



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISION 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 DE VERACRUZ, VER.**

**“CARACTERÍSTICAS BIOSOCIODEMOGRÁFICAS Y PRINCIPALES  
CAUSAS DE CONSULTA DE LAS FAMILIAS USUARIAS DEL MÓDULO  
MATERNO INFANTIL DEL TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL GENERAL  
I.S.S.T.E. DE VERACRUZ, VER.”**

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

**PRESENTA:**

**LUIS ANTONIO ORTIZ CALERO**

**VERACRUZ, VER.**

**2006**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**“CARACTERÍSTICAS BIOSOCIODEMOGRÁFICAS Y PRINCIPALES  
CAUSAS DE CONSULTA DE LAS FAMILIAS USUARIAS DEL MÓDULO  
MATERNO INFANTIL DEL TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL  
GENERAL I.S.S.T.E. DE VERACRUZ, VER.”**

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

**PRESENTA:**

**LUIS ANTONIO ORTIZ CALERO**

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

**DRA. ANA MARÍA NAVARRO GARCÍA  
ASESOR DE TESIS  
PROFESORA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA. U.N.A.M.**

**DR. GUSTAVO ADOLFO CASTRO HERRERA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO**

**“CARACTERÍSTICAS BIOSOCIODEMOGRÁFICAS Y PRINCIPALES  
CAUSAS DE CONSULTA DE LAS FAMILIAS USUARIAS DEL MÓDULO  
MATERNO INFANTIL DEL TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL GENERAL  
I.S.S.T.E. DE VERACRUZ, VER.”**

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

**PRESENTA:**

**LUIS ANTONIO ORTIZ CALERO**

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

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNANDEZ 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**

# INDICE GENERAL

<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>3</b>
- Definición de Familia.....	3
- Antecedentes de Familia.....	3
- Clasificación de Familias.....	4
- Tipología Familiar.....	6
- Ciclo de Vida de la Familia.....	7
- Dinámica Familiar.....	10
- Roles Familiares.....	10
- Comunicación Familiar.....	10
- Crisis Familiares.....	11
- Proceso Salud-Enfermedad.....	11
- Antecedentes de Medicina Familiar.....	11
- Definiciones de Medicina Familiar.....	12
- Perfil del Médico Familiar.....	13
- MOSAMEF.....	14
- Morbilidad.....	16
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>20</b>
- Modelo Conceptual.....	22
<b>JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>23</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>24</b>
<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>24</b>
- Población, Lugar y Tiempo.....	24

- Tipo y Tamaño de la Muestra.....	24
- Material y Recursos.....	25
- Criterios de Selección.....	25
- Variables a Estudiar.....	26
- Procedimiento para recabar la Información.....	29
- Consideraciones Éticas.....	29
RESULTADOS (Tablas y Gráficas).....	31
DISCUSIÓN.....	42
- Principales causas de consulta.....	44
CONCLUSIONES.....	54
BIBLIOGRAFÍA.....	55
ANEXOS.....	57

# MARCO TEÓRICO

## Definición de Familia

Deriva del latín “famulus” que significa siervo procedente del primitivo “famul” originada de la voz “famel” que significa esclavo doméstico (Marqués de Morante).

Grupo de Individuos íntimamente relacionados que comparten vínculos genéticos, afectivos y con una relación legal que viven en un mismo hogar satisfaciendo necesidades económicas y de protección.<sup>1,2,6</sup>

## Antecedentes de familia

La familia es la más antigua de las instituciones sociales humanas, y quizá la que sobrevivirá mientras exista nuestra especie. Ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y época, lo que hace augurar que persistirá debido a que constituye la mejor unidad humana para sociedades rápidamente cambiantes.

Fue hasta a mediados del siglo XIX que se convirtió en objeto de estudio científico cuando Morgan, Mc Lennan y Bachofen entre otros la consideraron como una institución social histórica cuya estructura y función es determinada por el grado de desarrollo de la sociedad global, describiendo por etapas el curso completo del desarrollo social humano desde un estado original de salvajismo hasta la civilizada familia monogámica.

En 1861 Johann J. Bachofen publicó una obra sobre Derecho Materno donde menciona la promiscuidad sexual en las sociedades primitivas resaltando que el parentesco era determinado por línea materna surgiendo la *ginecocracia*, refiriéndose al dominio femenino absoluto sobre las nuevas generaciones. Por otro lado Mc Lennan se encargo de describir sobre la exogamia y endogamia, poliandria y poligenia.

**Exogamia** (del griego exo: fuera de, y gameín: casarse). Consistía en la costumbre masculina de buscar pareja en otras tribus con intención de establecer nuevas alianzas.

**Endogamia** (del griego éndon: dentro, y gámos: boda). Unión matrimonial dentro del grupo de miembros de una misma tribu, con la prohibición de hacerlo fuera de él.

**Poliandria.** Una sola mujer comparte simultáneamente varios hombres, con frecuencia hermanos y predomina el matriarcado. Es poco frecuente.

**Poliginia.** Un solo hombre se encuentra unido a varias mujeres con las que puede tener hijos.

En 1877 Morgan definió las etapas fundamentales de la evolución de las familias enfatizando la influencia de la sociedad sobre su forma y estructura, pasando de una forma inferior a una superior a medida que la sociedad evoluciona como consecuencia del desarrollo de la tecnología y la economía. Así mismo señala que a partir de la promiscuidad inicial absoluta aparecen otras formas diferentes de familia:

**Familia consanguínea.** Predominan las relaciones incestuosas entre hermanos.

**Familia punalúa o familia por grupo.** La prohibición del incesto incluye a los hermanos. Los hombres de un grupo son considerados desde el nacimiento como esposos de las mujeres de otra familia.

**Familia sindiásmica o patriarcal.** El hombre vive con una sola mujer, pero mantiene el derecho de la poligamia y la infidelidad. Se funda el principio de autoridad absoluta del jefe de la familia originada por la división de tareas.

**Familia monogámica.** Se caracteriza por la unión libremente escogida de dos individuos. Es la familia de la cultura actual.<sup>3</sup>

### **Clasificación de las familias**

El desarrollo histórico de las familias ha permitido diversas clasificaciones basadas en 5 ejes fundamentales:

- \* Por parentesco y sin parentesco
- \* Por presencia física en el hogar o convivencia
- \* Por medios de subsistencia
- \* Por nivel económico
- \* Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios sociales.

### **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 más otras personas con parentesco.

Monoparental extendida compuesta.- Padre o madre con hijos más 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.- Familias con vínculos de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (Tíos, sobrinos, abuelos y nietos, primos y hermanos, etc.)

### **Sin parentesco**

Monoparental extendida sin parentesco.

(Grupos similares a familias)

Padre o madre con hijos más otras personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares, por ejemplo grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etc.

## **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 algunos de los hijos.

Extensa colateral.- Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etc.)

## **Por medios de subsistencia**

Las familias en los procesos productivos propician una clasificación basada en los medios de subsistencia que dependen de los recursos que se generan en las siguientes áreas:

\* Agrícolas y pecuarias

\* Industrial

\* Comercial

\* Servicios

## **Por 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, de ahí la importancia de evaluar el peso de este fenómeno económico-social sobre la salud individual y familiar.

Con base en el estudio realizado por el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza creado por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) en el año 2001, y publicado por Cortés y Hernández-Laos, se sugiere utilizar diversos indicadores monetarios y no monetarios para medir la pobreza en el nivel familiar.

### **Pobreza familiar nivel 1**

Ingreso per capita suficiente para cubrir el valor de la canasta básica.

Recursos suficientes para cubrir los gastos de vestido, calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aún dedicando todo su ingreso a estos rubros.

Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

### **Pobreza familiar nivel 2**

Ingreso per capita suficiente para cubrir el valor de la canasta básica.

Carencia de recursos para cubrir los gastos en vestido, calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aún dedicando todo su ingreso a estos rubros, así como también para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica,

combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

### **Pobreza familiar nivel 3**

Ingreso per capita inferior al valor de la canasta básica.

Carencia de recursos para cubrir los gastos de vestido, calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aún dedicando todo su ingreso a estos rubros, así como para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en donde se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

La escala establece que el nivel 3 de pobreza es el más grave de todos y el nivel 1 es el menos grave. Las familias que pueden cubrir los rubros mencionados en los 3 niveles no se consideran pobres.

### **Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios sociales**

Es 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. Estos nuevos estilos se clasifican de la siguiente forma:

Persona que vive sola:

Sin familiar alguno, independientemente de su estado civil o etapa del ciclo de vida.

Matrimonios o parejas de homosexuales:

Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal sin hijos.

Matrimonios o parejas de homosexuales con hijos adoptivos:

Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos.

Familia grupal:

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

Familia comunal:

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

Poligamia:

Incluye la poliandria y la poliginia.<sup>4</sup>

### **Tipología Familiar**

En nuestro medio, el sistema familiar global está formado por familias relacionadas entre sí; en ellas cada persona es miembro de dos familias:

Familia de origen:

Es en la que nace y obtiene el estatus de hijo y de la cual se aleja para dar lugar a la

Familia de procreación:

Que se conforma a través del matrimonio o de la unión con su pareja.

Existe una clasificación tipológica basada en tres factores macroestructurales:

- a) Cultura y subcultura de las comunidades a que pertenecen:
  - 1. Indígena
  - 2. Rural tradicional
  - 3. Urbana
- b) Estratificación socioeconómica y de clase según los niveles de subsistencia y Actividad económica:
  - 1. Marginado y subproletario
  - 2. Popular proletario
  - 3. Medio
  - 4. Elitista de dominio
- c) Ubicación geosocial de acuerdo a:
  - 1. La región en que habiten
  - 2. Las redes de relación ecológica que mantengan
  - 3. Su grado de sedentarismo o migración

### **Ciclo de Vida de la Familia**

El ciclo vital familiar es un concepto ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros. El estudio de las etapas del desarrollo familiar permite el análisis genérico de la historia natural de una familia desde que se forma hasta su disolución permitiendo la identificación de las tareas específicas que debe desempeñar la familia en cada una de sus fases, de manera tal que si en alguna de ellas no se completan dichas tareas, pueden surgir problemas de funcionamiento con efectos en las etapas subsiguientes.

La tarea principal de la familia consiste en producir y preparar nuevos conjuntos de seres humanos para ser independientes, formar nuevas familias y repetir el proceso de generación en generación.

El ciclo vital de la familia es una evolución en curso en la cual se contrae a medida que el medio social con el que cada uno de sus miembros esta en contacto se va extendiendo. Dicho ciclo se ha dividido en cuatro etapas para su estudio y a su vez en varias fases que explican el desarrollo del grupo familiar.

## CICLO VITAL DE LA FAMILIA

Etapa	Fase	Características	Duración
Constitutiva	Preliminar	Noviazgo	Indefinida
	Recién casados	Sin hijos	Hasta el nacimiento del primer hijo
Procreativa	Expansión	Nacimiento del primer hijo	Hijo mayor del nacimiento a 2.5 años
		Hijos preescolares	Hijo mayor de 2.5 a 6 años
	Consolidación y apertura	Se inicia la socialización secundaria	Hijo mayor de 6 a 13 años (edad escolar) Hijo mayor de 13 a 20 años (adolescencia)
Dispersión	Desprendimiento	Inicia la salida el hogar del primer hijo y termina con la separación del último de los hijos	
Final	Independencia	Cónyuges nuevamente solos hasta el final de la actividad laboral de la pareja por jubilación o retiro	
	Disolución	Vejez de la pareja Viudez	Hasta la muerte del cónyuge Hasta la muerte del miembro restante

3

### Etapa Constitutiva

Se inicia desde el momento en que la pareja decide adquirir el compromiso de vivir juntos, aunque no necesariamente independientes ni separados de sus respectivas familias y termina con el nacimiento del primer hijo.

En la fase preliminar se sientan las bases de lo que será la vida futura en pareja.

En la fase de recién casados la pareja debe lograr mayor estabilidad personal así como una gradual independencia y separación emocional de sus respectivas familias sin romper con los lazos afectivos que los unen.

### Etapa Procreativa

En esta etapa se inicia la expansión del grupo familiar, ya sea por embarazo o por la adopción de los hijos, e incluye la crianza y desarrollo durante los primeros años y corresponde al período en que los hijos son económica, afectiva y jurídicamente dependientes de sus padres.

En esta etapa deben efectuarse una serie de ajustes en sus roles exclusivamente maritales para enfrentar los requerimientos propios de la paternidad lo cual puede generar serios conflictos sobre todo cuando el hijo no satisface las expectativas de uno o ambos padres.

En la fase de consolidación ocurre un ajuste de las relaciones con sus familias de origen para incluir el rol de los demás parientes, sobre todo el de los abuelos.

## **Etapa de Dispersión**

Es la etapa de ingreso de los niños a la escuela e incremento y facilitación de la socialización, estimulación de la responsabilidad, orientación sobre la sexualidad, drogadicción y alcoholismo. Se acerca la independencia de los hijos mayores ya que se encuentran en plena adolescencia por lo que los padres suelen confrontar algunas dificultades de aceptar la diferenciación de roles.

La fase de desprendimiento se inicia con la salida definitiva del hogar del primero de los hijos lo cual puede ocurrir cuando aún la familia no termina de cursar la etapa procreativa y culmina con la salida del último de los hijos.

## **Etapa Familiar Final**

La pareja debe aprender a ser independientes nuevamente y a renegociar sus funciones conyugales apoyándose para sobreponerse al síndrome del nido vacío y a otros eventos críticos propios de esta etapa, así como la jubilación o retiro del jefe de la familia.

En la disolución la pareja se enfrenta a diversas situaciones como nuevas relaciones con los hijos, nietos y demás miembros de la familia residual, la pérdida de sus habilidades, la dependencia de otros y el fallecimiento de amistades y familiares.<sup>3</sup>

## **Estructura y Funciones de la Familia**

La estructura se refiere al conjunto de personas o miembros que bajo los conceptos de distribución y orden integran al grupo familiar.

Las funciones de la familia son las tareas que les corresponde realizar a sus integrantes como un todo, es decir: se les asignan papeles específicos para que desempeñen alguna función dentro de la misma.

Se reconocen las siguientes funciones:

- \* Socialización
- \* Afecto
- \* Cuidado
- \* Estatus Social
- \* Desarrollo de la Sexualidad y Reproducción

Socialización:

Son todas aquellas acciones que favorezcan al desarrollo biopsicosocial de los miembros de la familia propiciando la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia con la intención de transformar a una persona totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo con independencia para desarrollarse en la sociedad.

Afecto:

Es la interacción de sentimientos y emociones entre los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar favoreciendo el desarrollo psicológico personal reflejándose en la actitud hacia nuestros semejantes.

Cuidado:

Función primordial que asegura la supervivencia de los miembros de la familia, es decir: satisfacer sus necesidades asistenciales de manera incondicional como son: alimentación, vestido, protección, educación y de salud. Esta función está señalada en el Artículo Cuarto de la Constitución Mexicana "Es deber de los padres preservar el

derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a su salud física y mental”.

**Estatus Social:**

Se refiere a la participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.

**Desarrollo de la Sexualidad y Reproducción:**

Moldear el rol sexual con responsabilidad condicionado por la imagen de integridad y madurez de los padres. La reproducción se refiere únicamente a la provisión de nuevos miembros a la sociedad.

## **Dinámica Familiar**

Es un proceso en el que intervienen interacciones, transacciones, sentimientos, pautas de conducta, expectativas, motivaciones y necesidades entre los integrantes de una familia bajo un contexto cambiante en cada una de las etapas evolutivas permitiendo o no permitiendo la adaptación, el crecimiento, desarrollo, madurez y sobre todo el funcionamiento del grupo familiar.<sup>4</sup>

## **Roles Familiares**

La familia puede ser estudiada como una unidad de personas en interacción, ocupando cada una de ellas dentro de la familia una posición definida por un determinado número de roles. De este modo, la familia moldea la personalidad de sus integrantes con relación a las funciones que tienen que cumplir en su seno.

Se clasifican en Instrumentales, Afectivos y Ambos.

**Instrumentales:**

Provisión de recursos (económicos, servicios, alimentación, vestido, transporte, etc.)

**Afectivos:**

Apoyo y crianza. Proveen apoyo y bienestar a la pareja y al resto de los integrantes. Gratificación sexual en los adultos.

**Ambos:**

Desarrollo de habilidades. Sistemas de control y mantenimiento (sirven de apoyo y guía en el desarrollo de las personas e incluyen la capacidad de liderazgo, toma de decisiones, etc.)

## **Comunicación Familiar**

La forma de comunicarse dentro del seno familiar es un indicador de su grado de funcionalidad y se evalúa por niveles.

El primer nivel describe lo que se está comunicando: si está relacionado con tareas cotidianas o habituales se le denomina comunicación instrumental; con sentimientos, comunicación afectiva.

El segundo nivel se refiere a que la entrega del mensaje se lleva a cabo en forma clara o enmascarada, según sea su calidad.

El tercer nivel se relaciona con el receptor del mensaje. Puede ser directa cuando se enfoca a quien va dirigido o indirecta cuando se utiliza algún intermediario.

## **Crisis Familiares**

Son cualquier evento traumático, personal o interpersonal dentro o fuera de la familia que conduce a un estado de alteración y que requiere una respuesta adaptativa de la misma, de lo contrario incrementa la tensión dentro del grupo familiar, y si no son manejados adecuadamente pueden conducir al deterioro de la salud de sus miembros. Se reconocen dos tipos:

- \* Crisis Normativas (evolutivas o intrasistémicas)
- \* Crisis Paranormativas (no normativas o intersistémicas)

Crisis Normativas:

Están en relación con las etapas del ciclo vital de la familia y son definidas como situaciones esperadas, o que forman parte de la evolución de la vida familiar, de tal manera que el paso de una fase a otra del ciclo vital (transición) puede ser fuente de estrés intenso y dar lugar a la aparición de manifestaciones somáticas, pero también ofrecen oportunidades de crecimiento en cada uno de los miembros por la adquisición de nuevas responsabilidades, relaciones y compromisos que van dando forma a la identidad de cada uno y del grupo familiar.

Crisis Paranormativas:

Son experiencias adversas o inesperadas provenientes del exterior que aunque sean frecuentes, generalmente resultan impredecibles para la familia como divorcio, alcoholismo y actividades criminales entre muchas otras. Estas crisis usualmente se asocian con grandes periodos de disfunción.

## **Proceso Salud-Enfermedad**

La desigualdad existente en la estructura social hace también desigual la distribución de las enfermedades de tal manera que la pertenencia a un grupo social determinado implica una diferente vulnerabilidad frente a los agentes patógenos.

El concepto de clase social, cuantificado tradicionalmente en salud pública con medidas socioeconómicas, constituye una herramienta para medir el <impacto social> de las variables del ambiente social sobre los individuos y su relación sobre la pérdida de salud y su impacto en las enfermedades, la prevalencia de factores de riesgo y la utilización de servicios.<sup>3</sup>

## **Antecedentes de Medicina Familiar**

La atención primaria es concebida como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundadas, puesta al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades a un costo que tanto a la misma comunidad y país puedan soportar en cada etapa de su desarrollo.

El primer antecedente histórico de desarrollar atención médica de alta calidad, integral y accesible fue siguiendo los principios de la declaración programática: *“Todo hombre debe recibir asistencia médica por el hecho de serlo y ésta debe ser digna y adecuada”*, siendo legalizada en Prusia en el año de 1883 como “Seguro Obligatorio de Enfermedad” dada la inseguridad de las clases sociales naciendo de esta forma lo que en el futuro y a escala mundial se conocen como los Seguros Sociales.

En México el proceso de inicio de instituciones de salud fue en el año de 1943 con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (S.S.A.)

Mientras y durante la década de los cuarenta por efectos del modelo norteamericano inicio una tendencia hacia las especializaciones médicas mediante cursos para la formación de médicos de acuerdo con las especialidades médicas, proponiendo el uso de los hospitales como escenario principal para el entrenamiento médico y propiciando la inevitable disminución de médicos generales.

Fue en el año de 1962 que en las escuelas de medicina se llevo a incorporar un año de internado rotatorio al pregrado que implicaba la práctica hospitalaria de tiempo completo. Fue en este período cuando surgió el modelo médico familiar en el IMSS.

De 1968 a 1979 hubo un período de crisis económica con la consecuente reducción en el ritmo de crecimiento de la infraestructura de atención a la salud en el país.

En el año de 1971 se creó el primer curso de especialización de medicina familiar en el IMSS. En 1975 se constituyó el primer departamento de medicina familiar en Latinoamérica (Departamento de medicina general, familiar y comunitaria) en la UNAM, con la intención de orientar la formación de médicos hacia la atención primaria a la salud, así como también se experimentaron nuevas opciones a nivel de posgrado.<sup>8</sup>

### **Definiciones de Medicina Familiar**

Definición Canadiense incluida en el Reporte del Grupo de Planeación de la Salud del Ministerio de Salud de Ontario:

La atención de contacto primario (medicina familiar) no solo incluye aquellos servicios provistos en el primer contacto entre el paciente y el profesional de la salud, sino también la responsabilidad de la promoción y el mantenimiento de la salud, así como una atención continua y completa para el individuo, incluyendo la referencia a otro nivel cuando así se requiera.

Definición de la Academia Americana de Familia compatible con la de la Asociación Médica Americana:

La Medicina Familiar es la especialidad que se construye sobre un núcleo de conocimiento derivado de otras disciplinas que proviene principalmente de la medicina interna, la pediatría la cirugía, la ginecobstetricia y la psiquiatría y que establece una unidad coherente, combinando las ciencias de la conducta con las tradicionales ciencias biológicas y clínicas. El núcleo de conocimiento abarcado por la medicina familiar prepara al médico para un papel único en el manejo de los pacientes, la solución de problemas, el consejo, y en la coordinación total de la atención para la salud.

Otras Definiciones:

El médico familiar es el profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continua a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario.

El médico familiar es un generalista con conocimientos suficientes, en tanto que acepta a toda persona que solicita atención, al contrario que otros profesionales o especialistas que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de la edad, sexo y/o diagnóstico de los pacientes.<sup>1</sup>

## Perfil del Médico Familiar

Para definir el perfil del médico familiar se consideró conveniente su clasificación según las áreas en las que desempeña su ejercicio profesional, así como los conocimientos, habilidades, actitudes, valores y actividades que debe desarrollar en cada una de ellas, las cuales son:

- 1) Asistencial
- 2) Administrativa
- 3) Educativa
- 4) De Investigación

### 1) Asistencial

**Conocimientos:** Atención primaria. Perfil epidemiológico. Los clínicos requeridos por las necesidades de atención relacionados con el perfil epidemiológico. Modelos de abordaje de la atención médica. Modelos de relación médico-paciente. Conocimientos bioéticos. De ciencias sociales. Estudio de salud familiar. De informática.

**Habilidades:** Ser efectivo y eficiente. Orientador. Relación efectiva médico-paciente-familia. Tomador de decisiones compartidas. Detección oportuna de enfermedades indiferenciadas. Usuario de modelos de abordaje de la atención médica más adecuada al problema de salud que enfrenta. Capacidad resolutoria y/o de referencia. Valorar con justicia los elementos subjetivos y objetivos durante la práctica médica. Capacidad empírica.

**Actitudes y valores:** Respeto al individuo y su contexto (cultural). Responsable. Humanista. Conciencia de sus alcances y limitaciones profesionales. Conciencia de su compromiso social. Respeto de normas éticas. Compromiso y solidaridad en el vínculo con el individuo y su familia. Compromiso de seguimiento del paciente durante su atención médica. Compasión. Sinceridad. Honestidad. Liderazgo.

**Actividades:** Atención clínica. Continua e integral y trabajo con la comunidad. Orientar a la familia. Trabajar en equipo. Prevención, curación, rehabilitación y paliación. Atención de primer contacto. Atención centrada en la persona y la familia. Tomar decisiones compartidas. Detectar oportunamente. Manejar en forma integral padecimientos agudos y/o crónicos. Utilizar modelos de abordaje de la atención médica más adecuada al problema de salud que enfrente. Atención de los pacientes en diversos escenarios.

### 2) Administrativa

**Conocimientos:** Administración de los servicios. Economía y salud. Liderazgo. Informática. Leyes y reglamentos en materia de salud.

**Habilidades:** Gestor en coordinación con el equipo de salud. Optimizador de los recursos.

**Actitudes y valores:** Servicio. Honradez. Respeto a los individuos e instituciones.

Actividades: Coordinar al equipo de salud. Optimizar recursos. Promover el desarrollo organizacional en los diversos escenarios de trabajo.

### **3) Educativa**

Conocimientos: Educación médica. Lectura crítica. Lectura de textos médicos en inglés. Informática.

Habilidades: Educación y promoción de la salud. Asesor. Evaluación de los programas educativos. Formador de nuevos recursos humanos.

Actitudes y valores: Compromiso con su desarrollo profesional. Compromiso y respeto con sus educandos.

Actividades: Educar. Promover la salud. Asesorar. Desarrollar y actualizar sus conocimientos y habilidades.

### **4) Investigación**

Conocimientos: Metodología de Investigación. Estadística. Informática.

Habilidades: Evaluación de los resultados de la investigación y su aplicación práctica.

Actitudes y valores: Ética. Rigor metodológico.

Actividades: Planear, diseñar y conducir proyectos de investigación y difundirlos en los medios existentes.<sup>4</sup>

## **MOSAMEF (MODELO SISTEMATIZADO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR)**

### **Definición**

Es un modelo de práctica médica familiar, diseñado por un grupo de profesores del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) dado a conocer en el año de 1995.

La motivación inicial para desarrollar este modelo fue presentar en forma de protocolo un esquema de atención sistemática a las familias, dirigido a los alumnos del curso semipresencial de especialización en medicina familiar en diplomado de posgrado efectuado por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la UNAM.

Hasta el año 2000 lo habían aplicado más de 100 especialistas en medicina familiar en el país. Este ensayo sobre las bases conceptuales del MOSAMEF, no pretende agotar el tema, sino servir de introducción a los principios que sustentan a la especialidad en medicina familiar.

## Fundamentos

El MOSAMEF se origina a partir de tres preguntas fundamentales: ¿Cómo llevar a la práctica los principios esenciales de la Medicina Familiar? ¿Cómo identificar las necesidades de atención a la salud de las familias? ¿Cómo verificar que la atención médica familiar produce un impacto favorable en la salud de las familias? Por lo que:

La práctica de la Medicina Familiar se fundamenta en tres elementos esenciales:

- \* El estudio de la familia
- \* La continuidad de la atención y
- \* La acción anticipatoria basada en un enfoque de riesgo.

Con base en estas premisas, las actividades que el médico familiar debe realizar requieren de una guía metodológica que propicie el diagnóstico del estado de salud de las familias que requieren sus servicios.

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

El análisis de la patología que con mayor frecuencia se presentan en las familias, constituye el perfil de morbilidad que aunado a la evaluación demográfica de las familias, facilita al médico de familia y a su equipo de trabajo el diseño y ejecución de estrategias específicamente dirigidas a la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno.

La información obtenida mediante estas actividades ofrece la oportunidad para desarrollar proyectos de investigación multidisciplinaria y permiten un uso más eficiente de los recursos para la solución de problemas de salud y el diseño de estrategias de atención específicas para un consultorio o comunidad.<sup>1</sup>

## MORBILIDAD

### VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD NACIONAL 2006

Infecciones respiratorias agudas	26,625,541
Infecciones intestinales por otros organismos	4,765,567
Infección de las vías urinarias	3,181,056
Úlceras, Gastritis, Duodenitis	1,433,592
Amibiasis intestinal	762,937
Otitis media aguda	754,742
Hipertensión arterial	515,298
Gingivitis y enfermedad periodontal	449,714
HelminCIAS	400,759
. Diabetes mellitus no insulino-dependiente	397,387
. CandiadIAS urogenital	356,491
. Varicela	325,782
. Asma y estados asmáticos	290,205
. Conjuntivitis	266,673
. Intoxicación por picadura de alacrán	247,976
. TricomonIAS urogenital	174,826
. Ascariasis	173,414
. Neumonías y bronconeumonías	172,132
. Desnutrición leve	168,463
. Otras infecciones intestinales debidas a protozoarios	146,164

Fuente: Sistema único de información para vigilancia epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/SSA

**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL ESTADO DE  
VERACRUZ 2006**

1.- Infecciones respiratorias agudas	620,166
2.- Enfermedades diarreicas	181,517
3.- Infecciones de las vías urinarias	99,415
4.- Úlceras, gastritis y duodenitis	51,802
5.- Gingivitis y enfermedad periodontal	40,976
6.- Candidiasis urogenital	23,959
7.- Ascariasis	19,071
8.- Otras helmintiasis	18,842
9.- Otitis media aguda	15,055
10.- Tricomoniasis urogenital	13,673

Fuente: Boletín epidemiológico SSA, estado 30

**VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD EN EL MUNICIPIO DE  
VERACRUZ SEMANA 42 DEL 2006**

Infecciones respiratorias agudas	63,897
Infecciones intestinales por otros organismos	19,337
Infección de las vías urinarias	12,240
Úlceras, Gastritis, Duodenitis	4,051
Dengue clásico	3,095
Hipertensión arterial	2,135
Otras helmintiasis	1,936
Asma y estados asmáticos	1,809
Otras infecciones intestinales debidas a protozoarios	1,594
. Ascariasis	1,579
. Conjuntivitis	1,538
. Otitis media aguda	1,479
. Varicela	1,330
. Amibiasis intestinal	1,328
. Gingivitis y enfermedad periodontal	1,149
. Candiadiasis urogenital	819
. Dengue hemorrágico	771
. Diabetes mellitas no insulino dependiente	709
. Quemaduras	618
. Mordeduras de perro	521

Fuente: Estado: 30 Veracruz-Jurisdicción Sanitaria 08 Veracruz-Mun: 193  
VERACRUZ

**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA  
HOSPITAL GENERAL ISSSTE DE VERACRUZ**

<b>Padecimiento</b>	<b>No. de casos</b>	<b>%</b>
Hipertensión Esencial (Primaria)	7,208	14.54
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.	2,515	5.07
Faringitis aguda no especificada.	2,237	4.51
Diabetes Mellitus no especificada, sin mención de complicación	1,951	3.93
Rinofaringitis aguda (resfriado común).	1,748	3.52
Gastritis, no especificada	1,124	2.26
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	1,099	2.21
Otras infecciones agudas de sitios múltiples de las vías respiratorias superiores.	769	1.55
Lumbago, no especificado	744	1.50
l. Parasitosis intestinal, sin otra especificación	683	1.37

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital General ISSSTE de Veracruz, Ver. 2006

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los albores del tercer milenio, en México se han alcanzado importantes avances en materia de salud y desarrollo social, pero también enfrenta serios rezagos en este campo, lo cual representa un horizonte de oportunidades en la lucha por lograr mejorar las condiciones de salud, particularmente para las mujeres y la población infantil. La mortalidad materna e infantil son dos de los indicadores más relevantes de injusticia social e inequidad de género que afectan primordialmente a las entidades federativas con menor desarrollo socioeconómico, a las comunidades rurales y a las poblaciones indígenas.

Hoy en día se estima que en nuestro país se embarazan al año alrededor de 2.5 millones de mujeres, pero aproximadamente 370 mil partos no son atendidos en instituciones de salud públicas o privadas, con las consecuentes repercusiones en la calidad de atención. Diariamente se registran en México cuatro defunciones maternas y 110 muertes de niños y niñas menores de un año de edad, la mayoría por causas prevenibles mediante una buena atención médica.

Para atender estos importantes problemas, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 establece el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida cuyo propósito es lograr una cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, así como a las niñas y niños desde antes de su nacimiento hasta los dos años de edad. Para reducir los rezagos en salud con énfasis en la mencionada población una de las estrategias sustantivas es asegurar una atención prenatal adecuada y un parto sin complicaciones así como el crecimiento y desarrollo de niñas y niños con igualdad de oportunidades, desde su nacimiento hasta los dos años de vida entre otros objetivos.<sup>7</sup>

La medicina familiar en México se ha fundamentado en tres acciones esenciales que son: El estudio de la familia y su entorno, la continuidad de la atención y la acción anticipatoria basada en un enfoque de riesgo mediante una metodología que diagnostique el estado de salud de las familias que estén bajo su cuidado.

La familia es fundamental en las sociedades de todas las partes del mundo. El macroambiente suele mejorar mediante los servicios de salud pública como lo es el suministro de agua potable, la eliminación de residuos, la higiene alimentaria, el control de plagas, etc. Pero el microambiente está controlado por los padres y depende de los valores de éstos y de su diligencia.

Identificar a las familias vulnerables, suministrar buena información en momentos de enfermedad, estar disponible en momentos de crisis, enfermedad grave, enfermedad terminal o duelo, identificar a los miembros vulnerables de la familia (paciente oculto), etc. Son algunos de los preceptos básicos del médico hacia las familias de sus pacientes.

La medicina de familia no separa la enfermedad de la persona, ni ésta del medio ambiente; reconoce que la salud y enfermedad están fuertemente conectadas con la personalidad, la forma de vida, el medio ambiente físico y las relaciones humanas. Se da cuenta de la enorme influencia que tienen las relaciones humanas en la evolución de la enfermedad y reconoce que la familia es fundamental para el desarrollo de la persona.<sup>8</sup>

La estadística nacional actual publicada por el INEGI reporta una población total de 103'263,388 de los cuales el 51.2% corresponden al sexo masculino y el 52.7% al femenino con un ritmo de crecimiento de la población de 1.0%. La esperanza de vida es de 75 años.

El Estado de Veracruz es la tercer Entidad Federativa más poblada con 7'110,214 habitantes por debajo del Estado de México que cuenta con 14 millones y el Distrito Federal con 8,700 000 habitantes. Baja California Sur es el estado con menor población de 509,000 habitantes.

En el año 2005 la distribución porcentual de los hogares de acuerdo al INEGI se reportan 24'803,625 hogares (familias) de las cuales el 62.8 son nucleares, 23.6 extensas, 8.0 no familiares, 0.5 corresidentes y 7.5 unipersonales.

En México reciben atención médica 93,471 260 personas de las cuales el 38.9% es a través de Instituciones de Seguridad Social según reporta el INEGI.<sup>14</sup>

De acuerdo a las estadísticas del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.) del año 2005 existen un total de 10'608,209 derechohabientes afiliados a nivel nacional de los cuales 2'398,308 son trabajadores 7'190,957 son familiares, 547,318 pensionistas y 471,626 son familiares de pensionistas. A nivel estatal tenemos: 104,155 trabajadores, 280,072 familiares, 22,125 pensionistas y 20,429 familiares de pensionistas para un total de 426,781 derechohabientes.

El Hospital General ISSSTE de Veracruz cuenta con una derechohabiencia total de 80,352 afiliados de los cuales son trabajadores 20,079, familiares del trabajador 52,097, pensionistas 4,251 y 3,925 familiares de pensionistas.<sup>5</sup>

En el Hospital General del ISSSTE de Veracruz, Ver., se creó en el año 2002 el Módulo Materno Infantil con la intención de mejorar la atención en este grupo de población, de la cual se desconocen las características de sus familias de lo cual es necesario conocer detalladamente su estructura, las patologías más frecuentes así como la demanda de servicios por lo que se integra el siguiente cuestionamiento:

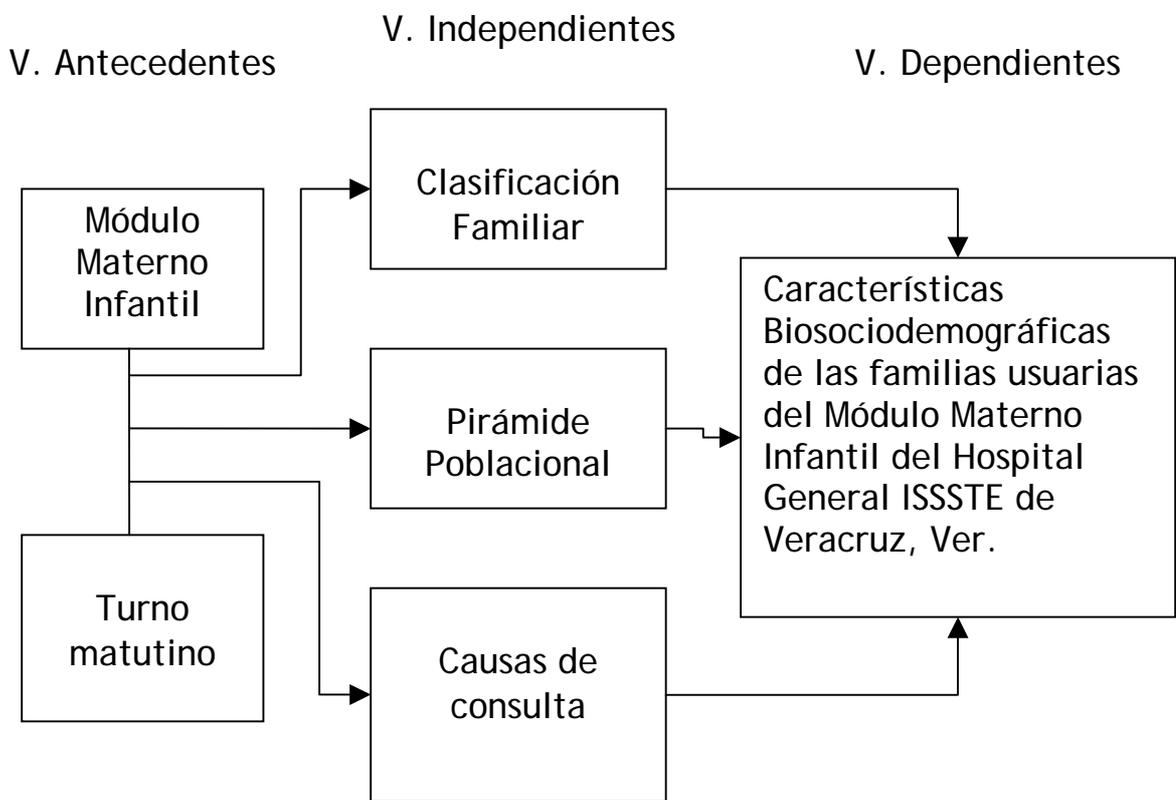
¿Cuál es el motivo de consulta más frecuente por el que se acude al Consultorio No. 8 Módulo Materno Infantil?

¿Cuáles son las características biosocioeconómicas de las familias que acuden al Módulo Materno Infantil?

## Modelo conceptual

En el Módulo Materno Infantil del turno matutino del hospital General ISSSTE de Veracruz, Ver; (variables Antecedentes), se realizará la Clasificación Familiar utilizando para ello la Cédula Básica de Identificación Familiar, de donde obtendremos las características socioeconómicas y biológicas de las familias asignadas; Se realizará La Pirámide Poblacional por edad y sexo, basándonos en el formato SM1-10 (Informe diario de Labores del Médico) y también se obtendrán las causas más frecuentes de consulta basándonos en el mismo formato (Variables Independientes)

Con lo anterior sabremos las características sociales, económicas y biológicas, además de las causas de consultas más frecuentes entre la población de acuerdo a sexo y edad (Variable Dependiente), de las familias usuaria Módulo Materno Infantil del Hospital General ISSSTE de Veracruz, Ver.



## JUSTIFICACIÓN

La administración pública federal, a través del Programa Nacional de Salud 2001-2006 contiene uno de los programas prioritarios que es el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida el cual plantea la necesidad de aumentar la información y el acceso a los servicios de salud de calidad a la población femenina e infantil menor de dos años, para reducir los rezagos de salud que afectan a estos grupos de la población, así como la de la suma de esfuerzos de todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, de las instituciones del sector privado, y de manera particular de las organizaciones no gubernamentales es fundamental para alcanzar los objetivos y metas en beneficio de la población mexicana.<sup>7</sup>

Los estándares de calidad en nuestro país son monitoreados por la Cruzada Nacional de Calidad en forma periódica en el primer nivel de atención el cual es el marco ideal para el impulso y desarrollo de programas preventivos y de promoción a la salud por ser un nivel de acceso directo de la población con su médico familiar. Para lograr estos propósitos el médico familiar debe conocer con detalle la estructura de las familias, las características de la pirámide poblacional y las patologías más frecuentes atendidas en su consultorio.<sup>1,10</sup>

No se puede concebir una planificación de servicios en medicina familiar sin disponer de datos acerca de las necesidades y expectativas de la población atendida, de las características de los recursos disponibles o de la efectividad y el costo de los procesos. Los servicios sanitarios deben adecuarse a las expectativas y necesidades de la población.

El incremento de la calidad de vida de los miembros de las familias, la disminución de los costos de atención, el desarrollo de nuevas actitudes y destrezas por parte del equipo médico familiar incluyendo enfermería, trabajo social, nutriólogos, etc., pero sobre todo un nuevo tipo de relación médico-paciente son parte de los múltiples beneficios que pueden obtenerse a través de la promoción de la salud durante el ejercicio médico familiar como parte de una asistencia integral de calidad.

El conocimiento de las características de la pirámide poblacional que conforman las patologías más frecuentemente tratadas así como la demanda de servicios que se ejerce en su consultorio, tendrá un impacto positivo en la salud familiar de su población y del sistema de salud del país.

Al identificar concretamente las características biosocioeconómicas y estructurales de las familias que acuden al consultorio del médico familiar, se tiene la posibilidad de implementar medidas más eficaces de prevención de enfermedades y promoción de la salud, lo que hará efectivas las premisas de {Estudio de la familia-Continuidad de la atención-y acción Anticipatoria} para llegar a realizar diagnósticos precoces en las diversas patologías, así como eficientes cuidados en la salud de las familias.<sup>1</sup> Por lo tanto la información obtenida mediante el estudio y análisis de las familias y en consecuencia de la población usuaria, propiciará el desarrollo de un diagnóstico situacional del mismo así como la planeación de estrategias dirigidas a mejorar la atención que se otorga.<sup>1</sup>

## OBJETIVOS

General.- Conocer las características biosociodemográficas de las familias usuarias del Módulo Materno Infantil del turno matutino del Hospital General ISSSTE de Veracruz, Ver.

Específicos.- Conocer la pirámide poblacional del Hospital General ISSSTE de Veracruz, Ver.

Identificar las 10 principales causas de consulta del Módulo Materno Infantil del turno matutino.

Clasificar a las familias que acuden al Módulo.

## METODOLOGÍA

Tipo de estudio:

De acuerdo a la clasificación de Méndez y Cols. este estudio se clasifica de la siguiente manera:

- Observacional
- Descriptivo
- Ambispectivo
- Transversal

### **Población, Lugar y Tiempo**

Para la pirámide poblacional se utilizaron las tarjetas VD-1 (Tarjeta de registro del trabajador y familiares vigentes) del departamento de Vigencia de Derechos de la Unidad (Anexo 1)

Para determinar las principales causas de consulta se utilizaron formatos SM1-10 (Informe diario de labores del Médico) (Anexo 2)

Para conocer las características socioeconómicas de las familias se utilizaron las cédulas básicas de identificación familiar del MOSAMEF (Anexo 3)

Este estudio se llevó a cabo en el Módulo materno Infantil del Hospital General ISSSTE de Veracruz, Ver. Turno matutino.

El tiempo en el que se realizó este trabajo fué de junio a septiembre del 2006.

### **Tipo y Tamaño de la Muestra**

Tipo de muestra: Se empleó un muestreo no aleatorio, secuencial y por cuotas.

Secuencial: Se incluyeron todos los formatos SM1-10 existentes de enero a junio del 2006.

Por cuotas: Se encuestaron un total de 50 familias usuarias del Módulo.

Para la pirámide poblacional no se utilizó muestreo ya que se incluyeron todas las tarjetas VD-1 de los pacientes adscritos al Hospital General ISSSTE de Veracruz, Ver.

### **Material y Recursos**

Recursos Humanos. Un Médico Familiar, un capturista de datos (encargado de calcular porcentajes y gráficos).

Recursos Materiales. Una computadora portátil que incluye un software e impresora, una memoria USB de 128 MB (Respaldo) y material diverso de oficina como: lápiz, bolígrafo, goma, hojas blancas.

Otros Recursos. Un consultorio que incluye mobiliario propio, una sala de espera que corresponde a la Institución de salud.

Recursos Financieros. Los requeridos para llevar a cabo la investigación que corren por cuenta del investigador.

### **Criterios de selección**

Criterios de inclusión

- Hojas de registro diario del médico pertenecientes al Módulo Materno Infantil del Hospital General ISSSTE de Veracruz, Ver., turno matutino.
- Tarjetas VD-1 de pacientes adscritos al Hospital General ISSSTE de Veracruz, Ver.
- Familias derechohabientes del Hospital General ISSSTE de Veracruz, Ver., que acuden al Módulo Materno Infantil del turno matutino.

Criterios de exclusión

- Hojas de registro diario del médico pertenecientes a otro consultorio.

Criterios de eliminación

- Hojas de registro diario del médico ilegibles.
- Tarjetas VD-1 con datos incompletos
- Familias con encuestas incompletas.

## Variables a estudiar

VARIABLE Y DEFINICIÓN CONCEPTUAL	OPERACIONALIZACION	NIVEL DE MEDICION
Estado civil: Situación de las personas determinada por ciertos aspectos de situación familiar desde el punto de vista del registro civil.	Casados: Miembros del hogar que contrajeron matrimonio (religioso, civil o ambos) que conviven en pareja o en unión libre (INEGI)  Unión Libre: Vida en pareja, en común, sin estar casados. Otro	Nominal: Lo que se mide es colocado en una u otra categoría; ninguna de las categorías tiene mayor jerarquía que la otra, las características únicamente reflejan diferencias en la variable. No hay orden de mayor a menor.
Años de unión conyugal: Vida en pareja, en común, casados o no.	Tiempo de unión expresada en años	Intervalar: Escala de medición que refleja operaciones que definen Una unidad de medición: mayor, igual o menor.
Escolaridad de los integrantes de la familia. Escolaridad: tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Postgrado	Ordinal: Escala de medición que contiene reglas para decidir si un objeto es diferente a otro, si es mayor o menor con respecto a un atributo determinado.
Edad del padre. Edad: tiempo que una persona ha vivido. Padre: Hombre respecto de sus hijos.	Edad del padre expresada en años	Intervalar
Edad de la madre. Madre: Hembra respecto a su hijo o hijos. Mujer que ha parido.	Edad de la madre expresada en años	Intervalar: Escala de medición en la que existe un orden natural en sus valores y es posible cuantificar la diferencia entre dos valores. Generalmente los valores tienen unidad de medida.
Clasificación de la familia con base en el parentesco Parentesco: Relación recíproca entre las personas de la consanguinidad, afinidad o adopción.	Nuclear: Hombre y mujer sin hijos.  Nuclear Simple: Padre y madre con 1 a 3 hijos. Nuclear Numerosa: Padre y madre con 4 hijos o más.  Reconstruida Binuclear: Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior. Monoparental: Padre o madre con hijos.  Monoparental extendida: Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco.	Nominal

	<p>Monoparental extendida compuesta: Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.</p> <p>No Parental: Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familias sin la presencia de los padres.</p>	
Clasificación de la familia sin parentesco	<p>Monoparental extendida sin parentesco: Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco.</p> <p>Grupos similares a familia: Personas sin vínculos de parentesco que realizan funciones o roles familiares.</p>	Nominal
Con base en la presencia física y convivencia	<p>Núcleo integrado: Presencia de ambos padres en el hogar.</p> <p>Núcleo no integrado: No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar.</p> <p>Extensa ascendente: Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres</p> <p>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.</p>	Nominal
Estilo de vida originados por cambios sociales	<p>Persona que vive sola: Sin familiar alguno, independientemente de su estado civil o etapa del ciclo de vida.</p> <p>Parejas homosexuales sin hijos: Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal sin hijos.</p> <p>Pareja homosexuales con hijos adoptivos: Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos.</p> <p>Familia grupal: Unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del</p>	Nominal

	<p>grupo.</p> <p>Familia comunal: Conjunto de parejas monógamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente, compartiendo todo, excepto las relaciones sexuales.</p> <p>Poligamia: Tipo de relación amorosa y sexual entre más de dos personas, por un período significativo de tiempo, o por toda la vida.</p>	
<p>Con base en sus medios de subsistencia. Se clasifica de acuerdo al origen de los recursos de subsistencia aportados por el jefe de la familia .</p>	<p>Agrícolas o pecuarias Industrial Comercial Servicios</p>	Nominal
<p>Con base en su nivel económico (pobreza familiar)*</p>	<p>Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 No se le considera pobre</p>	Ordinal
<p>Etapa del ciclo de vida familiar</p>	<p>Matrimonio Expansión Dispersión Independencia Retiro y muerte</p>	Ordinal
<p>Pirámide Poblacional por grupos de edad</p>	<p>Menores de 1 año De 1 a 4 años De 5 a 9 años De 10 a 14 años De 15 a 19 años De 20 a 24 años De 25 a 29 años De 30 a 34 años De 35 a 39 años De 40 a 44 años De 45 a 39 años De 40 a 44 años De 45 a 49 años De 50 a 54 años De 55 a 59 años De 60 a 64 años De 65 a 69 años De 70 a 74 años De 75 y más...</p>	Ordinal
<p>Pirámide poblacional por sexo</p>	<p>Masculino Femenino</p>	Nominal
<p>Principales causas de consulta</p>	<p>Diagnósticos anotados en el formato SM-1-10</p>	Nominal

## **Procedimiento para recabar la información**

Para la pirámide poblacional: se solicitó al Jefe del Departamento de Vigencia de Derechos del Hospital General ISSSTE de Veracruz la revisión de todas las tarjetas VD-1 de la población adscrita.

Para las principales causas de consulta se revisaron todos los formatos SM1-10 (Informe diario de labores del Médico) existentes de enero a junio del 2006 que correspondan al Módulo Materno Infantil, del Departamento de Estadística del Hospital General ISSSTE de Veracruz, Ver., del turno matutino.

Para determinar las características familiares se encuestaron 50 familias usuarias del Módulo Materno Infantil del turno matutino aplicando la cédula básica de identificación familiar en forma verbal, dirigida y personalizada en el Módulo Materno Infantil y durante la consulta médica del paciente durante un tiempo aproximado de un mes.

## **Consideraciones éticas:**

De acuerdo a la declaración de Helsinki <sup>13</sup>, al comunicado de la Secretaría de Salud de nuestro país <sup>4</sup> y al Código de Bioética del ISSSTE <sup>5</sup>, esta investigación no implica riesgo físico o psicológico para los pacientes, por lo que solo se solicitará su consentimiento verbal para participar en el estudio.

De acuerdo a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial<sup>12</sup> enmendada por la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000 declara:

Artículo 10.- En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

Artículo 11.- La investigación médica en seres humanos debe ser conforme con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

Artículo 13.- El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental. Este debe enviarse para consideración, comentario, consejo y cuando sea oportuno, aprobación a un comité de valuación ética especialmente designado, que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida.

Artículo 14.- El protocolo de investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso, y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.

Artículo 28.- El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico.

La Ley General de Salud, en el Título Quinto, Capítulo Único, Artículo 100 menciona: La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I.- Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

II.- Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.

III.- Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.

IV.- Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

V.- Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

La Comisión Nacional de Bioética <sup>13</sup> en su Código de Bioética para el Personal de Salud 2002 en su Capítulo VII dice:

Artículo 40.- El beneficio que los pacientes y la comunidad obtienen de las actividades médicas se basa en el progreso de las ciencias de la salud que se fundamenta en la investigación. Participar en las investigaciones es una obligación moral del personal de salud, fuente de su propio desarrollo.

Artículo 41.- Las investigaciones básicas, clínicas u operacionales en las que interviene el equipo de salud deben apegarse a la legislación sanitaria y ser aprobadas por los Comités creados ex profeso en las instituciones donde laboran, previo análisis de los protocolos diseñados por los participantes en el estudio.

Artículo 42.- Los investigadores recabarán el consentimiento informado, por escrito, de las personas sujetas a investigación o en su caso, de sus apoderados o tutores. El consentimiento se obtendrá con la clara descripción del estudio, de sus riesgos, beneficios y el planteamiento del derecho del paciente a retirarse de la investigación cuando así lo desee, sin que ello afecte en modo alguno su ulterior atención médica.

## **RESULTADOS**

### **TABLAS Y GRÁFICAS**

**PIRÁMIDE POBLACIONAL DERECHOHABIENTE DE MEDICINA FAMILIAR  
CLASIFICADOS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO  
HOSPITAL GENERAL ISSSTE DE VERACRUZ, VER.**

**GRÁFICA N° 1**



Fuente: Departamento de vigencia de derechos del Hospital General ISSSTE de Veracruz, Ver. 2005

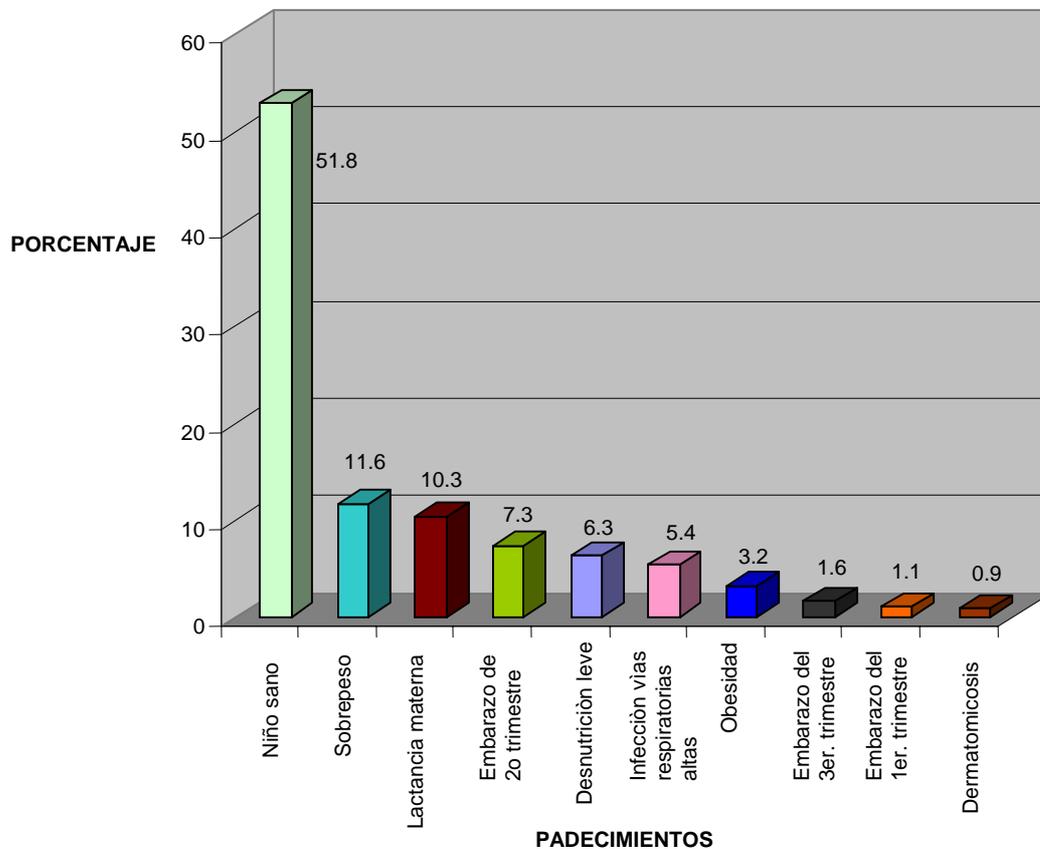
**MOTIVOS DE CONSULTA MÁS FRECUENTE EN EL MÓDULO MATERNO INFANTIL, TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL GENERAL ISSSTE DE VERACRUZ, VER.**

**TABLA N° 1**

PADECIMIENTOS	%
Niño sano	51.8
Sobrepeso	11.6
Lactancia materna	10.3
Embarazo de 2o trimestre	7.3
Desnutrición leve	6.3
Infección vías respiratorias altas	5.4
Obesidad	3.2
Embarazo del 3er. trimestre	1.6
Embarazo del 1er. Trimestre	1.1
Dermatomicosis	0.9

**GRÁFICA N° 2**

**PADECIMIENTOS MÁS FRECUENTES DE ENERO A JUNIO DEL 2006**



Fuente: Formato SM 1-10 (Informe diario de labores del médico)

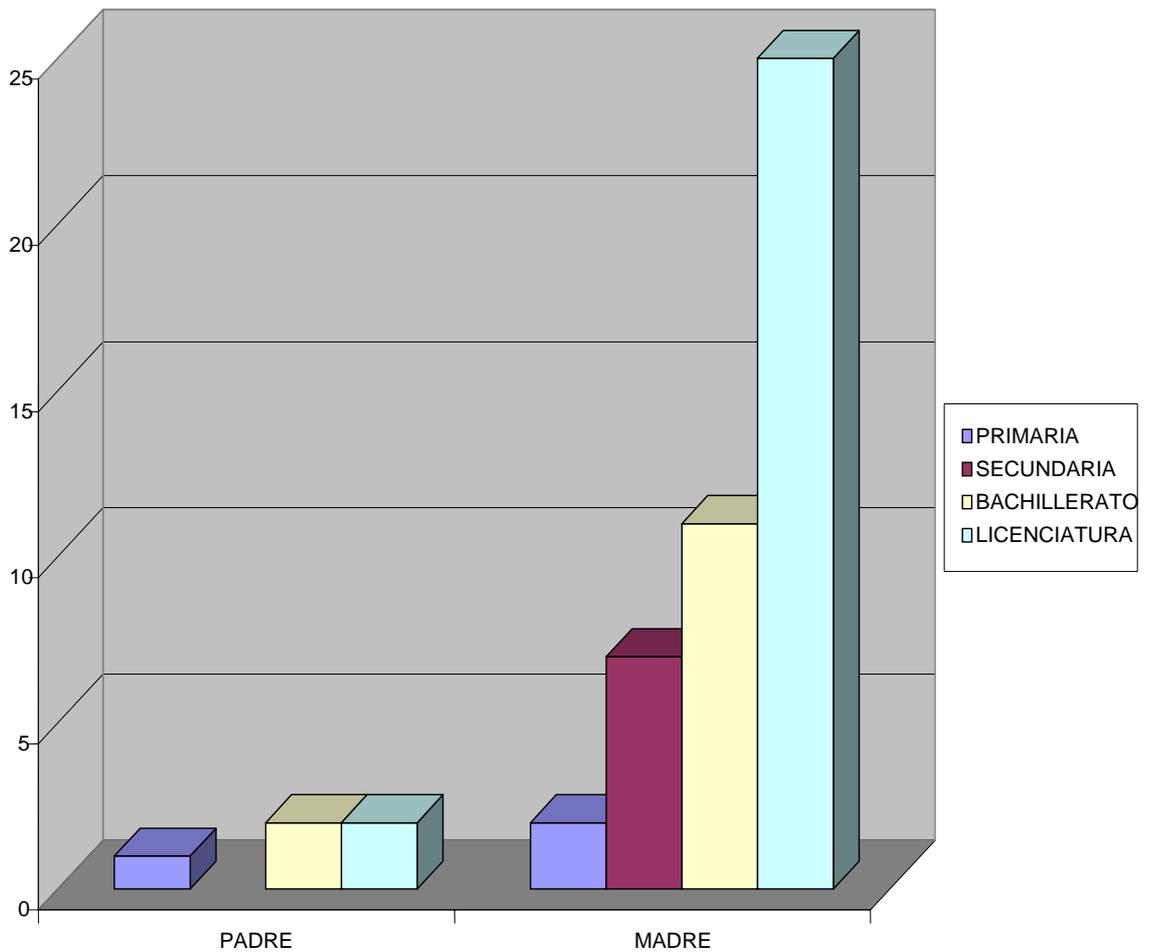
**ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA QUE ACUDEN AL MÓDULO  
MATERNO INFANTIL, TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL GENERAL  
ISSSTE DE VERACRUZ, VER.**

**TABLA N° 2**

ESCOLARIDAD	PADRE	MADRE	TOTAL
PRIMARIA	1	2	3
SECUNDARIA		7	7
BACHILLERATO	2	11	13
LICENCIATURA	2	25	27
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>45</b>	<b>50</b>

**ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA**

**GRÁFICA N° 3**



Fuente: Cédula Básica de Identificación Familiar

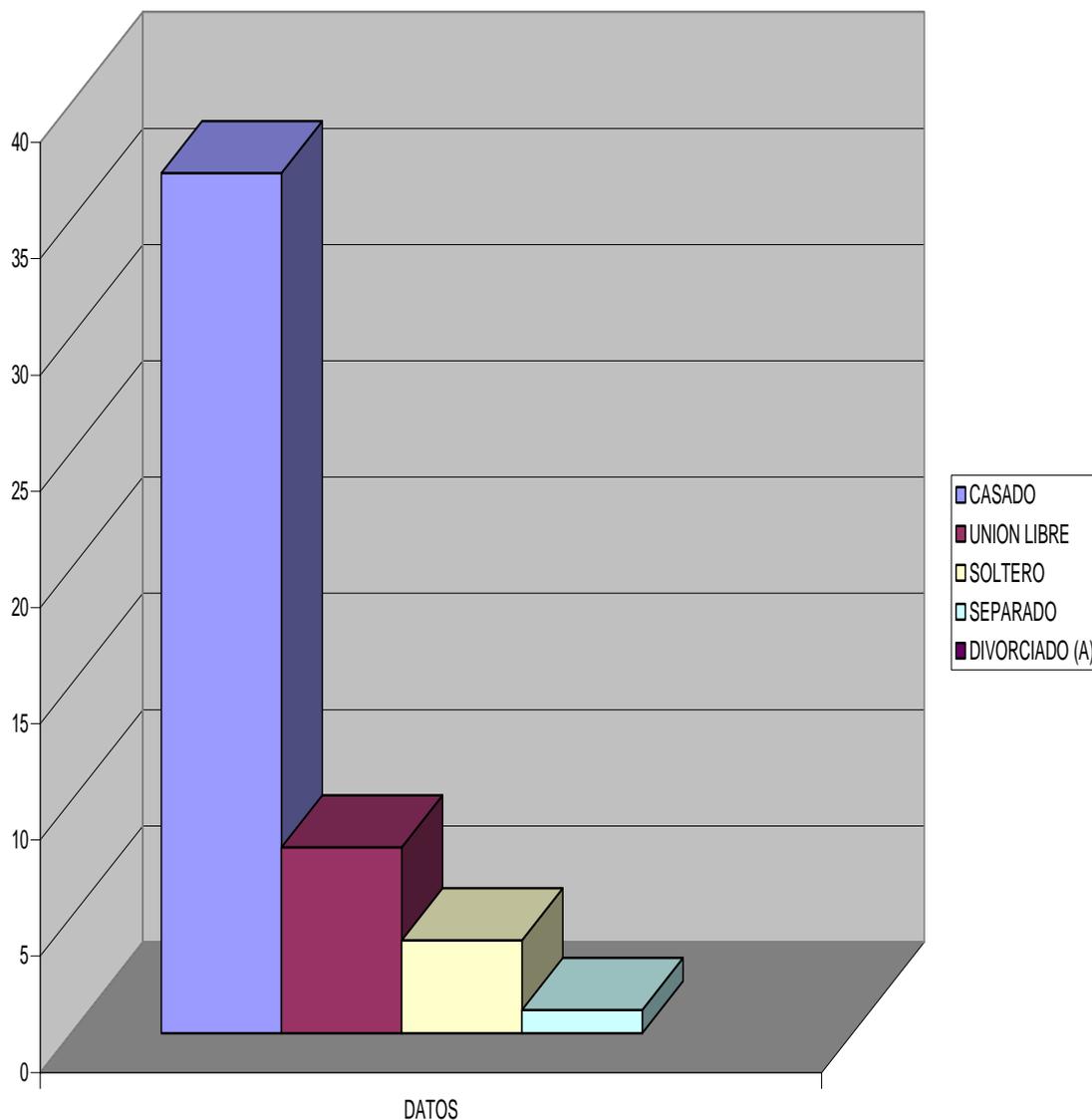
**ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DE FAMILIA QUE ACUDEN AL MÓDULO  
MATERNO INFANTIL, TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL GENERAL  
ISSSTE DE VERACRUZ, VER.**

**TABLA N° 3**

ESTADO CIVIL	DATOS	%
CASADO	37	74
UNION LIBRE	8	16
SOLTERO	4	8
SEPARADO	1	2
DIVORCIADO (A)		
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DE FAMILIA**

**GRÁFICA N° 4**



Fuente: Cédula Básica de Identificación Familiar

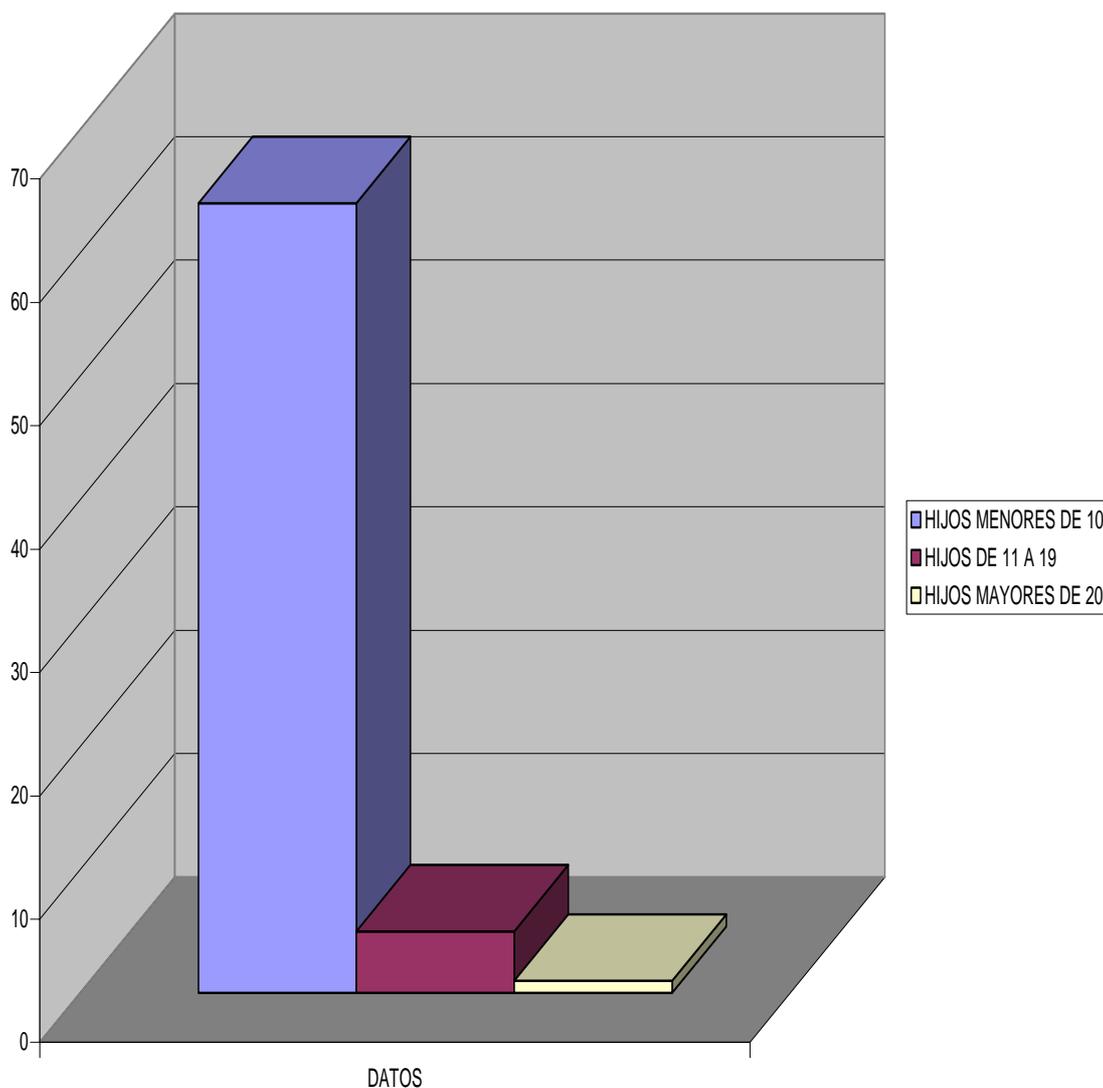
**NÚMERO DE HIJOS DE LAS FAMILIAS QUE ACUDEN AL MÓDULO MATERNO INFANTIL DEL TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL GENERAL ISSSTE DE VERACRUZ, VER.**

**TABLA N° 4**

DATOS FAMILIARES	DATOS
HIJOS MENORES DE 10	64
HIJOS DE 11 A 19	5
HIJOS MAYORES DE 20	1
TOTAL	70

**NÚMERO DE HIJOS DE LAS FAMILIAS**

**GRÁFICA N° 5**



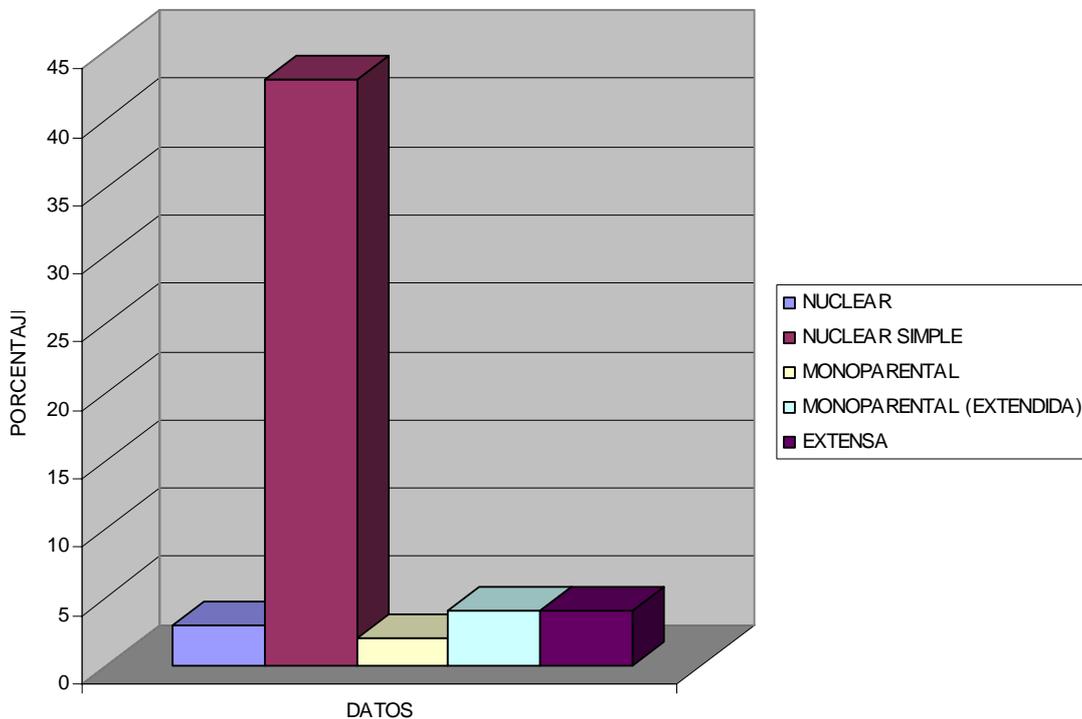
Fuente: Cédula Básica de Identificación Familiar

**TIPO DE FAMILIA POR PARENTESCO DE LAS FAMILIAS QUE ACUDEN AL MÓDULO MATERNO INFANTIL DEL TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL GENERAL ISSSTE DE VERACRUZ, VER.**

**TABLA N° 5**

PARENTESCO	DATOS	%
NUCLEAR	2	4
NUCLEAR SIMPLE	41	82
NUCLEAR NUMEROSA		
RECONSTRUIDA (BINUCLEAR)		
MONOPARENTAL	1	2
MONOPARENTAL (EXTENDIDA)	3	6
EXTENSA	3	6
EXTENSA COMPUESTA		
NO PARENTAL		
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**TIPO DE FAMILIA POR PARENTESCO  
GRAFICA N° 6**



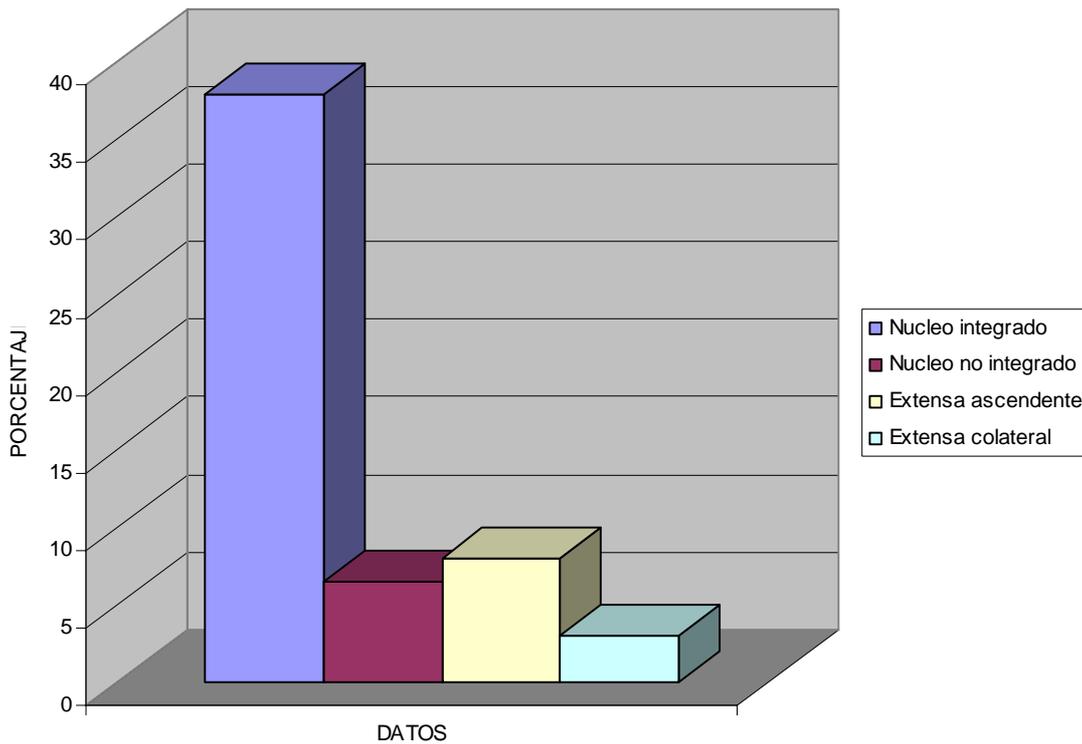
Fuente: Cédula Básica de Identificación Familia

**TIPO DE FAMILIA CON BASE EN LA PRESENCIA FÍSICA Y CONVIVENCIA DE LAS FAMILIAS QUE ACUDEN AL MÓDULO MATERNO INFANTIL DEL TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL GENERAL ISSSTE DE VERACRUZ, VER.**

**TABLA N° 6**

<b>CON BASE EN LA PRESENCIA FISICA Y CONVIVENCIA</b>	<b>DATOS</b>	<b>%</b>
Núcleo integrado	37	74
Núcleo no integrado	5	10
Extensa ascendente	7	14
Extensa descendente		
Extensa colateral	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**TIPO DE FAMILIA POR PRESENCIA FÍSICA Y CONVIVENCIA  
GRÁFICA N° 7**



Fuente: Cédula Básica de Identificación Familiar

**TIPO DE FAMILIA CON BASE A SUS MEDIOS DE SUBSISTENCIA QUE ACUDEN AL MÓDULO MATERNO INFANTIL DEL TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL GENERAL ISSSTE DE VERACRUZ, VER.**

**TABLA N° 7**

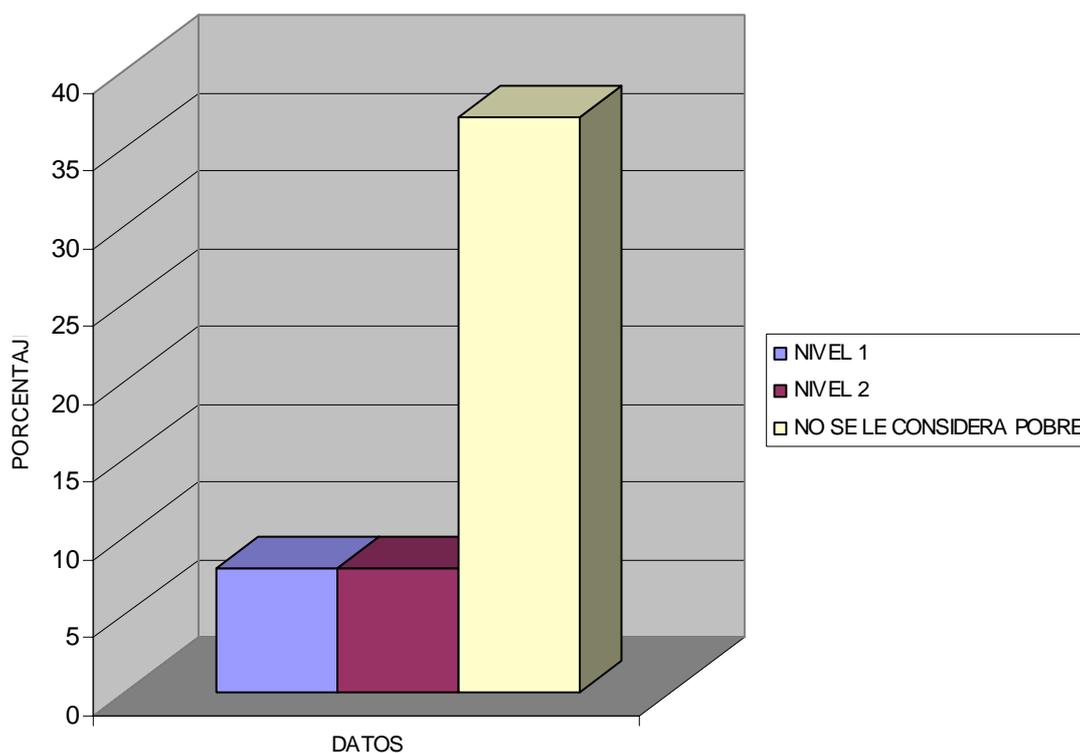
<b>CON BASE EN SUS MEDIOS DE SUBSISTENCIA</b>	<b>DATOS</b>	<b>%</b>
<b>AGRICOLA O PECUARIAS</b>		
<b>INDUSTRIAL</b>		
<b>COMERCIAL</b>		
<b>SERVICIOS</b>	50	100
<b>TOTAL</b>	50	100

**TIPO DE FAMILIA CON BASE EN SU NIVEL ECONÓMICO DE LAS FAMILIAS QUE ACUDEN AL MÓDULO MATERNO INFANTIL DEL TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL GENERAL ISSSTE DE VERACRUZ, VER.**

**TABLA N° 8**

CON BASE EN SU NIVEL ECONÓMICO	DATOS	%
NIVEL 1	7	14
NIVEL 2	7	14
NIVEL 3		
NO SE LE CONSIDERA POBRE	36	72
TOTAL	50	100

**TIPO DE FAMILIA CON BASE EN SU NIVEL ECONÓMICO  
GRÁFICA N° 8**



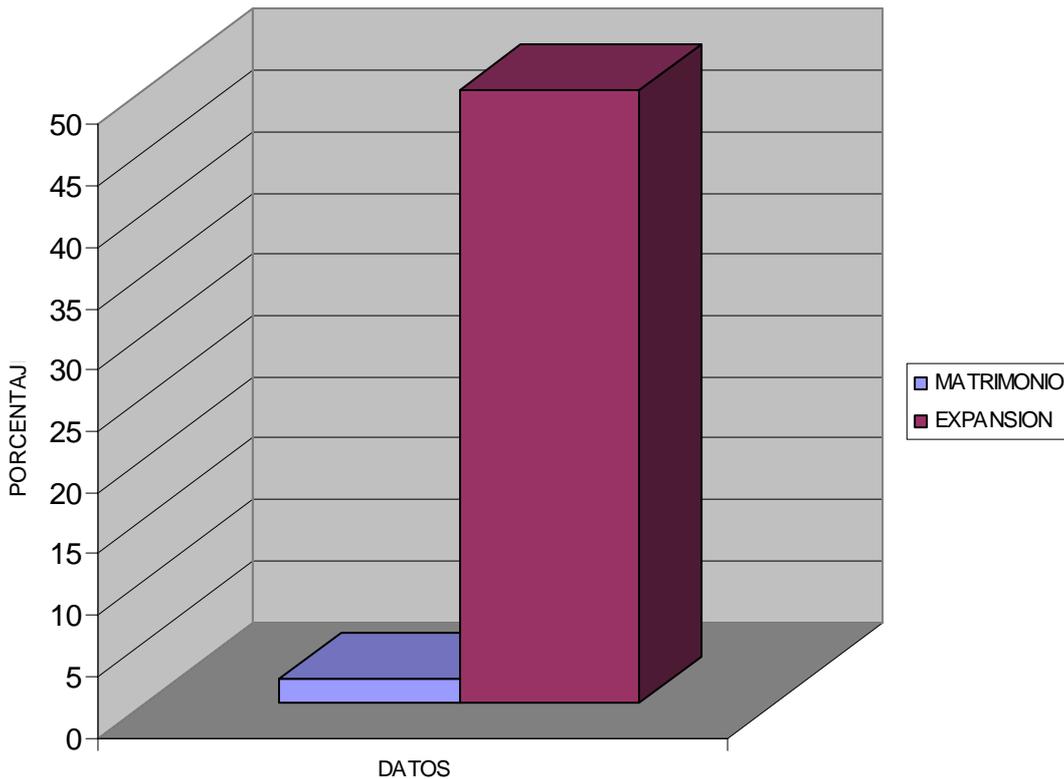
Fuente: Cédula de Identificación Familiar

**ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR DE LAS FAMILIAS QUE ACUDEN AL  
MÓDULO MATERNO INFANTIL DEL TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL  
GENERAL ISSSTE DE VERACRUZ, VER.**

**TABLA N° 9**

ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR	DATOS	%
MATRIMONIO	1	2
EXPANSION	49	98
DISPERSION		
INDEPENDENCIA		
RETIRO Y MUERTE		
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR  
GRÁFICA N° 9**



Fuente: Cédula de Identificación Familiar

## DISCUSIÓN

Este estudio se realizó en el Hospital General del ISSSTE de Veracruz, Ver., en el consultorio No. 8 Módulo Materno Infantil en el turno matutino de enero a junio del año 2006, el cual no cuenta con población cautiva.

La pirámide poblacional de Hospital General del ISSSTE en el año 2005 contempla una población total de 41,802 derechohabientes registrados. El 62.13% la representan los adultos, el 21.27% la tercera edad o adulto mayor y solo el 15.86% esta representada por la población infantil, y de ésta el 3.06% son menores de 5 años. (Gráfica 1). Es importante mencionar que esta población tiene características demográficas exclusivas ya que representan un sector muy particular de la sociedad en global ya que a diferencia de la de otras instituciones son cautivas del sector gubernamental.

Se otorgaron un total de 964 consultas a grupo de población que comprende niños menores de 5 años, niños mayores de 5 años y adolescentes hasta 19 años de edad, embarazadas del primer, segundo y tercer trimestre y madres en lactancia materna hasta los 6 meses.

Según datos proporcionados por el Sistema de Información en Salud (SIS) 2005 de la Secretaría de Salud se otorgaron a nivel nacional un total de 5,090.080 consultas a embarazadas de las cuales correspondieron al estado de Veracruz el 7.56% o sea 385,089 consultas del 1er., segundo y 3er. trimestres, porcentaje muy similar al atendido en el Módulo que correspondió al 10.15%.<sup>16</sup>

En cuanto a la atención del niño sano se totalizaron 7'610,519 consultas a menor de 5 años a nivel nacional de las cuales 498,584 fueron en nuestro estado correspondiendo al 6.55% contrastando con el porcentaje atendido en el Módulo que fue del 51.86%; ésta diferencia porcentual quizá se deba a que la mayor parte de la población que atiende es a niños y niñas menores de cinco años.<sup>19</sup>

De las demás cifras nacionales encontramos que se otorgaron 3'233,617 consultas a niño con desnutrición, 220,262 correspondieron al estado de Veracruz (6.81%) porcentaje semejante al arrojado en el Módulo de 6.32%.

De los 10 motivos de consulta tanto de primera vez como subsecuentes, sobresalieron los niños menores de cinco años sanos y con sobrepeso, en seguida las madres en control de lactancia materna y de embarazo del 2° trimestre. De ahí el niño desnutrido leve seguido de las infecciones de vías respiratorias altas tanto en niños, adolescentes y madres y niños con obesidad. Por último madres en control prenatal del 3er. y 1er. trimestre y las dermatomicosis como complicaciones de las dermatitis por pañal en lactantes menores y mayores. Tabla 1 gráfica 2

En cuanto a las familias encuestadas, referente a la escolaridad de los padres, predominaron las madres de familia con nivel de licenciatura por lo que en este sector de población (derechohabiente) el sexo femenino supera en este rubro al masculino quizá debido a su mayor participación en el medio de subsistencia (servicios). Tabla 2 gráfica 3

Con respecto al estado civil, la mayoría de los encuestados resulto casado y la minoría separados, lo que confirma que existe unidad familiar. Tabla 3 gráfica 4

En cuanto al número de hijos por intervalo de edades prevaleció el grupo de menores de 10 años, esto debido al predominio de la fase procreativa de la etapa de expansión del ciclo de vida de las familias que se atienden en el Módulo. Tabla 4 gráfica 5

Los tipos de familias por parentesco, la nuclear simple fue la más frecuente y la monoparental la de menor frecuencia con una notable diferencia respecto al censo de población y vivienda 2005 del INEGI en el estado de Veracruz que muestra un 65.4% de familias nucleares y un 35% de familias extensas.<sup>16</sup> Tabla 5 gráfica 6

La mayor parte de las familias encuestadas fueron con núcleo integrado y la menor fue la extensa colateral. Tabla 6 gráfica 7

Con base a sus medios de subsistencia el 100% fue a través de servicios, ( Tabla 7) por lo que la mayoría de estas familias no se les considero pobres, es decir; cuentan con ingresos suficientes para cubrir el valor de la canasta básica, vestido, calzado, vivienda, transporte, servicios esparcimiento y turismo. Tabla 8 gráfica 8

La etapa de expansión fue la más referida dentro del ciclo vital familiar. Tabla 9 gráfica 9

La familia en sí puede ser una unidad para transmitir enfermedades debido a la proximidad física y factores hereditarios y ha sido motivo de estudio en diversas disciplinas en forma científica y sistemáticamente debido a que se le ha dado un enfoque ecológico al proceso salud-enfermedad dejando de ser analizado al individuo como un ente exclusivamente biológico cobrando interés los factores sociales, psicológicos y culturales que se generan en el núcleo familiar y pueden afectar la misma salud del individuo.

Existen cuatro fases de la enfermedad estrechamente vinculadas con la dinámica individual, familiar y del propio padecimiento:

\* Aparición aguda o gradual

\* Evolución progresiva, constante o episódica

\* Desenlace prematuro, de pronóstico fatal o sorpresivo

\*Posibilidad de incapacitar cognoscitiva, cinética y sensorialmente, así como de ocasionar pérdida de energía, imagen y control corporal, de identidad personal y de relaciones íntimas.<sup>3</sup>

## PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA

### NIÑO SANO

**La atención al niño sano fue la causa más frecuente de consulta tanto de primera vez como subsecuente en el Módulo Materno Infantil en el turno matutino del Hospital General ISSSTE de Veracruz, Ver., con 500 consultas y que corresponden al 51.86%.**

Se entiende por Niño a todo ser humano (individualizado) menor de 18 años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) precisa que “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”.

En la actualidad, el estado de salud se estima como un proceso (fenómeno en el tiempo) inestable, definido culturalmente por la percepción de “sentirse bien” según su cultura y por fenómenos medibles correspondientes a grados máximos de crecimiento y desarrollo en aspectos psicológicos (por ejemplo coeficiente intelectual), biológicos (talla y peso) y sociales (relación social) que ocurren en un individuo, familia o comunidad, clase social o nación, determinados por la ubicación de la estructura económicosocial, el ambiente físico y la interrelación armónica biopsicosocial para adoptar una posición activa de lucha y hacer más estable el proceso.

### NIÑO CON SOBREPESO Y OBESIDAD

**Los niños con sobrepeso fue la segunda causa con 112 consultas que representaron el 11.61% mientras que la obesidad ocupó el séptimo sitio como causa con 31 consultas y fue solo el 3.21%.**

**Concepto.-** Se habla de obesidad cuando el individuo sobrepasa por mucho el promedio del peso que le corresponde para su edad cronológica; pero la obesidad más bien va en función del contenido de grasa de los adipositos, más que todo por multiplicación que por tamaño de las células adiposas. Así un muchacho con vida sedentaria tendrá el peso normal o ligeramente alto, pero mayor cantidad de grasa corporal, y será obeso, y otro que realice mayor actividad atlética tendrá más músculo, pesará más del promedio y no será obeso. Se acepta que un 20% más del peso para la talla sea considerado como obesidad, pero para ello, también hay que considerar la edad (un niño menor de 7 años con más de 10% puede ser obeso, y uno mayor de 12 años puede no ser obeso).

Aunque la obesidad en el niño no trae cambios biológicos importantes diferentes a los niños no obesos, su repercusión en el área psíquica y social puede ser tan trascendente que lo conduzca a limitaciones en su personalidad.

El clínico tiene que orientarse para determinar la etiología, la cual necesariamente involucra a los factores de riesgo: agente, huésped y ambiente. La obesidad la mayoría de las veces es determinada por ingesta mayor de nutrientes, principalmente hidratos de carbono en nuestro medio que casi siempre va ligada a poca actividad física; trastornos metabólicos o patologías asociadas.

## Período Prepatogénico

**Agente.-** El alimento es indispensable para la vida, pero cuando se ingiere en cantidad superior a la necesaria, sobre todo en carbohidratos se almacenará en forma de grasa.

**Huésped.-** Gran parte de ellos tienen un biotipo característico no solo en el acúmulo de grasa, sino en huesos largos y anchos, talla alta, menarca temprana, etc. La participación hereditaria no se ha podido determinar con exactitud.

**Ambiente.-** Se comprende que a mejor estrato socioeconómico hay mayor disponibilidad de alimentos y más obesidad. Los hábitos y costumbres de comer entre alimentos, el exceso de alimentos en la mesa aunado al patrón cultural de que gordura es sinónimo de salud origina el ambiente propicio para caer primero en sobrepeso y después en obesidad.

**Prevención primaria.-** Esta enfocada a la promoción de la salud. Toda comunidad debe comprender que la alimentación adecuada y la actividad física son dos condiciones necesarias para mantener un índice saludable y que esto preservará de múltiples enfermedades.

La protección específica se debe llevar a cabo en la madre embarazada, durante el último trimestre no debe aumentar mucho de peso ya que esto repercutirá en la carga de adipositos del recién nacido.

## Período Patogénico

En la etapa subclínica se consideran varios factores: En el área ventromedial los centros del hambre y saciedad trabajan en armonía, pero por causas antes señaladas se rompe el equilibrio. Los adipositos se multiplican según sea mayor la ingesta de alimento en varias etapas de la vida. El obeso cursa con hiperinsulinismo. La hormona de crecimiento esta disminuida en el obeso y las calorías que se obtienen de los alimentos proporcionan la energía necesaria para que se lleve a cabo el metabolismo basal y la actividad física, de tal suerte que el depósito o utilización de grasa corporal depende del balance entre ingesta total de calorías y la cantidad gastada.

En la etapa clínica se presentan el aumento paulatino de peso rebasando los límites estéticos y es cuando llega al médico. A la exploración física nos denota un escolar rubicundo, con sobrepeso variable, tejido graso aumentado y distribuido uniforme, tejidos firmes, huesos anchos, frecuentemente inhibido, frustrado e inadaptado con bajo rendimiento escolar y deportivo. Con los datos mencionados, la positividad de ingesta exagerada y poca actividad física el diagnóstico es obvio.

**Prevención secundaria.-** El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno. Antes de iniciar el manejo es pertinente hacer comprender al niño (dependiendo de la edad) y a los familiares de cuáles son los factores causales y que mientras éstos no se modifiquen (en la familia) muy poco se puede hacer.

La dieta (modificación de hábitos alimenticios), la actividad física adecuada y el manejo psicológico son las alternativas más viables. Los medicamentos y complementos vitamínicos y minerales no son recomendables.<sup>20</sup>

## LACTANCIA MATERNA

**El control de la lactancia materna fue la tercer causa con 100 consultas que equivalió al 10.37%.**

Desde hace algunas décadas se ha retomado la lactancia materna como un indicador de bienestar de una sociedad y su conjunto. Las tasas de mortalidad infantil en las naciones pobres tienen causas variadas, pero el tipo de alimentación es el principal factor que contribuye al estado de salud.

La mayoría de las muertes relacionadas con la alimentación artificial se manifiestan por enfermedades diarreicas en los países subdesarrollados en los menores de cinco años, aunados a otros factores que inciden en la problemática, como son la industrialización y, prácticas hospitalarias, falta de conocimientos en profesionales de salud, publicidad y mercado de alimentos infantiles; incorporación de la mujer al mercado laboral entre otras.

Desde 1981, la OMS y la UNICEF presentaron una propuesta de código y lo adopta con el objetivo de contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y eficiente promoviendo la lactancia materna y hace uso correcto de los sucedáneos (sustitutos) de la leche materna.

En 1989 se inicia un movimiento mundial con la Declaración para la promoción y apoyo de la lactancia materna. A partir de esta iniciativa en México se instruyeron varias acciones con la pretensión de garantizar la protección promoción y apoyo a la lactancia materna, recuperar la cultura de la lactancia materna, desarrollar una educación para la salud tendiente a elevar el nivel de salud de la madre y el hijo.

En México se aplicó el programa del Hospital Amigo del Niño y de la Madre con la incorporación tendientes a asegurar y procurar el mejoramiento de la salud materno infantil además de actividades para la lactancia exitosa: Normas y procedimientos escritos, capacitación del personal, difusión de la lactancia en mujeres gestantes, iniciación de la lactancia materna dentro de la media hora después del parto, enseñar a la madre como dar de mamar y como mantener la lactancia, lactancia materna exclusiva, alojamiento conjunto, erradicación de biberones, formación de grupos de apoyo para la lactancia, control prenatal con la detección de alto riesgo, atención institucional del parto, atención del puerperio, esquema de vacunación, vigilancia del crecimiento y desarrollo del menor de cinco años, detección de cáncer cervico uterino y mamario, orientación alimentaria y promoción del uso del suero oral.

La leche humana exclusiva se considera al alimento ideal para los niños durante el primer año de vida por sus nutrimentos, sus factores anti-infecciosos específicos, así como por sus beneficios biológicos, afectivos y económicos.<sup>19</sup>

## **EMBARAZO**

**Del control prenatal; el embarazo del segundo trimestre ocupó el cuarto lugar con 71 consultas representando el 7.36%, del tercer trimestre el octavo lugar con 16 casos y el 1.65% y el del primer trimestre con 11 consultas fue la novena causa con un porcentaje del 1.14%.**

**Definición.-** Condición en la que se encuentra la mujer durante un período de 9 meses que se extiende desde la fecundación hasta el parto y durante el cual tiene lugar el desarrollo, primero el embrión y luego el feto en el útero materno.

La atención previa a la concepción forma parte integral de la asistencia prenatal porque permite ayudar a las mujeres a reducir riesgos, inspirar modos de vida sanos y mejorar la preparación y la aptitud para el embarazo.

El diagnóstico de embarazo casi siempre empieza cuando la mujer acude al médico con la interrupción repentina de la menstruación (amenorrea) en edad de procrear cuyas menstruaciones eran espontáneas, cíclicas y predecibles. Aunque la amenorrea no constituye un signo fiable de embarazo hasta la ausencia de un segundo período menstrual se pueden presentar algunos signos clínicos que indican embarazo incipiente como por ejemplo: cambios en el moco cervical, cambios en las mamas, cambios en la coloración en la mucosa vaginal (signo de Chadwick), y cambios en la piel, además de la detección de gonadotropina coriónica humana en sangre y/o orina.

La evaluación prenatal inicial debe comenzar en cuanto surge la sospecha razonable de embarazo. Los objetivos principales son: Definir el estado de salud de la madre y el feto; calcular la edad gestacional del feto y emprender un plan para la atención obstétrica ininterrumpida.

La duración normal del embarazo calculado desde el primer día de la fecha de la última menstruación es de alrededor de 280 días o 40 semanas.

Se acostumbra a dividir el embarazo en tres trimestres iguales que comprenden tres meses de calendario aproximadamente, el primer trimestre incluye hasta las 14 semanas cumplidas, el segundo hasta las 28 semanas y el tercero de las 29 a las 42.

En la anamnesis adecuada a la embarazada se siguen los mismos pasos esenciales que en otras áreas de la medicina. Es de máxima importancia obtener información detallada de los antecedentes obstétricos, porque muchas complicaciones gravídicas ocurridas tienden a reaparecer en nuevos embarazos.

**Exploración física.-** Desde la primera entrevista prenatal se realiza una exploración física general y minuciosa que incluye: toma de presión arterial, peso de la madre, tacto ginecológico (examen del cervix), altura del fondo uterino, frecuencia de latido fetal y su posición. El incremento ponderal total durante el embarazo recomendado es de por lo menos 11.4 kgs.

Las pruebas de laboratorio rutinarias incluyen: biometría hemática completa (BHC), grupo sanguíneo y factor Rh, estudios serológicos de sífilis (VDRL), virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), química sanguínea, estudio general de orina (EGO), y frotis de Papanicolaou. La detección de una proteína (fibronectina fetal) en el líquido vaginal se utiliza para pronosticar un parto pretérmino en mujeres que cursan con contracciones uterinas (ésta no es de rutina).

**Visitas prenatales subsecuentes.-** Las visitas prenatales subsecuentes se programan a intervalos de cuatro semanas hasta 28 semanas, cada 2 semanas hasta las 36 semanas y cada semana hasta el término del embarazo. Los embarazos complicados deberán acudir a consulta cada una a 2 semanas.

**Vitaminas y minerales.-** Los requerimientos vitamínicos durante el embarazo por lo general se satisfacen con una dieta general que aporte suficientes calorías y proteínas a excepción del ácido fólico, los alimentos no son suficientes como fuente y por ello aún se recomienda administrarlo en forma de suplementos a 1 mg diario. El calcio el aporte recomendado diario es de aproximadamente 1gr. incluyendo la dieta.<sup>17</sup>

## **DESNUTRICIÓN**

**El quinto motivo fue la atención al niño con desnutrición leve con 61 consultas (6.32%)**

**Concepto.-** Es una enfermedad multisistémica que afecta todos los órganos de la economía, producida por una disminución drástica, aguda o crónica en la disponibilidad de nutrimentos, ya sea por ingesta insuficiente, inadecuada absorción o exceso de pérdidas. Se manifiesta por grados de déficit antropométrico, signología clínica y alteraciones bioquímicas. Por su etiología puede ser: primaria, cuando obedece a un aporte insuficiente de nutrimentos o pérdidas intermitentes por episodios diarreicos; secundaria, cuando es debida a una enfermedad primaria que conduce a una ingesta o absorción inadecuadas, o a la utilización excesiva de nutrimentos. En la mayoría de los países subdesarrollados y algunas áreas marginadas de países industrializados se observan ciertas características como son: peso bajo al nacer, prevalencia elevada de enfermedades infecciosas, estatura pequeña de sus habitantes, tasas elevadas de mortalidad, particularmente en niños menores de 5 años y en consecuencia expectativas de vida más corta.

### **Período prepatogénico**

**Agente.-** La mala nutrición de la madre y las infecciones intercurrentes durante el embarazo son factores frecuentes de prematurez y desnutrición in útero. Estos niños ya con desventajas nutricias en su pasado inmediato son víctimas de prácticas pobres de alimentación, especialmente en aquellas regiones en donde la lactancia materna esta siendo reemplazada desde etapas muy tempranas de la vida por fórmulas artificiales y acompañadas de nutrición, higiene y recursos económicos bajos. El tipo de desnutrición mas común a esta edad es la forma no edematosa, cuando el niño es forzado a recibir dietas ricas en calorías y bajas en proteínas produce la forma edematosa de desnutrición.

**Huésped.-** La desnutrición puede presentarse en todas las edades, sin embargo es más notoria y grave entre los 6 y 36 meses de edad. Después del destete, que en general se inicia a partir del cuarto mes, el niño recibe poco o ningún alimento con leche, sus derivados u otros productos de origen animal, pues son alimentados con la dieta familiar, con frecuencia en cantidad insuficiente debido a poca disponibilidad de alimentos y a prácticas culturales incorrectas.

**Ambiente.-** Se consideran dos niveles: Macroambiente a nivel regional o nacional y Microambiente a nivel familiar e individual. En áreas o países subdesarrollados el macroambiente es pobreza no sólo económica sino en un concepto más relevante que conllevan a la falta de educación, mala salud de la población, baja productividad,

inadecuada utilización de los recursos naturales y al consumo de alimentos inadecuados. El microambiente constituido por la familia la cual es la unidad biológica en términos de nutrición recibe el impacto del macroambiente y limita la disponibilidad de alimentos por el huésped.

**Prevención primaria.-** Se basa en la promoción a la salud. La prevención puede ser enfocada por: medidas para disminuir el riesgo de los individuos para llegar a la desnutrición grave y mejorar el estado general de nutrición de la población con el objeto de que la desnutrición leve o moderada sea cada vez más rara. El primer objetivo sería logrado por algunas acciones directas al fomento de la lactancia materna y una introducción adecuada y suficiente de otros alimentos durante la etapa de lactante, realización de programas de ayuda alimentaria a grupos vulnerables, especialmente mujeres embarazadas, madres lactando, lactantes, preescolares y ancianos; mejoría de las condiciones sanitarias y elevando el nivel escolar de las madres.

### **Período patogénico**

Etapa subclínica.- A través de una serie de mecanismos fisiológicos, el organismo tiende a mantener un equilibrio dinámico. Es decir; después de la ingesta de alimento la energía es almacenada principalmente en la forma de fosfatos altamente energéticos, grasas y glucógeno, de los cuales se obtiene energía para los períodos diarios de y relativamente cortos de ayuno y durante los períodos de gasto energético aumentado. Cuando existen períodos largos de restricción calórica y/o proteica, el organismo se adapta en forma progresiva a esta restricción con el objeto de mantener un estado funcional adecuado tanto como lo permita el suministro limitado de alimentos llegando a su máxima adaptación, a este se proceso se el denomina "homeorresis" en el cual la mayoría de las funciones están alteradas. Si el suministro de nutrimentos continúa siendo más bajo puede sobrevenir la muerte.

**Etapa clínica.-** El cuadro clínico inicial es inespecífico; por ejemplo puede haber una reducción en la velocidad del crecimiento, disminución de la actividad física y apatía general. Si un niño muestra signos de pérdidas recientes de peso y una historia de ingesta dietética pobre con o sin infección aguda o crónica sugiere el diagnóstico de la desnutrición, otras mediciones antropométricas útiles que pueden ayudar en el diagnóstico de mala nutrición es la disminución del perímetro cefálico, circunferencia del brazo o pliegues cutáneos.

El niño con desnutrición grave que ha seguido el curso natural de un ayuno casi total, sin otras agresiones que pudieran descompensar sus mecanismos adaptativos presentan un cuadro clínico de marasmo. Este se caracteriza por un déficit marcado de peso para la talla, hay pérdida de tejido graso y muscular así como hundimiento de las órbitas.

En contraste con el caso anterior, los niños que son alimentados con una dieta baja en proteínas y rica en carbohidratos puede desarrollar un niño gordo con deficiencia proteica. Presentan edema, hígado graso y se encuentran con la grasa subcutánea preservada o aumentada. A este tipo de desnutrición se le denomina Kwashiorkor.

**Prevención secundaria.-** Para fundamentar el diagnóstico de desnutrición se utilizan diferentes indicadores. Además de los signos y síntomas clínicos ya descritos, será necesario contar con indicadores nutricios directos e indirectos. Los indicadores nutricios indirectos se obtendrán con una historia clínica y dietética detallada. Con esta información se evaluarán los antecedentes heredofamiliares, socioeconómicos y perinatales, patológicos y no patológicos del paciente en forma exhausta sobre hábitos de alimentación desde el nacimiento, inicio y duración de la lactancia materna, introducción de otras leches o fórmulas industrializadas, inicio del destete, aglactación y alimentación complementaria actual si se trata de un lactante menor de 15 meses de edad.

Los indicadores nutricios directos son los antropométricos ya mencionados y los bioquímicos que son proteínas totales para evaluar la concentración de albúmina sérica y la relación albúmina/globulina, biometría hemática completa para valorar concentración de hemoglobina y recuento de linfocitos; electrolitos séricos para identificar alteraciones electrolíticas severas, bilirrubinas séricas si hay hepatomegalia, hemocultivos y cultivo de líquido cefalorraquídeo en caso de sepsis.

**Tratamiento.-** Va encaminado a evitar los casos graves de desnutrición, ya sea aguda crónica o crónica agudizada. Los niños con un déficit de 10 al 20% de peso para la talla pueden ser manejados en forma ambulatoria y pueden regresar a la normalidad al corregir errores en los hábitos alimenticios. Con un déficit mayor de 20% del peso para la talla o de 5% de la talla para la edad el niño requiere una vigilancia estrecha y corrección de la desnutrición aguda en centros de rehabilitación nutricia. Cuando la desnutrición es severa y complicada se necesita un manejo intensivo en centros especializados.<sup>20</sup>

## **INFECCIONES DE LA VÍA RESPIRATORIA ALTA**

**Las infecciones de la vía respiratoria alta fue la sexta causa de consulta con 53 casos tanto de niños como de mujeres embarazadas que acudieron a su control periódico y que cursaban con este padecimiento correspondiendo a un porcentaje del 5.49%.**

Las infecciones de las vías respiratorias superiores son extraordinariamente frecuentes en las primeras etapas de la infancia y suelen tener repercusiones locales o generales de importancia. Su incidencia aumenta notablemente en las zonas de clima variable y durante los cambios de estación particularmente los cercanos al invierno. Ocupa el primer lugar como causas o motivos de consultas registradas en instituciones de asistencia infantil.

Se explica la extraordinaria frecuencia con que se registran estas enfermedades entre los lactantes y pre-escolares, por las siguientes particularidades:

1. Condiciones anatómicas.- Rinofaringe pequeña; macizo craneofacial reducido; relaciones de la rinofaringe muy estrechas con las estructuras circunvecinas: oídos, amígdalas, adenoides, ganglios, etc. Trompa de Eustaquio muy corta, abundante tejido linfoideo del cuello. Exuberancia del anillo de Waldeyer: amígdalas, adenoides, timo, ganglios, etc.
2. Condiciones fisiológicas.- Deficiencia respiratoria funcional del lactante; el niño no sabe expectorar ni expulsar las secreciones de su nasofaringe, vomita o las deglute.

3. Condiciones biológicas.- Flora microbiana muy variada en la rinofaringe normal, que en condiciones patológicas aumenta notablemente su virulencia y desarrollo. El niño no sabe protegerse de los enfriamientos bruscos, y es más los busca a menudo y con repercusiones locales y generales aún con los más pequeños desordenes inflamatorios agudos de la rinofaringe.

Los padecimientos de mayor frecuencia son: Rinitis catarral aguda, Gripe, Faringitis aguda y amigdalitis aguda, pudiéndose presentar combinaciones por sobreinfección como rinofaringitis, rinofaringoamigdalitis o faringoamigdalitis

### **Rinitis Catarral aguda y Gripe**

Las infecciones agudas de la rinofaringe son producidas generalmente por virus, entre ellas se le consideran el resfriado común, la influenza o gripe y otras enfermedades virales que tienen manifestaciones generales en muchos casos sobresalientes y síntomas catarrales localizados en rinofaringe.

Los virus que más frecuentemente causan infección en el aparato respiratorio del niño son: el rinovirus, respiratorio sincicial, el CCA, agentes del resfriado común (sendai), los gripales: influenza a,b y c, y los paragripales: 1, 2, 3 y 4, adenovirus y mixovirus, grupo Coxsackie y grupo ECHO.

La rinitis catarral aguda es monosintomática, o bien como ocurre en la mayor parte de las veces, constituye el síntoma fundamental del resfriado común, no gripal. Suele ser propiciada por algún enfriamiento brusco del niño y se caracteriza por estornudos no frecuentes, secreción al principio mucosa, después mucopurulenta que aparece en las narinas si es abundante pero que a menudo el niño deglute, no tiene otra repercusión sobre el estado general y evoluciona normalmente en menos de una semana hacia la curación.

En el caso de la gripe presenta las mismas características, pero reconoce un contagio como causa y repercute sobre el estado general con fiebre moderada o intermitente, cefalea, malestar general, dolores musculares y articulares discretos y es causada por el virus de la influenza u otro grupo de virus.

Para este último el manejo suele ser paliativo con antipiréticos como el paracetamol a razón de 10 mg/kg/día repartido en 3 a 4 tomas. Descongestionantes de vías respiratorias como la clorfenamina a 0.2 mg/kg/día sin pseudoefedrina.

### **Faringitis aguda**

Intervienen en su etiología el estreptococo viridans, el estreptococo beta hemolítico o estafilococos patógenos y los gérmenes de la flora microbiana polimorfa normal. Se manifiesta por odinofagia, disfagia, sensación de reseca de garganta, fiebre de 38 a 39°C o más; malestar general, cefalea artralgias y mialgias e ocasiones.

A la exploración física encontramos los pilares anteriores y pared posterior de la orofaringe con hiperemia a veces cubiertos con secreción mucopurulenta que el niño deglute constantemente. Las repercusiones febriles a veces desorientan el diagnóstico en el lactante y preescolar por lo que obliga a una minuciosa revisión y no son raras las complicaciones con las estructuras vecinas como la adenoiditis o laringobronquitis.

El tratamiento comprende la medicación sintomática como paracetamol o nimesulida y algún antimicrobiano activo contra grampositivos como la ampicilina de 50 a 100 mg /kg/día; eritromicina de 30 a 50 mg/kg/día; cefalotina de 30 a 60 mg/kg/día por vía oral.

Por la vía parenteral se maneja la penicilina procaínica a razón de 50,000 UI/Kg/día.

### **Amigdalitis aguda**

Se observa en todas las etapas de la infancia y suele ser causada por cualquier variedad de estreptococo.

Su sintomatología esta caracterizada por principio brusco, intempestivo, a veces dramático con fiebre de 39 a 40°C, vómitos y síntomas generales, calosfríos, cefalea y malestar general en niños mayores, suele apreciarse palidez de tegumentos en los lactantes, anorexia, odinofagia y disfagia.

En algunos niños estos episodios patológicos suelen ser frecuentes. Las amígdalas se aprecian tumefactas, rojas con secreción puntiforme múltiple que corresponden a microabscesos de las criptas amigdalinas. La voz gutural es característica durante este período y cuando habla el enfermo puede orientarse el diagnóstico.

La evolución de la amigdalitis aguda es generalmente corta, aproximadamente 5 días pero se pueden presentar complicaciones de vecindad o a distancia como laringotraqueítis, miocarditis o nefritis. Es bien sabida la amigdalitis en la etiopatogenia de la fiebre reumática.

El tratamiento de las amigdalitis agudas esta basado en la acción de la penicilina pero también pueden ser útiles otros fármacos como el trimetoprim y sulfametoxazol a razón de 8 mg/kg/día, cefalosporinas de primera y segunda generación.<sup>18</sup>

## **DERMATOMICOSIS**

**Las dermatomicosis representaron la décima causa de consulta con 9 casos con un porcentaje del 0.93%.**

Es una de las dermatitis más frecuentes de la infancia especialmente en el primer año de vida, y es una complicación debida fundamentalmente al incorrecto manejo del niño, unido a otros factores como el terreno atópico, el amoniaco de la orina que deriva de la transformación de la urea que reacciona al contacto con el hule del pañal desechable cambiando el pH normal de la piel y la colonización por el hongo oportunista *C. albicans* y a otras muchas condiciones coadyuvantes, las que ocasionan diferentes lesiones en el área del pañal, tales como manchas eritematosas, Pápulas y erosiones que alteran la tranquilidad del niño y sus familiares. Tiene un pronóstico bueno si se usa una terapéutica correcta y se modifican las conductas inadecuadas en el manejo diario del niño.

El diagnóstico es fundamental y no ofrece ninguna dificultad para hacerlo por la clínica si se toma en cuenta la topografía y la edad del paciente; aunque hay polimorfismo en las lesiones, éstas son demostrativas. Es necesario el uso de pañales de tela de algodón que faciliten la transpiración, o dejar al niño durante unas horas o días sin pañal mientras se controla la crisis aguda. No usar ninguna clase de jabones ni corticoesteroides tópicos.

En el tratamiento se recomienda el uso de talcos simples de gránulos finos, y pastas inertes, si las lesiones son eczematosas se recomienda el uso de agua de manzanilla, cuando las lesiones son crónicas el manejo es con pasta de óxido de zinc, o talcos. Para contrarrestar la infección por *Cándida albicans* es necesario modificar el hábitat del hongo cambiando el Ph de la región con el aseo de la piel o de las mucosas con bicarbonato de sodio o ácido bórico en solución al 2.5% o pincelaciones de ácido acético disuelto en agua al 20%. El uso de cremas antimicóticas como la nistatina o el miconazol dan buenos resultados.

Esta dermatosis puede infectarse secundariamente o extenderse a otras regiones del cuerpo o mucosas; con las medidas descritas se evitará lo anterior, resolviéndose el padecimiento totalmente.<sup>20</sup>

## CONCLUSIONES

1. Al término de este trabajo de investigación se logró cumplir con el objetivo general que era conocer las características biosociodemográficas, y la clasificación de las familias que acuden al Módulo Materno Infantil del turno matutino del Hospital General ISSSTE de Veracruz, Ver.
2. En cuanto a los objetivos específicos, la pirámide poblacional es la misma con que cuenta el Hospital ya que el Módulo no tiene una población adscrita exclusiva, y atiende a la población derechohabiente en general con citas periódicas tanto en el control de embarazo, como de lactancia materna y del niño sano con referencia al segundo nivel de atención según se requiera.
3. Las causas más frecuentes de consulta fueron la atención al menor de 5 años sano y con sobrepeso, madres en control de lactancia materna, control de embarazo del segundo trimestre, menor de cinco años con desnutrición leve, infecciones de la vía respiratoria alta, menor de cinco años con obesidad, control del embarazo del tercer y primer trimestre y las dermatomicosis.
4. De las familias estudiadas destaca el nivel de preparación de las madres, en su mayoría con nivel bachillerato y licenciatura y trabajadoras del sector gobierno por las cuales cuentan con el servicio del Instituto, y por consecuencia ubica a la mayoría de las familias en un nivel que no se les puede considerar pobres. En contraparte se identificaron grupos familiares con baja escolaridad de los padres que correspondieron a los niveles 1 y 2 de pobreza y que son a los que se requiere brindar una mayor atención y apoyo.
5. Predominó el estado civil casado, el tipo de familia nuclear simple con núcleo integrado y el medio de subsistencia a través de servicios y de acuerdo a la etapa del ciclo de vida, procreativa en fase de expansión por lo que a las edades de los hijos en su mayoría fueron menores de 10 años.
6. Para mejorar los servicios ya otorgados se requiere aumentar la información y el acceso a los servicios de salud de calidad para la población femenina e infantil menor de cinco años.
7. Promocionar y dar orientación sobre el control periódico del niño sano y completar esquema básico nacional de vacunación, así como medidas de prevención a mujeres en edad fértil y climaterio por medio de métodos anticonceptivos, detección oportuna de cáncer mamario, endometrial y de cervix, vacunación y control prenatal.
8. Es de primordial importancia el conocer tanto el tipo de familia como la etapa de su ciclo vital por el que se encuentran las familias que atendemos para poder brindar un mejor apoyo preventivo y emocional.
9. Un paso importante para mejorar la calidad de la atención médica primaria en México, es el desarrollo de este tipo de trabajos de investigación en Medicina Familiar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Irigoyen CA, Morales LH, Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar, México, DF. Edit. Medicina Familiar Mexicana, 3ª. Ed. 2006, p:15,146,154-157
2. Taylor RB, Medicina de Familia, 5ª. ed. 2002, Principios y Prácticas. p:2
3. Huerta GL, "La Familia como Unidad de Estudio" En: Medicina Familiar. La Familia en el Proceso Salud-Enfermedad, Edit. Alfil, México, DF. 1ª. ed. 2005, p: 5,9-11, 16-24, 33, 40-42, 47-48
4. Elementos Esenciales de la Medicina Familiar Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias Código de Bioética en Medicina Familiar, Arch. Med. Fam. 2005; p:13-18, 21-23
5. ISSSTE. Disponible en: <http://www.issste.gob.mx/>
6. Conceptos básicos para el estudio de de las familias. Arch. Med. Fam. 2005; vol.7, sup.1, p: 16-19
7. Programa de acción "Arranque Parejo en la Vida". Secretaría de Salud. México, DF. 1ª. Ed. 2002; p: 13-17
8. Irigoyen Coria A. Morales López H. Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF), Bases Conceptuales México DF. Edit. Medicina Familiar Mexicana 2000; p: 19-25
9. Whinney IM, "La Familia en la Salud y Enfermedad" En: Medicina de Familia, Mosby-Dayma, 1995 Barcelona, Esp. p: 211
10. Secretaría de Salud. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Documento de Referencia. México, DF. 2001
11. System INDICA. <http://salud.gob.mx>
12. Diagnóstico de Salud. SSA Veracruz Jurisdicción Sanitaria No. VIII 2004
13. Méndez RI. Guerrero N, Moreno A, Sosa M, El Protocolo de Investigación, ed. Trillas, México, 10ª. Reimpresión. 2006 p: 29-31, 74-87
14. INEGI. Distribución porcentual de la población usuaria de servicios de salud según tipo de institución para cada sexo y grupo de edad, 2000. <http://inegi.gob.mx>
15. INEGI, Censo de Población y Vivienda 2006
16. Sistema Nacional de Información en Salud. <http://www.salud.gob.mx/>
17. Cunningham FG, Kenneth JL, Blomm SL, Hauth JC, Obstetricia de Williams, 22a. ed. Mc.Graw –Hill; 2006
18. Valenzuela RH, Luengas BJ, Marquet SL, Manual de Pediatría 11ª ed. Interamericana, México 2005 p: 370-376

19. Rubio DS, González VM, Ortega GA, Ramírez AF, Obstetricia I. ENEO-UNAM, México, Febrero 2001
20. Martínez y Martínez R, La salud del niño y del adolescente, 3ª. ed. JGH editores México 1995. p: 51, 1014-1017

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

	<b>Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.</b>	<b>TARJETA DE ADSCRIPCIÓN Y VIGENCIA DE DERECHOS</b>						
<b>DATOS DEL TRABAJADOR O PENSIONISTA</b>								
Nombre	R.F.C.	Clínica						
<b>DOMICILIO</b>								
Calle	Num. Ext. e Int.							
Colonia								
Localidad Municipio y Entidad	Código Postal	Cambio de Clínica						
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>						
<b>HISTORIAL LABORAL DEL TRABAJADOR</b>								
Nombre de la Dependencia	Registro	Pagaduría	Fecha de		Rubrica de quien registra	Conserva Derechos Hasta el		
			Alta	Baja				





Día	Mes	Año

Informe Diario de Actividades del Médico

Nombre Completo del Médico	Firma	Clave	Especialidad	Horario	Unidad	Localidad y Entidad

Para Substituciones

Num. Prog.	Nombre	Expediente	Firma		Clave			Causa				Motive de la Consulta							
			Tipo D.H.	Sexo y Edad		Ira. Vez	Subsec	Foraneo	Solicitud A:										
				Masc	Fem.				Lab.	R.X.	Interc.		Otros	Pase a Otra Unidad	Días de Licencia	Nº. De Medicam			
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			

ANEXO 2

## ANEXO 3



Folio:

### CEDULA BASICA 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 a 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:**

Agrícolas o pecuarias ( )      Industrial ( )      Comercial ( )      Servicios ( )

Con base en su nivel económico; Pobreza familiar:

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

**F) Etapa del ciclo vital familiar:**

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

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

---

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