



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

CLÍNICA HOSPITAL DR. PATRICIO TRUEBA REGIL
SAN FRANCISCO DE CAMPECHE, CAMPECHE

**PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA Y CARACTERÍSTICAS DE LAS
FAMILIAS ASIGNADAS AL CONSULTORIO No: 6 DE LA CLÍNICA
HOSPITAL DR. PATRICIO TRUEBA REGIL; DEL ISSSTE, SAN FRANCISCO
DE CAMPECHE, CAMP. MEX.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:



JOSE MISAEL UC UCÁN

SAN FRANCISCO DE CAMPECHE, CAMPECHE.

2008.



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.



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.

**PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA Y CARACTERÍSTICAS DE LAS
FAMILIAS ASIGNADAS AL CONSULTORIO No: 6 DE LA CLÍNICA
HOSPITAL DR. PATRICIO TRUEBA REGIL; DEL ISSSTE, SAN FRANCISCO
DE CAMPECHE, CAMP. MEX.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

JOSE MISAEL UC UCÁN

A U T O R I Z A C I Ó N:

DRA. PERLA ELISA SEMADENI MORA.
DIRECTOR DE LA CLÍNICA HOSPITAL
DR. PATRICIO TRUEBA REGIL

DR. PEDRO ALEJANDRO AGUILAR JUAREZ
JEFE ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA HOSPITAL
DR. PATRICIO TRUEBA REGIL

ASESOR DE TESIS
DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U..N. A..M.

DR. ALFONSO LOPEZ FIESCO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN DEL ISSSTE.

**PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA Y CARACTERÍSTICAS DE LAS
FAMILIAS ASIGNADAS AL CONSULTORIO No: 6 DE LA CLÍNICA
HOSPITAL DR. PATRICIO TRUEBA REGIL; DEL ISSSTE, SAN FRANCISCO
DE CAMPECHE, CAMP. MEX.**

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

PRESENTA:

JOSE MISAEL UC UCÁN

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
U.N.A.M.

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

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

AGRADECIMIENTO

A mi familia.

Gracias por su apoyo y su confianza en todos los líos académicos en los que me he metido, el lograr terminar esta tesis se los ofrezco con todo respeto y cariño como pago simbólico a todo nuestro esfuerzo.

A mi esposa

Que con su seguridad y confianza me permitió abandonar días, noches el hogar para terminar uno de nuestros sueños que es una realidad.

A mi madre

Porque con su analfabetismo me condujo magistralmente por la escuela de la vida, la licenciatura, diplomados y maestrías.

A mí querida institución

El ISSSTE de la cual me siento orgulloso por haberme cobijado, porque en más de una ocasión he recibido su apoyo para crecer académicamente.

A mis maestros

Ejemplo a seguir por que en todo momento sentimos su apoyo y sin egoísmo nos condujeron por la oscuridad hasta darnos claridad y conocimientos; seguiré su camino predicando sus enseñanzas, poniendo en alto la medicina familiar.

A mis pacientes

Por su colaboración desinteresada, por haber compartido uno de mis sueños, por haber abierto su corazón, y permitido entrar y compartir conmigo lo que solo a ellos pertenece.

TABLA DE CONTENIDO

CONTENIDO	PAGINA
I. TITULO	
II. TABLA DE CONTENIDO	
III. MARCO TEORICO	01
3.1 Introducción	01
3.2 Pirámide de población	02
3.3 Morbimortalidad	05
3.3.1 Morbilidad	07
3.3.2 Mortalidad	08
3.4 Características de la familia	13
3.4.1 Historia de la medicina familiar	13
3.4.2 Definiciones	17
3.5 Estructura y funciones de la familia	19
3.6 Clasificación de las familias	19
3.7. Evaluación de la familia	23
IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
V. JUSTIFICACION	31
VI. OBJETIVOS	34
VII. METODOLOGIA	35
7.1 Tipo de estudio	35
7.2 Población, lugar y tiempo de estudio	35
7.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra	35
7.4 Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	35
7.5 Información a recolectar (Variables a recolectar)	36
7.6 Método o procedimiento para captar la información	37
7.7 Consideraciones éticas	38
VIII. RESULTADOS	39
8.1 Descripción de los resultados	39
8.2 Tablas (cuadros) y gráficas	42
IX. DISCUSION	55
X. CONCLUSIONES	58
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	60
XII. ANEXOS.	62

III MARCO TEÓRICO

3.1 Introducción

Históricamente el mundo se mantiene en movimiento; desde 1521 con la llegada de los españoles a la gran Tenochtitlan hoy México, se han suscitado cambios en los aspectos, sociales, económicos, así como en materia de salud.

Los españoles nos invadieron con sus tácticas de guerra pero también de enfermedades hasta entonces no vista en el nuevo mundo, generando un cambio en la morbilidad, caracterizado por grandes epidemias en donde las enfermedades transmisibles fue la principal causa de morbilidad. Por todo lo anterior en 1940 la esperanza de vida no rebasaba los 40 años.

Muchos años tuvieron que pasar para que se den cambios importantes como es el hecho del descubrimiento de la penicilina siendo muy usado en la segunda guerra mundial.

En el presente siglo los avances tecnológicos, cambios en la actitud de los Profesionistas, así como en las Instituciones de salud aunados con los cambios políticos-constitucionales del derecho a la salud manifestada en el artículo cuarto constitucional, así mismo el interés internacional de “salud para todos en el 2000”. Propuesta en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, por la OPS. del 6 al 12 de septiembre de 1978.

Sin embargo a pesar de una visión más clara de la salud pública, han aparecido nuevos y complejos problemas de salud, como consecuencia del desarrollo social; lo que obliga a buscar nuevas estrategias para enfrentar los retos de salud del nuevo milenio; secundarias al aumento de la esperanza de vida, la transición demográfica, y la transición epidemiológica.

Cambios epidemiológicos

Hablar de las enfermedades transmisibles y de las enfermedades crónicas degenerativas primero debemos situarnos geográficamente, si hablamos de los países desarrollados entonces diremos que las enfermedades transmisibles están prácticamente radicados. Más no es así si hablamos de los países en desarrollo. Hoy en día existen países en vías de desarrollo que sufren aun de epidemias y enfermedades transmisibles.

Así en muchos países de América Latina se ha observado un significativo descenso de la morbilidad por padecimientos transmisibles y de epidemias. Igual puede decirse de la mortalidad infantil y escolar, que son útiles para apreciar las condiciones de salud de un país.

Sin embargo aun hay mucho que hacer para conseguir la erradicación de los padecimientos transmisibles en nuestros países. Esta situación hace necesaria una labor más amplia de los profesionales de la salud, del médico clínico, particularmente, colaborando con las autoridades de salud y con otras instituciones que desarrollan actividades directamente relacionados con ese grupo de padecimientos: prevención de cáncer, atención y educación de los niños débiles mentales, etc. (1)

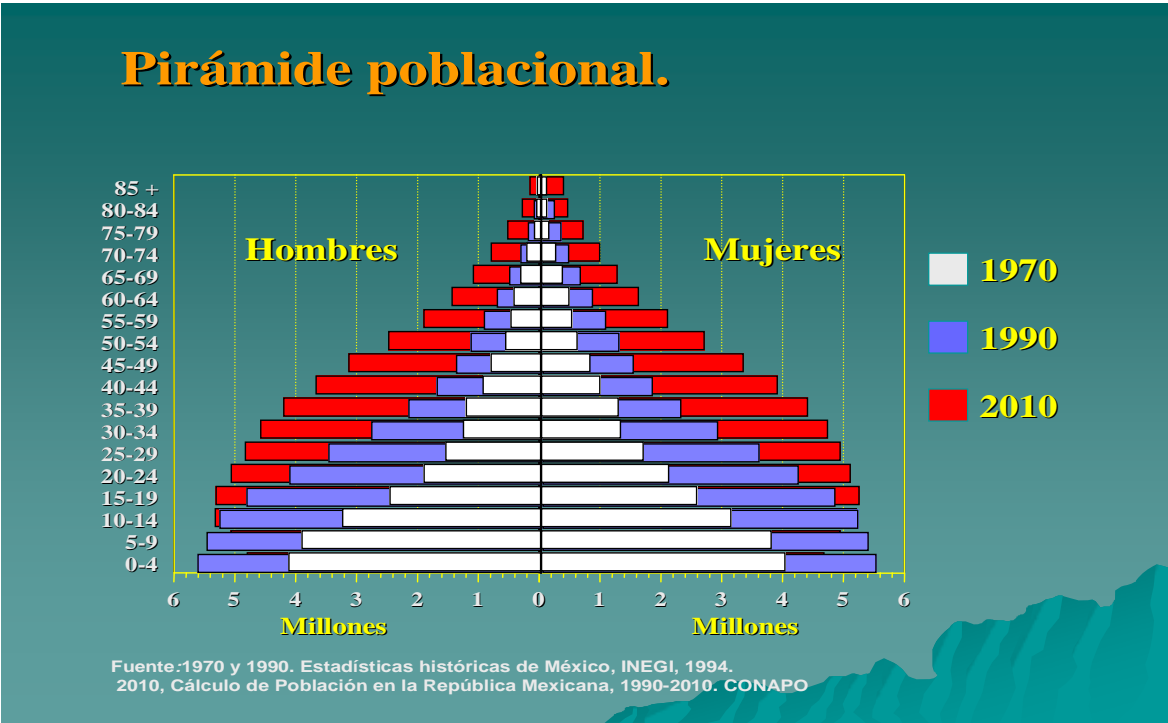
3.2 Pirámide de población

La demografía estudia estadísticamente la estructura y la dinámica de las poblaciones humanas y las leyes que rigen estos fenómenos.

La elaboración de la pirámide de población nos permite el estudio de la población según algún criterio clasificatorio, como el sexo, el estado civil, o cualquier otro, expresado dicha distribución en porcentajes del total.

Según el INEGI. II conteo de población y vivienda 2005. México presenta una pirámide poblacional donde la distribución por grupos quinquenales de edad, según sexo. El grupo etario de mayor porcentaje es de 10 a 14 años 5.5% hombres y 5.4% mujeres respectivamente, y el grupo etario del adulto mayor 60 a 64 con un (1.2% H) y (1.4% M). (2)

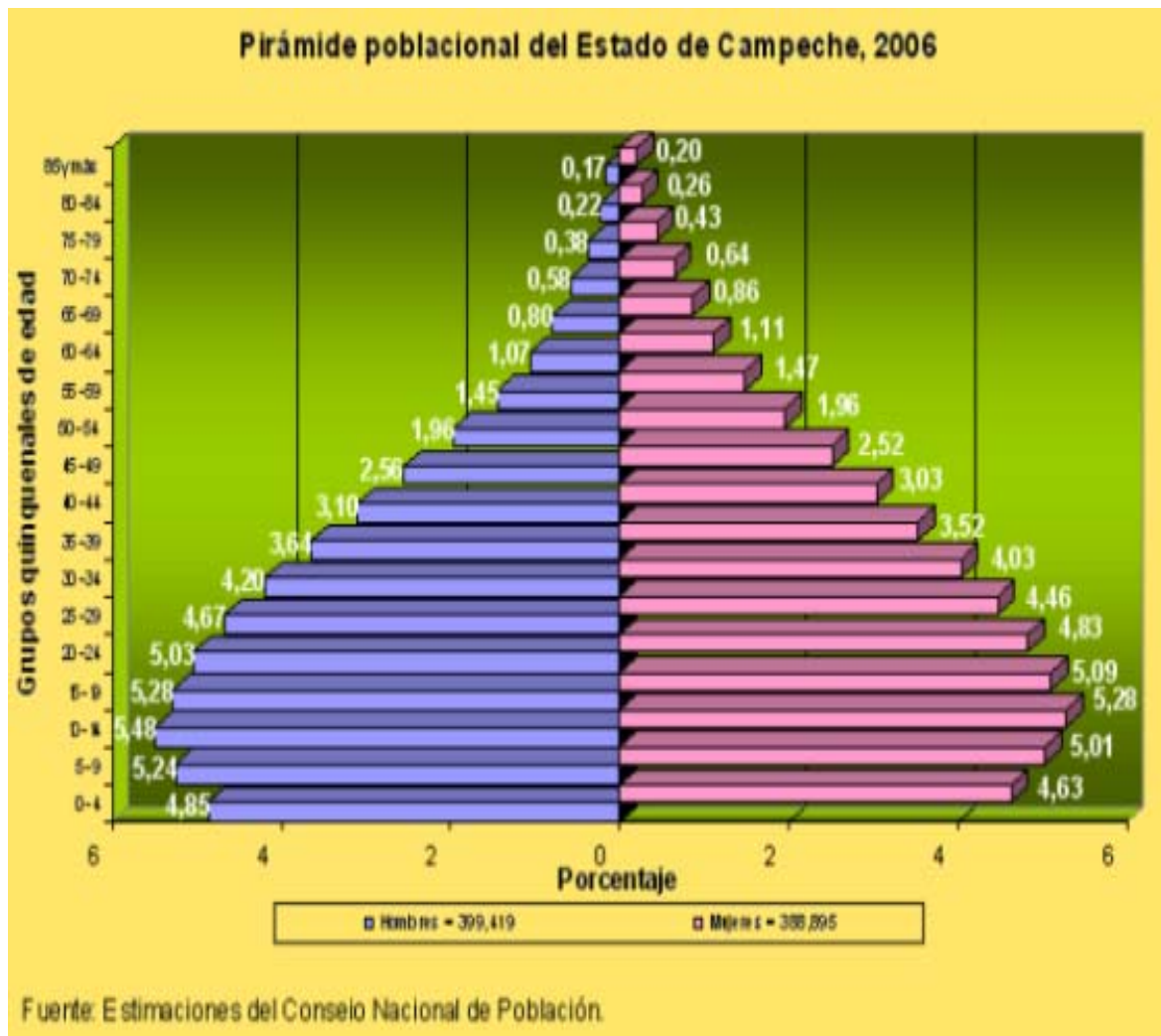
El INGI. Y la CONAPO. Realizaron una proyección del cálculo de población en la Republica Mexicana desde 1970 hasta el 2010.



El Estado de Campeche su estructura poblacional por grupos quinquenales de edad, según sexo, 2000. Muestra un mayor porcentaje el grupo etario de 10 a 14 y de este un mayor porcentaje para el sexo masculino. Siendo lo contrario en el grupo de 60 a 64 donde se aprecia un predominio a favor del sexo femenino.

Invirtiéndose este ultimo dato en el II conteo de población y vivienda 2005. (3)

Estimaciones del Consejo Nacional de Población 2006. La estructura poblacional por grupos quinquenales de edad del Estado de Campeche, predomino el grupo etario de 10-14 años con un total de 84,781 con un predominio del sexo masculino. El grupo etario de 60-64 con un total de 17,157; predominando el sexo femenino con un total de 8,748.



Campeche, cuenta con un población total de 690 689 mil; de los cuales 265 189 mil son derechohabientes de alguna institución de salud. De estos el sector

ISSSTE representa un total de 54, 838 de los cuales 24, 989 hombres y 29,849 mujeres distribuidos en sus 11 municipios siendo el municipio de Campeche con mayor concentración de derechohabientes ascendiendo a 24 241. De los cuales 11591 son hombres y 14, 650 mujeres.

Según datos del INEGI 2004 se otorgaron 76 446 consultas de medicina familiar en el ISSSTE (4)

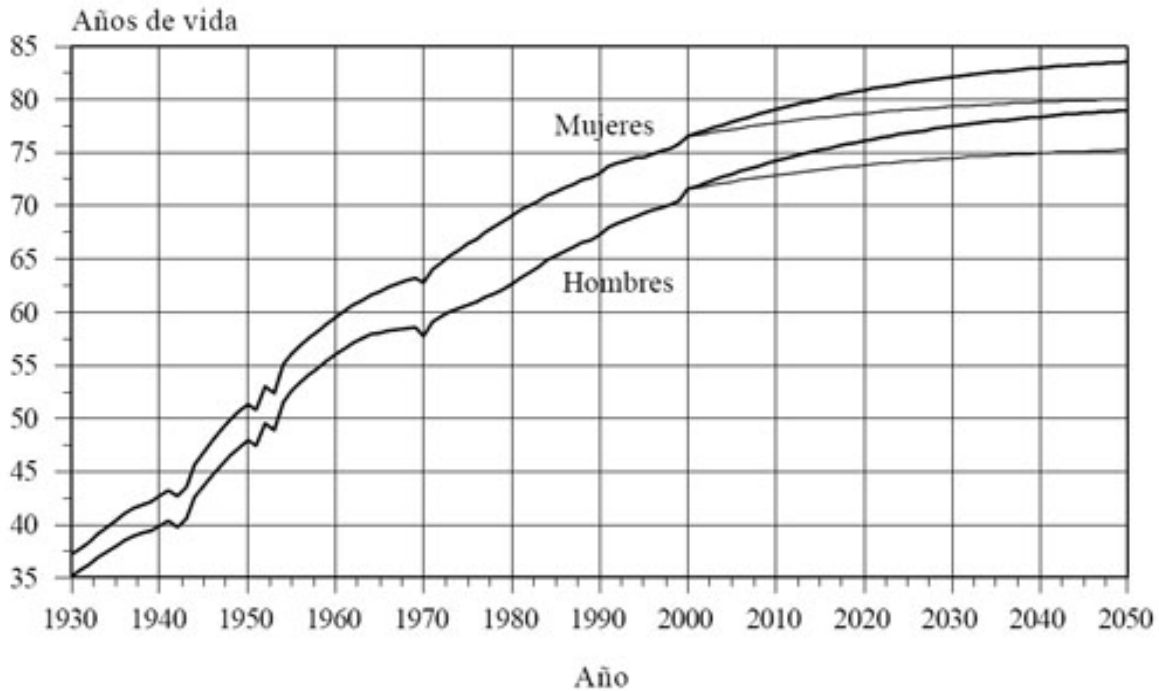
3.3 Morbimortalidad:

Número de personas afectadas y/o fallecidas por una enfermedad en un período de tiempo.

Los cambios demográficos han ido modificando las características conocidas de las pirámides poblacionales, hasta llegar a observar una pirámide invertida con base delgada, esto es conocido como **transición demográfica** que tiene que ver con los índices de natalidad, el desarrollo de la biotecnología y con ello un aumento en la esperanza de vida.

Estadísticas sobre México de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

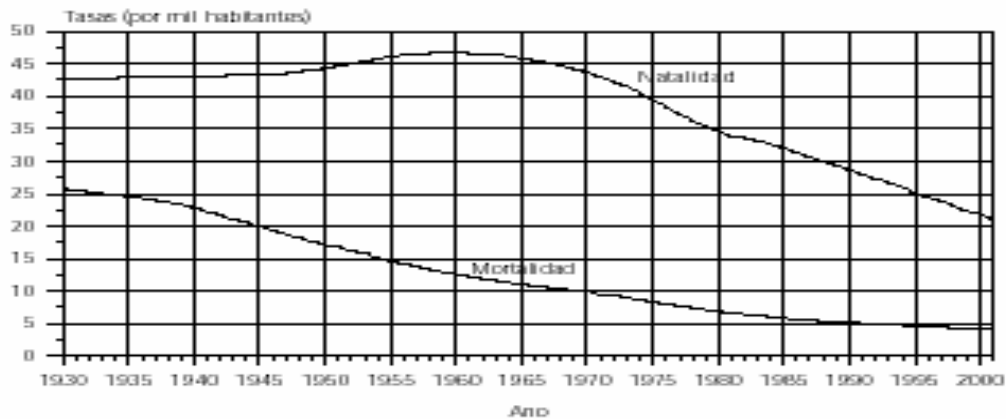
la esperanza de vida al nacer actual y proyecciones, 1930-2050.



Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) (5)

El notable descenso de la fecundidad y la mortalidad se advierte claramente al contrastar los niveles actuales con los registrados en 1964: mientras la tasa de natalidad se redujo a menos de la mitad —al bajar de 46.1 a 21.1 nacidos vivos por cada mil habitantes— al cabo de los últimos 37 años, la de mortalidad disminuyó proporcionalmente aún más al reducirse casi a la tercera parte, de 11.3 a 4.2 decesos por cada mil personas (véase la gráfica).

Tasas de natalidad y de mortalidad, 1930-2001



Fuente: estimaciones del CONAPO.

3.3.1 Morbilidad

Es el estudio de los efectos de una enfermedad en una población en el sentido de la proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado.

También es una adaptación mal empleada al español que proviene de la inglesa "morbidity" generalmente usada así en Sudamérica para identificar una condición médica en la que se estudian los padecimientos de una enfermedad y cuyo verdadero significado es "patológico". O también para definir discapacidad, es el porcentaje de individuos que contrae una cierta enfermedad en una población. (6)

Según la SSA. SUIVE. Dirección general de epidemiología; publicado el 4 de septiembre del 2007. Podemos ver los quince principales casos nuevos de enfermedad. De estas las que ocupa los cinco primeros lugar son las infecciones respiratorias agudas con un total de 22 671.10, siguiendo las infecciones del tracto digestivo con un total de 4496.80; las infecciones de vías urinarias 2933.50; ocupando el cuarto lugar las úlceras gástritis y duodénitis 1422.0; otitis media con total de 675.6 (7)

Las diez principales causas de morbilidad en el Estado de Campeche, reportadas por la secretaria de salud (Seguro Popular marzo de 2004) son las siguientes: Infecciones Respiratorias Agudas, Infecciones Intestinales, Infecciones Vías Urinarias, Amibiasis Intestinal, Gastritis, Duodenitis y Úlcera, Otras Helmintiasis, Otitis Media Aguda, Ascariasis, Candidiasis Urogenital y Asma.

El Instituto de Servicios Descentralizados de Salud Pública del Estado de Campeche. Los casos nuevos de enfermedades registrados en la institución pública del sector salud, los diez principales diagnósticos según régimen e institución en el 2004. Los cinco primeros lugares lo ocupan las infecciones de vías respiratorias, diarréicas, urinarias, amibiasis intestinal y úlceras, gástritis duodenitis. (8)

En el 2006 el instituto de servicios descentralizados de salud pública del estado de Campeche reporto dentro las diez principales causas de morbilidad general, las siguientes: infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales por otros organismos, infecciones de vías urinarias, úlcera , gastritis y duodenitis, amebiasis intestinal, otitis media aguda, gingivitis y enfermedad periodontal, otras helmintiasis, asma y estado asmático, candidiasis urogenital (9)

3.3.2 Mortalidad

Número total de muertes producidas por una enfermedad dada en una población durante un espacio de tiempo dado, generalmente de un año.

Tasa de mortalidad. Proporción de una población determinada que fallece en un período especificado. Se expresa generalmente como número de fallecimientos por 100.000 habitantes o por millón de habitantes.

Defunciones y tasa de mortalidad general por año de registro

Año	Defunciones	Tasa
2002	457 680	4.44
2003	470 692	4.52
2004	472 273	4.48
2005	493 957	4.45

Fuente: de 1979 a 2005, elaborado a partir de las bases de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud.

Según la Dirección General de Información en Salud 2005. (INEGI/Secretaría de Salud) Dentro de las primeras cinco causas de mortalidad reportada en las principales causas de mortalidad general, a nivel **Nacional** se encuentran: Diabetes mellitus, Enfermedades isquémicas del corazón, Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, Enfermedad cerebrovascular y Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

La ONU en 1948 estipuló que todo hombre tiene derecho a un estándar de vida adecuado para su salud y bienestar personal y el de su familia. En 1978 en la reunión de Alma Ata, donde se consideró a la salud como un derecho fundamental de la humanidad y un objetivo social importante para el mundo. Para comprender cabalmente el proceso salud enfermedad, es fundamental partir del hecho de que, para el médico, la unidad mínima de estudio debe ser la familia, la cual en su devenir histórico se ha convertido en complejo sistema, fuente de salud y enfermedad para sus propios integrantes; sin embargo, en medicina, la unidad de tratamiento ha sido tradicionalmente la que conforma el paciente y su médico; por ello no es frecuente que proceso salud-enfermedad se entienda en función de la

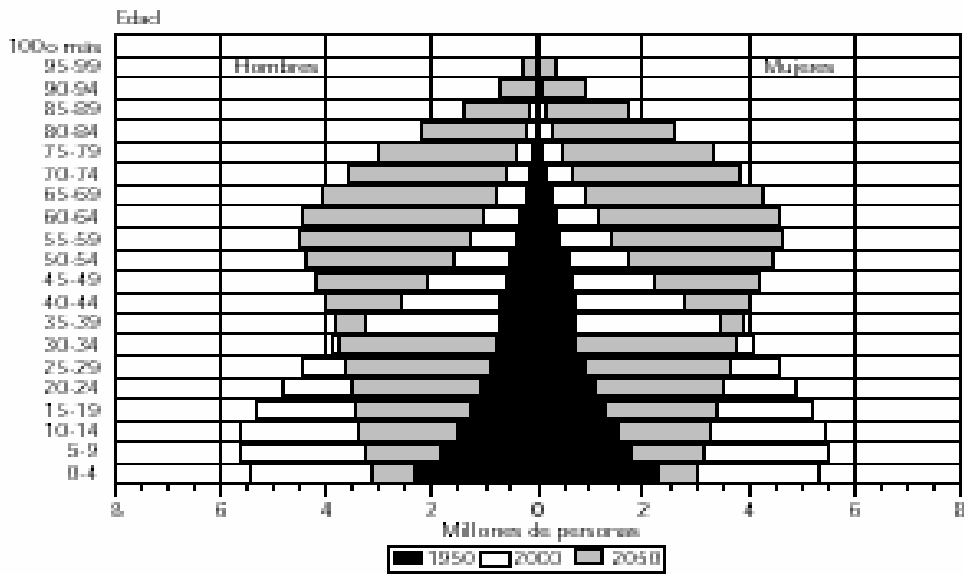
unidad familiar, ni que se piense en la familia como unidad homeostática, de terminante de dicho proceso.(10)

Principales Modelos Conceptuales sobre la salud pública (11)

Respuesta social:	Condiciones: Perspectivas de análisis	
Objeto de intervención	Salud	Enfermedad
Individual y Familiar	Modelo Higienista/preventivo	Modelo Biomédico
Ambiente Biofísico	Modelo Sanitarista	Modelo Epidemiológico clásico
Ambiente Social	Modelo Socio médico	Epidemiológico Social

A mitad del siglo pasado prevalecía en México una mortalidad en continuo descenso y una natalidad elevada y prácticamente constante. El peso relativo de la población de menores de 15 años aumentó de 41.4 por ciento a 47.5 por ciento entre 1950 y 1970. Sin embargo, después de 1970, al tomar impulso el descenso de la fecundidad, la estructura etárea empezó a transformarse gradualmente. Son marcados los cambios que se aprecian en la composición por edades de la población entre 1970 y 2000. La proporción del grupo de menores de 15 años se redujo a 33.2 por ciento en ese último año; en contraste, el grupo de entre 15 y 64 años se incrementó de 48.1 a 62.0 por ciento, mientras que la población del grupo de 65 años y más aumentó su peso relativo de 4.4 a 4.8 por ciento. En ese mismo período, la edad media de la población aumentó de 22 a cerca de 27 años. Hacia la mitad del presente siglo, la estructura por edad se habrá transformado radicalmente con un predominio de los adultos y de los adultos mayores.

Pirámide de población, 1950-2050



Fuente: estimaciones y proyecciones del CONAPO.

Según la transición demográfica por regiones en México; el estado de Campeche se encuentra en una transición moderada con una tasa de natalidad de 22.8, nacidos vivos por cada 1000 habitantes; fecundidad de 2.5, número de hijos vivos por mujer; mortalidad de 4.0, número de defunciones por cada 1000 habitantes y esperanza de vida de 74.5, número de años que un recién nacido viviría si el nivel de mortalidad de ese año permaneciera constante. (12)

Morbilidad ambulatoria del ISSSTE

Los siguientes datos son tomados del informe semanal de casos nuevos de enfermedad. SUIVE enero-diciembre del 2006.

En el ISSSTE dentro las diez primeras causas de morbilidad; destacan por su frecuencia las enfermedades respiratorias y enfermedades diarreicas con un total de 10535 y 2867 respectivamente.

Como se puede observar en las estadísticas; las primeras diez causas de

enfermedad se encuentran las infecciones de vías respiratorias; del tracto digestivo como son las EDAS. y otras como úlceras, gastritis y duodenitis, vías urinarias, otitis media, asma, estado asmático, conjuntivas, salmonelosis, varicela, candidiasis urogenital, y gingivitis. (13)

3.4 CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS

3.4.1 Historia de la medicina familiar

En el nacimiento de la especialidad en España estuvo muy vinculado a las recomendaciones de la conferencia de Alma Ata. Esta conferencia celebrada entre el 6 y 12 de septiembre de 1978 y patrocinado por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia.

Esta especialidad aparece por primera vez en el Real decreto 2015 de 1978, desarrollándose posteriormente en el Real decreto 3003 del 29 de diciembre de 1978. En su articulado se define al médico de familia como la figura fundamental del sistema sanitario, tiene la misión de realizar una atención médica integrada y completa de miembros de la comunidad, además de prevenir la enfermedad y realizar educación sanitaria.

En 1979 comenzaron hacer la especialidad vía residencia los primeros Médicos Internos Residentes (MIR), en número cercano a los quinientos, pero no se llevó a cabo la infraestructura prevista. La comisión nacional en España se había limitado a realizar un documento muy genérico. (14)

En el caso de México; en el año de 1954 hubo médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que plantearon un primer esbozo de lo que es la Medicina Familiar y propusieron un esquema de trabajo dentro de algunas unidades médicas de medicina familiar. En los años de 1954/1955 y derivado de esta propuesta un grupo de estudiosos de los problemas de salud de la población implantan en el IMSS el sistema médico familiar, pero como ha sucedido en muchos países, en México se implantó el modelo de medicina familiar sin contar con especialistas en esa disciplina. El proceso de implantación se concreta hasta

el año de 1971; cuando inician los cursos de especialización en medicina familiar. En el año de 1974 la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), otorga el reconocimiento académico de la disciplina lo cual se convierte en uno de los pasos más firmes para la consolidación de nuestra especialidad. En 1975, en esa misma Universidad, se crea el primer Departamento de Medicina Familiar en Latinoamérica; hacia 1980 la Secretaría de Salud (SSA) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) inician la formación de especialistas en Medicina Familiar. En las dos últimas décadas del siglo pasado se dan dos fenómenos muy importantes, en el año de 1988 se creó el Consejo Mexicano de Certificación de Medicina Familiar (CMCMF), que es uno de los instrumentos de fortalecimiento de nuestra disciplina más importantes. (15)

Inicio de la medicina familiar en el ISSSTE

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) México, surge el 1 de enero de 1960.

En 1977 se iniciaron las denominadas *brigadas de atención domiciliaria*, integradas por personal de Enfermería que realizaba acciones de detección, promoción y educación para la salud entre los derechohabientes de la clínica que habitaban en comunidades principalmente marginadas.

En respuesta a la necesidad de fortalecer al primer nivel de la atención médica, se inaugura La clínica Dr. Ignacio Chávez el 10 de septiembre de 1979, de esta manera se constituye en la primera clínica de medicina familiar del ISSSTE y pasa a formar parte de un programa piloto que posteriormente serviría de modelo a otras unidades.

La clínica Dr. Ignacio Chávez se estableció como un nuevo modelo de dar atención médico familiar al que se incorporaron: un médico internista, un epidemiólogo, un maestro en salud pública, ginecóloga y una psicóloga. (16)

La medicina familiar actualmente en el ISSSTE

Han transcurrido 25 años, el ISSSTE se ha enfrentado a diferentes retos como son el aumento considerable de su población usuaria la cual asciende en la actualidad a más de 10, 195,082 derechohabientes. Dentro de su infraestructura se pueden citar: 94 Clínicas de Medicina Familiar, 926 Unidades de Medicina Familiar, 105 Consultorios Auxiliares, 71 Clínicas-Hospital, 24 Hospitales Generales, 10 Hospitales Regionales, 1 Centro Médico Nacional, 1 Centro de Cirugía Ambulatoria, 5,430 consultorios, 209 Laboratorios y 293 Quirófanos. Por otra parte, se ha observado un mínimo incremento del personal, crisis económicas que han dificultado el óptimo abasto de medicamentos, limitación de recursos en el primer nivel de atención que permitan ser más resolutivo al médico familiar (acotado acceso para solicitar estudios de apoyo diagnóstico como: ultrasonografías, estudios radiológicos contrastados, electrocardiografía etc. Ante este panorama el ISSSTE, ha respondido implantando nuevas estrategias como son el *Nuevo Modelo de Salud Médico Familiar (MOSAMEF)*, el *Modelo Preventivo de Salud Familiar* y programas de integración de los niveles de atención con el fin de fortalecer la práctica de la medicina familiar y hacerla más resolutiva. Actualmente laboran en el primer nivel de la atención del ISSSTE médicos familiares del curso escolarizado con duración de tres años, del curso semi-escolarizado de dos años y médicos generales. Aún cuando es importante el número de médicos especialistas todavía no es suficiente para cubrir las

demandas asistenciales del Instituto, por lo que se tiene previsto seguir fortaleciendo los programas para la capacitación en Medicina Familiar y lograr el objetivo de dar al 100% de la población derechohabiente una atención con calidad y calidez. (16)

En Campeche la formación de recursos en medicina familiar se lleva a cabo a través de una vinculación de la Universidad Autónoma de Campeche la Facultad de Medicina con el Instituto Mexicano del Seguro Social, sustentado por medio del convenio específico de colaboración en materia de postgrado celebrada el 01 de Marzo de 2000 en la Ciudad de Campeche. Lo que define la formación de alumnos con una visión holística del proceso salud enfermedad, evitando con esto la fragmentación de conocimientos y la desvinculación de la teoría con la práctica. El IMSS a través de la Coordinación de Educación Médica, asume la responsabilidad de formar, capacitar y desarrollar personal para la atención a la salud, utilizando diversas estrategias, y una de ellas es la de impartir cursos de especialización en medicina. (17)

El ISSSTE en Campeche inicia su programa de medicina familiar para médicos general del ISSSTE, con el objetivo de otorgar el servicio con este modelo de atención; la cual se ha realizado en cuatro etapas, siendo la última en 1996-99.

Es importante mencionar que hasta el momento no se ha podido consolidar la implementación de este modelo. No se cuenta con una sectorización adecuada para cada consultorio, y las autoridades desconocen las bondades de la medicina familiar; probablemente por contar en Campeche con una clínica hospital tipo “C” en la cual la mayoría de los directivos su visión es el segundo nivel de atención.

3.4.2 DEFINICIONES

Medicina Familiar

Especialidad médica y disciplina académica que estudia los procesos que inciden tanto en la salud como en la enfermedad del individuo y su familia. (18)

La organización mundial de la salud define a la medicina familiar como la atención médica al individuo en el contexto de la familia y de la comunidad de manera continua e integrada. Señala las características del médico general familiar:

- 1.- sirve como médico de primer contacto con el paciente y de puerta de entrada al sistema de atención a la salud.
- 2.- evalúa las necesidades totales del paciente, le provee cuidados médico preventivo personales y lo refiere cuando esta indicado, hacia recursos especializados, preservando para si la comunidad de la atención.
- 3.- asume la responsabilidad de la atención del paciente en forma continua e integral y actúa como coordinador del equipo de salud.
- 4.- acepta la responsabilidad del cuidado total del paciente, dentro de su ambiente, incluidas la comunidad y la familia.
- 5.- atiende cualquier tipo de problemas, sin importar la edad y el sexo del paciente.

(ops.1986). (19)

Médico Familiar

Especialista que atiende los problemas relacionados con el proceso 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. (18)

Perfil del Médico Familiar

El perfil del médico familiar esta integrado por tres áreas que son: la parte Asistencial; Administrativa; Educativa e Investigación. Cada una de estas áreas esta conformada por cuatro actividades que son: el Conocimiento, Habilidades, Actitudes y Valores y por ultimo Actividades. (18)

Familia

Definir la palabra familia no es nada fácil, es importante tomar la definición según la disciplina con la que se este trabajando, esta palabra es usada tanto por sociólogos, como antropólogos, psicólogos y la medicina como es el caso que nos compete.

Entre las definiciones más aceptadas encontramos que la palabra familia deriva de la Raíz Latina famulus, que significa siervo la cual a su vez proviene del primitivo famul, que se origina de la voz osca famel, esclavo domestico. En la era del nomadismo, con el término de “familia” se designaba a todo grupo de personas que desplazaban juntas de un lugar a otro, en tanto en la Roma antigua el nombre de familia se daba al conjunto formado por esposas, hijos y esclavos y sirvientes que eran propiedad del pater, quien poseía la patria potestad y ejercía el derecho sobre la vida y la muerte de todos ellos.

En la Medicina Familiar, la definición de familia ha sido propuesta por varias agrupaciones entre las que figuran La OMS; El Censo Canadiense; The United Status Census Bureau. (10)

Concepto de Familia (desde la perspectiva del Médico Familiar)

La familia es un grupo social, organizado como un 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 de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad. (18)

3.5 ESTRUCTURA Y FUNCIONES DE LA FAMILIA.

Estructura

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

Funciones de la familia

Las funciones de la familia son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. Dentro de estas funciones se reconocen las siguientes funciones: socialización; afecto; cuidado; estatus y reproducción.

3.6 CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS

En este estudio de investigación la clasificación de las familias; se menciona la siguiente con el propósito de facilitar la clasificación, identificando cinco ejes fundamentales: Parentesco, Presencia física en el hogar o convivencia, Medios de subsistencia, Nivel económico, Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios sociales.

Clasificación de las familias con base en el parentesco

El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u

otra relación estable de afectividad análoga a ésta. La trascendencia de esta clasificación se identifica fundamentalmente, en la necesidad del médico familiar de identificar características de los integrantes de las familias, que influyan en el proceso salud-enfermedad y cuya importancia se relacione con las consecuencias propias del parentesco.

Clasificación de las familias con base en la presencia física y convivencia

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

Clasificación de las familias con base en sus medios de subsistencia

La inserción de las familias en los procesos productivos puede propiciar una clasificación basada en los medios que son origen esencial de su subsistencia. De esta manera, se identifican familias que dependen de los recursos que se generan en las áreas: Agrícolas y pecuarias; Industrial; Comercial; Servicios.

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

Clasificación de las familias con base en su nivel económico

El nivel económico de las familias influye poderosamente sobre diversos elementos vinculados con la salud. Se han identificado enfermedades fuertemente

relacionadas con la pobreza y se ha señalado la importancia de evaluar el peso de este fenómeno económico-social sobre la salud individual y familiar. Es difícil clasificar de una sola manera a las familias con una perspectiva económica, ya que se reúnen diversos indicadores tanto del bienestar como de la pobreza que interactúan, dependen e influyen sobre otros factores.

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

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

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

Pobreza familiar nivel 1

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

Recursos **suficientes** para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.

- **Carencia** de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda,

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

Pobreza familiar nivel 2

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

Pobreza familiar nivel 3

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

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

Nuevos estilos de vida personal-familiar originados por cambios sociales

Se deben tomar en consideración los cambios que se han presentado en las

sociedades modernas y que han representado diversas formas en que tienden a conformarse otros estilos de convivencia y que repercuten en la salud individual y familiar.

Dinámica familiar

La 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

Se entiende por salud familiar la 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 sus integrantes, propiciando una interacción adecuada con otros sistemas familiares y con su entorno social.

3.7 EVALUACIÓN DE LA FAMILIA

La evaluación de la familia es un proceso que todo medico familiar debe practicar y dominar por que es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el primer nivel de atención. Se puede concebir como un proceso fundamental para realizar intervenciones promocionales y preventivas a favor de la salud, establecer diagnósticos, manejo y tratamiento y en su caso rehabilitación o paliación; este proceso implica obtener de los individuos y sus familias información relacionada con los elementos que intervienen en el proceso salud enfermedad, su análisis, y la planeación de estrategias y toma de decisiones en el contexto biopsicosocial.

Para lograr esta evaluación, el médico familiar debe seguir una estrategia de carácter clínico, que incluya a los individuos y sus familias, bajo un enfoque integrador de las esferas biológicas y psicosociales a través del Estudio de Salud Familiar (ESF).

La práctica de la Medicina Familiar en el mundo es muy diversa. No existe en el mundo un sistema de salud que considere la realización del ESF a la totalidad de los pacientes atendidos y sus familias. El ESF no se justifica en todas las familias que se encuentran bajo el cuidado de los médicos familiares.

Para el estudio de la salud familiar existen diversos instrumentos básicos, entre los cuales se encuentran los siguientes:

Historia clínica; Genograma; Apgar familiar; Faces III; Índice simplificado de pobreza familiar; Escala de reajuste social de Holmes y Rahe; Cuestionario Medical Outcomes Study.

Existen muchos otros instrumentos pero los mencionados han sido utilizados, probados y validados en el ámbito de la Medicina Familiar en lengua castellana. La aplicación de instrumentos de evaluación psicosocial en el ámbito clínico requiere de un análisis crítico de la literatura científica que los respalda, considerando su grado de desarrollo a través de investigaciones empíricas así como la evaluación de su fiabilidad y validez tanto en el idioma original como en español; este análisis propicia la clara comprensión de los alcances y limitaciones del instrumento. Los médicos familiares y el equipo de salud deben tomar en cuenta estas consideraciones cuando decidan aplicar otros instrumentos de este tipo. (18)

De todos los instrumentos arriba mencionados uno de los primeros, más conocido, y usado es el genograma.

El genograma es la representación gráfica de las principales características de un grupo familiar a lo largo del tiempo.

Se le considera un instrumento versátil y de gran utilidad clínica. También se le conoce como familiograma, árbol genealógico, árbol familiar, pedigree humano. Es usado por diversos profesionales, no sólo del área de la salud, sino también por historiadores, antropólogos, biógrafos, médicos familiares, terapeutas familiares, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, genetistas, psichistoriadores, etc., quienes lo han adaptado a sus necesidades y perspectivas. Con el genograma se representa información a manera de diagrama de flujo que permite identificar procesos biológicos, emocionales y sociales de una familia a través de diversas generaciones. Se enlistan algunas de las ventajas de los genogramas mencionadas por varios autores:

1. Presentación de un registro médico sistemático.
2. Formato gráfico de lectura fácil.
3. Logra identificar pautas generacionales, biomédicas y psicosociales.
4. Permite evaluar relaciones entre el entorno familiar y la enfermedad.
5. Reestructura los problemas presentes en los pacientes.
6. Auxilia en el manejo médico y en el campo de la medicina preventiva.
7. Permite hacer evidentes los obstáculos para la cooperación.
8. Identifica eventos de la vida que podrían afectar el diagnóstico y tratamiento.
9. Pone en evidencia pautas de enfermedad.
10. Facilita la educación del paciente.
11. Detecta la etapa del ciclo de vida que cursa la familia.
12. Favorece la elaboración de hipótesis terapéuticas.

13. El proceso de su elaboración permite establecer una relación médico-paciente armónica.

14. Es una vía no amenazante para obtener información emocionalmente importante.

15. Su elaboración demuestra interés por el paciente y otros familiares.

16. Representa la estructura funcional de la familia. (19)

Evaluación de la función familiar

La función familiar se define a través de las tareas que le corresponde 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 norma función o disfunción de un sistema familiar muy complejo, no existan en realidad técnicas o instrumentos que permitan catalogar su función de forma absoluta solamente se miden aspectos parciales de su función.

La evaluación de la función familiar tiene en medicina familiar características específicas que la diferencian de la que puede realizarse por otras disciplinas científicas, ya que tiene el propósito fundamental de comprender en forma integral el contexto en que se producen los problemas de cada paciente que acude a la consulta y permite reorientar su tratamiento hacia soluciones distintas a las que se ofrecen tradicionalmente, aportando elementos a la visión biopsicosocial que caracteriza la atención en medicina familiar.

Con base en estos conceptos se puede considerar 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 la dinámica familiar. (18)

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los cambios demográficos han ido modificando las características conocidas de las pirámides poblacionales, hasta llegar a observar una pirámide invertida con base delgada, esto es conocido como **transición demográfica** que tiene que ver con los índices de natalidad, el desarrollo de la biotecnología y con ello un aumento en la esperanza de vida.

El notable descenso de la fecundidad y la mortalidad se advierte claramente al contrastar los niveles actuales con los registrados en 1964: mientras la tasa de natalidad se redujo a menos de la mitad —al bajar de 46.1 a 21.1 nacidos vivos por cada mil habitantes— al cabo de los últimos 37 años, la de mortalidad disminuyó proporcionalmente aún más al reducirse casi a la tercera parte, de 11.3 a 4.2 decesos por cada mil personas.

Según la SSA. SUIVE. Dirección general de epidemiología; publicado el 4 de septiembre de 2007. Podemos ver los quince principales casos nuevos de enfermedad. De estas las que ocupa los cinco primeros lugar son las infecciones respiratorias agudas con un total de 22 671.10, siguiendo las infecciones del tracto digestivo con un total de 4496.80; las infecciones de vías urinarias 2933.50; ocupando el cuarto lugar las úlceras gastritis y duodenitis 1422.0; otitis media con total de 675.6 (7)

En el estado de Campeche la transición demográfica también presenta este fenómeno mundial ya que la población de 60 años y más se incrementó de 45,865 personas en el año 2000 a 56,210 personas en el año 2005. De igual forma, se observa que por cada 100 personas en edades dependientes, es decir, menores de 15 años y de 60 y más, existen 155 en edades productivas, cuando en el año 2000 esta relación era de 138 personas.

Se considera que la edad productiva se localiza entre los 15 y 59 años, lo que en su caso equivaldría a un total de 453,779 personas de la población actual.

Esto a generado nuevos retos en la forma de conducir la atención médica porque aunando a estos cambios da oportunidad a una transición epidemiológica en la podemos observar actualmente el predominio de las enfermedades crónico degenerativas.

Dentro de las primeras cinco causas de mortalidad reportada por el INEGI/secretaría de salud en el 2005 a nivel nacional se encuentran:

Diabetes mellitus, Enfermedad Isquemica del corazón, cirrosis y otras enfermedades crónica del hígado, enfermedad cerebro vascular, EPOC.

Por esto mismo es necesario conocer las causas de morbilidad mundial como nacional así como local.

En los reportes epidemiológicos se observa las diez primeras causas de morbilidad: las infecciones de vías respiratorias altas, las enfermedades diarreicas, las úlceras, gastritis, duodenitis, helmintiasis, infecciones del tracto urinario, otitis media, asma, estado asmático, varicela, y candidiasis urogenital.

La ONU en 1948 estipuló que todo hombre tiene derecho a un estándar de vida adecuado para su salud y bienestar personal y el de su familia. En 1978 en la reunión de Alma Ata, donde se considero a la salud como un derecho fundamental de la humanidad y un objetivo social importante para el mundo.

Para comprender cabalmente el proceso salud enfermedad, es fundamental partir del hecho de que, para el médico, la unidad mínima de estudio debe ser la familia, la cual en su devenir histórico se ha convertido en complejo sistema, fuente de salud y enfermedad para sus propios integrantes; sin embargo, en

medicina, la unidad de tratamiento ha sido tradicionalmente la que conforma el paciente y su médico; por ello no es frecuente que proceso salud-enfermedad se entienda en función de la unidad familiar, ni que se piense en la familia como unidad homeostática, de terminante de dicho proceso.(10)

En base a lo arriba mencionado es de vital importancia que el médico conozca las causas de lo que enferman sus clientes, como el escenario donde se gestan dichas patologías. Por lo que el médico debe preguntarse de la población que atiende; ¿Cuales son las principales causas de consulta y las características sociales de las familias asignadas al consultorio no. 6 turno vespertino de la Clínica Hospital Dr. Patricio Trueba Regil.?

V. JUSTIFICACIÓN

Magnitud del problema

A mitad del siglo pasado prevalecía en México una mortalidad en continuo descenso y una natalidad elevada y prácticamente constante. El peso relativo de la población de menores de 15 años aumentó de 41.4 por ciento a 47.5 por ciento entre 1950 y 1970. Sin embargo, después de 1970, al tomar impulso el descenso de la fecundidad, la estructura etárea empezó a transformarse gradualmente. Son marcados los cambios que se aprecian en la composición por edades de la población entre 1970 y 2000. La proporción del grupo de menores de 15 años se redujo a 33.2 por ciento en ese último año; en contraste, el grupo de entre 15 y 64 años se incrementó de 48.1 a 62.0 por ciento, mientras que la población del grupo de 65 años y más aumentó su peso relativo de 4.4 a 4.8 por ciento. En ese mismo periodo, la edad media de la población aumentó de 22 a cerca de 27 años. Hacia la mitad del presente siglo, la estructura por edad se habrá transformado radicalmente con un predominio de los adultos y de los adultos mayores. (12)

En un estudio realizado por Tuirán, Rodolfo "México hacia el dominio de su destino demográfico" octubre de 1998. Clasifica al estado de Campeche con una transición demográfica moderada con una tasa de natalidad de 22.8, fecundidad de 2.5; y mortalidad 4.0 y esperanza de vida de 74.5 años.

Las principales causas de morbilidad en el Estado de Campeche según Secretaria de salud. Seguro popular. Marzo 2004.

No.	Causa	Frecuencia	Tasa (*)
1	Infecciones Respiratorias Agudas	253,419	352.48
2	Infecciones Intestinales	44,127	62.07
3	Infecciones Vías Urinarias	31,531	43.85
4	Amibiasis Intestinal	16,306	22.68
5	Gastritis, Duodenitis y Úlcera	12,560	17.46
6	Otras Helmintiasis	8,780	12.25
7	Otitis Media Aguda	6,293	8.75
8	Áscari asís	4,423	6.15
9	Candidiasis Urogenital	3,549	4.93
10	Asma	3,443	4.78

Son similares las encontradas en la morbilidad general del estado de Campeche en el 2006 así como la morbilidad ambulatoria del issste del mismo año. **(8)**

Hasta el momento no existen investigaciones realizadas en nuestra unidad de atención donde exista información de las causas de consulta por consultorio así como de las características de las familias. Siendo esto muy importante en el proceso de salud enfermedad del núcleo familiar.

Vulnerabilidad del problema:

El estudio es factible realizarlo solo se requieren recursos mínimos para ejecutarlo ya que se trata de un estudio observacional de bajo costo. Dentro los recursos mínimos mencionaremos aceptación por parte de las autoridades, un consultorio con población fija. Acceso a los departamentos de archivo, y de estadísticas, participación de la población asignada al consultorio; así como el investigador.

Utilidad del trabajo:

-De realizarse este presente estudio proporcionará un diagnóstico de salud

para reorientar los programas de salud para los derechohabientes.

-Aumentaría la satisfacción de usuario reconociendo la calidad de atención.

-El enfoque integral holístico de la atención reduciría el costo beneficio al resolverse el un gran porcentaje de los problemas de salud en la atención médica en este primer nivel.

-Disminuiría la demanda de consulta externa de especialidad del segundo nivel.

-Los recursos institucionales podrían hacer frente a las necesidades de un tercer nivel en donde las enfermedades crónicas degenerativas es un parte aguas en la economía de la institución.

-El médico de primer contacto recobraría su imagen como generador de cambio.

VI. OBJETIVOS

General:

Identificar las veinte causas de consulta de primera vez y subsecuentes. Así como las características de las familias asignadas al consultorio no. 6 turno vespertino, de la Clínica Hospital Dr. Patricio Trueba Regil de la ciudad de Campeche.

Específicos:

Identificar las 10 causas de enfermedad de primera vez.

Identificar las 10 causas de enfermedad de subsecuentes

Elaborar la pirámide de población de la Unidad

Identificar los principales tipos de familias según su estructura

Clasificar las familias según su parentesco

Clasificar en base a la presencia física y convivencia a las familias.

Clasificar a las familias según estilos de vida originados por cambios sociales.

Clasificar a las familias con base en sus medios de subsistencia.

Clasificar a las familias según etapa del ciclo vital familiar.

VII. METODOLOGÍA

TÍPO DE ESTUDIO:

Observacional, descriptivo, transversal

POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO:

Derechohabientes adscritos al consultorio No. 6 turno Vespertino de la Clínica Hospital Patricio Trueba Regil del ISSSTE. En la Ciudad de San Francisco de Campeche, Campeche. Y Derechohabientes registrados en la hoja diaria del médico (SM10-1) Durante el tiempo septiembre 2006 a septiembre del 2007.

Octubre 2007 a febrero del 2008.

TÍPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Todas las hojas de consulta SM10-1 del reporte diario del médico de septiembre del 2006 a septiembre del 2007,

-Muestreo por cuota, 100 familias

CRITERIOS DE SELECCION:

Criterios de inclusión:

Familias derechohabientes adscritas al consultorio No. 6 turno vespertino

De la Clínica Hospital Dr. Patricio Trueba Regil de la ciudad de San Francisco de Campeche.

Todas las hojas de consulta sm10 del reporte diario del médico de Sep-06 a Sep.07.

Criterios de exclusión:

Las familias derechohabientes que no estén adscritas a este consultorio.

Aquellas familias que no deseen participar en el estudio.

Las hojas de consulta sm10 que estén extraviadas.

Criterios de eliminación:

Las hojas de consulta de sm10 que sean ilegible.

A las familias que la entrevista es incompleta.

Variables a recolectar

Nombre de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de Medición	Valores Asignados
Familia	Conjunto de personas que provienen de una misma sangre.		Cualitativa	Nominal	1. nuclear 2. extensa 3. extensa compuesta
Edo. Civil	Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles		Cualitativa	Nominal	1. soltero 2. casado 3. divorciado 4. viudo Unión libre.
Edad	Tiempo que una persona a vivido desde su nacimiento	Años de vida	Cualitativa y cuantitativa	Discontinua	1. cero a cinco 2. seis a doce 3. trece a diecinueve 4. veinte a treinta
Ocupación Padre	Trabajo u oficio o actividad en que uno emplea el tiempo	Trabajo que realiza el padre para el sustento	Cualitativa	Nominal	1. labores domesticas. 2. campesino 3. obrero 4. profesional.
Ocupación Madre	Trabajo u oficio o actividad en que uno emplea el tiempo	Trabajo que realiza el padre para el sustento	Cualitativa	Nominal.	1. labores domesticas 2. obrera 3. profesional
Escolaridad	Periodo de tiempo durante el cual se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza.		CUALITATIVA	ORDINAL	1. primaria completa 2. primaria incompleta 3. secundaria completa 4. secundaria incompleta 5. preparatoria completa 6. preparatoria incompleta 7. licenciatura completa 8. licenciatura incompleta 9. postgrado
Numero de hijos	Persona o animal respecto de su padre o de su madre		Cuantitativa	Discontinua	1 uno 2 dos 3 tres 4 cuatro 5 cinco 6 seis
Tipo De familia	Característica que lo identifica según su conformación		Cualitativa	Nominal	1. con parentesco 2. sin parentesco
Etapa del ciclo vital	Es un concepto ordenador para entender la		cualitativa	Nominal	1.-MATRIMONIO 2.-EXPANSION 3.-DISPERSION

	evolución secuencial de las familias y las crisis transaccionales que atraviesa en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros.				4.-INDEPENDENCIA 5.-RETIRO Y MUERTE
Genero	Categoría gramatical por lo que sustantivos, adjetivos, artículos o pronombres se clasifican en masculino y femenino y algunos neutros.		cualitativa	Nominal.	1 hombre 2 mujer

Método o procedimiento para captar la información

Se solicito permiso a la directora de la unidad Clínica Hospital Dr. Patricio Trueba Regil para tener acceso a la información estadística.

Se solicito permiso para encuestar a la población del consultorio no. 6 T.V.

Se solicitan las hojas de consulta SM-10-01 del periodo sep 2006 a agosto del 2007.

Se captura la información de cada hoja SM-10-01de motivo de consultas de primera vez y subsecuentes por el sistema de paloteo. Para obtener las 10 primeras causas de morbilidad en orden descendente según frecuencia.

Se capturan las edades quinquenales de acuerdo al genero para realizar la pirámide población del consultorio no. 6 TV.

Se aplica la cedula dentro del consultorio después de atender la consulta se aplica el método de aleatorización con tómbola, participando los voluntarios hasta cumplir la cuota. Se capturan los datos correspondientes de la variable en programa Excel. Y se realiza el análisis estadístico.

Consideraciones éticas

Recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos adoptadas por la 18ava asamblea médica mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendadas por la 29ava asamblea médica mundial Tokio, Japón, octubre 1975, por la 35ava asamblea médica mundial Venecia Italia, octubre de 1983 y por la 41ava asamblea médica mundial Honkon, en septiembre de 1989, y cuando el estudio sea de tipo observacional no es una exigencia un formato de consentimiento informado. Ya que es este estudio no se realizara ninguna intervención a la economía humana, y por lo tanto se puede obviarse.

Empero el investigador tiene el deber de asegurarse de que se proteja a los participantes en el estudio de cualquier daño físico, psicológico o social

VIII. RESULTADOS

Descripción de los resultados

a) Censo Poblacional.

En este estudio se observó que la población adscrita fue de 4,126 derechohabientes, predominando el sexo femenino con 2,546 derechohabientes en contra del sexo masculino 1580 derechohabientes.

En el estado civil de las 100 familias, 6 son solteros y corresponde al 6%, casados son 76 familias pertenece al 76%, en unión libre son 7 familias y se relaciona al 7%, divorciados son 6 familias y corresponde al 6% y viudo 5 familias corresponde al 5%.

En relación a los años de unión conyugal, el grupo de mayor frecuencia es de 20 a 29 con total de 25 casos (28.4%), siguiendo el grupo de 30 años y más con 25 casos (28.4%).

La edad del padre de 100 familias en estudio, el mayor número se ubico en el grupo de edad de entre 50 y 54 años de edad con 22 padres de un total de 26.82% le sigue el grupo de 45 a 49 años de edad, los 13 padres con un 15.85% y en último lugar el grupo de 20 a 24 años de edad con 2 padres que corresponde al 2.43%, el promedio de edad es de 45 años, la edad mínima es de 20 y la edad máxima es de 65 años.

En cuanto a la edad de la madre, el mayor número se ubico entre 50 Y 54 con un total de 19 casos representando un 19.58%, siguiendo el grupo de 45 a 49 años con total de 18 y un 18.55%, le sigue el grupo de 65 y mas con total de 14 correspondiendo al 14.43 % y en último lugar el grupo de 15 a 19 años con dos personas que corresponde al 2.06 %; el promedio de edad es de 50 años, la

edad mínima es de 15 años y al edad máxima es de 65 años.

En cuanto a la ocupación de los padres de las 100 familias; el mayor número es el de empleado con un total de 55, el nivel profesional con 49 padres, por último corresponde a labores del hogar con 38 padres.

Al referirnos a la escolaridad de los 100 padres de familia en estudio, el porcentaje mayor se encuentra en el nivel de licenciatura con un número de 73 padres de familia, le sigue el nivel de preparatoria con 38 padres y por último lugar tenemos el analfabetismo con un total de dos padres.

En cuanto al tipo de familia según su composición de 100 familias encontramos el tipo nuclear simple con 49 familias que corresponde al 49% y es la que predomina más. Continuando con familia nuclear numerosa siendo 12 familias que corresponde al 12 % y en tercer lugar la familia extensa con 12 familias, correspondiendo al 12 % y por ultimo tenemos la familia monoparental extendida con un solo caso (1%).

En relación a medios de subsistencia se encontró 96 casos de servicios (96%) dos casos de comercial (2%) y dos casos de agropecuaria (2%).

En relación a su presencia física y convivencia el tipo de familia que predominó es núcleo integrado con 68 casos (68%) y en segundo lugar núcleo no integrado con 20 casos (20%). Extensa ascendente con 8 casos (8%) y por ultimo extensa descendente con 4 casos (4%).

La característica de las familias en base en el ciclo vital, encontramos 28 casos en etapa de retiro y muerte (28%); etapa de la dispersión 27 casos (27%) y en ultimo lugar la etapa de matrimonio con 9 casos (9%).

De los 10 principales motivos de consulta de primera vez y subsecuentes ;

las consultas de primera vez los cinco primeros lugares son : en primer lugar las infecciones respiratorias agudas son 218 pacientes con un 51.29%, el segundo lugar las infección de vías urinarias con 54 consultas que corresponde al 12.70%, en tercer lugar se encuentran las colitis con total de 48 y un 11.29%, el cuarto lugar las GEPI siendo 26 casos con un 6.11 %, el quinto lugar las conjuntivitis con 19 casos (4.47%). Los primeros cinco motivos de consulta subsecuente son los siguientes: La hipertensión con 228 casos (31.88%). En segundo lugar la diabetes mellitas con total de 189 casos (26.43 %). En el tercer lugar lo ocupa las IRAS con total de 119 casos (16.64%). En el cuarto lugar las dislipidemias con un total de 51 casos (7:13%). Y el quinto lugar la depresión con un total de 31 casos (4.33%).

b) Tablas y Graficas

ESTADISTICA BASICA

Distribución de la población por

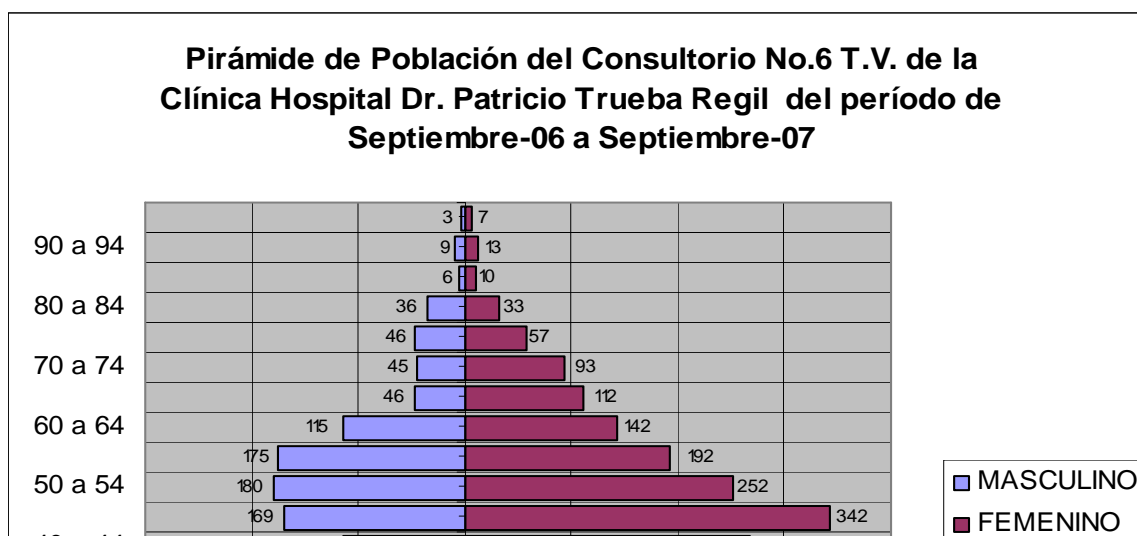
Grupos quinquenales de edad, según sexo del

Consultorio No. 6 TV. De la Clínica Hospital

Dr. Patricio Trueba Regil, Campeche.

GRUPO DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0 a 4	84	79	163
5 a 9	132	132	264
10 a 14	97	123	220
15 a 19	75	139	214
20 a 24	34	64	98
25 a 29	42	97	139
30 a 34	69	151	220
35 a 39	103	240	343
40 a 44	114	268	382
45 a 49	169	342	511
50 a 54	180	252	432
55 a 59	175	192	367
60 a 64	115	142	257
65 a 69	46	112	158
70 a 74	45	93	138
75 a 79	46	57	103
80 a 84	36	33	69
85 a 89	6	10	16
90 a 94	9	13	22
95 Y MAS	3	7	10
Total	1580	2546	4126

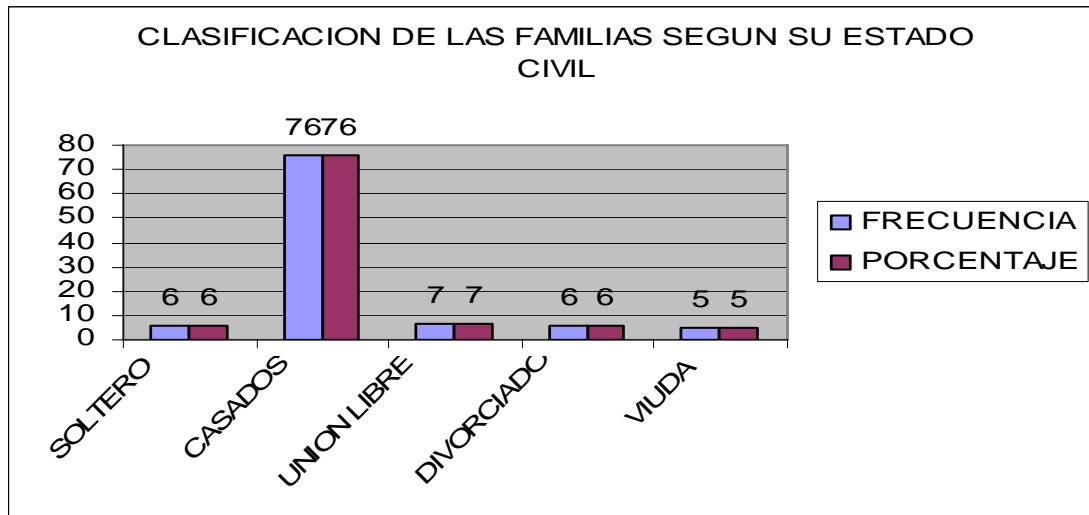
Fuente:
SM-10-01 del Consultorio No. 6
Clínica Hosp.. Dr. Patricio Trueba Regil, Campeche.



CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES.

EDO. CIVIL	NO.FAMILIAS	%
SOLTERO	6	6
CASADOS	76	76
UNION LIBRE	7	7
DIVORCIADO	6	6
VIUDA	5	5
TOTAL	100	100

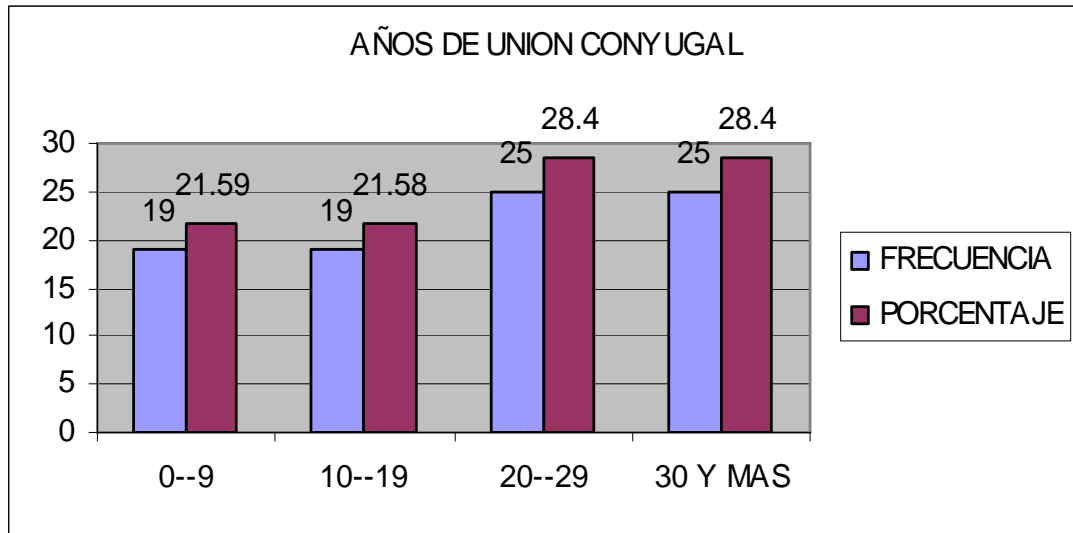


FUENTE:

Cédula Básica de Identificación Familiar

AÑOS DE UNION CONYUGAL, DE LAS FAMILIAS CASADAS.

AÑOS	FAMILIAS	%
0—9	19	21.59
10—19	19	21.58
20—29	25	28.4
30 Y MAS	25	28.4
TOTAL	88	99.97



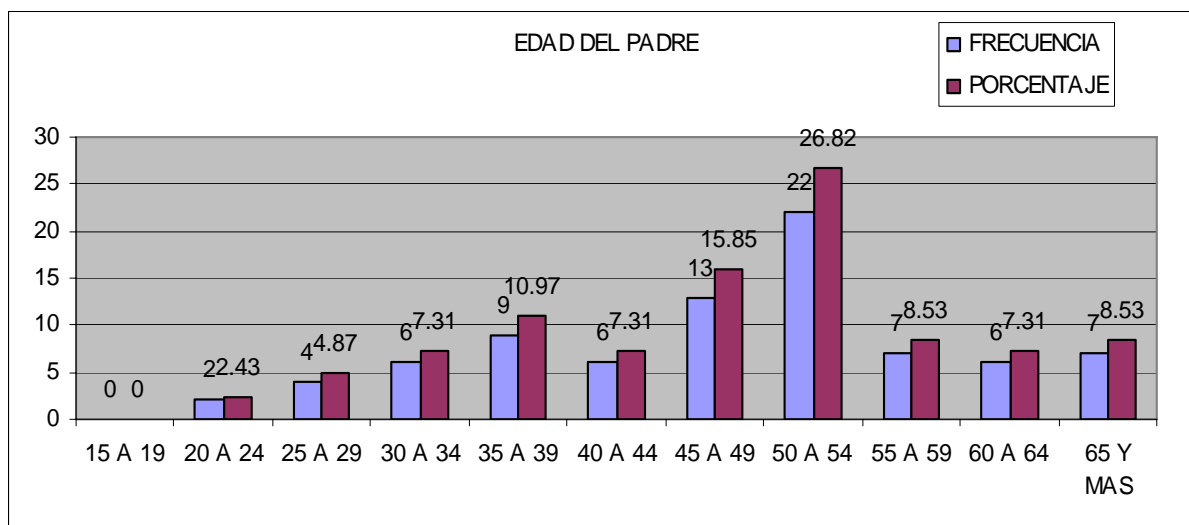
FUENTE:

Cédula Básica de Identificación Familiar.

EDAD DEL PADRE.

EDAD	PADRE	%
15 A 19	0	0
20 A 24	2	2.43
25 A 29	4	4.87
30 A 34	6	7.31
35 A 39	9	10.97
40 A 44	6	7.31
45 A 49	13	15.85
50 A 54	22	26.82
55 A 59	7	8.53
60 A 64	6	7.31
65 Y MAS	7	8.53

TOTAL	82	99.93
-------	----	-------

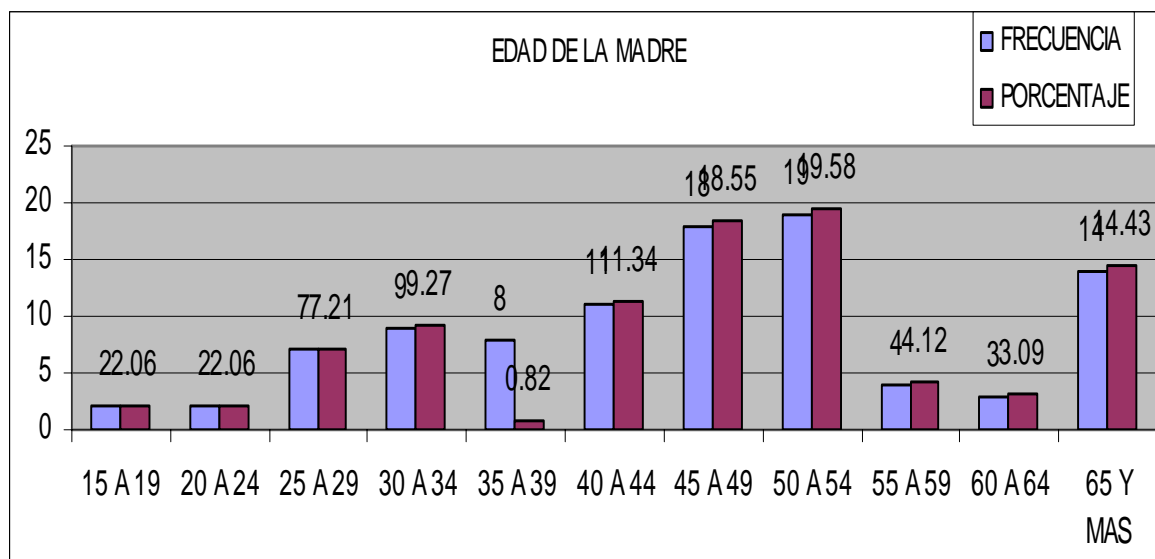


FUENTE:

Cédula Básica de Identificación Familiar.

EDAD DE LA MADRE

EDAD	MADRE	%
15 A 19	2	2.06
20 A 24	2	2.06
25 A 29	7	7.21
30 A 34	9	9.27
35 A 39	8	8.27
40 A 44	11	11.34
45 A 49	18	18.55
50 A 54	19	19.58
55 A 59	4	4.12
60 A 64	3	3.09
65 Y MAS	14	14.43
TOTAL	97	92.53



FUENTE:

Cédula Básica de Identificación Familiar

CLASIFICACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS

SEGÚN LA OCUPACION

ACTIVIDAD	PADRE	MADRE	TOTAL
CAMPESINO	1	0	1
LABORES DEL HOGAR	0	38	38
OBRERO	3	1	4
MESTRO	24	25	49
EMPLEADO	38	17	55
CONTADOR	2	1	3
MEDICO	2	1	3
FOTOGRAFO	1	0	1
SECRETARIA	0	8	8
COMERCIANTE	2	0	2
CHOFER	5	0	5
ABOGADO	2	1	3
ELECTRICISTA	2	0	2
REPORTERO	1	0	1
ENFERMERA	0	4	4
ESTUDIANTE	0	2	2
MECANICO	3	0	3

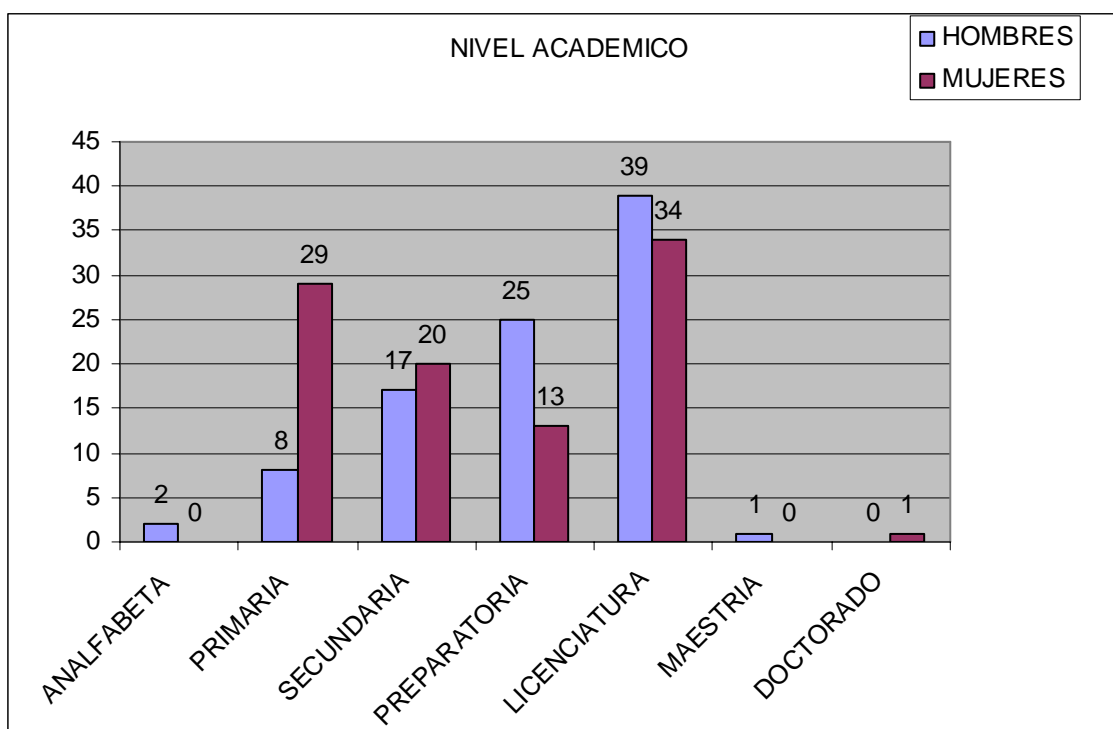
TOTAL	86	98	184
-------	----	----	-----

FUENTE:

Cédula Básica de Identificación Familiar.

ESCOLARIDAD

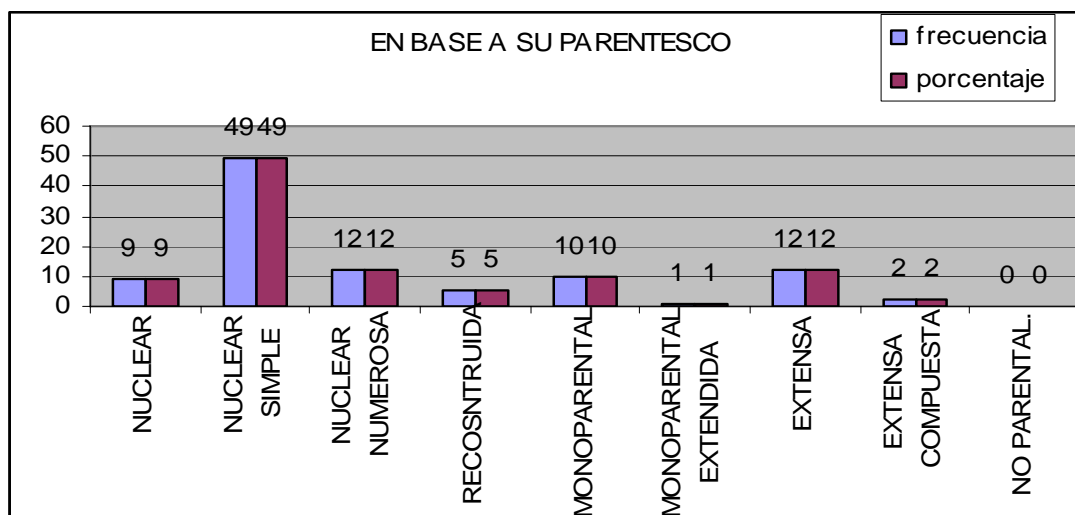
GRADO DE ESTUDIO	PADRE	MADRE	TOTAL
ANALFABETA	2	0	2
PRIMARIA	8	29	37
SECUNDARIA	17	20	37
PREPARATORIA	25	13	38
LICENCIATURA	39	34	73
MAESTRIA	1	0	1
DOCTORADO	0	1	1
TOTAL			



FUENTE:

Cédula Básica de Identificación Familiar.

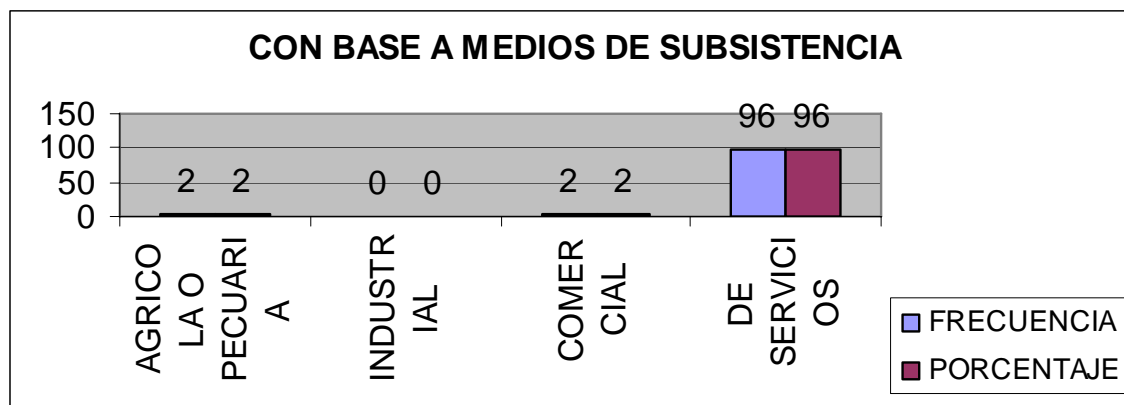
A) EN BASE A SU PARENTESCO	TOTAL	%
NUCLEAR	9	9
NUCLEAR SIMPLE	49	49
NUCLEAR NUMEROSA	12	12
RECONSTRUIDA	5	5
MONOPARENTAL	10	10
MONOPARENTAL EXTENDIDA	1	1
EXTENSA	12	12
EXTENSA COMPUESTA	2	2
NO PARENTAL.	0	0
TOTAL	100	100



FUENTE: Cédula Básica de Identificación Familiar

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS

E) CON BASE A MEDIOS DE SUBSISTENCIA	TOTAL	%
AGRICOLA O PECUARIA	2	2
INDUSTRIAL	0	0
COMERCIAL	2	2
DE SERVICIOS	96	96
TOTAL	100	100

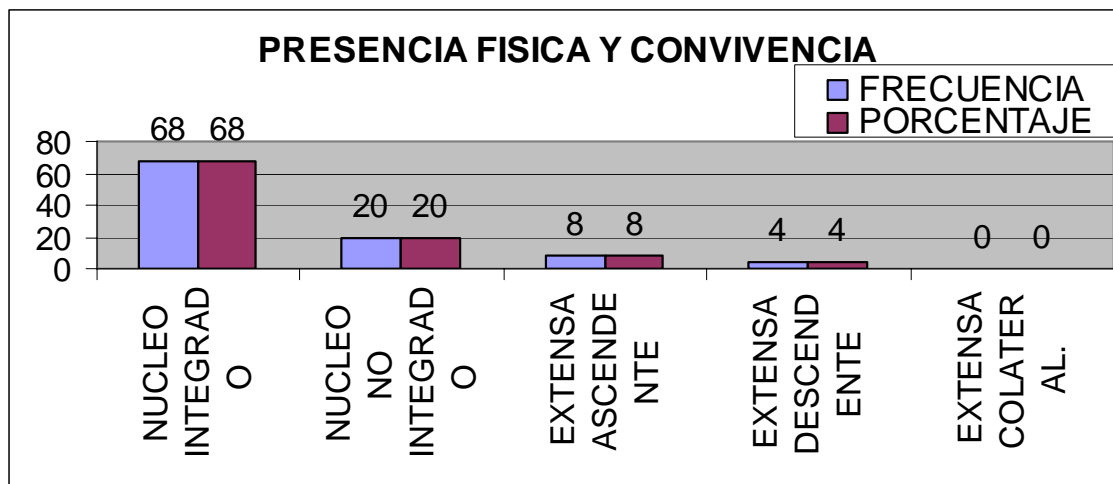


FUENTE:

Cédula Básica de Identificación Familiar.

SEGÚN LA PRESENCIA FISICA Y CONVIVENCIA.

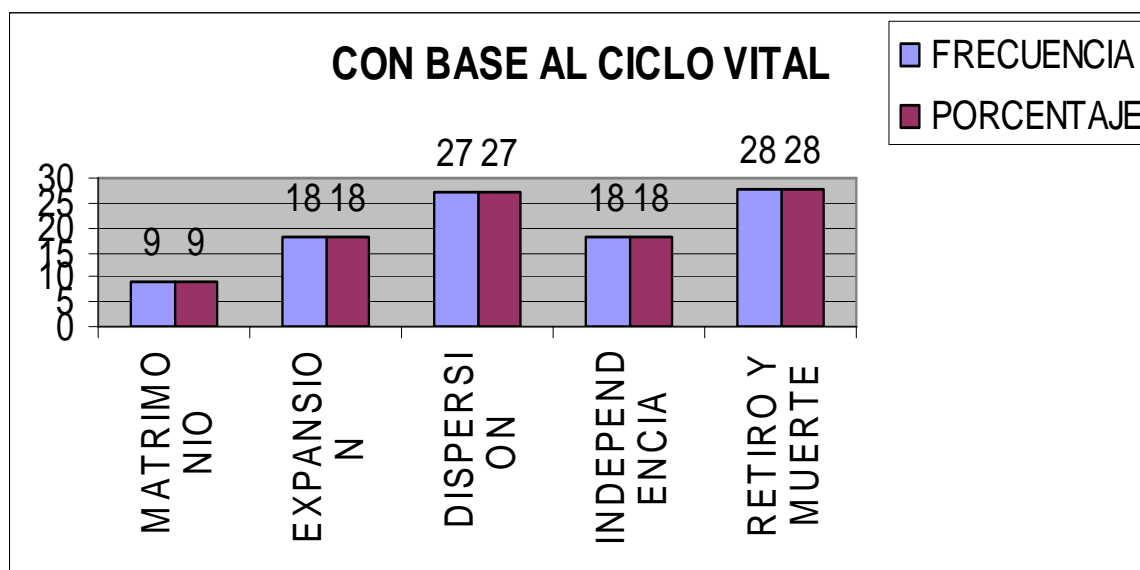
CARACTERISTICA	NO. DE FAMILIA	%
NUCLEO INTEGRADO	68	68
NUCLEO NO INTEGRADO	20	20
EXTENSA ASCENDENTE	8	8
EXTENSA DESCENDENTE	4	4
EXTENSA COLATERAL.	0	0
TOTAL	100	100



FUENTE:

Cédula Básica de Identificación Familiar.

F) CON BASE EN EL CICLO VITAL	TOTAL	%
MATRIMONIO	9	9
EXPANSION	18	18
DISPERSION	27	27
INDEPENDENCIA	18	18
RETIRO Y MUERTE	28	28
TOTAL	100	100



FUENTE:

Cédula Básica de Identificación Familiar.

MORBILIDAD DEL CONSULTORIO NO. 6 EN LA CLINICA DR. PATRICIO TRUEBA REGIL, CAMPECHE.

NO.	MORBILIDAD	PRIMERA VEZ	%
1	IRAS	218	51.29
2	IVU	54	12.70
3	COLITIS	48	11.29
4	GEPI	26	6.11
5	CONJUNTIVITIS	19	4.47
6	PARASITOSIS	17	4.00
7	LUMBALGIA	14	3.29
8	SANO	11	2.58
9	OTITIS BACTERINA	10	2.35
10	DEPRESION	8	1.88
	TOTAL	425	99.96

FUENTE:
FORMATO SM-10-01

MORBILIDAD DEL CONSULTORIO NO. 6 EN LA
CLINICA DR. PATRICIO TRUEBA REGIL, CAMPECHE.

NO.	MORBILIDAD	SUBSECUENTE	%
1	HAS	228	31.88
2	DM2	189	26.43
3	IRAS	119	16.64
4	DISLIPIDEMIAS	51	7.13
5	DEPRESION	31	4.33
6	EMBARAZO	24	3.35
7	COLITIS	23	3.21
8	LUMBALGIA	23	3.21
9	CARDIOPATIA IZQUEMICA	16	2.23
10	OAD	11	1.53
	TOTAL	715	99.94

FUENTE:
FORMATO SM-10-01.

IX. DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos de la pirámide poblacional siendo éste un corte de septiembre de 2006 al mes de agosto 2007, se encuentra una correlación en relación al predominio del sexo femenino en las pirámides nacionales y estatales hasta el 2005 según INEGI.

El mayor número se ubicó en el grupo de edad de 45 a 49 años en las mujeres con un total de 342; y en el sexo masculino corresponde al grupo de 50 a 54 con total de 180. En comparación con datos del INEGI a nivel nacional predominó el grupo de 10 a 14 en hombres y mujeres con porcentaje de 5.5% y 5.4 % respectivamente. En cuanto a los grupos de edades nos demuestra que la población derechohabiente es predominante adulta y de la tercera edad, esto es sumamente importante por el fenómeno de transición demográfica a nivel mundial nacional e institucional siendo necesarios implementar programas y actividades a esta población para fomentar la educación a la salud y programas de grupos de autoayuda enfocados a las enfermedades crónicas degenerativas como son hipertensión arterial, diabetes mellitas, cáncer cervicouterino. Enfermedad vascular cerebral, programas de inmunización a población vulnerable.

De las familias en estudio en cuanto al estado civil, el grupo de mayor predominio es el de casados con total de 76 con porcentaje de 76%; al igual que los reportes de INEGI a nivel nacional.

Los años de unión conyugal predominó el grupo de edad de 20 a 29 con un total de 25 que corresponde al 28.4%.

En la edad del padre el mayor número se ubicó 50 y 54 años de edad con 22 padres de un total de 26.82%. En cuanto a la edad de la madre, el mayor

número se ubico entre 50 Y 54 con un total de 19 casos representando un 19.58%.

Esto nos habla que la mayoría de los padres de familia en estudio han alcanzado la madurez física, sicológica. Es importante hacer énfasis en la promoción de la salud y orientación por las enfermedades crónico degenerativas a las que pueden estar expuestos.

Haciendo referencia a la ocupación de los padres siendo de mayor predominio el empleado con 55 casos y en segundo lugar el profesional y en tercer lugar labores domesticas con 38 casos, en comparación a las características que reporta el INEGI no son iguales ya que la población estudiada tiene características propias el sector ISSSTE.

El nivel de estudio de los padres de familia es a nivel licenciatura con 73 casos, le sigue el nivel preparatoria con 38 casos, a diferencia del INEGI a nivel nacional que es de nivel medio básico, esto nos habla que el nivel educativo de los padres de familia derechohabientes del ISSSTE es un buen indicador para desarrollar sus actividades culturales, así como en el cuidado de la salud y mantener su funcionalidad.

En relación a las características de las 100 familias estudiadas en relación al parentesco predominó la familia nuclear simple con 49 familias que corresponde al 49%.

En relación a medios de subsistencia se encontró 96 casos son de servicios (96%). Esto se confirma con los resultados obtenidos en relaciona ocupación y grado de escolaridad.

En relación a su presencia física y convivencia el tipo de familia que predominó es núcleo integrado con 68 casos (68%) es un factor muy importante como

fuentes de red de apoyo para la familia.

La característica de las familias en base en el ciclo vital, encontramos 28 casos en etapa de retiro y muerte (28%); etapa de la dispersión 27 casos (27%) y en último lugar la etapa de matrimonio con 9 casos (9%). Esto nos obliga a reflexionar sobre el fenómeno de transición demográfica con ese efecto en el aumento de las enfermedades crónicas degenerativas siendo un parte aguas en el presupuesto de cualquier institución de salud.

Las causas de motivo de consulta nos indican que las infecciones de vías respiratorias agudas ocupan el primer lugar, seguidas de las infecciones de vías urinarias, en tercer lugar se encuentran las Colitis, cuarto lugar las GEPI., quinto lugar las Conjuntivitis.

Los reportes de la mortalidad estatal así mismo la morbilidad nacional reportada por el INEGI.

En cuanto a las enfermedades crónicas degenerativas La Hipertensión y Diabetes Mellitas tipo 2 siguen ocupando los primeros lugares a nivel nacional y estatal y afectando principalmente a los grupos mayores de 40 años, de edad en adelante. Es importante tomar medidas preventivas y de auto cuidado así como dar información y promoción de las actividades físicas, cambiar y mejorar los hábitos alimenticios, así como moderar o eliminar las toxicomanías.

X. CONCLUSIONES

Se logró cumplir con el objetivo general que es de conocer las principales características biopsicosociales de la población adscrita de la Unidad Medicina Familiar San Francisco Campeche.

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

Las familias que se estudiaron en la mayoría son urbanas y semiurbanas con un ingreso económico medio ya que son empleos federales o estatales, sin embargo, su nivel media de preparación es de licenciatura.

En cuanto a las familias en su mayoría son nucleares simples, integradas y encontrándose en el ciclo vital de dispersión y retiro o muerte.

En el presente estudio los padecimientos más frecuentes fueron: infecciones de vías respiratorias, infecciones de vías urinarias, colitis, gastroenteritis infecciosa, conjuntivitis dentro los de primera vez. Y las subsecuentes; hipertensión arterial, diabetes mellitas tipo 2, IRAS, dislipidemias, depresión.

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

Estrategias de Prevención

Informar a nuestras familias derechohabientes como deben utilizar la atención médica para así optimizar su propósito.

La morbilidad ya mencionada, es importante tener más énfasis en la promoción de la salud específica con orientación en dichas patologías, a las madres en

proteger a los niños y adolescentes dando información confiable sobre educación sexual y toxicomanías.

Promocionar y dar atención sobre el control periódico del niño sano y complementar el esquema nacional de vacunación.

Promocionar medidas de prevención a la mujer fértil y climaterio por medio de: métodos anticonceptivos, detección precoz de cáncer mamario, cérvix y endometrio, vacunación (tétanos, rubéola), control prenatal.

Es importante conocer en que etapa del ciclo vital están nuestras familias a nuestro cuidado para ayudarlos a superar las crisis en cada una de ellas.

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

Formar grupos de autoayuda en las diferentes enfermedades crónicas degenerativas.

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

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Álvarez Alba, Rafael. Salud pública y medicina preventiva. Ed. Manual Moderno. Méx. Segunda edición .1998, pp. 3,4.
- 2.- <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/cgpv2000/100historia/epobla28.asp?c=9719>
- 3.- <http://www.campeche.gob.mx/Campeche/Gobierno/secretarias/sefico/pdpir.html>
- 4.-INEGI. Anuario Estadístico de Campeche-índice 4.1, 4.11. 2005. Salud.
- 5.-
<http://www.imsersomayores.csic.es/internacional/iberoamerica/mexico/indicadores.html>
- 6.- "<http://es.wikipedia.org/wiki/Morbilidad>
- 7.-SSA. SUIVE. Dirección General de Epidemiología 4 de septiembre 2007. WWW.dgepi.salud.gob-mx.
- 8.-Instituto de Servicios Descentralizados de Salud Publica del estado de Campeche. Dirección de planeación y desarrollo; departamento de información y estadística 2004.
- 9.-
http://transparencia.camp.gob.mx/C4/C10/Calid/Document%20Library/IV_T378160.pdf
- 10.-Huerta González, José Luís. La familia en el proceso salud enfermedad. Ed. Alfil biblioteca de medicina familiar. Méx. Primera edición. 2005, Pág. 12 y 13.
- 11.-Curso de medicina familiar. Para médico generales. Salud pública y comunitaria; primer año.
- 12.- <http://www.rolandocordera.org.mx/social/graficas/cuadros.htm>
- 13.-Informe semanal de casos nuevos de enfermedad. SUIVE enero-diciembre de 2006.
- 14.-(<http://www.udomfyc.org/descarga/MF%20EN%20ESPA%C3%91A.PDF>)

- 15.-(<http://www.geocities.com/archmedfam/5-4/memorias.pdf>)
- 16.-Archivos de Medicina Familiar vol. 7 no.2 La formación de médicos familiares en el ISSSTE, México: 25 años de evolución. Pp.31-33. 2005.
- 17.-<http://www.uacam.mx/med.nsf>
- 18.-Archivos de Medicina Familiar Vol.7 suplemento I, Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias pp.15-19. 2005.
- 19.-Álvarez Alba, Rafael. Salud pública y medicina preventiva. Ed. Manual Moderno. Méx. Segunda edición.1998, pp. 63.
- 20.-Subdirección General Médica, Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria, Diagnóstico Situacional Síntesis 2006.
- 21.- Archivo de Medicina Familiar vol. 6 No.3 pp. 79.2004
- 22.-García Romero, Faure y García Barrios, González. Metodología de la Investigación en Salud. Mac. Graw-Hill. Interamericana. 1999.
- 23.-Diccionario Enciclopédico University de términos médicos ingles español Interamericana; 1981
- 24.- Diccionario de la lengua española Larousse. Editorial Larus. 20ª reimpresión 1994.
- 25.-<http://www.campeche.gob.mx/Campeche/Gobierno/secretarias/sefico/pdpir.html>
- 26.-
<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/cgpv2000/100historia/epobla28.asp?c=9719>
- 27.- <http://cuentame.inegi.gob.mx/poblacion/habitantes.aspx?tema=P>

XII. ANEXOS



INFORME DIARIO DE LABORES DEL MEDICO

Clave	Mes	Año
-------	-----	-----

Subsección Clínica Médica CLAVE: 9M-1001

Nombre completo del Médico: _____ Localidad y entidad: _____

Nombre del Médico Scutelar: _____ Firma: _____

Clave: _____ Ciudad: _____

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE VALIDO LA VICENCIA DE DERECHOS:

Día	Nombre del paciente	Especialidad	Vigencia de derechos		Sexo		Estructura		Módulo de atención		Número de atención médica	Clave de módulo LM	Módulo de la zona	No. de Subsección
			Sí	No	M	F	Atención	Scutelar	PRE	RT				
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
COORDINACION DE DOCENCIA**

FORMATO PARA REPORTE DE LAS CAUSAS DE CONSULTA MÁS FRECUENTES.

VEINTE CAUSAS MÁS FRECUENTES DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ			
No.	Causas de consulta	Frecuencia	Porcentaje
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
TOTAL			



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
COORDINACION DE DOCENCIA**

FORMATO PARA REPORTE DE LAS CAUSAS DE CONSULTA MÁS FRECUENTES.

VEINTE CAUSAS MÁS FRECUENTES DE CONSULTA SUBSECUENTE			
No.	Causas de consulta	Frecuencia	Porcentaje
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
TOTAL			

ESTADÍSTICA BÁSICA

Distribución de la Población por grupos quinquenales de edad, según sexo, en el consultorio No.6 de la Clínica Dr. Patricio Trueba Regil en el periodo de Septiembre del 2006, Agosto 2007.

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0 a 4			
5 a 9			
10 a 14			
15 a 19			
20 a 24			
25 a 29			
30 a 34			
35 a 39			
40 a 44			
45 a 49			
50 a 54			
55 a 59			
60 a 64			
65 a 69			
70 a 74			
75 a 79			
80 a 84			
85 a 89			
90 a 94			
95 a 99			
100 o más			
Total			



Folio:

CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

DATOS GENERALES DEL INFORMANTE:

Familia: _____ No. Expediente del informante: _____

Datos de la persona que proporciona la información:

Madre () Padre () Hijo ()

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: _____

CLASIFICACION DE LA FAMILIA:

MARQUE CON UNA EQUIS (X)

A) Parentesco:

Nuclear () Nuclear simple () Nuclear numerosa ()

Reconstruida (binuclear) () Monoparental ()

Monoparental extendida () Extensa () Extensa compuesta ()

No parental ()

B) Sin parentesco:

Monoparental extendida sin parentesco ()

Grupos similares a familias ()

C) Con base en la presencia física y convivencia:

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

D) Estilos de vida originados por cambios sociales:

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

E) Con base en sus medios de subsistencia:

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

F) Etapa del ciclo vital familiar:

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

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