



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL  
ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA  
HOSPITAL GENERAL ISSSTE, VERACRUZ, VERACRUZ

**“CARACTERIZACIÓN BIOLÓGICA, SOCIAL Y ECONÓMICA DE FAMILIAS  
ASIGNADAS AL CONSULTORIO # 6 TURNO VESPERTINO EN EL HOSPITAL  
GENERAL DEL ISSSTE, VERACRUZ”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**DR JOEL HERNÁNDEZ PACHECO**

ASESOR DE TESIS:  
**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**



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.

**“CARACTERIZACIÓN BIOLÓGICA, SOCIAL Y ECONÓMICA DE FAMILIAS ASIGNADAS AL CONSULTORIO # 6 TURNO VESPERTINO EN EL HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE, VERACRUZ”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DR. JOELHERNANDEZ PACHECO**

AUTORIZACIONES:

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
**ASESOR DE TESIS**

PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA. U.N.A.M.

**DR. GUSTAVO ADOLFO CASTRO HERRERA**

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA  
SALUD. COORDINACION NACIONAL DE POLÍTICA Y DESARROLLO EDUCATIVO,  
I.S.S.S.T.E.

**“CARACTERIZACIÓN BIOLÓGICA, SOCIAL Y ECONÓMICA DE FAMILIAS  
ASIGNADAS AL CONSULTORIO # 6 TURNO VESPERTINO EN EL HOSPITAL  
GENERAL DEL ISSSTE, VERACRUZ”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**DR. JOELHERNÁNDEZ PACHECO**

AUTORIZACIONES:

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

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

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

## **AGRADECIMIENTO**

### **A mi Esposa e Hijas**

**Clara, Monserrath y Estefanía.**

Por su amor, apoyo y comprensión para realizar esta tesis, ya que sin el apoyo de ustedes no lo hubiera logrado; Clara la hicimos, hijas si ustedes se proponen un objetivo, con perseverancia lo alcanzaran .

### **A mis Padres.**

**Joel y Ramona**

Por su apoyo en uno mas de mis proyectos personales de superación.

A mis hermanos:

**Gustavo, Claudia y Daniel**

Por que se que cuando nos hemos propuesto una meta siempre la hemos logrado con la bendiciones del señor

### **A mis sobrinos**

. A ellos esperando que cumplan sus objetivos inmediatos y logren ser unos buenos profesionistas.

### **A mis amigos**

Dr. Manuel Hurtado C; Isc. Luís francisco López Z; Qc. Javier Pech N; L.p. Juan Carlos Fernández, por su apoyo en la elaboración de esta tesis gracias.

### **A mi asesor**

Dr. Isaías Hernández Torres.- por su apoyo en la elaboración de esta tesis y por sus finas atenciones le quedare siempre agradecido.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

## ÍNDICE

1. Marco teórico.....	5
2. Planteamiento del problema.....	31
3. Justificación.....	34
4. Objetivos	
4.1. General.....	35
4.2. Específicos.....	35
5. Metodología	
5.1. Tipo de estudio.....	36
5.2. Población, lugar y tiempo de estudio.....	36
5.3. Criterios de selección.....	37
5.4. Tipo de muestra y tamaño de la muestra.....	38
5.5 Variables a estudiar.....	39
5.6 Procedimiento para recabar la información.....	41
5.7 Consideraciones éticas.....	42
6. Resultados.....	44
7. Discusión.....	67
8. Conclusiones.....	69
9. Bibliografía.....	71
10. Anexos	
Anexo 1.....	74
Anexo 2.....	75
Anexo 3.....	76

# MARCO TEÓRICO

## FAMILIA.

### **ANTECEDENTES**

A través de la historia el hombre se considera como un ser social que ha sobrevivido a diferentes grupos sociales y la familia como su ambiente de mas importancia y que sobrevivirá mientras exista la especie humana (según Ralph Linton), siendo la más antigua e importante de sus instituciones sociales, pese a diversas teorías de fracaso de esta entidad, la familia ha experimentado diferentes transformaciones a lo largo de su historia que le han permitido adaptarse a las exigencias de la época, lo cual da como resultado la proposición de que persistirá a través de la historia (según Minuchin), aunque la especie humana como el concepto de familia son tan antiguos fue hasta el siglo XIX que se convierte en objeto de estudio por personajes como **Morgan**, **McLenan** y **Bachofen**.

**Morgan.-** describe a la familia en etapas de desarrollo social humano, desde el salvajismo y de total promiscuidad sexual, hasta la civilizada familia monogámica venerada fervientemente por el.

**McLenan.-** las divide de acuerdo a matrimonio o casamiento en **endogamia** (del gr. *endon*: dentro y *gamos*: boda) que significa la unión matrimonial dentro de un grupo de individuos y miembros de una misma casta tribu o linaje con la prohibición de hacerlo fuera de esta no logrando intercambio con otras especies. El término de **exogamia**.- del gr. *exo* fuera de y de *gamein*: casarse ) es definida como la costumbre masculina de buscar parejas en otras tribus era un estrategia de lo grupos sociales para realizar alianzas con otros. Estas características de unión matrimonial se encuentran vigentes en algunas sociedades.

**De acuerdo a la definición de Bachofen.-** Menciona que el hombre primitivo tenia como dedicación la caza la cual resultaba peligrosa, eventual e insegura, en cambio la mujer al realizar tareas de agricultura, este fue un elemento estable de la familia.(1)

### **DEFINICIÓN:**

La palabra familia deriva de la raíz latina *famulus* que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo *famul* que se origina de la voz osca *famel*, esclavo domestico. En la era del nomadismos con el término de familia se designaba a todo grupo de personas que se desplazaban juntas de un lugar a otro:

**En la Roma antigua.-** el nombre de familia se daba al conjunto formado por esposas ,hijos y esclavos y sirvientes que eran propiedad del pater, quien poseía la patria potestad y ejercicio el derecho sobre la vida y muerte de todos ellos. En la actualidad, en el lenguaje cotidiano la palabra familia suele designar una gama de acontecimiento sociales significativos, tales como una agrupación concreta a con relaciones de parentesco entre si, el matrimonio o la red de interacciones personales que permiten al individuo sentirse cómodo y seguro es decir “en familia”. Es difícil de elaborar el

concepto de familia en forma universal dado que adopta formas y dimensiones diferentes, el concepto mas aceptado en la cultura occidental es la unidad básica formada por marido, mujer e hijos con la responsabilidad de proveer de nuevos miembros a la sociedad, socializarlos y otórgales protección física y apoyo emocional, es la matriz de un grupo muy peculiar con lazos especiales para vivir juntos y tiene un potencial para crecer, desarrollarse y comprometerse.

**De acuerdo de la OMS.-** la familia esta formada por miembros emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.

**El diccionario de la lengua española** define a la familia como: un grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas ,conjunto de ascendientes ,descendientes ,colaterales y afines de un linaje, entendiéndose como linaje las líneas de descendencia unilaterales ,de tal forma que en nuestro medio ,las familias resultan ser *patrilineales* y dado que la madre constituye el centro del afecto familiar se denominan *matricéntricas*.

**Por otra parte el consenso canadiense** la define como: esposo y esposa con o sin hijos; o padre y madre solo con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo.

**El consenso norteamericano** la identifica como: un grupo de individuos que viven juntos y relacionados y unos con otros por lazos sanguíneos, de matrimonio o adopción.

La familia es la única institución social encargada de transformar un organismo biológico en un ser humano en donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones y contrarreacciones en los otros y en el mismo, con base en lo anteriormente expuesto definiríamos a la familia como el grupo social primario de individuos unidos por lazos consanguíneos ,de afinidad o matrimonio ,que interactúan y conviven permanentemente manteniendo en forma común y unitaria relaciones personales directas, con formas de organización y acciones, tanto económicas como afectivas ,con el compromisos de satisfacer necesidades mutuas y de crianza y que comparten factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que pueden afectar su salud individual y colectiva.(1)

### **CLASIFICACIÓN:**

La familia de acuerdo a diferentes factores macroestructurales se pueden clasificar en: Culturales y subculturales, Socioeconómicos, Geosociales.

En base a hábitos **costumbres** y patrones de comportamiento se pueden clasificar en:

- Tradicionales
- Modernas

Según el enfoque **demográfico** se pueden clasificar en:

- Indígena.
- Rural.
- Urbanas.

Con base en el enfoque **psicosocial** y la dinámica de las relaciones intrafamiliares se pueden clasificar en:

- Funcionales
- Disfuncionales

De acuerdo a la **conformación familiar** en:

- Nuclear
- Nuclear simple
- Nuclear numerosa
- Reconstruida ( binuclear)
- Monoparental
- Monoparental extendida
- Extensa
- Extensa compuesta
- No parental

En relación la **ocupación** del jefe de la familia en:

- Campesina
- Obrera
- comerciante
- profesional

Con base en los **límites** en su estructura en:

- amalgamadas
- desvinculadas (1)

## **CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS**

Una clasificación más reciente, es la propuesta por el grupo de profesores que se congregaron en la primera reunión de consenso académico en Medicina familiar de organismos e instituciones educativas y de salud (2). Con el propósito de facilitar la clasificación se identificaron cinco ejes fundamentales:

- parentesco
- presencia física en el hogar o convivencia
- medios de subsistencia
- nivel económico
- nuevos tipos de convivencia individual – familiar, originados por cambios sociales.

## **CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS CON BASE EN EL PARENTESCO.**

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

enfermedad y cuya importancia se relacione con las consecuencias propias del parentesco.

## **CON PARENTESCO**

### Nuclear

*Hombre y Mujer sin hijos*

### Nuclear simple

*Padre y Madre con 1 a 3 hijos*

### Nuclear numerosa

*Padre y Madre con 4 hijos o más*

### Reconstruida (binuclear)

*Padre y Madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior*

### Monoparental

*Padre o Madre con hijos*

### Monoparental Extendida

*Padre o Madre con hijos mas otras personas con parentesco*

### Monoparental Extendida Compuesta

*Padre o Madre con hijos mas otras personas con y sin parentesco*

### Extensa

*Padre y Madre con hijos, más otras personas con parentesco*

### Extensa Compuesta

*Padre y Madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco*

### No Parental

*Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera)*

## **SIN PARENTESCO**

### Monoparental Extendida Sin Parentesco

*Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco*

### Grupos Similares a Familias

*Personas sin vinculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares; por ejemplo grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etcétera*

## **CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS CON BASE EN LA PRESENCIA FÍSICA Y CONVIVENCIA.**

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

### ***PRESENCIA FÍSICA EN EL HOGAR***

#### Núcleo Integrado

*Presencia de ambos padres en el hogar*

#### Núcleo no Integrado

*No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar*

#### Extensa Ascendente

*Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres*

#### Extensa Descendente

*Padres que viven en la casa de alguno de los hijos*

#### Extensa Colateral

*Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etcétera)*

## **CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS CON BASE EN SUS MEDIOS DE SUBSISTENCIA**

La inserción de las familias en los procesos productivos puede propiciar una clasificación basada en el medio que es el origen esencial de su subsistencia. De esta manera, se identifican familias que dependen de los recursos que se generan en las áreas:

- Agrícolas y pecuarias
- Industrial
- Comercial
- Servicios

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

## **CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS CON BASE EN SU NIVEL ECONÓMICO.**

El nivel económico de las familias influye poderosamente sobre diversos elementos vinculados con la salud. Se han identificado enfermedades fuertemente relacionadas con la pobreza y se ha señalado la importancia de evaluar el peso de este fenómeno económico-social sobre la salud individual y familiar. Es difícil clasificar de una sola manera a las familias con una perspectiva económica, ya que se reúnen diversos indicadores tanto de bienestar como de la pobreza que interactúan, dependen e influyen sobre los otros factores.

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

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

Con base en el estudio realizado por el comité técnico para la medición de la pobreza creado por la Secretaria de Desarrollo Social (SEDESOL) en 2001, y publicado por Cortes y Hernández-Laos, se sugiere utilizar diversos indicadores monetarios y no monetarios para medir la pobreza en el nivel familiar.

### ***POBREZA NIVEL 1***

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

### ***POBREZA NIVEL 2***

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

### **POBREZA NIVEL 3**

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

## **NUEVOS ESTILOS DE VIDA PERSONAL-FAMILIAR ORIGINADOS POR CAMBIOS SOCIALES**

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

### ***ESTILO DE VIDA ORIGINADOS POR CAMBIOS SOCIALES***

#### Persona que vive sola

*Sin familiar alguno independientemente de su estado civil o etapa de ciclo vital.*

#### Matrimonios o Parejas de Homosexuales

*Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal sin hijos*

#### Matrimonios o Parejas de Homosexuales con Hijos Adoptivos

*Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos.*

#### Familia Grupal

*Unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo.*

#### Familia Comunal

*Conjunto de parejas monogamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente compartiendo todo, excepto las relaciones sexuales.*

#### Poligamia

*Incluye poliandria y la poliginia.*

## ***CICLO DE VIDA:***

El ciclo de vida de la familia es evolutivo durante el cual cada uno de sus miembros al estar en contacto con el medio social va extendiéndose dentro de este ciclo se pasa por varias etapas de transición predecibles, en las cuales existen diferentes expectativas, necesidades y fenómenos que pueden afectar la salud de sus miembros, para su estudio se clasifica en cuatro etapas que a su vez las divide en diferentes fases.

- **Etapla constitutiva**

- 1.-Fase preliminar (noviazgo)
- 2.-Fase de recién casados (sin hijos)

- **Etapla procreativa.**

- 3.-fase de expansión (crianza inicial de lo hijos)
  - a) nacimiento del primer hijo (hijo mayor; del nacimiento a los 30 meses).
  - b) familia con hijos preescolares (hijo mayor: de 2.5 a seis años)
- 4.-fase de consolidación y apertura.
  - a) familia con hijos escolares (hijo mayor de seis a 13 años)
  - b) familia con hijos adolescentes (hijo mayor de 13 a 20 años)

- **Etapla de dispersión**

- 5.-fase de desprendimiento (separación del primero al último de los hijos)

- **Etapla familiar final**

- 6.-fase de independencia (cónyuges nuevamente solos hasta el final de la actividad laboral de la pareja por jubilación o retiro)
- 7.-fase de disolución.
  - a) familia anciana (hasta la muerte de uno de los cónyuges)
  - b) viudez (hasta muerte del miembro restante (1)

## ***FUNCIONES:***

La familia como institución básica determina el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la comunidad en la que los individuos comparten metas comunes y funciones, siendo fundamentalmente dos funciones importantes que asume la familia:

Asegurar la supervivencia de sus miembros y forjar sus cualidades humanas, cubriendo sus necesidades biológicas, afectivas e intelectuales (1).

Por lo anterior las funciones específicas son las siguientes:

- A. Asegurar la subsistencia de cada uno de sus miembros a través de la protección biopsicosocial de cada uno de ellos
- B. Promover el afecto, la unión y la solidaridad social.
- C. Favorecer el desarrollo de la identidad personal ligada a la identidad familiar.
- D. Moldear el papel sexual condicionado por la integridad y madurez de los padres.
- E. Proporcionar nuevos miembros a la sociedad a través de la reproducción
- F. Educar y estimular el aprendizaje, la iniciativa y la realización creativa de sus miembros.
- G. Determinar la posición sociocultural de sus integrantes perpetuando valores de los miembros mas viejos a los jóvenes

Estas funciones están estrechamente relacionadas, son interdependientes y se producen en la familia como conjunto y unidad, confirmando la idea que el grupo familiar es un sistema en el que ninguna de las partes puede ser afectada sin que esto provoque repercusiones en resto del mismo.

Satir determina el grado de funcionalidad de una familia empleando los siguientes criterios:

**Comunicación.**- en una familia funcional la comunicación entre sus integrantes es clara, directa, específica y congruente, características opuestas serian disfuncional.

**Individualidad.**- la autonomía de los miembros de la familia funcional es respetada y las diferencia individuales no solo se toleran si no que se estimulan para el crecimiento del individuo y del grupo familiar.

**Toma de decisiones.**- la búsqueda de la solución más apropiada a cada problema, es más importante que la lucha por el poder, en las familias disfuncionales los problemas se perpetúan porque nadie quiere perder.

**Reacción a los eventos críticos:** la flexibilidad de una familia funcional hace que se adapte cuando las demandas interna o ambientales así lo exigen conservando la homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas, en cambio en las disfuncionales aparecen psicopatológicas.

### ***CRISIS.***

Una crisis es un evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de la familia, que ocasiona cambios en la funcionalidad de sus miembros y que conduce a un estado de alteración y que requiere de una respuesta adaptativa de la misma, y son de dos tipos: (1)

- **Crisis normativas** (evolutivas o intrasistemicas)
- **Crisis paranormativas** (no normativas o intersitemicas)

**Las Crisis normativas.-** están relacionadas con las etapas del ciclo vital de la familia y son definidas como situaciones planeadas, esperadas o que forman parte de la evolución de la vida familiar.

**Crisis paranormativas.-** son experiencias adversas o inesperadas e incluyen eventos del exterior. Ejemplo de estas serian infidelidad, divorcio, alcoholismo, actividades criminales.

La familia funcional no difiere de la disfuncional por la ausencia de problemas las hace diferentes en el manejo que hacen de sus conflictos y no la ausencia o presencia de ellos.

## **MEDICINA FAMILIAR**

### ***ANTECEDENTES:***

La medicina de familia que comienza con la necesidad de humanizar y personalizar la atención de los pacientes; las características del modelo biomédico vigente desde el siglo XIX y la propuesta de un nuevo modelo basado en la teoría general de los sistemas, el modelo biopsicosocial, que perfecciona con el concepto de medicina contextualizada dentro de cuyo dominio se incluye el tratamiento del ciclo vital familiar.

La medicina de familia evoluciono a partir de la medicina general , en los años sesenta, en la época de la guerra de Vietnam , el movimiento sobre los derechos civiles y la agitación social en muchas zonas del mundo provoco la creación en 1969 de la medicina de familia como la vigésima especialidad en la unión americana ,en algunos países de Latinoamérica se cuenta con programas de residencia de medicina familia ,lo mismo en cuba, México, en países asiáticos, africanos en donde el medico de familia es el protagonista principal del plan de salud de sus país.

### ***DEFINICIÓN DEL MÉDICO FAMILIAR***

Especialista que atiende los problemas relacionados con el proceso de salud-enfermedad en forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar tomando en consideración el contexto biológico, social y psicológico(3)

### ***PERFIL DEL MÉDICO FAMILIAR***

La función primaria del médico familiar es ayudar a las familias a que manejen las enfermedades comunes y mostrarle como prevenir o por lo menos reducir, la posibilidad de futuras enfermedades. El medico familiar debe cumplir esta función dentro de la trama de un sistema social cada vez mas complejo, caracterizado por rápidos adelantos tecnológicos, el medico también debe tomar en cuenta los patrones cambiantes de la enfermedad y las expectativas cambiantes respecto de la salud.

El médico de familia no es un terapeuta familiar, sino un clínico que entiende y asume la importancia trascendental de la familia sobre como y de qué enferman sus miembros, teniendo en cuenta su lado positivo, como recurso de la salud errónea.

Reconoce que está en una posición privilegiada para detectar problemas familiares y valorará la intervención en función del problema encontrado y de su propia capacidad en esta área.

Es indiscutible que contar con una población cautiva, atender todo tipo de episodios de salud y de enfermedad, revisar indistintamente a todos los integrantes de la familia, contar con la posibilidad de desarrollar indicadores de riesgo y estimar probabilidades de ocurrencia de eventos, dan grandes ventajas al médico familiar.

El modelo de atención primaria a la salud (la práctica médica familiar) tiene como condición *sine qua non* anticiparse al daño y actuar sobre los factores de riesgo, es decir, usar un modelo anticipatorio basado en diagnosticar los riesgos a que está sujeto una población específica mediante la identificación de los factores de riesgo a que está expuesto cada miembro de la población. La acción consecuente es tratar de cancelar, modificar o atenuar esos factores de riesgo.

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

Deberá ser un profesional que trabaja en equipo para orientar de forma integral los problemas de salud de sus pacientes a través de la entrevista clínica, utilizando los métodos diagnósticos y terapéuticos adecuados, programando y evaluando el proceso y aceptando la participación comunitaria.

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

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

Los médicos de familia comparten creencias comunes valoran la continuidad de la atención al individuo y a la familia como aspectos ventajosos para la relación médico paciente y como un médico efectivo de prevención asistencial sanitaria, este hincapié sobre la atención coordinada ha hecho que los médicos de familia sean los profesionales sanitarios ideales como proveedores de salud.

Finalmente, otro aspecto capital de la medicina de familia ha sido el abordaje centrado en la familia con el cual cada vez se entiende mejor que en nuestro concepto de familia debemos incluir unidades diversas, como las familias de padres solos los grupos que viven en colectividad y las parejas del mismo sexo, los médicos de familia deberán de

influir en la acción legislativa a medida que esta se politice mas y con esto la medicina de familia expandirá su liderazgo en la política asistencial sanitaria, en la actualidad la medicina de familia es la especialidad a la que le ha llegado su momento y cuyas perspectivas no pueden ser mas brillantes.

## **MORBILIDAD.**

El medico familiar es responsable de atender de las diferentes patologías a su población adscrita y no adscrita a su consultorio, teniendo la responsabilidad de conocer la patologías nacionales, estatales y locales, mas frecuentes con base en la SUIVE de la SSA y en la información del ISSSTE en Veracruz, a continuación se desglosan las principales causas de consulta:

### **Veinte Principales Causas de Enfermedad Nacional 2006**

1. Infecciones Respiratorias Agudas	26,625,541
2. Infecciones Intestinales por otros organismos y las mal definidas	4,765,567
3. Infección de las Vías urinarias	3,181,056
4. Ulceras, Gastritis, Duodenitis	1,433,592
5. Amibiasis intestinal	762,937
6. Otitis media aguda	754,742
7. Hipertensión arterial	515,298
8. Gingivitis y enfermedad periodontal	449,714
9. Helmintiasis	400,759
10. Diabetes mellitus no insulino dependiente	397,387
11. Candiadiasis urogenital	356,491
12. Varicela	325,782
13. Asma y estados asmáticos	290,205
14. Conjuntivitis	266,673
15. Intoxicación por picadura de alacrán	247,976
16. Tricomoniiasis urogenital	174,826
17. Ascariasis	173,414
18. Neumonías y bronconeumonías	172,132
19. Desnutrición leve	168,463
20. Otras infecciones intestinales debidas a protozoarios	146,164

Fuente: Sistema Único de Información para Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/ssa

### **Veinte Principales Causas de Enfermedad en el Municipio de Veracruz semana 42 del 2006**

1. Infecciones Respiratorias Agudas	63,897
2. Infecciones Intestinales Por Otros Organismos y las	19,337
3. Infección de las Vías urinarias	12,240
4. Ulceras, Gastritis, Duodenitis	4,051

5. Dengue clásico	3,095
6. Hipertensión arterial	2,135
7. Otras helmintiasis	1,936
8. Asma y estados asmáticos	1,809
9. Otras infecciones intestinales debidas A	1,594
10. Ascariasis	1,579
11. Conjuntivitis	1,538
12. Otitis media aguda	1,479
13. Varicela	1,330
14. Amibiasis intestinal	1,328
15. Gingivitis y enfermedad periodontal	1,149
16. Candiadiasis urogenital	819
17. Dengue hemorrágico	771
18. Diabetes mellitus no insulino dependiente	709
19. Quemaduras	618
20. Mordeduras de perro	521

Fuente: Est: 30 Veracruz-Jur.: 08 Veracruz-Mun:193 VERACRUZ

### ***DIABETES MELLITUS NO INSULINDEPENDIENTE.***

#### **Concepto:**

La Diabetes Mellitus no insulino dependiente comúnmente llamado diabetes e identificada por la gente como el aumento de cifras de azúcar en sangre (hiperglucemia) y esta se puede considerar a una deficiencia relativa o absoluta de insulina o a una exceso relativo de glucagòn

#### **Criterios Diagnostico.-**

**Polidipsia** (aumento de la sensación de sed)

**Poliuria** (mayor producción de orina)

**Polifagia** (incremento en la sensación de hambre)

Con valores irremediamente altos de glucosa en sangre y orina, acompañado de baja de pesos pese a la ingesta de alimentos.

**Papel del Medico Familiar.-** el papel del médico familiar en esta enfermedades como en todas las enfermedades crónicas degenerativas es detectar los factores de riesgo de los pacientes adscriptos o usuarios de su consulta de medicina familiar y estar en forma ventajosa para realizar una atención preventiva e incidir en las complicaciones de esta enfermedad que puede llevar a su deceso en forma temprana de no llevar las mencionadas.

**Complicaciones.-** estas se dividen en dos grandes grupos: **microvasculares** y de **grandes vasos:**

**Microvasculares** .- ataca los pequeños vasos en particular los que irrigan retina, el riñón o el sistema nervioso (llegando a ocasionar ceguera) insuficiencia renal y neuropatía (produciendo perdida de la sensibilidad en forma simétrica en las extremidades inferiores y con menor frecuencia limitación de movimiento y dolor,

trastornos en la vía conductora nervio ciático, el obturador, el mediano o alguno de los pares craneales, afecciones del sistema autónomo trastorno en el funcionamiento de los órganos del sistema digestivo como esofago, estomago, vesícula biliar, intestino delgado y colon, ocasionando en ocasiones hipotensión arterial, en la piel pueden presentarse manchas brillantes, bulas o destrucción de grasa subcutánea, una de las complicaciones también muy importante es el pie diabético con aparición de úlceras y lesiones cutáneas en miembros inferiores a consecuencia de mala irrigación y neuropatía periférica.

**Macrovasculares.-** Son ocasionados por la aterosclerosis y sus complicaciones (infartos, derrames y gangrenas) y es factor importante en el riesgo de descontrol metabólico (síndrome metabólico) por su asociación con concentraciones altas de colesterol y triglicéridos, en las mujeres embarazadas las complicaciones tanto en la de muertes fetales como en recién nacidos continua siendo superior hoy en día, en los recién nacidos de madres diabéticas las complicaciones siguen siendo exceso de peso y tamaño (**macrosomía**) valores bajos de glucosa (**hipoglucemia**) de calcio (**hipocalcemia**) síndrome de dificultad respiratoria, hiperbilirubinemia, incremento de eritrocitos (**politemia**) anomalías congénitas y alteraciones cardiacas. (4).

## ***HIPERTENSIÓN ARTERIAL.***

### **Concepto:**

El aumento de cifras consideradas normales a nivel internacional se le denomina hipertensión arterial es la principal causa de las enfermedades cardiovasculares Es una de las enfermedades más frecuentes que atiende el medico familiar en su consulta.

La presión arterial es la fuerza con la que la sangre circula por el interior de las arterias de nuestro cuerpo. Cada vez que el corazón se contrae, lanza la sangre con fuerza a las arterias para que sea distribuida a todo el organismo. La presión con la que sale la sangre del corazón es mayor cuando el corazón se contrae, y a esta presión se la conoce como presión sistólica o máxima. Cuando el corazón se relaja, la presión en el interior de las arterias es menor, y se denomina presión diastólica o mínima.

### **Criterios Diagnóstico:**

La hipertensión arterial es la enfermedad más fácil de diagnosticar. Basta con medir las cifras de presión arterial con un aparato llamado esfigmomanómetro. Esta medición puede realizarse en la consulta del médico o en cualquier lugar en que exista una persona entrenada en tomar la presión. También puede realizarse en un aparato de medición automática, antes de considerar a un paciente hipertenso es necesario comprobar varias veces la presión arterial y estar seguros de que la medición se hace de forma adecuada, por personal entrenado. Esta aumenta con la edad y esta asociada a diferentes factores de riesgo como la herencia, las hiperlipidemias el sedentarismo, la obesidad, el alcoholismo, su aparición puede ser entre 25 a 55 años de edad aunque se reportan cifras altas en jóvenes en los cuales se detecta factores genéticos muy importantes.

### **Papel del Médico Familiar:**

Teniendo el conocimiento científico de que esta enfermedad es de origen multifactorial el papel del medico familiar es y será detectar los factores de riesgo que inciden en esta, para tener una intervención temprana en los factores de riesgo modificables (obesidad, hiperlipidemias, el sedentarismo, la ingesta excesiva de sal, el

alcoholismo, el tabaquismo) y otorgar el medicamento adecuado para su control y retardar las complicaciones y con evitar el aumento de muertes de origen cardiovasculares que se producen en nuestro país.

**Complicaciones:**

Estas se dividen en:

1. Enfermedades cardiovasculares hipertensivas
2. Enfermedades cerebrovascular y demencia por hipertensión,
3. Enfermedad renal hipertensiva
4. Complicaciones ateroscleroticas (5)

***DIARREAS.***

**Concepto:**

La diarrea, no es una enfermedad en sí, sino un síntoma de un trastorno cuya gravedad depende de la causa que lo origine. La diarrea se caracteriza por la evacuación frecuente de heces acuosas, sin formar, lo que provoca una escasa absorción de agua y elementos nutrientes. Puede ir o no acompañada de dolor, debilidad, náuseas, vómitos, espasmos abdominales (retortijones), fiebre o pérdida de apetito.

La diarrea puede ser aguda o crónica.

La primera, de aparición repentina, suele durar uno o dos días, lo mismo con tratamiento que sin él. La segunda puede prolongarse durante bastante tiempo, suele ser resultado de muchos factores y a veces es síntoma de un trastorno más importante.

Su origen puede ser también de origen inflamatorio y no inflamatorio.

**Criterios Diagnóstico:**

Aumento de la frecuencia de las evacuaciones (más de 2 a 3 evacuaciones por día) o en su consistencia líquida con inflamación o no y Puede ser producida por:

1. Virus.
2. Protozoarios.
3. Bacterias.
4. Medicamentos.
5. Stress emocional.
6. Enfermedades crónicas.

**Papel del Médico Familiar:**

La labor del médico familiar es de establecer el patrón intestinal normal del paciente y la naturaleza de los síntomas y dado que los síntomas pueden variar de intensidad de un episodio agudo limitado a una enfermedad grave que ponga en peligro la vida, y estableciendo las causas de esta, dar el tratamiento adecuado de acuerdo a su etiología no olvidando que la hidratación oral que contengan carbohidratos y electrolitos es fundamental.

**Complicaciones:**

La complicación mas frecuente es la deshidratación que puede llegar a provocar la muerte en los niños. (6)

***INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.-*****Concepto:**

En esta clasificación se engloban los siguiente síntomas (odinofagia, cefalea, congestión nasal, rinorrea anterior y posterior, estornudos, malestar general, mucosa nasal eritematosa y edematosa en ocasiones secreción purulenta que afectan el aparato respiratorio superior. (7)

**Criterios Diagnóstico:**

El diagnostico de las enfermedades respiratorias se basa en el interrogatorio y en la exploración física del paciente con implementos mínimos necesarios con que cuenta el medico familiar.

**Papel del Medico Familiar:**

El papel del medico familiar debe y deberá ser el detectar los factores que facilitan la presencia de estas enfermedades en lo individual y /o familiar ya que es motivo de consultas frecuentes, llegando a la cronicidad del padecimiento y de acuerdo a la etiología detectada se deberá de dar el tratamiento específico desde una antihistamínico hasta la aplicación de antibióticos por vía parenteral.

**Complicaciones:**

Esta puede llegar ser abscesos periamigdalinos, amigdalitis, disfonía crónica, laringitis aguda y crónica, pólipos nasales, pólipos laringeos, ronquera, estridor, disfunción olfatoria.

***HIPERLIPIDEMIAS.*****Concepto:**

Es la concentración excesiva de los líquidos plasmáticos o sèricos (colesterol y triglicéridos) en el organismo.

**Criterios Diagnóstico:**

Se basa en una historia clínica y esta se confirma a través de exámenes de laboratorio (colesterol y triglicéridos por arriba del rango normal) con o sin sintomatología (decaimiento, mareos, astenia, adinamia) sedentarismo y antecedentes heredofamiliares de diabetes mellitus e hipertensión arterial, habito tabaquico.

**Papel del Médico Familiar:**

El médico familiar debe de realizar una historia clínica familiar para detectar factores de riesgo en paciente que acudan a su consulta con síntomas no bien claros como mareos vértigo decaimiento, debilidad, antecedentes de diabetes e hipertensión arterial con sedentarismo agregado, y con esta acción estar en posibilidad de realizar una terapéutica adecuada que podrá ser medicamentosa o no. (8)

**Complicaciones:**

Estas fundamentalmente son de predominio cardiovascular.

**LUMBALGIA.****Concepto:**

Es un síntoma frecuente que se desarrolla en hasta el 80% de pacientes que acuden consulta de medicina familia en algún momento de su vida, a pesar de que la lumbalgia suele ser de origen aguda y autolimitada, puede convertirse en un problema crónico en una cantidad considerable de pacientes, dando a lugar a un dolor de larga evolución que en ocasiones se vuelve crónico y causante de incapacidades medicas, las causa de las lumbalgias son numerosas y a menudo difíciles de identificar en un paciente a pesar que habitualmente son causa de de origen inflamatorio y mecánico en la evaluación del paciente con lumbalgia resulta decisivo realizar un examen para buscar alteraciones con consecuencias potencialmente graves en especial el síndrome de cola de caballo infecciones diversas y neoplasias. (9)

**Criterios Diagnóstico:**

Este se realiza a través de una historia clínica completa y antecedentes de espasmo y dolor en musculatura paravertebral con la ayuda invariablemente de auxiliares de diagnostico, radiografías de columna y en ocasiones de tomografía y/ o resonancia magnética

**Papel del Médico Familiar:**

En pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar con parestesias, espasmo, dolor lumbar con o sin marcha claudicante, el medico familiar deberá de pensar en lumbalgia y deberá de realizar una historia clínica completa apoyándose en radiografías especificas para detectar desde una nimiedad hasta una causa graves que este condicionando esta.

**Complicaciones:**

- Herniación aguda de disco intervertebral
- Artrosis
- Estenosis vertebral
- Síndrome cola de caballo
- Espóndilolisis
- Espóndilolistesis
- Espóndiloartritis

**INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS.****Concepto:**

Es un trastorno muy común en la practica medica pueden ser provocada por uno o mas patógenos. Son producidas por las bacterias coniformes en especial (E.coli) las mujeres se encuentran en un riesgo particular de padecer infección de vías urinarias debido a que la uretra de la mujer es corta y en la vagina se colonizan las bacterias, en mujeres jóvenes con vida sexual activa es producida por el coito, por el uso de

diafragmas y espermatozoides provocando el riesgo de cistitis, pueden a ser llegar a ser ascendente como la pielonefritis si no se trata oportunamente. (10).

**Criterios Diagnóstico:**

Polaquiuria, disuria, urgencias y molestia suprapúbicas, puede haber hematuria visible en las mujeres y en ocasiones fiebre; se confirma mediante un general de orina y urocultivo.

**Papel del Médico Familiar:**

Con base en la sintomatología que aporte el paciente al médico familiar estará en condiciones de diagnosticar mediante la clínica y confirmándose por laboratorio la infección de vías urinarias, dando el tratamiento a base de antibacterianos.

**Complicaciones:**

- Pielonefritis aguda
- Pielonefritis crónica
- Cistitis aguda
- Prostatitis bacteriana aguda
- Prostatitis bacteriana crónica
- Epididimitis aguda transmitida sexualmente
- Epididimitis aguda no transmitida sexualmente

***CERVICALGIAS:***

**Concepto:**

Es la principal causa de dolor crónico de cuello y de enfermedad articular degenerativa, en ocasiones debido a estados de stress del individuo que remiten con medidas conservadoras, la lesiones en latigazo son las mas comunes, éstas con una inmovilización temprana remiten satisfactoriamente. Las vértebras cervicales ( C1,C2) son las mas afectadas, el síntoma mas predominante es el dolor que puede abarcar todo el cuello, cintura, región escapular y extremidades superiores con cefalea agregada o no, se puede irradiar a occipucio, tórax anterior, cintura, escapula, brazo, antebrazo y mano puede acompañarse de parestesias, el dolor al irradiarse, provoca la limitación de movimientos cervicales constituyen el dato mas objetivo y mas frecuente. Los datos neurológicos van a depender de la extensión de la compresión de las raíces nerviosas o de la medula espinal y esta a su vez puede provocar paraparesia o paraplejía. (11)

**Criterios Diagnóstico:**

El diagnostico se realiza mediante examen clínico y auxiliares de diagnostico como lo Rx de columna cervical puede ser utilizada la tomografía computarizada y la resonancia magnética siendo esta última la más sensible para detectar enfermedades de disco, compresión medular y enfermedad intramedular de la columna.

**Papel del Médico Familiar:**

El papel de los médicos familiares es detectar con base en la semiología de dolor y a los antecedentes de patología traumática o no, esta enfermedad que puede ser desde un síntoma hasta un síndrome de compresión radicular, provocando en trabajadores motivo de incapacidad médica.

**Complicaciones:**

Elongación musculotendinosa cervical aguda o crónica

- Hernia del núcleo pulposo
- Trastornos artríticos

**MICOSIS.****Concepto:**

Las enfermedades mas frecuentes de la piel son las micosis superficiales que se diagnostican en base a la localización y características de las lesiones que producen y las mas comunes son; tiña corporal, tiña crural, dermatofitosis de pie, dermatofitides de las manos, tiña de uñas (onicomicosis) y tiña versicolor. (12)

**Criterios Diagnóstico:**

Es clínico en base a las lesiones (pápulas, vesículas, placas escamosas, huellas de rascado, pigmentación de la piel, pruriginosas, nodulares, úlceras, erosionadas, bulosas) cuadro clínico, y antecedentes de exposición a alérgenos químicos, físicos, trastornos sistémicos concomitantes que presente el paciente.

**Papel del Médico Familiar:**

El médico familiar debe de realizar una historia clínica completa con énfasis en la inspección de las lesiones que presenta el paciente y con los datos que nos aporte el paciente estar en posibilidad de dar un tratamiento oportuno a esta enfermedad de que puede ser remitida en pocos días o semanas de acuerdo a la severidad del caso y en caso necesario remitir a paciente con el dermatólogo de la unidad.

**Complicaciones:**

Estas pueden ser de diferentes tipos y dependerán del diagnóstico oportuno y del tratamiento específico para que estén sean lo menos agresivas.

**GASTRITIS:****Concepto:**

Es definida como la enfermedad donde hay daño epitelial o endotelial con inflamación de la mucosa gástrica y se puede dividir en tres categorías:

- Gastritis erosiva y hemorrágica
- Gastritis no erosiva, inespecífica (histológica)
- Gastritis con manifestaciones histológicas y endoscopias (6)

**Criterios Diagnóstico:**

Dolor en epigastrio, anorexia, náuseas, vómitos, en ocasiones hemorragias significativas, la endoscopia es el método mas sensible para diagnóstico, el antecedente de factores de estrés, medicamentos (aínes), consumo de alcohol tabaquismo, son orientadores de esta enfermedad.

**Papel del Médico Familiar:**

El médico familiar deberá de realizar un interrogatorio basado en la sintomatología que aporte el paciente y estar en posibilidad de remitir o atenuar esta molestia que puede ser trivial hasta llegar a desencadenar en un estado patológico agresivo como una

ulcera gástrica que pongan en peligro la vida de nuestro paciente. Deberá de indicar la medicación específica así como medidas higiénicas dietéticas y en ocasiones terapia recreativa u ocupacional de ameritar el caso.

**Complicaciones:**

La complicación será desde un estado erosivo a hasta la ulcera gástrica.

**CONJUNTIVITIS:**

**Concepto:**

Es la enfermedad más común del ojo, la cual puede ser aguda o crónica, puede deberse a infecciones bacterianas (gonococos y clamidia) o viral; otras causas que pueden provocar esta son la pueden ser Queratoconjuntivitis seca, alergia, e irritantes químicos el contagio es por contacto directo vía dedos, toallas, pañuelos, etc. (13)

**Criterios Diagnóstico:**

Hiperemia de los vasos conjuntivales, episclerales o ciliares, eritema de párpados hemorragia subconjuntival, dolor retroocular, sensación de cuerpo extraño, prurito, fotofobia, lagrimeo, ardor y rascado debido a bacterias o virus.

**Papel del Medico Familiar:**

El papel del medico familiar es detectar la causa de la infección ocular y dar el tratamiento medico y las indicaciones medico generales

Una buena higiene indicada por el medico puede ayudar a prevenir el contagio de conjuntivitis:

- Evitar tocarse los ojos con las manos
- Lavarse la manos con frecuencia
- Cambiar las fundas de las almohadas con frecuencia
- Reemplazar los cosméticos para los ojos con regularidad
- No compartir los cosméticos para los ojos
- No compartir las toallas ni los pañuelos
- Uso y cuidados apropiados de las lentes de contacto

**Complicaciones:**

La mayoría de las veces no se presentan, pero en algunos casos puede presentarse extensión de la infección a la córnea, párpados o vías lagrimales.

**ARTROSIS DEGENERATIVA.**

**Concepto:**

Es la más frecuente de las enfermedades articulares que no distinguen edad, grupo étnico o región geográfica, se caracteriza por la degeneración del cartílago y la hipertrofia del hueso en los bordes articulares puede ser desde mínima y en esta tiene importancia los factores hereditarios y mecánicos.

Es el trastorno degenerativo sin manifestaciones sistémica (14)

**Criterios de diagnóstico:**

Rigidez articular, posteriormente dolor a los movimientos de la articulación, afectada la cual se incrementa al cargar peso y disminuye al reposo, puede existir deformidad mínima de la articulación o no, así como limitación funcional. Radiológicamente puede haber estrechamiento del espacio m articulación

Formación de osteofitos, engrosamiento de bordes óseos y también en ocasiones quistes óseos

**Papel del médico familiar:**

El médico familiar deberá de realizar con énfasis la semiología del dolor del paciente tomando en cuenta, los antecedentes heredofamiliares, la obesidad es un factor muy importante en esta así como el sedentarismo esta se puede presentar en nuestro paciente en edades tempranas (40 años) aproximadamente, la crepitación en alguna articulación es un síntoma que esta presente en esta enfermedad, dando el tratamiento medico a para aliviar los síntomas y mejora la función

**Complicaciones:**

La complicación más frecuente es la limitación de actividades de cadera, columna cervical y rodillas.

***ANEMIA.*****Concepto:**

La anemia ocurre cuando en la sangre no se tiene suficiente hemoglobina. La hemoglobina es una proteína dentro del los glóbulos rojos que transporta oxígeno desde sus pulmones hacia el resto del cuerpo. Una causa común de anemia es no tener una cantidad de hierro suficiente. El cuerpo necesita hierro para fabricar hemoglobina, es la causa más común

**Criterios de diagnóstico:**

Frecuentemente no hay síntomas. Puede presentarse palidez de tegumentos, sensación de cansancio, sensación inusual de "falta de aire" al hacer ejercicio, Taquicardia, Latidos del corazón acelerados

**Papel del médico familiar:**

El papel de médico familiar será detectar inicialmente a la inspección y a la exploración la anemia y a través de auxiliares de diagnostico (Biometría Hemática) confirmar o descartar esta y dar el tratamiento específico.

**Complicaciones:**

En la mayoría de los casos no se presentan estas.

***CERVICITIS.*****Concepto:**

Llamada también enfermedad inflamatoria del cuello uterino es producido por microorganismo patógeno (Bacterias, Hongos, Parásitos, Virus) (15)

**Criterios de diagnóstico:**

Flujo vaginal no transparente, reporte de detección oportuna de cáncer (papanicolau) como negativo a cáncer pero con proceso inflamatorio.

**Papel del médico familiar:**

El médico familiar deberá de realizar detección oportuna de cáncer cervicouterino (doc) a toda su población adscripta y mediante esta acción estar en posibilidad de detectar a tiempo cualquier alteración en él, cuello uterino el tratamiento debe de basarse en pruebas microbiológicas.

**Complicaciones:**

Esta puede ser desde recidivas o reinfecciones hasta ser progresivas a un cáncer del cuello uterino.

***OSTEOPOROSIS.***

**Concepto:**

Es la enfermedad caracterizada por masa ósea baja y deterioro microarquitectónico del hueso, que incrementan la fragilidad del esqueleto y con ello el riesgo de fracturas, seis veces más frecuente en mujeres que en hombres. (14)

**Criterios de diagnóstico:**

A la osteoporosis se le a denominado la” enfermedad silente” dado que no cursa con síntomas, este se basa en auxiliares de diagnostico (rayos x y en la densitometría ósea).

**Papel del médico familiar:**

El papel del médico familiar será detectar los factores de riesgo como la edad avanzada, sexo femenino, raza blanca o asiática, historia familiar positiva a osteoporosis y delgadez corporal, estilo de vida sedentario, tabaquismo, baja ingesta de calcio.

**Complicaciones:**

Fracturas, inmovilidad.

***ESQUIZOFRENIA.***

**Concepto:**

Se define como la enfermedad donde el paciente tiene ideas delirantes y alucinaciones, estos síntomas la mayoría de la veces es incapacitante, esta tiene su inicio en la adolescencia o al principio de la edad adulta y pueden persistir toda su vida.

**Criterios de diagnóstico:**

Ideas delirantes, alucinaciones habla desorganizada, comportamiento muy desorganizado o catatónico, déficit de atención y síntomas negativos que influyen el comportamiento social y ocupacional, retraimiento muy notable. (16)

**Papel del médico familiar:**

Es detectar a tiempo cualquier de cambio hábitos o conductas no consideradas normales en los pacientes que acuden a su consulta y en los familiares de los mismos y

con esta acción estar en posibilidades de tratar médicamente y canalizar adecuadamente al especialista de así requerirlo.

**Complicaciones:**

Deterioro físico y mental debido a daño del sistema nervioso central por el abuso en los fármacos y enfermedades medicas relacionadas.

## **PARASITOSIS**

**Concepto:**

Las parasitosis intestinales son infecciones producidas por parásitos cuyo hábitat natural es el aparato digestivo del hombre. Algunos de ellos pueden observarse en heces aún estando alojados fuera de la luz intestinal, por ejemplo en el hígado (*Fasciola hepática*) o en pulmón (*Paragonimus* spp.) Pertenecen a este grupo de enfermedades algunas de las más prevalentes a nivel mundial. Contrariamente a lo que podamos pensar, todos los protozoos intestinales patógenos tienen una distribución mundial, al igual que la mayoría de los helmintos, aunque por las deficientes condiciones higiénico-sanitarias se han asociado siempre a países tropicales o en vías de desarrollo. Se dividen protozoos y helmintos

**Criterios de diagnóstico:**

Anemia, eosinofilia, dolor abdominal, diarrea, vomito, perdida de peso o mal nutrición, prurito anal

**Papel del médico familiar:**

Observar las características de las familias y su nivel socioeconómico en algunos pacientes así como los hábitos alimentarios y estar en posibilidad de detectar la parasitosis y dar tratamiento específico y oportuna para evitar complicaciones pueden ser graves en algunos pacientes

**Complicaciones:**

Absceso hepático, Apendicitis o peritonitis, obstrucción intestinal

## **BURSOPATIAS**

**Concepto:**

Es la inflamación de la membrana celular sinoviaforme que recubre las eminencias óseas y pueden ser secundarias a traumatismo, infecciones o estados artríticos como gota, artritis reumatoide u osteoartritis, las ubicaciones mas comunes son subdeltoidea, olecraneana, isquiática, trocanterica, bolsa prerrotuliana y semimembranosa gastrocnémica (quiste de Baker). (17)

**Criterios de diagnóstico:**

Es de inicio abrupto, produce mas sensibilidad y tumefacción local, los sitios más frecuentes son el olécranon y la bolsa prerrotuliana uno de los síntomas más notorios se presenta en el hombro por desgaste del manguito rotador sensación de trabazón en particular con la abducción, puede estar acompañada de crepitación o no.

**Papel del médico familiar:**

Identificar en la exploración de hombros y rodillas, dolor, rubor o calor a los movimientos de abducción, auxiliándose de Rx para confirmar la lesión ósea.

**Complicaciones:**

Pueden presentarse inmovilidad local, en ocasiones debido a desgaste de la articulación y nula respuesta a tratamiento médico (aínes) y la indicación de medicina física y rehabilitación la cual esta indicada para retardar las molestias.

***RINITIS ALÉRGICA*****Concepto:**

Es una enfermedad de síntomas nasales persistentes y muestran variaciones estacionales, producida por alergenos, los pólenes son mas comunes en la primavera, el pasto en el verano y la ambrosía en el invierno, las mascotas producen síntomas todo el año.

**Criterios de diagnóstico:**

Prurito nasal, congestión, rinorrea o paroxismo de estornudos que puede ser acompañada por síntomas respiratorios inferiores (tos crónica sibilancias, opresión del pecho o disnea) irritación y prurito de los ojos. (18)

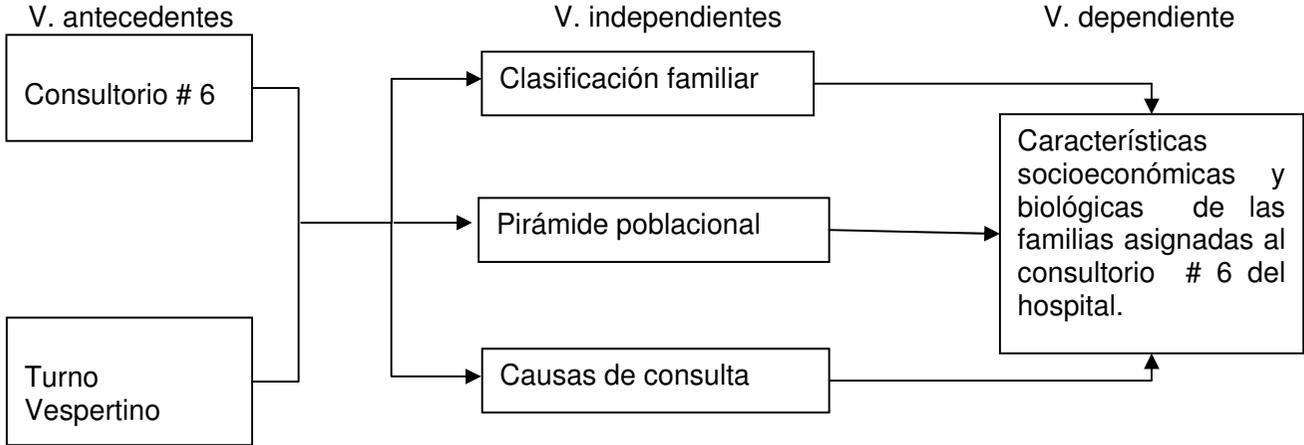
**Papel del médico familiar:**

Es el detectar en el examen físico la mucosa de los cornetes por lo general esta pálida o violácea debido a la ingurgitación venosa en contraste con el eritema de la rinitis viral, tiene factor hereditario y como tal el medico familiar al tener su núcleo integrado detectara esta patología a tiempo y podrá inicial el tratamiento medico con medidas generales

**Complicaciones:**

La gran mayoría de las veces no se encuentran complicaciones ya que con los medicamentos actuales, con la inmunoterapia y las medidas generales tendientes a evitar los factores que la provocan estas no se presentan.

**MODELO CONCEPTUAL:**



# PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los problemas relacionados con el proceso de salud enfermedad en forma integral continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar tomando en consideración el contexto biológico y social y psicológico es competencia de la medicina familiar. La atención personal continua que con frecuencia coloca al médico de familia en una posición especial dentro de la comunidad y de las familias que atiende, permiten conocer las distintas generaciones de patrones de relación familiar así como los procesos de disfunción individual familiar y comunitaria y ligados a los problemas de salud.

Dentro de la atención primaria son frecuentes las situaciones en el que el medico percibe la importancia que tienen los factores culturales; así mismo ha podido comprobar que los continuos cambios de la cultura se manifiestan a través de valores sociales, sistemas de creencias y reglas familiares que ejercen determinadas influencias sobre la salud y la enfermedad, ya que en función de su significado social y cultural, los procesos patológicos pueden descomponerse en dos dimensiones: la enfermedad, como alteración orgánica ajena al paciente y la dolencia, que depende de las características psíquicas y culturales de quien la padece. Por lo que, los profesionales de la salud familiar, no solo deben ocuparse de la enfermedad si no también de los trastornos sociales, el temor, la incertidumbre y las frustración en relación con la dolencia, ya que tres de los componentes asociados a la pérdida de salud, se relacionan en forma directa con el status social. La enfermedad se relaciona con factores biológicos y sociales; la dolencia, con el proceso de inculturación y la discapacidad con la clase social.

La salud familiar toma como referencia al funcionamiento de la familia como un acondicionamiento que influye sobre los estados de salud y de enfermedad, por lo que al ser un sistema constante de transformación, la familia equilibra la tendencia homeostática y la capacidad de cambio dentro de la sociedad; por consecuencia, la practica de la medicina familiar se fundamenta en elementos esenciales como son el estudio de la familia, la continuidad de la atención y la acción anticipatoria basada en un enfoque de riesgo. Por lo que la evaluación demográfica de las familias, mediante la descripción de su estructura, clasificación tipológica, etapa en ciclo vital familiar además de los elementos económicos y sociales constituye algunos de los componentes del denominado diagnostico de salud familiar.

Dada la necesidad de que con la información obtenida mediante las actividades en la consulta de medicina familiar se puedan desarrollar proyectos de investigación multidisciplinarios que permitan un uso mas eficiente de los recursos para la solución de problemas de salud y el diseño de las estrategias de atención específica, surge un modelo sistemático de atención medica familiar "MOSAMEF" que se basa en potenciar la participación comunitaria y en concretar una nueva filosofía que se fundamente en la atención sanitaria, en el fomento de salud y en la mejora de la calidad de vida y no sólo en la asistencia en caso de enfermedad. Dado que el médico familiar no es el terapeuta de la familia si no el clínico que entiende y asume la importancia trascendental de la familia de como y de qué se enferman sus miembros teniendo en cuenta su lado positivo como recurso de la salud, y su lado negativo como generadora de enfermedad y de conductas de salud erróneas, se encuentra en este momento en una posición privilegiada para detectar problemas familiares y valorar la intervención en función del problema encontrado y de su propia capacidad en dicha área.

Por consiguiente, la aplicación de un modelo sistemático de atención médica familiar digna y adecuada como lo es el MOSAMEF en el otorgamiento de consulta que se proporciona en el consultorio # 6 turno vespertino en el Hospital del ISSSTE Veracruz, permitirá dar respuesta a las siguientes interrogantes.

¿Cuáles son las principales causas de consulta de la población estudiada?,

¿Cuál es la distribución de su pirámide poblacional?

¿Cuáles son las características socioeconómicas de las familias asignadas al consultorio # 6 turno vespertino del Hospital General del ISSSTE Veracruz, Ver?

# JUSTIFICACIÓN

La familia como elemento central de la sociedad, basa su presencia en el equilibrio de sus integrantes. Las condiciones que afecten a cada uno de ellos se traducen en la ruptura de la integridad cultural, social, económica con la consecuente afección biológica.

El individuo demanda del sector médico una atención basada en la familia, en la cual se conjuntan todos los elementos que conllevan a la enfermedad.

La capacidad en la atención médica que se le brinde a la familia puede conducir a individuos a modificar el concepto mismo de la salud enfermedad y a mantener un interés común de todos sus integrantes por preservar la vida de todos ellos.

Modelos de salud, basados en la familia han sido generados en todo el mundo y ratificados por su contribución hacia una población menos enferma. Múltiples intervenciones donde la familia contribuye a mejores acciones terapéuticas en enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión o cáncer han quedado demostradas en el campo de la salud. Apoyos directos para los grupos de tercera edad son otra muestra donde la medicina familiar logra sus mejores avances.

La generación de la medicina familiar ha sido una gran contribución a la salud del individuo, sin embargo, la sociedad misma ha minimizado su utilidad y muchos de los servicios médicos asistenciales le han dado a la medicina familiar un nivel por debajo de cualquier otra especialidad médica.

La aplicación de modelos de salud enfocados a la familia como el modelo sistemático de atención médica familiar (MOSAMEF), proporcionan elementos suficientes para llevar a la práctica principios esenciales de la medicina familiar, identificar las necesidades de atención a la salud de las familias y verificar que la atención médico familiar produce un impacto favorable en la salud de las familias. (3)

Por lo que al aplicar dicho modelo en la práctica de la medicina familiar, se logra estudiar a la familia, proporcionar atención continua y sobre todo anticipar al daño mediante un enfoque de riesgo.

Por consiguiente, la presente investigación propone la aplicación del modelo MOSAMEF en la consulta externa del consultorio # 6 del hospital general del ISSSTE, en la identificación de las principales causas de consulta como el elemento que permita incidir en la prevención de los problemas de salud; así mismo, propone conocer la distribución de la pirámide poblacional como un elemento de estratificación de riesgos para jerarquizar las necesidades de salud, y finalmente, busca conocer las características de las familias para aplicar los principios esenciales de la medicina familiar, provocando un impacto favorable en la salud de sus integrantes.

# OBJETIVOS

## **OBJETIVO GENERAL**

Caracterizar biológica, social y económicamente a las familias asignadas al consultorio # 6 del Hospital General ISSSTE, Veracruz, Ver., Turno Vespertino que demandan atención médica.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar las veinte principales causas de consulta de la población asignada al consultorio # 6 Turno Vespertino del Hospital General ISSSTE, Veracruz, Ver.

Conocer cual es la distribución de la pirámide poblacional en la población asignada al consultorio # 6 Turno Vespertino del Hospital General ISSSTE, Veracruz, Ver.

Clasificar de acuerdo a su condición socioeconómica a las familias asignadas al consultorio # 6 Turno Vespertino del Hospital General ISSSTE, Veracruz, Ver.

# **METODOLOGÍA**

## **TIPO DE ESTUDIO**

De acuerdo con la clasificación de Méndez y cols, este estudio se clasifica de la siguiente manera:

### ***OBSERVACIONAL***

Es observacional dado que el investigador sólo describirá o medirá el fenómeno estudiado sin modificar ninguna de las variables que intervienen en el fenómeno.

### ***DESCRIPTIVO***

Puesto que sólo se estudiara la población, adscrita al consultorio # 6 turno vespertino y no existen hipótesis centrales

### ***AMBISPECTIVO***

El proceso retrospectivo de la investigación se fundamenta en la recolección de la información mediante el formato S.M-10-1, el cual proporciona los datos correspondientes al informe diario del médico. La parte prospectiva se integra al aplicar la cedula básica de identificación familiar y obtener información reciente mediante un instrumento generado de forma específica para esta actividad, que de manera habitual no forma parte de la actividad de la consulta externa.

### ***TRANSVERSAL***

Este estudio solo hará una medición en una sola ocasión a las variables involucradas. No se evaluará su evolución en el tiempo.

## **POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO**

Para la pirámide poblacional del consultorio # 6 se utilizarán las tarjetas vd1 de vigencia de derechos de los pacientes adscritos a este consultorio (ANEXO 1)

Para determinar las principales causas de consulta se utilizarán formatos S.M-10-1 (informe diario de labores del médico) (ANEXO 2)

Para conocer las características socioeconómicas de las familias, se utilizarán las cédulas básicas de identificación familiar del MOSAMEF (ANEXO 3).

Este estudio se llevará a cabo en el consultorio # 6 turno vespertino del Hospital General del ISSSTE, Veracruz, Ver.

El tiempo en el que se realizará este trabajo será de junio a septiembre de 2006.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### ***CRITERIOS DE INCLUSIÓN***

- Hojas de registro diario del médico, formatos S.M-10-1 (ANEXO 2) pertenecientes al consultorio # 6 turno vespertino del Hospital General del ISSSTE.
- Tarjetas vd1 de los pacientes adscritos al consultorio # 6 turno vespertino del Hospital General del ISSSTE.
- Familias adscritas al consultorio # 6 turno vespertino del Hospital General del ISSSTE a las cuales se le aplicara las cédulas básicas de identificación familiar del MOSAMEF (ANEXO 3).

### ***CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:***

- Hojas de registro diario del médico, formatos S.M-10-1 pertenecientes a otros consultorios o turno diferentes.
- Tarjetas vd1 pertenecientes a pacientes de consultorios diferentes.
- Familias adscritas a otros consultorios.

### ***CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:***

- Hojas de registro diario formatos S.M-10-1 del médico ilegibles.
- Tarjetas VD1 con datos incompletos.
- Familias con cédulas básicas de identificación familiar con encuestas incompletas.

## **TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA**

### ***TIPO No ALEATORIO***

Se considera no aleatoria, ya que la selección se efectuará solo con base en el criterio de ser el derechohabiente, su pareja o bien el hijo, y se incluirá en el estudio a penas demande la consulta, sin seguir un sistema numérico o un orden de números aleatorios para su selección.

### ***TAMAÑO DE LA MUESTRA***

Para la elaboración de la pirámide poblacional, no se utilizará muestreo ya que se incluirán las tarjetas vd1 de los pacientes adscritos al consultorio 6 turno vespertino.

### ***SECUENCIAL***

Se incluirán todos los formatos S.M-10-1 existentes del consultorio # 6 turno vespertino de enero a junio de 2006.

### ***POR CUOTAS***

Se encuestará a un total de 50 familias elegidas, de las adscritas al consultorio # 6 turno vespertino.

## VARIABLES A ESTUDIAR

### *ESCALAS NOMINAL, ORDINAL, INTERVALAR.*

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION</b>	<b>OPERACIONALIZACI ÓN</b>	<b>NIVEL DE MEDICIÓN</b>
<i>Estado civil,</i>	Condición social, legalmente aceptada por la ley	Casados Unión Libre Otro	Nominal
<i>Años de unión conyugal.</i>	Tiempo transcurrido de vivir en pareja de otra persona realizando roles sociales marido y mujer.	Tiempo de unión expresada en años	Intervalar
<i>Escolaridad de los integrantes de la familia</i>	Numero de años transcurridos desde que empezó a estudiar y clasificados por nivel de educación.	Primaria De 1º a 6º año Secundaria Preparatoria Licenciatura Postgrado	Ordinal
<i>Edad del padre</i>	Numero de años que tiene el papá de la familia desde su nacimiento.	Edad del padre expresada en años	Intervalar
<i>Edad de la madre</i>	Numero de años que tiene la mamá de la familia desde su nacimiento	Edad de la madre expresada en años.	Intervalar.
<i>Clasificación de la familia con base en el parentesco</i>	Integrantes de una familia que existe padre y/o madre e hijos que pueden compartir su espacio con familiares consanguíneos y en algunos junto con otros no consanguíneos.	Nuclear Nuclear simple Nuclear numerosa Reconstruida (binuclear) Monoparental Monoparental extendida Extensa Extensa compuesta No parental	Nominal
<i>Clasificación de la familia sin parentesco</i>	Integrantes de una familia que existe padre y/o madre e hijos que comparten su espacio con personas sin ningún vínculo consanguíneo. O bien personas que no guardan ninguna relación entre ellos.	Monoparental extendida sin parentesco Grupos similares a familia	Nominal

<i>Con base a la presencia física y convivencia</i>	Familia donde la identificación del jefe de familia lo desarrollan los padres o los hijos o bien otros familiares	Núcleo integrado Núcleo no integrado Extensa ascendente Extensa descendente Extensa colateral	Nominal
<i>De acuerdo a estilo de vida originados por cambios sociales</i>	Personas que viven solos o integran una familia con individuos del mismo sexo, en la cual puede o no haber hijos.	Persona que vive sola Parejas homosexuales sin hijos. Parejas homosexuales con hijos adoptivos. Familia grupal. Familia comunal Poligamia.	Nominal
<i>De acuerdo a su medio de subsistencia</i>	Procedencia de recursos económicos para el sustento familiar	Agrícola o pecuaria Industrial Comercial servicios	Nominal
<i>Con base en su nivel económico</i>	Está determinado por el ingreso económico y las necesidades que este pueda cubrir.	Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 No se le considera pobre	Ordinal
<i>De acuerdo a la etapa del ciclo vital familiar</i>	Esta determinado por inicio del vínculo matrimonial, la llegada del primer hijo, la edad escolar e inicio de adolescencia, etapa de casamiento y formación de una nueva familia, hasta la etapa de desempleo, jubilación, viudez y el abandono	Matrimonio Expansión Dispersión Independencia Retiro y muerte	Nominal
<i>Pirámide poblacional por grupos de edad</i>	Distribución de personas derechohabientes del ISSSTE, agrupados por edades.	Menores de 1 año De 1 a 4 años De 5 a 9 De 10 a 14 Etc.	Intervalar
<i>Pirámide poblacional por sexo</i>	Distribución de las personas por su condición biológica.	Masculino Femenino.	Nominal
<i>20 Principales causas de consulta.</i>	Corresponde a las enfermedades agrupadas por orden de frecuencia de primera vez, que demanden atención médica.	Diagnósticos anotados en el formato SM-10-1	Nominal

## **PROCEDIMIENTO PARA RECABAR LA INFORMACIÓN**

El procedimiento de la recolección de la información se llevara a cabo mediante la aplicación de la cedula básica de identificación familiar por el médico familiar adscrito al consultorio # 6 turno vespertino del Hospital General del ISSSTE a los sujetos de estudio, ya sea el trabajador, su pareja o bien su hijo. La información se obtendrá de forma directa mediante entrevista al sujeto en el mismo consultorio que demanda atención médica. Una vez aplicada la encuesta dicha información se recopilará por el médico familiar en una base de datos electrónica, generada de forma específica para ello. Integrada ya la base de datos, se procederá a su análisis estadístico, el cual primero revisará primero la calidad de la captura, para posteriormente efectuar el análisis descriptivo de la información que permita determinar las características familiares.

Para la obtención de las 20 principales causas de consulta se revisará por el investigador responsable de este trabajo, los formatos S.M-10-1 generados de enero a junio del 2006 de la consulta externa del consultorio # 6 otorgada por el departamento de estadísticas del hospital general Veracruz. Los datos contenidos en el formato S.M-10-1 se capturaran en otra base de datos específica para esta información. Ya capturada se analizará y se podrá obtener la totalidad de las causas de consulta, de la cual se derivaran las primeras 20 de acuerdo a la frecuencia que presente.

Para la obtención de la pirámide poblacional se tomará información de la subdirección de afiliación y vigencia del ISSSTE, en la ciudad de Xalapa, Ver. de donde se revisaran los registros de la población adscrita al Hospital General.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

Conforme al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud en México, y con base en el artículo 3, la investigación en salud es un proceso que tiende a contribuir a las buenas acciones en salud, asimismo de acuerdo a lo señalado en el título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos y conforme a lo señalado en el capítulo 1 artículo 17 fracción 1, la presente investigación establece un nivel nulo de riesgo, ya que el método empleado es documental y no se modifican las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan. Así mismo, con base en los artículos 13, 16 de la misma ley, se protege la dignidad de los participantes, sus derechos y bienestar no dando a conocer su identidad solo que los resultados lo requieran y él lo autorice. De igual forma y con base en el artículo 23 se dispensa el obtener el consentimiento informado por el nulo nivel de riesgo en la investigación (20).

Con base en el Código de Bioética para el personal de salud 2002, se hace alusión al capítulo I y II, ya que toda persona tiene derecho a recibir atención médica y el personal de salud está obligado a buscar los medios para que los deberes de equidad y justicia se apliquen y contribuir al beneficio de la salud de la comunidad; así mismo, con base en el capítulo VII las actividades médicas se basan en el progreso de las ciencias de la salud que se fundamentan en la investigación (21).

Conforme a los derechos internacionales para la investigación médica en seres humanos formulados en la Declaración de Helsinki de acuerdo a lo señalado en la 52ª Asamblea General Edimburgo y con base en las notas aclaratorias de Washington 2002 y Tokio 2004, en la fracción 10, es deber del médico en esta investigación proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano, asimismo en sus fracciones 11, 14 y 15, la investigación se está proyectando en un profundo conocimiento de la bibliografía científica y por personas científicamente calificadas. De igual forma se respetan las fracciones 27, 28 y 31 al proporcionar total atención al paciente sin estar condicionada por participar en la investigación. (22)

Finalmente y de acuerdo al Código de Actuación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado el personal que participa en la investigación forma parte de la Administración Pública Federal y se ciñe al código de ética para estos servidores públicos que rige en México tomado los elementos de: Bien común, en el cual el servicio público es un patrimonio que pertenece a todos los mexicanos y que representa una misión que sólo adquiere legitimidad cuando busca satisfacer las demandas sociales y no cuando se persiguen beneficios individuales. Integridad, el cual es actuar con honestidad, atendiendo siempre a la verdad, honradez, en el cual no deberá utilizar su cargo público para obtener algún provecho o ventaja personal o a favor de terceros. Imparcialidad, actuando sin conceder preferencias o privilegios indebidos a organización o persona alguna. Justicia, para ello, es su obligación conocer, cumplir y hacer cumplir las disposiciones jurídicas que regulen el ejercicio de sus funciones. Transparencia, permitiendo y garantizando el acceso a la información gubernamental, sin más límite que el que imponga el interés público y los derechos de privacidad de los particulares establecidos por la ley. Rendición de cuentas en el cual asume plenamente ante la sociedad, la responsabilidad de desempeñar sus funciones en forma adecuada y sujetarse a la evaluación de la propia sociedad. Ello lo obliga a realizar sus funciones con eficacia y calidad, así como a contar permanentemente con la disposición para desarrollar procesos de mejora continua, de modernización y de optimización de recursos públicos.

Finalmente el Entorno Cultural y Ecológico, Generosidad, Igualdad, Respeto, Liderazgo, contribuyen a generar la confianza de los ciudadanos en sus instituciones. (23)

## RESULTADOS

La demanda de atención médica en el consultorio número 6 turno vespertino durante el periodo de estudio fue de 1,873 consultas en las cuales se integraron 253 diagnósticos diferentes de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades (CIEs 10).

Con base en la demanda de consulta de primera vez se identificaron 802 pacientes con 167 diagnósticos diferentes de acuerdo a CIEs 10. De las principales causas de consulta que se atienden en el consultorio 6, se encuentran enfermedades crónicas e infecciosas como lo muestra la tabla 1. La hipertensión arterial esencial continua siendo la primera causa de atención médica (14.5%), seguida, aunque en menor proporción (6.5%) por una patología infecciosa como la faringitis, la cual es la principal afección de vías áreas superiores. La diabetes en cuarto lugar (4.2%), refleja la frecuencia con que esta enfermedad metabólica demanda vigilancia y atención, aunado a esto que en un 2.0% la diabetes mellitus no especificada también se encuentra dentro de las primeras 20 causas de consulta. Cabe mencionar que de las 20 principales causas, el 50% corresponde a patologías infecciosas y el resto a patología crónica degenerativa.

TABLA 1  
20 PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA  
EN EL CONSULTORIO # 6 TURNO VESPERTINO.

Diagnóstico	Frecuencia	%
1. Hipertensión esencial (primaria)	272	14.5
2. Faringitis aguda, no especificada	122	6.5
3. Rinofaringitis aguda [resfriado común]	90	4.8
4. Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	78	4.2
5. Causas de morbilidad desconocidas y no especificadas	70	3.7
6. Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	66	3.5
7. Artrosis, no especificada	64	3.4
8. Gastritis, no especificada	48	2.6
9. Rinitis alérgica, no especificada	48	2.6
10. Parasitosis intestinal, sin otra especificación	43	2.3
11. Hiperlipidemia no especificada	41	2.2
12. Diabetes mellitus no especificada, sin mención de complicación	38	2.0
13. Faringitis crónica	37	2.0
14. Enfermedad inflamatoria del cuello uterino	33	1.8
15. Anemia de tipo no especificado	31	1.7
16. Osteoporosis no especificada, sin fractura patológica	27	1.4
17. Infección de vías urinarias, sitio no especificado	25	1.3
18. Esquizofrenia, no especificada	18	1.0
19. Bursopatía, no especificada	17	0.9
20. Lumbago no especificado	17	0.9

Fuente: SM-10 .1 Informe diario de labores Enero-Junio 2006

Dentro de los diagnósticos de consulta de primera vez, se observa una mayor demanda de consulta por patologías infecciosas sobre las crónicas (tabla 2). Las enfermedades respiratorias como faringitis y rinofaringitis son las principales con el 21.3% (171 casos). Las diarreas y las parasitosis generan el 13.3% de consulta de primera vez. De forma general dentro de las primeras 20 causas de atención de primera vez, las enfermedades infecciosas proporcionan el 38.6% de consulta; mientras que las crónicas y degenerativas presentan el 24%, solo en la distribución de las 20 principales causas de atención por primera vez. La hiperlipidemia y la hipertensión arterial, se identifican como las primeras enfermedades crónicas en demandar consulta (2.0% y 1.9% respectivamente). Desafortunadamente la ausencia de diabetes dentro de las primeras 20 causas de consulta se convierte en un indicador negativo ya que esto señala lo tarde que se realiza el diagnóstico a pesar de la alta prevalencia de la enfermedad.

TABLA 2

**20 PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA PRIMERA VEZ  
CONSULTORIO # 6**

Diagnóstico	Frecuencia	%
1. Faringitis aguda, no especificada	97	12.1
2. Rinofaringitis aguda [resfriado común]	74	9.2
3. Causas de morbilidad desconocidas y no especificadas	62	7.7
4. Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	48	6.0
5. Parasitosis intestinal, sin otra especificación	42	5.2
6. Anemia de tipo no especificado	28	3.5
7. Hiperlipidemia no especificada	16	2.0
8. Infección de vías urinarias, sitio no especificado	16	2.0
9. Hipertensión esencial (primaria)	15	1.9
10. Micosis superficial, sin otra especificación	14	1.7
11. Cervicalgia	13	1.6
12. Conjuntivitis, no especificada	11	1.4
13. Artrosis, no especificada	11	1.4
14. Otras infecciones agudas de sitios múltiples de las vías respiratorias superiores	10	1.2
15. Bursopatía, no especificada	10	1.2
16. Mareo y desvanecimiento	10	1.2
17. Control de salud de rutina del niño	10	1.2
18. Rinitis alérgica, no especificada	9	1.1
19. Gastritis, no especificada	9	1.1
20. Lumbago no especificado	9	1.1

Fuente: SM-10 .1 Informe diario de labores Enero-Junio 2006

En la consulta subsecuente las enfermedades crónicas son la principal demanda de atención médica. De las 20 principales patologías el 74.36% (554) corresponden a un proceso crónico. La hipertensión arterial esencial es la primera causa con 24% (257 consultas), seguida, pero a una proporción muy distante (6.7%) por la diabetes mellitus (72 consultas). Patologías asociadas a estilos de vida moderna como la gastritis, esquizofrenia y depresión, también figuran dentro de las 20 causas de atención subsecuente.

TABLA 3

**20 PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA SUBSECUENTE  
CONSULTORIO # 6**

Diagnóstico	Frecuencia	%
1. Hipertensión esencial (primaria)	257	24.0
2. Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	72	6.7
3. Artrosis, no especificada	53	4.9
4. Rinitis alérgica, no especificada	39	3.6
5. Gastritis, no especificada	39	3.6
6. Faringitis crónica	36	3.4
7. Diabetes mellitus no especificada, sin mención de complicación	35	3.3
8. Enfermedad inflamatoria del cuello uterino	32	3.0
9. Hiperlipidemia no especificada	25	2.3
10. Faringitis aguda, no especificada	25	2.3
11. Osteoporosis no especificada, sin fractura patológica	21	2.0
12. Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	19	1.8
13. Esquizofrenia, no especificada	17	1.6
14. Rinofaringitis aguda [resfriado común]	16	1.5
15. Hiperplasia de la próstata	12	1.1
16. Epilepsia, tipo no especificado	10	0.9
17. Enfermedad cardíaca hipertensiva sin insuficiencia cardíaca (congestiva)	10	0.9
18. Hipercolesterolemia pura	9	0.8
19. Episodio depresivo, no especificado	9	0.8
20. Infección de vías urinarias, sitio no especificado	9	0.8

Fuente: SM-10 .1 Informe diario de labores Enero-Junio 2006

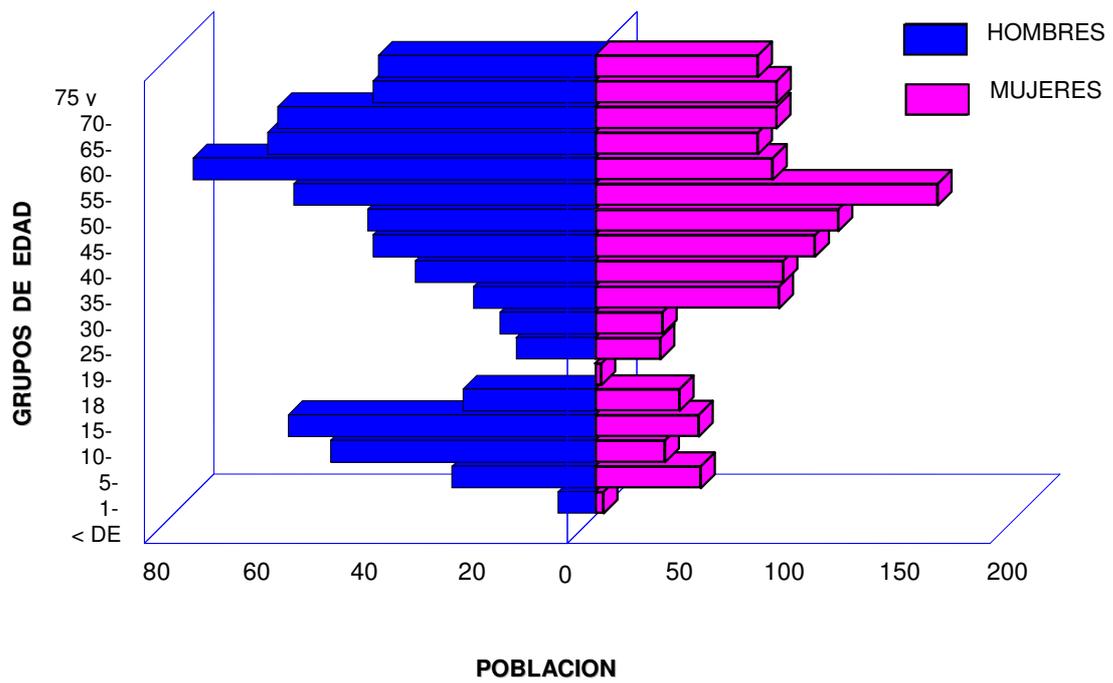
De acuerdo a la distribución por edad y sexo en la población adscrita al consultorio No. 6, se identificaron 1,889 derechohabientes. De los cuales el 35.99% (680) corresponden al sexo masculino, mientras que el 64% (1,209) al femenino. La pirámide poblacional muestra que la mayor población en el caso del sexo femenino la ocupa la categoría de 50 a 54 años con 162 pacientes (13.40%). En el caso del sexo masculino la categoría con mayor número de casos corresponden a la edad de 55 a 59 años con 76 casos (11.12%). De forma general, de acuerdo a las categorías de edad, en la mayor parte de ellas (19), es mayor la proporción de derechohabientes del sexo femenino sobre el masculino, lo cual nos da una relación de 1.77 de mujeres sobre los hombres. Tabla 4.

**TABLA 4**  
**DESCRIPTIVA DE LA POBLACION ADSCRITA AL CONSULTORIO # 6**  
**POR GRUPO DE EDAD Y SEXO DEL HOSPITAL GENERAL ISSSTE VERACRUZ**

Grupo de edad	Masculino	Femenino	Frecuencia	Porcentaje
< de 1	7	4	11	0.58%
1-4	27	50	77	4.08%
5-9	50	33	83	4.40%
10-14	58	49	107	5.66%
15-17	25	40	65	3.44%
18	0	3	3	0.16%
19-24	15	31	46	2.44%
25-29	18	32	50	2.65%
30-34	23	87	110	2.82%
35-39	34	89	123	6.51%
40-44	42	104	146	7.73%
45-49	43	115	158	8.36%
50-54	57	162	219	11.59%
55-59	76	84	160	8.47%
60-64	62	77	139	7.36%
65-69	60	86	146	7.73%
70-74	42	86	128	6.78%
75y mas	41	77	118	6.25%
<b>TOTAL</b>	<b>680</b>	<b>1209</b>	<b>1889</b>	<b>100.00%</b>

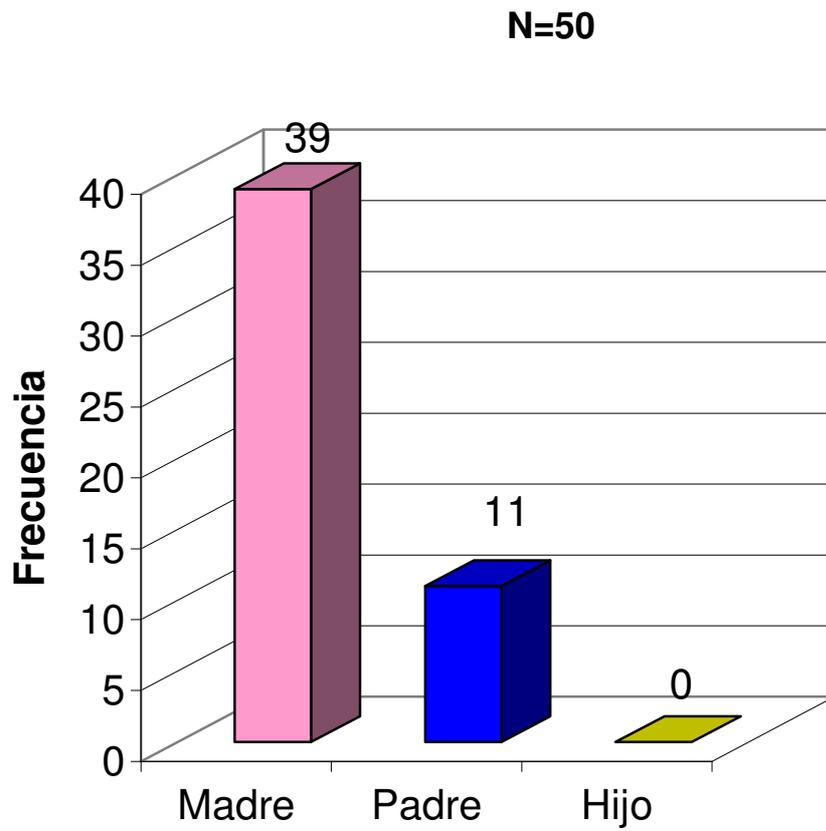
FUENTE: SUDIRECCION DE AFILIACION Y VIGENCIA SEP 2005

GRAFICA 1 DESCRIPTIVA DE LA POBLACION ADSCRITA AL CONSULTORIO No. 6  
POR GRUPO DE EDAD Y SEXO DEL HOSPITAL GENERAL ISSSTE VERACRUZ



En la siguiente investigación se estudiaron 50 personas de la cuales 39(78%) de ellas que proporcionaron información correspondieron a la categoría de madres y las 11 (22%) restante a la categoría de padres. (Ver Figura 1)

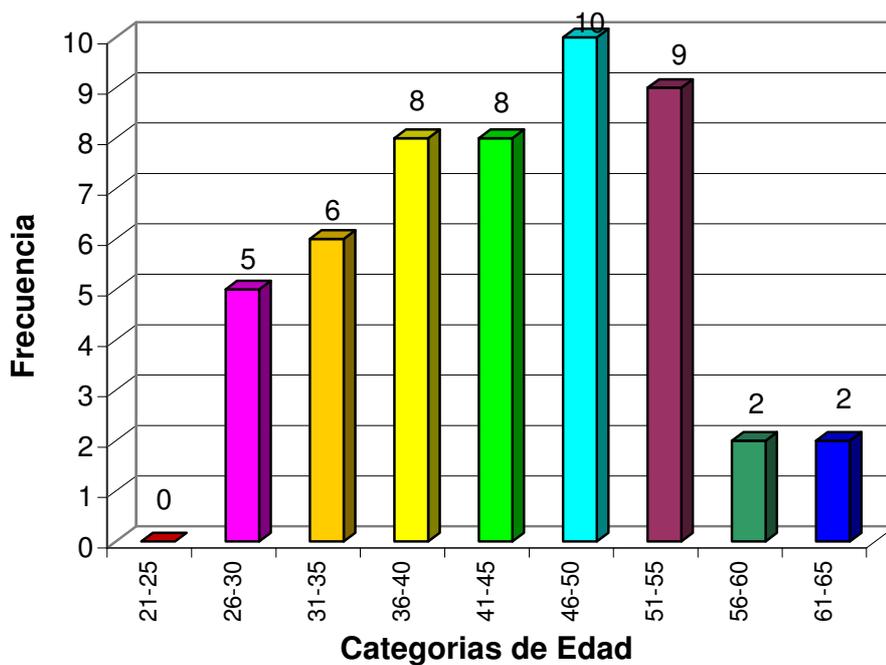
**Figura 1**



La distribución de las edades de la población de estudio oscilo entre 26 a 65 años de edad con una media de 43 años con una desviación estándar de 3 años.

El grupo con mayor número de participantes correspondió a la categoría de 46 a 50 años de edad con el 20 % de la población de estudio (Ver Figura 2)

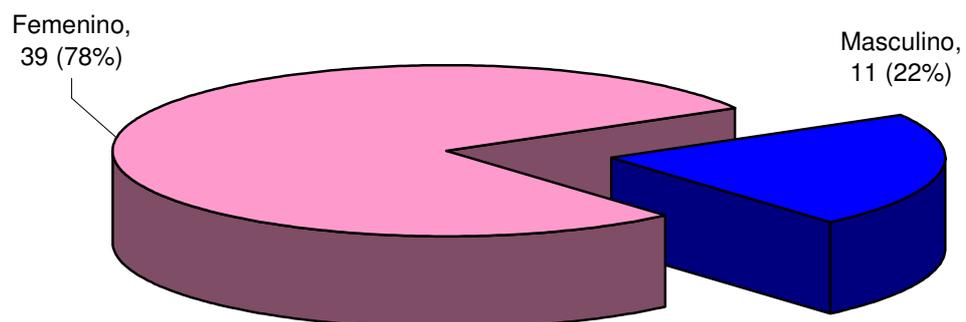
**Figura 2**



La distribución por sexo presento un 22 % (11) para la población masculina y 78 % (39) para la población femenina. (Ver Figura 3)

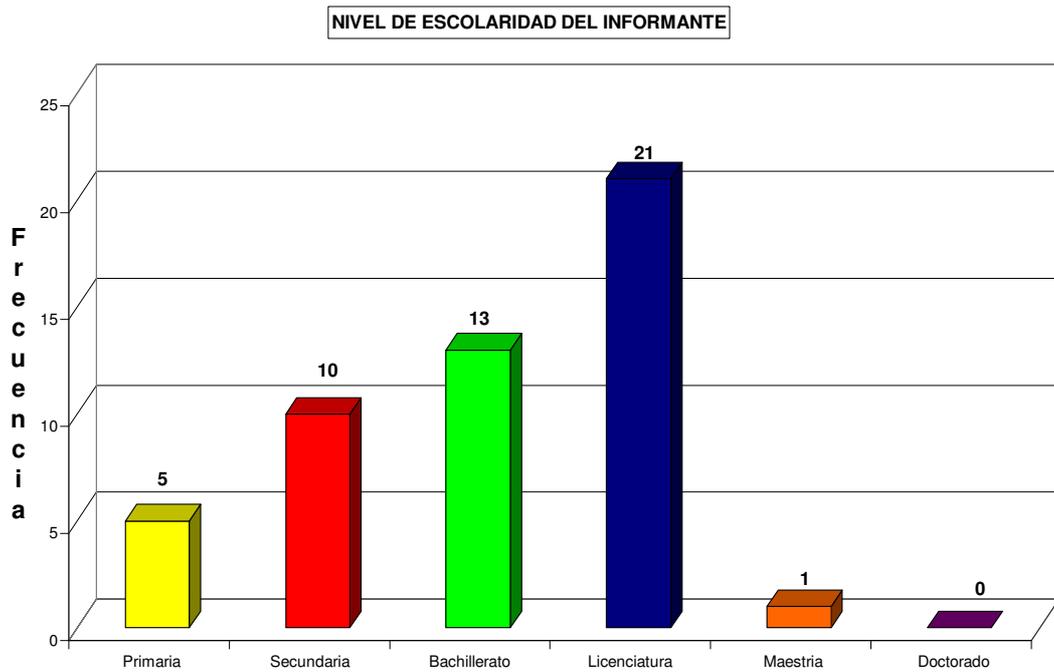
**Figura 3**

**N=50**



El nivel de escolaridad del informante que presentó la población de estudio abarco desde primaria hasta el grado de maestría siendo el principal nivel de escolaridad detectado el correspondiente a licenciatura con el 42 % de la población 21 casos. (Ver Figura 4)

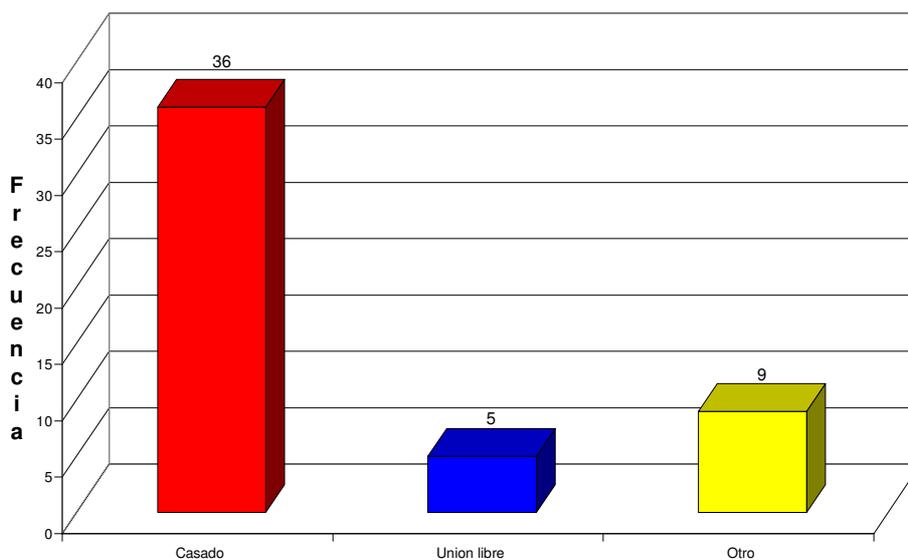
**Figura 4**



De acuerdo a la información de la cedula básica familiar de la población encuesta el 72 % presenta un estado civil de padres casados (36), el 10 % corresponde al estado civil de unión libre (5), y un 18% presenta un estado civil diferente a los dos anteriores (9), cabe señalar que esta categoría la integran personas viudas divorciadas o separadas. (Ver Figura 5)

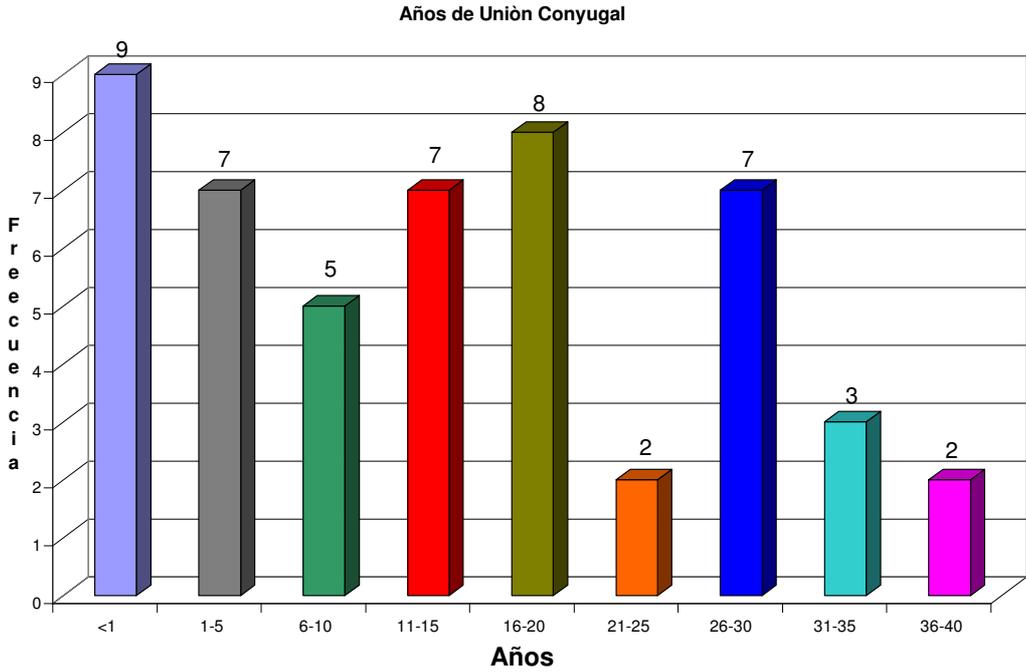
**Figura 5**

Estado Civil de los Padres



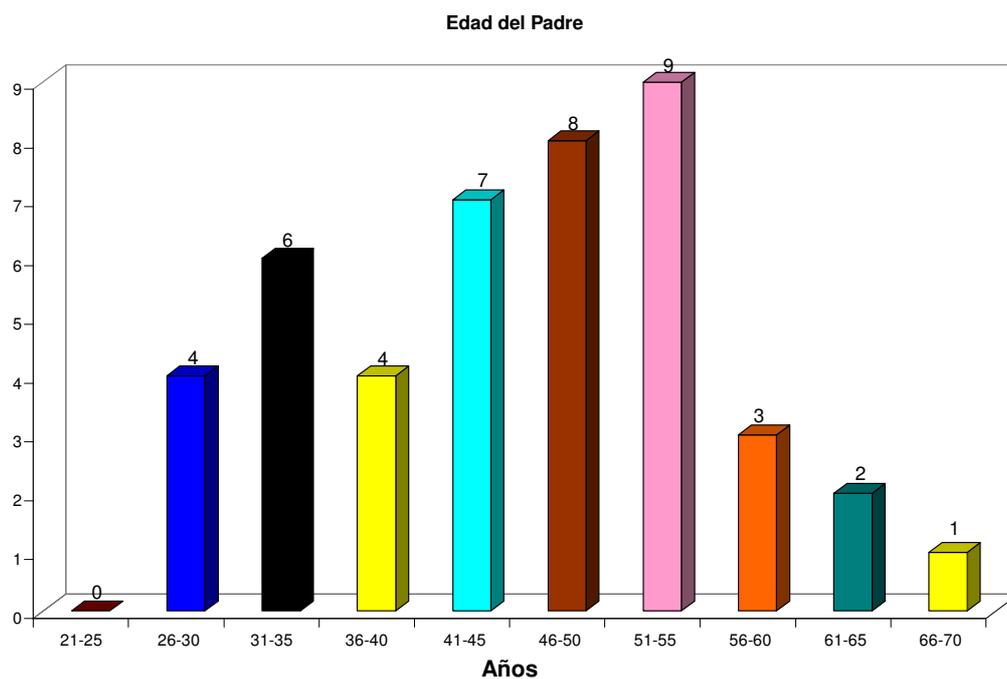
Los años de unión conyugal que se reportan por la población encuesta oscilan desde un año hasta 40 años con una mediana de 12 años siendo la categoría con mayor frecuencia en el número de años compartido en unión conyugal la 16 a 20 años con el 16 % de la población(8). (Ver Figura 6)

**Figura 6**



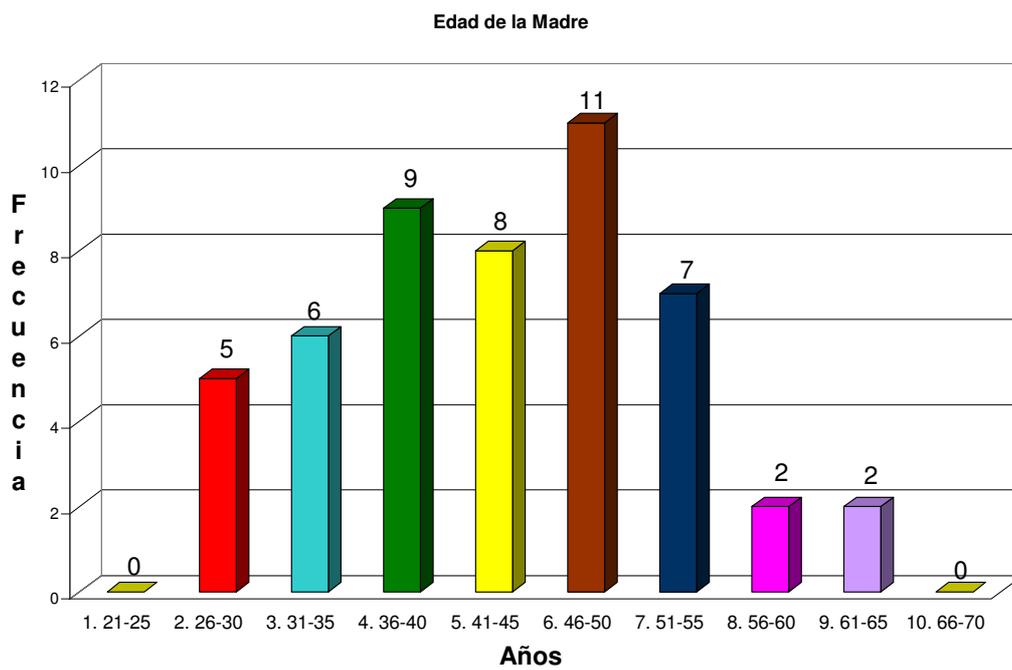
Con relación a la edad del padre esta osciló entre 26 y 70 años de edad en 6 casos no se identificó la edad del mismo, el promedio de dad fue de 47 años aunque la principal categoría correspondió de 51 a 55 años con el 20.5% (9). (Ver Figura 7)

**Figura 7**



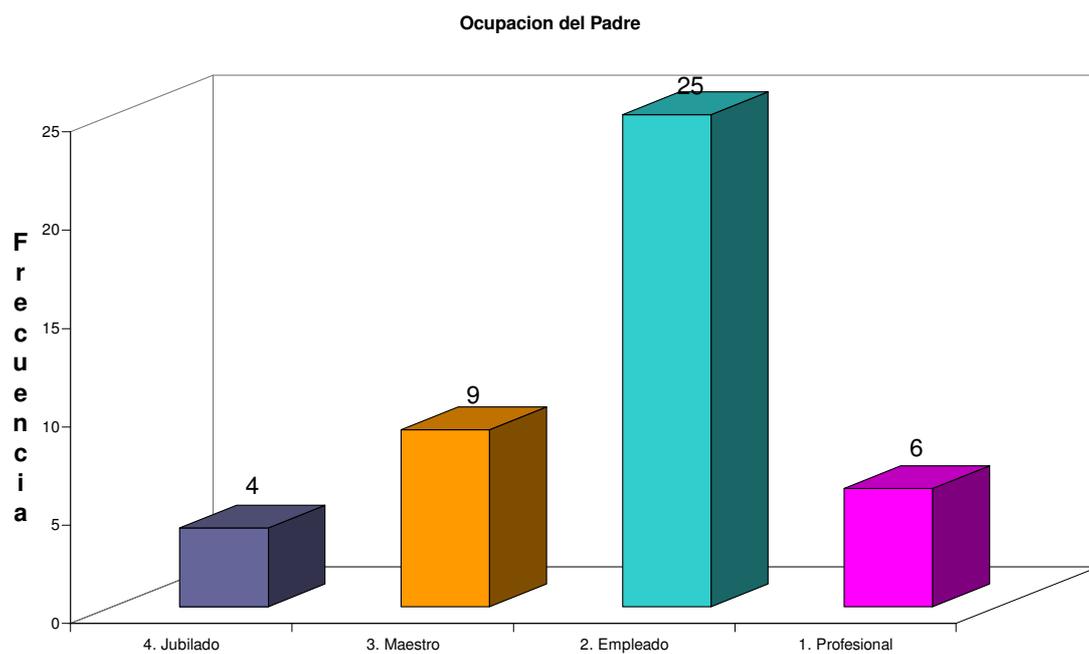
Con relación a la edad de la madre esta osciló de 26 a 65 años de edad con un promedio de 42 años aunque la categoría con mayor número de casos correspondió de los 46 a los 50 años con el 22% (11). (Ver Figura 8)

**Figura 8**



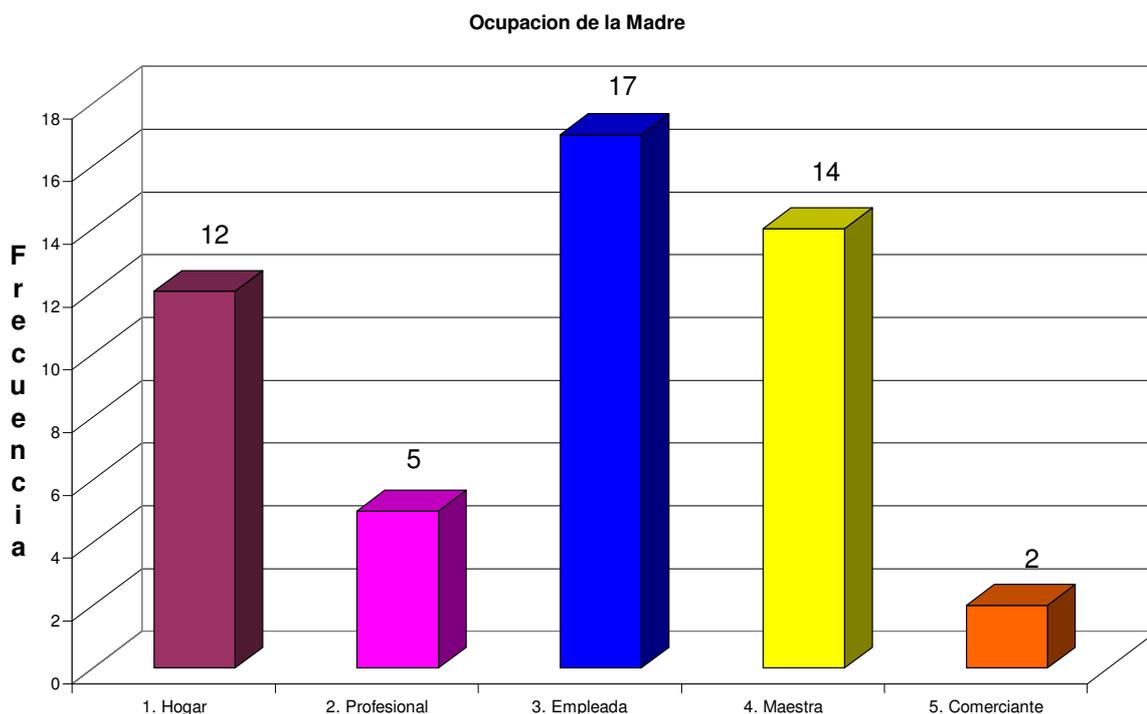
De acuerdo a la ocupación del padre de las cuatro categorías identificadas el 56.8 % (25) correspondió a la de empleados, seguida por la de maestros con el 20.45% (9). Siendo la de nivel profesional (12%) y la de jubilados (9.1%) las de menor frecuencia. (Ver Figura 9)

**Figura 9**



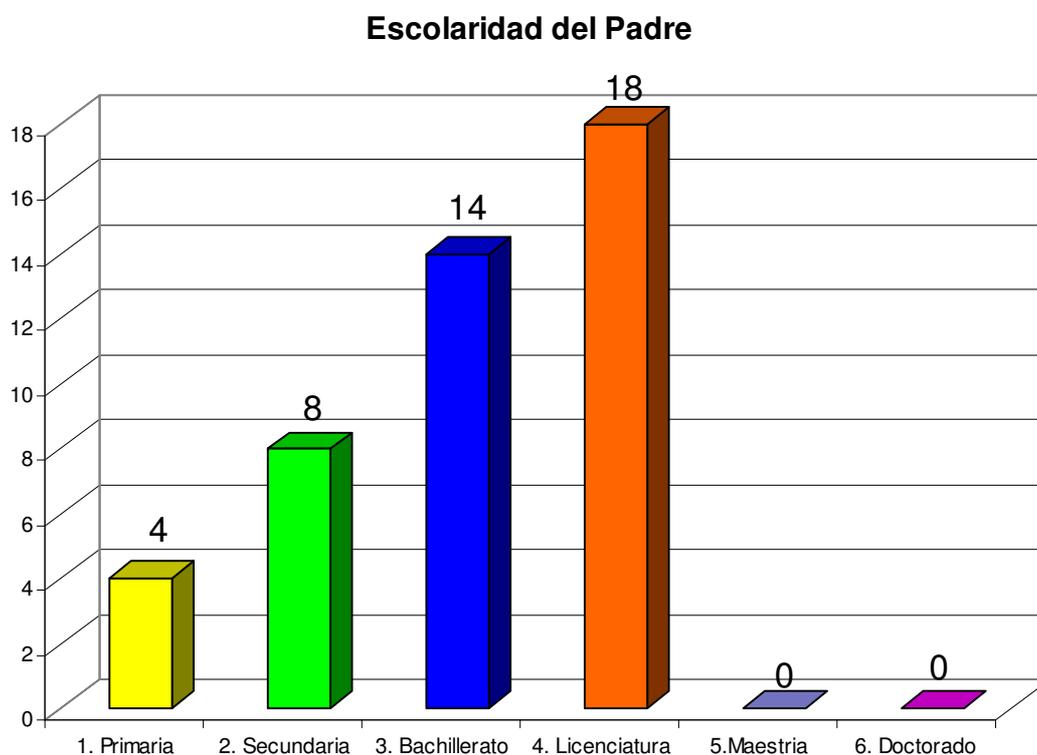
Se identificaron 5 categorías de acuerdo a la ocupación de la madre siendo la principal la de empleada con el 34% (17) seguida de la de maestra con el 28%(14) y por la de actividades del hogar con el 24%(12), la de menor frecuencia fueron las profesionales con el 10% (5) y las dedicadas a la actividad comercial con el 4 % (2). (Ver Figura 10)

**Figura 10**



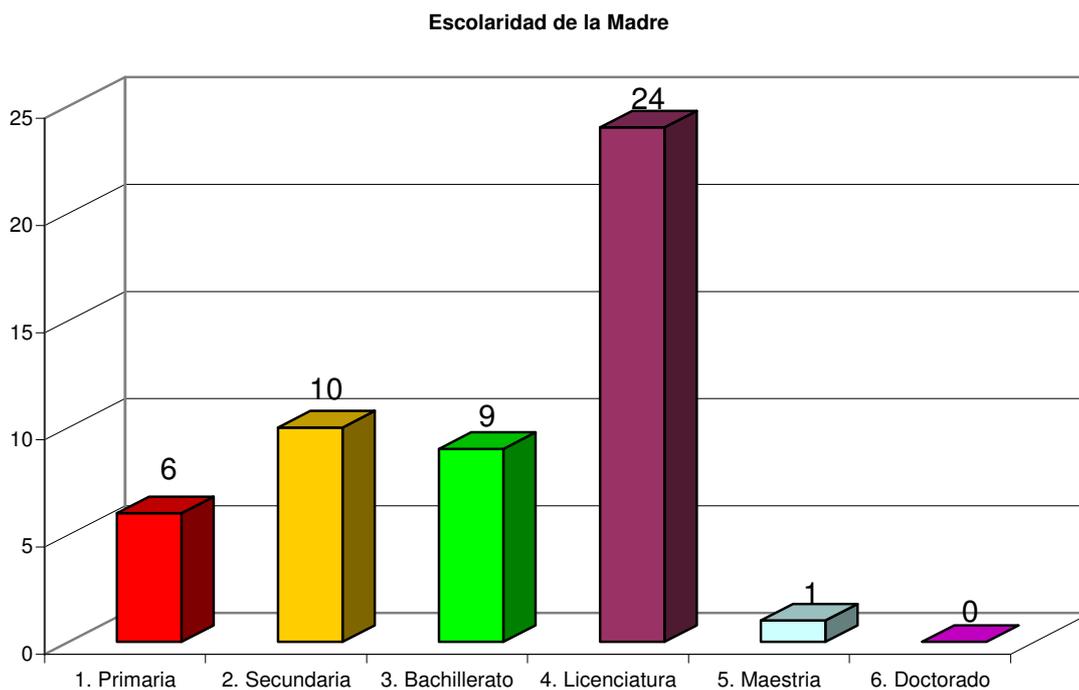
La escolaridad del padre se notificó en el 88% de los casos (44) siendo el nivel el nivel de licenciatura el de mayor frecuencia con el 40.9 % (18) seguido por el nivel de bachillerato con el 31.8 % (14), los dos niveles de escolaridad con menor frecuencia correspondieron a secundaria con el 18.2 % (8) y el de primaria con el 9.1% (4). (Ver Figura 11)

**Figura 11**



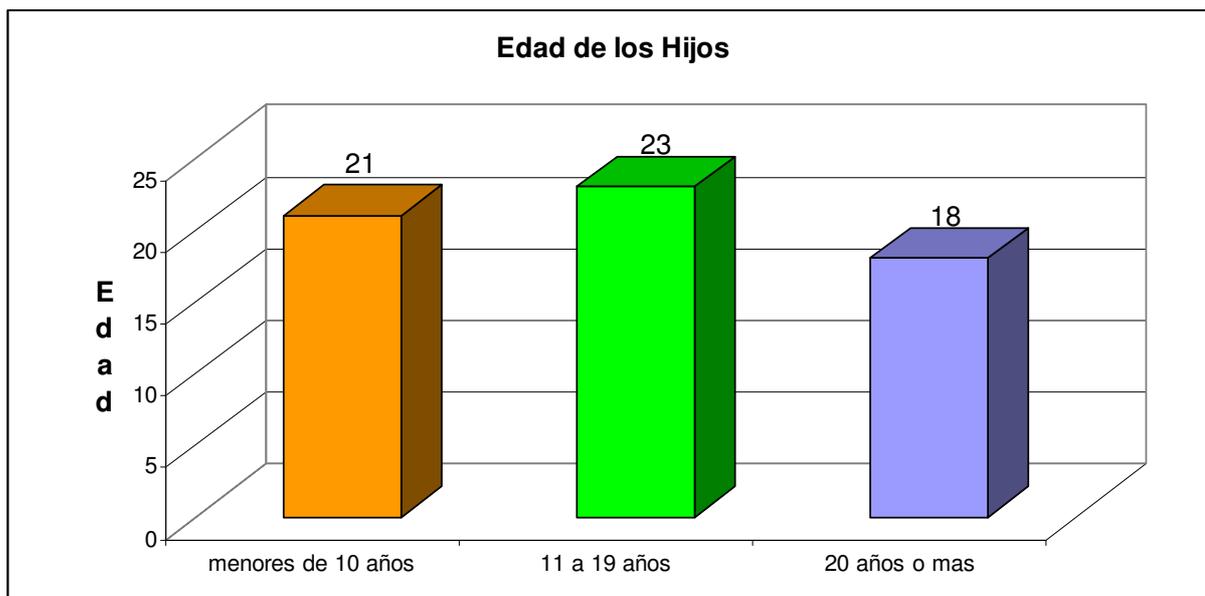
De acuerdo a la escolaridad de la madre el mayor nivel encontrado correspondió al grado de maestría con el 2% de la población (1); sin embargo el grado con mayor frecuencia fue de licenciatura con el 48 % (24) seguido de secundaria con el 20 % (10) y bachillerato con 18% (9). El grado de primaria lo presento el 12% de las madres (6). (Ver Figura 12)

**Figura 12**



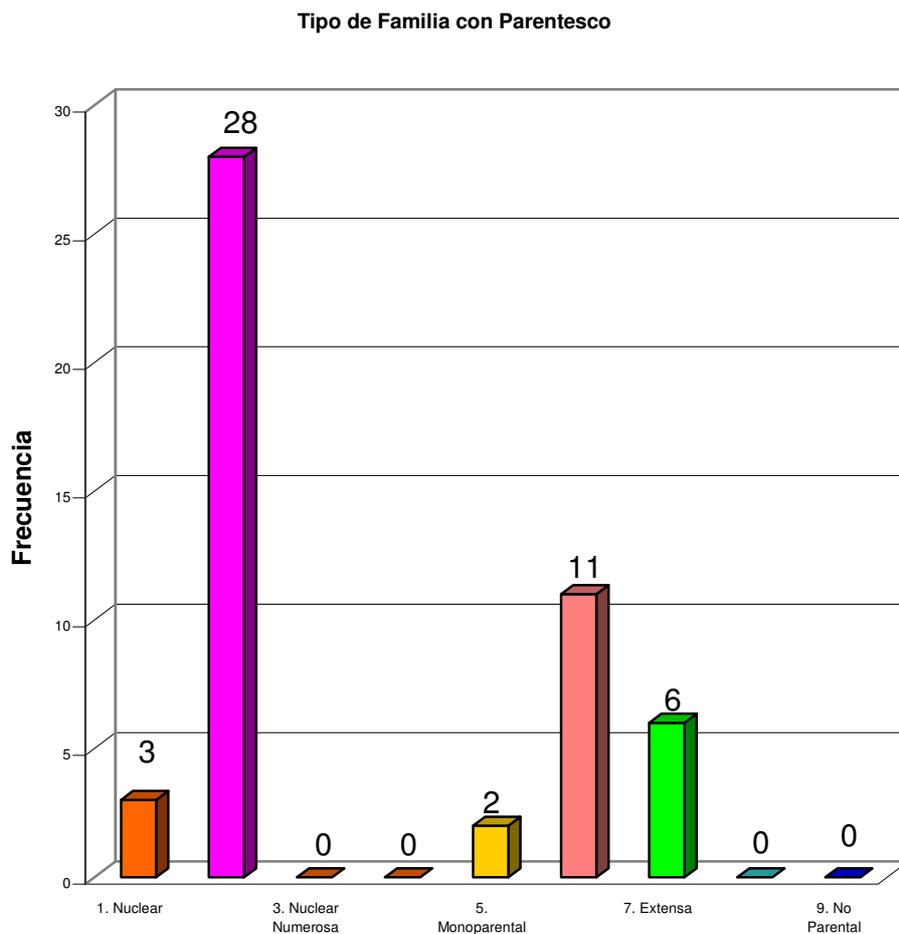
La población de estudio refiere tener hijos de 10 años o menos (21) 33.9%, (23) cuenta con hijos de 11 a 19 años 37.09% y el 29 % (18) sus hijos cuentan con edades de 20 años de edad. (Ver Figura 13)

**Figura 13**



De acuerdo a los tipos de familia con parentesco se identifican 5 de las nueve categorías señaladas en la encuestas de familia. De ellas la familia nuclear simple representa el 56% de la población de estudio seguida por la monoparental extendida con el 22% (11) casos. En menor proporción la familia extensa con el 12% (6), la nuclear con el 6% (3) y la monoparental con el 4 % (2). (Ver Figura 14)

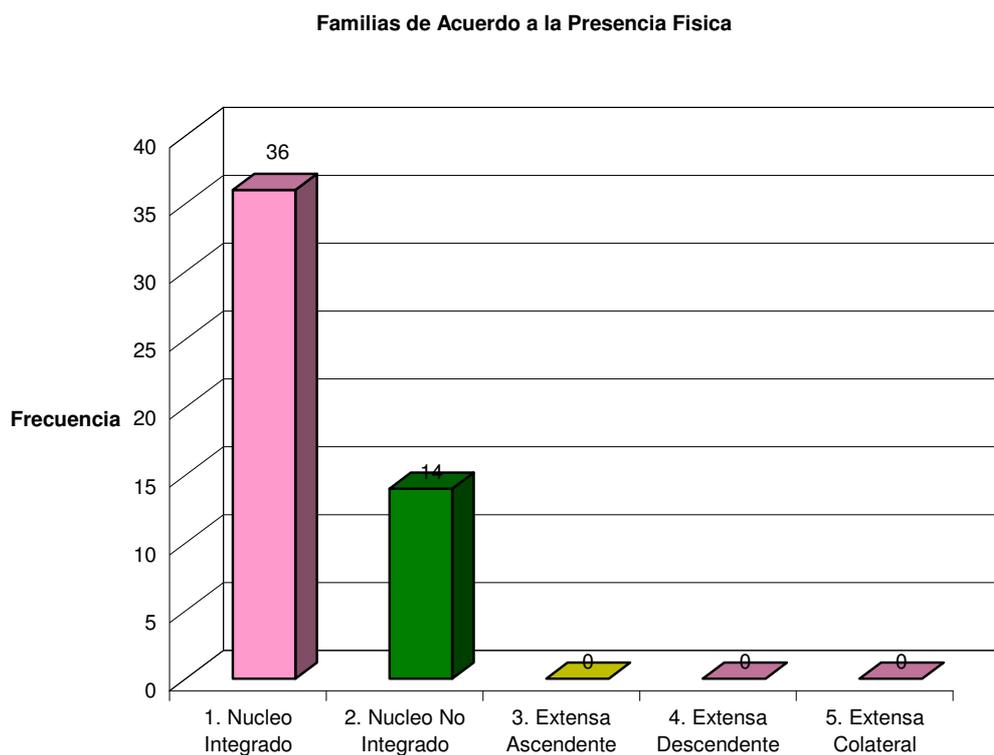
**Figura 14**



De las familias sin parentesco no se identificó ninguna de la dos categorías comprendidas en las encuesta.

Con relación a la presencia física se identificaron 2 de las 5 categorías correspondiendo el 72% (36) a la núcleo integrado y el 28% (14) a la de núcleo no integrado (Ver Figura 15)

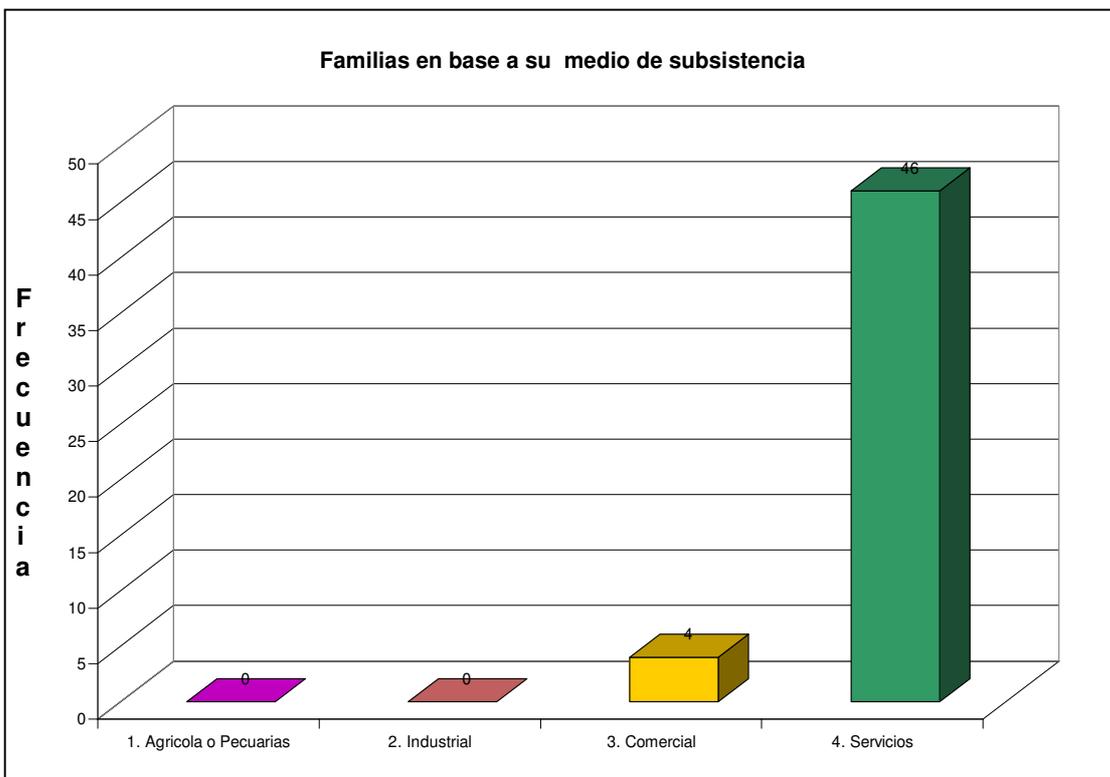
**Figura 15**



De acuerdo a las familias clasificadas como estilo de vida por cambio sociales no se identificó ninguna de las categorías que la integran en esta investigación.

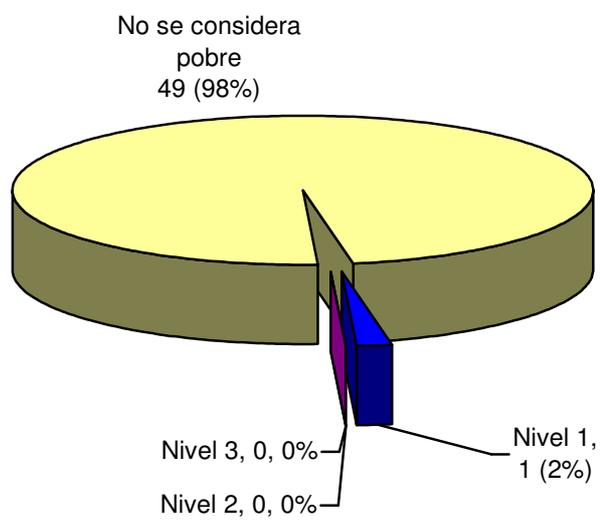
El tipo de familia con base en su medio de subsistencia el 92 % (46) correspondió a la categoría de servicios con base en lo señalado en la encuesta y el 8% (4) a la comercial. La categoría industrial agrícola o pecuaria no fueron identificadas en esta población. (Ver Figura 16)

**Figura 16**



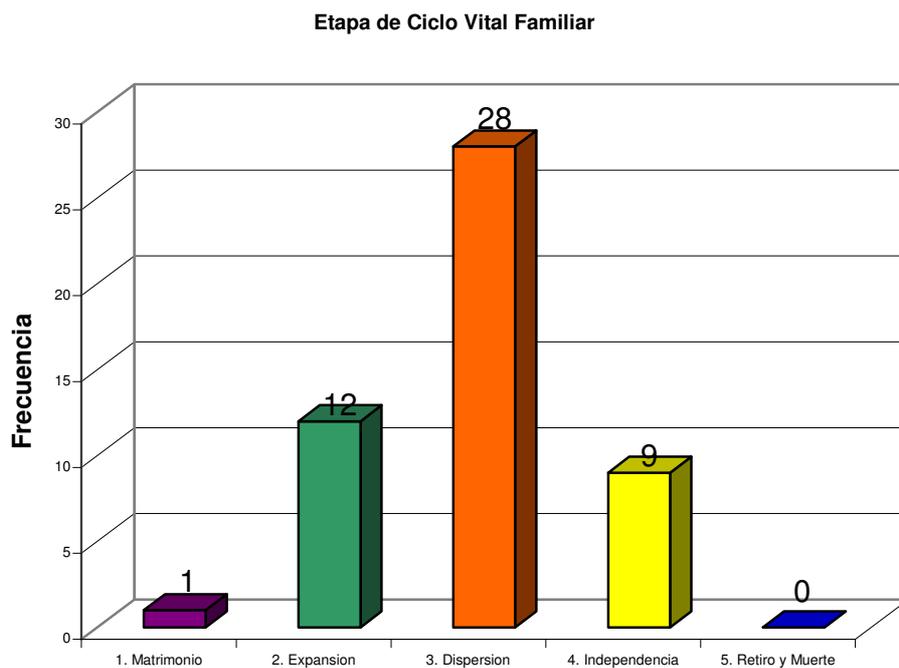
Con base en el nivel económico el 98% de la población de estudio no se le considera pobre (49) y solo el 2% (1) se clasificó en nivel 1 de pobreza. (Ver Figura 17)

**Figura 17**



De acuerdo a la etapa de de ciclo vital familiar el 56% (28) se encuentra en dispersión, el 24% (12) en expansión, el 18% (9) en independencia y el 2%(1) en matrimonio, no se identificó ninguna situación de retiro y muerte (Ver Figura 18)

**Figura 18**



## DISCUSIÓN

La población de estudio que se seleccionó en la investigación mantiene una relación habitual que se observa en los servicios de salud, en los cuales la mujer es la que más asiste a los servicios de salud y de ellas el estatus de rol materno es la que mayor demanda consulta médica. De la misma forma, la distribución de la edad es mayor en los grupos de 40 años en adelante, que son precisamente las edades donde se establece la mayor subsecuencia de las enfermedades crónicas y degenerativas; aunque, estos datos contrastan por lo reportado en la encuesta nacional de salud y nutrición 2006 donde se señala que los menores de edad y los mayores de 60 a 69 años de edad, son los que más utilizan los servicios de salud. (24)

En esta investigación se observa que a diferencia de los servicios públicos que ofrece la secretaria de salud o aún el mismo Instituto Mexicano del Seguro Social la población que acude al ISSSTE y específicamente al consultorio 6, cuenta con una formación académica de nivel superior como lo establece el grado de licenciatura en casi la mitad de los participantes, lo cual contrasta con el nivel más frecuente de educación reportado en México y que corresponde al nivel de secundaria completa con el 21.5% (25). Así mismo en el consultorio 6, no se identifican personas analfabetas y la mayor parte de las personas se encuentran por arriba del nivel de primaria.

Con base en los tipos de familia con parentesco, la más frecuente de ellas corresponde a la nuclear; sin embargo, apenas si supera el 50% del total de familias con parentesco. Lo cual guarda relación con la dinámica familiar que se mantiene actualmente en el país, y se convierte en un reflejo directo de la evolución familiar, cabe señalar que a nivel nacional es un poco mayor la familia nuclear que lo que se reporta en el ISSSTE. (26)

De acuerdo a la presencia física de los padres la mayor parte corresponde al núcleo integrado, a nivel nacional la relación de hogares con padre es de 20 a 1, muy semejante a lo obtenido en esta investigación. (26)

El estado civil que mayor se identifica es el de casado, lo cual guarda relación con la derechohabencia que se maneja en otras dependencias como el IMSS. Así mismo, más de la mitad de las parejas casadas tienen menos de 15 años de unión conyugal lo cual los ubica como parejas jóvenes en esta condición familiar.

El promedio de la edad entre los padres es muy similar, con una diferencia de cinco años. Lo cual no establece una diferencia significativa entre ellos. Llama la atención que no se presenta en la consulta mujeres con edad superior a la de los hombres, lo cual sería lo esperado de acuerdo al tiempo de vida en este país y a la distribución por sexo.

Con base en la condición de salud que mantienen los derechohabientes, se observa que existe congruencia con las principales enfermedades reportadas a nivel nacional. En la cual, las enfermedades crónicas y degenerativas son las que mayor consulta médica requieren. La hipertensión arterial y la diabetes continúan representando las dos primeras enfermedades crónicas que afectan a este país. Es importante diferenciar entre las consultas de primera vez y las subsecuentes ya que en las primeras, la presencia de enfermedades infecciosas es frecuente, encontrando que de las primeras diez causas de consulta de primera vez seis son infecciosas como patología respiratoria,

enfermedades diarreicas e infecciones micóticas, lo cual es congruente con la tendencia que muestran las causas de nuevas enfermedades en México en la cual prevalecen las patologías infecciosas como infecciones respiratorias, intestinales y urinarias. (27) En la consulta subsiguiente existe un claro contraste ya que solo los problemas respiratorios crónicos son la única condición infecciosa que más prevalece. Por otro lado, la tendencia de la población es continuar con las enfermedades crónicas y tristemente son estas con las que van a finalizar su vida.

Dada la derechohabiencia que demanda el ISSSTE para su adscripción, es congruente que la mayor actividad laboral que se registra es la correspondiente a la de empleados o a la de maestros ya sea en hombres o en mujeres ya que a nivel nacional la principal actividad que predomina es el comercio al por menor seguido por empresas manufactureras. (28). Es importante tener presente que el porcentaje de derechohabientes jubilados no es bajo (9.1%), y esta condición influye en los índices de demanda de consulta, atención médica subsecuencia y diagnóstico de enfermedades degenerativas.

Las edades de los hijos es muy variable en las familias de estudio; sin embargo, 29% de ellas cuenta con hijos mayores de 20 años, lo cual esta en relación con la derechohabiencia y con la permanencia institucional si se mantienen en su formación académica.

La subsistencia de las familias en su mayor parte esta dada por los servicios, lo cual puede ser en este caso un efecto del tipo de población que se está estudiando. De igual forma, la pobreza no es una condición que afecte a la población del consultorio 6 del ISSSTE en Veracruz ya que en el 98% de los casos están fuera de esta categoría. Aquí también la derechohabiencia del ISSSTE marca una diferencia con otras poblaciones de estudio.

El ciclo vital familiar de la población de estudio está en dispersión, lo cual muestra la fase de crecimiento de la población y sobre todo de una población relativamente joven.

## CONCLUSIONES

Dados los resultados encontrados, se concluye que en el consultorio 6 del Hospital General ISSSTE, Veracruz, Ver., la población se distribuye de la siguiente manera: En primer lugar se encuentra la población adulta con un 53.69%, en segundo lugar de asistencia es la del adulto mayor con un 28.12% y en tercer lugar la ocupa la población infantil con un 18.19%.

En nuestra consulta externa de medicina familiar encontramos que las primeras causas de consulta fluctuó entre las crónicas degenerativas, hipertensión esencial, Diabetes Mellitus no insulino dependiente, artrosis, Hiperlipidemia, osteoporosis, Bursopatía y lumbago gastritis enfermedad inflamatoria del cuello uterino y las enfermedades agudas, faringitis aguda rinofaringitis aguda, resfriado común diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso rinitis alérgica, faringitis crónica anemia infección de vías urinarias

Las características más frecuentes de familias encontradas fueron: la asistencia mayor del sexo femenino en comparación con el sexo masculino, la mayoría de las familias se encontraban casadas, con un promedio de años de unión conyugal de 16 a 20 años. el 56.8% (40) eran empleados, en el rango de ocupación de las madres este se presentó en 34%, la categoría de empleada, se observó también un caso de maestría en el rubro de escolaridad de la madres que asisten a la consulta del consultorio # 6 ,de acuerdo a su parentesco la familia nuclear simple representó el 56%, también encontramos que acuerdo a la presencia física el 72% (36) fueron de la categoría de núcleo integrado, se encontró que el medio de subsistencia de las familias que acuden a la consulta es del sector servicio y de acuerdo a la calificación de nivel de pobreza solo se encontró una familia con nivel 1 de pobreza de las 50 encuestas y como ultima observación encontramos que el 56% (28) se ubica en fase de expansión.

La consulta de medicina familiar vista bajo la óptica del MOSAMEF deja en claro que el médico de familia, proporciona la mejor alternativa para el reconocimiento e identificación de las condiciones de salud de los derechohabientes de una institución.

La integración de la pirámide poblacional con los derechohabientes asignados a un consultorio establece la primera pauta diagnóstica para caracterizar los grupos blanco y las respectivas acciones en salud que de ellos demandan.

La condición misma del estado de salud de los derechohabientes vista por la medicina familiar, proporciona mayores elementos de análisis que permiten establecer las tendencias en el comportamiento de la salud y principalmente permite la programación de intervenciones en salud que incidan en las necesidades manifiestas de la población.

Se sugiere, que la incorporación del programa MOSAMEF en todos los consultorios de atención médica familiar puede fortalecer la estructura del primer nivel de atención. Por lo cual, la incorporación del médico general a médico especialista en medicina familiar bajo este modelo, permitirá la mejor caracterización de las condiciones de salud de la población, un mayor reconocimiento de las necesidades manifiestas, una mejor cobertura de los programas institucionales y finalmente una mayor adherencia de los derechohabientes con su médico familiar como el principal elemento resolutivo en el primer nivel de atención.

Otra recomendación que se siguiere es que tanto los médicos familiares, como institución ISSSTE en primer instancia fortalezcan los programas prioritarios de salud sin menos cabo en la acción anticipatoria los daños a la salud serán los mínimos.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Huerta GL. La familia como unidad de estudio. Estudio de la salud familiar. En: Farfán SG, programa de actualización continua en medicina familiar México .p.60-62
- 2.- Comité Organizador de la Primera Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud. Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias. Archivos en medicina familiar Vol. 7 supl.1 2005. Pagina S15-S19.
- 3.- Irigoyen, A., Morales H. Modelo sistemático de atención médica familiar: MOSAMEF. En: Nuevos fundamentos de medicina familiar. Ed: Medicina familiar mexicana. 3ª ed. 2005. pp. 153-169.
- 4.- Velasco C., Sinibaldi G. Diabetes mellitus En: Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias). Ed. Manual moderno. México. 2001. pp. 195-203.
- 5.- Massie Barry M. Hipertensión arterial sistémica En: Tierney, Jr, Mc phee I.S , Papadakis M. Diagnóstico clínico y tratamiento. 38ª ed. México: Manual Moderno; 2003. pp. 449- 454.
- 6.- Kenneth R. Mc Quaid. Aparato Digestivo En: Tierney, Jr, Mc phee I.S , Papadakis M. Diagnóstico clínico y tratamiento. 38ª ed. México: Manual Moderno; 2003. pp. 567- 604.
- 7.- Chesnutt. Thomas J. Prendergast . Pulmon En: Tierney, Jr, Mc phee I.S , Papadakis M. Diagnóstico clínico y tratamiento. 38ª ed. México: Manual Moderno; 2003. pp. 270- 271.
- 8.- Baron Robert B. Anomalías de los Lípidos En: Tierney, Jr, Mc phee I.S, Papadakis M. Diagnóstico clínico y tratamiento. 38ª ed. México: Manual Moderno; 2003. pp. 1219- 1230.
- 9.- Bradly P. Jacobs, Hughes Ellen, Berman B. Medicina complementaria y alternativa En: Tierney, Jr, Mc phee I.S , Papadakis M. Diagnóstico clínico y tratamiento. 38ª ed. México: Manual Moderno; 2003. pp. 1659- 1662.
- 10.- Crombleholme William R. Obstetricia En: Tierney, Jr, Mc phee I.S , Papadakis M. Diagnóstico clínico y tratamiento. 38ª ed. México: Manual Moderno; 2003. pp. 782.

11.- Hellmann David. Stone John. Artritis y trastornos músculoesqueléticos. En: Tierney,Jr ,Mc phee I.S , Papadakis M. Diagnóstico clínico y tratamiento.38ª ed. México: Manual Moderno; 2003. pp. 821- 822.

12.- Berger Timothy G. Piel, Pelo y Uñas. En: Tierney,Jr ,Mc phee I.S , Papadakis M. Diagnóstico Clínico y Tratamiento.38ª ed. México: Manual Moderno; 2003. pp. 125- 143.

13.- Riordan –Eva Paul. Ojo. En: Tierney,Jr ,Mc phee I.S , Papadakis M. Diagnóstico Clínico y Tratamiento.38ª ed. México: Manual Moderno; 2003. pp. 195- 197.

14.- Beers Mark ,Berkow Robert. Enfermedad Ósea Metabólica. En: Beers Mark ,Berkow Robert . Manual Merck de Geriatria.2ª ed. España: Manual Moderno; 2003. pp. 472-480.

15.- Mackay H. Trent. Ginecología. En: Tierney,Jr ,Mc phee I.S , Papadakis M. Diagnóstico Clínico y Tratamiento.38ª ed. México: Manual Moderno; 2003. pp. 734.

16.- Beers Mark ,Berkow Robert. Trastornos psicóticos. En: Beers Mark ,Berkow Robert . Manual Merck de Geriatria.2ª ed. España: Manual Moderno; 2003. pp. 329-332.

17.- Beers Mark ,Berkow Robert. Trastornos de Articulaciones ,Tendones y Bolsas. En: Beers Mark ,Berkow Robert . Manual Merck de Geriatria.2ª ed. España: Manual Moderno; 2003. pp. 497-498.

18.-Jackler Robert, Kaplan Michael J. Oído, nariz y garganta. En: Tierney,Jr ,Mc phee I.S , Papadakis M. Diagnóstico Clínico y Tratamiento.38ª ed. México: Manual Moderno; 2003. pp. 236-237.

19.- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html> (3 julio 2006)

20.- Comisión Nacional de Bioética. Código Nacional de Bioética para el personal de salud. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. <http://www.codamedver.gob.mx/bioetica2002.htm> (3 julio 2006)

21.- Asociación Médica Mundial. Declaración De Helsinki de la Asociación Médica Mundial Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Tokio 2004. <http://www.wma.net/s/policy/b3.htm> (3 julio 2006)

22.- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. Código de Actuación.

[www.fovissste.gob.mx/work/resources/LocalContent/576/1/codigo-actuacion2004.pdf](http://www.fovissste.gob.mx/work/resources/LocalContent/576/1/codigo-actuacion2004.pdf) - (3 de julio 2006)

23.-Olaiz G, rivera J, Shamah t, rojas r. Villalpando s, Hernández m, Selpuveda j. Encuesta nacional de salud y nutrición 2006.

24.-<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=medu09&c=3277>

Indicadores seleccionados sobre nivel de escolaridad, promedio de escolaridad, aptitud para leer y escribir y alfabetismo, 1960 a 2005

25.-<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=mhog01&c=3299> Hogares por sexo del jefe, tipo y clase de hogar, 1950 a 2005

26.- <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=msal06&c=3357>  
Tasa de morbilidad de los principales casos nuevos de enfermedades, 2000 a 2004

27.-<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=gen03&c=6538>  
Personal ocupado en las unidades económicas por sector de actividad





## ANEXO 3



Folio:

### CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

#### DATOS GENERALES DEL INFORMANTE:

Familia: \_\_\_\_\_ No. Expediente del informante: \_\_\_\_\_  
Datos de la persona que proporciona la información:  
Madre ( ) Padre ( ) Hijo ( )  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( ) Escolaridad: \_\_\_\_\_

#### DATOS GENERALES DE LA FAMILIA:

Edo. civil de los padres: Casados ( ) U. libre ( ) Otro ( )  
Años de unión conyugal: \_\_\_\_\_  
Edad del padre: \_\_\_\_\_ Edad de la madre: \_\_\_\_\_  
Ocupación del padre: \_\_\_\_\_  
Ocupación de la madre: \_\_\_\_\_  
Escolaridad del padre: \_\_\_\_\_  
Escolaridad 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: \_\_\_\_\_

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

#### CLASIFICACION DE LA FAMILIA: MARQUE CON UNA EQUIS (X)

##### A) Parentesco:

Nuclear ( ) Nuclear simple ( ) Nuclear numerosa ( ) Reconstruida  
(binuclear) ( ) Monoparental ( ) Monoparental extendida ( )  
Extensa ( ) Extensa compuesta ( )  
No parental ( )

B) Sin parentesco: Monoparental extendida sin parentesco ( )  
Grupos similares a familias ( )

##### C) Con base en la presencia física y convivencia:

Núcleo integrado ( ) Núcleo no integrado ( )  
Extensa ascendente ( ) Extensa descendente ( )  
Extensa colateral ( )

D) Estilos de vida originados por cambios sociales:

Persona que vive sola ( ) Parejas homosexuales sin hijos ( )  
Parejas homosexuales con hijos adoptivos ( ) Familia grupal ( )  
Familia comunal ( ) Poligamia ( )

E) Con base en sus medios de subsistencia:

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

F) Con base en su nivel económico; Pobreza familiar:

Nivel 1 ( ) Nivel 2 ( ) Nivel 3 ( ) No se le considera pobre ( )

G) Etapa del ciclo vital familiar:

Matrimonio ( ) Expansión ( ) Dispersión ( )  
Independencia ( ) Retiro y muerte ( )

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Departamento de Medicina Familiar  
Facultad de Medicina. UNAM.**