



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE EN CUERNAVACA, MOR.
HUMBOLDT

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR EN EL
CONSULTORIO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE
XOCHITEPEC, MOR.

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

FAUSTINO CRUZ PEREZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

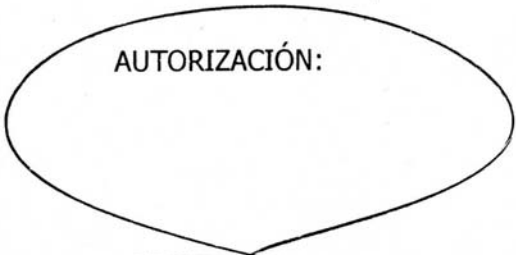
MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR EN
EL CONSULTORIO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE
XOCHITEPEC, MOR.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR


PRESENTA:

FAUSTINO CRUZ PÉREZ


AUTORIZACIÓN:



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



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
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.

MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN FAMILIAR EN EL CONSULTORIO DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE XOCHITEPEC, MORELOS

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR
PRESENTA:

FAUSTINO CRUZ PÉREZ

AUTORIZACIONES:



DR. RENÉ DEL PORTILLO ROMERO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES EN CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE EN
CUERNAVACA, MORELOS, HUMBOLDT.



DRA. ANA MARÍA NAVARRO GARCÍA
ASESOR METODOLOGÍA U.N.A.M.



DR. GUSTAVO ADOLFO CASTRO HERRERA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA
SALUD
COORDINACIÓN NACIONAL DE POLÍTICA Y DESARROLLO EDUCATIVO

INDICE

1.- MARCO TEORICO	1
a) ESTUDIO DE LA FAMILIA	
b) CONTINUIDAD DE LA ATENCION	
c) ACCION ANTICIPATORIA	
2.- MORBILIDAD	25
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
4.- JUSTIFICACION	29
5.- OBJETIVOS	30
a) OBJETIVO GENERAL	
b) OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
6.- METODOLOGIA	30
a) TIPO DE ESTUDIO	
b) DISEÑO DEL ESTUDIO	
c) POBLACION, LUGAR Y TIEMPO	
d) TIPO DE LA MUESTRA	
e) TAMAÑO DE LA MUESTRA	
f) CRITERIOS DE SELECCION	
g) VARIABLES A RECOLECTAR	
h) METODO PARA CAPTAR LA INFORMACION	
i) CONSIDERANCIONES ETICOS	
7.- RESULTADOS	34
a) CENSO POBLACIONAL	
b) ESTUDIO DE COMUNIDAD	
c) DIAGNOSTICO FAMILIAR	
d) MORBILIDAD	
e) CUADROS Y GRAFICOS	
8.- DISCUSION	48
9.- CONCLUSION	50

ANEXOS

- 1) HOJA DE MOTIVOS DE CONSULTAS
- 2) HOJA PARA RECABAR DATOS DE LA CLINICA FAMILIAR DE
XOCHITEPEC ISSSTE PARA ESTUDIO SISTEMATICO FAMILIAR

1. – MARCO TEORICO:

La Medicina Familiar es la atención médica integral, con especial énfasis en la familia como unidad, con una responsabilidad continua del médico en relación con la salud, sin límites de edad, o sexo del paciente ni del órgano, o del sistema afectado por la enfermedad. (1)

En el año de 1960 se reconoció el concepto de Medicina Familiar y se aceptó como una especialidad de 1969 cuando se fundó el Consejo Americano de Medicina Familiar. (2)

En el año de 1971 se inició la primera residencia de especialización en Medicina Familiar en el IMSS. (3)

La Medicina Familiar es una disciplina académica y especialidad médica que comprende una serie de actividades que se fundamentan en tres ejes:

- a) **Estudio de la Familia**
- b) **Continuidad de la Atención de la Salud y**
- c) **Acción Anticipatoria a la Enfermedad.**

a) **Estudio de la Familia:** Permite el entendimiento del entorno biopsicosocial fundamental en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo y que señala a la familia como un grupo social en el que el proceso salud-enfermedad se maneja bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional y cultural que puede favorecer o limitar la salud ya sea individual o familiar. (2)

HISTORIA.- Por todos es conocida la revolución en el pensamiento humano que produjo la publicación del libro de Darwin sobre el origen de las especies por medio de la selección natural o la preservación de las razas favorecidas en la lucha por la sobrevivencia, publicada en 1859. Hacia 1877 Morgan influenciado por Darwin nos presenta su obra fundamental la sociedad antigua, de la que el propio Engels nos dice: Aquí Morgan desarrolla con plena nitidez lo que 1871 conjeturaba vagamente. La Endogamia y la Exogamia: Endogamia.- del griego endos: dentro y gámos: boda, es la prohibición de casarse fuera de un determinado grupo social, (tribu) clase o casta.

Las restricciones matrimoniales son de dos clases, las que impiden casarse fuera de un determinado grupo (leyes de la Endogamia) y las que obligan a casarse fuera de él, (leyes de la Exogamia) del griego exo: fuera y gamein: casarse, no forman ninguna antítesis; la existencia de tribus exógamas no está demostrada hasta ahora en ninguna parte. Pero en la época en que aún dominaba el matrimonio por grupos que según toda verosimilitud, ha existido en tiempos en todas partes, la tribu se escindió en cierto número de grupo, de gens

consanguíneas por línea materna, en el seno de las cuales estaba rigurosamente prohibido el matrimonio.

Estas líneas históricas representan el inicio del estudio del origen de familia. Por fin se iba a estudiar de manera científica la organización familiar. Para concluir nuestra observación sobre la poderosa influencia de Darwin en los estudios de la familia citamos a Federico Engels, quién trata de explicar a través de la teoría de la evolución de las especies el paso del Estadio Inferior del Salvajismo al Estadio Medio:

Lo que resultó a través de varios decenios de estudios sobre el origen de la institución familiar, fue una visión evolucionista aunada a los conocimientos psicoanalíticos y de la dinámica de la población. No obstante en este capítulo daremos lugar a estas opiniones sobre la evolución de la familia, ya que como especialistas en Medicina Familiar debemos manejar estos conceptos, para emitir diagnósticos más fundamentados.

Cuando iniciamos nuestro estudio sobre el origen de la familia nos llamó la atención la insistencia que hacen los estudios de la familia, en cuanto al matriarcado como elemento indiscutible en los orígenes de la familia moderna. ¿Pero que importancia tiene el matriarcado en el desarrollo de la familia? Para los teóricos modernos del evolucionismo social, el matriarcado sería un estudio necesario en la evolución de las poblaciones predominantemente nómadas, dedicadas especialmente a la caza y cría de animales, carentes de las técnicas adecuadas para el cultivo de la tierra, los hombres partían a la caza o bien para llevar el ganado a los distantes pastizales; en tanto, que las mujeres se constituían en un elemento de estabilidad social, permaneciendo en campamentos con los hijos, desarrollándose así, ineludiblemente bajo la influencia materna.

Según Bachofen todas las sociedades habrían sido matriarcales en su origen, y luego progresivamente habrían pasado al régimen patriarcal, debido entre otros factores al desarrollo de la agricultura., la cual trajo consigo un sin número de ventajas sociales, ya que obligó a los padres hacer quienes transmitieran a sus hijos las técnicas agrícolas, y los conocimientos que habían adquirido a lo largo de su vida.

El caso de Roma es excepcional, ya que estando en su apogeo el sistema patriarcal, las mujeres, de manera particular de las clases superiores disfrutaban de un gran prestigio.

Es importante aclarar que para integrar un diagnóstico familiar lo más completo posible, (en lo referente a la residencia de la familia) debemos emplear el concepto de matrilocalidad y patrilocalidad; en el primer caso el padre de familia va a habitar en caso de su esposa, generalmente regida por la madre o abuela de esta última. En el caso de la esposa siga a su marido a la casa paterna, estamos ante

una familia patrilocal. El afinarse estos detalles tienen gran importancia, ya que al definir la ubicación exacta de la familia, la identificación de "límites" se facilita. (2)

Evolución de la familia (2 - 6)

Fase	Nombre	Características
I	Promiscuidad Inicial	<ul style="list-style-type: none"> - Promiscuidad absoluta - Nula reglamentación consuetudinaria entre padres e hijos. - El parentesco es señalado por la línea materna. -
II	Familia Punaluena "Punalua"	<ul style="list-style-type: none"> - Familia por grupo - Los hombres de un grupo son considerados desde el nacimiento como esposos de las mujeres de otro grupo: dos grupos completos están entre sí casados
III	Familia Sindiásmica "Monogènica"	<ul style="list-style-type: none"> - Familia por grupo - Economía doméstica común - Coexisten varias parejas, pero no obstante mantiene sin independencia. -
IV	Familia Patriarcal Monogènica	<ul style="list-style-type: none"> - Aparece la autoridad absoluta del jefe de familia. - Importante desarrollo de la agricultura - Antecedente directo de la familia moderna - El padre de familia es el único propietario del patrimonio familiar. - El padre de familia se consolida como el representante religioso en el culto doméstico.
V	Familia Extensa Compuesta	<ul style="list-style-type: none"> - Comprende abuelos, padres, hijos, colaterales, amigos y sirvientes. - Forma de organización Familiar que se observa en sociedades de escaso desarrollo tecnológico. -
VI	Familia Extensa	<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones muy estrechas entre abuelo, padres, hijos primos y sobrinos. - Familia característica de las zonas rurales. -

Según Federico Engels nos dice que salvajismo es un periodo en el que predomina la apropiación de productos de la naturaleza; ya de hecho, los productos artificiales del hombre, están destinados sobre todo, a facilitar esa apropiación.

Barbarie.- Periodo en que aparece la ganadería y la agricultura y se aprende a incrementar la producción de la naturaleza por medio de trabajo humano.

Civilización.- Periodo en el que el hombre sigue aprendiendo a elaborar productos naturales, periodo de la industria propiamente dicha, y del arte. (2)

Definiciones: Etimológicamente el término familia proviene de la palabra latina *fámulus*, que significa sirviente o esclavo doméstico. (3)

Aunque el término se ha definido de distintas formas, el grupo formado por marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica en la cultura de Occidente, conservando aún la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico. Por otra parte la familia es la institución básica de la gran mayoría de las Sociedades humanas, representando el fundamento lógico de todo desarrollo cultural. Aún cuando la forma de la familia varía en las diversas sociedades, toda sociedad mantiene algún sistema típico constante, por esto cada forma particular de familia se tiene como un valor primario dentro de la sociedad.

Ya desde el siglo XIX se ha venido observando un creciente interés por el estudio de la familia, teniendo entre otras aspiraciones, el definirla con mayor claridad posible; llegando incluso a la Organización de las Naciones Unidas en el año de 1970, a definir el concepto de familia, por intermedio del documento "M" número 44, como: "El conjunto de miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio". (9-13)

El Consenso Norteamericano la define a la familia como:

La familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras, por lazos consanguíneos de matrimonio o de adopción. (7)

El Consenso Canadiense define a la familia como:

El grupo compuesto por un marido, una esposa con o sin hijos, o un padre o una madre con uno o más hijos, que viven bajo el mismo techo. (6)

La organización de las Naciones Unidas define a la familia como:

Personas emparentadas entre sí que viven juntas, conjunto de ascendientes, descendientes, colateral y afines de un linaje, parentela inmediata de uno. (4)

La familia es la más antigua de las instituciones sociales, y sobrevivirá de una forma u otra mientras exista nuestra especie. (3, 5)

Javier Santacruz Varela. J. Departamento de estudios de pregrado, IMSS.

Define a la familia a una organización social tan antigua como la propia humanidad y que, simultáneamente con la evolución histórica, ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época. (3)

Clasificación de la familia.

El desarrollo histórico de la familia ha permitido diversas clasificaciones, reacuero con el periodo por el que atraviesa (contexto geográfico, cultural, inserción, socioeconómico, etc.).

Para los estudios de la familia como desde el punto de vista social se ha clasificado de la siguiente forma:

De acuerdo con su desarrollo de la familia puede clasificarse en:

a) Familia Moderna:

Consiste en que la madre trabaja fuera de hogar, en igual circunstancia el padre.

b) Familia Tradicional:

El padre es el único que trabaja y es el que lleva el sustento.

c) Familia Primitiva o Arcaica:

Se refiere a la familia campesina y que depende del campo para su sustento.

Desde el punto de vista demográfico puede clasificarse en:

a) Urbana

b) Rural.

De acuerdo a la integración familiar puede clasificarse en:

a) Familia Integrada:

En la cual los cónyuges viven juntos y cumplan sus funciones.

b) Familia semi-Integrada:

Los cónyuges viven juntos pero no cumplen de manera satisfactoria sus funciones.

c) Familias Desintegradas:

Es la ausencia de uno de los cónyuges, bien sea por muerte, divorcio, separación, abandono o el aislamiento de la familia, debido a graves causas internas o externas.

Por su composición la familia puede clasificarse en:

a) Familia Nuclear:

Modelo de la familia actual, formada por padre, madre e hijos.

b) Familia Extensa:

Formada por padre, madre e hijos y otros miembros que compartan lazos sanguíneos.

c) Familia Extensa Compuesta:

Además de los que incluyen a la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como en el caso de amigos y compadres.

Desde el punto de vista tipológico según la ocupación de sus miembros.

a) Campesina

b) Obrera

c) Profesional

Según el funcionamiento de sus miembros:

a) Funcional

b) Disfuncional (4, 9)

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

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

Ciclos de vida de la familia según diferentes autores (3)

Geyman	Duvall	OMS Modificado	Medalie	Estrada Inda
Matrimonio.	1. Parejas sin hijos.	I. Formación.	I. Noviazgo y recién casados II. Pareja que espera un hijo.	I. Etapa constitutiva: 1. Fase preliminar 2. Fase de recién casados.
Expansión	2. Nace el primer hijo	II. La Extensión III. Final de la extensión	III. Nace el primer hijo	II Etapa procreativa: 3 Fase de expansión: a) Nacimiento del primer hijo b) Hijos preescolares
Dispersión	3. Hijos Preescolares 4. Hijos escolares 5. Hijos adolescentes		IV. Familia con hijos adolescentes.	4 Fase de consolidación y apertura a) Familia con hijos escolares b) Familias con hijos adolescentes.
Independencia	6. Desprendimiento 7. Padres solos.	IV. Contracción V. Final de la contracción.	V. La edad madura.	III. Etapa de dispersión: 5 Fase de desprendimiento IV. Etapa familiar final: 6 Fase de independencia.
Retiro y muerte	8. Padres ancianos	VI. Disolución.	VI. Senectud y viudez.	7. Fase de disolución a) Familia

				anciana b) Viudez.
--	--	--	--	-----------------------

Geyman en 1980 dijo:

La fase de matrimonio: Se inicia esta fase desde el galanteo o noviazgo, cuando el adolescente pasa a ser adulto, en donde depende de factores como: superar deficiencias personales, tener la capacidad de socializarse con gente de su edad, tener independencia de su familia de origen y contar con una situación estable, para permitir que la fase de galanteo llegue a cumplirse.

Es importante tener las siguientes consideraciones: haber alcanzado un grado de madures física y social, tener interés y aptitudes semejantes, reconocer creencias afines, tener antecedentes educativos y culturales comunes, conocimiento semejante a la actividad sexual y definir la relación que prevalecerá con la familia política.

La fase se inicia y se consolida precisamente con el vínculo matrimonial, concluyendo esta fase con la llegada del primero hijo; con la llegada del nuevo integrante, tiene repercusiones importantes en la relación de la pareja, se tomaran ajustes a la vida cotidiana.

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

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

Fase de independencia: Es difícil el número de años transcurridos; al inicio de esta fase, la pareja debe aprender a vivir nuevamente en "independencia", sus

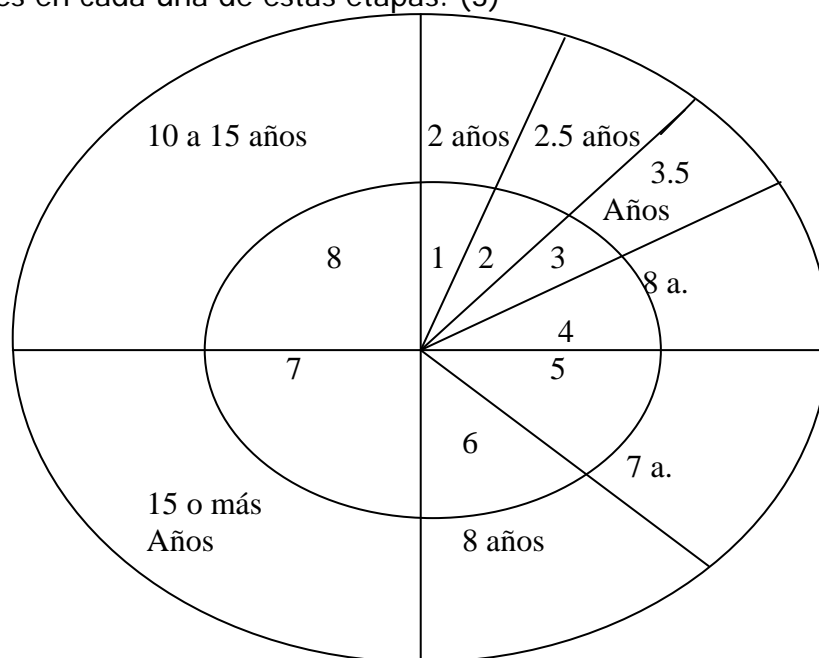
hijos han formado nuevas familias. Los lazos de unión entre padres e hijos se deben fortalecer ante el riesgo de un progresivo debilitamiento sin olvidar el clima de profundo respeto que debe privar; hacia las nuevas, familias que recientemente se están formando. Esta fase suele tener una duración aproximada entre 20 y 30 años.

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

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

Otro ciclo de vida es esta propuesto por Duvall. En 1971, en este esquema el ciclo de vida de la familia se muestran 8 estadios que se inician cuando la pareja contrae matrimonio y se encuentra sola y sin hijos, y termina cuando la pareja nuevamente queda solo, en etapa de retiro y frecuentemente abandonada por la prole.

Evidentemente hay diferentes expectativas, necesidades, crisis y fenómenos psicosociales en cada una de estas etapas. (3)



1. Recién casados (sin hijos)	En
2. nacimiento del 1er. hijo (hijo mayor nacimiento a 30 meses)	nue str
3. Familias con hijos preescolares. (hijo mayor, 30 meses a 6 años)	o me dio
4. Hijos escolares. (hijo mayor, 6 a 13 años)	se dan
5. familias con adolescentes (hijo mayor 13 a 20 años)	con frec
6. Época de desprendimiento (separación del primer al ultimo hijo)	uen cia
7. Padres nuevamente solos (Separación del último hijo. Jubilación)	las fa
8. Años finales. (Padres retirados. Muerte)	mili as en

que los abuelos participan abiertamente en el seno familiar; esta situación que lleva el riesgo de provocar "injerencias peligrosas" en la toma de decisiones, también permite perpetuar la protección a los ancianos, aprovechando su experiencia y sabiduría, costumbre que ha sumida responsabilidad y cautela... no debe perderse, porque es signo viviente de nuestra tradición cultural. (10)

FUNCIONES DE LA FAMILIA

Las familias tienen tanto una estructura como una función. A los miembros de la familia se les asignan papeles específicos para que desempeñen alguna función dentro de la misma. A primera vista, el grupo familiar no parece estar estructurado sobre un modelo eficaz, pero los refuerzos del afecto y de las obligaciones tienden a compensar la aparente torpe organización.

La familia tiene una gran variedad de actividades, las cuales se caracterizan por lo difuso en vez de lo específico. No se especializa en una actividad o en un pequeño grupo de actividades como lo hacen la mayoría de los otros grupos funcionales, como los grupos de juegos de los niños o un comité de planificación. En la relación madre-hijo por ejemplo: la madre reacciona a toda la conducta del niño e incluso se anticipa a sus necesidades; su preocupación es generalizada. La madre es cocinera, mesera, enfermera, se caracterizan por un comportamiento emocional y afectivo, y las relaciones mismas, no los objetivos impersonales, determina lo que se hace.

Los miembros de la coalición que dirigen (madre y padre) no piensan en la familia en términos de funciones específicas como una unidad de consumo o una unidad de adiestramiento infantil, por ejemplo: la familia es diferente de otros grupos en la variedad de sus actividades así como en los papeles que desempeñan sus miembros.

La familia también es una desventaja en comparación con otros grupos debido a que su éxito o fracaso se encuentra íntimamente ligado con las actividades de solo uno de sus miembros, aquel que es el principal proveedor... en suma la familia, cuando se compara con otros grupos, es intrínsecamente "un mezquino grupo de trabajo y un torpe grupo de toma de decisiones".

El esquema presentado por vez primera por Epstein y col., hace 12 años, es sumamente valioso para comprender la función familiar y la subsecuente discusión se basa en gran parte en dicho modelo. El papel tradicional de la esposa y madre fue considerado hasta hace poco como principalmente expresivo o afectivo; incluía la maternidad, la atención del hogar, la actividad sexual y el representar conductas femeninas ante los hijos.

El papel del esposo y padre fue tradicionalmente más instrumental, comprendiendo el sostenimiento económico y la responsabilidad para la toma de decisiones importantes, como las de tipo económico, la autoridad superior, la actividad sexual, cierto grado de cuidado de los hijos y servir de modelo de conducta masculina.

El papel de los hijos se ha considerado con frecuencia como de tipo pasivo, pero se está transformando más en activo. El hijo recibe la atención general de padres y hermanos, aprende y practica muchos nuevos conocimientos, y es una fuente importante de educación para los padres en virtud de transmitirles cosas aprendidas en la escuela.

Recientemente se ha apreciado en la cultura occidental cambios en los papeles esperados, como mayor participación mutua en las tareas previamente asignadas, ya sea a la madre o al padre. La clase social parece tener efectos importantes sobre el grado hasta el cual se han entremezclado los papeles. Las clases socioeconómicas inferiores se apegan más a las expectativas antiguas y tradicionales.

Al valorar la función de la familia, es útil explorar las expectativas de sus miembros acerca de sus obligaciones y las obligaciones de los demás. Por ejemplo: si la orientación premarital tiene éxito en aclarar a los futuros cónyuges sus

expectativas mutuas, pueden evitarse muchos problemas matrimoniales. (11)

Funciones de Familia:

Socialización

Cuidado

Afecto

Reproducción

Estatus y Nivel socioeconómico

Socialización: La tarea fundamental de la familia es transformar en un tiempo determinado, a una persona totalmente dependiente de sus padres, en un individuo autónomo, con independencia para desarrollarse en la sociedad. Los estudiosos de la familia han colocado a la madre como el educador primordial con la responsabilidad de socializar a sus hijos, principalmente en los seis primeros años de vida, ya que a partir de este momento, habrá otras instancias encargadas de la socialización de los hijos, como es el caso de la escuela primaria.

Cuidado: Esta función clave en la vida familiar, en la que propiamente permite la preservación de nuestra especie, se identifican cuatro determinantes en ella:

a) Alimentación

b) Vestido

c) Seguridad Física

d) Apoyo Emocional

Afecto: Esta actitud hacia nuestros semejantes, se ha identificado como un objeto de transacción dentro de la familia; en relación con esta necesidad de recibir afecto y proporcionarlo, se determina en gran medida nuestras relaciones familiares.

Reproducción: Llanamente se ha definido a la familia como a la institución encargada de proveer de nuevos miembros a la sociedad aun cuando debemos aclarar, que esta función va más allá de tal propósito ya que lleva el compromiso de efectuar esta tarea familiar con responsabilidad, en el contexto de lo que se ha dado en llamar actualmente: sexualidad

Estatus y Nivel Socioeconómico: Aceptando el concepto de la familia como institución mediadora entre el individuo y la sociedad, entenderemos claramente,

cómo el conferir a un miembro de la familia talo cuál nivel socioeconómico equivale a transferirle derechos y obligaciones. Por otra parte las exigencias para formar nuevas familias, correspondientes al mismo nivel socioeconómico; es una medida de perpetuar los privilegios y los logros familiares. (12)

El análisis de la funcionalidad de la relación de pareja es de trascendental importancia para todo el grupo familiar se sabe que parte de los problemas familiares pueden ser ubicados como disfunciones del subsistema conyugal.

Debemos afirmar que la pareja no se forma con el matrimonio formal, desde el punto de vista de su funcionalidad, sino desde la etapa de noviazgo, la cual es crucial y determinante, ya que en ella se define y afianzan factores significativos para la pareja, Luis Leñero señala cuando menos tres factores que influyen en el proceso de la elección de la pareja:

- Residencia en una determinada comunidad.
- Pertenencia a una determinada clase social.
- Involucración en un determinado círculo social.

Algunos autores identifican otros requisitos de la pareja para poder constituirse:

- Haber alcanzado un grado de madurez física, psicológica y social.
- Reconocer creencias afines.
- Dispones de antecedentes educativos y culturales semejantes.
- Contemplar expectativas económicas semejantes.
- Disponer de una actitud semejante con respecto a la vida sexual.

Los acuerdos e intereses que la pareja debe conciliar para poder incorporar como una familia en su ámbito social son señalados por Duval y son considerados como bases universales para establecer un núcleo familiar.

- Una casa.
- Un sistema de captación y distribución de dinero.
- Un sistema de patrones de responsabilidad.
- Mutua satisfacción en las relaciones sexuales.
- Un sistema adecuado de comunicación.
- Interacción con amigos, asociaciones, clubes, etc.
- Relación de trabajo de ambos.
- Un concepto filosófico de la vida como pareja.

Continuación de la educación de ambos.

Un aspecto fundamental es el inicio de la vida conyugal es la lucha por el poder en todo el sentido de la palabra, lucha que está presente en la pareja desde el inicio de la interacción y tiene mucho que ver con la manera en que han relacionado en sus familias de origen, ya sea en una relación de dependencia o igualdad y que se manifiesta principalmente en la toma de decisiones y en el tipo de actividad hogareña o laboral desarrollada.

Hay que recordar que el subsistema conyugal funciona como modelo para los demás subsistemas de la familia y todo lo que los cónyuges viven cotidianamente es aprendido y enseñado al resto de la familia, por lo que este funcionamiento conyugal es en realidad estructurante, tanto como para la personalidad de los adultos como de los hijos confirmando que la interacción cotidiana es lo verdaderamente valioso en la familia.

Las funciones de la pareja prácticamente quedan vislumbradas desde la forma en que se realiza la interacción y de los acuerdos iniciales que hayan tenido como pareja, lo más sano no es una pareja sin conflictos, si no una pareja que sabe cómo manejar sus conflictos como quiera que estos se presenten y en el momento que se le presenten.

Las principales funciones del subsistema conyugal que se han considerado para su evaluación son: comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones.

Función de Comunicación: Esta función debe de ser evaluada a través de las pautas comunicacionales establecidas predominantes en las parejas como lo señala Watzlawick y cuyas características deben ser:

a) Que sea clara, es decir, que los mensajes vayan dirigidos al receptor sin ninguna distorsión y que no estén matizados por un mensaje enmascarado, o con un significado distinto o de lo contrario a lo que se dice.

b) Que sea directa, es decir que vaya dirigida al receptor sin mediar algún otro integrante de la familia, lo que en la patología comunicacional se conoce como comunicación triangular o bien, con la comunicación desplazada, "te lo digo Chana para que lo entiendas Juana."

c) Que sea congruente, lo que se diga a nivel verbal tenga correspondencia con lo comunicado a nivel corporal o lenguaje analógico. Aquí adquieren mucha importancia los gestos y actitudes que se asumen acerca de los mensajes que emite el cónyuge, en ocasiones se dice, más no diciendo nada pero tomando una actitud de rechazo o indiferencia.

Función de Adjudicación y Asunción de Roles: La pareja se adjudica recíprocamente roles que son necesarios en la familia y dependiendo como asuman esos roles se refleja en una mayor o menor disfuncionalidad. Las características que deben evaluarse de esta función son:

a) Congruencia: La función realizada debe de ser congruente con las capacidades y aspiraciones con el cónyuge.

b) Satisfacción: Implica que el ejecutar una función debe brindar al que la realiza un sentimiento de utilidad y bienestar así como ser aceptado.

c) Flexibilidad: Se refiere al intercambio de funciones hacia el grupo familiar, siempre es deseable que se intercambien los roles para poder valorar el esfuerzo de cada uno de los cónyuges en la relación de tareas, ya sean domésticas o de índole laboral.

Funciones de Satisfacción Sexual: En la pareja la gratificación sexual es de fundamental importancia para llevar otras funciones, aunque pocas veces es explícita la trascendencia que para cada uno de los cónyuges tiene. A la pareja recién formada puede llevarle de seis a nueve meses lograr un ajuste sexual para que esta actividad sea mutuamente satisfactoria. En este rubro la información y orientación a las parejas resulta siempre tranquilizante para ambos, ya que una relación poco satisfactoria genera ansiedad y sentimientos de culpa en los cónyuges. En virtud de lo amplio y complicado que resulta evaluar esta función se propone sólo evaluar dos rubros:

a) Frecuencia de la Actividad Sexual. Debe investigarse con el objetivo de fortalecer si existen demandas injustificadas de alguno de los cónyuges y finalidad de orientar acerca de las fases de la respuesta sexual humana.

b) Satisfacción. Considerando que las actividades que pueden ser satisfactorias para la pareja son tan amplias, se considera suficiente investigar si su actitud

sexual resulta satisfactoria.

Función de Afecto. Esta función debe ser evaluada a través de las manifestaciones o expresiones de afecto, para unas parejas puede ser suficiente un abrazo o una caricia, pero para otras las manifestaciones deben ser constantes y efusivas, por lo que resulta conveniente utilizar indicadores indirectos para evaluar esta función, como son:

a) Manifestaciones físicas, las cuales deben ser investigadas en su tipo, como pueden ser abrazos, besos caricias y en general todo tipo de contacto físico entre la pareja.

b) Calidad de convivencia, es decir, la satisfacción percibido por los cónyuges del tiempo que pasan juntos, en ocasiones puede haber periodos largos en que la pareja permanece junta pero la gratificación percibido es nula o poca.

c) Reciprocidad, lo cual implica que cada uno de los cónyuges esté dispuesto a dar al menos lo que recibe, sea en el terreno de afecto, la recreación, individualidad y actividades extrahogar.

Funciones de toma de decisiones: Es importante investigar cómo se da el proceso de toma de decisiones, ya que éste produce en cada uno de los cónyuges la sensación de participación en las decisiones trascendentes; los estilos más frecuentes son:

a) Toma de decisiones conjunta. Ambos cónyuges exponen sus puntos de vista y posibles implicaciones de las decisiones a tomar, habitualmente provoca un sentimiento de coparticipación e interés.

b) Toma de decisiones individual. Uno de los cónyuges tiene la facultad de tomar las decisiones sin tomar en cuenta la opinión del otro cónyuge: esta modalidad esta muy arraigada en las familias patriarcales tradicionales en donde el padre proveedor es el que tiene la función de decidir. (9)

Instrumentos de evaluación familiar:

Los instrumentos hasta ahora utilizados para evaluar la funcionalidad familiar han demostrado en su aplicación algunas limitaciones para uso generalizado, los más utilizados son:

1. APGAR Familiar.- Es un instrumento limitado ya que explora sólo

comunicación, el afecto, la cooperación, las crisis familiares y la autoestima; la exploración de la funcionalidad familiar se hace a través de preguntas de respuesta breve, siendo una incursión corta en amplitud dejando sin explorar importantes funciones como la ratificación sexual, la toma de decisiones y los roles desempeñados de la familia. Es un Instrumento cuya sensibilidad es especificidad de alrededor del 60%. (10)

2. Índice de Funcionamiento Familiar.- Examina de un modo preciso los roles familiares y las expectativas de la familia a través de 32 rubros investigados, tiene la desventaja de no contar con un criterio de evaluación cuantitativa, por lo que es difícil la clasificación de las disfunciones. (10)

3. Clasificación Triaxial de la Familia.- Explora la disfuncionalidad familiar a través de tres ejes: del desarrollo, los subsistemas y la familia como sistema. Tiene la desventaja de utilizar escalas diferentes, lo que dificulta la valoración disfuncional y tiene desventaja de explorar en forma amplia los subsistemas familiares. Este instrumento fue propuesto por la Academia Americana de Psiquiatría Infantil para investigar los problemas familiares que influyen en la conducta infantil.

4. Prueba de McMaster.- Es un instrumento confiable que ha tenido múltiples validaciones, su relativa desventaja es que tienen que evaluarse a través de una prueba estadística complicada. Por lo que no se ha generalizado como instrumento de uso común.

5. Modelo Psicodinámico Sistémico de Evaluación Familiar.- Es un instrumento propuesto para evaluar disfunciones familiares a través de la exploración de siete áreas: tiempo de la evolución de la familia nuclear, vínculos familiares, mecanismos de defensa, comunicación en la familia y control de la conducta. Para la exploración de estas áreas se proponen 17 indicadores, una limitante de este modelo es que no propone criterios cuantitativos para clasificar las disfunciones familiares, sólo los identifica. (9-14)

Olson, a través del modelo circunflejo de los sistemas familiar y conyugal (MOSFC), ha estudiado los factores que equilibran o desequilibran a la familia anglosajona por medio de un instrumento conocido como FACES (Family adaptability and Cohesión Evaluación Scales). El MOSFC facilita la visualización integral de la estructura

familiar, además de presentar un esquema de su funcionalidad fundamentado en tres dimensiones: cohesión, adaptabilidad y comunicación. A través de FASES III, este modelo permite establecer diversas hipótesis de la función familiar con base en las relaciones interpersonales de sus miembros, evaluando 2 de las 3 dimensiones mencionadas.

Para evaluar las dimensiones de adaptabilidad y cohesión familiar conforme al MOSFC, se utiliza FASES III. Con los resultados de este instrumento las familias que se evalúan como balanceadas serían lo esperado en la salud familiar (funcionales); de manera semejante, las familias extremas estarían en la antesala de una probable disfunción. Surgen las interrogantes: ¿Qué papel desempeñan algunos determinantes sociales que den indicios de que una familia pueda ser extrema o balanceada en las dimensiones de adaptabilidad y cohesión familiar?; ¿El conocer dichos determinantes con anticipación permitirá intervenir al médico familiar para prevenir a la familia de situaciones de cambio?, ¿Se pueden modificar dichos determinantes?; ¿Cuáles son los más importantes que al interactuar conjuntamente discriminación/precisión entre familias extremas y balanceadas en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad? (16)

b) CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

La continuidad de atención de la salud se comprende desde una perspectiva que integra los aspectos: biológicos, psicológicos y sociales en un esquema longitudinal que permite el seguimiento del proceso salud-enfermedad en los individuos, sin importar edad, sexo, ni naturaleza o estadio de las enfermedades que afecten, estableciendo el tratamiento adecuado de las mismas y coordinando los recursos médicos, familiares y comunitarios a su alcance para su óptima aplicación. (1, 20)

La esencia de la Medicina Familiar en la continuidad de la atención. Esto significa mucho más que atender al mismo paciente durante un periodo prolongado. También implica organizar la provisión de la atención, y por tanto, incluye las relaciones del médico familiar con otros profesionales de la salud a quienes se recurre en busca de consejo o ayuda.

La función primaria de la medicina familiar es ayudar a las familias a que manejen las enfermedades comunes, mostrarles cómo prevenirlas, o por lo menos reducir, la posibilidad de futuras enfermedades. El médico familiar debe cumplir esta función dentro de la trama de un sistema social cada vez más complejo, caracterizado por rápidos adelantos tecnológicos. El médico también debe tomar

en cuenta los patrones cambiantes de la enfermedad y las expectativas cambiantes respecto de la salud.

Es común en todos los médicos familiares experimentar gran preocupación por proporcionar un tipo personal de atención, preocupación que influye en su compromiso de guiar al paciente a través de las complejidades de los servicios de atención a la salud. Cuando tiene dificultad en llenar este cometido, por ejemplo: cuando pierde el contacto directo con los pacientes que están hospitalizados, los médicos se dan cuenta perfectamente de la ruptura de la continuidad, y en general, consideran esto como una deficiencia del sistema.

La continuidad de la atención es la quinta esencia de la medicina familiar; intervienen en todos sus aspectos: primer contacto, responsabilidad longitudinal, integración de la atención y el concepto de la familia como la unidad de atención. El proporcionar atención médica de primer contacto significa estar muy cerca del paciente. Inicialmente, significa que uno es el primer médico a quien el paciente consulta cuando se enferma. Pero a partir de ello, implica la responsabilidad de ser el consejero, protector, intérprete e integrador de la atención al servicio personal del paciente, sin importar dónde pueda éste encontrarse: en el hogar, en el hospital, o en una institución para convalecientes. Cuando el problema se resuelva, el médico debe estar disponible para ayudar en el siguiente problema.

Como Mc. Whinney ha recalcado, la relación del paciente con el médico familiar no está limitada por la duración de la enfermedad. Termina cuando el paciente o el médico resuelven darla por finalizada, cuando uno de ellos muere, o cuando el médico deja de ejercer. De otro modo la atención debe seguir a disposición del paciente, ya sea directamente a partir del médico o a través de los colegas que éste recomiende.

La continuidad de la atención tiene cuatro dimensiones interdisciplinaria y la interpersonal.

1. La Dimensión Cronológica incluye los aspectos de la atención que se relacionan con el crecimiento y desarrollo humano, ya sea del individuo o de la familia. Esto lleva a que el médico familiar adquiera el compromiso de ofrecer atención a personas de todas las edades en el contexto de sus relaciones familiares o en ausencias de tales relaciones. La dimensión cronológica también se aplica a la historia natural de la enfermedad y a la manera como los médicos familiares hacen uso de observaciones repetidas a través del tiempo, como herramientas diagnósticas y de manejo. Tales observaciones a largo plazo también sirven como base para el estudio científico de la medicina, lo cual desarrolla

nuevos conocimientos en este campo.

2. La Dimensión Geográfica se refiere al hecho de proporcionar atención primaria independientemente del lugar en que se halle el paciente. Éste puede ser el hogar, el consultorio del médico, el hospital para atención de casos agudos, el hospital para atención de casos crónicos, la institución de rehabilitación, la casa de recuperación, o el centro de salud de la comunidad. Lo importante es que el médico familiar constituye el profesional más cercano al paciente durante todos los contactos que de dentro del sistema de salud. En ningún sitio, ni siquiera en la unidad alta ente especializada o de atención terciaria, el paciente debe perder el contacto con su médico familiar.

3. La Dimensión Interdisciplinaria se refiere a los aspectos de la atención que cruzan las fronteras entre las disciplinas clínicas tradicionales.

Al atender a un paciente el médico familiar puede necesitar manejar enfermedades de diversos aparatos y sistemas, apoyar al paciente para que maneje los problemas de su vida que pueden o no estar relacionados con la enfermedad y manejar una constelación similar de enfermedades en otros miembros de la familia. El médico también debe coordinar estas actividades a fin de mantener un funcionamiento familiar óptimo.

4. La Dimensión Interpersonal de la Continuidad en la Atención contiene tres elementos

- a) Relación médico-paciente
- b) Comprensión de las relaciones familiares
- c) Relaciones interprofesionales

El primer elemento implica el establecimiento de un punto de confianza y simpatía mutuo o, como Carmicha lo describió, "es relación de pertenencia" que le obliga a uno a salir de cama a altas horas de la noche. El segundo se simplifica por la comprensión del temor que expresa una hija hacia el licor por que su padre es borracho y la fuerte posibilidad de que el hijo adolescente de aquélla desarrolle el hábito de la bebida como reacción a su actitud prohibitiva. El tercero implica el tener asociados en los cuales se puede confiar; el cirujano que acudirá de inmediato porque sabe que uno no pediría ayuda sin motivo; la trabajadora social que se reporta rápidamente debido a que uno actúa de igual manera; la empleada de admisión que generalmente nos consigue una cama por que uno presenta personalmente las necesidades del paciente; los asociados, profesionales y no profesionales, que trabajan en el consultorio día con día y desarrollan una comprensión y familiaridad cada vez mayores ante las capacidades, debilidades, e

idiosincrasia de los demás.

El lograr reunir estas relaciones interprofesionales implica el uso hábil de la continuidad de información, que se apoya en gran parte en los registros escritos. El sistema adecuado de archivo registra periodos críticos y asegura su seguimiento; registra también la evolución de las enfermedades crónicas; toma nota de los problemas multifacéticos de las enfermedades físicas, sociales y psicológicas, y reúne información acerca de los diversos miembros de la familia.

Cada una de estas dimensiones de continuidad puede traducirse en acciones específicas.

Con mucha frecuencia se aplican diferentes combinaciones de estas dimensiones al mismo tiempo. Quizá el mejor ejemplo es de proporcionar atención a una familia en la cual uno de los miembros sufre una enfermedad fatal. Se atiende a la persona, se trata específicamente la enfermedad del paciente (con frecuencia multisistémica), se maneja el hecho de que el paciente está muriendo y se preocupa uno por la familia antes y después de dicha defunción.

Éstas son las dimensiones de continuidad que se van a encontrar a través de todas las actividades del médico familiar. La comprensión de las familias, la habilidad de anticipación y prevención, el conocimiento de cómo la gente decide buscar la ayuda de su médico cuando está enferma y finalmente, la habilidad para discriminar clínicamente qué pacientes necesitan servicios en el sistema de atención para la salud todo ello forma parte de la atención continua de los pacientes, es decir, del papel del médico familiar. (19)

c) ACCIÓN ANTICIPATORIA

Se basa en un enfoque de riesgo el cual contribuye a la identificación de la probabilidad de que ciertas características, de los individuos y/o del medio ambiente que les rodea produzcan en conjunto una enfermedad. El enfoque de riesgo brinda la oportunidad de planear las estrategias más adecuadas para el manejo de las enfermedades, en una perspectiva integradora del tratamiento médico curativo con las medidas preventivas en los grupos expuestos a determinados factores causales. (1, 20)

El papel tradicional del médico ha sido curar la enfermedad, sin embargo, en los últimos años ha adquirido una importancia creciente una nueva actividad, como es la prevención y promoción de la salud.

Con las recientes experiencias de servicios integrales en mente y con las conclusiones arrojadas por el fracaso de la campaña de erradicación del paludismo, las agencias internacionales de salud voltearon su mirada hacia la distribución, forma y papel de lo que entonces se conocía como "servicios básicos de salud". En un documento escrito por la Oficina Ejecutiva la OMS en 1973, titulado "Estudio sobre los métodos para promover el desarrollo de servicios básicos de salud", se afirma: Parece haber una insatisfacción generalizada en las poblaciones en lo que se refiere a los servicios de salud. Dicha insatisfacción está presente tanto en el Tercer Mundo como en los países desarrollados. Las causas podrían resumirse de la siguiente manera: incapacidad para identificar las expectativas de las poblaciones; incapacidad por parte de los servicios de salud para ofrecer un nivel de cobertura adecuado que coincidan con las demandas y las necesidades cambiantes de las distintas sociedades; una brecha enorme en el estado de salud entre los países y entre diferentes grupos al interior de un mismo país, y las crecientes alzas en los costos sin una visible mejoría en la provisión de los servicios. (25)

La crisis se atribuyó: pues, a la inexistencia de servicios de salud adecuados, y hubiera sido lógico buscar la solución en una mejor provisión de servicios. Sin embargo, el documento de 1973 destaca por el reconocimiento de que los problemas de salud no podrían resolverse con meras reformas al sistema de atención. En cambio, el documento dejaba sentado que la prestación de servicios de salud debía formar parte del desarrollo económico y social de una nación y que cualquier avance en los servicios debía tomar en consideración la situación económica del nacional y sus estructuras sociales.

Estos argumentos constituyen el fundamento de la Declaración de Alma Ata, en la que se afirma que la salud "es un derecho fundamental y que la obtención del más alto nivel de salud es más importante propósito a escala mundial cuya realización requiere de la acción coordinada de muchos otros sectores sociales y económicos, además del Sector Salud." La declaración también hace énfasis en el hecho de que la salud debiera ser uno de los objetivos sociales primordiales para los gobiernos, las organizaciones internacionales y toda la comunidad mundial, y que la atención primaria a la salud constituye la clave de este objetivo.

La atención primaria a la salud se define entonces como "el cuidado esencial basado en métodos prácticos, científica y socialmente aceptable, y universalmente accesible, en lo que se refiere a su tecnología para los individuos y familias a

través de una participación completa y a un costo que la comunidad y el país pueda mantener en todas las etapas de su desarrollo bajo un espíritu de autosuficiencia y autodeterminación", e incluye: por lo menos educación en problemas de salud y métodos para prevenirlos y controlarlos; la promoción del abasto de alimentos y una nutrición adecuada; un acceso adecuado a agua pura y servicios sanitarios básicos; atención materno-infantil, incluyendo planificación familiar; inmunizaciones contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de las enfermedades endémicas; el tratamiento adecuado de los padecimientos y lesiones más comunes, y la provisión de medicamentos esenciales, implica, además, la participación de otros sectores involucrados en el desarrollo nacional y comunitario, en particular, la ganadería, la agricultura, la industria de los alimentos, la educación, la vivienda, los servicios públicos, las comunidades y otros sectores requieren de un esfuerzo coordinado.

La base de esta estrategia no era la simple mejoría de los servicios o la erradicación de padecimientos endémicos, sino una mejoría de las estructuras sociales, políticas y económicas, que son las que finalmente determinan el estado de salud.

Después de la conferencia de Alma-Ata, los ministerios de planeación, finanzas y salud de muchos países en desarrollo aprobaron programas de salud integrales, atraídos sobre todo por lo que parecía una aproximación más costo-efectiva a la organización de los servicios de salud. Los aspectos de desarrollo, sin embargo, no se tomaron demasiado en consideración. Además, estos mismos ministerios pronto reconocieron que la extensión de la cobertura implicaba una ampliación de la infraestructura de servicios de salud que requería de incrementos iniciales en los presupuestos, más que un ahorro inmediato.

No era tampoco del todo claro si los servicios integrados de atención primaria a la salud serían capaces de sostener el nivel alcanzado por los programas verticales, sobre todo por el hecho de que los recursos tendrían que distribuirse más ampliamente y cubrir un mayor número de actividades. (21)

La familia también es un recurso importante en la prevención. El médico familiar puede reforzar y aconsejar las actividades de la familia para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva. Epstein y Col. sugieren categorías útiles para considerar la función de la familia en la prevención:

a) Enfermedades relacionadas con el estilo de vida, dieta, comportamiento adictivo, actividades recreativas, hábitos básicos.

- b) Mantenimiento de la salud: inmunizaciones, actividades de prevención.
- c) Educación para la vida familiar, sexual, matrimonial, atención prenatal y problemas de los miembros ancianos. (22)

El alertar a los pacientes acerca de los hechos que se saben que tienen cierta posibilidad de ocurrir, el médico puede hacerlos conscientes de posibles problemas que quizá no habían previsto. El ofrecer ayuda para resolver dichos problemas queda implicado por interés mostrado. Un simple comentario del médico familiar el emplear unos minutos durante una visita iniciada por el determinado problema, puede llegar a pagar importantes dividendos. Sin embargo, hay que hacer una advertencia. Se debe tener discreción y escoger el mejor momento para su intervención. Primero debe tratar el problema presentado por el paciente.

Al considerar el sitio del individuo, en el desarrollo, familiar, y revisar los acontecimientos importantes de la vida externa, el médico familiar puede anticipar problemas normales. Cuando sea adecuado uno le dice al paciente lo que percibimos y quizá ofrecerle orientación preventiva.

El anticipar problemas puede volverse parte de cada visita al consultorio. Esto requiere de poco tiempo y ofrece un considerable potencial para la orientación preventiva.

El concepto puede aplicarse directamente a individuos de cualquier edad. También puede aplicársele a una familia, aun cuando la persona que se presenta a consulta puede no ser aquélla que se encuentre directa o únicamente en riesgo.

La orientación anticipada puede considerarse como un intento para evitar la presentación de un problema, en oposición al escrutinio o detección inicial, que depende de la existencia de evidencia de la enfermedad.

Es frecuente que el médico aparentemente no obtenga recompensa por anticipar los problemas a los pacientes. A veces es difícil probar, incluso por propia satisfacción, que el enseñar a los pacientes a anticiparse a los riesgos para la salud provoca alguna diferencia en los resultados.

En la mayoría de los casos, el médico familiar trata con un individuo en su consultorio. Al valorar a dicho individuo no sólo en el contexto de la estructura,

función y estado de desarrollo familiar, el médico puede anticiparse a problemas potenciales. (23)

En la primera conferencia internacional de promoción de salud que declara heredera del espíritu de Alma-Ata, se señala que para mejorar la salud de las colectividades es preciso actuar en los llamados cinco campos de atención de la carta de Ottawa: (23, 24)

- a) Reorientar los servicios de salud.
- b) Mejorar las habilidades personales en relación con estilo de vida.
- c) Crear medio/ambiente saludables.
- d) Elaborar políticas explícitas para la salud.
- e) Reforzar la acción comunitaria en la salud.

Dentro de este proceso es necesaria la obtención de indicadores sobre la cobertura de que sean confiables, robustos y con calidad, para que a través de los análisis de la información disponible se evalúe y monitoree la cobertura alcanzada. Con base en los indicadores de cobertura de atención primaria a la salud propuesto por la OMS y adaptados para el caso de México por Kumate y Bernard. (23-25)

2.- MORBILIDAD

La familia en si puede ser una unidad para transmitir enfermedades debidas a la proximidad física, habitadas de vida y factores hereditarios. Las enfermedades infecciosas, la mala nutrición y la diabetes son ejemplo de enfermedades que se transmiten fácilmente dentro de la familia.

La familia puede ser fuerte de todo tipo de enfermedades, psicológicas, psicosomáticas o somáticas.

La Organización Mundial de la Salud de la Clasificación Internacional de Enfermedades, incluyendo 17 grupos principales de enfermedades y son las siguientes: (30)

- a) Enfermedades infecciosas y Parasitarias
- b) Tumores
- c) Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastorno de la inmunidad
- d) Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos
- e) Trastornos mentales
- f) Enfermedades de sistema nervioso y de los órganos de sentido
- g) Enfermedades del aparato circulatorio
- h) Enfermedades del aparato respiratorio
- i) enfermedades del aparato digestivo
- j) Enfermedades del aparato Genitourinario
- k) Complicaciones del Embarazo, Parto y Puerperio
- l) Enfermedades del Sistema Osteomuscular y del Tejido Conjuntivo
- m) Anomalías Congénitas
- n) Ciertas afecciones originadas en al Periodo Perinatal
- ñ) Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos
- o) Traumatismo y Envenenamientos

Es de importancia conocer la Morbilidad mas frecuente del Estado de Morelos en el año de 1998:

PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCION DE CONSULTA EXTERNA

a) Infecciones Respiratorias Agudas	97480
b) Diabètis Mellitus	38244
c) Caries Dental	31725

d) Enfermedades Diarreicas Agudas	19638
e) Hipertencion Arterial	19455
f) Amibiasis Internacional	12646
g) Control del Niños Sano	7503
h) Control Prenatal	6209
i) Parasitosis Intestinal	3504
j) Artropatias Degenerativas	3208

FUENTE: Diagnosticó y Análisis, 1998 Delegación en Morelos, Subdelegación Medica ISSSTE.

Los casos reportados por INEGI de casos nuevos de enfermedades en el ISSSTE en 1995 son:

a) Infecciones Respiratorias Agudas	73667
b) Infecciones Intestinales	16596
c) Amibiasis	9119
d) Dermatofitosis	1340
e) Ascariasis	1223
f) Salmonelosis	1054
g) Varicela	501
h) Candidiasis	480

FUENTE: Anuario Estadístico del Estado de Morelos, INEGI, Edición 1996.

La siguiente clasificación de los problemas de morbilidad que refleja la interacción entre familia y salud. A partir de la clasificación Internacional de enfermedades de la organización Mundial de la salud se agruparon los problemas de salud diferenciales: (26)

I. Problemas de salud física que afectan fundamentalmente al individuo (Bronquitis).

II. Problemas de salud física individual que por sus características pueden alterara el funcionamiento del grupo familiar (enfermedades crónicas como la Hipertensión o Diabetes, enfermedades individuales o mortales).

III. Problemas de salud mental, que afectan al individuo pero repercuten en la familia ya sea como causa o efecto (alcoholismo, neurosis, drogadicción, colon irritable, ulcera gástrica, etc.).

IV. Problemas de salud familiar, que son propiamente del grupo familiar, se subdividieron en: problemas de funcionamiento familiar (conflictos conyugales, entre padres e hijos, etc.) y problemas socioeconómicos (cesantía, ser madre soltera, analfabeta, problemas de vivienda, etc.).

El avance de la epidemiología en este siglo ha demostrado que muchas de las enfermedades presentes en el mundo actual están asociadas con estructuras

sociales determinadas y con el comportamiento individual.

En el nivel de atención primaria se ha comprobado que la frecuencia de los síntomas orgánicos se encuentran confundidos con situaciones conflictivas de tipo social o emocional. (26)

La atención primaria es el marco ideal para impulsar y desarrollar programas de actividades preventivas y de promoción de la salud, por lo que la población accede de manera directa y suele respetar los consejos de su médico.

Para desarrollar medidas de promoción de la salud son necesarias nuevas actitudes y destrezas, pero sobre todo un nuevo equipo de relación con el paciente. (31)

Los actuales conocimientos sobre la historia de las enfermedades posibilitan la orientación hacia la medicina preventiva, es un instrumento técnico profesional para la realización de una serie de actividades de prevención. (32)

En el ejercicio profesional del médico familiar tiene 3 responsabilidades fundamentales que son:

1. Atención curativa de la población que sirve.
2. Atención preventiva y colaboración con los programas locales de salubridad.
3. Medicina preventiva. Tiene 3 caminos básicos por seguir:

- a) Examen de salud
- b) Higiene personal
- c) Educación sanitaria del individuo y su grupo familiar.

Es importante que el médico familiar conozca la historia social de la enfermedad y los niveles de prevención en una relación sistematizada de fenómenos que inician cuando el hombre, en estado de salud, se expone a una serie de factores desencadenantes de la enfermedad.

La salud y la enfermedad son 2 condiciones que se manifiestan en el individuo pero son resultados de la relación ecológica y social. (33)

Historia Social de la enfermedad y Nivel de Prevención

Historia social de la salud

Interacción del huésped, agente casuales y ambiente.

Periodo patógeno

subclínico, clínico y convalecía

Periodo patógeno: preclínico,

Prevención de la enfermedad	Prevención de la progresión de la enfermedad		
Prevención primaria	Prevención Secundaria	Prevención Terciaria	Prevención de la enfermedad o recuperación total del enfermo

1	2	3	4	5	6
Promoción o fomento de la salud	Educación para la salud	Protección específica	Diagnostico y tratamiento temporal	Prevención de secuelas incapacidad	Rehabilitación (física o social)

o la muerte

NIVELES DE PREVENCIÓN MÉDICA

1. Médica

(Medicina preventiva)

- a) Prevención específica: inmunizaciones, medicamentos, dietas preventivas.
- b) Exámenes médicos preventivos.
- c) Educación sanitaria.
- d) Diagnóstico y tratamiento temprano en fase subclínica.

2. No Médica

(Prevención social)

- a) Eliminar los riesgos de salud existentes en el ambiente social de vida.
- b) Eliminación de las desigualdades frente a la salud, las enfermedades y la muerte existentes en los grupos sociales.
- c) Educación sanitaria para toda la población, desarrollo de una cultura de la salud.

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Ante el aumento de la demanda en cantidad y calidad de la atención médica por los derechohabientes del ISSSTE. es necesario crear los mecanismos idóneos, para responder apropiadamente por lo tanto, necesitamos tener un diagnóstico de nuestras familias en cuanto a sus características tipológicas, estructurales, de salud, ingreso, tipo de acciones solicitadas y requeridas, para así, crear las estrategias necesarias para llevar a cabo una atención integral, de promoción de la salud en acciones preventivas y de rehabilitación.

Por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las principales características bio-psicosociales y causa de demanda de consulta médica de las familias adscritas al consultorio de la Unidad de Medicina Familiar de Xochitepec, Morelos, ISSSTE?

4.- JUSTIFICACIÓN.

Magnitud del problema.- En la población de Xochitepec, Morelos en 1999 reporto en el censo de población 34,338 habitantes, de ellos 1,549 derechohabientes de ISSSTE de Xochitepec.

Vulnerabilidad del problema:

Cuenta con: archivo con expedientes clínicos

Un consultorio médico

Un médico general

Pacientes que acudieron a consulta en 1997, 2,301

Hoja de informe diario del médico SM-10-1

Para abordar el problema lo que hace factible la investigación.

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

Conociendo a nuestro paciente y su familia, podremos identificar cualquier desajuste en un nivel temprano, cuando aun no repercuta de una manera importante en su salud; reconocemos factores de riesgo, causas que motiven el origen de algunas enfermedades, y estaremos en esas circunstancias en posibilidades de practicar una medicina más integral y humana, actuando más favorablemente en los tres niveles de acción, el preventivo, curativo y de rehabilitación.

5.- OBJETIVOS

a) OBJETIVO GENERAL

Identificar en la población derechohabientes del ISSSTE del consultorio de Xochitepec, Mor., las características de biopsicosociales y de salud.

b) OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Determinar la pirámide de población de la Unidad de Medicina Familiar de Xochitepec, Morelos, del ISSSTE.
- 2.- Identificar el estado civil de las familias en estudio.
- 3.- Identificar los años de unión conyugal de las familias en estudio.
- 4.- identificar la edad de la madre y del padre en estudio.
- 5.- Identificar la escolaridad de los padres de familia.
- 6.- Identificar el método de planificación familiar en los padres de familia.
- 7.- Identificar el tipo de familia, demografía, composición y etapa del ciclo familiar.
- 8.- Identificar las 10 principales causas de demanda de consulta durante 1997 en el consultorio de la Unidad de Medicina Familiar Xochitepec. Morelos.

6.- METODOLOGÍA

a) Tipo de estudio:

El presente es un estudio sociomédico, descriptivo, retrospectivo y prospectivo, transversal observacional.

b) Diseño del estudio:

Se fundamenta en tres fases:

1. Censo poblacional
2. Estudio de comunidad
3. Identificación de las causas de consulta

c) Población, lugar y tiempo

POBLACION

Grupos de familias derechohabientes.

LUGAR

La Unidad de Medicina Familiar de Xochitepec, Morelos, del ISSSTE.

TIEMPO

Del 1 de enero al 30 de diciembre 1997.

d) Tipo de muestra.

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico por cuotas a familias adscritas al Consultorio de la Unidad de Medicina Familiar de Xochitepec, Morelos, del ISSSTE.

e) Tamaño de la muestra.

Se tomaron 104 familias para el presente estudio.

f) Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- a) Población derecho-habiente adscrita.

- b) Con expediente clínico.
- c) Todas las edades.
- d) Ambos sexos.

Criterios de exclusión:

- a) Población adscrita no usuaria.
- b) Población no derechohabiente.
- c) Derechohabientes foráneos.

Criterios de eliminación:

- a) Expedientes no activos.
- b) Cambio de consultorio.
- c) Hojas de encuestas incompletas.

g) VARIABLES A RECOLECTAR

Para el **Censo Poblacional**: Se utilizaron variables de tipo tanto cuantitativo y cualitativo, identificándose una escala de intervalo para las primeras y nominal u ordinal en las segundas, según sea el caso, se consideran las variables de:

- a) Número total de individuos.
- b) Número total de individuos del sexo femenino. Número total de individuos del sexo masculino.
- b) Número de individuos del sexo femenino por grupos ectarios.
- c) Número de individuos del sexo masculino por grupos ectarios.
- d) Los grupos ectarios se establecen en una amplitud de clase de cinco años.

Para el **Estudio de Comunidad** las variables son cuantitativas y cualitativas y de intervalo en escala nominal, se identifican:

- a) Nombre de la familia.
- b) Estado civil.

- c) Años de unión conyugal.
- d) Escolaridad de los cónyuges.
- e) Edad de la madre Edad del padre.
- f) Número de hijos (hasta 10 años de edad).
- g) Número de hijos (de 11 a 19 años de edad).
- h) Número de hijos (de 20 o más años de edad).
- i) Ocupación de los padres de familia.
- j) Ingresos económicos.
- k) Tipo de familia.
- l) Etapa del ciclo vital.
- m) Composición de la familia.
- n) Demografía.
- o) Etapa del ciclo familiar.
- p) Integración.

Para la **Identificación de las Causas de Consulta**, se consideran variables de tipo cualitativo en escala nominal a las cuales corresponden:

- Los 10 primeros motivos de consulta.

h) Método para captar la información.

El estudio se llevó a cabo captando la información solamente del número de familias usuarias que asistieron a la consulta.

La recolección de datos se aplicó por el médico responsable directamente, consignando los hallazgos en la cédula de recolección de datos, anexo 2.

Para el estudio de la comunidad:

Para la captura de información de este trabajo se acudió al archivo clínico para obtener los expedientes clínicos por familia del consultorio único de la Unidad de Medicina Familiar de Xochitepec, Morelos ISSSTE. De esta forma se obtuvo el censo poblacional, así como la pirámide poblacional por edad y sexo, la recolección de los datos se realizó a través de paloteo simple, con un total de población de 1549 derecho habientes. Se clasificó por núcleos familiares con un total de 716 familias y para el presente estudio solo se tomaron 104 familias.

Para la identificación de causas de consulta

Para obtener las 10 principales causas de morbilidad por motivo de consulta se recurrió a las hojas de reporte diario de medico, forma SM-10-1, el en periodo del mes de enero al 31 de diciembre de 1997, reportándose un total de 2301 consultas otorgadas en el consultorio único de la Unidad de Medicina Familiar de Xochitepec, Morelos ISSSTE.

i) Consideraciones Éticas

El presente trabajo se apega a las recomendaciones establecidas en la declaración de Helsinkin-2000 y el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación.

Declaración Helsinkin de la asociación medica mundial adoptada en la 18 asamblea medica mundial Helsinkin, Finlandia, junio de 1964 y enmendada en la 52 asamblea general, Edimburgo, Escocia. Octubre del 2000.

Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Secretaria de salud. México. Cáp.1. Art. 17. Aspectos éticos de la investigación en los seres humanos.

7.- RESULTADOS:

a) Censo poblacional

En este estudio se observó que la población adscrita fue de 1549 derecho habiente, predominando el sexo femenino con 878 derecho-habientes en contra del sexo masculino 671 derecho-habientes.

En el estado civil de las 104 familias en estudio 7 son solteros y corresponde al 6.73%, casados son 85 familias pertenece al 81.73%, en unión libre son 6 familias y se relaciona al 5.76 %, divorciados son 4 familias y corresponde al 3.84% y viudo 2 familias corresponde al 1.92%.

La edad de los padres de 104 familias en estudio, el mayor número se ubicó en el grupo de edad entre 35 y 39 años de edad con 23 padres de un total de 25.5%, le sigue el grupo de 40 a 44 años de edad, los 17 padres con un 18.8% y en último lugar el grupo de 20 a 24 años de edad con 2 padres que corresponde al 2.2%, el promedio de edad es de 40 años , la edad mínima es de 20 y la edad máxima es de 65 años.

En cuanto a la edad de la madres, el mayor número se ubico entre 35 y 39 años de edad con 28 madres que corresponde al 29.47%, le sigue el grupo de 30 a 34 años de edad, las 23 madres con un 24.21% y en último lugar el grupo de 65 y mas años de edad con 1 madre que corresponde a un 1.05%., el promedio de edad es de 40 años, la edad mínima es de 20 años y la edad máxima es de 65 años.

En la ocupación de los padres de familia de 104 padres el mayor número es en a nivel profesional con 41 padres que corresponde al 39.42%, le sigue la ocupación de empleado con 26 padres que corresponde al 25% y por último corresponde al hogar con 10 padres que corresponde al 9.61%.

Al referirnos a la escolaridad de 104 padres de familia en estudio, el porcentaje mayor se encuentra en el nivel Básico con un número de 29 padres de familia esto corresponde al 27.88%, le sigue en nivel Superior que son 27 padres de familia esto corresponde al 25.96% y por último lugar tenemos el nivel Medio Básico o Técnico con 23 padres de familia que corresponde al 22.11%.

En lo que respecta al número de hijos de las familias encuestadas, corresponde el mayor número en el rango de 0 a 10 años de edad esto es un número de 128 hijos que corresponde al 50.99%, en segundo lugar corresponde en el rango de 11 a 19 años de edad que son 65 hijos que corresponde al 25.89% y por último tenemos en el rango de 20 y mas años de edad son 58 hijos que corresponde al 23.10%.

En cuanto a los métodos anticonceptivos de un total de 95 familias encuestadas, el mas utilizado es Salpingoclasia con 56 familias cubriendo un total de 53.84%. En segundo lugar tenemos al método de Ninguno 18 familias que corresponde al 17.30%. Y en último lugar tenemos un empate entre Hormonales Inyectables y Vasectomía con un 0.96% ambos métodos.

En cuanto al ingreso económico de los encuestados de 104 familias, de 1 a dos salarios mínimos en que predomina con un 44.23% con 46 familias. Y el siguiente grupo es de 3 y mas salarios mínimos corresponde al 41.34% de 43 familias.

En cuanto al tipo de familia según su composición de 104 familias encontramos el tipo Nuclear con 75 familias que corresponde al 72.0% y es la que predomina mas. Continuando con familia Extensa con 25 familias y corresponde el 24.04% y por ultimo tenemos al tipo de familia Compuesta con 4 familias y corresponde al 3.84%.

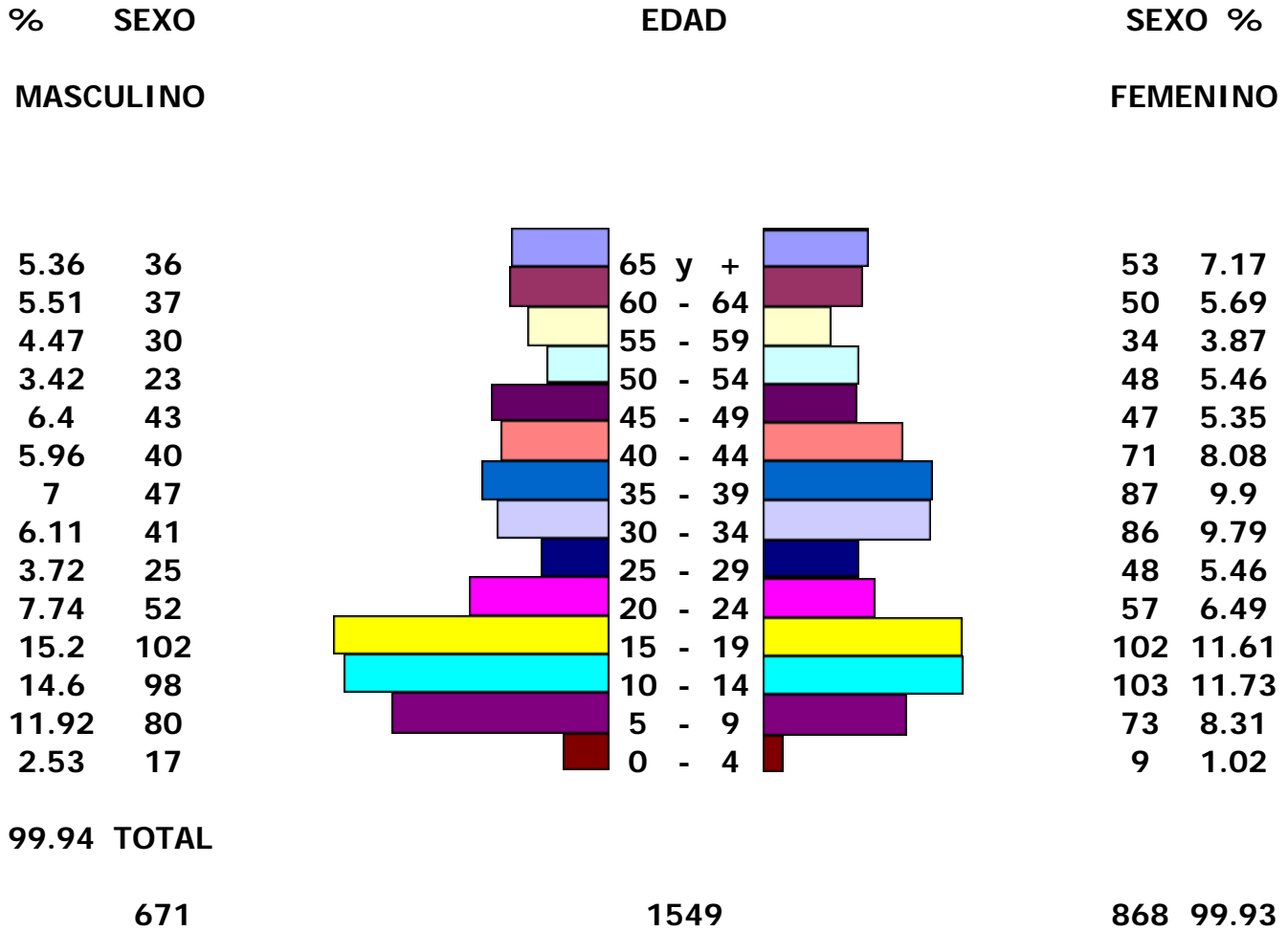
Continuando con la demografía de las familias observamos que la Rural con 71 familias y ocupa el 68.26%. Y la Urbana con 33 familias ocupando un 31.73%.

De las 104 familias según el ciclo vital de las familias estudiadas, se encontraron de ellas con 51 familias que corresponde al 49.13% en etapa de Expansión y es el que predomina. En fase de dispersión con 26 familias y ocupa el 25%.

De los 10 principales motivos de consulta de primera vez y subsecuentes ocupando las infecciones respiratorias agudas con 1066 pacientes con un 43.39%, le continua infección de vías urinarias con 383 consultas que corresponde al 16.66% continuando con hipertensión arterial con 365 consultas que corresponde al 15.86% y después la gastroenteritis ocupando el cuarto lugar con 133 consultas que corresponde al 5.78%, las enfermedades crónico degenerativas con 96 consultas que corresponde al 4.17%, la diabetes mellitus con 90 consultas que corresponde al 3.91%, las anemias clínicas 57 consultas y corresponde al 2.41%, las amibiasis intestinal con 52 consultas y corresponde al 2.25%, las conjuntivitis bacterianas con 37 consultas y corresponde al 1.60% y por último vulvovaginitis mixta con 29 consulta y corresponde al 1.26%.

b) CUADROS Y GRAFICAS

**PIRAMIDE POBLACIONAL DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE
XOCHITEPEC, MORELOS, DEL ISSSTE. 1997**



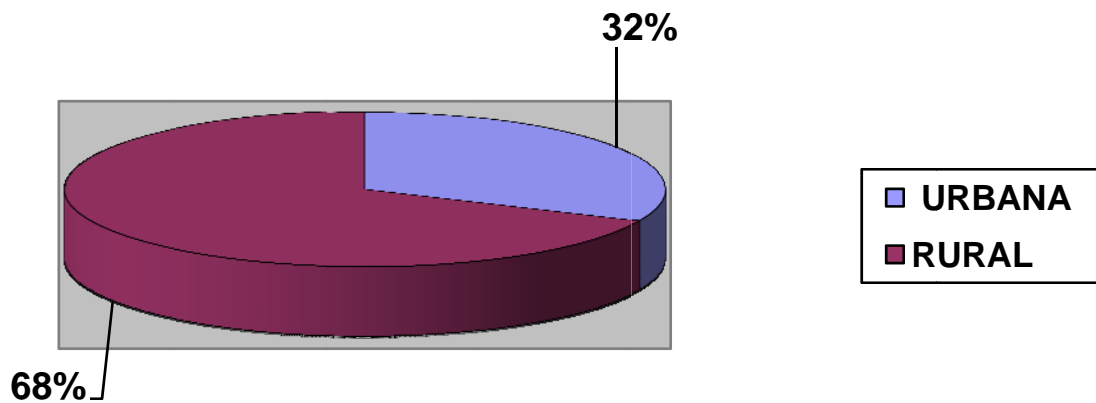
**FUENTE: EXPEDIENTES DEL ARCHIVO DE LA UNIDAD
DE XOCHITEPEC, MOR. ISSSTE DICIEMBRE 1997**

TIPOS DE FAMILIA SEGÚN SU DEMOGRAFÍA

FAMILIAS ADSCRITAS A LA U.M.F. XOCHITEPEC, MOR., ISSSTE

TIPO	NÚMERO	%
URBANA	33	31.73
RURAL	71	68.26
TOTAL	104	99.99

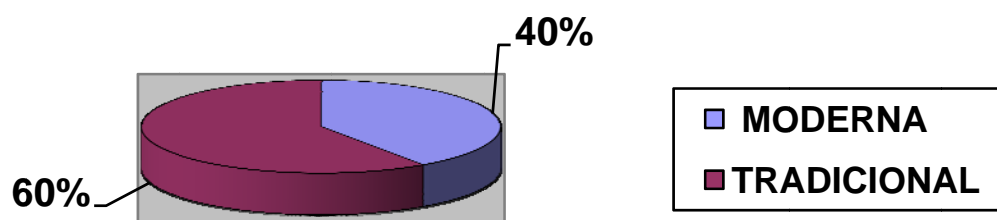
Tipos de Familia Según su Demografía



FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TIPOS DE FAMILIA SEGÚN SU DESARROLLO
FAMILIAS ADSCRITAS A LA U.M.F. XOCHITEPEC, ISSSTE

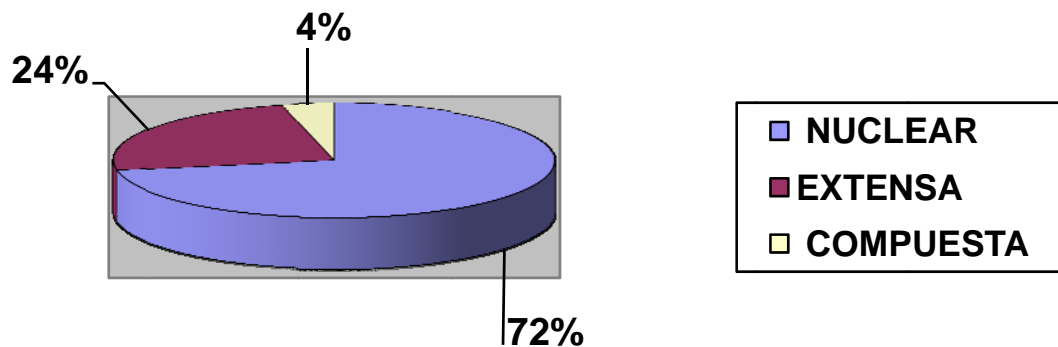
TIPO	NÚMERO	%
MODERNA	42	40.38
TRADICIONAL	62	53.61
TOTAL	104	99.99



FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU COMPOSICIÓN
FAMILIAS ADSCRITAS A LA U. M. F. XOCHITEPEC, MOR.,**

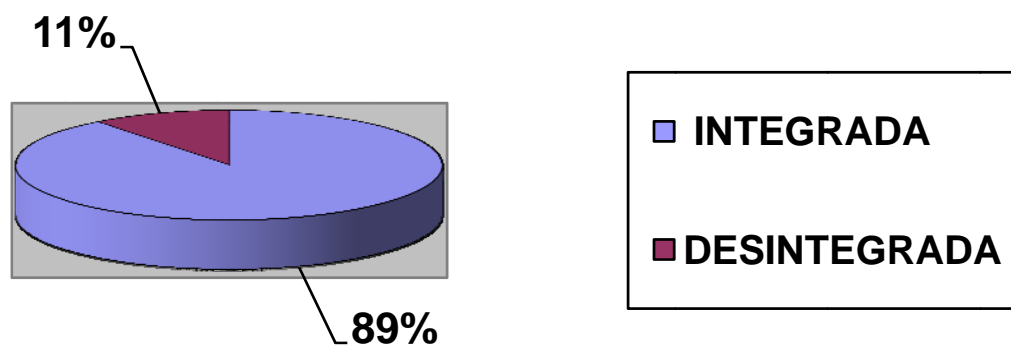
TIPO	NÚMERO	%
NUCLEAR	75	72.00
EXTENSA	25	24.04
COMPUESTA	4	3.84
TOTAL	104	99.88



FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**TIPOS DE FAMILIA SEGÚN SU DESARROLLO
FAMILIAS ADSCRITAS A LA U. M. F. XOCHITEPEC, MOR.**

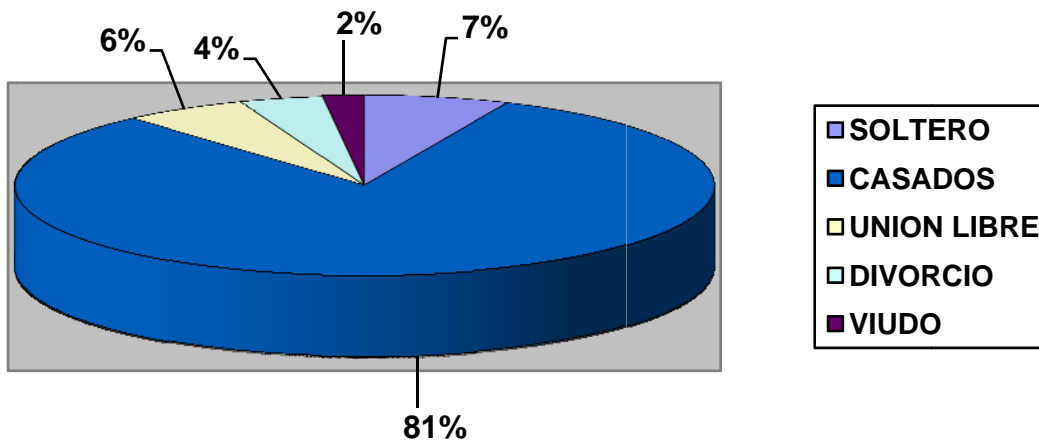
TIPO	NÚMERO	%
INTEGRADA	93	89.42
DESINTEGRADA	11	10.57
TOTAL	104	99.99



FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS
FAMILIAS ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
XOCHITEPEC ISSSTE**

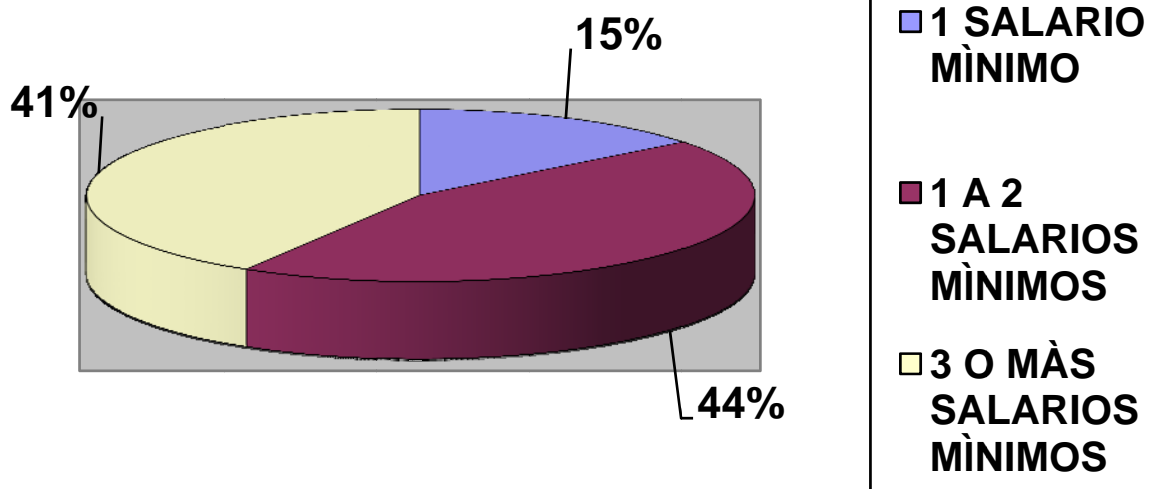
TIPO	NÚMERO	%
SOLTERO	7	6.73
CASADOS	85	81.73
UNION LIBRE	6	5.76
DIVORCIO	4	3.84
VIUDO	2	1.92
TOTAL	104	99.98



FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INGRESO ECONÓMICO EN SALARIOS MÍNIMOS

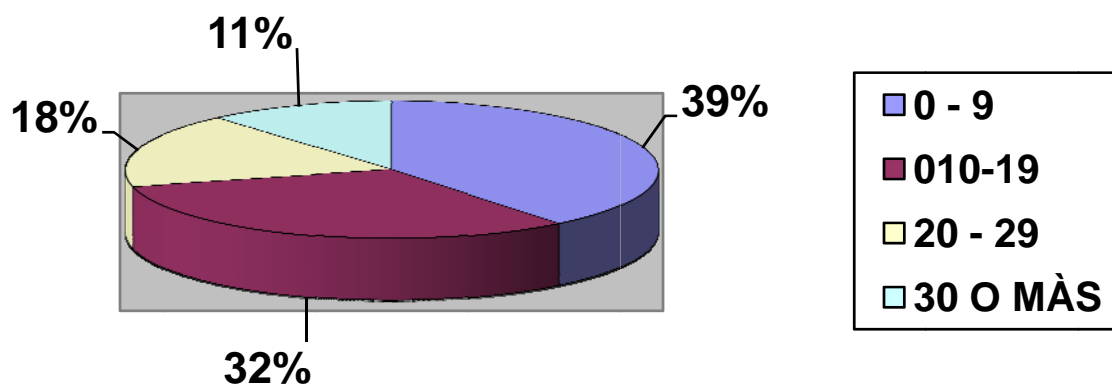
SALARIOS	NÚMERO	%
1 SALARIO MÍNIMO	15	14.42
1 A 2 SALARIOS MÍNIMOS	46	44.23
3 O MÁS SALARIOS MÍNIMOS	43	41.34
TOTAL	104	99.99



FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL DE LAS FAMILIAS CASADAS

AÑOS	FAMILIAS	%
0 - 9	38	36.53
10 - 19	31	29.80
20 - 29	17	16.34
30 O MÀS	11	10.57
TOTAL	97	93.24



FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÒN DE DATOS

EDAD DE LA MADRE

EDAD	FRECUENCIA	%
20 - 24	4	4.21
25 - 29	6	6.31
30 - 34	23	24.21
35 - 39	28	28.97
40 - 44	13	13.68
45 - 49	8	8.92

50 - 54	4	4.21
55 - 59	5	5.26
60 - 64	3	3.15
65 Y MAS	1	1.05
TOTAL	101	99.95

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

EDAD DEL PADRE

EDAD	FRECUENCIA	%
20 - 24	2	2.2
25 - 29	7	7.7
30 - 34	10	11.1
35 - 39	23	25.5
40 - 44	17	18.8
45 - 49	6	6.6

50 – 54	7	7.7
55 – 59	5	5.5
60 – 64	3	3.3
65 Y MAS	10	11.1
TOTAL	90	99.5

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

MÉTODO	NÚMERO DE PERSONAS	%
D. I. U.	5	5.26
H. O.	6	6.31
H. I. N. Y.	1	1
O. T. B.	56	58.94
PRESERVATIVOS	6	5.76

VASECTOMÍA	1	1
RITMO	2	2
NINGUNO	18	18.94
TOTAL	95	99.21

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA.

NÚMERO	DIAGNÒSTICO	NO. DE CONSULTAS	%
1	INFECCIÒN DE VIAS RESPIRATORIAS ALTAS	1066	43.39
2	INFECCIÒN DE VIAS URINARIAS	383	16.67
3	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	365	15.87

4	GASTROENTERITIS PROBABLEMENTE INFECCIOSA	133	5.78
5	ENF ART. DEGEN.	96	4.78
6	DIABETES MELLITU TIPO 2	90	3.91
7	ANEMIAS CLÍNICAS	57	2.47
8	AMIBIASIS INTESTINAL	52	2.25
9	CONJUTIVITIS BACTERIANA	37	1.60
10	VULVOVAGINITIS MIXTAS	29	1.26
TOTAL		3201	97.36

FUENTE: HOJAS DE REPORTE DEL DIARIO DEL MÉDICO. 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1997.

8. DISCUSIÓN.

De acuerdo con los resultados se observa que hay un predominio del sexo femenino, el resultado es igual con el Censo General de la Población Nacional y Estatal hasta 1995 según INEGI.

El mayor número se ubicó en el grupo de edad de 10 a 14 años en las mujeres y en el sexo masculino corresponde entre los 15 y 19 años de edad. En comparación en el grupo de mayor número que predominan en el INEGI a nivel nacional se ubicó en sexo femenino de 25 a 29 años de edad y en el sexo masculino de 10 a 14 años de edad. En cuanto los grupos de edad, esto nos demuestra que la población derechohabiente es predominantemente adolescente y joven, es importante implementar programas y actividades de prevención en toxicomanía, programas de educación sexual, orientación en métodos anticonceptivos, etc. Programas para fundamentar y orientar la salud a las madres en enfermedades infecciosas como por ejemplo: las infecciones respiratorias agudas, gastroenteritis infecciosa, que hace más vulnerable a la población infantil. Detecciones oportunas en enfermedades crónicas degenerativas como: hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer cervicouterino, etc., dirigidas a mayores de 25 años de edad.

De las familias en estudio en cuanto al estado civil, el grupo de mayor predominio fue en los casados con un 81.73, al igual que los reportes de INEGI a nivel nacional.

Los años de unión conyugal predominó entre los 0 a 9 años y el siguiente grupo de los 10 a los 19 años de unión.

En la edad de los padres el mayor número se ubico en el grupo de los 35 a 39 años de edad, en cuanto la edad de las madres el predominio de 35 a 39 años de edad. Esto nos habla que la mayoría de los padres de familia en estudio han alcanzado un estado de madurez físico, psicológico. Es importante hacer énfasis en la promoción de la salud y orientación por las enfermedades crónica-degenerativas a las que puede estar expuestos.

Haciendo referencia a la ocupación de los padres en comparación a las características que reporta INEGI son iguales a los encontrados.

El nivel de estudio de los padres de familia es nivel profesional que se encuentra con mayor frecuencia y le sigue el de empleado, a diferencia con el INEGI a nivel

nacional que es de nivel medio básico, esto nos habla que el nivel educativo de los padres de familia es un buen indicador para desarrollar sus actividades culturales, así como en el cuidado de la salud y mantener su funcionalidad familiar.

En los métodos anticonceptivos el más utilizado es la salpingoplasia por paridad satisfecha y el siguiente método fue el de ninguno en este grupo hay mujeres en etapa de climaterio, histerectomía, por ser solteras, ocupando el segundo lugar, ya se comento que nuestra población es joven, es muy importante continuar con los programas de métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados, madres solteras y matrimonios forzados.

El ingreso económico familiar y el reportado con el INEGI son iguales ya que perciben de 1 a 2 salarios mínimos, y el siguiente grupo gana tres salarios o más y el tercer grupo gana menos de un salario.

De acuerdo con los resultados de ingreso económico familiar, no concuerda con el nivel de escolaridad, ya que sobresale el nivel superior.

La familia en estudio de acuerdo a su desarrollo el de mayor porcentaje fue el de la familia tradicional, y le sigue la familia moderna en el segundo lugar. En la demografía la rural es la que predomina. En la composición las familias nucleares son la de mayor predominio, y en la etapa del ciclo familiar, las familias se encuentran en la etapa de expansión, dispersión e independencia.

Las causas de motivo por consulta nos indican que las infecciones respiratorias agudas ocupan el primer lugar seguidas de infecciones de vías urinarias e hipertensión arterial y posteriormente de gastroenteritis infecciosa y enfermedad articular degenerativa.

Los reportes de la morbilidad estatal en 1998, fueron las infecciones respiratoria agudas, con la cual si concuerda y en las siguientes enfermedades no se concuerdan, así mismo la morbilidad nacional reportado por INEGI son las infecciones respiratorias agudas, esto nos demuestra que las infecciones respiratorias agudas ocupan el primer lugar y afectan a la población infantil entre la edad de 4 a 10 años de edad.

En cuanto a las enfermedades crónicas-degenerativas como la diabetes mellitus e hipertensión arterial siguen ocupando los primeros lugares tanto a nivel nacional como estatal y afectando principalmente a los grupos mayores de 40 años de edad en adelante. Es importante tomar medidas preventivas y de

auto-cuidado así como dar información y promoción de las actividades físicas, cambiar y mejorar los hábitos de alimentación, moderar o eliminar los hábitos de alcoholismo y tabaquismo.

9. CONCLUSIONES.

Se logró cumplir con el objetivo general que era de conocer las principales características biopsicosociales de la población adscrita de la Unidad de Medicina Familiar Xochitepec, Morelos.

En cuanto a la elaboración de la pirámide de población nos permite acercarnos a nuestra población de derechohabientes para conocer los grupos de edad y sexo, la población infantil, las mujeres en edad fértil, y el grupo de la tercera edad.

Las familias que se estudiaron en su mayoría son rurales con un ingreso de económico bajo, sin embargo, su nivel de preparación es superior.

En cuanto las familias en su mayoría son nucleares, tradicionales, integradas, y encontrándose en el ciclo vital de expansión y dispersión.

En el presente estudio los padecimientos más frecuentes fueron: infecciones de vías respiratorias, infecciones de vías urinarias e hipertensión arterial, gastroenteritis infecciosa, y enfermedad articular degenerativa.

El médico familiar debe convertirse en guía y asesor para la atención de la salud y dirigirse con efectividad a las estrategias para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades con un enfoque anticipatorio.

Estrategias de prevención:

1. Informar a nuestras familias derechohabientes como deben utilizar la atención medica para así optimizar su propósito.
2. La morbilidad principal ya mencionada, es importante tener mas énfasis en la promoción de la salud y protección especifica con orientación a las madres en proteger a los niños y adolescentes dando información confiable sobre educación sexual y toxicomanías.
3. Promocionar y dar orientación sobre el control periódico del niño sano y completar el esquema nacional de vacunación.
4. Promocionar medidas de prevención a mujeres en edad fértil y climaterio por medio de: métodos anticonceptivos, detección precoz de cáncer mamario cervix y endometrio, vacunación (tétanos, rubéola), y control prenatal.

5. Es importante conocer en que etapa del ciclo vital están nuestras familias a nuestro cuidado para apoyo emocional.

6. Dar información y concientizar a nuestras familias en las medidas preventivas las veces que se requiera y una orientación oportuna ante las enfermedades crónico degenerativas.

La capacitación y la educación continúa a los derechohabientes para participar en el aprovechamiento en la atención primaria de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gómez Clavelino FJ, Irigoyen CA., La Medicina Familiar y la investigación: Una Perspectiva Integradora, 4ta. Edición 1996, Editorial Medicina Familiar Mexicana, Méx. Páginas: 142-145.
2. Irigoyen CA., Ponce de León Castañeda ME, Hernández Ramírez C, Farfán Salazar G., Fernández Ortega MA, Mazón Ramírez JJ. Evolución Histórica de la Familia, 4ta. Edición 1996, Editorial Medicina Familiar Mexicana, Mex. Páginas: 11 – 24.
3. López SS. Actuación del especialista en medicina familiar en la sociedad actual. REV. MED. IMSS México 1995; 33: 317-320
4. Irigoyen CA,. Et. La Familia: Fundamentos de Medicina Familiar. 3ª ED. Med. Fam. Mexico: 1995: 3-7.
5. <http://11www.psenté.com.ae.RIF6/823.htm> vínculos familiares y realidad social.
6. Santa Cruz Varela J. Medicina Social, Rev. Med. IMSS, (Méx.) 1983, 21: 348 – 357.
7. CONN: Medic. Familiar Editorial Interamericana. México, 1975.
8. Vasconcelos, R. Simposio La Familia. Gac. Med. Méx. 1978; 114: 157.
9. Hennen B. K, M. D, El Ciclo Vital De La Familiar Y La Orientación Anticipada, Medicina Familiar Guía Práctica, Edición Mc Graw Hill, 1983, Páginas: 28- 30.
10. Irigoyen CA, Fernández Ortega MA, Mazón Ramírez JJ, Fernández Ortega MA, Reyes Téllez J, Motejo EN, Hidalgo RE, La Familia, 4ta. Edición 1996, Editorial Medica Familiar Mexicana, Méx. Paginas: 3, 7.
11. Océano Uno Color Diccionario Enciclopédico, Edición 1996, Página 671.
12. Gregor LA. Psicodiamia del ciclo de vida familiar. Rev. Educ. Salud 10: páginas: 9-13

13. Boletín Médico Familiar 1997 Enero., Diagnóstico Familiar Llena un vacío existente en la Literatura Mexicana, página 7.
14. Irigoyen CA, Gómez Clavelina FJ, Buendía Pablo J, Mazon Ramírez JJ, Fernández Ortega MA, Amescua Aguirre R. Ciclo Vital de la familia, 4ta. Edición 1996, editorial Medicina Familiar Mexicana, Méx. Páginas 26 - 29.
15. Hennen BK, MD., El Ciclo vital de la Familia y la Orientación Anticipada, Medicina Familiar Guía Practica, Edición, Mc. Graw Hill, 1983, página: 28- 30.
16. Hennen BK, MD., Estructura y Función de la Familiar, Medicina Familiar. Guía y Practica. Edición Mc. Graw Hill, 1983, Páginas: 16 - 20.
17. Irigoyen Corina A, Palomeque Ramírez Ma. DE P, Gómez Clavelina FJ, Gómez Carrillo ME, Fernández Ortega MA, Mazon Ramírez JJ. Funciones de la Familia, 4ta. Edición 1996, Editorial Medicina Familiar Mexicana, Méx. Páginas: 35 - 37.
18. Chávez A V, Velasco OR. Disfunciones Familiares de subsistema Conyugal. Criterios para su evaluación. Revistas Médica IMSS, (México) 1994: Paginas: 32, 39 y 43.
19. Alvarez MJM. Atención Primaria a la Salud. Sal. Pub. Méx. 1988; 30; 676-682.
20. Disckinson BMA., Ponce RER., Gómez CFJ., et. al. Determinación social en la cohesión y adaptabilidad familiar. Aten. Prim. 1998; 21: 275-282.
21. Rodríguez FE., Gea SA., Gomez MA et. al. Estudio de la Fusión Familiar a través del cuestionario Apgar. Aten. Prim. 1996; 17:64-71.
22. Bellon SJA., Delgado SA., Luna CDJ. Et. al. Validez y fiabilidad del cuestionario d función familiar Apgar-familiar. Aten. Prim. 1996; 18:289-296.
23. Shires D. B., Hennen B K. Medicina Familiar, Guía Práctica 1983, Continuidad de la atención, Página: 3 - 7.
24. Irigoyen-Coria A. Gómez-Clavelina FJF, Hernández-Ramírez C, Farfán-Salazar G. Diagnóstico Familiar, 4ta. Edición 1996, Editorial Médica Familiar de México, Méx. Página: 104 y 105.

25. Gómez Dantes O, Khoshnood B. La Evolución de la Salud Internacional en el Siglo XX. Salud Pública México 1991., Volumen 33, Numero 4, Páginas: 325 - 328.
26. Sheres D. B. Hennen Brian K. Medicina Familiar Guía y Práctica 1983, El Ciclo Vital de la Familia y la Orientación Anticipada, páginas: 32 y 33.
27. Valencia C. J. Olvera J. M. B., Serrano O. Márquez A. Regionalización de México Basada en Indicadores de A. P. S. Salud Publica Mexicana 1991, Enero – Febrero. Volumen 33, Numero 1, Páginas 30.
28. Rasmussen-Cruz B, Hidalgo-Sn. Martín A. Pérez PA. Rodríguez EF. López MJ y Colaboradores. La participación Comunitaria en Salud en el IMSS en Jalisco. Salud Pública Mexicana 1993, Volumen 35, Páginas: 471 y 472.
29. Chávez A. H. Medica de IMSS (Méx.) El Médico Familiar en Atención Primaria a la Salud, Volumen 33 Número 2, Páginas: 173 - 176.
30. Abloom A., Norells. Enfermedad y Diagnóstico. Fundamentos de Epidemiología. México, 1993 18 – 29.
31. Estebanell AJ., Uriel PJA., Martín VM. Et. Al. Actuación derivada de la Aplicación de un Programa de Actividades Preventivas. Aten. Prim. 1992; 1: 539 – 542.
32. Ruíz MJ., Ruíz JP., Rodríguez ML., et. Al. Cumplimiento de Actividades Preventivas en el Centro de Atención Primaria. Aten. Prim. 1994 13: 65 – 67
33. San Martín H. Las Técnicas de la Medicina Preventiva del Fomento de Salud: Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas Salud y Enfermedad. 1ª Reimpresión. Ed. La Prensa Médica México: 1998; 526 – 630.

HOJA PARA RECABAR DATOS DE LA CLINICA FAMILIAR DE XOCHITEPEC
ISSSTE PARA ESTUDIO SISTEMATICO FAMILIAR

Familia: _____ Nombre del entrevistado: _____

Estado Civil: ____ Años de Unión: ____ Edad del Padre: ____ Edad de la Madre: ____

Ocupación: Padre: _____ Madre: _____

Escolaridad:

Básico: () Medio: () Medio Superior o Técnico: () Superior: ()

Número de Hijos:

Hasta 10 años de edad: ____ De 11 a 19 años de edad: ____ De 20 o mas años: ____

Método de Planificación Familiar:

Oral: () Inyectable: () DIU: () Condón: ()
Ritmo: () Vasectomía: () OTB: () Ninguno: ()

Ingreso Económico del Entrevistado:

Menos de un Salario mínimo: _____ De uno a dos salarios mínimos: _____
De tres o más salarios mínimos: _____

Tipo de Familia:

Moderna: () Tradicional: ()

Demografía:

Urbana: () Rural: ()

Composición:

Nuclear: () Compuesta: () Extensa: ()

Etapas de Ciclo Familiar:

Expansión: () Dispersión: () Independencia () Retiro: ()

Observaciones:
