

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

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO
UNIDAD ACADÉMICA**

**CLINICA HOSPITAL DR. ROBERTO NETTEL FLORES
TAPACHULA, CHIAPAS**

**MORBILIDAD Y CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS AL
CONSULTORIO NÚMERO 3 TURNO VESPERTINO DEL HOSPITAL GENERAL
SUBZONA No. 19 IMSS HUIXTLA, CHIAPAS.**

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



PRESENTA:

FRANCISCO JAVIER RUÍZ GÁLVEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**MORBILIDAD Y CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS AL
CONSULTORIO NÚMERO 3 TURNO VESPERTINO DEL HOSPITAL GENERAL
SUBZONA No. 19 IMSS HUIXTLA, CHIAPAS.**

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

**PRESENTA:
FRANCISCO JAVIER RUÍZ GÁLVEZ**

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

**DR. CARLOS A. MONTESINOS LOPEZ DR. MIGUEL ANGEL HERNANDEZ PEREZ
DIRECTOR DE LA CLÍNICA HOSPITAL SUBDIRECTOR DE LA CLÍNICA HOSPITAL**

**DR. ROBERTO NETTEL FLORES DR. ROBERTO NETTEL FLORES
TAPACHULA, CHIAPAS TAPACHULA, CHIAPAS**

**DR. GERARDO RUBÉN GAMBOA DE ALBA
JEFE DE ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA HOSPITAL
ROBERTO NETTEL FLORES
TAPACHULA, CHIAPAS**

**DR. FRANCISCO JAVIER GÓMEZ CLAVELINA
ASESOR DE TESIS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM**

**DR. GUSTAVO ADOLFO CASTRO HERRERA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN DEL ISSSTE**

**MORBILIDAD Y CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS AL
CONSULTORIO NÚMERO 3 TURNO VESPERTINO DEL HOSPITAL GENERAL
SUBZONA No. 19 IMSS HUIXTLA, CHIAPAS**

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

PRESENTA:

FRANCISCO JAVIER RUÍZ GÁLVEZ

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

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**

INDICE

RESUMEN	5
MARCO TEÓRICO	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	36
JUSTIFICACIÓN	37
OBJETIVOS	39
GENERAL	39
ESPECÍFICOS	39
MATERIAL Y MÉTODOS	40
DISEÑO	40
POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO	40
LUGAR Y PERIODO DE ESTUDIO	40
CRITERIOS DE SELECCIÓN	41
PROCEDIMIENTO	42
CONSIDERACIONES ÉTICAS	43
RECURSOS	44
RESULTADOS	45
DISCUSIÓN	54
CONCLUSIÓN	58
BIBLIOGRAFÍA	61
ANEXOS	64

RESUMEN

Objetivo: Aplicar el modelo sistemático de atención médica familiar (MOSAMEF) en el consultorio No. 3 de medicina familiar del Hospital General Subzona No. 19 IMSS Huixtla, Chiapas. Con el propósito de conocer la morbilidad y características tipológicas y ciclo vital de las familias usuarias al consultorio.

Diseño: Observacional, Descriptivo con una fase retrospectiva y otra prospectiva y de corte transversal.

Material y Métodos: A través de un muestreo no aleatorio y por cuotas se aplicó una encuesta a 100 familias, que exploró, estructura, ciclo vital familiar y elementos sociodemográficos de la familia. Los datos fueron recolectados por una fuente proporcionada por el departamento de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México, constituyendo una base de datos la cual se procesó en un programa estadístico.

Se identificaron las 10 principales causas de consulta de primera vez y 10 principales causas de consulta subsecuente en los registros proporcionados por el sistema de información médica operacional (SIMO). La pirámide poblacional fue proporcionada por el archivo clínico de la Unidad Médica.

Resultados: Se identificó una población de 1831 personas, los tres principales motivos de consulta de primera vez fueron: Rinofaringitis 8.06%, Parasitosis Intestinal 3%, Gastritis 2.18%. Las tres principales causas de consulta subsecuente fueron: Diabetes Mellitus no insulino dependiente 19.04%, Hipertensión Arterial sistémica 18.64%, Supervisión a Embarazadas 7.76%.

Se describe detalladamente la estructura y ciclo vital de las 100 familias encuestadas, ocupación de los padres, estado civil, años de unión conyugal, edad promedio de los padres, escolaridad del padre y de la madre y número promedio de hijos por familia distribuidos por edad (0 a 10 años, de 11 a 19 años y 20 o más).

Conclusiones: El perfil de las 100 familias estudiadas presentó en su mayoría a grupos familiares nucleares, tradicionales, integrados, campesinos con escolaridad de los padres es muy baja. En cuanto a su ciclo vital se encontraron en porcentajes similar tanto en la fase de dispersión (32%) como en la fase de independencia (32%). La aplicación del MOSAMEF nos demuestra un trabajo de investigación bien planeado y congruente con las necesidades de la atención primaria a la salud.

Palabras clave: Familia, Medicina Familiar, Atención Primaria.

SUMMARY

Objective: To apply the systematic model of familiar medical attention (MOSAMEF) in the familiar doctor's office No 3 of the General Hospital Subzona Not 19 IMSS Huixtla, Chiapas. In order to know the tipologicas morbidity and characteristics and vital cycle of usuary families in the doctor's office.

Design: Observacional, Descriptive with a retrospective phase and another prospectiva and of cross section.

Material and Methods: Through a nonrandom sampling and by quotas a survey to 100 families was applied, whom it explored, structure, familiar vital cycle and sociodemográficos elements of the family. The data were collected by a source provided by the Familiar Medicine department of the Independent National University of Mexico, having constituted a data base which process in a statistical program.

I identify the 10 main causes of consultation of first time and 10 main causes of subsequent consultation in the registries provided by the operational medical information system (SIMO). The population pyramid was provided by clinical file Of the Medical Unit.

Results: A population of 1831 people identified itself, the 3 main reasons for consultation of first time were: Rinofaringitis 8,06%, Intestinal Parasitism 3%, Gastritis 2,18%. The three main causes of subsequent consultation were: Diabetes noninsulino dependiente Mellitus 19,04%, systemic arterial, hipertension 18,64%, Supervision to Pregnant women 7,76%.

One in detail describes to the structure and vital cycle of the 100 enquired families, occupation of the parents, civil state, years of conjugal union, age average of the parents, schooling of the father and the mother and average number of children by family distributed by age (0 to 10 years, from 11 to 19 years and 20 or more).

Conclusions: The profile of 100 studied families presented/displayed in its majority to nuclear, traditional familiar groups, integrated, farmers, the schooling of the parents is very low. As far as its vital cycle they were in percentage similar as much in the phase of dispersion (32%) like in the phase of independence (32%). The application of the MOSAMEF demonstrates a planned and congruente work to us of affluent investigation with the necessities of the primary attention to the health.

Key words: Family, Family Medicine, Primary Care.

MARCO TEÓRICO

En la actualidad México cuenta con 97.4 millones de habitantes (97, 483,412) (50 personas por km²). Su ritmo de crecimiento y su estructura por edad son resultados de los cambios ocurridos en los patrones de fecundidad, mortalidad y migración.

En las próximas décadas, los cambios en cuanto a estructura por edad de la población en México indican que la pirámide irá abultándose, primero en las edades productivas y posteriormente en las edades posproductivas; a partir de mediados del siglo XXI la población de la tercera edad puede llegar a constituir hasta una cuarta parte de la población total dependiendo de que tanto ésta reduzca su fecundidad. (1)

La fecundidad disminuyó de un promedio de 6.8 hijos en 1960 a 2.4 hijos por mujer en el año 2000. Actualmente en el mundo hay unos 600 millones de personas mayores de 60 años, este número se habrá duplicado en el año 2025 y en el 2050 se habrá transformado en 2000 millones. Ese envejecimiento acelerado de la población mundial aumentará las demandas económicas y sociales en todos los países. (2)

En México, la cifra de adultos mayores de 65 años y más ascendieron a 4, 750, 311 para el año 2000. En cuanto a la tasa de mortalidad es de cuatro defunciones por cada 1000 habitantes, en 1930 se morían 156 niños de cada 1000 nacidos vivos, actualmente se mueren 24. En Chiapas se registran 30 fallecimientos de menores por 1000 nacidos vivos.

Las estadísticas permiten observar cambios en el perfil epidemiológico de las causas de muerte: en 1930 prácticamente la mitad (47%) de las defunciones eran originadas por enfermedades infecciosas y parasitarias; en la actualidad solo 4% de las muertes se deben a esas enfermedades. En cambio, han aumentado las muertes ocasionadas por tumores (de 0.7% a 12.7%) y por accidentes y violencia.

En las últimas tres décadas se registró un incremento acelerado de emigrantes mexicanos hacia los Estados Unidos de Norteamérica. El censo de población y vivienda 2000 indica que entre 1995 y el año 2000 alrededor de 1.6 millones de personas migraron al exterior prácticamente a los Estados Unidos. La importancia que tienen los flujos migratorios internacionales en el contexto económico reciente es que ha convertido a las remesas en una de las principales fuentes de divisas y en un factor equilibrado de los déficits en cuenta corriente, afecta de múltiples maneras tanto la estructura como las dinámicas familiares.

Los cambios más notables ocurridos tanto en la estructura como en la dinámica de los hogares mexicanos durante la década de los 90 s expresan el curso ineluctable de las transformaciones dictadas por la transición demográfica (la prolongada reducción de la fecundidad y la continua expansión del grupo etario de 60 años y más). (3)

Uno de los fenómenos más importantes que experimentó México en el siglo XX fue la creciente urbanización de su población, pasó de ser una sociedad eminentemente rural a otra predominantemente urbana. (75% de la población reside en zonas urbanas).

En Chiapas poco menos de la mitad de su población reside en localidades urbanas al igual que Oaxaca y el Estado de Hidalgo con presencia de grandes carencias y rezagos sociales.

Por el otro lado la Educación como una de las principales prioridades nacionales registra cambios positivos y grandes retos. La tasa de analfabetismo disminuyó de 26 % a 9% en los últimos 30 años. Es importante señalar que 21% de los niños y 17% de niñas presentan déficit de talla, situación que revela problemas de nutrición.

En los últimos 70 años la población económicamente activa aumentó de 5.2 millones en 1930 a 39.8 millones en 1999. El cambio más notable se observa en la fuerza de trabajo femenina, en 1930 240 mil mujeres participaban en el mercado de trabajo, actualmente lo hacen 13.3 millones, sin embargo, aún sigue prevaleciendo la tradicional división sexual del trabajo que asignan a los hombres el papel de proveedores de los bienes económicos para el hogar y a las mujeres el de responsables de realizar las tareas domésticas del hogar.

De los más de 22.6 millones de hogares en México 4.7 millones están dirigidos por una mujer y representan 21% del total.

En relación con los cambios económicos y socioculturales que se han experimentado en los últimos años, el número de familias donde el jefe y la cónyuge trabajan se incrementó de 23.4% en 1992 a 34.6% a finales de los 90's; en cambio disminuyeron las familias tradicionales donde el jefe era el único miembro que trabajaba, de 69% a 58% en el mismo periodo. (4)

En América Latina, las familias cumplen funciones de apoyo social y de protección frente a las crisis económicas, desempleo, enfermedad y muerte de algunos de sus miembros. Como institución social básica la familia no puede estar ajena a valores culturales y a procesos políticos de cada momento o periodo histórico (tales como las tasas de fecundidad, de divorcios, o procesos de envejecimiento).

Las familias nucleares son las más predominantes en América Latina; el aumento de los hogares monoparentales femeninos se relaciona demográficamente con el aumento de la soltería, divorcios, separaciones, migraciones, en el caso particular de México, el incremento de los hogares encabezados por mujeres viene documentándose sistemáticamente al menos desde los años 80 (López e Izasola, 1994, García y Rojas 2002). Se calculan aproximadamente 7 millones y medio de personas que forman hogares unipersonales (viven solas) en las zonas urbanas de América Latina (adultos mayores y jóvenes con recursos económicos).

En América Latina ha habido cambios importantes en cada etapa del ciclo de vida familiar, atribuible a cambios demográficos en especial en el descenso de las tasas de natalidad y al aumento de la esperanza de vida. Las encuestas revelan que la mayoría de las familias latinoamericanas se encuentran en la etapa del ciclo de vida familiar de Expansión y Consolidación es decir cuando se dejan de tener más hijos; corresponde a la etapa con fuerte presión económica para la familia. Es probable que en esta etapa se concentre la mayor proporción de las familias reconstruidas. (5)

Por todo lo descrito anteriormente se puede concluir que la familia ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época, lo cual hace augurar que la familia persistirá según Minuchin. Aunque la familia es tan antigua como la especie humana fue hasta la segunda mitad del siglo XIX que se convirtió en objeto de estudio científico cuando Morgan, Mclenan 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.

Morgan describió por etapas el curso completo del desarrollo social humano, desde un estado original de salvajismo y de total promiscuidad sexual hasta la civilizada familia monogámica. La teoría de Freud afirmaba que el primer tipo de familia humana era patriarcal, y en ella el varón jefe tenía prioridad sobre todas las mujeres de su grupo; por eso expulsaban a los hijos a medida que crecían y se hacían adultos competidores, situación que generaban odio entre ellos, terminaban matando al padre.

En 1961, Johann Jacob Bachofen, en su obra derecho materno sostenía también que las sociedades primitivas vivieron en promiscuidad sexual y que el parentesco se determinaban por línea materna.

A MacLenan se deben los datos sobre la exogamia y endogamia, poliandria y poligenia. definiendo estas de la siguiente manera:

Exogamia: (del griego exo: fuera de, y gameín: casarse). Consistía en la costumbre masculina de buscar pareja en otras tribus.

Endogamia: (del griego éndon: dentro, y gámos: boda). Unión matrimonial dentro del grupo de miembros o individuos de una misma casta, tribu o linaje.

Poliandría: una sola mujer comparte simultáneamente varios hombres frecuentemente hermanos y que invariablemente viven bajo el mismo techo.

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

Morgan señala que a partir de la promiscuidad absoluta aparecen otras formas diferentes de familia:

Familia Consanguínea: predominan las relaciones incestuosas entre hermanos, siendo excluidos padres e hijos de las relaciones sexuales recíprocas.

Familia Punalúa o familia por grupos: la prohibición del incesto incluye a los hermanos. Los hombres de un grupo son considerados desde el nacimiento como esposo de las mujeres de otra familia.

Familia Sindiasmica o Patriarcal: la división de las tareas, necesaria por el desarrollo de la agricultura lleva a la conformación de este tipo de familia en la que el hombre vive con una sola mujer, pero mantiene el derecho de la poligamia y la infidelidad.

Familia Monogámica: se caracteriza por la unión libremente escogida de dos individuos. Es la familia de la cultura actual.

La familia es el ambiente más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad por ello resulta indispensable contar con un marco de referencia que permita el estudio y la comprensión de este grupo social primario

La palabra familia deriva de la raíz latina famulus, que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo famul, esclavo doméstico. En la era del nomadismo el término “familia” se designaba a todo grupo de personas que se desplazaban juntas de un lugar a otro en tanto que en la Roma antigua el nombre de familia se daba al conjunto formado por esposas, hijos, esclavos y sirvientes que eran propiedad del Pater, quien poseía la patria potestad y ejercía el derecho sobre la vida y la muerte de todos ellos.

La OMS comprende como parte de la familia a los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio, en tanto que el Diccionario de

la Lengua Española dice que “La familia es el grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas”.

El censo canadiense define a la familia como esposo y esposa, con o sin hijos; o padre y madre solo con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo.

Según The United Status Census Bureau la familia es cualquier grupo de individuos que viven juntos y relacionados entre sí por lazos consanguíneos de matrimonio adopción. (6)

Durante los cincuenta años de vida de la Medicina Familiar en México ha habido cambios importantes en cuanto a la estructuración y funcionamiento de las familias, la pareja de hoy no es la misma que en los años cincuenta, ahora podemos ver gran cantidad de mujeres trabajadoras, jefas de familia, uniones entre parejas del mismo sexo, etc.

Desde el punto de vista médico familiar: la familia es un grupo social, organizado como sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o afinidad (Definición según Consenso Académico en Medicina Familia. Primera Reunión. Junio 2005).

La estructura se considera como el conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden integran al grupo familiar.

Funciones de la Familia

- Socialización: promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la replica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- Afecto: interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.

- Status: participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- Reproducción: provisión de nuevos elementos a la sociedad.
- Desarrollo y ejercicio de la sexualidad.

Clasificación de las familias: Para fines prácticos la presente investigación se basará en esta clasificación puesto que permite realizar un análisis profundo sobre la estructura familiar actual.

- Parentesco.
- Presencia física en el hogar o convivencia.
- Medios de subsistencia.
- Nivel socioeconómico
- Nuevos tipos de convivencia individual - familiar originado por cambios sociales.

Clasificación de las familias en base al 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.
- Reconstituida (binuclear): Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tiene hijos de su relación 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 o sin parentesco.
- Extensa: Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco.
- Extensa compuesta: Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.
- No parental: Familiares con vínculo de parentesco que realiza funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etc.)

Sin parentesco:

- Monoparental extendida sin parentesco: Padre o madre con hijos, más otras personas sin Parentesco.
- Grupos similares a familias: Personas sin vínculos de parentesco que realizan funciones o roles Familiares. Por ejemplo: Grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etcétera.

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 casa de alguno de los padres.
- Extensa descendente: Padres que viven en la casa de alguno de los hijos.
- Extensa colateral: Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales. (Tíos, primos, abuelos, etc.)

Por sus medios de subsistencia:

Asignado al origen de los recursos de subsistencia aportada por el jefe de familia.

- Agrícolas y pecuarias.
- Industrial.
- Comercial.
- Servicios.

Con base en su nivel económico:

- Pobreza familiar nivel 1: Ingreso per cápita suficiente para cubrir el valor de la canasta básica, recursos suficientes para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros. Carencia de recursos para cubrir gastos de conservación de vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que 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. Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles,

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

Nuevos estilos de vida personal familiar originados por cambios sociales:

- Persona que vive sola: sin familiar alguno, independiente de su estado civil o etapa de ciclo de vida.
- Matrimonio o pareja de homosexuales con hijos adoptivos: pareja del mismo sexo con convivencia familiar 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 respectivos hijos que viven comunitariamente, compartiendo todo, excepto sus relaciones sexuales.
- Poligamia: incluye la poliandra y la poliginia. (7)

Otra clasificación respecto a la Tipología familiar considerada por el Dr. Arnulfo E. Irigoyen Coria en su libro denominado “Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar” es la siguiente: (8)

CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA CON BASE EN SU DESARROLLO

MODERNA/TRADICIONAL	Un dato fundamental para ubicar a la familia desde su desarrollo; es si la madre de familia trabaja o no, por sí solo este elemento facilita ubicar a la familia en moderna o tradicional, debido a que se sobreentiende que para que la madre trabaje- en caso de no estar divorciada, viuda o separada- requirió haber realizado una negociación con su esposo. Así la familia se constituye en moderna. Los sociólogos actuales mencionan al empleo remunerado de la madre, como la característica más significativa de la familia moderna y la del futuro.
---------------------	--

CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA CON BASE EN SU DEMOGRAFIA

URBANA/RURAL	Dato de importancia por reportar con una sola palabra el acceso y la disponibilidad a servicios de la comunidad (Agua potable, electricidad, drenaje, etc.).
--------------	--

CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA CON BASE EN SU INTEGRACIÓN

INTEGRADA	En la cual los cónyuges viven y cumplen sus funciones.
SEMI-INTEGRADA	En la cual los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones.
DESINTEGRADA	Es aquella en la cual alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono.

CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA CON BASE EN LA OCUPACIÓN DEL JEFE (S)

CAMPESINA OBRERA TÉCNICA PROFESIONAL TÉCNICA PROFESIONAL	La información que reporta la ocupación del jefe de familia es muy útil, puede sustituir el preguntar el número de salarios mínimos que ingresan a la familia. Ubica indiscretamente el nivel socioeconómico de la familia y las posibilidades de desarrollo al menos desde el punto de vista económico.
--	--

Ciclo vital de la familia (Geyman)

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

FASE DE MATRIMONIO.- se inicia precisamente con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.

FASE DE EXPANSIÓN.- es el momento en que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia. Como su nombre lo indica la familia se dilata, se “expande”.

FASE DE DISPERSIÓN: esta fase se identifica claramente, por el hecho de que todos los hijos asisten a la escuela y ni uno solo se encuentra trabajando.

FASE DE INDEPENDENCIA.- al inicio de esta fase, la pareja debe aprender a vivir nuevamente en “independencia”, sus hijos han formado nuevas familias.

FASE DE RETIRO Y MUERTE. Cuatro son las circunstancias más difíciles que hemos identificado:

-incapacidad para laborar debido a la presencia de enfermedades crónicas degenerativas.

-desempleo.

-agotamiento de los recursos económicos.

-las familias de los hijos casados en fase de expansión, sin posibilidad de proporcionar

Recursos a los padres. (9)

Roles familiares

Se refieren a las formas de actuación, expectativas y normas que un individuo tiene ante una situación familiar específica en las que están involucrados otras personas u objetos. Los roles vitales de marido, esposa, madre, padre e hijo adquieren un significado propio solo dentro de una estructura familiar y una cultura específica.

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; este proceso se efectúa en un contexto cambiante, en cada etapa evolutiva familiar y permite o no la adaptación, el crecimiento, desarrollo, madurez y funcionamiento del grupo familiar.

Salud familiar

Homeostasis biológica, psicológica y social del sistema familiar que resulta del funcionamiento satisfactorio de la familia y que influye en el nivel de salud de cada uno de los

integrantes, propiciando una interacción adecuada con otros sistemas familiares y con su entorno social.

Evaluación de la función familiar

Se define a través de las tareas que le corresponden realizar a los integrantes de la familia, como un todo. El cumplimiento de esta función permite la interacción con otros sistemas sociales, y como consecuencia de su propia naturaleza es multidimensional. Esto hace que en la evaluación del grado de normofunción o disfunción de un sistema familiar es muy complejo, no existen en realidad técnicas o instrumentos que permitan catalogar su función de forma absoluta solamente se miden aspectos parciales de su función. De acuerdo con la función biopsicosocial se considera que una familia es funcional cuando cumple con sus funciones como un sistema, y la forma como los integrantes interactúan y se organizan para el cumplimiento de estas funciones corresponde al estudio de dinámica familiar. (7)

Para determinar el grado de funcionalidad de una familia, Satir emplea los siguientes criterios:

- **Comunicación:** en una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara, directa, específica y congruente, características opuestas en una disfuncional.
- **Individualidad:** la autonomía de los miembros de la familia funcional es respetada y las diferencias individuales no solo se toleran, sino que se estimulan para favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.
- **Toma de decisiones:** la búsqueda de la solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha por el poder. En las familias disfuncionales importa más ver quien va a “salirse con la suya” y, consecuentemente los problemas tienden a perpetuarse porque nadie quiere perder.
- **Reacción a los eventos críticos:** una familia funcional es lo suficientemente flexible como para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exige en

cambio en una disfuncional la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición de psicopatología cuando las crisis amenazan romper el equilibrio.

En las familias disfuncionales la comunicación afectiva es la primera en verse afectada, y a medida que el conflicto es mayor es más factible que la comunicación se vuelva enmascarada y desplazada.

Los miembros de familias disfuncionales suelen:

- Utilizar muy frecuentemente los servicios de salud.
- Denotar incongruencia entre el sufrimiento de su padecimiento y la naturaleza relativamente menor de su síntomas.
- En el caso de pacientes adultos, hacerse acompañar innecesariamente por un familiar.
- Difícilmente encontrarle sentido a su problema actual.
- Consultar por síntomas vagos e inespecíficos, conflictos emocionales o de relación o por manifestaciones somatoformes o trastornos y ansiedad.(6)

La familia es la unidad social básica aunque la estabilidad de la familia se encuentra constantemente amenazada por fuerzas sociales cambiantes, sin embargo, es cierto que una gran mayoría (80% en Canadá y 75% en Estados Unidos) vive en unidades familiares y que la mayoría de las personas, (92% en Estados Unidos) espera que la familia continúe siendo la unidad básica. Las elevadas tasas de divorcio son contrarrestadas por elevadas tasas de nuevos matrimonios entre los divorciados, lo cual sugiere que, incluso aquellos cuyos matrimonios han fallado consideran aconsejable la institución matrimonial.

La muerte o la enfermedad de cualquier miembro de la familia originan estrés que afecta a todos sus miembros. Una enfermedad en la familia tiene consecuencias emocionales, lo cual con mayor frecuencia crean ansiedad y causan depresión o precipita problemas de conducta.

Las enfermedades psicosomáticas como aquellas causadas por ácido y pepsina o por espasmos del músculo liso (cólico, enuresis, asma y colitis espástica), también es frecuente que se exacerben bajo situaciones de perturbación familiar.

La familia en sí puede ser una unidad para transmitir enfermedades debido a la proximidad física, hábitos de vida y a factores hereditarios. Las enfermedades infecciosas, la mala nutrición y la diabetes son ejemplos de enfermedades que se transmiten fácilmente dentro de la familia. En resumen, la familia puede ser fuente de todo tipo de enfermedades psicológicas, psicosomáticas o somáticas.

Einsten y Col; consideran que los elementos de conocimientos y habilidades que requiere un médico familiar son: la comprensión de la estructura y la función de la familia, el conocimiento de la forma como la familia se comunica, la capacidad para observar como operan las familias y para relacionarse con estas lo mismo que con individuos, y la aceptación del papel de reforzadores de la función central de la familia: proporcionar un medio para el desarrollo social, psicológico y biológico de todos sus miembros.

Las familias tienen tanto una estructura como una función. A los miembros de las familias se les asignan papeles específicos para que desempeñen alguna función dentro de la misma.

No importa lo bien que la familia funcione habrá ocasiones en su evolución en que tendrá que enfrentarse a amenazas contra su integridad, desarrollo o incluso su sobrevivencia. **(10)**

Mientras que el interés de la epidemiología es la salud y la enfermedad de las poblaciones, el interés de la epidemiología familiar se centra en las relaciones salud-enfermedad dentro de las familias. Cualquier estudio de una población empieza con la unidad más simple: La familia. En tanto no se comprenda su estructura y funcionamiento y se registran los datos clara y consistentemente no es posible evaluar los grupos más grandes. Todavía se necesita mucha investigación en medicina familiar para determinar por ejemplo, que papel juegan los eventos de la vida y las crisis personales, sociales y de desarrollo en la incidencia de la morbilidad y la mortalidad de las familias. **(11)**

Desde esta perspectiva la medicina familiar es definida como una especialidad médica y disciplina académica que estudia los procesos que inciden tanto en la salud como en la enfermedad del individuo y sus familias. Así mismo se define al médico familiar como un especialista que atiende los problemas relacionados con el proceso de salud-enfermedad en forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar tomando en consideración el contexto biológico, social y psicológico. (7)

La especialidad en medicina familiar tiene como objetivo capacitar al alumno para responsabilizarse de la atención médica primaria, continua e integral del individuo y su familia, resuelve en forma integral los problemas de salud prevalentes utilizando los avances científicos y tecnológicos en medicina, con la concepción del hombre como un ser biopsicosocial en un momento histórico.

En el año de 1993 se inició el “Curso de especialización en medicina familiar para médicos generales” con una duración de dos años dirigidos a las unidades de primer nivel del ISSSTE para el Estado de Chiapas, estableciendo un convenio con la facultad de medicina de la UNAM con base en las necesidades de capacitación para los trabajadores del Estado con el objetivo de generar, conducir y asesorar proyectos de investigación en medicina familiar, que redunden en un mayor apoyo académico a las disciplina y en una atención médica de mayor calidad.

La medicina familiar ha modificado sus fundamentos como también ha evolucionado la patología orgánica y mental, por ende, el compromiso del médico de familia no es con la institución donde labora, con su ejercicio privado o consigo mismo, sino con sus pacientes y las familias de estos quienes merecen una atención de gran calidad. (12)

Para definir el perfil del médico familiar se establecieron diversos aspectos en las que se especifican 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. A continuación enuncio estos aspectos mediante la siguiente tabla:

ÁREA	CONOCIMIENTOS	HABILIDADES	ACTITUDES Y VALORES	ACTIVIDADES
Asistencial	<ul style="list-style-type: none"> * 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 * Informática 	<ul style="list-style-type: none"> *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 medica mas adecuada al problema de salud que enfrenta *Capacidad resolutive y/o de referencia *Valorar con justicia los elementos subjetivos y objetivos durante la practica medica *Capacidad empática 	<ul style="list-style-type: none"> *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 *compromisos y solidaridad en el vinculo con el individuo y su familia *Compromiso de seguimiento del paciente durante su atención medica *Compasión *Sinceridad *Honestidad *Liderazgo 	<ul style="list-style-type: none"> *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 medica mas adecuada al problema de salud que enfrenta *Atención de los pacientes en diversos escenarios.

Administrativa	<ul style="list-style-type: none"> *Administración de los servicios. *Economía y salud. *Liderazgo *Informática *Leyes y reglamentos en materia de salud 	<ul style="list-style-type: none"> *Gestor en coordinación con el equipo de salud. *Optimización de los recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> *Servicio *Honradez *Respeto a los individuos e instituciones 	<ul style="list-style-type: none"> *Coordinación al equipo de salud *Optimizar recursos *Promover el desarrollo organizacional en los diversos escenarios de trabajo
Educativa	<ul style="list-style-type: none"> *Educación médica *Lectura crítica *Lectura de textos médicos en inglés *Informática 	<ul style="list-style-type: none"> *Educación y promoción de la salud *Asesor *Evaluación de los programas educativos *Formador de nuevos recursos humanos 	<ul style="list-style-type: none"> *Compromiso con su desarrollo profesional *Compromiso y respeto con sus educandos 	<ul style="list-style-type: none"> *Educar *Promover la salud *Asesorar *Desarrollar y actualizar sus conocimientos y habilidades
Investigación	<ul style="list-style-type: none"> *Metodología de Investigación *Estadística *Informática 	<ul style="list-style-type: none"> *Evaluación de los resultados de la investigación y su aplicación práctica 	<ul style="list-style-type: none"> *Ética *Rigor metodológico 	<ul style="list-style-type: none"> *Planear, diseñar y conducir proyectos de investigación y difundirlos en los medios existentes

ACTIVIDADES EN MEDICINA FAMILIAR

<ul style="list-style-type: none"> • Consejería y/o terapia individual, familiar, grupal, prematrimonial y matrimonial. • Asesoramiento genético y cuidados prenatales. • Medicina preventiva clínica y mantenimiento de la salud. • Terapéutica clínica ambulatoria en las tres esferas. • Abordaje integral de los problemas de salud. • Atención continúa en la consulta externa y cuidados comprensivos sin distinción de sexo, edad, sistema u órgano afectado o enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas comunitarias, domiciliarias, cuidado en hogares e intrahospitalarias y urgencias médicas. • Participación y organización de actividades comunitarias en salud y educación comunitaria. • Participación y organización de actividades docentes para el personal de salud y la comunidad. • Medicina comunitaria y diagnóstico de salud comunitario. • Medicina costo-efectiva (Uso racional de los recursos)
---	---

PROCEDIMIENTOS EN MEDICINA FAMILIAR

<ul style="list-style-type: none"> • Infiltración intraarticular y extraarticular (hombros, rodillas, puntos gatillo, etc.) • Infiltración de cornetes nasales. • Infiltración y exéresis de queloides. • Escisión de quiste sebáceo. • Escisión de lipoma. • Extracción de uña (parcial o total) y drenajes. • Extracción de cuerpo extraño en córnea. • Extracción de cuerpo extraño conjutival. • Extracción de cuerpo extraño en oído. • Extracción de cuerpo extraño nasal. • Exéresis de masas mamarias (nódulos, mamas supernumerias) 	<ul style="list-style-type: none"> • Escleroterapia. • Escisión de acrocordones. • Biopsia de piel y mucosas. • Aspiración de quiste sinovial. • Punción y aspirado de quiste mamario. • Cauterización de lesiones de piel (verrugas, etc.) • Curación (heridas, úlceras, quemaduras, etc.) • Debridamiento de herida. • Drenaje de Absceso. • Marsupialización de quiste pilonidal. • Marsupialización de quiste de Bartholino. • Reparación de heridas cutáneas (suturas tradicionales y estéticas) • Corte de puntos. • Lavado de oídos. • Cirugía de chalazión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Taponamiento nasal. • Colocación de férula. • Reparación de lóbulo de oreja. • Crioterapia. • Reducción de fractura/luxación. • Toma de papanicolau. • Autoinjerto de piel. • Peeling. • Cirugía de Hemorroides Trombosadas. • Toma de Partos Vaginales. • Anoscopia.* • Rectosigmoidoscopia Flexible.* • Colposcopia.* • Circuncisión.* • Reducción de parafimosis* • Vasectomía.* • Cesárea.*
<p>Los procedimientos marcados con un asterisco (*) son aquellos que dependerán de la capacitación de cada Médico Familiar durante su formación de postgrado o de residencia.</p>		

En cuanto al código de bioética del médico familiar asume que la dimensión moral de la medicina familiar exige del profesional de esta especialidad un conjunto de actitudes, principios y valores que emanan de los ideales morales inherentes a la profesión médica, y de la observancia y respeto a los derechos humanos de las personas sanas y enfermas que requieren de atención médica, como integrantes de una familia y de la sociedad en su conjunto.

El médico familiar asume, por su parte, que la relación que establece con las personas que demandan sus servicios, así como la que debe tener con otros profesionales de la atención a la salud y, en su caso, con quienes se forman bajo su responsabilidad para el desempeño de la medicina familiar y de la investigación en el área se fundamenta en principio, en el respeto a la dignidad humana, entendida como la condición del hombre que lo caracteriza como un ser racional, afectivo y evolutivo con facultades y capacidades que lo diferencian de los demás seres de la biosfera.

El médico familiar cuenta con los siguientes Instrumentos básicos para el ESTUDIO DE SALUD FAMILIAR (ESF). Los cuales han sido ampliamente utilizados, probados y validados en el ámbito de la medicina familiar en lengua castellana. Entre los cuales se pueden mencionar los siguientes:

* Historia clínica (instrumento de trabajo clínico de todo médico)

* Genograma (instrumento que proporciona una visión rápida e integrada de los problemas biomédicos y psicosociales y propicia una adecuada relación médico-paciente. Describe la estructura familiar, las relaciones de parentesco y las características generales de los integrantes de la familia).

*Clasificación familiar (permite identificar desde diversas perspectivas las características de las familias).

* Ciclo vital familiar (favorece la evaluación de factores de riesgo relacionados con las etapas de desarrollo existencial de las familias).

*Apgar familiar (instrumento de auto aplicación que evalúa la percepción del apoyo familiar. Contiene cinco preguntas).

* FACES III (instrumentos de auto aplicación que evalúa la cohesión y adaptabilidad familiar contiene 20 preguntas).

*Índice simplificado de pobreza familiar (instrumentos de auto aplicación de pobreza en las familias. Contiene cuatro preguntas).

*Escala de reajuste social de Holmes y Rahe (instrumento observacional que permite realizar una evaluación cuantitativa de los acontecimientos vitales estresantes. Contiene 43 preguntas).

*Cuestionario Medical Outcomes Study (MOS) de Sherbourne CD y Stevart AL de apoyo social (instrumento de auto aplicación que informa sobre el tamaño de la red social a través de cuatro dimensiones de apoyo. Contiene 20 preguntas). (7)

En la práctica clínica diaria existen pacientes con sintomatología crónica o mental sin base orgánica, en muchas de estas situaciones subyace un trasfondo de disfunción familiar manifestándose como una enfermedad psicósomática.

Para nuestro estudio resulta un elemento útil, de primera mano y con el cual se puede iniciar la evaluación de la dinámica familiar.

FAPGAR:

Este instrumento fue uno de los primeros elaborados por un médico familiar. Smilkstein publicó el FAPGAR en 1978 con el propósito de diseñar un breve instrumento de tamizaje para uso diario en el consultorio del médico de familia, que para obtener datos que reflejen el punto de vista de sus pacientes en relación con la situación funcional de sus familias el acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar, adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnertship), desarrollo (growth), afectividad (afección) y capacidad resolutive (resolve). Elaborándose en los cinco elementos o

constructores iniciales, éste instrumento consta solamente de cinco reactivos uno para cada constructo, la escala de calificación incluye tres categorías de respuestas: casi siempre, algunas veces, casi nunca, con puntaje de cero a dos. El autor lo utilizaba como instrumento para evaluar funcionalidad familiar, dándole a los puntajes de 7 -10 calificación de altamente funcional, y de 4 -6 moderadamente funcional y menor de 3 familia fuertemente disfuncional sin embargo estudios recientes no apoyan su consistencia para evaluación de funcionalidad familiar y no se correlaciona con los resultados de otros instrumentos más específicos como los son el FACES y la integración del diagnóstico una vez evaluadas las familias integralmente, lo que ha llevado a investigar lo que realmente mide y se ha concluido que mide de manera subjetiva la satisfacción de la funcionalidad familiar, (SFF) pero no íntegramente la funcionalidad como tal. **(14)**

Se realizó un estudio de la función familiar a través del cuestionario APGAR, en el centro de salud de Jumilla (Murcia) con una población adscrita de 12,700 teniendo como objetivo:

- a) Analizar la dinámica familiar en la población usuaria al centro de salud.
- b) Establecer una relación entre percepción de disfunción familiar y distintas variables.

DISEÑO: Estudio descriptivo, transversal, según modelo de encuestas con preguntas cerradas: a) Apgar familiar (APGAR F), y b) cuestionario de 16 ítems. Sujetos seleccionados 397 pacientes (18 -65 años) por muestreo sistemático, se utilizó el método estadístico de ji al cuadrado y análisis de residuos, mediciones y resultados. Análisis de la percepción familiar 315 normofuncionales (79.35) y 82 disfuncionales (20.65%). Aparecen relaciones estadísticamente significativas entre disfunción familiar y número de Hermanos, estado civil, número de hijos, nivel de instrucción, salud mental y motivo de consulta. Llegando a la conclusión que el Apgar F permite distinguir los pacientes con disfunción familiar; Hay una clara relación entre la disfunción familiar y los motivos de consulta. **(15)**

EL GENOGRAMA es la representación gráfica de una constelación (GESTAL) familiar multigeneracional (TRES GENERACIONES) que por medio de símbolos permite recoger, registrar, relacionar y exponer, categorías de información del sistema familiar, en un

momento determinado de su evolución y permite utilizarlo para la resolución de problemas. También se le conoce como: árbol genealógico, árbol familiar, pedigree humano, familiograma.

Es utilizado por historiadores, antropólogos, biógrafos, médicos familiares, terapeutas familiares, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, genetistas, psichistoriadores, etc.

Es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistemático de la familia, y es útil para la identificación de familias cuya estructura las coloca en algún riesgo de carácter biológico y social. Además permite conocer el tipo de familia y en que etapa del ciclo de vida familiar se encuentra la familia así como los eventos de salud más importantes que le han ocurrido a cada uno de sus miembros y los aspectos relevantes de las interrelaciones entre ellos. **(16)**

Crear un genograma supone tres niveles.

1.) Trazado de la estructura familiar: a través de un conjunto de símbolos, los cuales la mayoría son internacionalmente aceptados.

2.) Registro de la información familiar.

a) Información demográfica: incluye edades, fechas de nacimientos, muertes, ocupaciones y nivel educacional.

b) Información sobre el funcionamiento. Incluye datos más o menos objetivos sobre el funcionamiento médico, emocional y del comportamiento de distintos miembros de la familia.

c) Sucesos familiares críticos: Incluyen transiciones importantes, cambios de relaciones, migraciones, fracasos y éxitos.

3) Delineado de las relaciones familiares comprende el trazado de las relaciones interpersonales o afectivas. **(17)**

**PROPUESTA DE LA SIMBOLOGÍA DEL FAMILIOGRAMA DE
ACUERDO CON EL CENSO DE LOS MÉDICOS FAMILIARES A NIVEL
NACIONAL**

SIMBOLOGÍA

Sexo (Hombre / Mujer / Indefinido)	□ ○ ◇
Adopción*	[□] [○]
Matrimonio*	[año]
Vínculo ascendente*	┌───┐ └───┘
Vínculo descendente*	┌───┐ └───┘
Personas que habitan la casa*	⋈
Unión libre*	[año]
Gemelos heterocigotos*	□ ○
Gemelos homocigotos*	□ □
Divorcio*	[año]
Separación*	[año]
Matrimonio consanguíneo**	[año]
Descendencia desconocida**	♀
Matrimonio sin embarazos ni hijos**	┌───┐ └───┘
Vive lejos del hogar (escuela, cárcel, etc.)**	□

Relaciones interpersonales afectivas

Asociación con salud - enfermedad interpersonal afectiva

Relaciones conflictivas*	⚡
Relaciones cerradas*	≡
Relaciones distantes*	---
Relaciones dominantes*	→
Disfunción en el matrimonio**	□ ○
Disfunción en el matrimonio y amante**	□ ○ □

Aborto* espontáneo / inducido	● ○
Muerte*	☒
Embarazo*	△
Paciente identificado*	□ ○
Óbito**	●

El alcoholismo es una de las principales causas de mortalidad (accidentes y violencia) ocasionados por el abuso del alcohol, así como un factor importante de disfunción familiar y social (maltrato a la esposa, hijos y ancianos), e incapacidad laboral (ausencia en el trabajo).

La intervención del médico familiar en el alcoholismo en el primer nivel de atención médica, enfrenta diversas barreras que dificultan su abordaje, sin embargo se ha comprobado que el otorgar pláticas de información e incluir consejos del médico familiar durante su consulta, resulta útil en la educación de la población ya que los pacientes responden positivamente a las indicaciones médicas cuando consideran que están siendo realmente atendidos.

Para identificar los casos de consumo perjudicial, abuso y dependencia al alcohol, se utilizan cuestionarios clínicos. Los más importantes son:

El CAGE y el TEST DE IDENTIFICACION DE DESORDENES DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL.

El CAGE consta de cuatro preguntas, si la respuesta es afirmativa en dos hay problemas con el alcohol.

El manual de intervención breve (TEST DE IDENTIFICACION) consta de diez preguntas, las tres primeras miden la cantidad y frecuencia del consumo del alcohol, las siguientes tres preguntas se refieren a la aparición de posibles síntomas de dependencia y las cuatro últimas valoran los problemas recientes y pasados.

En los casos graves el enfermo presenta diversas patologías clínicas, severos desajustes emocionales y graves conflictos sociales que requieren atención del personal médico y el apoyo del grupo de autoayuda como Alcohólicos Anónimos. **(19)**

La violencia intrafamiliar es muy común, sobre todo la dirigida contra la mujer, el médico siempre debe investigar el origen de las lesiones así como la posible existencia de violencia intrafamiliar.

Los sociólogos llegan a la conclusión que en ningún otro lugar de la sociedad, como en el hogar, es el lugar donde se dan más casos de violencia o maltrato físico (a la esposa, hijos o ancianos). La violencia dirigida a la mujer (Esposa) ya sea física, psicológica o sexual es la que menos atención ha recibido, como el maltrato al menor, en ambos casos se asocia al alcoholismo.

Se dice que la conducta violenta se aprende en el hogar, en la cual los miembros las repiten al formar sus propios hogares (familia). El origen de la agresividad radica en factores intrapsíquicos, muchas veces desencadenados por los efectos del alcohol.

Se puede concluir que el origen de la violencia es el resultado de una dinámica familiar disfuncional, donde intervienen factores individuales, relaciones interpersonales inadecuadas y socioculturales. **(20)**

Este trabajo de investigación esta basado en el modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF). Diseñado por un equipo de profesores del Departamento de Medicina Familiar, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. 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 medica familiar produce un impacto favorable en la salud de las familias?.

El MOSAMEF es una guía metodológica que debe utilizar el médico familiar, para propiciar 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 y tipología, etapa del ciclo vital familiar y elementos económicos y sociales constituyen algunos de los componentes del denominado diagnóstico de salud familiar. El análisis de las patologías que con mayor frecuencia se presentan en las familias, constituye el perfil de morbimortalidad 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 este tipo de proyectos de investigación multidisciplinaria y permiten el uso más eficiente de los recursos para la solución de problemas de salud. (21)

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, celebrada en Ama Ata en 1978, formuló la Declaración de Alma Ata, en la que se afirma que la atención primaria de salud es la clave para alcanzar la salud de los seres humanos del mundo. En la declaración figura la siguiente definición:

“La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y aun costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación”. (22)

La mayoría de los países en desarrollo siguen con la carga que representan las enfermedades tropicales y otras condiciones ligadas a la pobreza, inclusive antes de que podamos ganar la batalla contra las enfermedades contagiosas, muchos países deben ahora, adicionalmente encarar la carga que significa una población de edad avanzada con enfermedades crónico-degenerativas; aunado al daño causado al ambiente por la contaminación creada por el hombre mismo, peligra nuestra supervivencia. Encima de todo esto, estamos amenazados por una nueva y terrible enfermedad (SIDA) para la cual todavía no existe un tratamiento curativo.

Por lo que se debe transformar los Sistemas de Salud de acuerdo a los principios de la atención primaria y de la estrategia “Salud para Todos”. Este es el gran reto para la Salud de los años venideros. (23)

Siguiendo con la revisión de hechos históricos, en el año de 1994 en Ontario, Canadá, se realiza otra reunión importante de la que se deriva otra declaración que señala cómo el médico de familia en el ejercicio de la medicina familiar, puede contribuir a atender las necesidades de salud de la población. Este documento, la Declaración de Ontario, ha servido de base para la

reorientación de muchos programas de formación de profesionales de la medicina familiar, al mismo tiempo de documento guía para el proceso de introducción de la medicina familiar en las reformas de los sistemas de salud de muchos países.

En el año de 1996 el Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF) realizó –en Buenos Aires, Argentina- una reunión de trabajo sobre la medicina familiar y la reforma en los sistemas de salud. Emitió una declaración, la Declaración de Buenos Aires, que fue firmada por directivos de los sistemas de salud de los países de América Latina y el Caribe, por formadores de recursos humanos de pregrado y postgrado vinculados a la formación en medicina de familia, y por directivos de sociedades civiles de médicos de familia.

En ese mismo año de 1996 el CIMF se transforma en la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, la cual afilia actualmente a las sociedades nacionales de 17 países; esta organización en el año de 2002 llevó a cabo la Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar logrando la asistencia de Ministros y Viceministros de salud de los 17 países que conforman esta confederación; estableciendo una serie de compromisos en materia de formación de médicos familiares en postgrado; de introducción a la medicina familiar en el pregrado, así como en el proceso de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. Estos compromisos están plasmados en la llamada Declaración de Sevilla.

El último de los hechos históricos que quiero mencionar –el más reciente–concretado en junio de 2002, es el de la aprobación por parte de WONCA de la 6ª. Región mundial, llamada Región Wonca Iberoamericana-CIMF, efectivamente, con esta aprobación, los 17 países que anteriormente ya trabajaban afiliados en CIMF, ahora se han convertido en una nueva región de WONCA. Esta recapitulación de hechos históricos significativos sintetiza los factores que han influenciado la evolución de la medicina familiar. **(24)**

WONCA (Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones de Médicos de Familia) (Newman, 1993).Es una organización no gubernamental con relación oficial con la OMS y la UNICEF. LA WONCA tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de los pueblos de todo el mundo manteniendo y mejorando la calidad asistencial de la medicina

general. Esta organización fue oficialmente inaugurada en la quinta conferencia mundial, celebrada en Melbourne, en 1972. La Secretaría esta ubicada en Australia.

Los objetivos de la WONCA son (Horder, 1986):

- 1.- Promover y vigilar el mantenimiento de altos niveles de práctica de la Medicina Familiar, a través de la educación y la investigación.
- 2.- Promover la comunicación entre los Médicos Familiares.
- 3.- Representar las actividades académicas y de investigación de los Médicos Familiares en otros organismos mundiales.
- 4.- Estimular el desarrollo de instituciones educativas e investigadoras de Medicina Familiar.

La actividad más visible de WONCA es la organización de conferencias mundiales: Melbourne 1972, México 1974, Toronto 1976, Montreal 1978, Nueva Orleans 1980, Singapur 1983, Londres 1986 y Jerusalén 1989, Vancouver en 1992 y en Hong Kong en 1995.

La WONCA acepta como miembros a asociaciones académicas de medicina general, normalmente una por cada país. Tal es el caso de La sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Asociación de Docentes de Medicina General de América del Norte, o de la SIMG (Sociedad Internacional de Medicina General). **(25)**

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se desconocen las patologías, que con mayor frecuencia se presentan en las familias adscritas al consultorio 3 t.v. de la unidad de medicina familiar del H.G.S.Z. no. 19 IMSS Huixtla, Chiapas.

Así como también se desconoce la estructura, clasificación tipológica, etapa en el ciclo vital familiar, los elementos económicos y sociales que caracterizan a las familias usuarias de este consultorio.

Es factible que al conocer esta información se puedan implantar programas de actividades de promoción de la salud preventiva y terapéutica.

Por las anteriores consideraciones se plantea la siguiente interrogante para esta investigación.

¿CUÁL ES LA MORBILIDAD Y CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO 3 T.V. DEL HGSZ NO. 19 IMSS, HUIXTLA, CHIAPAS?

JUSTIFICACIÓN

Las infecciones de vías respiratorias, digestivas y de vías urinarias figuran entre las tres principales causas de enfermedades a nivel nacional y a nivel estatal (Chiapas). Para el IMSS (régimen ordinario) las infecciones de vías respiratorias representan un promedio nacional de 7, 269,341 consultas anuales para el año 2006 y un promedio estatal (Chiapas) 42,873 consultas anuales para el mismo año.

Las infecciones intestinales representan un promedio nacional de 1, 829,493 consultas anuales (2006) y un promedio estatal 41,873 consultas anuales (2006). Las infecciones de vías urinarias con un promedio nacional de 1, 263,496 consultas anuales y un promedio estatal de 17,462 consultas anuales (2006). Los datos anteriormente descritos fueron reportados por la Dirección General de Epidemiología.

En el Hospital General de Subzona N° 19 (IMSS) Huixtla Chiapas las enfermedades crónicas-degenerativas como la diabetes mellitus no insulino dependiente y la Hipertensión arterial seguidas por las infecciones de vías respiratorias destacan entre las tres principales causas de enfermedades.

La D.M.2 con un total de 3,431 consultas otorgadas durante el año 2006 la hipertensión arterial con un total de 3,404 y las infecciones de vías respiratorias con 2, 719 consultas en el mismo año, los datos que se mencionan fueron obtenidos por el Sistema de Información Médico Operacional (SIMO).

La prevalencia de las enfermedades respiratorias infecto-contagiosas y parasitarias propias de la pobreza, así como el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas coinciden con la transición epidemiológica observada en la población nacional.

Este panorama epidemiológico obliga a encontrar alternativas de solución a las necesidades de atención planteadas en el primer nivel de operación. Por ello es importante conocer con detalle la estructura de las familias (tipología y ciclo vital), las características de la pirámide

poblacional, las patologías más frecuentes de los derechohabientes adscritos al consultorio N° 3 de medicina familiar del turno vespertino del H.G.S.Z. N° 19 IMSS Huixtla, Chiapas.

Los resultados del diagnóstico de salud del consultorio nos conducirán a tomar medidas educativas de fomento y promoción a la salud así como la prevención de las enfermedades infectocontagiosas, gastrointestinales y de vías respiratorias, además de la prevención y detección de las enfermedades crónico-degenerativas.

Vulnerabilidad del problema. Para el presente trabajo se cuenta con el sistema de información médico operacional (SIMO) que archiva el informe diario del médico; se cuenta con una población fija asignada al consultorio donde se desarrollará el trabajo de investigación además de las instalaciones propias de la clínica como: sala de espera, consultorios, archivos clínicos para verificar la vigencia de derechohabientes y datos estadísticos (censo poblacional), un investigador, copias, plumas, lápices, por lo que el presente trabajo es factible.

Utilidad del Trabajo. Mejorar la Atención en el consultorio N° 3 de medicina familiar con el uso racionalizado de los recursos, favoreciendo la satisfacción tanto del médico como de los usuarios.

OBJETIVO GENERAL

Identificar las principales causas de consulta y las características de las familias adscritas al consultorio 3 turno vespertino del H.G.S.Z no. 19 IMMS Huixtla, Chiapas

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Determinar las causas más frecuentes de consultas de primera vez en las familias adscritas al consultorio 3 t.v. del H.G.S.Z no. 19 IMSS Huixtla Chiapas.
- ❖ Determinar las causas más frecuentes de consultas, subsecuentes en las familias adscritas al consultorio 3 t.v. del H.G.S.Z no. 19 IMSS Huixtla, Chiapas.
- ❖ Diseñar la pirámide poblacional del consultorio.
- ❖ Clasificar las familias con base en el parentesco.
- ❖ Clasificar a las familias sin parentesco.
- ❖ Clasificar a las familiar con base en la presencia física en el hogar.
- ❖ Clasificar a las familias con base en sus medios de subsistencia.
- ❖ Clasificar a las familias de acuerdo al estilo de vida personal – familiar, originados por cambios sociales.
- ❖ Clasificar a las familias con base en el ciclo vital familiar

METODOLOGÍA

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO: TIPO DE ESTUDIO CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS

- ◆ **OBSERVACIONAL:** No van a ver modificaciones en las variables sólo se va a observar.
- ◆ **DESCRIPTIVO:** Sólo cuenta con una población.
- ◆ **CON UNA FASE RETROSPECTIVA Y OTRA PROSPECTIVA**
- ◆ **DE CORTE TRANSVERSAL:** Sólo se medirán una vez las variables sujetas a estudio.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

UNIVERSO DE ESTUDIO:

- ◆ Familias adscritas al Consultorio 3 Turno Vespertino del Hospital General de Subzona Número 19 IMSS. Huixtla, Chiapas.
- ◆ Información diaria de las consultas médicas otorgadas en el periodo comprendido del mes de mayo de 2006 a mayo del 2007, en el consultorio 3 Turno Vespertino del Hospital General de Subzona Número 19 del IMSS Huixtla, Chiapas. Registradas en el Sistema Único de Información (SIMO).
- ◆ Pirámide Poblacional (Censo de la Población adscrita al Consultorio 3 Turno Vespertino del Hospital General de Subzona Número 19 IMSS. Huixtla, Chiapas.

LUGAR Y PERIODO DEL ESTUDIO

HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA NÚM. 19 IMSS. HUIXTLA, CHIAPAS.

- ◆ Las encuestas se realizarán con la Cédula Básica de Identificación Familiar en el periodo comprendido del 1º al 30 de Junio del 2007.
- ◆ La recolección de la información de las principales causas de consulta se realizará en el periodo comprendido del 1º al 30 de Julio del 2007.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

INCLUSIÓN:

- ◆ Familias adscritas al Consultorio 3 Turno Vespertino del Hospital General de Subzona Número 19 IMSS. Huixtla, Chiapas.
- ◆ Información diaria de las consultas médicas otorgadas en el consultorio 3 Turno Vespertino del Hospital General de Subzona Número 19 del IMSS Huixtla, Chiapas, recolectadas en el periodo comprendido del 1º. de Mayo del 2006 al 30 de Mayo del 2007; registradas en el Sistema Único de Información Operacional (SIMO), obtenidas en el Sistema de Información de Atención Integral de la Salud (SIAIS).
- ◆ Pirámide Poblacional (Censo de la Población adscrita al Consultorio 3 Turno Vespertino del Hospital General de Subzona Número 19 IMSS. Huixtla, Chiapas; proporcionadas por el Sistema Único de Información Operacional (SIMO) el día 13 de Junio del 2007.

EXCLUSIÓN:

Todas aquellas que no reúnan los criterios de inclusión.

- ◆ Familias adscritas a otro consultorio y turno.

ELIMINACIÓN:

- ◆ Encuestas incompletas o mal llenadas por el investigador.

MUESTRA:

No aleatoria y por cuotas (100 encuestas)

PROCEDIMIENTO

- ❖ Se entrevistarán 100 familias usuarias al consultorio 3, turno vespertino del HGSZ N°. 19 del IMSS; utilizando las cédulas de identificación familiar propuestas por el departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México. Para medir las variables relativas a las características familiares (tipología con base en el parentesco, sin parentesco, con base en la presencia física y convivencia, estilos de vida originados por cambios sociales, con base en sus medios de subsistencia y etapa del ciclo vital familiar), así como variables socioculturales (edad, escolaridad, ocupación, estado civil, número de hijos).
- ❖ La entrevista se realizará en forma confidencial, dentro del consultorio de Medicina Familiar con privacidad y la efectuará el investigador antes de iniciar la atención médica, previo consentimiento del entrevistado.
- ❖ Para identificar la morbilidad, se acudirá a las oficinas del Sistema de Información Médica Operacional (SIMO) que se encuentra localizada dentro de la unidad médica. El SIMO es el lugar donde se registra diariamente las consultas otorgadas por cada médico familiar, por cada consultorio y por turno se clasifican por consultas de primera vez y por consultas subsecuentes.
- ❖ Mediante el programa Sistema de Atención Integral a la Salud (SIAIS) se revisarán todas las hojas de registro diario de consultas otorgadas en el consultorio numero 3 turno vespertino, en el tiempo comprendido del 01 de mayo del 2006 al 30 de mayo del 2007, de esta manera se identificarán las 10 principales causas de consulta de primera vez y las 10 principales causas de consulta subsecuente.
- ❖ La Pirámide Poblacional será proporcionada por archivo clínico, esta información también se encuentra en el SIMO.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación no implica algún tipo de riesgo según el artículo 17 del capítulo 1° de disposiciones comunes del título II de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos del reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud.

En este estudio no se realizarán procedimientos o técnicas que atenten contra la integridad de las familias que forman parte del universo estudiado, por lo que no se presentarán repercusiones que atenten contra la salud ni conductas que perjudiquen a los participantes; sin embargo se informará y se solicitará autorización a cada entrevistado.

Por todo lo descrito anteriormente el presente trabajo obedece al siguiente principio:
RESPECTO A LAS PERSONAS.

RECURSOS

HUMANOS:

- Médico residente de medicina familiar
- Cuatro Asesores Médicos Familiares del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México.

MATERIALES: Cuestionario o cédula básica de identificación familiar. Material diverso de papelería (Hojas blancas, plumas, lápices, gomas), computadora, impresora.

FINANCIEROS: Los gastos originados para este estudio correrán a cargo del investigador.

RESULTADOS

Se identificó una población total de 1831 personas de los cuales 898 correspondieron al sexo masculino y 933 al sexo femenino, respecto a la proporción entre hombres y mujeres los primeros agrupan el 49% de la población y los segundos el 50.9 %. El grupo de edad que predominó fue de 15 a 49 años. (Figura 1).

Se registraron un total de 3025 consultas otorgadas donde se identificó que las 10 principales causas de consulta de primera vez por orden descendente fueron: Rinofaringitis 244, (8.06%), Parasitosis intestinal 3%, Gastritis 2.18%, Lumbalgias 7.35%, infecciones de vías urinarias 6.49%, Supervisión de embarazadas 6.20%, Hiperlipidemias 6.06%, Gastroenteritis probable origen infeccioso 5.62%, Dermatomicosis 4.61%.

Así mismo destacan dentro de las 10 principales causas de consulta subsecuente las siguientes enfermedades: La Diabetes Mellitus no insulino-dependiente 19.04%, y la Hipertensión Arterial Sistémica 18.64%, Supervisión a embarazadas 7.76%, Rinofaringitis 6.9%, Hiperlipidemias 4.99%, Gastritis 5.61%, Infección de vías urinarias 3.54%, Lumbalgias 3.26%, Amibiasis 2.25%, Dermatomicosis 2.06%. (Figura 2), (Figura 3).

Características de las familias encuestadas: Tipología familiar con base en su composición con parentesco. Nuclear simple 31%, Extensa compuesta 13%, Nuclear numerosa 12%, Extensa 12%, Reconstruida (BINUCLEAR) 11%, Monoparental Extendida 11%, Monoparental 7%, Nuclear 3%. Tipología familiar con base en la presencia física. Núcleo integrado 62%, Extensa descendente 25%, Núcleo no integrado 12%. Tipología familiar con base en sus medios de subsistencia. Agrícolas o Pecuarias 34%, Servicios 33%, Industrial 14%, Comercial 13%.

Por su Ciclo Vital, estas 100 familias se encontraron en la Fase de Dispersión e Independencia 32%, Fase de Expansión 22%, Retiro y Muerte 10%. (Figura 4).

El estado civil fue Casados 63%, Unión Libre 21%, Madre Soltera 2%, Viuda 9 %, Divorciados 5%. Los años de Unión Conyugal en las parejas encuestadas promedió 16.4 +/- 20 años con valores mínimo y máximo de 0 a 59 años. La edad promedio de los padres fue de 41.4 +/- 46 años y de las madres de 40.6 +/- 44 años con una amplitud de clase 0 a 77 y de 17 a 87 años respectivamente.

La escolaridad de los padres fue en el 20% de los casos primaria incompleta, 19% Analfabeta, 15% Primaria, 21% Secundaria, 2% Secundaria Incompleta, 2% Preparatoria, 1% Carrera Técnica, 2% Profesional. La escolaridad de las madres fue Analfabeta 22% de los casos, Secundaria 20%, Primaria Incompleta 19%, Primaria 18%, Preparatoria 8%, Carrera Técnica 7%, Profesional 6%.

El 36 % de los padres son Campesinos, 25% Empleados, 18% Obreros, Comerciantes 7%, Pensionados 5%, Carrera Técnica 2%, Profesional 7%.

El 78% de las madres se ocupa en las Labores del Hogar, 7% son Empleadas, 6% Obreras, 2% Pensionadas, 6% Profesional y 1% Carrera Técnica.

El número promedio de hijos por familias distribuidos por edad 0 a 10 años, de 11 a 19 años y de 20 o más fue de 0.50, 1.00, 1.50 respectivamente.

TABLAS (CUADROS) Y GRÁFICAS

CENSO DE POBLACIÓN (CONSULTORIO 3, TURNO VESPERTINO DEL HOSPITAL GENERAL
DE SUBZONA No. 19 HUIXTLA, CHIAPAS)

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	POBLACIÓN TOTAL
MENORES DE 1 AÑO	2	4	6
1 AÑO	10	10	20
2 AÑOS	11	14	25
3 AÑOS	15	7	22
4 AÑOS	20	12	32
01 - 04	56	43	99
5 AÑOS	17	14	31
6 AÑOS	18	13	31
7 AÑOS	19	15	34
8 AÑOS	45	15	60
9 AÑOS	18	10	28
05 - 09	117	67	184
10 - 14	80	79	159
15 - 19	90	105	195
20 - 24	58	61	119
25 - 29	58	63	121
30 - 34	66	145	211
35 - 39	76	67	143
40 - 44	60	59	119
45 - 49	50	55	105
50 - 54	43	50	93
55 - 59	23	30	53
60 - 64	23	18	41
65 - 69	23	19	42
70 - 74	15	23	38
75 - 79	23	20	43
80 - 84	19	12	31
85 Y MAS	16	13	29
TOTAL	898	933	1831

FIGURA 1

PIRÁMIDE POBLACIONAL

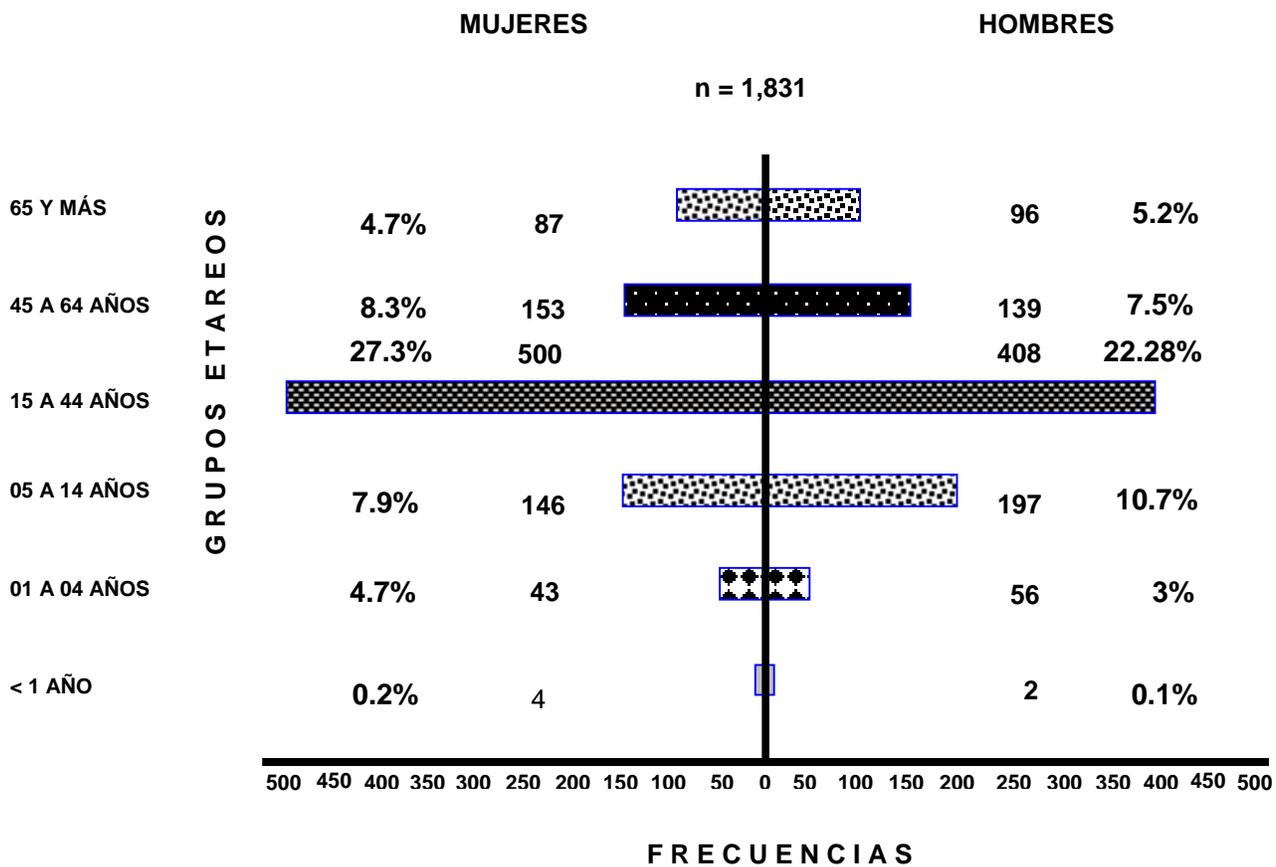


FIGURA 2

10 PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA DE 1a. VEZ

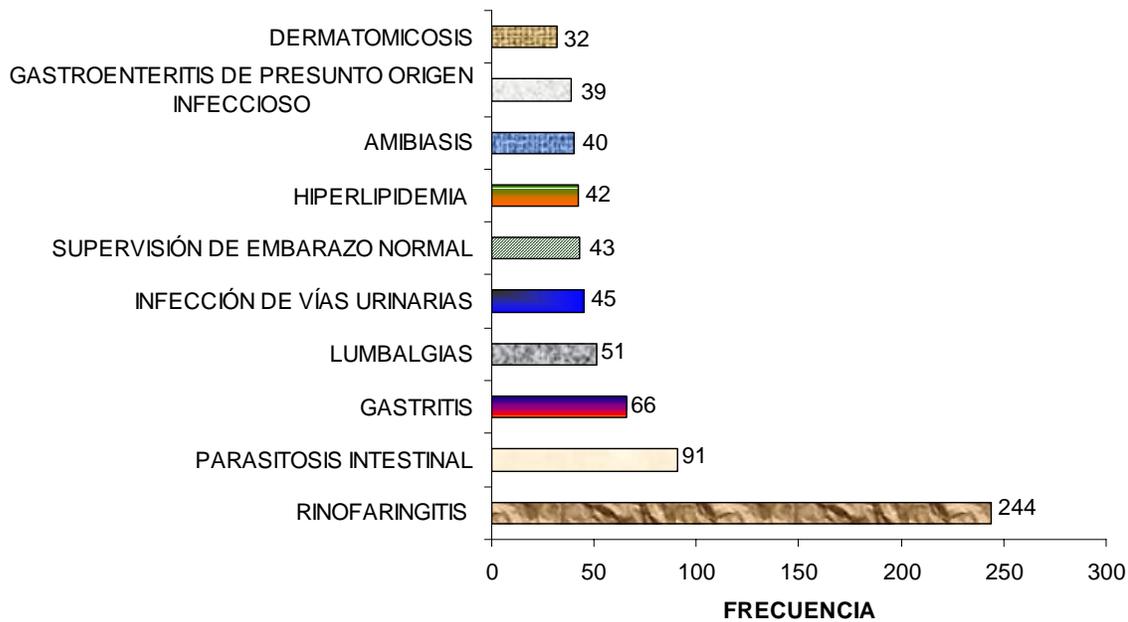
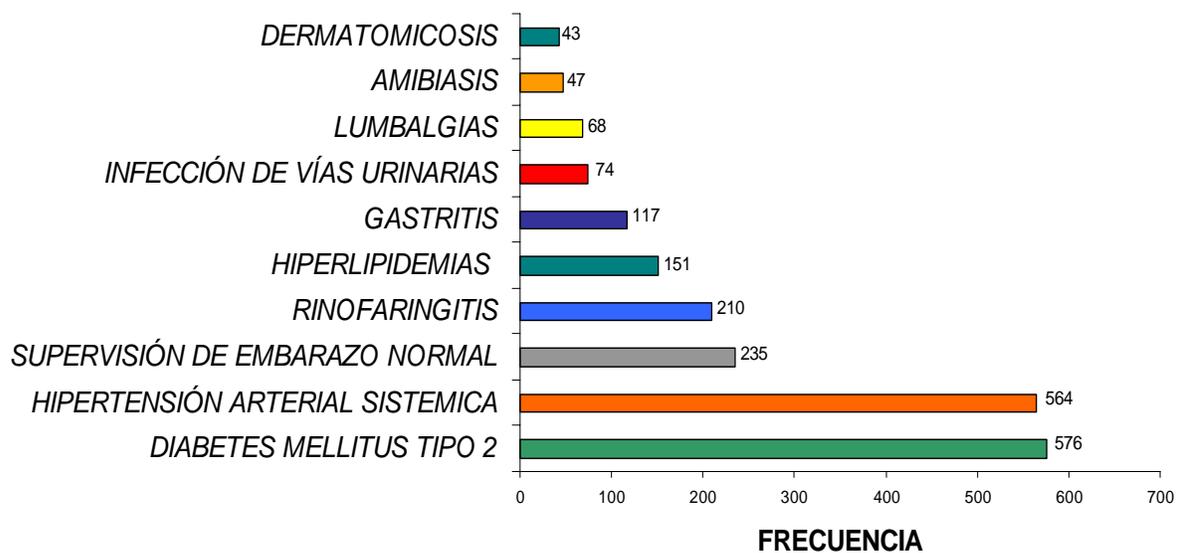
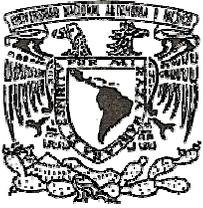


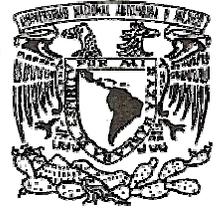
FIGURA 3

10 PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA SUBSECUENTE





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
COORDINACIÓN DE DOCENCIA



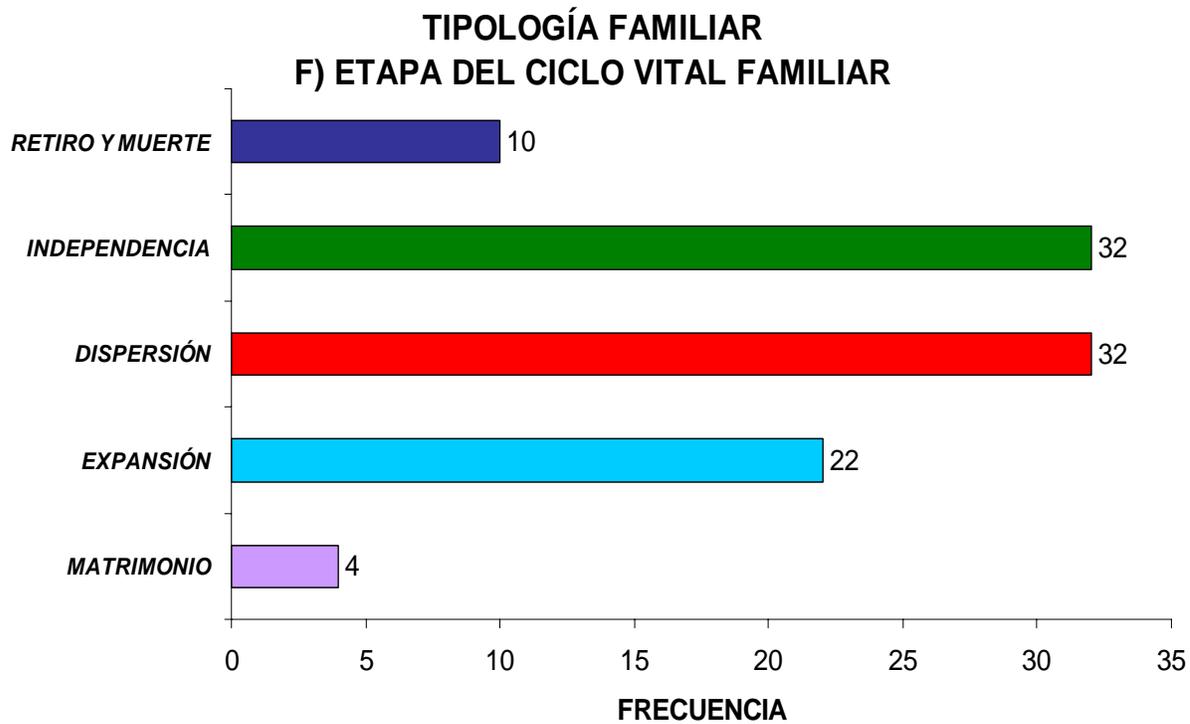
FORMATO PARA REPORTE DE LAS CAUSAS DE CONSULTA MÁS FRECUENTES

DIEZ CAUSAS MÁS FRECUENTES DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ CONSULTORIO No. 3			
Nº	CAUSAS DE CONSULTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	RINOFARINGITIS	244	35.20%
2	PARASITOSIS	91	13.13%
3	GASTRITIS	66	9.52%
4	LUMBALGIA	51	7.35%
5	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	45	6.49%
6	SUPERVISIÓN A EMBARAZADAS	43	6.20%
7	HIPERLIPIDEMIA	42	6.06%
8	AMIBIASIS	40	5.77%
9	GASTROENTERITIS INFECCIOSAS	39	5.62%
10	DERMATOMICOSIS	32	4.61%
TOTAL		693	100%

FORMATO PARA REPORTE DE LAS CAUSAS DE CONSULTA MÁS FRECUENTES

DIEZ CAUSAS MÁS FRECUENTES DE CONSULTA SUBSECUENTE CONSULTORIO No. 3			
No.	CAUSAS DE CONSULTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	DIABETES MELLITUS TIPO 2	576	27.62%
2	HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	564	27.05%
3	SUPERVISIÓN A EMBARAZADAS	235	11.27%
4	RINOFARINGITIS	210	10.07%
5	HIPERLIPIDEMIAS	151	7.24%
6	GASTRITIS	117	5.61%
7	INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS	74	3.54%
8	LUMBALGIA	68	3.26%
9	AMIBIASIS	47	2.25%
10	DERMATOMICOSIS	43	2.06%
TOTAL		2085	100%

FIGURA 4



DISCUSIÓN

Huixtla (Huiz- Espinas Tlan – Lugar) (origen Náhuatl).

El hospital general de subzona No. 19 se ubica en el municipio de Huixtla, Chiapas. El municipio de Huixtla se ubica en la región Soconusco del Estado de Chiapas, localizado en el límite de la región Sierra Madre y la Llanura Costera del Pacífico predominando el relieve plano, sus coordenadas geográficas son: 15° 09´ N y 92° 28W con una superficie de 385 KM². El clima es cálido húmedo con abundantes lluvias en verano, con una temperatura media anual de 27°C y una precipitación pluvial de 2500mm. Anuales.

Para el año 2000 Huixtla contaba con 48,476 Habitantes, su estructura es predominantemente joven, 72.39% de sus habitantes son menores de 30 años y la edad mediana es de 20-24 años. La población que habla una lengua indígena en el municipio es de 0.7%, dentro de la población indígena la etnia Zapoteca ocupa el primer lugar con 25.4% seguida de la etnia Tzotzil con 17.7% y la Tzeltal con 14.4%.

La población del municipio profesa la religión Católica 55.9%, las religiones protestantes y evangélicas concentran al 15.1%. Destaca el 19.4% que no practica alguna religión. (Fuente: estimación por COESPO en base al XII censo INEGI).

En Huixtla el 11.8% de la población mayor de 15 años no sabe leer ni escribir, mientras que a nivel estatal la proporción es de 22.9%. Actualmente a nivel nacional los indicadores revelan que uno de cada dos mexicanos de 15 años y más presentan rezago educativo (INEGI).

Las principales actividades económicas se concentran en el sector agropecuario donde labora el 28.8%, 17.8% trabaja en el comercio, 9.7% en la industria manufacturera y el resto en ocupaciones diversas. En cuanto al ingreso familiar el 32.7% percibe menos de un salario mínimo, 32.1% gana de 1 a 2 salarios mínimos, sólo el 1.9% gana entre 5 y 10 salarios mínimos. Estos datos permiten analizar que los fenómenos sociales, económicos y demográficos se traducen en una situación familiar de marginación social que determina la prevalencia de enfermedades infectocontagiosas y parasitarias, ocasionando un grave

problema de salud pública, ya que por su magnitud y trascendencia, ocupan las primeras causas de consulta. Llama la atención la presencia de enfermedades crónico-degenerativas principalmente la diabetes mellitus y la hipertensión arterial sistémica a edades cada vez más tempranas lo que coincide con la transición epidemiológica observada en la población nacional.

En cuanto a la mortalidad en el Hospital General subzona No. 19 durante el año 2006 se registraron 64 defunciones, ocupando como primera causa la insuficiencia renal crónica con tasa de 4.77, seguida de fibrosis pulmonar e insuficiencia cardíaca con tasa de 3.97 y 3.97 respectivamente. Las enfermedades crónico-degenerativas ocupan las primeras causas de mortalidad debido a la transición epidemiológica, desplazando a un segundo término a las enfermedades infecto contagiosas. (Fuente: diagnóstico de salud del hospital)

En el país las estadísticas permiten observar un cambio en el perfil epidemiológico de las causas de muerte: en 1930 prácticamente la mitad (47%) de las defunciones eran originadas por enfermedades infecciosas y parasitarias; en la actualidad solo el 4% de las muertes se deben a esas enfermedades, en cambio han aumentado las muertes ocasionadas por tumores (de 0.7% a 12.7%) y por accidentes y violencia, estos cambios en los niveles de mortalidad se asocian con los avances en el campo de la medicina y con los cambios en la higiene y salubridad.

En Huixtla la contaminación ambiental ocasionada por la industria azucarera (Ingenio Huixtla) durante la zafra donde se queman grandes extensiones de terreno aunado a otras múltiples causas de contaminación ambiental nos hacen suponer que la incidencia de las infecciones de vías respiratorias y la mortalidad por fibrosis pulmonar se presentan a consecuencias de estos fenómenos. Motivo por el cual se debe promover un medio ambiente saludable a través de acciones de fomento a la salud con la finalidad de atender desde una óptica fundamentalmente preventiva las primeras causas de demanda de atención médica; reorientar los servicios de salud hacia medidas educativas, de fomento a la salud y prevención de enfermedades infectocontagiosas; manejo de las enfermedades respiratorias y diarreas en el hogar, adiestramiento en técnicas de rehidratación oral, prevención y detección temprana de

enfermedades crónico degenerativas e incidir en la salud reproductiva por las características de nuestra población ya que predominan las mujeres en edad reproductiva.

En la muestra estudiada (100 familias) está conformada en su mayoría por familias nucleares tradicionales, integradas y campesinas con unión legalizada aunque un tercio de las familias encuestadas se encontró en unión libre, siendo baja la desintegración por separación y viudez. El grado de escolaridad de los padres es bajo, similar entre hombres y mujeres. Sin embargo el proveedor económico sigue siendo el hombre recayendo las responsabilidades domésticas y formativas de los hijos al cuidado de las mujeres

Las etapas del ciclo vital familiar (grafica 4) se encuentran en un porcentaje similar (32%) tanto en la fase de dispersión, con la consecuente dependencia económica de los hijos en su etapa educativa; como en la fase de independencia lo que implica que la pareja debe aprender a vivir sola (nido vacío), sus hijos han formado nuevas familias con sus respectivos hijos y responsabilidades. El 22% en fase de expansión, es decir, la llegada de nuevos integrantes a la familia, lo que implica la necesidad de crear estrategias para mejorar la atención del crecimiento y desarrollo de estos niños, así como promover la prevención de las enfermedades prevenibles por vacunación y vigilar adecuadamente la desnutrición por la pobreza en que se encuentran la mayor parte de nuestra población. 10% en la fase de retiro y muerte. El aumento en la esperanza de vida y los cambios demográficos registrados en nuestro país en el curso de los últimos años ha llevado a un incremento progresivo en el número absoluto y proporcional de las personas de 60 años y más; este fenómeno ha resultado especialmente notorio en el Instituto Mexicano del Seguro Social donde la población de adultos mayores aumentó de 6.4% en 1990 a 12.8% en el año 2002.

En efecto, el envejecimiento plantea situaciones específicas que obedecen a tres factores principales: La reducción de la funcionalidad física y mental, el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas o de sus complicaciones y una mayor frecuencia de problemas psicológicos y sociales asociados a dependencia familiar o económica.

El abordaje racional para la atención del adulto mayor requiere de la conjunción de acciones integrales para la detección, prevención y el tratamiento de las enfermedades más frecuentes y vulnerables, así como de la educación y la incorporación a grupos organizados de ayuda que mejoren su calidad de vida, prolonguen su bienestar general y promuevan una existencia activa y productiva.

El conocimiento amplio de las características demográficas, tipología familiar y ciclo vital familiar a través de este modelo de atención (MOSAMEF), permite otorgar servicios de atención médica integral, continua, de calidad enfocada a la detección temprana y anticipación al daño, optimizar el otorgamiento de servicios, disminuir costos y abrir líneas de investigación médica cuyos resultados sean útiles para preservar y restablecer la salud de la población con acciones dirigidas al individuo, su familia y la comunidad, mediante actividades médico-preventivas, a través de la promoción y fomento a la salud para conocer los factores de riesgo para evitar enfermedades infecto-contagiosas y crónico-degenerativas, para disminuir la morbilidad y mortalidad por estos padecimientos. De esta manera, se espera que este tipo de estrategias contribuyan a lograr la meta planteada en la declaración de ALMA ATA: Salud para todos.

CONCLUSIONES

El perfil de 1,831 derechohabientes adscritos al consultorio No.3 turno vespertino del Hospital General Subzona No. 19, Huixtla, Chiapas, se ubican predominantemente en la edad reproductiva y económicamente activa (15 – 44 años).

El número de pacientes atendidos en un año (1º. Mayo 2006 al 30 mayo2007) fue de 3,025; las infecciones de vías respiratorias altas (Rinofaringitis), las parasitosis y las gastritis figuran dentro de las tres principales causas de morbilidad en la atención de primera vez (incidencia). Las enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial destacan dentro de las principales causas de consulta subsecuentes (prevalencia), seguidas por la supervisión a embarazadas.

Es de importancia mencionar que de la población estudiada (100 familias) está conformada en su mayoría por familias nucleares, tradicionales, integradas, campesinas, con unión legalizada en la mayoría y un tercio de las familias en unión libre, la escolaridad de los padres es muy baja. En cuanto a su ciclo vital se encontraron en porcentaje similar tanto en la fase de dispersión (32%), e independencia (32%).

En conclusión se puede afirmar que la población de bajos recursos económicos es la que presenta un riesgo mayor de enfermedad y por lo tanto la que muere con mayor frecuencia, el conocer todos los factores socio-demográficos, culturales y las características tipológicas y ciclo vital de las familias, nos conduce a proporcionar una atención integral y continua al individuo y su familia, incrementando la relación médico-paciente, permitiendo utilizar elementos propios de la atención medica primaria, como la promoción a la salud, prevención de enfermedades y cuidados durante la fase aguda o crónica de la enfermedad, provocando una satisfacción tanto del paciente como del médico familiar en especial dentro de las instituciones de seguridad social.

Considero que el objetivo de este trabajo de investigación se cumplió porque nos proporciona un panorama amplio con respecto al problema planteado; esto nos permite proporcionar

alternativas de solución y propuestas de trabajo tanto del médico familiar como las instituciones médicas, educativas y gubernamentales.

Por todo lo anterior el investigador responsable de este estudio propone y sugiere lo siguiente:

- Implementar el Modelo Sistemático de Atención Medica Familiar (MOSAMEF) en todos los consultorios de medicina familiar del Hospital General subzona N° 19. Con el propósito que el médico familiar conozca su población y sus principales causas de consultas.
- Promoción de la salud. Entender esto como un proceso que permite a las personas tener mayor control sobre su propias salud y al mismo tiempo mejorarlas. Implica rebasar el ámbito de las instituciones de salud y trascender hacia una participación social organizada y transformadora de la realidad.
- Educación para el cuidado de la salud. Debe ser un proceso continuo en el que no existan oportunidades perdidas y se aproveche cada contacto con los servicios de salud para dar orientación útil o bien sesiones educativas, en las que el aprendizaje y aplicación del conocimiento adquirido estarán determinados por la calidad de la información y comunicación que se establezcan. Estas actividades deben ser realizadas por el médico familiar, personal de enfermería, de trabajo social médico y el promotor de salud.
- Promover un medio-ambiente saludable a través de acciones de fomento a la salud con la organización y participación de la comunidad.
- Crear grupos de ayuda :
 - a) Diabéticos e Hipertensos
 - b) Sobrepeso-Obesidad
 - c) Violencia Familiar
 - d) Alcoholismo-Tabaquismo

Estos grupos de ayuda constituyen una estrategia de apoyo social formada por individuos que comparten una problemática en común, organizados y dirigidos por personal de salud

debidamente capacitados con el propósito de darles a conocer con detalle y con un lenguaje acorde a su nivel educativo, acerca de estas enfermedades y sus complicaciones, en donde se incluya orientación nutricional y un programa de actividades físicas que apoyen a mejorar su estado de salud, evitando el sedentarismo como un factor de riesgo para obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer, depresión y osteoporosis, entre otras enfermedades que afectan al adulto mayor.

- Las instituciones de Salud deben participar en la elaboración de políticas para la salud y reforzar la acción comunitaria, aumentar la extensión de la cobertura con servicios médicos de calidad.
- Las instituciones educativas (Universidades) deberán integrar a los planes de estudios, los elementos que permitan a los nuevos médicos una visión amplia del MOSAMEF; hecho que repercutirá en una atención más congruente con las necesidades de salud de la población.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Gobierno del D.F Secretaría de Desarrollo Social. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales. La situación de los adultos mayores en el D.F. Elementos conceptuales para un modelo de atención. Perfil demográfico, epidemiológico y sociológico. México D.F 1999: 11,20-37, 53-63.
- 2.- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el Mundo 2003, disponible en <http://www.t.l msn.mx/salud/ciencia/art 015 salcie de prevejez>.
- 3.- Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL, Envejecimiento y fecundidad por debajo del nivel de reproducción, Santiago 28, 29 de octubre del 2004: 19, Sala de Conferencia Celso Furtado/ Marina Ariza, Orlandina de Oliveira/. <http://www.eclac.cl/dds/noticias/pagina /9/19679/A Oliveira. pdf>.
- 4.- INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000.
- 5- Comisión Económica para América Latina y el caribe (CEPAL)/ cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: Necesidad de políticas publicas eficaces. CEPAL Santiago, 28 a 29 de Octubre de 2004, sala de conferencia Celso Furtado/ Marina Ariza, Orlandina de Oliveira: 4-9. <http://www.eclac.cl/dds/noticias/pagina/9/19679/A Oliveira. pdf>.
- 6.- Huerta González JL, La familia como unidad de estudio, Medicina Familiar “la familia en el proceso salud enfermedad”, Alfil S.A DE C.V. 2005: 9 - 40
- 7.- 1ª. Reunión de Consenso académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud. Elementos Esenciales de la Medicina Familiar. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Código de Bioética en Medicina Familiar. 5º Coloquio Nacional y 3º Internacional de profesores investigadores en Medicina Familiar junio 2005.

8.- Irigoyen Coria A, Morales López H. Lineamientos para la elaboración de estudios de salud familiar (ciclo vital de la familia, desarrollo y función de la familia), Nuevos fundamentos de Medicina Familiar, 2ª. Edición, 2004: 185-187

9.- Irigoyen Coria A, Gómez Clavelina FG, Buendía Palao J, Mazón Ramírez J, Fernández Ortega M, Amezcua Aguirre R. Ciclo Vital de la Familia, Fundamentos de Medicina Familiar, 1ª. Edición, Medicina Familiar Mexicana 2002, 24-29.

10.- Hennen BK, La familia como unidad de atención, Medicina Familiar, McGRAW-HILL, 1983: 9-15.

11.- Schuman SH, Eventos de la vida, flujo del tiempo y epidemiología familiar, Medicina Familiar Principios y Practicas, Limusa, 1987: 61-75

12.- <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/> (20 Julio de 2007)

13.- http://es.wikipedia.org/wiki/medicina_familiar (25 Julio de 2007)

14.- Torres FM. Evaluación de una nueva escala de calificación para el APGAR Familiar en pacientes adscritos en la consulta externa del centro de salud “Dr. José Castro Villagrana” Tesis UNAM 2006.

15.- Rodríguez Fernández E., Gea Serrano A., Gómez Moraga A., García González J. M. “Estudio de la función familiar a través del cuestionario APGAR”. Atención primaria 1996; 17 (5): 64 –71.

16.- Alegre – Palomino Y, Suárez – Bustamante M. Instrumentos de atención a la familia: El familiograma y el APGAR familiar. RAMPA 2006; 1(1): 48 – 57.

17.- Navarro – García A, Ponce – Rosas R, Monroy – Caballero C, Trujillo – Benavides E, Irigoyen – Coria A, Gómez – Clavelina F. Estrategias para la elaboración de genogramas por residentes de medicina familiar Arch Med Fam 2004; 6 (3): 78 – 83.

18.- Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, A. C. Guía para realizar el estudio de salud familiar revisada y modificada en Noviembre de 2002.

19.- Martínez-Hernández L, López - Carvajal M, Armengol-Agis D. Intervención del médico familiar en alcoholismo. Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2006; 44 (2): 181-187.

20.-Sauceda García J. Violencia en la familia: el maltrato a la mujer. Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 1995; 33: 283-287.

21.- Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina FJ. El Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar: ¿Piedra de Rosetta para la Medicina Familiar? Arch Med Fam 2000; 2 (1): 5-6.

22.- Cano Valle F. México a 10 años de Alma Ata. Revista Facultad Medicina UNAM, 1988 31; (5):121-125.

23.- Hiroshi Nakajima. Salud para todos - el camino por recorrer. Revista Facultad de Medicina UNAM, 1988 31; (5):117-118.

24.- Domínguez del Olmo. La Medicina Familiar en México y en el Mundo, nuevos fundamentos de Medicina Familiar, tercera edición, Medicina Familiar Mexicana, 2006: 129-130.

25. - Turabián JL, Profundizando en la Medicina de Familia y Comunitaria, Cuadernos de Medicina de Familia y Comunitaria, una introducción a los principios de Medicina de Familia, Diaz de Santos, S.A.: 103 -104.

ANEXOS

VARIABLES	DEFINICIÓN	TIPO VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE MEDICIÓN
Informante	Persona a la cual se realiza la Encuesta	Cualitativa	Nominal	*padre *madre *hijo
Estado civil	Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles	Cualitativo	Nominal	*viudo *casado *unión libre *divorciado *otros
Unión conyugal	Tiempo de enlace matrimonial expresada en años	Cuantitativa	Discontinua	*años cumplidos De unión o enlace
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento (numero de años vividos hasta el momento del registro)	Cuantitativa	Discreta (discontinua)	*años cumplidos
Ocupación	Empleo, oficio, dedicarse a obligaciones laborales	Cualitativa	Nominal	*empleado *obrero *estudiante *ama de casa *comerciante *campesino
Escolaridad	Tiempo de estudios realizados por el individuo hasta el momento del registro	Cualitativa	Nominal	*analfabeta *primaria (incompleta) *primaria *secundaria incompleta *secundaria *preparatoria *carrera técnica *profesional

Número de hijos	Número de hijos biológicos o por adopción	Cuantitativa	Discontinua	* (hasta de 10 años de edad) * (de 11 a 19 años de edad) * (de 20 a más años de edad)
Tipología familiar de acuerdo al parentesco	Es la clasificación de la familia en base a la propuesta por el consenso académico en medicina familiar de organismos e instituciones educativa y de salud	Cualitativa	Nominal	*nuclear *nuclear simple *nuclear numerosa *reconstruida (binuclear) *monoparental *monoparental extendida *monoparental extendida compuesta *extensa *extensa compuesta no parental
Tipología familiar sin parentesco	Es la clasificación de la familia en base a la propuesta por el consenso académico en medicina familiar de organismos e instituciones educativa y de salud	Cualitativa	Nominal	*monoparental extendida sin parentesco *grupos similares a familia
Tipologica con base en la presencia física y convivencia	Es la clasificación de la familia en base a la propuesta por el consenso académico en medicina familiar de organismos e instituciones educativa y de salud	Cualitativa	Nominal	*núcleo no integrado *núcleo integrado Extensa ascendente *extensa descendente *extensa colateral
Tipología estilos de vida originados por cambios sociales	Es la clasificación de la familia en base a la propuesta por el consenso académico en medicina familiar de organismos e instituciones educativa y de salud	Cualitativa	Nominal	*persona que convive sola *pareja de homosexuales sin hijos *pareja de homosexuales con hijos adoptivos *familia grupal *familia comunal *poligamia

Tipología con base en sus medios de subsistencia	Es la clasificación de la familia en base a la propuesta por el consenso académico en medicina familiar de organismos e instituciones educativa y de salud	Cualitativa	Nominal	*agrícolas y pecuarias *industrial *comercial *servicios
Etapa del ciclo vital familiar	Son las fases de las etapas correspondientes a la historia natural de la familia desde su formación hasta su disolución	Cualitativa	Ordinal	*fase de matrimonio *fase de expansión *fase de de dispersión *fase de independencia *fase de retiro *muerte
Causas de consulta de primera vez	Motivo por el cual solicita atención medica al paciente por primera vez	Cualitativa	Ordinal	*diez principales causas de consulta Primera vez
Causas de consulta subsecuente	Motivo por el cual solicita atención medica el paciente en forma subsecuente	Cualitativa	Ordinal	* diez principales causa de consulta subsecuente

ACTIVIDAD	PERIODO			
	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
DISEÑO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN				
APLICACIÓN DE ENCUESTAS				
RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN				
CAPTURA DE DATOS				
ANÁLISIS DE DATOS				
ESCRITURA DE RESULTADOS				
INFORME PRELIMINAR				
PRESENTACIÓN DEL ESCRITO FINAL				

EJECUTOR: DR. FRANCISCO JAVIER RUÍZ GÁLVEZ



Folio: _____

CEDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

DATOS GENERALES DEL INFORMACIÓN:

Familia: _____ No. Experiencia del informante: _____

Datos de la persona que proporciona la información:

Madre () Padre () Hijo ()

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA:

Edo. civil de los padres: Casados () U. libre () Otro ()

Años de unión conyugal: _____.

Edad del padre: _____ Edad de la madre: _____

Ocupación del padre: _____

Ocupación de la madre: _____

Escolaridad del padre: _____

Escolaridad de la madre: _____

Número de hijos (hasta de 10 años de edad): _____

Número de hijos (de 11 a 19 años de edad): _____

Número de hijos (de 20 ó más años de edad): _____

TOTAL: _____

CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA:

MARQUE CON UNA EQUIS (X)

A) Parentesco:

Nuclear () Nuclear simple () Nuclear numerosa ()

Reconstruida (binuclear) () Monoparental () Monoparental extendida ()

Extensa () Extensa compuesta () No parental ()

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

C) Con base en la presencia física y convivencia:

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

D) Estilos de vida originados por cambios sociales:

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

E) Con base en sus medios de subsistencia:

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

F) Etapa del ciclo vital familiar:

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

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