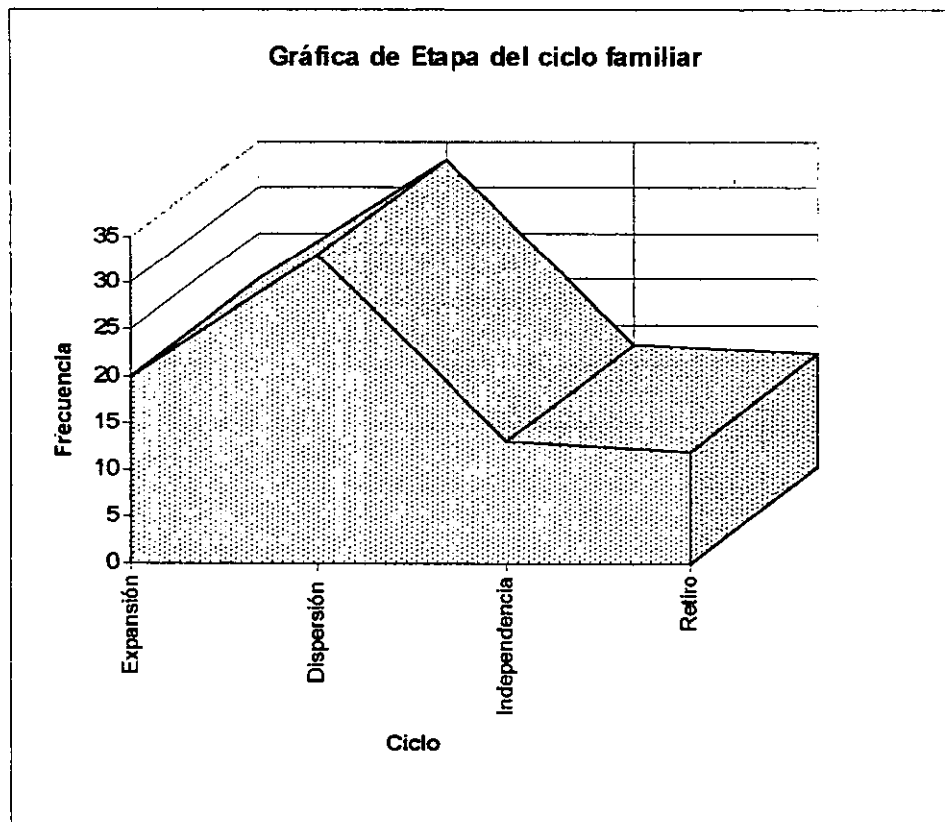
<b>Etapas del ciclo Familiar:</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Expansión	20	25.64%
Dispersión	33	42.31%
Independencia	13	16.67%
Retiro	12	15.38%
<b>Totales</b>	<b>78</b>	<b>100%</b>

Moda = Dispersión

Fuente: Cédula de Recolección de Datos



Fuente: Cédula de Recolección de Datos



Fuente: Cédula de Recolección de Datos

### *Análisis*

Se comprobó que los resultados obtenidos en el estudio realizado son similares a los encontrados en la bibliografía; la tendencia de la familia sigue siendo: no llevar ningún método de planificación familiar, aunque su nivel socioeconómico haya mejorado; predomina la familia tradicional de composición nuclear integrada y dispersa, con hijos mayores de 20 años. También se tiene que tomar en cuenta la ubicación de la clínica, ya que ésta nos va indicar el comportamiento de las familias adscritas a la Unidad Médica.

La razón, probablemente, es que se trata de una población semejante a la utilizada en estudios anteriores y cuya población tiene un grado alto de semejanza en cuanto a sus factores biopsicosociales.

### *Conclusiones*

Las principales características biopsicosociales y principales causas de demanda de consulta de las familias adscritas a la unidad de medicina familiar San Rafael, I.S.S.T.E., que de acuerdo con los estudios estadísticos realizados son:

#### Características Biopsicosociales

- El estado civil predominante fue de **Casados**
- Tipología: **Profesional**
- Desarrollo: **Tradicional**
- Composición: **Nuclear**
- Integración: **Integrada**
- Demografía: **Urbana**
- Etapa de ciclo Familiar en **Dispersión**.
- La edad promedio de la **Madre** es de **44 años**
- La edad promedio del **Padre** **35 años**.
- La edad de los **hijos e hijas** predominante es de **20 años o más**.
- Ingreso económico de **3 o más salarios mínimos**
- Escolaridad **Superior**

#### *Principales Causas de Consulta Médica*

- I.V.R.A.
- H.A.S.
- Colitis

De la información que se obtuvo se determinó que los estándares de la familia se conservan, aunque el nivel de ingreso económico y escolar, hayan mejorado.

## ***Referencias bibliográficas***

1.- Gilberto S. Sánchez Luna.

“El reto actual de la Medicina Familiar en México”

Revista Médica Medicina Familiar IMSS

1994, Vol. 32. N° 04.

2.- Iber Gómez Mendoza.

“Desarrollo Profesional del Médico Familiar, Un punto de vista.”

Revista Médica IMSS.

1994, Vol. 32 N° 01.

3.- Carlos J. Amaiz Toledo, Victor Chávez Aguilar, Ruben Velazco Orellana.

“Implicación de la formación de Especialistas en Medicina y el posgrado en México.”

Revista Médica IMSS.

1994, Vol. 32 N° 01.

4.- Victor Chávez Aguilar, Ruben Velasco Orellana.

“Disfunciones familiares del subsistema conyugal, criterios para su evaluación”

Revista Médica IMSS

1994, Vol. 32. N° 06.

5.- Alberto Auor Villalpando.

“Concepción Humanista de la medicina, un aspecto de revisión bibliográfica”

Revista Sanidad Militar México.

Nov. – dic. 94, Vol. 48. N° 06. Págs. 153-161.

6.- Alberto Lifshitz.

“¿Educación continua o escolaridad perenne?”

Revista Médica IMSS.

1994, Vol. 32 N° 06.

7.- Miguel E. Bustamante.

“Posgrado, presente y futuro de la epidemiología”.

Salud Pública de México.

Ene.- feb. 94. Vol. 36. N° 05.

8.- Enrique Cárdenas de la Peña.

“El sentido Humanista y el sentido humano de la medicina”.

Revista Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias México.

Ene. – mar. 94. Vol. 07. N° 01.

9.- Alfredo de Micheli.

“Artículo especial en tomo a las raíces del aética Médica”.

Archivo Instituto de Cardiología. México.

Nov. – dic. 94. Vol. 64. N° 06.

10.- Ricardo Pérez Cuevas, Vita Libreros, Sandra reyes, Javier Sanacruz, Victor Alanís.

“Análisis de satisfacción del usuario y de la productividad de un modelo de atención primaria con la participación de médicos y técnicos”.

Salud Pública de México.

Sept.-oct. 94. Vol. 36. N° 05.

11.- Sarah García Silberman, Patricia Andrade Palos.

“El significado psicológico y social de la salud y la enfermedad mental”.

Salud Mental.

Marzo 94. Vol. 17. N° 01.

12.- Armando Martínez Ramírez, Carlos Adrian Chan Navarro, Felipe Lozano Kasten.

“Enfoque metodológico de atención médica en un hospital de segundo nivel, en base al modelo de atención a la salud”.

Revista Médica IMSS 94. Vol. 32. N° 06.

13.- Irigoyen Coria Arnulfo. Et al.

“Diagnóstico Familiar”.

Editorial Medicina Familiar México.

4a. Edición. 1994.

14.- Irigoyen Coria Arnulfo, et al.

“Fundamentos de Medicina Familiar.”

3a. Edición, 1995, Editorial Medicina Familiar México.

15.- Jonathan Anderson, Berry H. Durston, Millicent Poole.

“Redacción de Tesis y Trabajos Escolares”

Editorial Diana México

16a. Impresión, enero 1995.

16.- Enrique Rojas, et al.

Enciclopedia de la Sexualidad y de la Pareja.

Editorial Espasa-Calpe. 1991.

17.- Psiquiatra M. Hernández Maosalve.

“Consideraciones acerca de la comunicación con el paciente en atención primaria”.

Medicina Integral Medicina Preventiva y Asistencia México.

Abril – 1993. Vol. 07. N° 04. Págs. 170-175.

18.- Federico Ortiz Quezada.

Momento afectivo de la medicina, El Médico y el enfermo, frente a frente”.

Médico Moderno año XXXV N° 7.

Marzo – 1997. Págs. 8-20.

19.- Teodoro Cerrada Bravo.

“Reflexiones sobre la Educación Humanista”.

Médico Moderno, año XXXV N° 7.

Marzo 1991. Págs 16-20.

20.- Editorial.

“Salud para todos? Objetivos de salud para el año 2000 en EUA”.

Infectología. Julio 1991. Año 11. N° 07. Págs. 333 – 334.

21.- Marjorie A. Bowman y Thomas L. Schwenk.

“Medicina de familia”.

JAMA Edición Mexicana.

Dic. 1994. Vol. 02. N° 12. Págs. 634 – 635.

22.- Lic. Guillermo Murray Prisant.

“La importancia de la Psicología”.

Presencia.

Abril 1990. Año 3. N° 25. Págs. 74 – 77.

23.- British Medical Journal, 1991.

“¿Medicina responsable o medicina defensiva?”

Medical MAG en español, edición mexicana.

1992. Vol. 02. N° 15. Págs. 15 – 17.

24.- Lic Guillermo Murray Prisant.

“Una máquina llamada cuerpo humano”.

Presencia.

Feb. 1990. Año 02. N° 23. Págs. 29-34.

25.- Siglende Hernández de Piñera.

“Manejo de clientes difíciles”.

Farmacia actual Edición Internacional México.

Año VI. N° 70. Págs. 42 – 45.

26.- Arturo Zarate Treviño.

“Métodos Anticonceptivos”.



Gaceta Médica de México.

Ene-feb. 1993. Vol. 129. N° 1. Págs. 69-73.

27.- Vol. I Medicina familiar.

28.- Instrumentos de Investigación

Baena Guillermina

16ª reimpresión, 1994

Editores Mexicanos Unidos, S. A.

29.- La Técnica de Investigación Documental

Bosch García Carlos

UNAM, 1974

30.-Manual de técnicas de investigación para estudiantes de Ciencias Sociales

Garza Mercado Ario

2ª edición, 1972

El Colegio de México

31.- Guía para realizar Investigaciones Sociales

Rojas Soriano Raúl

UNAM, 1977

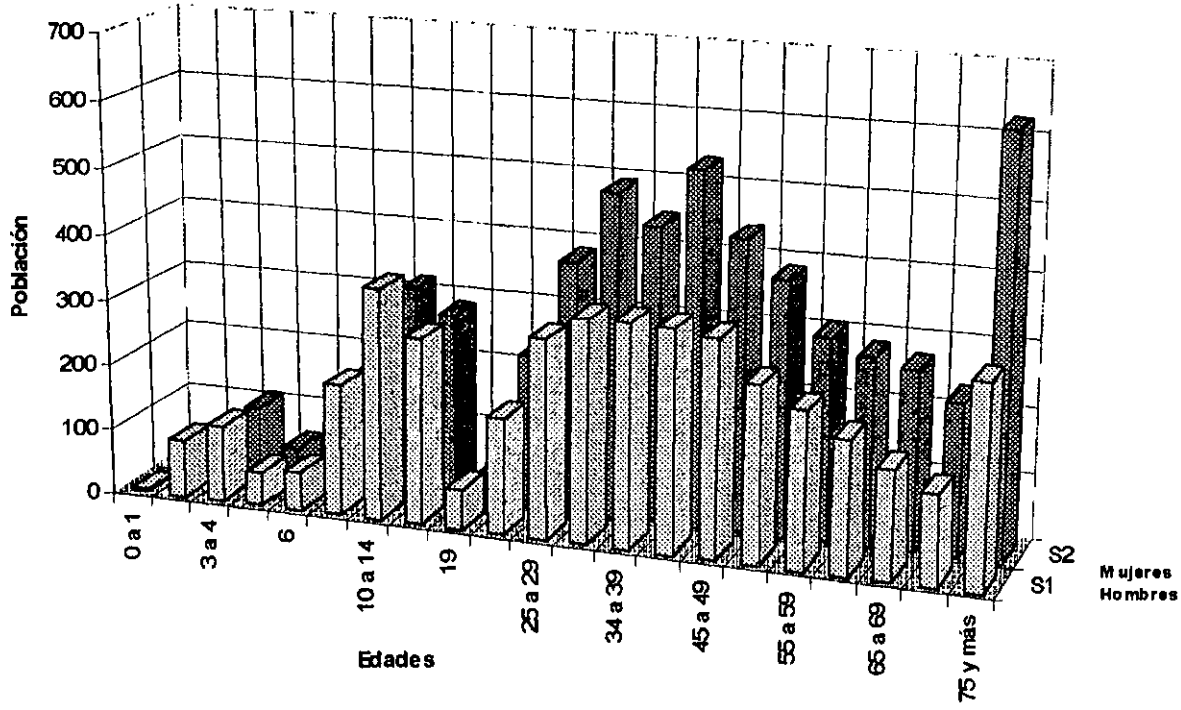
*Anexos:*

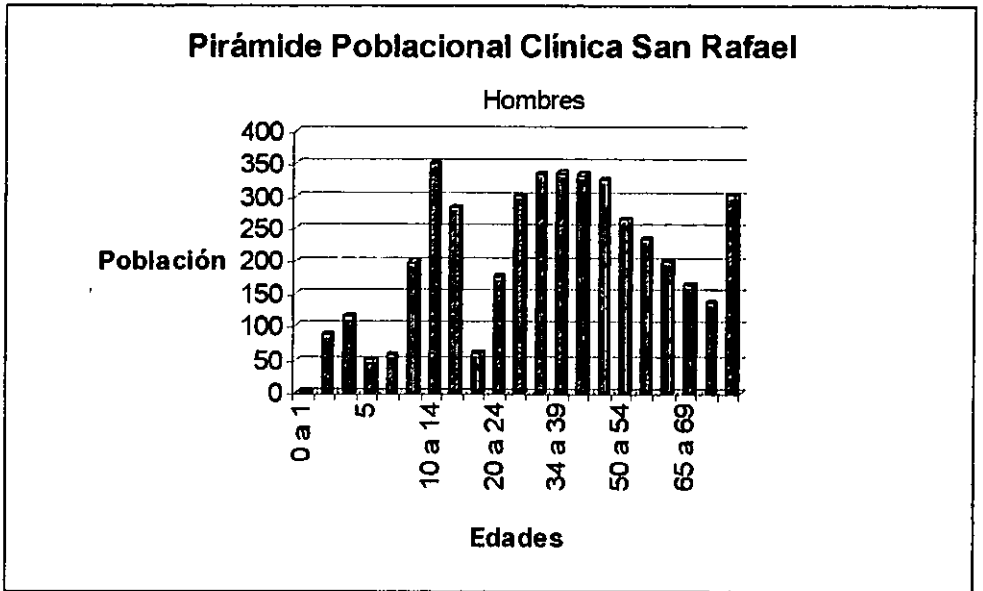
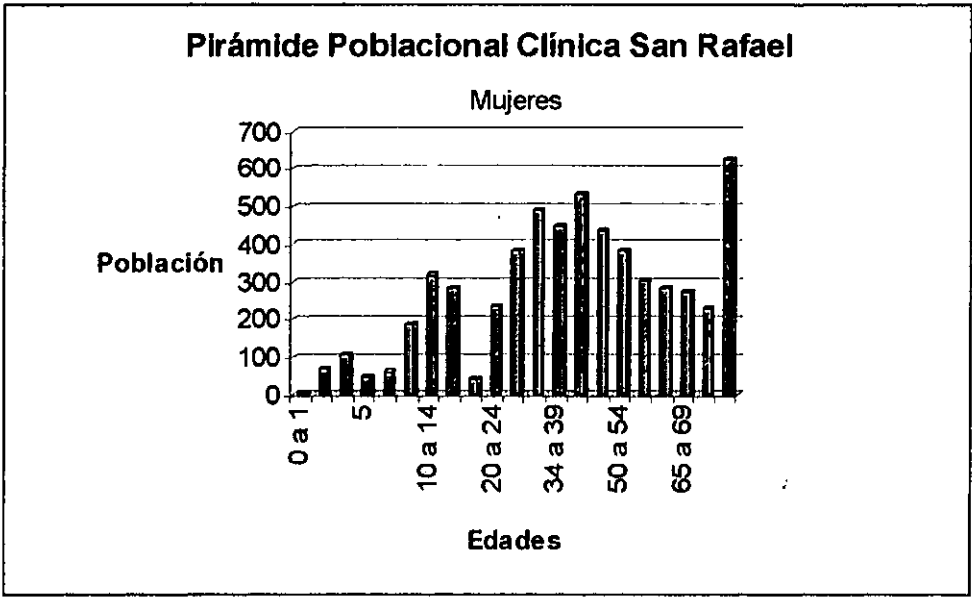
Cédulas de Recolección de Datos.

POBLACIÓN DERECHOHABIENTE DE LA CLÍNICA SAN RAFAEL, ISSSTE

EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	ASEGURADOS HOMBRES	FAMILIARES	ASEGURADAS MUJERES	FAMILIARES
0 a 1	4	8	12	0	4	0	8
1 a 2	88	70	158	0	88	0	70
3 a 4	115	108	223	0	115	0	108
5	52	51	103	0	52	0	51
6	59	62	121	0	59	0	62
7 a 9	200	188	388	0	200	0	188
10 a 14	352	318	670	0	352	0	318
15 a 18	283	282	565	1	282	1	281
19	62	45	107	0	62	2	43
20 a 24	177	233	410	63	114	77	156
25 a 29	301	383	684	263	38	306	77
30 a 34	336	492	828	333	3	403	89
34 a 39	337	447	784	337	0	338	109
40 a 44	334	533	867	332	2	399	134
45 a 49	326	439	765	320	6	323	116
50 a 54	266	384	650	238	28	239	145
55 a 59	235	306	541	196	39	195	111
60 a 64	201	283	484	148	53	145	138
65 a 69	164	272	436	116	48	121	151
70 a 74	137	229	366	82	55	98	131
75 y más	302	623	925	120	182	291	332
TOTAL	4331	5756	10087	2549	1782	2938	2818

Pirámide Poblacional Clínica San Rafael





## CENSO POBLACIONAL

### MOSAMEF A-I

MASCULINO						FEMENINO					
EDAD	TRABAJADOR	PENSIONADO	PADRE	HIJO	ABUELO	TRABAJADOR	ESPOSA	PENSIONADA	MADRE	HIJA	ABUELA
Menos de 1											
1 a 4											
5 a 9											
10 a 14											
15 a 19											
20 a 24											
25 a 29											
30 a 34											
35 a 39											
40 a 44											
45 a 49											
50 a 54											
55 a 59											
60 a 64											
65 a más											

**CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR**

MOSAMEF B-I

Familia: \_\_\_\_\_ Estado Civil: Casados ( )  
U. Libre ( )  
Soltero ( )

Años de unión conyugal: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_ M F Escolaridad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

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

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

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

Total: \_\_\_\_\_

Tipo de familia: Marque con una equis (X)

DESARROLLO: Moderna ( ) DEMOGRAFÍA: Urbana ( )  
Tradicional ( ) Semiurbana ( )

COMPOSICIÓN: Nuclear ( ) Extensa ( ) Compuesta ( )

Ingresos mensuales aproximados: < de un salario mínimo ( )

de 1 a 2 salarios mínimos ( )

3 o más salarios mínimos ( )

Ocupación de los Padres de Familia: \_\_\_\_\_

Etapas del Ciclo Vital Familiar: Expansión ( ) Dispersión ( )

Independencia ( ) Retiro ( )

Observaciones:

Causas de mortalidad, vigilancia de enfermedades crónico - degenerativas, toxicomanías, tipo de habitación familiar y dependencia en la cual labora el trabajador

## HOJA TABULAR PARA EL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR

	NO	%
<b>Estado Civil</b>		
Soltero		
Casado		
Unión Libre		
Divorcio		
Viudo		

<b>Años de unió Conyugal:</b>		
-------------------------------	--	--

<b>Escolaridad</b>		
Básica		
Media		
Media Superior o Técnica		
Superior		

	x	δ
<b>Edad del Padre</b>		
<b>Edad de la Madre</b>		

<b>Método de planificación Familiar:</b>		
DIU		
Ant. Oral		
Ant. Inyectable		
OTB		
Ritmo		
Condón		
Vasectomía		

<b>Número de Hijos (hasta 10 años de edad):</b>		
---	--	--

<b>Número de Hijos (de 11 a 19 años de edad):</b>		
---	--	--

<b>Número de Hijos (de 20 o más años de edad):</b>		
--	--	--

	NO	%
<b>Ocupación de los padres de Familia:</b>		
Profesional		
Técnico		
Empleado		
Hogar		
Otro		

<b>Ingreso Económico:</b>		
< 1 salario mínimo		
1 a 2 salarios mínimos		
3 o más salarios mínimos		

<b>Tipo de Familia:</b>		
Desarrollo		
Moderna		
Tradicional		

<b>Composición:</b>		
Nuclear		
Extensa		
Compuesta		

<b>Demografía:</b>		
Urbana		
Rural		

<b>Etapa del ciclo familiar:</b>		
Expansión		
Dispersión		
Independencia		
Retiro		

## GLOSARIO DE TÉRMINOS PARA EL LLENADO DE LA CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

### MOSAMEF B-2

- Familia:** Se anotarán los apellidos que identifiquen a la familia.
- Años de Unión Conyugal:** Anotar en años cumplidos el tiempo que lleva de vivir en pareja.
- Escolaridad:** Se anotará el grado máximo de estudios que haya alcanzado el entrevistado.
- Domicilio:** Se anotarán: Calle, Número, (interior si lo hubiese), Colonia y Código postal.
- Familia Moderna:** Se considera así cuando ambos cónyuges trabajan fuera del hogar.
- Familia Tradicional:** Es la familia en que sólo uno de los cónyuges trabaja fuera del hogar.
- Familia urbana:** Es la familia que habita en una comunidad de más de 5000 habitantes, y que cuenta con servicios básicos de urbanización: Agua entubada (intra o extradomiciliaria), Energía eléctrica, drenaje subterráneo y Pavimentación.
- Familia Suburbana:** Es la familia que habita en una comunidad de más de 5000 habitantes y que carece de alguno de los servicios básicos de urbanización.
- Familia Nuclear:** Es la familia constituida por padre, madre e hijos.
- Familia Extensa:** Es la familia en la cual, además del padre, la madre e hijos y familiares con lazos consanguíneos, amigos, etc.
- Para identificar con claridad la etapa en que se encuentra la familia, se deberán tomar en cuenta los acontecimientos familiares en relación con el primogénito*
- Etapa de Expansión:** Comprende desde el nacimiento del primer hijo hasta el nacimiento del último.
- Etapa de Dispersión:** Comprende el periodo en que todos los hijos acuden a la escuela, pero ninguno de ellos trabaja.
- Etapa de Independencia:** Se inicia cuando se ha dado lugar a la formación de nuevas familias (cuando alguno de los hijos ya se ha casado).
- Etapa de retiro:** Se inicia cuando todos los hijos han abandonado el núcleo familiar, o cuando los padres se han jubilado.



### HOJA DE MOTIVOS DE CONSULTA

MOSAMEF C - 1

	Edad		Menos 1 año	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 y más	
	Motivos de Consulta	1ª vez	Subse cuent e	H M	H M	H M	H M	H M	H M	H M	H M	H M	H M	H M	H M	H M	H M	
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		