



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE  
POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

11226  
70  
2ej

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

## INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

U.M.F. BALBUENA

APLICACIÓN DEL SISTEMA MOSAMEF A LOS  
PACIENTES QUE INTEGRAN EL CONSULTORIO  
NÚMERO 3 DE LA U.M.F. BALBUENA

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

P R E S E N T A :

DR. FERNANDO AGUSTÍN MARTÍNEZ GAMBOA



TESIS CON MÉXICO, D. F.  
FALLA DE ORIGEN

280816

1999



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE  
POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

## INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

U.M.F. BALBUENA

APLICACIÓN DEL SISTEMA MOSAMEF A LOS  
PACIENTES QUE INTEGRAN EL CONSULTORIO  
NÚMERO 3 DE LA U.M.F. BALBUENA

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

I. S. S. S. T. E  
DELEGACION ORIENTE  
SUBDELEGACION MEDICA

P R E S E N T A : ☆ MAYO 4 1999 ☆

DIRECCION  
CLINICA BALBUENA



DR. FERNANDO AGUSTÍN MARTÍNEZ GAMBOA

MÉXICO, D. F.

1999

APLICACIÓN DEL SISTEMA MOSAMEF A LOS  
PACIENTES QUE INTEGRAN EL CONSULTORIO  
NÚMERO 3  
DE LA U.M.F. BALBUENA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:


DR. FERNANDO AGUSTÍN MARTÍNEZ GAMBOA



~~DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA~~  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO  
DE MEDICINA FAMILIAR U. N.A.M.



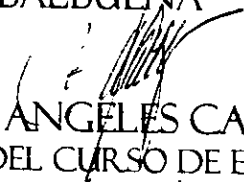
DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.


TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL  
DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR


P R E S E N T A :

DR. FERNANDO AGUSTÍN MARTÍNEZ GAMBOA

APLICACIÓN DEL SISTEMA MOSAMEF A LOS PACIENTES QUE  
INTEGRAN EL CONSULTORIO NÚMERO 3 DE LA U.M.F.  
BALBUENA

  
DRA. MARÍA DE LOS ANGELES CARRERA VÁZQUEZ  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS FAMILIARES  
DEL I.S.S.S.T.E. EN LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR CLÍNICA BALBUENA, ABRIL DEL 2000

  
DRA. MARÍA DEL CARMEN CARRANZA CERVANTES  
PROFESORA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR FACULTAD DE  
MEDICINA U.N.A.M.  
ASESOR DE TESIS

  
DRA. LETICIA ESNAUR RIZAR JURADO  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA  
CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR  
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
09 MAYO 2000  
V. G. B. G.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO,  
U.M.F. CLÍNICA BALBUENA, MAYO 2000

# DEDICATORIAS

## A DIOS:



Por darme vida y tiempo de realizar un ciclo más en mi preparación profesional.

## A MIS MAESTROS:

Por su sabiduría y conocimientos que día a día aplicaré en bien de mis pacientes.

## A MIS PADRES:

Por su apoyo, motivación y anhelo en verme una persona de bien.

## A MI ESPOSA:

Por su gran cariño, amor y comprensión.  
Gracias por creer en mí.

APLICACIÓN DEL SISTEMA  
MOSAMEF A LOS PACIENTES  
QUE INTEGRAN EL CONSULTORIO  
NÚMERO 3 DE LA U.M.F. BALBUENA

# ÍNDICE

	Pág.
I. TÍTULO	1
II. ÍNDICE GENERAL	2
III. MARCO TEÓRICO	3
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	36
V. JUSTIFICACIÓN	38
VI. OBJETIVOS (GENERALES Y ESPECÍFICOS)	39
VII. HIPÓTESIS	41
VIII. METODOLOGÍA	42
IX. RESULTADOS	47
X. TABLAS Y GRÁFICAS	52
XI. ANÁLISIS	89
XII. CONCLUSIONES	93
XIII. SUGERENCIAS	95
XIV. BIBLIOGRAFÍA	96
XV. ANEXOS	100



## MARCO TEÓRICO

### ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La Medicina Familiar desde su aparición en México se ha practicado conforme a esquemas que si bien han tenido sustento médico con el propósito de atender las necesidades de salud de las familias, aún no cuenta con una base teórica respaldada por las evidencias científicas que permitan esclarecer el conocimiento de los grupos familiares asignados al cuidado del médico.

Desde los inicios de la civilización han existido evidencias de que las alteraciones de la salud se encuentran estrechamente ligadas al nivel de vida. Las guerras, los desastres naturales, las crisis económicas y en general el deterioro del nivel de vida de las poblaciones tienen un impacto directo sobre la salud colectiva de las comunidades. (1)

En la época clásica, Hipócrates recalcó la estrecha relación entre las condiciones higiénicas (vivienda, alimentación, vestido) y la aparición de enfermedades. Desde Galeno hasta el Siglo II de nuestra era en el renacimiento, se reconoce explícitamente la influencia en el ambiente físico y social sobre la salud de los pacientes. (2)

En el Siglo XIX, se presentaron cinco epidemias mundiales de cólera, peste bubónica, tuberculosis, difteria, disentería, tifo, tifoidea y sarampión. Esto es debido a que la gente vivía en extrema pobreza y de clase trabajadora. (1) (2)

La conciencia por parte del médico hizo que paulatinamente la medicina cambiara, su preocupación de lo individual para inclinarse lentamente hacia el cuidado de la salud colectiva. La preocupación por la salud se incorporó lentamente a la conciencia pública, creándose desde el último tercio del Siglo XIX, un organismo

internacional de salud que existe en la actualidad. El resultado de ésta investigación orienta hacia las manifestaciones sobre el hombre enfermo durante los siguientes setenta años, llegándose a localizar el origen de la enfermedad, las lesiones en los órganos, tejidos y células. Como consecuencia, una respuesta social a las enfermedades, obedeciendo a los mismos principios del tratamiento individual, curativo y clínico sobre las intervenciones colectivas, preventivas y sociales.

En 1917 se forma una Comisión precedida por Habram Flexner elaboró un diagnóstico de la situación que prevalecía en esa época en los Estados Unidos, conociéndose desde entonces como "Informe Flexner", en el cual se propone una serie de recomendaciones para los servicios de salud de las escuelas de medicina. Posteriormente se presentó el Informe Dawson, el cual fortalece la medicina generalizada.

La historia de la Medicina Familiar en México se remonta al año de 1956; siendo el IMSS quien realiza modificaciones a su contrato colectivo de trabajadores tras la firma de un convenio donde se crea la contratación y categoría del Médico de Familia, teniendo las siguientes funciones:

- ◇ Una mejor atención médica
- ◇ Una mayor confianza
- ◇ Una mejor aplicación de la medicina preventiva, etc. (3)

Posteriormente se establece que la medicina familiar ocupa una posición estratégica en el primer nivel de atención (3), siendo importante al nivel de atención primaria la creación de una política definida y aceptada en la Asamblea de la OMSS en 1977, denominada "Salud para todos" en el año 2000 y en 1978, en Alma Ata, se estructuran las estrategias implementándose programas a poblaciones especiales, para la salud general y programas de prevención, protección y control de enfermedades, etc. (4,5,6), mencionándose que las acciones para alcanzar las metas en

atención primaria son integrales, es decir, que afectan no solo lo curativo, sino fundamentalmente a lo preventivo, existiendo un patrón definible de morbilidad, por lo que el médico y el personal que otorga la atención primaria de la familia, por lo que debe preparar un plan de estudios. (7).

La familia es la más antigua de las Instituciones sociales humanas y sobrevivirá en una forma u otra, mientras exista nuestra especie; es la unidad funcional básica y como tal, es la causa de muchos problemas relacionados con la salud. (3)

Es una función esencial del equipo de atención primaria a ofrecer información adecuada de los hábitos dietéticos, los efectos del tabaco, el alcohol y otras drogas, recomendar el ejercicio físico a cada edad y detectar las necesidades según el sexo, la edad y las condiciones físicas a las personas que atenderemos. (8)

Dentro de las consultas más frecuentes en los niños se encuentra la de vías respiratorias altas, causadas por neumococo, este se encuentra como comensal en las vías respiratorias superiores con cifras del cinco al sesenta por ciento, según la estación, la edad y el tipo de población estudiada, la causa que haya presentado resistencia microbacteriana se debe al incremento de la movilidad poblacional, puede afirmarse que la principal causa de que se haya incrementado en número de bacterias resistentes es el abuso o mal empleo de antimicrobianos. (9) (34)

La hipertensión arterial es uno de los principales factores de enfermedades cardiovasculares, anginas de pecho, infartos y en general es la principal causa de mortalidad de nuestro medio y la segunda causa de años perdidos de vida laboral; hoy en día los enfermos y profesionistas han sufrido un cambio en su situación y evolución ya que se dispone de un número de tratamientos con una efectividad reconocida, los pacientes deben seguir las indicaciones de los médicos para una mejora de la salud y de la población en general. (10)

La diabetes mellitus es una de las causas de consulta diaria, ya que se calcula el 2% de la población mundial con este padecimiento y

en México se maneja una cifra de 2 a 4 %, esta enfermedad se puede controlar en la mayoría de los casos, pero requiere que el paciente haga modificaciones en sus hábitos dietéticos y nerviosos, la cual es causa de complicaciones. (11)

En la consulta diaria la osteoartritis es un padecimiento frecuente, y que por sus características clínicas y degenerativas hacen que esta enfermedad sea difícil su tratamiento que debe abarcar: Educación médica, quirúrgica y restauración de la función. (12)

Para el médico familiar es importante conocer las principales causas de morbilidad de la población a la que atiende, así como la estructura familiar de la misma, para poder realizar este estudio se aplicará el modelo sistemático de Atención Médica Familiar, elaborado por el Doctor Irigoyen Coria y colaboradores.

## LA FAMILIA

Por la familia se entiende la unidad biopsicosocial integrada por un número variable de personas, ligada por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable, y que viven en un mismo lugar.

### HIPÓTESIS ETIMOLÓGICAS DE LA PALABRA FAMILIA

#### Definición de familia

Grupo formado por marido, madre e hijo sigue siendo la unidad básica de la cultura Occidental conservando aún la responsabilidad de poseer los miembros nuevos a la sociedad y otorgarles apoyo emocional y físico.

#### Etimología del término familia

Es propuesta por MARQUEZ DEL MONTE como proveniente, de la palabra latín "**FAMULUS**" que significa sirviendo o esclavo doméstico.

#### AUTORES

1. TAPARELI.

La palabra familia deriva del latín "FAMES" que significa hambre que es una de las necesidades que resuelve esta asociación.

2. MENDIZABAL Y MARTIN.

Familia deriva de "FAMUS" que significa hambre.

### 3. RODRÍGUEZ DE ZEPEDA.

Conjunto de personas que viven bajo un mismo techo subordinados a un superior común y que unidos por un vínculo que se deriva inmediatamente de la ley natural.

### 4. TREDELENBUR.

Existen en la familia tres sociedades unidas, la conyugal, la filial y la heril.

### 5. ANÓNIMOS DEL SIGLO XII.

Gente que vive en una casa bajo la autoridad del ser de ella.

### 6. FERNÁNDEZ MORALIN.

Conjunto de antecedentes, descendientes, colaterales y afines de un linaje.

### 7. GÓNGORA.

Cuerpo de un orden o religión o parte considerable de ella

### 8. ALARCON.

Gente que el Señor sustenta dentro de una casa. (13)

Entendemos a la familia como un subsistema social abierto, en constante interacción con el medio natural, cultural y social, y donde cada uno de sus integrantes interactúan como microgrupos en un entorno familiar donde existen factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia en la determinación del estado de salud y enfermedad.

La influencia de la familia en creencias y conducta de sus

miembros se produce tanto a partir de las relaciones interpersonales cotidianas, como las características socioculturales del medio donde se ubican, esta última se realiza en forma lenta y a largo plazo.

En la familia como unidad social primaria no sólo influyen los aspectos biomédicos tradicionales, sino que al mismo tiempo está en condiciones de transmitir a sus miembros elementales, culturales en donde intervienen creencias, conducta y el concepto de salud - enfermedad.

En la familia existen estructuras, disfunciones, diferencias conyugales, etc., que actúan sobre creencias en torno a la salud.

Dicha estructura de la familia ha ido cambiando conforme evoluciona el tiempo, así como el proceso de una sociedad industrializada y urbanizada transformando la composición de la familia, pasando de una familia extensa compuesta por varias generaciones (parientes incluidos por miembros no emparentados a una familia nuclear constituida por el matrimonio de los hijos).

La influencia cultural de las familias extensas con bases marcadas de tradiciones repercute en la cultura de la salud de la misma.

El vocablo familia, se origina de la palabra latina **famulus**; que significa sirviente o esclavo doméstico. En un principio la familia agrupaba el conjunto de esclavos y criados, propiedad de un solo hombre, la cual fue propuesta por el Marqués de Morante.

Dentro de las principales definiciones de familia se encuentran los siguientes consensos:

### **Consenso Canadiense**

La 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. (13)

## **Consenso Norteamericano**

Una familia es un grupo de dos más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras por lazos sanguíneos, de matrimonio o adopción.

Aunque el término familia se ha definido de diferentes formas, el grupo formado por un marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica en la cultura de occidente, conservando aún la responsabilidad de proveer a los miembros nuevos a la sociedad, socializarlos, otorgarles apoyo emocional o físico. Por otra parte la familia es la institución básica de las sociedades humanas, representando el fundamento lógico de todo el desarrollo cultural. La característica principal de la familia es la de formar una unidad en relación a otros grupos semejantes o diferentes, interactuando entre la sociedad y las relaciones.

Esto no significa que la familia sea indisoluble y permanente, por otra parte la familia ha sufrido cambios con el tiempo de acuerdo a situaciones ambientales, sociales y económicas. (14)

La familia es el grupo en el cual el individuo desarrolla sus sentimientos de identidad y de independencia, el primero de ellos es el sentirse miembro de una familia y el segundo por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación en grupos extrafamiliares. (15)

Para poder estudiar a la familia debemos comprender su estructura y función, conocer como se comunica y aceptar el papel de reforzadores de la función central de la familia; proporcionar un medio para el desarrollo social psicológico y biológico de todos los miembros. (Epstein y Col.)

Existen varios aspectos de conocer en el estudio de la familia.



# CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS

## Según su cultura.

- Familias de cultura indígena con mayor o menor mestizaje.
- Familias de comunidad rural tradicional.
- Familias de comunidad o aglomeración urbana.

## De acuerdo a la pertenencia socioeconómica y de clase.

- Familias de estratos marginados y subproletarios con niveles de subsistencia precaria totalmente.
- Familias de estratos proletarios y populares, dependientes de actividad económica y con menor grado de precariedad.
- Familias de estratos medios, participantes en mayor o menor medida en la actividad económica y que van desde el nivel de consumo básico al semiestructurado. (16)
- Familias de estratos elitistas de dominio común, alto grado de consumo y necesidades suntuarias.

## Desde el punto de vista social con base a su desarrollo. (3)

- Moderna: cuando ambos cónyuges trabajan.
- Tradicional: cuando sólo uno de los cónyuges trabaja fuera del hogar.
- Arcaica o primitiva.

## En base a su demografía. (3)

- Urbana: son las familias que habitan en una comunidad de más de 5,000 habitantes y que cuentan con todos los servicios básicos de urbanización.
- Rural: familias que habitan en comunidades de menos de 5,000

habitantes y que carecen de alguno de los servicios básicos de urbanización.

### **En base a su integración. (3)**

- Integrada: cuando ambos cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.
- Semi - integrada: cuando ambos cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.
- Desintegrada: cuando falta alguno de los cónyuges por separación, divorcio o muerte.

### **Desde el punto de vista tipológico: se da según la ocupación de uno o de ambos cónyuges.**

- Campesina.
- Obrera.
- Profesional.

### **Desde el punto de vista estructural. (3)**

- Nuclear: compuesta por padre, madre e hijos.
- Extensa: comprende padre, madre, hijos y familiares consanguíneos.
- Extensa compuesta: comprende al padre, madre, hijos, familiares consanguíneos y no consanguíneos.

## EL CICLO VITAL DE LA FAMILIA

Se ha concebido como la secuencia de estados que atraviesan la misma, desde, su establecimiento hasta su desaparición.

Podemos decir que la familia posee su propia historia natural, alternando etapas complejas con otras de simplificación, variando además las características sociales y económicas de la familia de su formación hasta su dilución.

La OMS ha diseñado un modelo de seis etapas o faces, con las siguientes secuencias:

- I. Formación.
- II. Extensión.
- III. Extensión Completa.
- IV. Contracción.
- V. Contracción completa.
- VI. Disolución.

Otra clasificación del ciclo vital.

### **Etapas de extensión**

Comprende desde el nacimiento del primer hijo hasta el nacimiento del último.

### **Etapas de dispersión**

Comprende el periodo en que todos los hijos acuden a la escuela, pero ninguno trabaja.

### **Etapas de independencia**

Se da cuando los hijos forman nuevas familias.

## **Etapa de retiro**

Se inicia cuando los hijos han abandonado el núcleo familiar y los padres se jubilan.

Las relaciones de las parejas deben tener en cuenta al analizar las influencias socioculturales de la familia en el campo de la salud.

RAINWAITER describe tres tipos que son:

- I. Conjunto; se comparten tareas e intereses.
- II. Segregación; grandes diferencias entre los roles y actividades.
- III. Intermedia; comparte algunas tareas y decisiones.

En la segunda de ellas es donde más conflictos hay y origina una mayor necesidad de ayuda Médica.

La organización familiar, entendida como el sistema adoptado por el grupo familiar para desempeñar sus funciones, debe ser analizado en razón a su contexto social.

El Médico de familia debe desarrollar sus posibilidades para valorar adecuadamente las consecuencias de estas estructuras familiares y para abordarla con los recursos preventivos y curativos adecuados que le permitiera eliminar, o al menos atenuar su acción nociva sobre los integrantes expuestos a riesgos implícitos en estas tensiones sociales.

Hasta fechas relativamente recientes, las relaciones del Médico con la familia sólo se establece el propósito de obtener información sobre un paciente grave o para transmitir los pronósticos o alguna recomendación terapéutica en enfermedades que así lo requiera.

El ciclo de la familia, basado en el trabajo de DUVALL; describe este ciclo, aunque haya cambiado las normas sociales, en la actualidad, menos de la mitad viven en el núcleo familiar, las ocho etapas enunciadas por éste autor son:

1. Matrimonio pareja, inicio de la familia.
2. Nacen los hijos.
3. Familia con los hijos en la etapa preescolar.
4. Familias con hijos adolescentes.
5. Separación con hijos adolescentes.
6. Separación familiar de los hijos.
7. Edad media "nido vacío".
8. Edad avanzada de los miembros de la familia/jubilación/retiro.

Por los cambios y teniendo en cuenta la existencia de otros tipos de familia, a menudo se utilizan otros listados más genéricos de estado de ciclo familiar que pueda aplicarse tanto a la familia tradicional como a otros tipos de familia existentes en la sociedad.

- I. Soporte financiero.
- II. Defensa.
- III. Tratamiento Médico.
- IV. Amor y soporte emocional.
- V. Información.
- VI. Educación.
- VII. Soporte estructural. (17)

### **Funciones de la familia:**

Las funciones de la familia son cambiantes, se inician con la creación de la misma, suelen madurar a través del tiempo y terminar con su disolución.

Algunas de las funciones son ejercidas por todos los miembros de la familia, otros son realizados predominantemente por un solo

miembro, o en algunos casos se necesita para el mejor desempeño de la familia la colaboración externa de otras personas, grupos sociales Instituciones o Dependencias de Gobierno. (18)

Funciones:

- **La socialización:** es transformar en un tiempo determinado a un niño totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo, con la plena independencia para desarrollarse en sociedad. Aquí intervienen tres instituciones primordiales; la familia, la escuela y la iglesia.
- **El cuidado:** es el que permite preservar nuestra especie y se basa en dar alimentación, vestido, seguridad física y apoyo emocional a cada uno de sus miembros.
- **El afecto:** la necesidad de recibir, proporcionar ánimo, amor y cariño, determina en gran medida nuestras relaciones familiares.
- **Reproducción:** históricamente el matrimonio como institución legal y sacramento de la iglesia, se hace para regular dos factores fundamentales dentro de la familia y por lo tanto dentro de la sociedad: el ambiente sexual y la reproducción, la cual debe de realizarse con responsabilidad.
- **El estatus y nivel socioeconómico:** es equivalente a transferir derechos, obligaciones y tradiciones; esto se ejemplifica claramente en las expediciones al nacimiento del primer hijo perpetuando así los privilegios y logros familiares. (3)

## LA FAMILIA COMO UNIDAD DE SALUD

El término salud familiar incluye el total o la suma de los estados de salud de cada uno de los miembros de la familia, pues toma en cuenta las interrelaciones y la independencia de los estados de salud física, social y mental de los individuos que viven juntos, los cuales determinan el funcionamiento de la familia como una unidad biológica, psíquica y social dentro del ambiente cultural.

Sin embargo, en realidad el término tiene un significado superior a la suma de sus partes, ya que en él se incluyen tanto la prevalencia como la frecuencia de enfermedades en la familia. Por lo tanto, la familia es una unidad de atención de la salud, pero también una unidad de salud. (3) (18)

La salud familiar comprende las relaciones de interdependencia física, mental y social de los individuos que la componen. Complementa las funciones de salud pública y la atención médica; su ámbito de acción permite afrontar en forma congruente e integral numerosos problemas de salud que no pueden abordarse de otra forma.

Cuando la comunidad se considera, no como un conjunto de individuos diferenciados por edad, sexo y clase social, sino como un conjunto de familias diferenciadas por razones sociales, económicas y biológicas, se manifiestan nuevas formas y gamas de variación y pueden dar lugar a nuevas posibilidades.

La necesidad de considerar a la familia como unidad de salud, tiene bases biológicas, demográficas, sociales, económicas y prácticas. Esto queda bien entendido si recordamos que las enfermedades transmisibles o las parasitosis intestinales se propagan fácilmente en el seno de la familia, que los padecimientos genéticos dan lugar a tensiones entre los integrantes de la familia, que la pobreza, miseria e ignorancia de los miembros de la familia impiden el desarrollo pleno

de los mismos, y que las enfermedades crónicas o invalidantes dan lugar a trastornos psicológicos y sociales.

La familia ofrece la posibilidad de abordar los problemas de salud en forma integral y práctica, los que así son más fáciles de resolver, por ejemplo:

- a) En la promoción de la salud las medidas de higiene personal, la lucha contra la desnutrición y los exámenes médicos a la familia entera permiten combatir o descubrir padecimientos que puedan afectar a todo el grupo familiar.
- b) En la prevención de padecimientos mediante vacunaciones.
- c) En la curación lo más adecuado es abordar el problema atendiendo a todos los miembros de la familia. Esta necesidad es clara en ciertos padecimientos (obesidad, parasitosis, caries, amigdalitis, diabetes, etc.)
- d) En la rehabilitación se debe cuidar al afectado e instruir a los familiares para favorecer la readaptación.
- e) En la educación para la salud la transmisión de mensajes educativos se facilita en la familia si un miembro lo hace. Así para la planificación familiar el padre puede ser el portavoz que transmita el mensaje, en la prevención de accidentes en el hogar puede ser la madre.

Lo anterior, lleva a términos reales, significa que el personal de salud debe incorporar a su trabajo diario los conocimientos sobre la familia y que los miembros de ésta deben estar conscientes de la dinámica familiar y de la importancia que tienen para la salud las relaciones intra, inter y extrapersonales. (19)



## INDICADORES DE LA SALUD FAMILIAR

Los indicadores de la salud familiar son de cuatro tipos.

1. Demográfico.
2. Vitales.
3. De servicios.
4. De morbilidad.

1. Indicadores demográficos. Tamaño de la familia, composición de la familia (estado civil, edad, sexo, grado de escolaridad, empleo, etc.), residencia urbana o rural, ingresos económicos.
2. Indicadores vitales. Tasas de mortalidad, tasas de natalidad, tasas de fecundidad, esperanza de vida, etc.
3. Indicadores de servicio. Tasas de demanda de servicios médicos, número de consultas a la familia, días promedio de estancias en el hospital, etc. Cuando disminuye el papel integrador de los miembros de la familia hay aumento de la demanda de servicios.
4. Indicadores de morbilidad. Tasas de aborto (abortos provocados, abortos espontáneos), tasas de infecundidad, tasas de incapacidad, tasas de frecuencia y prevalencia de enfermedades, tasas de ausentismo al trabajo o escuela, tasas de jubilación temprana por incapacidad, indicadores de salud mental (ingresos en un servicio de salud mental, antecedentes familiares de enfermedad mental, falta de armonía conyugal, etc.). (20)

## NIVELES DE ATENCIÓN MÉDICA

Los servicios médicos y en particular los de un área geográfica deben de otorgar una atención integral, oportuna, accesible y eficaz. Una de las formas de lograrlo es recurriendo a un procedimiento administrativo llamado **Niveles de Atención Médica** y que enfoca las necesidades de salud curativa y cualitativas de las comunidades, las acciones mismas a favor de la salud.

Se consideran tres niveles de atención médica:

- Primario.
- Secundario y
- Terciario.

### PRIMER NIVEL

Está dirigido a un individuo sano o aparentemente sano. Sus objetivos principales son la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; para conseguirlo se dispone de educación para la salud y de la prevención específica. (21)

Este nivel debe tener contacto directo con los integrantes de la comunidad y el personal de salud, en éste se previene y se promueven programas para mejorar resultados con respecto a la salud, se atienden problemas agudos y se controlan enfermedades crónicas. Sus funciones están dadas por características ya establecidas. (21)(22)

- ◇ Problemática. Se ocupa de la población sana y promueve la salud con fines comunes y específicos de ciertas enfermedades crónicas.
- ◇ Cobertura. Atiende a vecinos de un pequeño lugar, comunidades determinadas o familias poco extensas.

- ◊ Ubicación. Está ubicada dentro de la propia comunidad a la que atiende.
- ◊ Tipo de atención. Los beneficiarios tienen acceso directo.
- ◊ Funciones. Están orientadas hacia la protección de la salud, diagnóstico y tratamiento oportuno de los padecimientos (control prenatal, vigilancia de niño sano, vacunaciones y medidas de urgencia).
- ◊ Recursos humanos. Está integrado por médicos familiares o generales, enfermeras, auxiliares de enfermería, trabajadoras sociales, técnicos radiólogos y laboratoristas.
- ◊ Recursos físicos. Consultorios periféricos, centros de salud, clínicas de medicina familiar.

El primer nivel forma parte de la atención primaria de la salud y los recursos humanos deben estar debidamente preparados y con experiencia que solucione las condiciones de salud de los beneficiarios proporcionando a una atención eficaz de primer nivel, basándose en las necesidades del individuo, la familia y la comunidad, a los que debe dárseles sentimiento de seguridad y calma, lo que significa que en el primer nivel se otorguen servicios curativos y preventivos en la consulta externa para elevar la situación sanitaria de la comunidad. (23)

## **SEGUNDO NIVEL**

Tiene como objetivos especiales: evitar que las enfermedades progresen y limitar la invalidez; estos objetivos se alcanzan mediante el diagnóstico correcto y el tratamiento adecuado, actividades que tradicionalmente corresponden al clínico. En este nivel de prevención las acciones se dirigen hacia el enfermo. La detección es particularmente útil para el descubrimiento de padecimientos de acción prolongada. Se identifica con los servicios de consulta externa y hospitalización general en donde se encuentran médicos familiares o generales, algunos especialistas y técnicos especializados. (21) (24)

Sus características son:

- ◆ Problemática. Se ocupa de la población enferma que necesita cierta atención especializada.
- ◆ Cobertura. Sirve a grandes grupos de población o a grandes comunidades.
- ◆ Ubicación. Está a una distancia media del domicilio del paciente.
- ◆ Tipo de atención. Intermitente y por lo tanto discontinua.
- ◆ Funciones. Se dirigen hacia el diagnóstico, tratamiento temprano y limitación del daño.
- ◆ Personal. Profesional y técnico con especialidades o subespecialidades.
- ◆ Recursos físicos. Son hospitales generales, clínicas de especialidades que atiendan padecimientos de gineco-obstetricia, pediátricas, traumatología (urgencias menores), centros de salud y clínicas con hospitalización.

### **TERCER NIVEL**

Los problemas de salud que atiende éste nivel, por lo regular requieren de solución quirúrgica y la participación de servicios altamente tecnificados para evitar daño físico, mental y social.

Sus características son las siguientes:

- ❖ Problemática. Se ocupa de la población enferma con problemas de salud poco frecuentes.
- ❖ Cobertura. Sirve a grupos de población grandes o a muchas comunidades.
- ❖ Ubicación. Puede estar ubicada a gran distancia del hogar del paciente.
- ❖ Tipo de atención. Es de tipo episódico y discontinuo, los pacientes no tienen acceso directo a éste nivel. Generalmente se envía a un nivel secundario para dar continuidad a su tratamiento.
- ❖ Funciones. Son fundamentalmente de curación y rehabilitación.

- ❖ Personal. Requiere personal médico, paramédico y técnico altamente especializado, su preparación es estrecha en amplitud y de gran profundidad. (24)
- ❖ Recursos físicos. Hospitales especializados, centros médicos, centros hospitalarios y hospitales universitarios.

Todos los niveles tienen igual importancia en el panorama general de la salud de las comunidades, debe enfatizarse que la piedra angular para mejorar las condiciones de salud es la atención primaria de la salud.

Esto significa que la atención médica por niveles es una forma más para afirmar que la salud es parte integrante de la vida y que la atención médica es parte de la actividad del individuo y la sociedad. (23) (24)

## FUNCIONES GENERALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

La Atención Primaria de la Salud debe presentar varias funciones que protejan, fomenten y restablezcan la salud del individuo y en consecuencia beneficio para su familia, de la colectividad, legislatividad y administración.

Las funciones generales de Atención Primaria de la Salud son:

- Promoción de la salud.
- Protección específica.
- Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.
- Rehabilitación.
- Educación.
- Investigación.
- Legislación.
- Administración. (23)

La atención médica cuando se integra a la salud pública se transforma en apoyo. Importante a la Salud Primaria.

Las funciones de la atención de la salud de acuerdo con los organismos y personas que los llevan a cabo, se clasifican en la forma siguiente:

- I. **Realizadas básicamente por Autoridades Gubernamentales.**
  - Purificación del agua.
  - Disposición de la basura.
  - Inmunización obligatoria.
  - Reglamento en cuanto al medicamento o saneamiento, etc.
- II. **Realizadas por el personal de salud que realiza en forma directa.**

- Toma de la atención arterial.
- Inmunizaciones.
- Pruebas de gabinete (RX, EKG, pruebas de funcionamiento pulmonar)
- Exámenes de laboratorio (análisis de orina, dextrotix, etc.)
- Atención domiciliaria.
- Exámenes médicos periódicos.
- Toma de papanicolau.

**III. Realizadas por los pacientes. En éste caso los individuos deben aprender a implementar ciertas prácticas de salud.**

- Evitar fumar.
  - Evitar tomar bebidas embriagantes (Alcohol, etc.)
  - Evitar accidentes dentro y fuera del hogar. (tener medicamentos y solventes al alcance de los niños, manejar con prudencia, etc.).
- (25)

Desafortunadamente se ha demostrado en forma objetiva que las funciones de la Atención Primaria en su totalidad no sean eficaces.

Una buena atención a la salud, a una comunidad o de una Institución debe reunir los siguientes requisitos:

- ◆ Igualdad.
- ◆ Integral.
- ◆ Calidad.
- ◆ Oportunidad y accesibilidad.

**La atención médica consta de tres componentes básicos:**

1. Beneficiarios. Son los usuarios (pacientes).
2. Recursos. Son el personal, el equipo, los locales, la tecnología, las instalaciones y el financiamiento.
3. Administración.

## FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ATENCIÓN MÉDICA

1. Biológico. Se estudia en base al estado de salud - enfermedad, la edad y el sexo.
  - ◊ Estado de salud - enfermedad. Es el elemento más importante de la demanda, su participación depende en gran parte la urgencia que presente, del dolor y de la incapacidad que deja la enfermedad.
  - ◊ Edad. Se decía que en los extremos de la vida, pero actualmente se ha incrementado en las dos etapas de la vida.
  - ◊ Sexo. El sexo femenino es el que más acude a servicio.
2. Socioeconómicos. Tienen diversos factores, al mejorar las condiciones socioeconómicas y de vida, aumenta la demanda de servicios médicos.

Los aspectos de mayor relevancia son:

- Residencia. Los habitantes de los medios urbanos solicitan más servicios que los rurales.
- Escolaridad. Cuando el padre de familia o alguno de los miembros tienen mejor preparación, la petición de los servicios aumenta.
- Tamaño de la familia: Los integrantes de la familia grande solicitan más los servicios médicos que las familias pequeñas.
- Estado civil. Es muy importante ya que en promedio los casados viven más y que solicitan menos la consulta que los solteros. (26)
- Actividad. Las personas que desarrollan actividades comerciales o intelectuales solicitan más atención médica que los individuos dedicados al campo.



- Ingresos económicos o familiares. En términos generales, la demanda aumenta junto con el ingreso per cápita familiar.
- Legislaciones. La atención médica de las personas esta en las legislaciones existentes y al tipo de servicios que hay (publico, privado, gratuito, etc.).
- Psicológico. La situación psicológica va a condicionar al paciente con respecto del fenómeno salud - enfermedad y la creencia de la afectividad terapéutica. Esta influida por el estado emocional, las actitudes, las experiencias previas y las creencias.

La demanda y la oferta es la relación que existe en los servicios en cuanto al número de hospitalizaciones, consultas, inmunizaciones, etc.

Debe aclararse que los términos demanda y oferta, en un sentido económico no son del todo aplicables a los servicios médicos, ya que la demanda económica siempre se relaciona con el precio y la salud no se compra, se adquiere en diversas formas.

En cuanto a la oferta, ésta se limita a sólo los servicios (edificios, instalaciones y equipo), que tengan; la calidad, cantidad y tipo están dados por diversos elementos, número, variedad y servicios. Otra característica de la oferta en su accesibilidad a los días de atención y horas de servicio, costo de los servicios y tiempo, distancia física entre pacientes y recursos. (25) (38)

## DAÑOS A LA SALUD

Los daños a la salud desde el punto de vista de la Salud Pública, afectan a una determinada población, agrupadas y analizadas según alguna característica común; causa, evaluación frecuencia y distribución geográfica, etc., de forma tal que le permitan deducir medidas para su prevención y un mejor control.

Siendo tan numerosos los factores que intervienen en la salud y la enfermedad, y tan variadas las respuestas del organismo, no puede pensarse que obedezcan a una sola causa. Se ha establecido el principio de la multicasualidad que no tiene solamente un valor teórico o académico, sino que orienta para actuar, tanto sobre los factores específicos, como sobre los predisponentes, a fin de promover la salud y evitar la enfermedad. (21)

Describir en término cuantitativo la situación de salud y enfermedad de una población, requiere de cuantificadores de la fase de salud que no se han establecido satisfactoriamente, situación que no ha ocurrido con la enfermedad y la muerte. (26)

Lo cual se estudia basándose en la morbilidad y la mortalidad poblacional. (26)

## MORTALIDAD

### Definición

Número proporcional de muertes en una población y tiempo determinado. Actual o anual, en los grupos de vida. Número por 1,000 asegurados por año.

Los indicadores de mortalidad son un reflejo importante de los cambios económicos, sociales, sanitarios, ambientales y demográficos de las comunidades, por lo que resulta un valioso indicador de los niveles de desarrollo de los pueblos del mundo. (27)

Es un parámetro útil para la medición de las condiciones de salud, por lo que es de gran trascendencia su conocimiento preciso para determinar las causas que interviene en los procesos de salud - enfermedad, y actuar para modificar los riesgos existentes y como propósito evitar los daños con una atención médica integral y de calidad eminentemente preventiva. (19) (27)

## CAUSAS GENERALES DE LA MORTALIDAD

Las causas que producen las definiciones en México se agrupan en tres grandes apartados:

- a) Las enfermedades transmisibles
- b) Las enfermedades no transmisibles
- c) Los accidentes y muertes por violencia

### **a) Enfermedades transmisibles**

Este grupo de enfermedades, que vistas en conjunto, constituyen la principal causa de muerte en México hasta hace unos años, fue desplazada por el grupo de la no transmisible. Las neumonías, la influenza, otra enfermedad del aparato respiratorio y de las contenidas en el primer capítulo de la clasificación internacional de enfermedades, referente a las enfermedades infecciosas y parasitarias. La viruela y al paludismo han desaparecido como causa de muerte y otras causas (peste, fiebre amarilla). (28) (29)

### **a) Enfermedades no transmisibles**

La mortalidad de enfermedades cardio vasculares, enfermedades degenerativas, metabólicas y neoplásicas, casi todas ellas ligadas al aumento de la población adulta y vieja; en su conjunto son ya la principal causa de muerte en México, pues tienen el mayor porcentaje de defunciones.

### **b) Accidentes y muerte por violencia**

La industrialización, el crecimiento del sector urbano y las deficiencias en la educación para la salud han dado lugar a un aumento cada vez mayor de los accidentes en sus diversas modalidades. Los accidentes del trabajo y por vehículos de motor ocupan un lugar preponderante en zonas industrializadas y urbanas; los accidentes

domésticos y otros ocurridos en las vías públicas predominan en las zonas rurales y en la periferia de las zonas urbanas.

Los homicidios, siempre vinculados a las condiciones colectivas de la salud mental y al momento actual que vive nuestro país debido a su economía, ya que esto desajusta totalmente a sus habitantes que trae una serie de consecuencias y está dentro de las 10 principales causas de mortalidad. (28) (29)

Otro fenómeno ligado a las condiciones colectivas de salud mental son los suicidios posiblemente por carestía, falta de trabajo, desempleo, los despidos masivos, cambios en el medio ambiente (falta de lluvia) para los agricultores y ganaderos que hace que emigren a las zonas de mayor concentración, aumentando sus problemas tanto económicos como familiares.

## CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL

La mortalidad por enfermedades transmisibles descendió entre 60 y 87% en todos los grupos de edades durante las tres últimas décadas, contribuyendo en gran medida al descenso de la mortalidad general. La mortalidad por tumores aumento en los lactantes, preescolares y escolares y permaneció relativamente estable en los demás grupos: debido a causas externas aumentó en los menores de una año y en los mayores de quince.

En 1994 las principales causas de mortalidad general fueron las enfermedades del corazón (CIE- 9.390-429) con una tasa de 63.4 defunciones por 100,000 habitantes (13.5% del total de defunciones por causas definidas); los tumores malignos 49.2 (10.4%); los accidentes 45.7 (9.7%); la diabetes mellitus 31.87 (6.7%), ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal 26.2 (5.6%); la enfermedades cerebrovasculares 24.4 (5.2%); la neumonía e influenza 22.0 (4.7%); la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado 21.8 (4.6%); las enfermedades intestinales 22.0 (4.7%) y los homicidios y lesiones infligidas internacionalmente por otra persona 17.7 (3.8%). (28) (29)

Las diez causas representaron el 68.2% del total de las defunciones por causas definidas.

## MORBILIDAD - MORBIDIDAD

### Definición

Número proporcional de personas que enferman en población en un tiempo determinado.

La función de la medicina es prevenir, recuperar y conservar el estado de salud de los individuos, por lo que la planificación, organización y evolución de los servicios debe sustentarse en las necesidades de la población según su problemática, la causa en gran parte se determina mediante los niveles de morbilidad, expresión cuantitativa de la enfermedad. (30)

El análisis de la situación de los pueblos del mundo es algo que preocupa a todos los miembros del equipo de salud, por lo que el estudio de la morbilidad resulta prioritario, ya que es un parámetro fundamental para definir el perfil de la salud de las comunidades y un elemento valioso en la epidemiología, ciencia que estudia los factores y condicionantes que intervienen en el proceso de salud - enfermedad, mediante la recolección de informaciones que miden el estado de salud, la prevalencia de los riesgos y los impactos de las acciones desarrolladas, de cuyo análisis e interpretación se deciden las alternativas para la prevención y control de los daños, y se establecen las políticas y estrategias a seguir. Dentro de dichas informaciones destaca la morbilidad, cuyo estudio es aplicado debido a que la enfermedad no es un suceso único, sino múltiple, pudiendo afectar al ser humano en un momento de su vida o a lo largo de toda su existencia. (31)

El estudio de las enfermedades debe sustentarse en el reconocimiento de que muchas de ellas son prevenibles, y que gran proporción de la patología predominante que afecta a la población, es susceptible de ser evitada.

Los datos sobre la enfermedad pueden resumirse en lo relativo a su

frecuencia, gravedad, duración, características de los pacientes, variables referentes a cada afección, las secuelas e invalidez que provocan, etc., las que son medidas por una serie de indicadores recomendados a un nivel internacional para asegurar su comparación, siendo sus fuentes de obtención la notificación de enfermedades transmisibles y no transmisibles. (30) (31)

Los médicos generales familiares recopilan mucha información sobre morbilidad en el curso de su trabajo diario, y las historias médicas reflejan más exactamente las verdaderas frecuencias relativas a muchas enfermedades que los registros hospitalarios o de mortalidad.

En los países en que los médicos familiares son responsables de una relación definida de datos poblacionales sobre las cifras de consultas por distintos trastornos, éstos datos pueden convertirse fácilmente en tasas de morbilidad. Los cuadros frecuentes pueden estudiarse utilizando los registros de un solo consultorio, o de un grupo de consultorios vecinos, pero el estudio de enfermedades menos frecuentes precisa de un gran número de historias clínicas precedentes de muchas consultas. (31)

La tarea de obtener datos confiables sobre frecuencia de las enfermedades que afectan a la población de México, presenta obstáculos hasta el momento no superados. Si bien es cierto que con base en las defunciones puede calcularse el número de enfermos, también lo es que muchas enfermedades no conducen a la muerte, aunque pueden representar problemas de salud pública por magnitud o sus consecuencias sociales.



## ESPERANZA DE VIDA

Como se ha expresado, la morbilidad, la mortalidad y la invalidez no son indicadores de salud, estrictamente hablando, sino de daños a la misma. Uno de los indicadores positivos disponibles en México es la esperanza que vida que expresa la posibilidad de prolongar ésta o acortarla, son considerar la calidad de la misma.

La esperanza de vida se obtiene del análisis de la experiencia en mortalidad, unido a otros indicadores positivos de una población e incluso estudio de susceptibilidad, bienestar, vitalidad, felicidad, etc., y de los que miden saneamiento del medio, calidad ecológica, condiciones materiales de vida y trabajo, que puedan en un futuro ofrecer la fe vida satisfactoria de la familia y una salud colectiva. (27) (28)

El progreso se debe fundamentalmente a la mejoría de los niveles de vida en general, los adelantos tecnológicos en las presentaciones y en la cobertura de los servicios médicos (principalmente primer nivel).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población en estudio se encuentra en la delegación Iztacalco con una población de 44,218 habitantes.

El 53% son del sexo femenino y el otro 47% son hombres, según datos del INEGI del último censo.

La población adscrita a la Clínica Balbuena atiende a un total de 26,949 derechohabientes, el C-3 de Medicina familiar atiende a 2,516 usuarios.

Con el fin de brindar una mejor atención familiar es necesario primeramente conocer a la población adscrita desde diferentes aspectos, tales como:

- Edad
- Sexo
- Escolaridad
- Ocupación
- Ciclo vital familiar
- Tipo de unión conyugal, etc.

Debido al conocimiento insuficiente de las características socio - sanitarias, así como de los recursos que puedan implementarse para mejorar el nivel de salud de las familias, surgen las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son las principales causas de morbilidad en el C-3 de la Clínica Balbuena?
- ¿Cuáles son las características biosociales de las familias usuarias que atienden al C-3, U.M.F. Clínica Balbuena?

Por los motivos mencionados se realizará éste trabajo a las familias que acuden a recibir atención médica al consultorio 3 de la U.M.F. Balbuena.

## JUSTIFICACIÓN

Actualmente el esquema de atención médica familiar ha incrementado la insatisfacción del paciente así como del médico, debido a una serie de factores como es el conocimiento insuficiente, social, falta de recursos, falta de insumos, etc.

Logrando que la problemática de salud aún debido a un conocimiento insuficiente de sus características sociosanitarias y de los recursos que pueden ser implementados para mejorar el nivel de salud de las familias. (30)

Para mejorar la atención es importante conocer las patologías que son motivos más frecuentes de consulta e identificar la estructura familiar y las características de la pirámide poblacional, para aplicar programas de educación, prevención y orientación familiar en la atención primaria, reforzando los siguientes puntos:

- Prevención de los problemas infecciosos que afectan a la población.
- Educación higiénico - dietético, sexualidad, anticoncepción, etc., a través de medios de comunicación masivos: radio, TV, escuelas.
- Orientación oportuna de problemas de dinámica familiar para evitar desintegraciones familiares repercutiendo en el ciclo biopsicosocial.
- Uso racionalizado y adecuación de los recursos (Rx, Laboratorio).
- Crear recursos para mejorar la atención médica, haciendo énfasis en las medidas de promoción y prevención de la salud, logrando mejorar las condiciones de vida de las familias.
- Estudiar integralmente al paciente, efectuando diagnósticos oportunos y justificados para una canalización adecuada para un segundo y tercer nivel, evitando saturación innecesaria y molestias al paciente.

Por los motivos mencionados se realizará este trabajo a las familias que acuden a recibir atención médica al consultorio 3 de la U.M.F. Balbuena.

## OBJETIVOS DEL ESTUDIO

### Objetivo general

Identificar las principales causas de morbilidad y de las características biosociales de la población adscrita al consultorio número 3 de la U.M.F. Balbuena, como requisito imprescindible para planificar los servicios de atención a la salud.

### Objetivos específicos

1. Determinar pirámide poblacional del consultorio número 3, de la U.M.F. Clínica Balbuena. (especificar sexo, población infantil y mujeres en edad reproductiva).
2. Definir las diez principales causas de enfermedad de acuerdo a la frecuencia.
3. Especificar enfermedades crónicas de ambos sexos.
4. Conocer el estado civil de las familias.
5. Saber edad y sexo de las personas a las que se les aplico la ficha de identificación familiar.
6. Precisar años de unión conyugal de las familias.
7. Concretar el grado de escolaridad de las personas a las que se les aplico la ficha de identificación familiar.
8. Estipular el número de hijos de las familias a las que se les aplico la ficha de identificación familiar.
9. Identificar el tipo de desarrollo de la familia.

10. Definir el tipo de familia de acuerdo a su desarrollo.
11. Ubicar el tipo de familia de acuerdo a la demografía.
12. Conocer el tipo de composición de las familias.
13. Determinar el ingreso mensual de las familias.
14. Especificar la ocupación de los padres de familia.
15. Identificar el ciclo vital de las familias.

## HIPÓTESIS

No requiere, pues dado que el presente trabajo es de tipo descriptivo.

# METODOLOGÍA

## I. TIPO DE ESTUDIO

- A.- RETROSPECTIVO (revisión de expedientes y hojas diarias del médico)
- B.- DESCRIPTIVO (estudio sin establecer comparación)
- C.- TRANSVERSAL (es aquella en que se examinó un grupo en un momento o durante un tiempo limitado)
- D.- OBSERVACIONAL (presencia de un fenómeno sin modificaciones intencionalmente sus variables)

## II. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Familias derechohabientes adscritas al consultorio número 3 de la U.M.F. Balbuena del I.S.S.S.T.E. en la Delegación Oriente del Distrito Federal, en el periodo comprendido de enero a diciembre de 1998.

## III. TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA

Total de la población para estudio demográfico y morbilidad, muestra aleatoria de 210.

## IV. GRUPOS DE ESTUDIO

Grupos de casos: familias adscritas al consultorio número 3 del la U.M.F. Balbuena.



## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Que sean derechohabientes del ISSSTE.
- Que sean de la población adscrita al C-3, que pertenezcan a la Colonia Ramos Millán.
- Que asistan a consulta a la U.M.F. Balbuena.
- Ambos sexos.
- Que deseen cooperar en el estudio.
- Que hayan asistido a consulta médica en el periodo de enero a diciembre de 1998.
- Que las personas encuestadas sean mayores de 18 años.
- Hojas de reporte de las labores diarias del médico durante el año de 1998.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Que no sean derechohabientes del ISSSTE.
- Que no pertenezcan a la población adscrita al consultorio 3 de la U.M.F. Balbuena (Colonia Ramos Millán).
- Que no asistan a la consulta médica a la U.M.F. Balbuena.
- Que no desean cooperar con el estudio.
- Que las personas encuestadas no sean mayores de 18 años.
- Que las personas encuestadas no tengan alteración psiquiátrica.
- Hojas de reporte de labores diarias del médico correspondientes a otros años.

## **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Encuestas inadecuadamente contestadas.
- Expedientes incompletos.
- Rechazo familiar para contestar la encuesta.

## **INFORMACIÓN A RECOLECTAR**

- Formato SM-01-1 (informe diario de labores del médico).

- Expedientes clínicos.
- Formato de identificación familiar por respuesta directa.
- Recolectado en el periodo de enero a diciembre de 1998.

## **VARIABLES**

Para el censo de población se utilizaron variables tanto de tipo cuantitativo como cualitativo, con una escala de intervalo para las primeras y nominal u ordinal para las segundas.

### **LAS VARIABLES A ESTUDIAR EN ESTE CASO SON:**

- Número total de individuos.
- Número total de individuos del sexo masculino.
- Número total de individuos del sexo femenino.
- Número de individuos del sexo masculino por grupos etareos.
- Número de individuos del sexo femenino por grupos etareos.
- Para los grupos etareos se establecen con un rango de cinco años.
- Para el estudio de la comunidad: las variables a estudiar son fundamentalmente cualitativas en la escala nominal.

### **LAS VARIABLES A ESTUDIAR SON LAS SIGUIENTES:**

- Nombre de las familias
- Estado civil
- Años de unión conyugal
- Escolaridad
- Edad del padre
- Edad de la madre
- Ocupación de los padres de familia
- Ingreso económico
- Tipo de familia
- Etapa de ciclo vital
- Número de hijos

## **PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE CONSULTA LA VARIABLE A ESTUDIAR:**

Serán las enfermedades más frecuentes de la población que asiste a consulta por grupos de edad y sexo, serán las variables de tipo cualitativo.

Los diez primeros motivos de consulta, por grupos de edad y sexo, así como los padecimientos crónicos degenerativos.

## **MÉTODO DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

- Mediante la recopilación del total de expedientes se realizó la pirámide poblacional.
- A través de la revisión del informe diario de labores del médico, utilizando el formato oficial (SM-10-1) se determinaron las causas principales de consulta, así como la frecuencias de las enfermedades crónico - degenerativas más atendidas.
- A 210 familias se les aplicó entrevista personal (muestra aleatoria), utilizando el formato (Modelo sistemático, según Irigoyen Coria), que contempla 19 reactivos para identificar la estructura y tipología familiar, incluyendo número de hijos por familia, estado civil, años de unión conyugal, ocupación de los padres, ingresos, edad de los hijos, tipo de familia y etapa de ciclo vital.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El trabajo realizado 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.

Los resultados proporcionados fueron manejados confidencialmente.

Para el Médico Familiar es importante conocer las principales causas de mortalidad de la población a la que atiende, así como la

estructura familiar de la misma, para poder realizar este estudio se aplicará el Modelo Sistemático de Atención médica Familiar elaborado por el Dr. Irigoyen y Col. (MOSAMEF). (3)

El estudio de la familia debe darle continuidad a la atención y acción anticipatoria para llegar a realizar diagnósticos precoces en las diversas patologías, así como eficientes cuidados a la salud de las familias. (3)

# RESULTADOS

## Descripción de resultados

Los resultados obtenidos del censo poblacional, las diez patologías más frecuentes e identificación familiar del consultorio 3 de la U.M.F. de la Clínica Balbuena (Colonia Gabriel Ramos Millán) fueron los siguientes:

A. Población total del censo poblacional; total 2,131. (Tabla y gráfica 1).

B. Población por sexo. (Tabla y gráfica 2).

- Sexo femenino total 1,214 con un (56.9%)
- Sexo masculino total 917 con un (43.1%)

Siendo el sexo femenino el porcentaje más alto en el consultorio 3 de la U.M.F. Balbuena.

C. Distribución de la población por edades. Ambos sexos. (Tabla y gráfica 3).

- |                                  |     |         |
|----------------------------------|-----|---------|
| • Edad infantil de -1 a 9 años:  | 634 | (29.8%) |
| • Adolescentes de 10 a 19 años:  | 114 | (5.3%)  |
| • Adulto joven de 20 a 39 años:  | 813 | (38.1%) |
| • Adulto maduro de 40 a 59 años: | 330 | (15.5%) |
| • Edad senil de 60 a más:        | 240 | (11.3%) |

D. Distribución de mujeres en edad fértil: total 600. (Tabla y gráfica 4).

- De 15 a 19 años: 75 (12.6%)

- De 20 a 24 años: 40 (6.6%)
- De 25 a 29 años: 114 (19.0%)
- De 34 a 39 años: 121 (20.1%)
- De 40 a 44 años: 118 (19.6%)

E. Distribución de las diez enfermedades de acuerdo de orden de frecuencia: total 2,371. (Tabla y gráfica 5).

- 1) Infecciones respiratorias altas: 560 (23.6%)
- 2) Has: 510 (21.5%)
- 3) DM: 410 (17.2%)
- 4) Urosepsis 164 (6.9%)
- 5) Colitis: 160 (6.7%)
- 6) Gastroenteritis 158 (6.6%)
- 7) Vulvovaginitis 150 (6.3%)
- 8) Enfermedades degenerativas 124 (5.2%)
- 9) Síndrome ácido péptico 69 (2.9%)
- 10) Lumbalgias 66 (2.7%)

F. Estado civil de las familias a las que se les aplicó la ficha de identificación familiar. Total 210. (Tabla y gráfica 6).

- Casados: 130 (61.9%)
- Unión libre: 20 (9.5%)
- Madres solteras: 20 (9.5%)
- Separadas: 25 (11.9%)
- Divorciadas: 9 (4.2%)
- Viudos: 4 (1.9%)
- Padres solteros: 2 (0.9%)

G. Unión conyugal de las familias. (Tabla y gráfica 7).

- De -1 a 1 años: 4 (2.2%)
- De 2 a 4 años: 18 (10.0%)

- De 5 a 9 años: 14 (7.7%)
- De 10 a 14 años: 30 (16.6%)
- De 15 a 19 años: 20 (11.1%)
- De 20 a 24 años: 18 (10.0%)
- De 25 a 29 años: 15 (8.3%)
- De 30 a 34 años: 20 (11.1%)
- De 35 a 39 años: 15 (8.3%)
- De 40 a 44 años: 10 (5.5%)
- De 45 a 49 años: 10 (5.5%)
- Más de 50 años: 6 (3.3%)

H. Edad de las personas a las que se les aplicó la ficha de identificación familiar. (Tabla y gráfica 8).

- De 18 a 29 años: 36 (17.1%)
- De 30 a 44 años: 80 (38.1%)
- De 45 a 59 años: 56 (26.6%)
- De 60 a 74 años: 31 (14.7%)
- De 75 a más: 7 (3.3%)

I. Sexo de las personas a las que se les aplicó la ficha de identificación familiar. Total 210. (Tabla y gráfica 9).

- Femenino: 180 (85.7%)
- Masculino: 30 (14.3%)

J. Escolaridad de las personas a las que se les aplicó la ficha de identificación familiar. Total 210. (Tabla y gráfica 10).

- No sabe leer ni escribir: 4 (1.9%)
- Primaria: 50 (23.9%)
- Secundaria: 35 (16.6%)
- Técnicos: 40 (19.0%)
- Preparatoria: 60 (28.6%)
- Universidad: 21 (10.0%)

K. Domicilio de las familias a las que se les aplicó la ficha de identificación familiar. Total 210. (Tabla y gráfica 11).

- Colonia Gabriel Ramos Millán. 210 (100%)

L. Número de hijos de las familias. Total 732. (Tabla y gráfica 12).

- Hijos hasta 10 años: 110 (15.0%)
- Hijos de 11 hasta 19 años: 124 (16.9%)
- Hijos de 20 o más: 498 (68.1%)

M. Desarrollo de las familias. Total 210. (Tabla y gráfica 13).

- Moderna: 88 (41.9%)
- Tradicional: 122 (58.1%)

N. Demografía de las familias. Total 210. (Tabla y gráfica 14).

- Urbana: 208 (99%)
- Semiurbana: 2 (1%)

O. Composición de las familias. Total 210. (Tabla y gráfica 15).

- Nuclear: 158 (75.2%)
- Extensa: 39 (18.5%)
- Compuesta: 13 (6.2%)

P. Ingreso mensual de las familias. Total 210. (Tabla y gráfica 16).

- Menor a un salario mínimo: 25 (11.9%)
- De 1 a 2 salarios mínimos: 140 (66.6%)
- Más de 3 salarios mínimos: 45 (21.5%)



Q. Ocupación de los padres de familia. Total 210. (Tabla y gráfica 17).



R. Etapa de ciclo vital de las familias. Total 210. (Tabla y gráfica 18).

## TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla 1

**TABLA GENERAL DE LA POBLACIÓN ADSCRITA  
SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO**

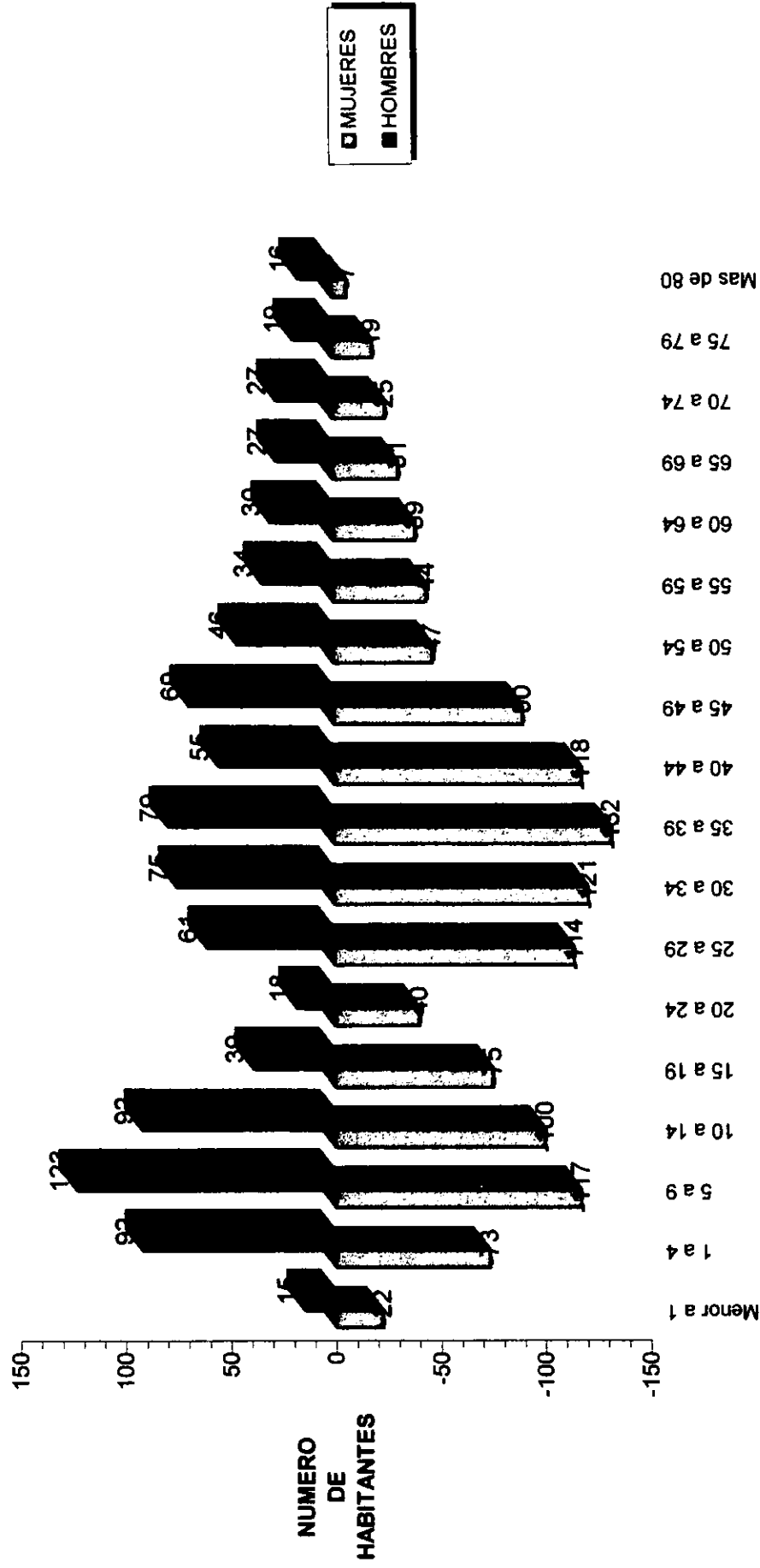
<b>GRUPO DE EDAD</b>	<b>SEXO FEMENINO</b>	<b>% FEMENINO</b>	<b>SEXO MASCULINO</b>	<b>% MASCULINO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>% TOTAL</b>
-1	22	1.81	15	1.64	37	1.74
1 a 4	73	6.01	92	10.03	165	7.74
5 a 9	117	9.64	123	13.41	240	11.26
10 a 14	100	8.24	92	10.03	192	9.01
15 a 19	75	6.18	39	4.25	114	5.35
20 a 24	40	3.29	18	1.96	58	2.72
25 a 29	114	9.39	61	6.65	175	8.21
30 a 34	121	9.97	75	8.18	196	9.20
35 a 39	132	10.87	79	8.62	211	9.90
40 a 44	118	9.72	55	6.00	173	8.12
45 a 49	90	7.41	69	7.52	159	7.46
50 a 54	47	3.87	46	5.02	93	4.36
55 a 59	44	3.62	34	3.71	78	3.66
60 a 64	39	3.21	30	3.27	69	3.24
65 a 69	31	2.55	27	2.94	58	2.72
70 a 74	25	2.06	27	2.94	52	2.44
75 a 79	19	1.57	19	2.07	38	1.78
80	7	0.58	16	1.74	23	1.08
<b>TOTAL</b>	<b>1214</b>	<b>100</b>	<b>917</b>	<b>100</b>	<b>2131</b>	<b>100</b>

Fuente: Censo poblacional de los expedientes clínicos del C-3 de la U.M.F. Clínica Balbuena.

Dr. Martínez Gamboa

Gráfica 1

**PIRAMIDE POBLACIONAL**



Fuente: Censo poblacional de los expedientes del C-3 de la U.M.F. Clínica Balbuena.

Dr. Martínez Gamboa

Tabla 2

**POBLACIÓN POR SEXO**

<b>GRUPO DE EDAD</b>	<b>SEXO FEMENINO</b>	<b>SEXO MASCULINO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1214</b>	<b>917</b>	<b>2131</b>
<b>%</b>	<b>57</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

Gráfica 2

## POBLACION POR SEXO



Tabla 3

DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDADES DE AMBOS SEXOS

<b>RANGO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
Niños (as) de -1 a 14 años	634	30
Adolescentes de 15 a 19 años	114	5
Adultos jóvenes de 20 a 44 años	813	39
Adultos maduros de 45 a 59 años	330	15
Edad senil de más de 60 años	240	11
<b>TOTAL</b>	<b>2131</b>	<b>100</b>

Gráfica 3

## DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDADES DE AMBOS SEXOS (F Y M)

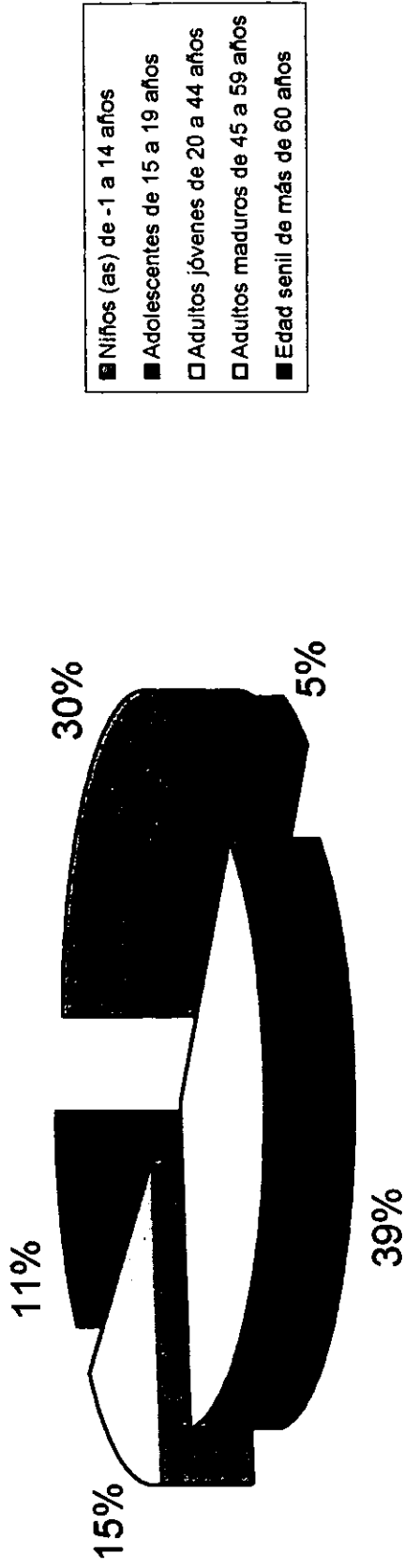




Tabla 4

**DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA  
ENTRE 15 Y 45 AÑOS**

<b>GRUPO DE EDAD</b>	<b>SEXO FEMENINO</b>	<b>%</b>
15 a 19	75	13
20 a 24	40	7
25 a 29	114	19
30 a 34	121	20
35 a 39	132	21
40 a 44	118	20
<b>TOTAL</b>	<b>600</b>	<b>100</b>

# DISTRIBUCION DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA ENTRE 15 Y 45 AÑOS

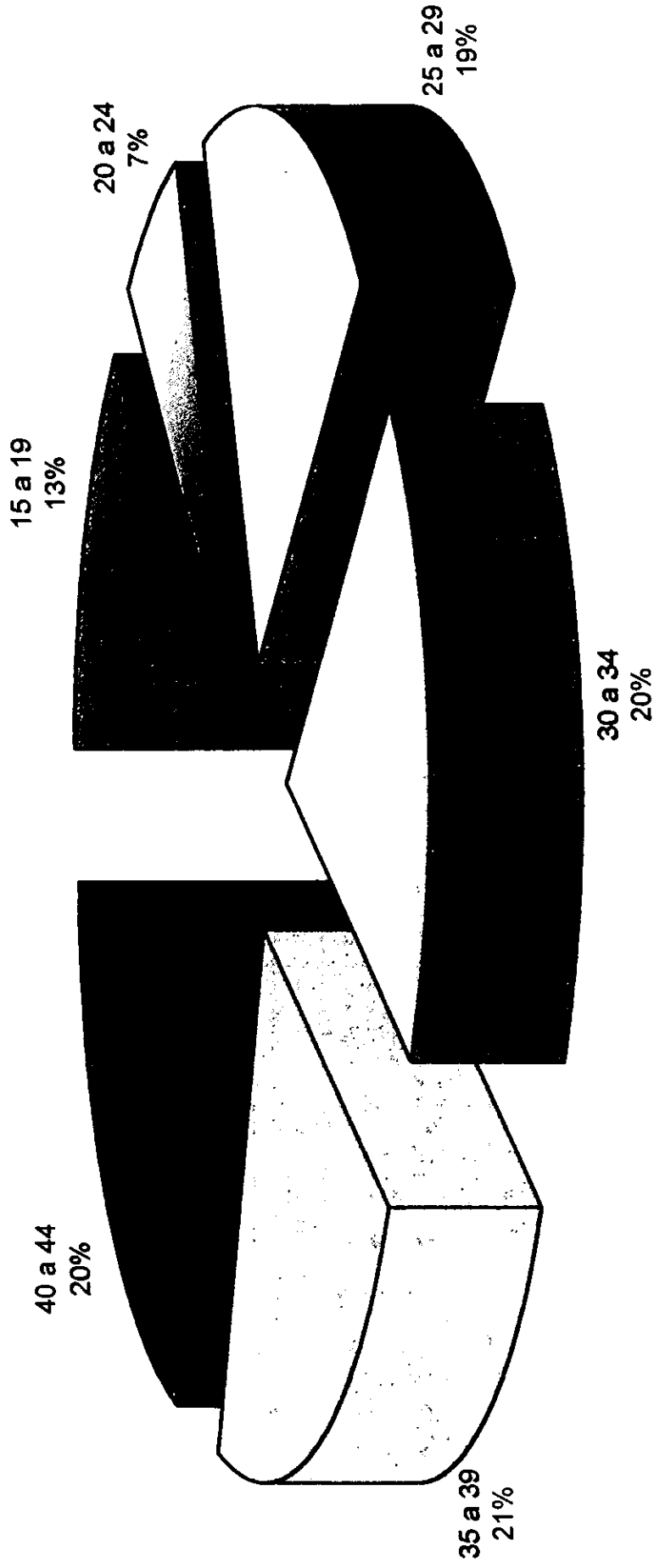


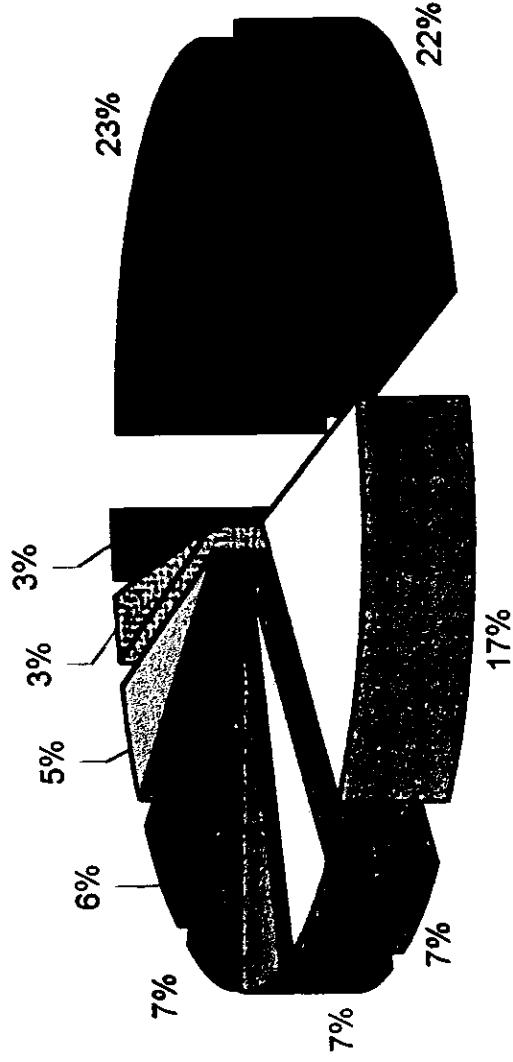
Tabla 5

DISTRIBUCIÓN DE LAS DIEZ ENFERMEDADES DE ACUERDO  
AL ORDEN DE FRECUENCIA

<b>ENFERMEDADES</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
Infecciones respiratorias altas	560	23
Hipertensión arterial	510	22
Diabetes	410	17
Urosepsis	164	7
Colitis	160	7
Gastroenteritis	158	7
Vulvovaginitis	150	6
Enfermedades degenerativas	124	5
Sx. Ácido péptico	69	3
Lumbalgias	66	3
<b>Total</b>	<b>2371</b>	<b>100</b>

Gráfica 5

### DISTRIBUCION DE DIEZ ENFERMEDADES DE ACUERDO AL ORDEN DE FRECUENCIA



- Infecciones respiratorias altas
- Hipertensión arterial
- Diabetes
- Urosepsis
- ▨ Colitis
- Gastroenteritis
- Vulvovaginitis
- ▨ Enfermedades degenerativas
- ▨ Sx. Ácido péptico
- Lumbalgias

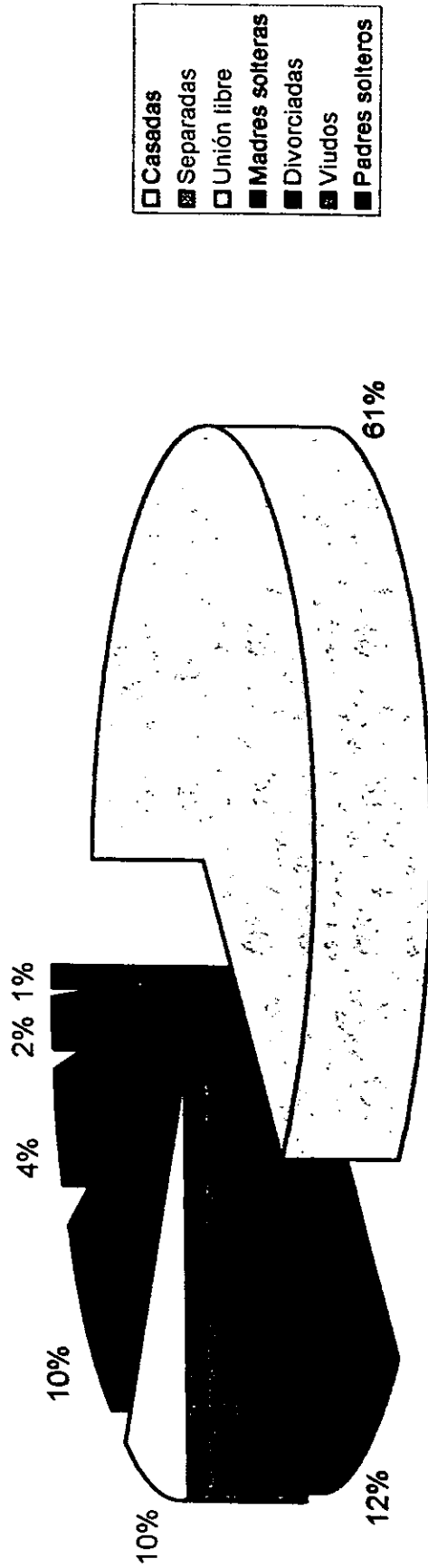
Tabla 6

**ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO  
LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>FAMILIAS</b>	<b>%</b>
Casadas	130	61
Separadas	25	12
Unión libre	20	10
Madres solteras	20	10
Divorciadas	9	4
Viudos	4	2
Padres solteros	2	1
<b>TOTAL</b>	<b>210</b>	<b>100</b>

Gráfica 6

# ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a pacientes que acuden al C-3 U.M.F. Clínica Balbuena. Periodo enero a diciembre 1998.

Dr. Martínez Gamboa

Tabla 7

**AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES  
APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR**

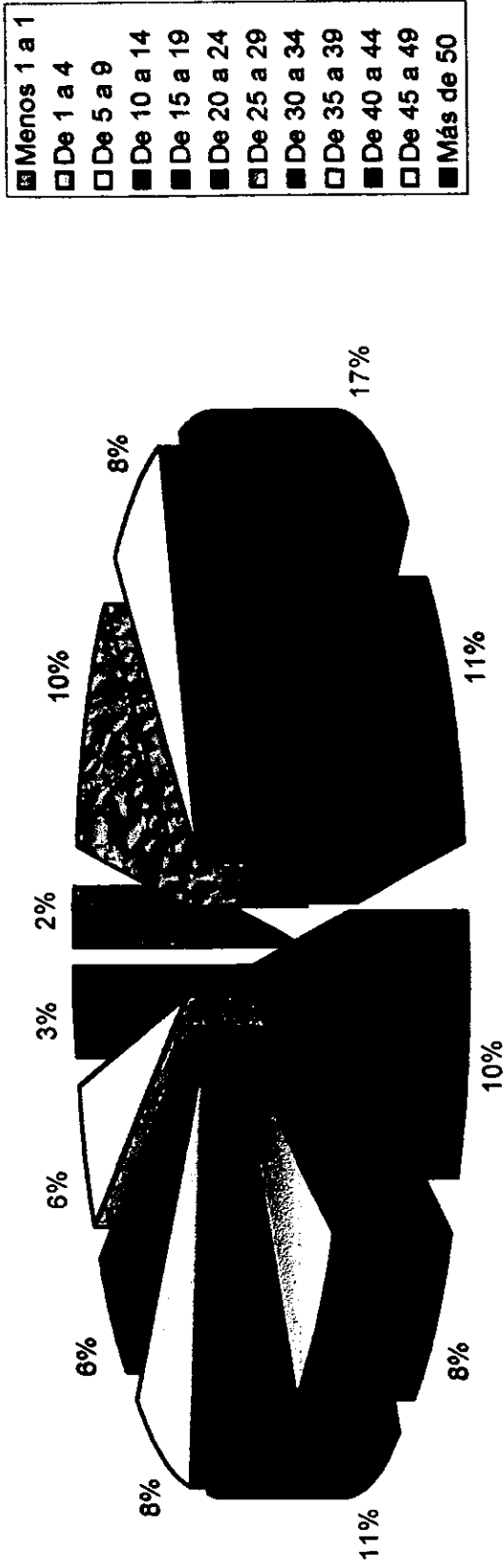
<b>AÑOS</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
Menos 1 a 1	4	2
De 1 a 4	18	10
De 5 a 9	14	8
De 10 a 14	30	17
De 15 a 19	20	11
De 20 a 24	18	10
De 25 a 29	15	8
De 30 a 34	20	11
De 35 a 39	15	8
De 40 a 44	10	6
De 45 a 49	10	6
Más de 50	6	3
<b>TOTAL</b>	<b>180</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-3 de la Clínica Balbuena. Periodo enero a diciembre 1998.

Dr. Martínez Gamboa

Gráfica 7

## AÑOS DE UNION CONYUGAL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-3 de la Clínica Balbuena. Período enero a diciembre 1998.

Dr. Martínez Gamboa



Tabla 8

**EDAD DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICÓ  
LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR**

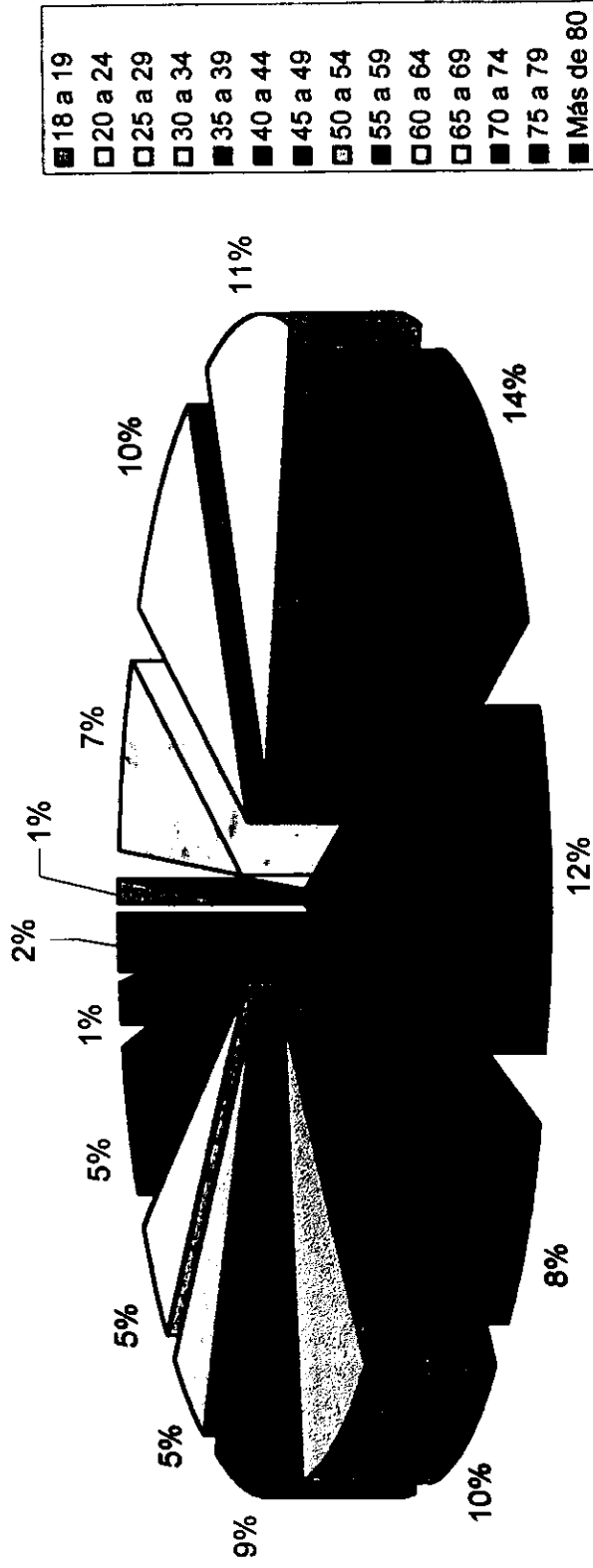
<b>EDAD</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
18 a 19	2	1
20 a 24	14	7
25 a 29	20	10
30 a 34	24	11
35 a 39	31	14
40 a 44	25	12
45 a 49	17	8
50 a 54	20	10
55 a 59	19	9
60 a 64	10	5
65 a 69	10	5
70 a 74	11	5
75 a 79	3	1
Más de 80	4	2
<b>TOTAL</b>	<b>210</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-3.  
U.M.F. Clínica Balbuena. Periodo enero a diciembre 1998.

Dr. Martínez Gamboa

Gráfica 8

# EDAD DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-3.  
U.M.F. Clínica Balbuena.  
Período enero a diciembre 1998.

Dr. Martínez Gamboa

Tabla 9

**SEXO DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICÓ  
LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR**

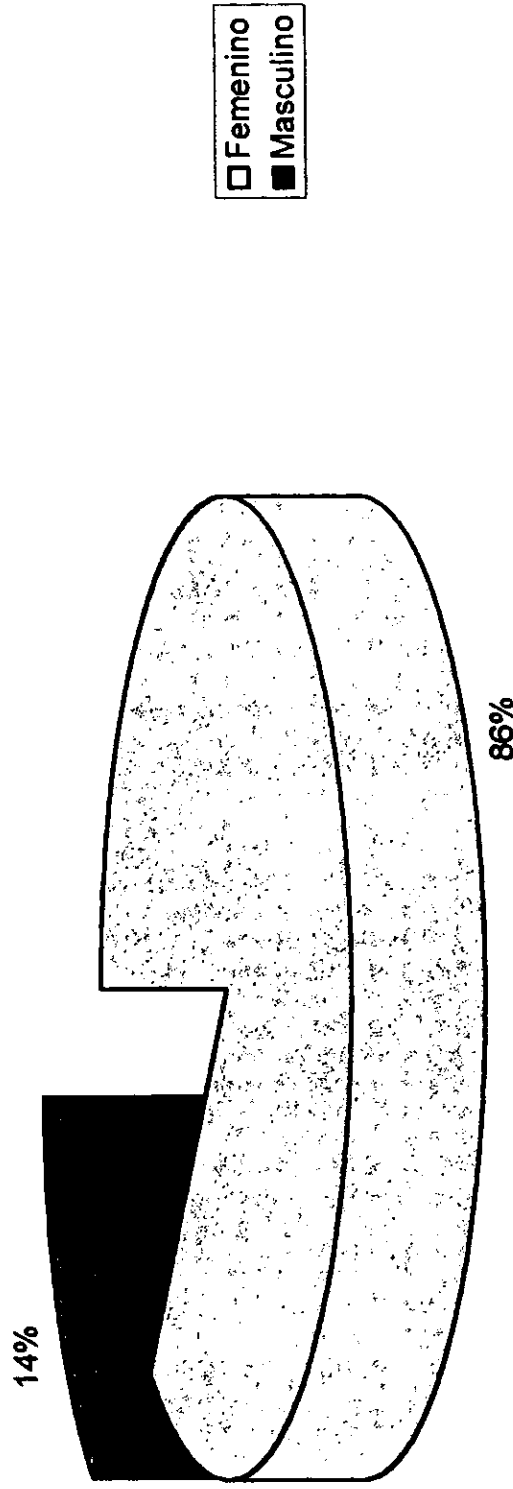
<b>SEXO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
Femenino	180	86
Masculino	30	14
<b>TOTAL</b>	<b>210</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-3.  
U.M.F. Clínica Balbuena. Periodo enero a diciembre 1998.

Dr. Martínez Gamboa

Gráfica 9

## SEXO DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-3.  
U.M.F. Clínica Balbuena.  
Periodo enero a diciembre 1998.

Tabla 10

**ESCOLARIDAD DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICÓ  
LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR**

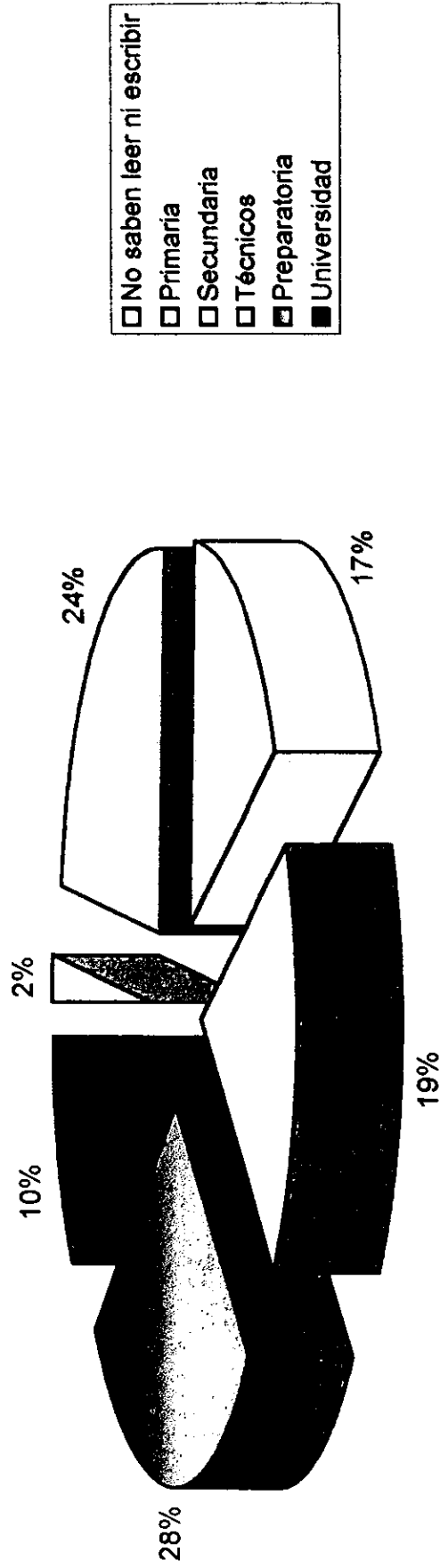
<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
No saben leer ni escribir	4	2
Primaria	50	24
Secundaria	35	17
Técnicos	40	19
Preparatoria	60	28
Universidad	21	10
<b>TOTAL</b>	<b>210</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-3.  
Clínica Balbuena.  
Periodo enero a diciembre 1998.

Dr. Martínez Gamboa

Gráfica 10

# ESCOLARIDAD DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-3. Clínica Balbuena. Periodo enero a diciembre 1998.

Dr. Martínez Gamboa

Tabla 11

**DOMICILIO DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES  
APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR**

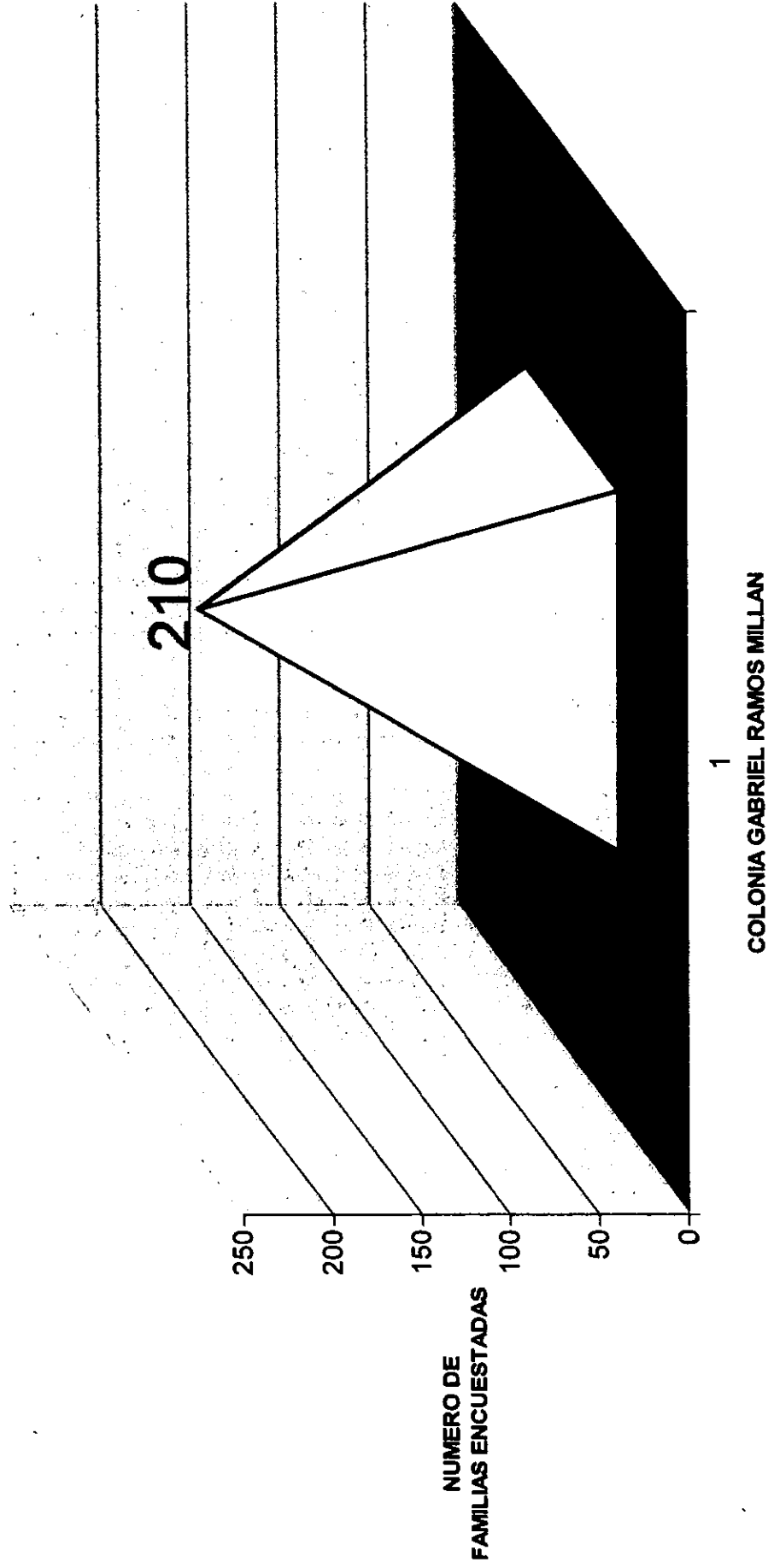
<b>DOMICILIO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
Colonia Gabriel Ramos Millán	210	100
<b>TOTAL</b>	<b>210</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-3,  
durante enero a diciembre 1998, U.M.F. Clínica Balbuena.

Dr. Martínez Gamboa

Gráfica 11

# DOMICILIO DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-3, durante enero a diciembre 1998.  
U.M.F. Clínica Balbuena.

Dr. Martínez Gamboa.



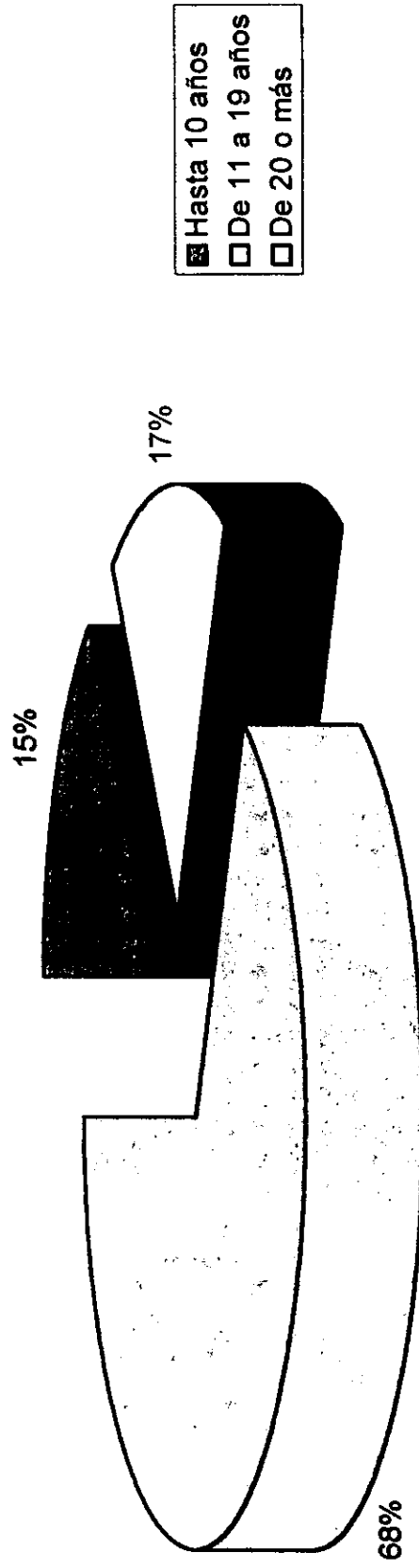
Tabla 12

**NÚMERO DE HIJOS DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO  
LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR**

<b>NÚMERO DE HIJOS</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
Hasta 10 años	110	15
De 11 a 19 años	124	17
De 20 o más	498	68
<b>TOTAL</b>	<b>732</b>	<b>100</b>

Gráfica 12

## NUMERO DE HIJOS DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-3.  
U.M.F. Clínica Balbuena.  
Periodo enero a diciembre 1998.

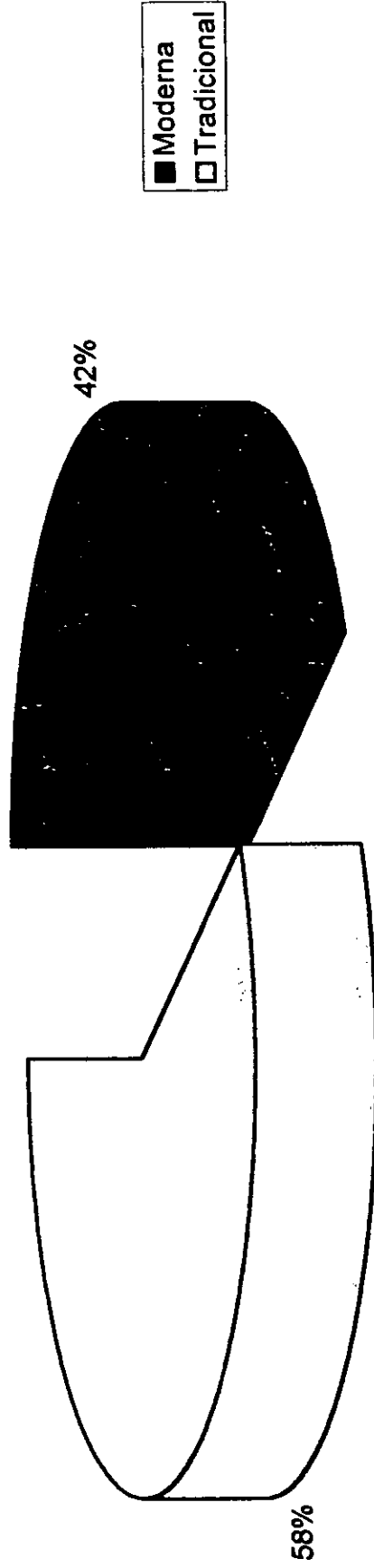
Dr. Martínez Gamboa

Tabla 13

**TIPO DE FAMILIA  
DESARROLLO DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICÓ  
LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR**

<b>DESARROLLO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
Moderna	88	42
Tradicional	122	58
<b>TOTAL</b>	<b>210</b>	<b>100</b>

# TIPO DE FAMILIA DESARROLLO DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-3.  
U.M.F. Clínica Balbuena.  
Periodo enero a diciembre 1998.

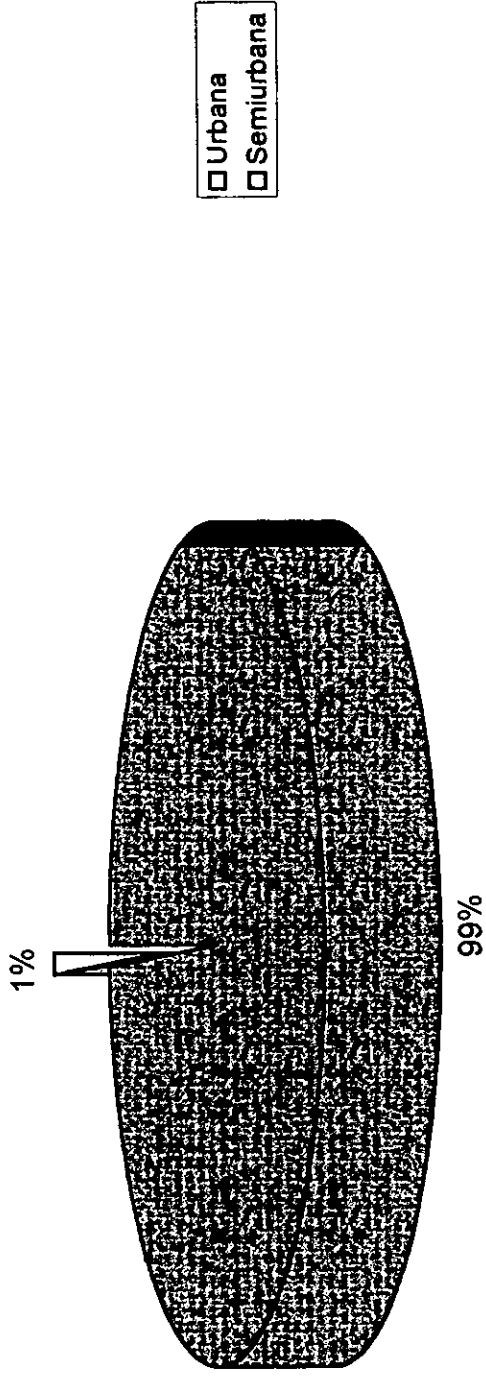
Tabla 14

**TIPO DE FAMILIA  
DEMOGRAFÍA DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICÓ  
LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR**

<b>DEMOGRAFÍA</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
Urbana	208	99
Semiurbana	2	1
<b>TOTAL</b>	<b>210</b>	<b>100</b>

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

# TIPO DE FAMILIA DEMOGRAFIA DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-3.  
U.M.F. Clínica Balbuena.  
Periodo enero a diciembre 1998.

Dr. Martínez Gamboa

Tabla 15

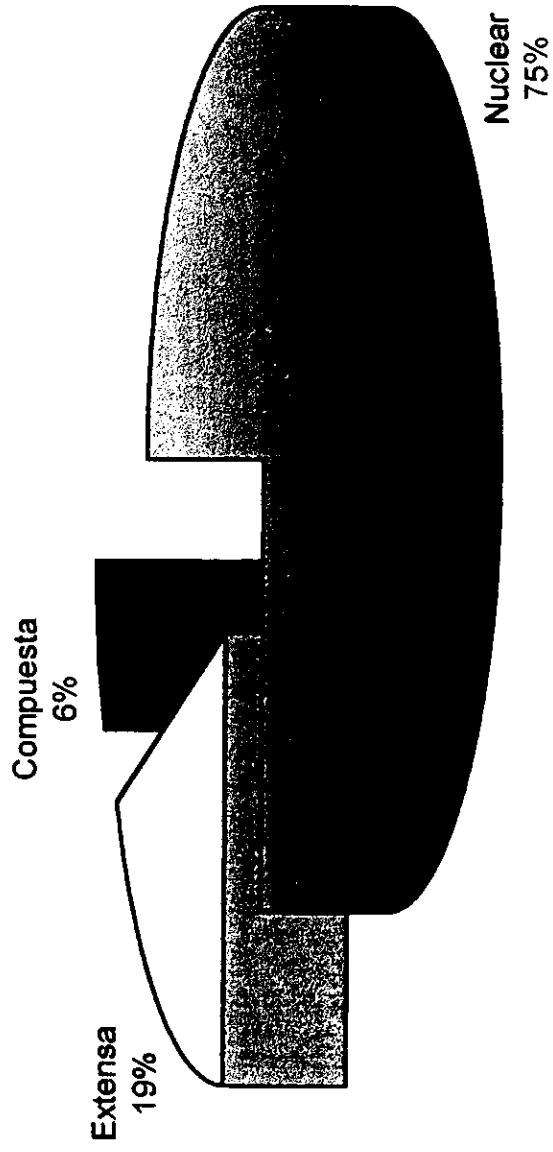
**TIPO DE FAMILIA  
COMPOSICIÓN DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO  
LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR**

<b>COMPOSICIÓN</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
Nuclear	158	75
Extensa	39	19
Compuesta	13	6
<b>TOTAL</b>	<b>210</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-3.  
U.M.F. Clínica Balbuena. Periodo enero a diciembre 1998.

Dr. Martínez Gamboa

## TIPO DE FAMILIA COMPOSICION DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



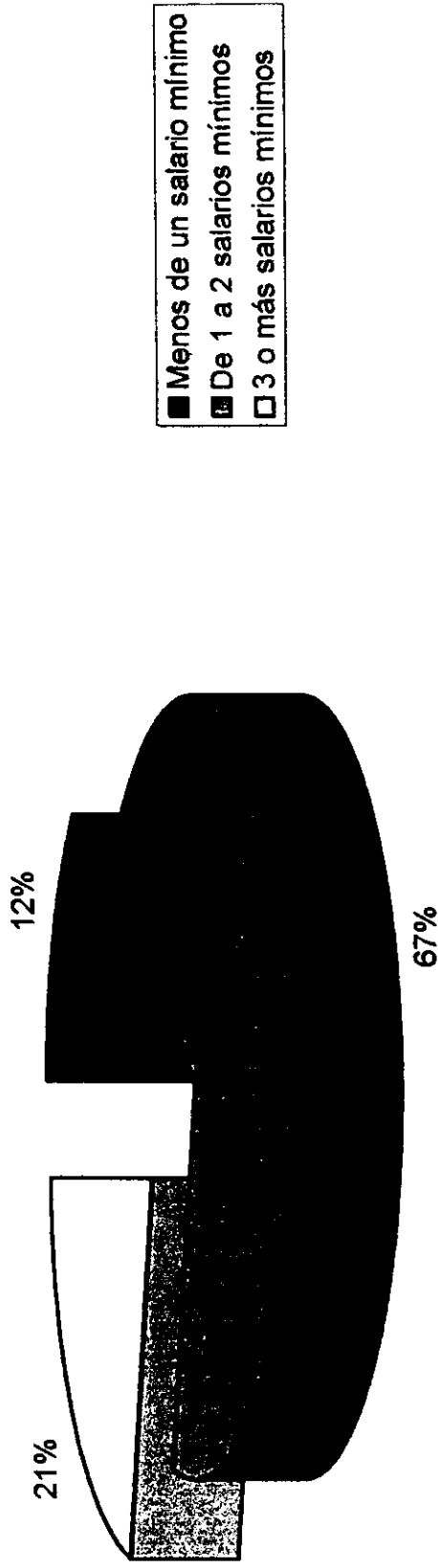
Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-3.  
U.M.F. Clínica Balbuena.  
Período enero a diciembre 1998.



**INGRESO MENSUAL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE  
SE LES APLICÓ LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR**

<b>INGRESO MENSUAL</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
Menos de un salario mínimo	25	12
De 1 a 2 salarios mínimos	140	67
3 o más salarios mínimos	45	21
<b>TOTAL</b>	<b>210</b>	<b>100</b>

# INGRESO MENSUAL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-3.  
U.M.F. Clínica Balbuena.  
Periodo enero a diciembre 1998.

Dr. Martínez Gamboa

Tabla 17

**OCUPACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA A LOS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR**

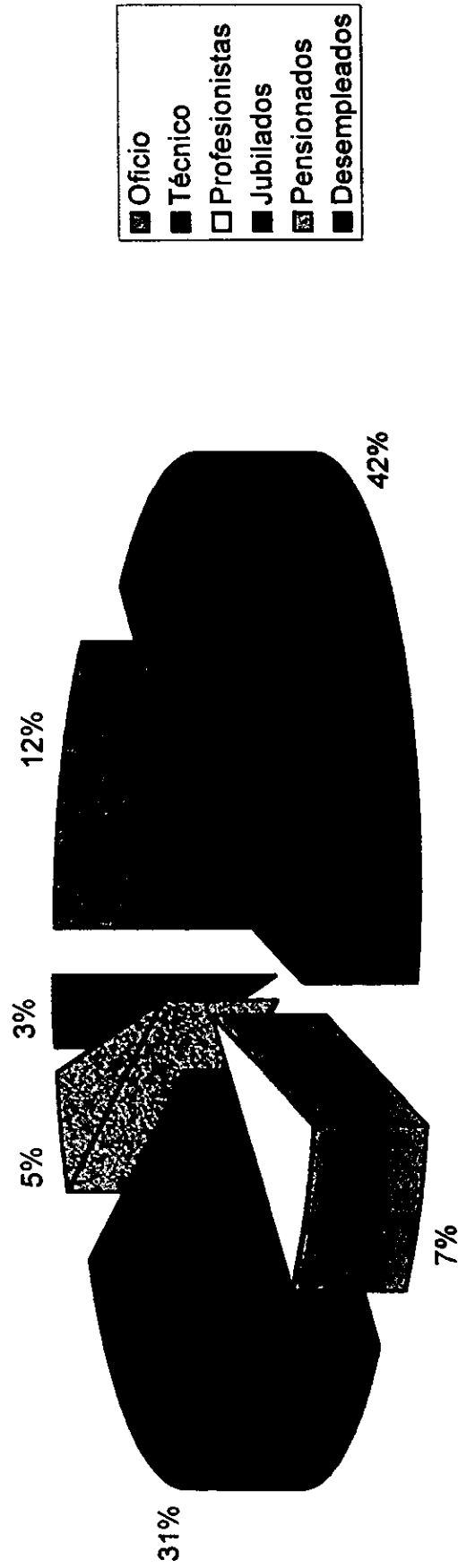
<b>OCUPACIÓN</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
Oficio	25	12
Técnico	89	42
Profesionistas	15	7
Jubilados	65	31
Pensionados	10	5
Desempleados	6	3
<b>TOTAL</b>	<b>210</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-3.  
U.M.F. Clínica Balbuena. Periodo enero a diciembre 1998.

Dr. Martínez Gamboa

Gráfica 17

## OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA A LOS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



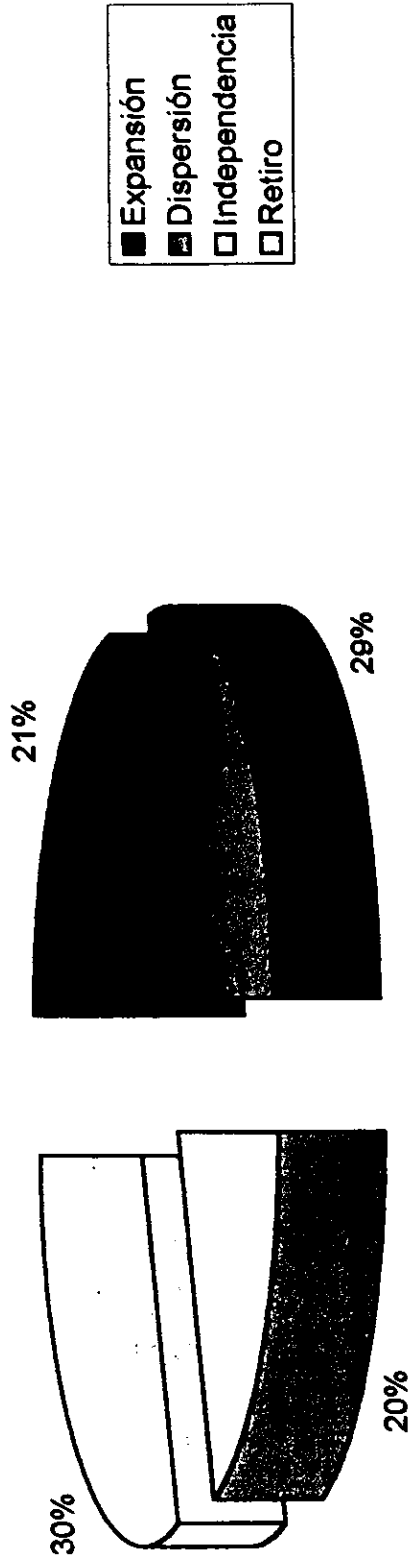
Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-3.  
U.M.F. Clínica Balbuena.  
Periodo enero a diciembre 1998.

Tabla 18

**ETAPA DEL CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE  
SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR**

<b>ETAPA</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
Expansión	45	21
Dispersión	60	29
Independencia	41	20
Retiro	64	30
<b>TOTAL</b>	<b>210</b>	<b>100</b>

# ETAPA DEL CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-3.  
U.M.F. Clínica Balbuena.  
Periodo enero a diciembre 1998.

## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En base a los resultados obtenidos y descritos anteriormente de la población adscrita al consultorio número 3 de la U.M.F. Balbuena, mencionaremos que:

La población total en estudio fue de 2,131 derechohabientes, del cual predomina el sexo femenino con un 56.9% y el sexo masculino ocupa un 43.1%, de éste total, corresponde un 20.9% a la población infantil, considerando las edades de menos 1 a 9 años. Estas cifras corresponden al último censo poblacional de la Delegación Iztacalco con un 53% para el sexo femenino y 47% de hombres, según datos del último Censo Poblacional del año de 1990 del INEGI.

Las mujeres en edad fértil fueron un total de 600 con un 28.1% de la población total del censo, siendo los métodos de planificación familiar con mayor demanda la salpingoclasia el método más solicitado por mujeres mayores de 30 años y con vida reproductiva satisfecha. En el año de 1998, las consultas de planificación familiar en la clínica Balbuena, fueron de 786 usuarias nuevas y 12,522 usuarias activas, siendo los métodos anticonceptivos en el siguiente orden de demanda orales, DIU, inyectables, OTB y preservativos, según datos del último Boletín epidemiológico de la clínica Balbuena, 1998.

Los adolescentes ocupan un 14.3% entre edades de 10 a 19 años. La población adulta se divide entre los mayores de 19 hasta los 60 años, con un porcentaje de 54.1% y los mayores de 60 años con un porcentaje de 11.2%. Las causas de atención obstétrica en estas edades en las mujeres nos dan un énfasis en una mejor aplicación de métodos de planificación. (33)

La población infantil ocupa el segundo lugar en cuanto a porcentaje, es una de las etapas a la que se debe dirigir la mayor parte de los programas con enfoques preventivos futuros, como se observó, los estudios de Estevez González. (34)

La adolescencia ocupa el tercer lugar, siendo también baja su demanda en la atención médica, a pesar de que a esta edad existen problemas de salud de gran importancia como drogadicción, anticoncepción, accidentes, etc. El adolescente no acude a la atención médica por indiferencia, factores emocionales, culturales, o debido a que el adolescente no encuentra un personal adecuado para comentar sus problemas de salud. (35)

En los mayores de 65 años ocupa el porcentaje menor, compuesta en su mayoría por jubilados, padres y esposas, en estos se debe realizar un trabajo de educación y auto cuidado por las características de las patologías crónico degenerativas, que afectan principalmente a esta edad. (36) (11)

La ocupación de los padres como empleados reflejó un 60% y se puede asociar con el nivel de escolaridad, ya que el porcentaje mayor lo obtuvo la educación media con un 42.2%, seguido de los profesionistas con un 7.1%, comprendiendo un 52% del total de hombres y un 48% de las mujeres, reflejando la preparación actual de la mujer que repercute en todos los ámbitos, especialmente en la dinámica familiar.

El ingreso mensual de las familias con un salario mínimo o menos, fue de un 11.9%; de uno a dos salarios mínimos; con 66.9% y más de tres salarios mínimos con un 21.5%, atribuyéndole esto a la ocupación de los padres que repercute con su calidad de vida.

Las familias encuestadas se encuentran en una población urbana en un 99% y el 1% en semiurbana, prescindiendo esta población de servicios públicos básicos.

Según el tipo de familia en desarrollo se observó primordialmente la familia moderna con un 41.9% en relación a los padres que trabajan, la familia tradicional en un 51%.

Respecto a la etapa del ciclo vital de las familias la dispersión ocupa el primer lugar con un 28.5% sobresaliendo en esta etapa la edad de



formación académica de los hijos, 21.4% en etapa de expansión y la independencia con 19.5%, por último la fase de retiro con 30.4% en donde se ven con mayor frecuencia las enfermedades crónico degenerativas. Respecto a la composición familiar 75.2% lo constituye la familia nuclear, la extensa 18.5% y la compuesta 6.2%, siendo la familia nuclear el prototipo actual de la familia actual mexicana. (1) (21)

Otra etapa que se observó con alta frecuencia y cuyos resultados son buenos, es la fase en que los hijos dependen de los padres únicamente y es algo importante, ya que ésta etapa es donde se dan las funciones de la familia: socialización, cuidado, afecto y un nivel económico. (30)

El estado civil de las familias encuestadas, nos arrojó un dato de casados de 71.9%, unión libre 15.2%, madres solteras 4.7%, separados 3.8-5, divorciados 2.8%, siendo la base de la familia para un mejor desarrollo y funcionalidad del matrimonio.

En lo que respecta a la morbilidad del estudio, el primer lugar lo ocupa las infecciones respiratorias altas con un 21.8%, siendo frecuente en los extremos de la vida, ya que son los grupos más susceptibles a las enfermedades de carácter epidémico y frecuentes que se traducen con una mortalidad significativa cuando se presentan complicaciones. Los pacientes pediátricos son los que tienen mayor susceptibilidad a padecer infecciones respiratorias con una alto grado de morbilidad. (34)

Siguiendo las enfermedades crónico degenerativas (HAS, DM) con un 37.8% y por último las gastroenteritis, urosepsis y colitis con un 41.2%. Escobedo menciona que la diabetes mellitus participa en la morbimortalidad en México se ha incrementado en forma considerada. (11) (37)

Los grupos de edad en los que se encontró la mayor frecuencia de

padecimientos de grupo agudo, se presentaron en las primeras décadas de la vida, en promedio de menos 1 a 35 años, lo cual es un resultado esperado por la clasificación de grupos de edad y motivos de afección por grupos de edad y motivos de consulta por afección morbosa, principalmente agrupados y según su magnitud. (Instituto Nacional de Epidemiología).

Revisando las estadísticas de la Clínica Balbuena del ISSSTE, las infecciones respiratorias y las crónico degenerativas concuerdan con los resultados obtenidos en el presente trabajo como principales causas de morbilidad, realizado en el periodo de 1988 de la consulta externa de U.M.F. Clínica Balbuena.

El análisis de los resultados es considerado una parte importante de la investigación, ya que nos lleva a proyectar acciones para aplicar el fundamento del modelo sistemático conociendo nuestras familias desde el punto de vista biosocial, dando continuidad y principalmente promoción a la salud.

## CONCLUSIONES

El estudio de la U.M.F. clínica Balbuena, consultorio 3, por el médico de la familia, obtiene un panorama general de la población que maneja, por medio del censo poblacional, identificación de la estructura familiar y las diez causas de patología más frecuentes.

La población estudiada mostró predominancia del sexo femenino en edad reproductiva, aunque un porcentaje considerable de población infantil de ambos sexos se presenta en éste estudio, la mayoría de los derechohabientes de la población en estudio se encuentra en edad adulta.

Las principales causas por las que acudieron los pacientes a consulta fueron las siguientes: enfermedades respiratorias, hipertensión arterial, diabetes mellitus, urosepsis, colitis, gastroenteritis. Se determinó la HAS, D. M. y las enfermedades crónico - degenerativas, ocupan los primeros lugares.

De las familias encuestadas que asistieron al servicio, se obtuvo un porcentaje alto de matrimonios, que sigue siendo la base de la familia para su desarrollo, con una composición familiar de tipo nuclear y en segundo lugar la extensa; una demografía urbana, moderna, nuclear y un ciclo vital de las familias en expansión.

El nivel académico de la población es el básico medio, con ingreso de dos o más salarios mínimos.

El papel del médico al educar al paciente es importante porque ofrecemos una mejor calidad de vida y salud; las prevenciones oportunas en las diferentes etapas y edades permitirá la disminución de patologías.

Se concluyen que el modelo sistemático de atención familiar debe ser prioritario para el médico de primer nivel, ya que constituye la base para identificar y jerarquizar problemas en la población que

atiende, permitiendo al mismo dirigir las acciones y utilizar los recursos congruentes con las necesidades de la misma, así como anticiparse al riesgo a través del seguimiento del ciclo vital familiar.

## SUGERENCIAS

El principal papel del médico debe encaminarse a educar al paciente para ofrecer una mejor calidad de vida y salud, así como las prevenciones oportunas en las diferentes etapas de la enfermedad para evitar complicaciones, por esto es indispensable contar con un equipo de personal paramédico para brindar una mejor calidad de atención.

Por lo anterior es necesario contar con lo siguiente:

- Recursos materiales adecuados y con buen funcionamiento: laboratorio, RX, farmacia, etc.
- Trabajo en equipo con trabajo social para prevenciones oportunas y seguimiento, a través de visitas domiciliarias, pláticas, talleres dirigidos, etc.
- Personal de enfermería de campo, para poder realizar visitas para tratamientos supervisados, visitas de P. F., etc.
- Trabajo conjunto con el servicio de Epidemiología para valorar y dar tratamiento oportuno a enfermedades de tipo infecto-contagioso; para evitar su propagación, prevención y tratamiento de dichas enfermedades.
- Disminuir la carga de trabajo para poder dar más tiempo a la atención de cada paciente, mejorando así la calidad de atención.
- La introducción de sistemas de computación mejoraría la agilidad de trámites burocráticos, para una mejor atención al usuario, disminuyendo el número de quejas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jack H. Mandalie. La contribución de la investigación al mejoramiento de la práctica familiar. Editorial Limusa, 1987. Pág. 325-137.
2. C. Jiménez Mena. Análisis de la cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud, según grupos de edad. Revista de atención primaria, 1992. Pág. 269-272.
3. Irigoyen Coria A. Romero Vázquez A.; Medina Nava M. Clasificación de familias y prioridad a investigar en medicina familiar. Revista médica del I.M.S.S., 1991; 29; 365-368.
4. Ferr L. W. Frenk J. Ordoñez C, Paginini J. M., Starfield B. Aspectos programáticos de la atención primaria de la salud a nivel Nacional e Internacional. Editorial Organización Panamericana de la Salud, 1992. Pág. 5-7.
5. Delgado A., López Fernández, L.A. La participación comunitaria; una revisión necesaria. Atención primaria 1992; 9 (8): 457-459.
6. Fajardo Ortiz g. El precio de la salud. Gaceta médica de México 1992. Pág. 483-493.
7. Huntley R. R. Epidemiología de la medicina de la Familia. Editorial Organización Panamericana de la Salud. 1992. Pág. 295-301.
8. Martín Z. Cano PJ. Actividades y prevención de la salud en las consultas de atención primaria. Revista atención primaria. Octubre 1994. Pág. 661-675.
9. Lior C. Solanellas J. Implicaciones terapéuticas de la resistencia de los neumococos a la penicilina. Revista atención primaria. Volumen 18. Número 3, julio - agosto 1993. Pág. 66-423.

10. Iruela T. Juconsa S. Factores que influyen en el seguimiento de los hipertensos. Revista atención primaria. Vol. 17. No. 5. Marzo 1996. Pág. 333-337.
11. Díaz N. L. Galán C. S. Grupo de autocuidado de Diabetes Mellitus tipo II. Revista Salud Pública en México. Vol. 35. No. 2. Marzo - Abril 1993. Pág. 164-172.
12. Tsang L. Actualización sobre osteoartritis. Revista Internacional de Medicina Familiar. Vol. 3. No. 2. Junio 1991. Pág. 212-216.
13. Irigoyen Coria. Fundamentos de medicina familiar. 5ª edición, 1998. Pág. 4-7.
14. C. Levis Strauss. La Familia. Editorial Hoermé. Buenos Aires. 1993. Pág. 654-670.
15. Ian R. McWhinney. Medicina de Familia. Editorial Mosby/Doyma Libros.
16. Leñero otro I. Presentación y avance de los resultados de una investigación nacional. Editorial Fondo de Cultura Económica. México 1978.
17. Wall Me. Medicina de la familia. La disciplina, especialidad y el médico en medicina de familia, 1991. Pág. 3-9.
18. Ibarra Aspuro Fernando. Aspectos Eticos de la Familia Mexicana. Editorial Limusa 1988. Pág. 345-370.
19. Chávez. Instrumentos de abordaje para el Estudio Integral de la Salud Familiar. Revista Mexicana. Med. Fowlior. Pág. 47-67.
20. Narváez Pinto M. La Familia Mexicana. Revista de Medicina Familiar, 1990. Pág. 50-60.

21. Alvarez Alba Rafael. Salud Pública y Medicina Preventiva. Manual Moderno. Segunda Edición 1988. Pág. 44-49.
22. Moreno Altamirano C. Epidemiología Clínica. Editorial Interamericana. 1992. Pág. 11-30.
23. Hernán San Martín. Tratado General de Salud. Prensa Médica Mexicana. Pág. 3-9, 14-25, 83-89.
24. J. N. Morris. Aplicaciones de la Epidemiología. Editorial Salvat. Pág. 33-74.
25. J. Rodríguez Morua, P. Ruiz Jauregizurria. Cumplimiento de actividades de prevención de salud en las de atención primaria. Vol. 13, 1994. Pág. 39-41.
26. A. Martín Zurro C. Brotons Cuixart. Actividades de prevención de la salud primaria. Número 5, 1993. Pág. 665-675.
27. D. J. P Barker G. Rose Epidemiología en la Práctica Médica. Edición Salvat. Pág. 99-110.
28. Fletcher H. Robert Epidemiología Clínica. Ediciones Consulta. Pág. 157-171.
29. Dubos Rene. Hombre y Medicina y Ambiente. Editorial Monte Avila 1992. Pág. 109-141.
30. W. H. Grenn. Educación para la Salud. Editorial Interamericana 1998. Pág. 151-307.
31. S. Benenson Abraham. El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. Editorial O.M.S. Pág. 89-94.



32. Irigoyen - Coria, Gómez - Clavelina, Jaime - Alarid, Hernández - Ramírez, Farfán - Salazar, Fernández - Ortega, Mazon - Ramírez. Fundamentos de Medicina Familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana 1995.
33. Ehrenfeld N. Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada. Revista Salud Pública en México. Abril 1993. Pág. 154-160.
34. M. D. Estevez González, J. L. Doreste Alonso. Hábitos alimentarios de la población infantil de un distrito en la Isla Canaria. Rev. Atención primaria. Vol. 14, Número 10 dic. 1994. Pág. 77-87.
35. R. Colino Nevot, A. Fernández Barrero y A. Utilización de la consulta de la atención primaria por los adolescentes y detección de problemas de salud no demandados. Rev. Atención Médica Primaria. Vol. 16, número 10, diciembre 1995. Pág. 94-100.
36. D.J.P. Barker G. Rose. Epidemiología en la práctica Médica. Editorial Salvat. Pág. 99-100.
37. Escobedo P. J. La diabetes mellitus y la transición de la atención a la salud. Revista Salud Pública en México. Vol. 37. No. 1. Enero - febrero 1995. Pág. 37-46.
38. Raymonds Greenberg. Epidemiología lógica clínica. Editorial Limusa (1992). Pág. 1-17.

# ANEXOS

**IDENTIFICACION FAMILIAR**

Familia: \_\_\_\_\_ Edo. Civil: Casados ( )

U. Libre ( )

Años de unión conyugal: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Número de hijos (de 20 ó 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 1 salario mínimo ( )  
de 1 a 2 salarios mínimos ( )  
3 ó más salarios mínimos ( )

Ocupación de los padres de la familia: \_\_\_\_\_

Etapa del ciclo vital familiar: Expansión ( ) Dispersión ( )  
Independencia ( ) Retiro ( )

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS  
PARA CAUSA DE CONSULTA**

GRUPO DE EDAD Y SEXO																			
Diagnóstico	0 - 1		1 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 19		20 - 24		25 - 30		31 - 34		34 ó más		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	

Fuente: Hoja de Reporte Diario del Médico. Clínica Medicina Familiar ( ) Censo ( )  
Fecha